



Envejecimiento y Atención a la Dependencia en Ecuador

Co-publicación BID-Eurosocial

Paula Forttes Valdivia



Financiado por
la Unión Europea

Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del
Banco Interamericano de Desarrollo
Forttes Valdivia, Paula.

Envejecimiento y atención a la dependencia en Ecuador / Paula Forttes Valdivia.
p. cm. — (Nota técnica del BID ; 2083)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Older people-Services for-Ecuador. 2. Older people-Care-Ecuador. 3. Older people-Government policy-Ecuador. I. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. II. Eurosociol. III. Título. IV. Serie.
IDB-TN-2083

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2020 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



scl-sph@iadb.org

www.iadb.org/SocialProtection

Envejecimiento y atención a la dependencia en Ecuador

Paula Forttes Valdivia¹

Resumen

Ecuador no está ajeno al proceso de envejecimiento poblacional que se observa en la totalidad de las regiones del planeta, ni a la velocidad acelerada del proceso en América Latina. La transición demográfica observada en Ecuador se caracteriza por el envejecimiento de su población, el aumento en la incidencia de las enfermedades no transmisibles en la población adulta mayor y, por tanto, por una mayor proporción de personas que están proclives a presentar dependencia funcional, lo que genera una creciente necesidad de cuidados. Esto sucede en un escenario de disminución de la capacidad de las familias de responder a esta necesidad debido a la disminución del número de miembros que la conforman y de la capacidad femenina de cuidar, dada la creciente incorporación de la mujer al trabajo remunerado, sumado a la incapacidad de un sector importante de la población de comprar estos servicios en el mercado, y la necesidad de impulsar políticas sociales dirigidas a promover el envejecimiento saludable. Lo anterior impone retos económicos, sociales y de atención en el área de los cuidados, que representan un desafío político y ético.

Este documento describe, según información disponible, las condiciones de salud y dependencia de la población adulta mayor en Ecuador y las principales características sociodemográficas y económicas de este grupo. Analiza también la oferta de servicios de atención a la dependencia, la normatividad en materia de envejecimiento y discapacidad, así como el papel del gobierno y del sector privado en la provisión de servicios.

El análisis realizado permitió identificar que el marco normativo contiene los derechos de seguridad y cuidado de las personas mayores. Sin embargo, se necesita todavía fortalecer la institucionalidad para permitir que esto se cumpla a cabalidad. Es por lo anterior que emergen una serie de recomendaciones que buscan apoyar el proceso de generación de un sistema de cuidados que tenga una mirada integral de las necesidades de las personas mayores y que considere las necesidades de las personas cuidadoras.

¹ Paula Forttes Valdivia es trabajadora social, gerontóloga, especialista en dirección de servicios sociales y de salud, con experiencia en gestión pública y privada, además de académica. Su correo electrónico es forttesp@yahoo.com. Esta nota técnica es parte de una serie de documentos sobre el envejecimiento y los servicios de atención a la dependencia en América Latina y el Caribe, publicada en conjunto por el BID y el programa de la Unión Europea EUROsociAL+. Ha sido elaborada con fondos de EUROsociAL+. La autora desea dejar constancia de sus agradecimientos a profesionales del Ministerio de Inclusión Económica y Social del Ecuador por su colaboración a través de entrevistas, contribuciones y revisiones. Además, agradecer las revisiones y comentarios de Andrea Monaco, Natalia Aranco, Pablo Ibararán, María Laura Oliveri, Sofía Chiarucci, y el apoyo de Belén Aguilera Castillo. El documento fue editado por Susana Ruiz y el diseño de la portada fue elaborado por Diego Vapore. Los errores y omisiones son responsabilidad de la autora. Tanto el contenido como los hallazgos de este documento reflejan la opinión de su autora y ni las del BID, su Directorio ni los países que representan, ni de la Unión Europea.

La presente nota técnica es parte de una serie de estudios sobre envejecimiento y servicios de cuidados para personas con dependencia llevada a cabo por el Banco Interamericano de Desarrollo y el Programa de la Unión Europea EUROsociAL+. Ha sido acordada con el aval del Ministerio de Inclusión Económica y Social como uno de los productos a desarrollar en el marco de un apoyo del Programa EUROsociAL+ a la política de cuidados de ese país.

Clasificación JEL: H5, I18, J14, J18

Palabras claves: envejecimiento, dependencia, atención a la dependencia, inclusión social, América Latina y el Caribe, Ecuador, Personas adultas mayores

Contenidos

Introducción	5
Sección 1. Demanda por servicios de atención a la dependencia.....	7
1.1 El proceso de envejecimiento y sus desafíos	7
1.2 Condiciones de salud, discapacidad y dependencia funcional en la población adulta mayor 11	
1.2.1 Esperanza de vida y esperanza de vida saludable.....	11
1.2.2 Discapacidad y dependencia funcional	13
1.2.3 Condiciones de salud de las personas adultas mayores	20
1.3 Características socioeconómicas de la población adulta mayor	24
Sección 2. El papel del gobierno en la atención a la dependencia	28
2.1 Normativa vinculada a las prestaciones y servicios de cuidados	29
2.1.1 Acuerdos internacionales.....	29
2.1.2 Constitución de la República del Ecuador	29
2.1.3 Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021	31
2.1.4 Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores	33
2.1.5 Otras normativas: acuerdos ministeriales, decretos, agendas y códigos	33
Sección 3. Oferta de servicios de cuidados a la dependencia en personas adultas mayores	35
3.1 Prestaciones y servicios de atención a la dependencia	35
3.1.1 Servicios residenciales.....	39
3.1.2 Centros de día	39
3.1.3 Servicios de asistencia personal en el hogar	39
3.1.4 Servicios gerontológicos en espacios activos de socialización y encuentro	41
3.2 Prestaciones y servicios de atención a las personas con discapacidad.....	41
3.2.1 Servicios de atención en el hogar y la comunidad para personas con discapacidad	42
3.2.2 Servicio de atención en centros diurnos de desarrollo integral para personas con discapacidad.....	42
3.2.3 Servicios de atención en centros de referencia y acogida para personas con discapacidad.....	43
3.3 Oferta de cuidados familiares	43
Sección 4. Análisis y perspectivas del sistema de cuidado.....	44
4.1 Los sistemas de cuidado y su situación en Ecuador	45
4.2 Desafíos futuros	47
Referencias	50
Anexos	55

Anexo 1 – Acuerdos internacionales a los que Ecuador se ha adscrito	55
Anexo 2 – Constitución de la República de Ecuador	56
Anexo 3 – Acuerdos	59
Apéndice – Glosario	61

Introducción

Ecuador, con cerca de 17 millones de habitantes, presenta un ritmo de crecimiento poblacional menor al de décadas pasadas y con cambios importantes en la composición de sus hogares. Su demografía está cambiando de forma acelerada y la tendencia que registra se dirige hacia el aumento de la población adulta mayor, lo cual es producto de múltiples factores, como son la disminución de los niveles de mortalidad y de la tasa de fecundidad, entre otros.

Los cambios poblacionales mencionados generan tensión en los sistemas de protección social a nivel global, los que se ven cada vez más sobrecargados y requieren del análisis y modificación de sus servicios de atención y cuidados, con miras a la generación de un sistema integral de protección a la población adulta mayor. En este punto, Ecuador no es excepción en la región: durante la última década, ha experimentado un proceso de fortalecimiento de su matriz de protección social, a través del desarrollo de un marco jurídico específico, de servicios y prestaciones de atención y cuidados a la población dependiente. En la actualidad, el país ha puesto de manifiesto su interés en fortalecer el componente de atención y cuidados en sus políticas, partiendo por las que implementa el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), buscando integrar, de esta forma, la atención y los cuidados durante todo el ciclo vital.

La consideración del componente de cuidados en los sistemas de protección social supone una ampliación de los pilares clásicos de intervención del Estado de bienestar (salud, educación y seguridad social), por lo que el desarrollo de estos servicios en Ecuador, así como la normativa detrás de los mismos, ha considerado la matriz sociosanitaria tradicional. Sin embargo, pese al desarrollo de estas prestaciones, son medidas aún incipientes para dar un soporte integral a las necesidades de atención y cuidado de las personas mayores.

Para abarcar con detalle la problemática mencionada, se ha estructurado este documento en cuatro secciones. La primera sección se dedica al análisis de la demanda por servicios de atención a la dependencia, seguido de una sección que analiza el papel del gobierno en materia de políticas con base en una revisión técnica de la legislación y normatividad sobre dependencia y cuidados. En la tercera sección se describe la oferta de servicios de apoyo, sean brindados por instituciones públicas o privadas (lucrativas y no lucrativas), así como el apoyo no remunerado que proveen mayormente los familiares en el hogar. Finalmente, una cuarta sección presenta las conclusiones del análisis y las perspectivas del país a la hora de abordar el tema de los servicios de apoyo que requieren las personas en situación de dependencia.

Ecuador ha dado pasos importantes en reconocer los cuidados como un derecho en su Constitución y ha manifestado su reconocimiento de la necesidad de tener un sistema de cuidado y apoyo social para las personas mayores. Sin embargo, para dimensionar la magnitud de sus necesidades, así como determinar y disponer los recursos efectivos que le ofrezcan viabilidad, es preciso contar con una mayor cantidad y calidad de datos sobre los niveles de funcionalidad de la población que permitan determinar quiénes serían los beneficiarios de la futura política de cuidados. Asimismo, esto permitiría avanzar en el

fortalecimiento de los servicios actuales y en una mayor articulación con los servicios de salud a razón de mejorar su efectividad y sentar bases sólidas para su crecimiento.

Se observa un desarrollo de servicios en categorías tradicionales de cuidados que se favorecería de una mejor coordinación sociosanitaria y que, pese a contar con una normativa que los respaldan, no poseen sistemas de aseguramiento de calidad relacionados a la garantía de derechos y a la satisfacción de los usuarios. La línea de financiamiento de estos servicios se estructura dentro de la programación financiera fiscal asociada a la vulnerabilidad y la pobreza; si bien la vulnerabilidad puede estar dada por la presencia de dependencia, la tarea de construir un sistema de cuidados también debería contemplar incentivos para el desarrollo de servicios a toda la población que por situación de dependencia los requiera, independientemente de su situación socioeconómica.

Ecuador tiene en su agenda el desarrollo de estudios asociados al tema de la discapacidad, la salud (Encuesta SABE) y el Censo, entre otros estudios que servirán para un mejor dimensionamiento de la problemática que facilitará la programación de prestaciones y servicios en una lógica de sistema.

Sección 1. Demanda por servicios de atención a la dependencia

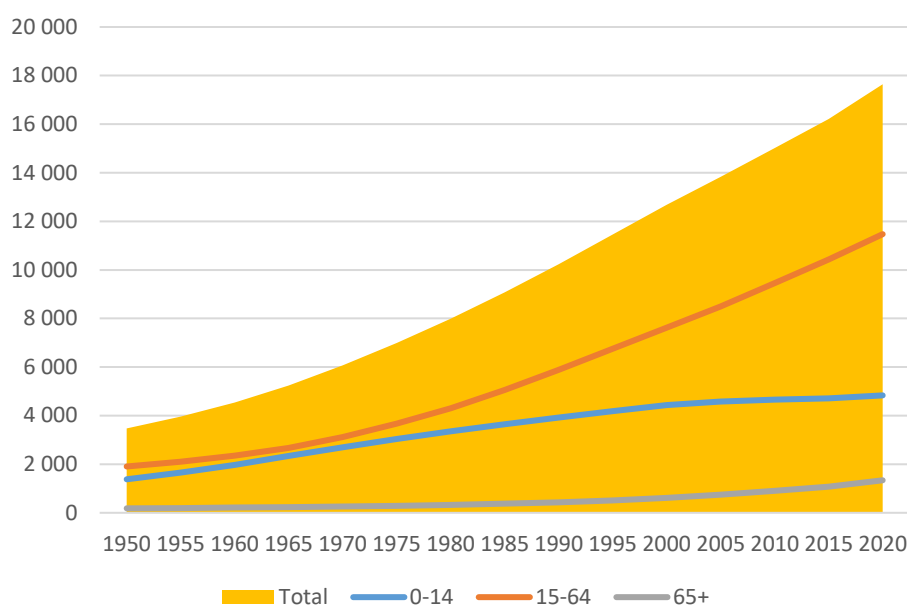
1.1 El proceso de envejecimiento y sus desafíos

Ecuador no se encuentra ajeno al proceso de envejecimiento poblacional que se experimenta a nivel global y, en especial, en América Latina y el Caribe. Su estructura poblacional se compone de una proporción significativa de población joven y adulta en edad laboral; sin embargo, al igual que otros países de la región, se encuentra experimentando un proceso de envejecimiento poblacional, resultado del aumento de la esperanza de vida y de la disminución del número de nacimientos. A continuación, se presentan una serie de indicadores demográficos de Ecuador para una comprensión del contexto en que se enmarca la discusión de las políticas de cuidados.

Con más de 17 millones de habitantes, Ecuador presenta un ritmo de crecimiento poblacional menor al de décadas pasadas, con cambios importantes en la composición de sus hogares. Desde 1950, la población en el Ecuador ha incrementado su tamaño en más de cuatro veces. Para el 2010, en el país se registraron 14,4 millones de habitantes, sin embargo, se evidencia una reducción del ritmo de crecimiento de la población: entre los censos de 1950 y 1962 el crecimiento fue de un 2.9%, mientras que entre los censos de 2001 y 2010 el crecimiento fue de un 1.9% (INEC 2012).

Lo anterior se expresa en la Figura 1, en la que se observa el aumento continuo de la cantidad total de habitantes del Ecuador, la cual en el año 1950 era cercana a los 3 millones, mientras que en el año 2020 supera los 17 millones. Por otra parte, se observa un cambio en las estructuras etarias, apreciándose un aumento en todos los rangos a lo largo de los años y un crecimiento en el número de personas mayores de 65 años a partir del año 2010.

Figura 1. Población total Ecuador y por rango de edad, 1950 a 2020



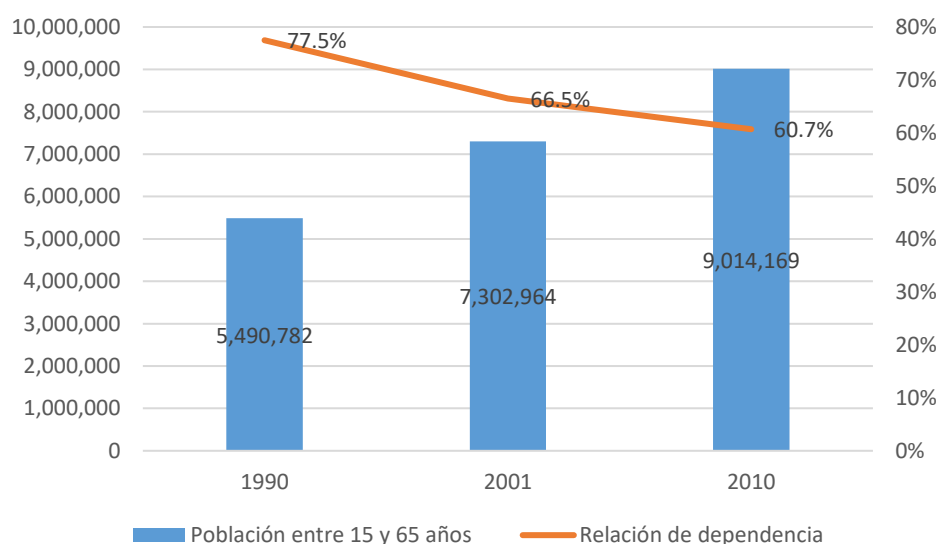
Fuente: elaboración de la autora con base en los datos de la División de Población de Naciones Unidas (2019).

La reducción en la velocidad de crecimiento poblacional puede deberse a variados factores, entre los que destaca la reducción del número de hogares y la decisión de tener menos hijos por hogar. En efecto, el promedio de hijos por hogar que arrojó el censo 2010 es de 1.6, observándose una disminución con relación al año 2001 (1.8) y a 1990 (2.3) (INEC 2012).

Desde el año 2010, la mayoría de la población ecuatoriana se encuentra en edad de trabajar (ver Figura 2) y la edad promedio de una persona ecuatoriana es de 29 años. La tasa de dependencia demográfica pasó de 77% a 66% entre 1990 y el 2001, para luego pasar al 61% en 2010. En la actualidad, el 62.2% de la población está entre los 15 y 64 años (INEC 2010). Lo anterior evidencia que Ecuador ha ingresado en un período llamado bono demográfico, que hace referencia a una fase en que el equilibrio entre edades resulta una oportunidad para el desarrollo. Este período ocurre cuando cambia favorablemente la relación de dependencia entre la población en edad productiva (jóvenes y adultos) y aquella en edad dependiente (niños² y personas mayores), con un mayor peso relativo de la primera en relación con la segunda. Una mayor proporción de trabajadores no solo representa una reducción del gasto en personas dependientes, sino que tiende a impulsar el crecimiento económico a través del incremento en el ingreso y la acumulación acelerada del capital (CEPAL 2012). Lo anterior, ofrece a Ecuador una oportunidad para pensar e implementar políticas de cuidados, considerando las posibilidades de desarrollo económico que está ofreciendo el bono demográfico.

² Por razones de estilo exclusivamente, en este documento se utiliza el masculino genérico inclusivo de ambos sexos.

Figura 2. Población en edad de trabajar y su relación de dependencia demográfica



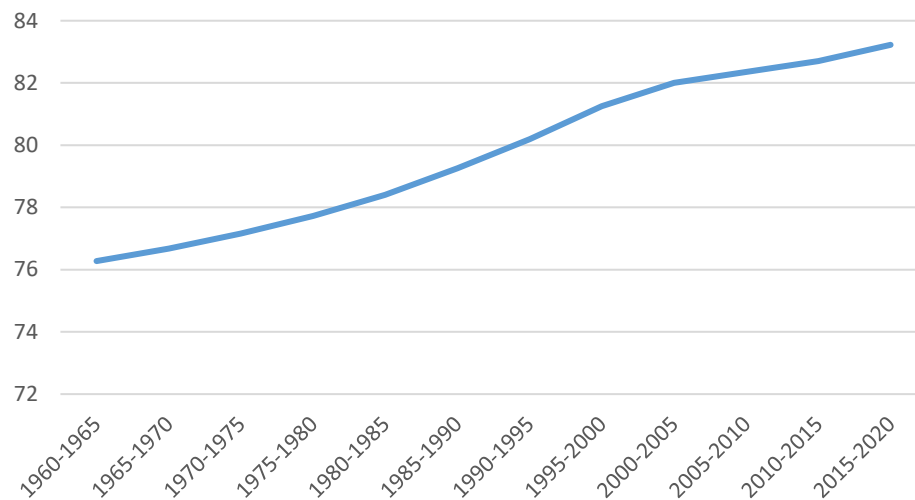
Fuente: Elaboración de la autora con base en los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (2012).

El índice de envejecimiento poblacional³, que reporta el peso de la población de más de 60 años en relación con los menores de 15, es de 89 personas mayores por cada 100 niños, y se espera que este indicador casi se duplique hacia 2050, alcanzando las 165 personas adultas mayores por cada 100 niños menores de 15 años. Esto quiere decir que la capacidad de renovación de la población de Ecuador disminuirá en los próximos años, ya que mientras más alto es el valor del indicador, menor es la capacidad de recambio de una población.

De igual forma, en Ecuador, la esperanza de vida al nacer ha aumentado en un 63.4% desde mediados del siglo pasado, pasando de 48.6 años en el año 1950 hasta 76.7 años en la actualidad. El incremento en el país ha sido levemente mayor que el promedio de la región (Naciones Unidas 2019). El aumento en la esperanza de vida al nacer trae como consecuencia no sólo un aumento de la proporción de la población adulta mayor en el total, sino también una prolongación de la vejez, que se refleja en un incremento de quienes están en los rangos más altos de edad (de los 80 años en adelante). En la Figura 3, se aprecia la esperanza de vida a los 60 años, la que ha aumentado desde el año 1960 hasta el año 2020: de los 76 años a más de 83 años. El 1.6% de la población tiene más de 80 años y las personas en este grupo de edad representan el 14.6% de las personas mayores de 60 años, cifras que aumentarán a 4.6% y un 21.6% respectivamente en el año 2050 según proyecciones (Naciones Unidas 2019).

³ Se interpreta como el número de personas mayores por cada joven. Para los efectos de esta publicación se considera que una persona mayor es aquella de 60 años o más ya que se adscribe a la definición realizada por la OMS, y joven, la menor de 15 años. Para calcular el índice de envejecimiento se divide la población de 60 y más por la población de 0-14 y se multiplica por 100.

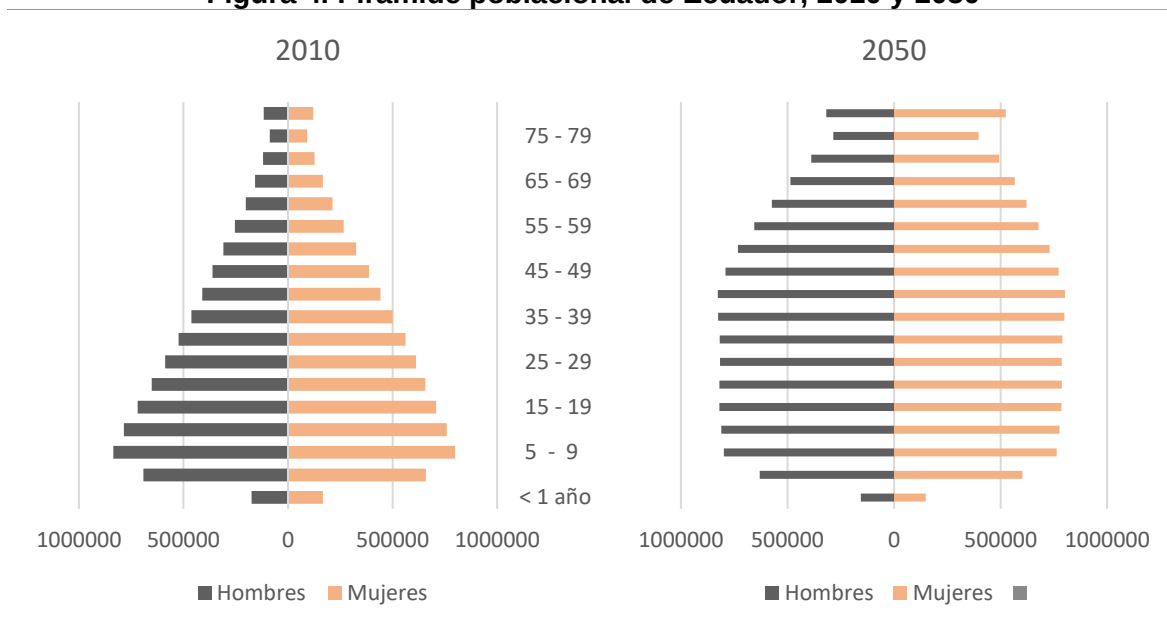
Figura 3. Esperanza de vida de personas mayores de 60 años en Ecuador, 1960 a 2020



Fuente: Elaboración de la autora con base en los datos de las Naciones Unidas (2019).

Los indicadores señalados presentan una estructura demográfica de una población que ha ido envejeciendo y que se espera continúe envejeciendo en las próximas décadas. La Figura 4 da cuenta de ello: en la misma, se presenta la pirámide poblacional del Ecuador en el año 2010 y su proyección para el año 2050. Así, en 2010 se evidencia una fuerte participación del segmento de población joven: el 50% de la población tiene menos de 25 años, los menores de 15 años representan el 31.3% de la población y las personas mayores de 65 años el 6.5%. En consonancia con lo expresado hasta ahora, se espera un aumento relevante de las personas mayores como proporción del total de la población para el año 2050.

Figura 4. Pirámide poblacional de Ecuador, 2010 y 2050



Fuente: Elaboración de la autora con base en los datos del INEC, con base en el Censo de población y Vivienda (2010).

Disminuir la tasa de mortalidad conlleva la deseable consecuencia de aumentar la esperanza de vida. Sin embargo, cuanto mayor es la proporción de personas mayores en una población, mayor es la necesidad y la demanda de servicios de apoyo y cuidados de largo plazo. La relación de dependencia de cuidados, indicador propuesto por Debbie Budlender en el año 2008, intenta dar una aproximación a las necesidades de cuidado de una población y su capacidad para satisfacerlas. El indicador se define como la relación entre las personas menores de 14 años y los mayores de 75 años, por un lado, y la población de 15 años a 74 años, por otro. Es decir, mide la relación entre los potenciales demandantes de cuidados (niños y personas mayores) y los potenciales proveedores de este. Para el cálculo del numerador (demandantes de cuidado), se asigna un ponderador que varía según el grupo de edad, en función a la intensidad del cuidado que necesitan las personas en cada rango etario (Aranco et al. 2018). En Ecuador, en el año 2015 el indicador fue de 2.4 mientras que la proyección calculada para el año 2050 es de 7.2 (Aranco et al. 2018). Este incremento es reflejo del fuerte aumento que se proyecta en el número de personas adultas mayores en el país. Las necesidades de cuidados de las personas mayores, sin embargo, están fuertemente condicionadas por su estado de salud y de dependencia funcional, aspectos que se discuten a continuación.

1.2 Condiciones de salud, discapacidad y dependencia funcional en la población adulta mayor

1.2.1 Esperanza de vida y esperanza de vida saludable

Se denomina transición epidemiológica al cambio en los patrones de enfermedad y en las causas de muerte, donde se pasa de una situación caracterizada por mortalidad infantil

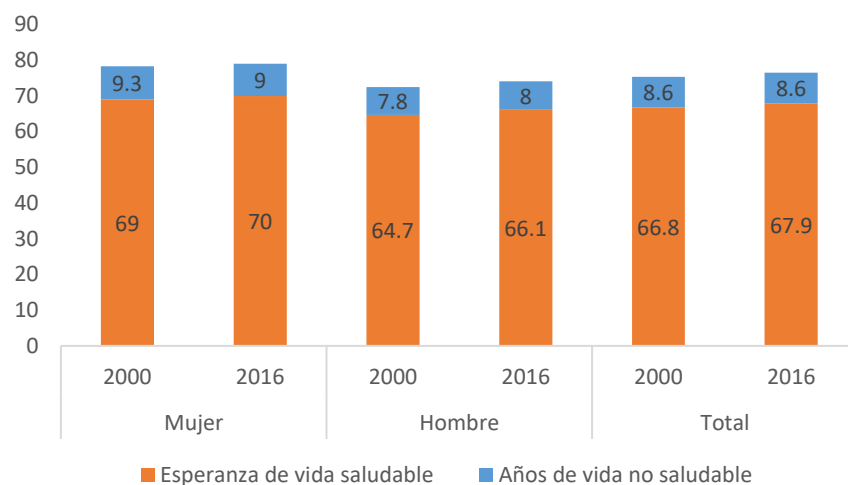
elevada y alta prevalencia de epidemias infecciosas, a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas. Esto tiene importantes implicaciones en el diseño de políticas de salud pública y cuidados.

Desde una perspectiva regional, es importante observar que el aumento de la esperanza de vida se relaciona más con el hecho de haber sobrevivido ciertas enfermedades gracias a los avances médicos ocurridos en las últimas décadas, que con una mejora en las condiciones socioeconómicas y la calidad de vida de la población (Palloni et al. 2006). En este sentido, el proceso de envejecimiento que tuvo lugar en los países de la región se dio en un contexto diferente al ocurrido en regiones más desarrolladas, como Europa. En Europa el desarrollo de la medicina estuvo acompañado de mejoras en las condiciones de trabajo de la población, de la disminución de los niveles de pobreza, del acceso a la educación y también de las políticas de salud dirigidas a la prevención durante todo el ciclo de vida. Estos factores no sólo se correlacionan con un aumento en la esperanza de vida, sino también con mejoras en la calidad de vida de esos años adicionales. Sin embargo, en América Latina y el Caribe, los avances en la medicina no siempre han ido acompañados por mejoras en los indicadores de calidad de vida. Como consecuencia, diversos autores sostienen que las personas mayores están expuestas a mayores niveles de vulnerabilidad y, por lo tanto, a importantes consecuencias en su salud futura (Palloni et al. 2006).

El indicador de años de vida saludable se define como el número promedio de años que una persona puede esperar vivir con "plena salud", teniendo en cuenta los años que se vivieron en condiciones no saludables debido a una enfermedad o lesión (WHO 2016). En Ecuador, la esperanza de vida saludable al nacer era de 67.9 años en el año 2016, uno de los valores más altos de la región, después de Panamá, Cuba y Costa Rica.

Según se puede apreciar en la Figura 5, el indicador registra un incremento de 1.1 años (de 66.8 a 67.9) desde el año 2000. Por su parte, la esperanza de vida total también aumentó 1.1 años (de 75.4 a 77.5) en el mismo período. Esto significa que, en los últimos años, los aumentos en la esperanza de vida significaron un aumento del número de años vividos en buenas condiciones de salud, y que son los últimos años de vida los que más restricciones imponen en términos de enfermedades, limitaciones, y discapacidad. Por otra parte, la esperanza de vida luego de los 60 años ha mejorado en los últimos años, pasando de 16.6 años en el año 2000 a 17.8 en el 2016 (WHO 2016).

Figura 5. Esperanza de vida y esperanza de vida saludable, 2000 y 2016



Fuente: Elaboración de la autora basada en los datos de WHO (2016).

1.2.2 Discapacidad y dependencia funcional

Existe una estrecha relación entre la dependencia funcional y la edad, pues el porcentaje de individuos con limitaciones en su capacidad funcional aumenta con la edad (IMERSO 2006). Debido a lo anterior, no resulta extraño que la dependencia se vea como un problema estrechamente vinculado al envejecimiento y que, en ocasiones, se tienda a considerar como un fenómeno que afecta fundamentalmente a los mayores. Sin embargo, la dependencia recorre todas las etapas vitales, estando presente desde el nacimiento, pudiendo desencadenarse a consecuencia de un accidente o de una enfermedad aguda en la infancia, la juventud o la vida adulta y, más frecuentemente, ir apareciendo a medida que las personas envejecen, como consecuencia de la emergencia de las enfermedades crónicas o como reflejo de una pérdida general en las funciones fisiológicas, atribuible al proceso biológico de envejecimiento (esto se observa con mayor claridad en el cohorte de mayores de 80 años).

Considerando lo anterior, la dependencia se vincula estrechamente con los cuidados o los servicios de atención a la dependencia de larga duración. Estos constituyen un grupo de actividades llevadas a cabo, ya sea de forma no remunerada por familias, amigos o vecinos, o remunerada por profesionales y técnicos dedicados al cuidado, con el objetivo de brindar asistencia en la realización de las actividades y quehaceres cotidianos, y garantizar los mayores niveles de autonomía posibles a la persona que recibe la atención

(Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social 2014); se denominan de larga duración porque se estima que se requerirán de manera permanente o por un tiempo prolongado⁴.

La dependencia y los servicios de cuidados asociados, a su vez, se encuentran íntimamente vinculados con el concepto de autonomía, que puede ser entendido como “la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria” (Ley 39, 2006, p.8). Este vínculo está dado debido a que la dependencia implica siempre un déficit de autonomía personal, en mayor o menor grado. Las medidas dirigidas a las personas en situación de dependencia tienen como objetivo la prevención del agravamiento de dicha situación, la promoción de la autonomía personal de la persona afectada, y la proporción de los elementos necesarios para superar el déficit de autonomía.

En este punto es importante distinguir los conceptos de discapacidad y dependencia. Estos son conceptos que se vinculan, pero no representan lo mismo: la presencia de discapacidad no necesariamente genera dependencia. La discapacidad se define como las “deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales” (OMS 2020). Sin embargo, en muchos casos de discapacidad, es posible restablecer la funcionalidad a través de la utilización de alguna ayuda técnica, audífono, prótesis, etc., por lo que no siempre las personas que sufren de alguna discapacidad se consideran dependientes. Hablamos de dependencia cuando la pérdida de funcionalidad limita la capacidad para resolver las necesidades de la vida diaria y por ende se requiere de la ayuda de otra persona para hacerlo. También podemos distinguir entre dependencias permanentes y dependencias transitorias. En el Recuadro 1 se definen con más detalle los conceptos de dependencia y discapacidad.

⁴ Frecuentemente, la literatura, los instrumentos estadísticos (por ejemplo, censos y encuestas) y la normativa de los países utilizan el término de cuidado o servicios de cuidado de larga duración para referirse a los servicios de apoyo para realizar las actividades de la vida diaria. Sin embargo, algunos autores han asociado el término cuidado a una concepción que puede opacar la necesidad de que los servicios de apoyo de larga duración respeten la autonomía de las personas, entendida como la habilidad de tomar decisiones, aún con apoyo si es necesario, de acuerdo con la propia conciencia, los valores, la voluntad y las preferencias de las personas. Por esta razón, a lo largo de esta publicación se prefiere el uso del término de servicios de atención a la dependencia o servicios de apoyo de larga duración. En el caso de Ecuador, esto no es siempre posible porque la propia legislación hace referencia al término *cuidados*.

Recuadro 1. Discapacidad y dependencia: definiciones y conceptos

Es indispensable distinguir entre los conceptos de discapacidad y de dependencia funcional. De acuerdo con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, las personas con discapacidad son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Naciones Unidas 2006). La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial (2011a, 2011b) siguen una definición similar, mientras que una definición más clínica se presenta en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (OMS 2017).

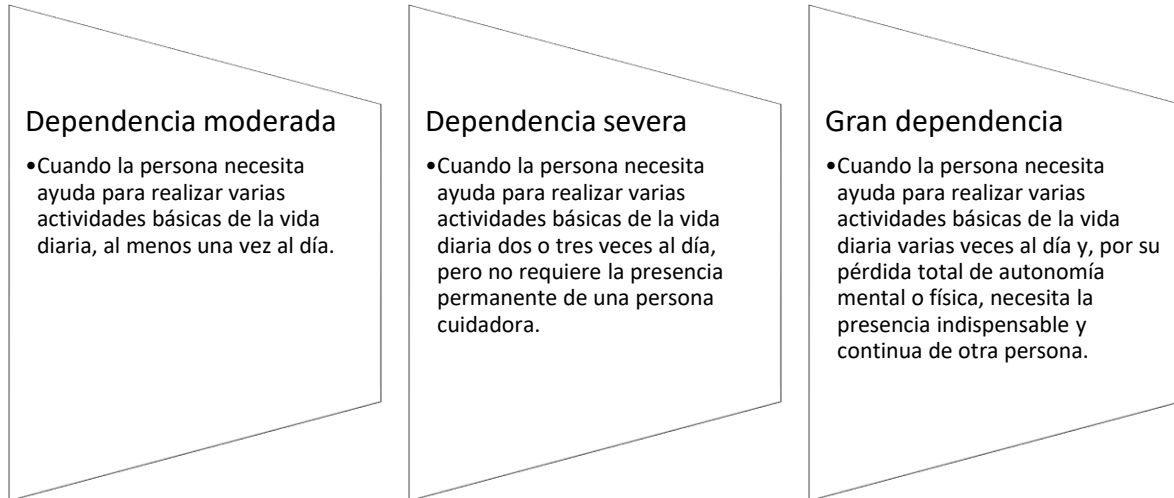
Medir el porcentaje de personas con discapacidad en una población utilizando un concepto tan amplio conlleva muchas dificultades técnicas y por lo tanto se utilizan instrumentos resumidos que mantienen una compatibilidad con el concepto general. Un ejemplo es el cuestionario corto del Grupo de Washington (*The Washington Group on Disability Statistics* 2017) que suele ser la base para construir las baterías de preguntas que se incluyen en encuestas o censos para estimar la población con discapacidad. En este contexto se utilizan los conceptos de dificultades o limitaciones para realizar actividades que se relacionan con realizar movimientos (como caminar y usar los brazos), actividades sensoriales (como ver y oír) y cognitivas (como concentrarse y comunicarse).

En contraste, la dependencia se refiere a la situación de experimentar dificultad y requerir ayuda para realizar una serie de actividades elementales que se denominan actividades de la vida diaria (AVD) de manera permanente. Dichas actividades se clasifican en actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD). Las primeras son un grupo de actividades muy elementales incluyendo desplazarse dentro de una habitación, usar el sanitario, comer, bañarse y vestirse. Las segundas suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz, por ejemplo, realizar quehaceres, cocinar, desplazarse fuera de la vivienda en medios de transporte y tomar medicamentos. La definición excluye aquellas situaciones temporales que pueden derivarse de una enfermedad o accidente con pronósticos de pronta recuperación (BID 2019).

Fuente: Aranco y Sorio (2019).

A su vez, existen diferentes grados de dependencia. De acuerdo con el Libro Blanco de la atención a las personas en situación de dependencia en España, elaborado por la Dirección General del IMSERSO (2004), la dependencia se puede caracterizar en tres tipos, los que se describen en el Recuadro 2:

Recuadro 2: Grados de dependencia

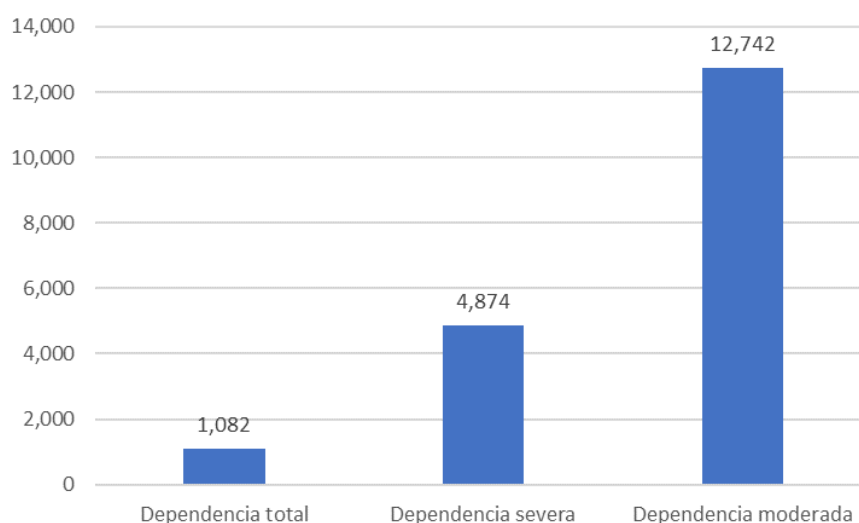


Fuente: Dirección General del IMSERSO (2004).

Ecuador no cuenta con datos completos sobre dependencia; aquellos que la miden corresponden únicamente a la población que hace uso de los servicios de cuidado que el Estado brinda. Por esta razón, esta sección contempla también los datos disponibles en el país sobre discapacidad. La carencia de datos específicos de dependencia es una limitante fundamental al momento de abordar políticas de atención a la dependencia, ya que, si bien la discapacidad y la dependencia se vinculan, como se explicó anteriormente, son conceptos diferentes. Esto sugiere también la necesidad del sistema de salud de incluir en sus evaluaciones la variable de funcionalidad.

En el marco de la caracterización que realiza el MIES, del total de personas adultas mayores atendidas, se identifica que 1,082 (5.8%) personas adultas mayores presentan dependencia total, 4,874 (26.1%) dependencia severa y 12,742 (68.1%) dependencia moderada (información de centros residenciales de atención y cuidados para personas adultas mayores, MIES 2020, véase Figura 6). Asimismo, del total de personas adultas mayores en los centros referenciados, se encontró que únicamente 398 personas adultas mayores poseen referentes familiares.

Figura 6: Número de personas adultas mayores con identificación de dependencia



Fuente: Información de centros residenciales de atención y cuidados para personas adultas mayores (MIES 2020)

En relación con la situación de dependencia por discapacidad, en Ecuador, al igual que en el resto del mundo, se ha experimentado un aumento de personas con discapacidad. Actualmente, hay 478,131 personas con discapacidad (restringen sus capacidades para ejercer sus actividades diarias en al menos un 30%), lo cual representa un 2.7% de la población total de Ecuador, de las cuales un 55.97% son hombres (Consejo de Discapacidades 2019). Como se puede apreciar en la Tabla 1, la discapacidad con más prevalencia es la física (presente en 47.1% de las personas con discapacidad), seguida por la intelectual (22.0%). La Tabla 2 detalla la concentración de las discapacidades por grupo etario, y muestra que el grupo más afectado son los mayores de 30 años. En este sentido, el aumento de los diversos tipos de discapacidad concentrados en la población de más edad genera de manera directa un aumento en la dependencia de las personas mayores.

Tabla 1: Distribución de la discapacidad por tipo (población de todas las edades)

Tipo de discapacidad	Personas con discapacidad	Porcentaje
Física	225,400	47.1%
Intelectual	105,042	22.0%
Auditiva	61,177	12.8%
Visual	56,361	11.8%
Psicosocial	24,444	5.1%
Lenguaje	5,707	1.2%
Total	478,131	100.0%

Fuente: MSP (2019).

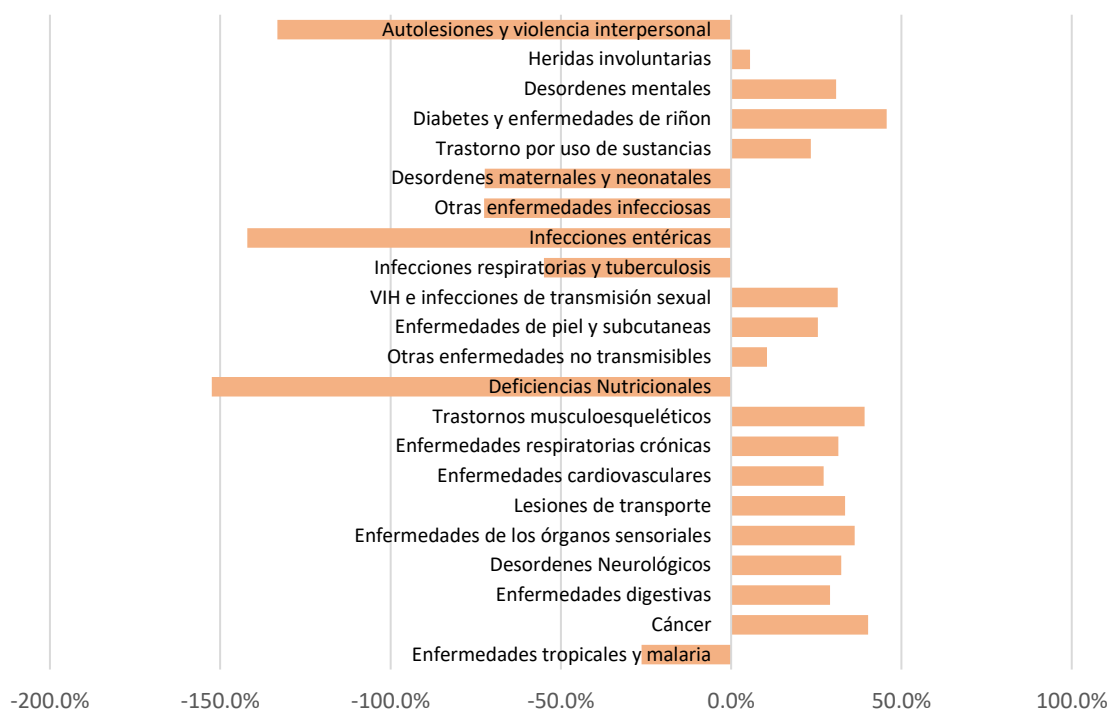
Tabla 2: Distribución de la discapacidad por grupo de edad

Grupo etario	Personas con discapacidad	% de las personas con discapacidad	% del grupo etario en el total de la población
0 a 3 años	2,963	0.62%	0.22%
4 a 6 años	6,313	1.32%	0.63%
7 a 12 años	24,622	5.15%	1.22%
13 a 18 años	34,015	7.11%	1.69%
19 a 29 años	62,616	13.1%	1.92%
30 a 65 años	228,188	47.72%	3.43%
Más de 65 años	119,414	24.98%	9.11%
Total	478,131	100.0%	

Fuente: MSP (2019).

En relación con los resultados obtenidos a partir del análisis de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en Ecuador, que se presentan en la Figura 7, se aprecian importantes cambios en la salud de la población ecuatoriana entre el año 2000 y el año 2017, entre los que podemos destacar el importante aumento de la transmisión del VIH, del cáncer, la diabetes, y el aumento de otras enfermedades crónicas. Por otro lado, han disminuido las deficiencias nutricionales, las infecciones entéricas y la violencia interpersonal.

Figura 7: Cambios en las causas principales de AVAD en Ecuador, 2000 - 2017



Fuente: elaboración de la autora con base en los datos de GBD (2017).

Se observó en los diálogos sostenidos con personal del Ministerio de Salud, del MIES, y la Secretaría del Plan Toda La Vida acciones incipientes en el marco de sus programas para agregar la medición de la dependencia. Resulta necesario poder estructurar estas acciones en torno a definiciones consensuadas que permitan el análisis de los datos de acuerdo con marcos compartidos. Esta debilidad de datos y de enfoque es reconocida en el país, y se manifiesta como una necesidad a considerar en las nuevas definiciones que se contempla realizar en las readecuaciones del sistema de salud.

Considerando lo mencionado anteriormente, Ecuador se beneficiaría de contar con los datos que se describen a continuación:

1. Información de la prevalencia de dificultades para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria: presencia de dificultades por rango de edad, tipo de dificultad por edad y sexo. Como se menciona en el Recuadro 1, manejar esta información permitiría dimensionar las necesidades de cuidado de la población ecuatoriana. Además, se requiere saber el porcentaje de personas mayores dependientes por nivel de dependencia a nivel de toda la población (ya que actualmente sólo existe registro de aquellos que se encuentran utilizando los servicios entregados por MIES). Esta información permitiría dimensionar las necesidades de cuidado de la población dividida por tipo de cuidado y con ella definir de forma óptima las prestaciones que el sistema debe asegurar, considerando la necesidad de ayuda de personas dependientes (supervisión, ayuda, dependencia total).

2. Datos sobre la relación entre la dependencia en sus diferentes niveles y las enfermedades crónicas. Al dimensionar la cantidad de personas que padecen enfermedades crónicas y cómo estas impactan efectivamente en la necesidad de cuidado futuro, sería posible realizar mejores intervenciones que permitan prevenir la ocurrencia de la dependencia.

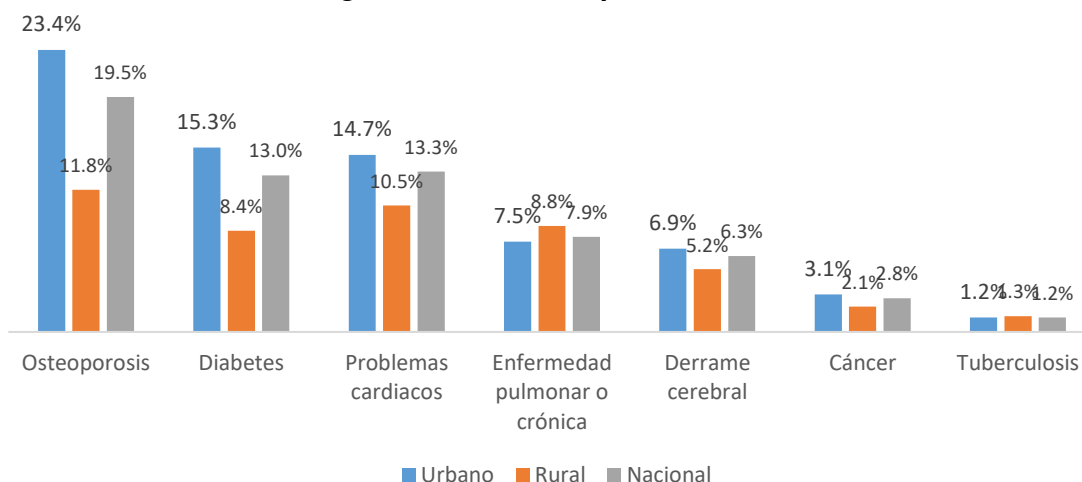
1.2.3 Condiciones de salud de las personas adultas mayores

Tal como la encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento⁵ (SABE) del MIES plantea, el estado de salud de las personas adultas mayores está directa e íntimamente ligado a la calidad de vida, y debe analizarse en función de la repercusión funcional de la enfermedad sobre el individuo (INEC 2009). Según la encuesta, uno de cada tres personas mayores presenta algún tipo de enfermedad crónica (INEC 2009). Asimismo, una alta proporción de personas adultas mayores presenta trastornos visuales, trastornos auditivos, así como alteraciones que influyen negativamente en su calidad de vida o en su funcionamiento diario. La frecuencia, severidad y discapacidad provocada por las enfermedades crónicas aumenta conforme se incrementa la edad de la persona adulta mayor: al año 2012 aproximadamente el 70% de todas las muertes de las personas mayores fueron causada por enfermedades crónicas (MIES 2012), mientras que el año 2017 la cifra aumentó a 87.5% (GBD 2017).

Como se aprecia en la Figura 8, las enfermedades detectadas con mayor frecuencia en las personas de 60 años y más en Ecuador son: la osteoporosis, problemas del corazón y diabetes. La mayoría de las enfermedades son detectadas en adultos pertenecientes a las zonas urbanas. La Figura 9 muestra que la enfermedad que más afecta a las mujeres mayores de 60 años es la osteoporosis, mientras que los problemas del corazón y la diabetes son los que más afectan a los hombres.

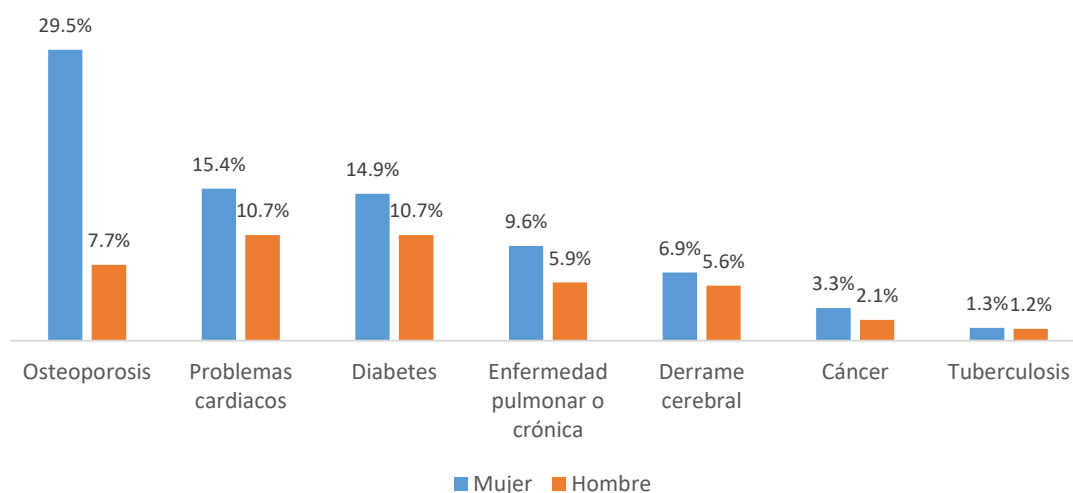
⁵ En 2019 se contemplaba la realización de una nueva encuesta SABE que, sin embargo, se ha postergado. Actualmente no está prevista una nueva fecha de implementación.

Figura 8. Proporción de personas adultas mayores que han sido diagnosticadas con alguna enfermedad, por zona habitada



Fuente: Elaboración de la autora con base en los datos de INEC (2009).

Figura 9. Proporción de personas adultas mayores que han sido diagnosticadas con alguna enfermedad, por sexo

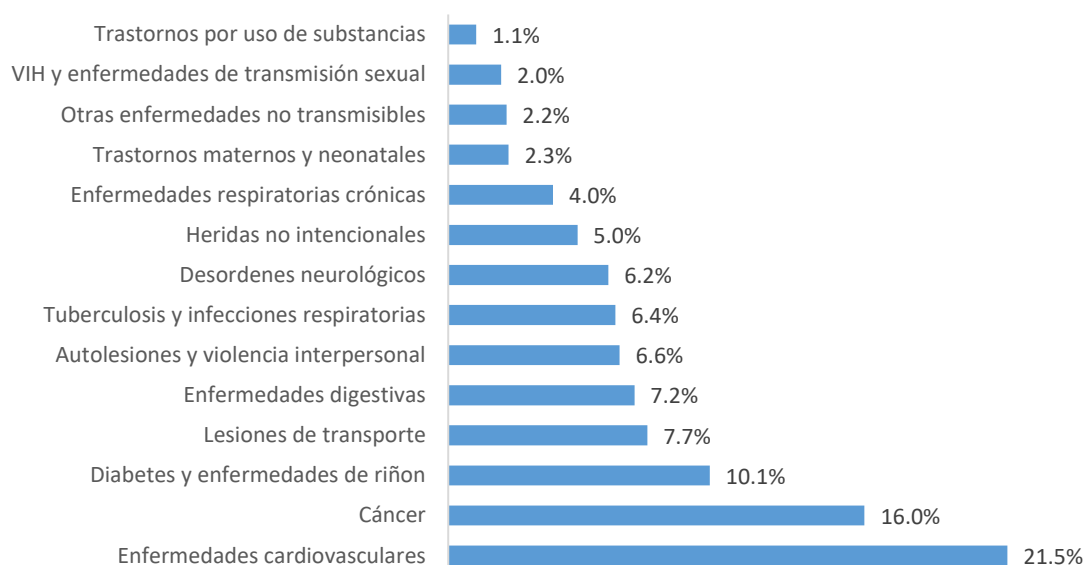


Fuente: Elaboración de la autora con base en los datos de INEC (2009).

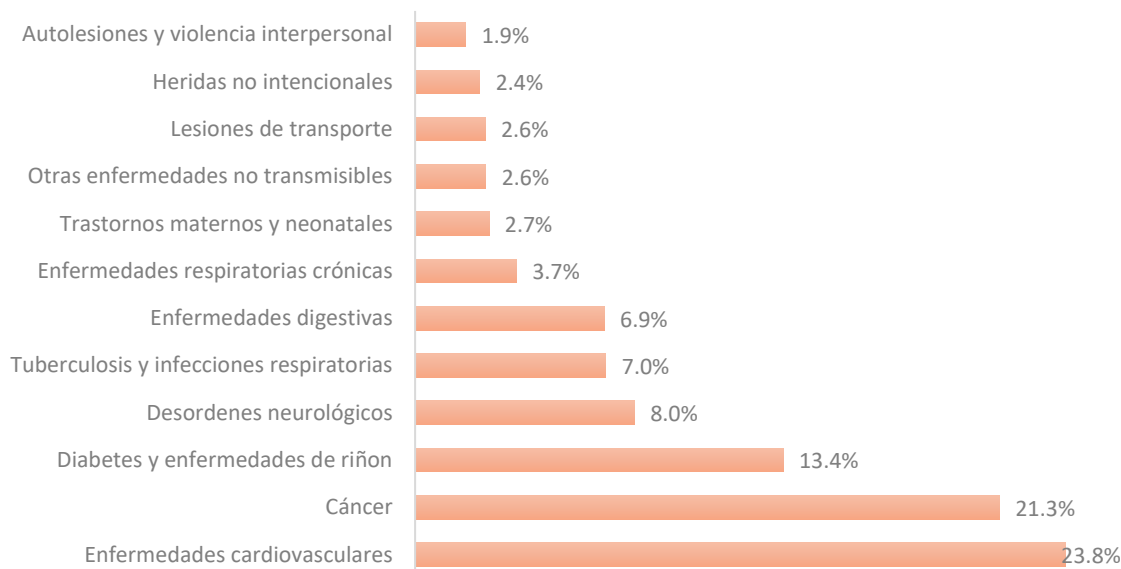
En la Figura 10 se muestran las principales causas de muerte de las personas mayores diferenciadas por sexo. En el caso de los hombres (Panel A), las principales causas de muerte son producidas por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades de riñón, todas enfermedades crónicas. Las mismas tres enfermedades crónicas constituyen las principales causas de muerte entre las mujeres (Panel B).

Figura 10. Principales causas de muertes en hombres y mujeres en Ecuador

A. Hombres



B. Mujeres



Fuente: Elaboración de la autora con base en los datos de INEC (2009).

Las enfermedades crónicas diagnosticadas en las personas adultas mayores son un punto relevante para comprender la necesidad de cuidados, ya que, si no se tratan adecuada y oportunamente, tienden a provocar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas (Méndez et al. 2005). En otras palabras, el desarrollo de enfermedades crónicas y el aumento en la prevalencia de limitaciones funcionales que ocurre como parte del propio proceso de envejecimiento tiene como consecuencia un incremento en el porcentaje de personas en situación de dependencia, es

decir, que requieren ayuda externa para el desarrollo de sus actividades diarias. De esta forma, aumentan las necesidades de cuidado de la población (Aranco et al. 2018).

A pesar de los avances en materia de salud logrados en el último siglo y las tendencias globales descritas anteriormente, las poblaciones más vulnerables del planeta siguen muriendo de enfermedades infecciosas prevenibles, una carga amplificada por la desnutrición y la pobreza. Para muchos países de ingresos bajos y medios, como Ecuador, esto significa una doble carga de enfermedad: problemas “viejos” de salud, incluyendo enfermedades infecciosas y mortalidad materna e infantil elevada, junto con problemas emergentes de salud por enfermedades crónicas asociadas a un estilo de vida occidental y al envejecimiento general de la población, incluyendo las nuevas amenazas infecciosas para la salud, todas ellas con un alto impacto en la población mayor.

Irónicamente, las poblaciones que son más vulnerables a las enfermedades infecciosas, cuyo denominador común es la pobreza, también lo son a las enfermedades crónicas, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, y a sus factores de riesgo, como la obesidad. En el otro extremo, los estratos socioeconómicos más acomodados, que fueron los primeros en sufrir este tipo de enfermedades, ya han comenzado a adoptar tratamientos y hábitos para prevenirlas (WHO 2018). Esto pone en relevancia la relación que existe entre vulnerabilidad social y enfermedades, ya sean crónicas o infecciosas.

En el contexto actual de emergencia sanitaria por la COVID-19, se ha extendido el concepto de doble carga en salud; los países desarrollados han comenzado también a hablar de una doble carga de enfermedad ante el surgimiento de enfermedades infectocontagiosas y el riesgo de nuevas pandemias. La desnutrición y la pobreza, aunadas a los desequilibrios ambientales, la explosión demográfica y la globalización, son terreno fértil para la emergencia de nuevos patógenos o el aumento de infecciones que estaban bajo control, como por ejemplo la tuberculosis, con la aparición de cepas multirresistentes, o el dengue, con la aparición del vector en América⁶. Este es un desafío global claramente determinado por los recursos disponibles y las medidas que sean implementadas, y donde las personas adultas mayores ocupan una posición relativamente más vulnerable que el resto de la población (OPS 2011).

Lo anterior resalta la importancia de diseñar conjuntos de intervenciones adecuados a los retos y riesgos de cada población: las enfermedades infecciosas que afectan a las poblaciones más pobres se pueden combatir con intervenciones ya existentes, con una relación costo-beneficio positiva. La doble carga de la enfermedad multiplica el número de enfermedades que potencialmente afectan a todos y las intervenciones contra las mismas deben ser más variadas e implicar a múltiples sectores y actores. En este sentido, las estrategias para reducir los riesgos asociados a la vida sedentaria, la “hipernutrición”, y otros factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, no deberían eclipsar la

⁶ La distinción entre enfermedad infecciosa y crónica no está tan claramente marcada como tradicionalmente se pensaba. De hecho, los agentes infecciosos y los procesos inflamatorios causados por los mismos juegan un papel importante en el origen de las enfermedades crónicas como el cáncer cervical (asociado al virus del papiloma humano), la úlcera gastrointestinal (asociada a la bacteria *H. pylori*) y la enfermedad cardiovascular o la diabetes (asociada a la inflamación crónica), y se está descubriendo evidencia de inflamación en muchas otras enfermedades, incluyendo el autismo y otras enfermedades mentales. Lo anterior pone de manifiesto el desafío que enfrentan países como Ecuador respecto a la doble carga de enfermedad.

amenaza impuesta por las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, donde los mayores suelen ser los más afectados, como hemos podido observar en el marco del desarrollo de la pandemia producida por la COVID-19.

Frente a la complejidad del escenario epidemiológico descrito, la disponibilidad de información y datos que caractericen al segmento de las personas adultas mayores y describa su situación respecto de la funcionalidad se transforma en un requerimiento para las políticas públicas de salud y de cuidados. En la actualidad resulta ineludible que el abordaje de la carga sanitaria tenga un componente de cuidados sociales cada vez mayor. Por eso, el desarrollo de servicios sociales requerirá de recursos y de datos que permitan una adecuada articulación con los servicios sanitarios en el diseño e implementación de un modelo de atención y cuidados que ofrezca respuestas eficientes y eficaces frente a las demandas del sistema.

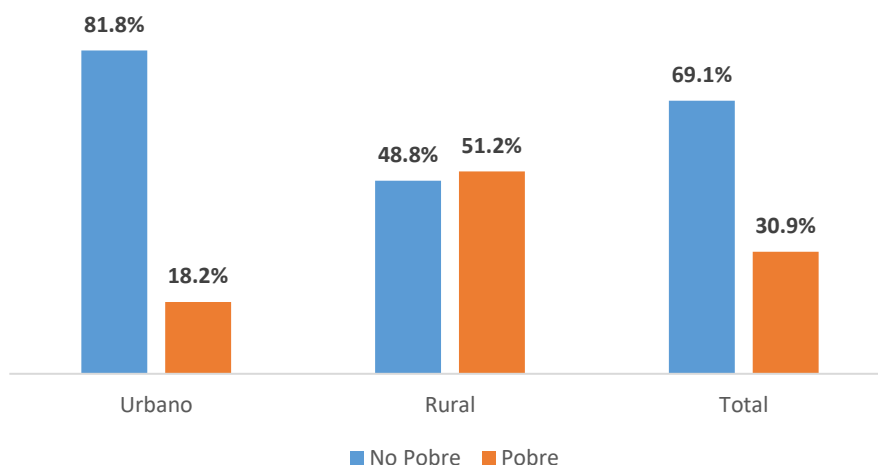
Lo anterior adquiere especial relevancia si consideramos que, como respuesta a la propagación de la COVID-19, las personas mayores han debido enfrentar formas de aislamiento social que han dificultado la implementación de los cuidados tradicionales, de carácter informal, así como de cuidados profesionales que se ajustaran a los requerimientos de higiene y sanitización que la respuesta de emergencia exige.

1.3 Características socioeconómicas de la población adulta mayor

El aumento en la proporción de personas con dependencia funcional implica una mayor demanda de servicios de cuidados de largo plazo. En ausencia de programas de cuidados implementados por el Estado en el contexto de sus políticas de inclusión social, estos servicios deben ser provistos por las familias, o bien adquiridos en el mercado (Aranco et al. 2018).

Las personas adultas mayores en Ecuador se enfrentan a una situación socioeconómica adversa que dificulta la capacidad de responder a la necesidad de cuidado que requieren con la calidad necesaria. La encuesta SABE realizada el año 2009, refleja en la Figura 11 que más del 30% de las personas de 60 años y más son pobres, y esta cifra aumenta al 50% cuando se trata de personas que viven en el área rural.

Figura 11. Porcentaje de personas adultas mayores pobres por zona habitada



Fuente: Elaboración de la autora con base en los datos del INEC (2009).

Los altos niveles de pobreza entre la población adulta mayor se explican, en parte, por la baja cobertura del sistema de pensiones en Ecuador. Para el año 2012, la cobertura de pensiones contributivas (seguro social) en la población de 65 años y más era del 20.7%. La mayor parte de estos pertenecían al área urbana (78.3%), con el 21.7% de los pensionistas mayores de 65 años pertenecientes al área rural. En el contexto de envejecimiento paulatino de la población que muestra el Ecuador, los déficits de cobertura contributiva de la fuerza de trabajo, suponen la formación de un pasivo social de enormes dimensiones que está implicando condiciones muy complejas no sólo en términos de bienestar social, sino también desde el punto de vista del pasivo fiscal acumulado (OIT 2008). Utilizando la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU), se pueden construir indicadores alternativos de pobreza⁷. Se observa que la pobreza y la pobreza moderada entre las personas mayores de 65 años han descendido notoriamente desde 2009. La pobreza extrema en mayores de 65 años pasó de 20.1% a 7.8% entre 2009 y 2019, en el mismo periodo la pobreza pasó de afectar al 37.9% al 18.1% de ese grupo.

El sistema de pensiones ecuatoriano consta de un régimen general, el Seguro Social Obligatorio, y de regímenes específicos o especiales⁸. Actualmente, en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el seguro de invalidez, vejez y muerte, y el Fondo de Pensiones funcionan como un sistema de reparto puro, modalidad que mantiene desde sus inicios en 1928⁹. De acuerdo con la información de la ENEMDU de 2019 del INEC, la distribución del aporte por el tipo de seguro revela que la mayor parte de la población asegurada corresponde al Seguro Social Obligatorio del IESS (28.3%), seguido de la afiliación al Seguro Social Campesino (6.9%), al Seguro Voluntario (2.5%), mientras que

⁷ Como línea de pobreza extrema se utilizó US\$3,1 por persona por día y como línea de pobreza US\$5.5 por persona por día, expresado en dólares de paridad de poder adquisitivo del año 2011.

⁸ El seguro social campesino y los seguros sociales correspondientes a las fuerzas de seguridad.

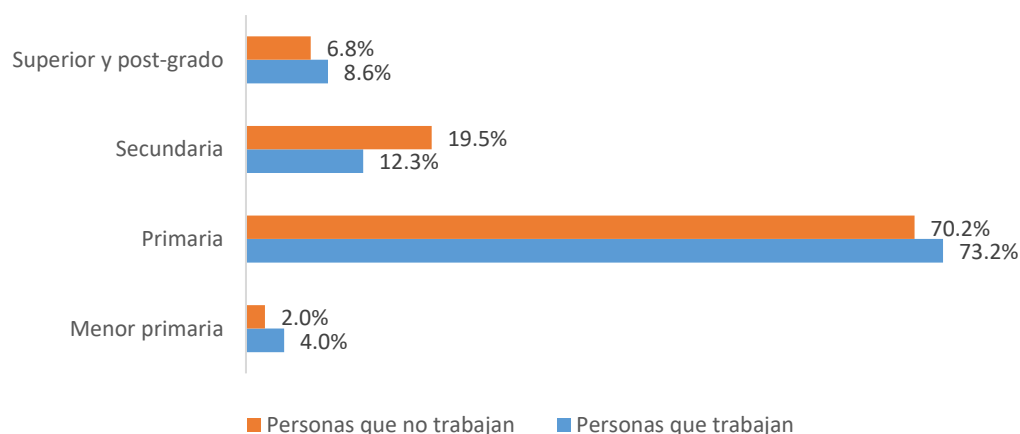
⁹ En este método de aportaciones las contribuciones de los trabajadores presentes sirven para pagar a los jubilados actuales; el sistema funciona mientras más trabajadores ingresen al sistema y puedan mantener a una población relativamente estable de jubilados (Celis 2015).

los miembros de las fuerzas de seguridad que están cubiertos por regímenes especiales corresponden al 0.8%. Estas cifras evidencian que el 61.1% de la población no está afiliada a ningún tipo de seguro contributivo.

El análisis desde una perspectiva de género indica que, en términos generales, la baja cobertura pensionaria de la población adulta mayor afecta en similar magnitud a los hombres y a las mujeres. No obstante, como la cobertura contributiva histórica tiende a favorecer a los hombres, a largo plazo esta situación ha generado grados de desigualdad, de manera que en el caso de los hombres de 65 y más años la cobertura pensionaria es 14.4%, mientras que para las mujeres es de 8.6%, es decir, inferior a la de los hombres en cuarenta por ciento (OIT 2008).

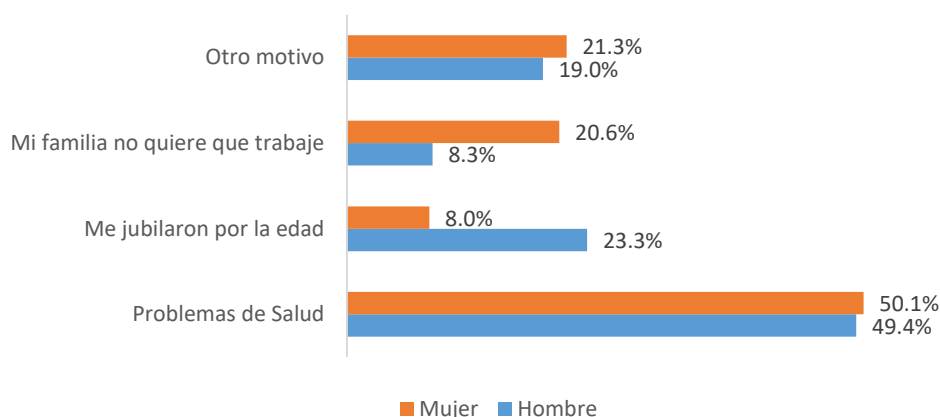
La baja cobertura de la seguridad social y los altos niveles de pobreza no sólo limitan las posibilidades de las familias de contar con ayuda externa para cuidar a sus personas mayores dependientes, sino que obligan a que muchas personas tengan que continuar trabajando hasta edades avanzadas (Aranco et al. 2018). En efecto, los resultados de la encuesta SABE muestran que un 42.9% de las personas adultas mayores en Ecuador trabajan. De ellos, más de un 70% llegaron a completar solo la educación primaria, tal como se aprecia en la Figura 12. Por otro lado, en la Figura 13 se presenta que la principal razón por la que las personas mayores no trabajan se debe a problemas de salud.

Figura 12. Nivel de instrucción de las personas adultas mayores según estado de ocupación



Fuente: Elaboración de la autora con base en los datos de INEC (2009).

Figura 13. Principales razones por las que una persona mayor no trabaja



Fuente: Elaboración de la autora con base en los datos de INEC (2009).

La información presentada pone en evidencia los múltiples factores vinculados a la situación social y económica de las personas mayores que impactan su calidad de vida. Estos determinantes sociales impactan no sólo en la esperanza de vida de las personas, sino también en la esperanza de vida saludable de las personas adultas mayores y, por tanto, en sus potenciales necesidades de cuidados.

Sección 2. El papel del gobierno en la atención a la dependencia

Durante la última década, Ecuador ha pasado por un proceso de fortalecimiento de su matriz de protección social, a través del desarrollo de servicios y prestaciones en este ámbito. En la actualidad, el país ha puesto de manifiesto su interés en fortalecer el componente de cuidados de sus políticas, partiendo por las que implementa el MIES, asegurando la importancia de dicho componente y dando relevancia a una mirada de todo el ciclo vital. La consideración del componente de cuidados en los sistemas de protección social supone una ampliación de los pilares clásicos de intervención del Estado de bienestar (salud, educación y seguridad social).

Ecuador ha sumado, en una primera etapa, el cuidado de niños, no sólo como una excepción cuando la familia no puede asumirlos, sino como una nueva regularidad social, buscando a través de esta tarea fortalecer las bases del desarrollo de sus ciudadanos y responder a problemáticas que, habiendo descansado tradicionalmente en la familia, no han logrado resolverse, como son los altos índices de desnutrición infantil.

En una segunda etapa, el país ha visibilizado la discapacidad y ha desarrollado un soporte respecto a las prestaciones ofrecidas, avanzando desde la mera entrega de recursos económicos (mediante bonos) a un modelo que busca promover la inclusión social y económica de las personas con discapacidad y sus familias, a través del desarrollo de sus habilidades, incremento de su autonomía y participación activa en la familia y la comunidad, y de impulsar el cambio de patrones culturales en relación a la discapacidad. En esta segunda etapa también se han desarrollado normas de operación de servicios para personas adultas mayores, considerando la matriz sociosanitaria tradicional. No obstante, el desarrollo de los servicios de cuidados a personas dependientes se circunscribe dentro de una matriz de protección social que, tal como se manifiesta en los datos anteriores, aún requiere fortalecerse.

Un análisis de la gobernanza de los servicios y prestaciones de cuidado permite observar que cada área del ciclo vital dentro del sistema de protección social responde a un esquema de cuidados particular. Por ejemplo, el cuidado de niños se trabaja desde el sistema educativo y desde el enfoque social en vulnerabilidad; el de discapacidad desde salud y desde vulnerabilidad social; y el de mayores desde vulnerabilidad social, considerando prestaciones focalizadas en pobreza. Estos tres esquemas poseen baja articulación entre sí, específicamente en la relación entre las entidades del gobierno del gobierno a cargo (Viceministerios y Subsecretarías) y la implementación de las políticas y los programas a nivel territorial. Lo anterior, puede generar una fuga de recursos y el desaprovechamiento de oportunidades de complementariedad entre los programas, de acuerdo a los funcionarios entrevistados. A partir de esta constatación, es que el MIES ha establecido como prioridad el establecimiento de un sistema nacional de cuidados articulado.

En esta sección se discute el papel del Estado en lo que tiene que ver con los servicios de atención a la dependencia, tanto desde el punto de vista de la legislación existente, como de la regulación de los diferentes programas y el control de la calidad de los mismos.

2.1 Normativa vinculada a las prestaciones y servicios de cuidados

Considerando las prestaciones y los servicios identificados, se establecieron sus referencias y bases normativas. La revisión de estas últimas, agrupadas en función de sus características, se presenta a continuación.

2.1.1 Acuerdos internacionales

Los acuerdos internacionales a los que Ecuador se ha adscrito fijan una base para el desarrollo de sus políticas públicas¹⁰. En el caso particular de la dependencia entre las personas adultas mayores, hay una serie de acuerdos que buscan reforzar la importancia de proteger el respeto y la dignidad de las personas mayores y con discapacidad, conservando su autonomía e independencia y asegurando siempre la conservación de sus derechos fundamentales. De esta manera, se destacan los tres acuerdos siguientes:

- a) Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las Personas con Discapacidad.
- b) Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo.
- c) Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores¹¹.

2.1.2 Constitución de la República del Ecuador

Diversos autores han reconocido en la Constitución de la República del Ecuador de 2008 la recuperación de rol protagónico del Estado en materia de protección social (Jain 2013; Vásconez 2013; Romo 2018). Esta Constitución se enmarca en lo que se ha denominado el nuevo constitucionalismo latinoamericano, en el que se establece por primera vez el concepto del cuidado. Específicamente, afirma la obligatoriedad del Estado en la formulación y ejecución de políticas para alcanzar la igualdad entre mujeres y varones, como la incorporación del enfoque de género en los planes y programas. A su vez, reconoce el trabajo doméstico no remunerado de autosustento y del cuidado humano que se realiza en los hogares, el trabajo familiar, y las formas autónomas de trabajo como parte del sistema económico.

Romo Rodríguez (2018) ha analizado la forma que adopta el cuidado dentro de la Carta Fundamental. Considerando su análisis, a continuación, se revisan algunos componentes destacados¹².

¹⁰ Para más detalles ver Anexo 1.

¹¹ El 21 de marzo de 2019, la República de Ecuador depositó el instrumento de adhesión (http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/A-70_ecuador_AD_3-21-2019.pdf) de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en la sede de la OEA, en Washington, D. C., Estados Unidos.

¹² Los artículos mencionados se detallan en el Anexo 1 de este informe.

Al hablar de personas adultas mayores, la Constitución, en su artículo 35, menciona la atención prioritaria de salud dirigida a poblaciones vulnerables, entre las que se encuentran las personas mayores en el caso de que padezcan enfermedades catastróficas, se encuentren en situación de riesgo, hayan sido víctimas de violencia doméstica y sexual o hayan atravesado algún tipo de desastre natural o antropogénico. De igual manera, el artículo 36 determina que las personas 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 violencia. Se establece que pertenecen a este grupo quienes hayan cumplido los 65 años.

Luego, en su artículo 38 contempla específicamente el componente de fomento a la autonomía, elemento fundamental en las políticas de atención a la dependencia de las personas adultas mayores en aquellos países que han desarrollado sistemas nacionales de cuidado. En el artículo 363 se especifica la tarea del cuidado y el fomento de la autonomía como responsabilidad del Estado.

En particular, el documento menciona que el Estado tomará medidas de:

- Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente;
- Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social;
- Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas;
- La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección.

Al referirse a la discapacidad, la Constitución reconoce los derechos asociados a cuidados y apoyos a los cuidados, mencionados en el artículo 47, mientras que especifica las medidas asociadas en el artículo 48.

En relación con las modalidades de trabajo, se reconocen las “labores de cuidado humano”; en este sentido, el artículo 325 y el artículo 333 establecen de forma específica el cuidado. Particularmente, en el artículo 333 se entregan las bases para las políticas de conciliación laboral y familiar, consignando además una orientación de progresividad a la seguridad social a quienes cuidan.

Finalmente, en lo que constituye la disposición constitucional más clara y con efectos jurídicos y presupuestarios concretos, se encuentra el artículo 369, en donde se describe la responsabilidad del Estado frente a diversas contingencias de salud a través del seguro universal para quienes se dediquen a tareas domésticas o de cuidado no remuneradas.

2.1.3 Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021

En el marco del análisis normativo se destaca el Plan Nacional de Desarrollo, instrumento contenido en los artículos 280 y 293 de la Constitución. A la fecha, se han desarrollado cuatro Planes de Desarrollo, tres de ellos de carácter vinculante: el Plan Nacional de Desarrollo 2009-2013, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2017, y el Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021, Toda una Vida, actualmente vigente.

Todos estos planes se vincularon con las agendas de desarrollo internacionales; en particular, el último plan se articuló en coherencia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 (Consejo Nacional de Planificación, República del Ecuador 2017). Este plan reconoce la importancia de:

- promover el desarrollo integral de los individuos durante todo el ciclo de vida;
- implementar el enfoque basado en el ejercicio y garantía de derechos;
- consolidar el Régimen del Buen Vivir, entendido como el reconocimiento de la condición inalterable de cada persona como titular de derechos, sin discriminación alguna.

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2017-2021 ha puesto como centro a la naturaleza y a las personas en sus distintas expresiones colectivas y organizativas. Constituyen la primera prioridad para el proceso de desarrollo nacional y se ha designado que sea el sistema estatal el portador de obligaciones y garante de los derechos consignados, bajo los principios de transparencia, rendición de cuentas, igualdad y no discriminación. Los principales objetivos del Plan son:

- generar políticas integrales y metas que permitan monitorear el cierre de brechas y el ejercicio pleno de los derechos, entendiendo como un reto a superar la incorporación de la ciudadanía en el seguimiento y evaluación de las políticas públicas;
- definir herramientas que permitan la planificación y gestión territorial con una asignación adecuada de recursos;
- definir lineamientos que orienten el gasto público y la inversión de recursos, así como la coordinación del Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa con el Sistema Nacional de Finanzas Públicas;
- desarrollar un sistema nacional de información que dé cuenta de la diversidad poblacional y territorial del país, aportando oportuna y pertinentemente con fuentes estadísticas y registros administrativos para la toma de decisiones.

Para lo anteriormente señalado, el PND propone el abordaje de los objetivos y la política pública nacional a partir de tres ejes:

- la garantía de derechos a lo largo del ciclo de vida;
- una economía al servicio de la sociedad;
- la gestión estatal para el cumplimiento de objetivos nacionales.

Considerando estos antecedentes, las temáticas vinculadas a las personas adultas mayores están circunscritas dentro del eje número 1 (garantía de derechos a lo largo del ciclo de vida): en él se enfatiza la existencia de grupos de personas con necesidades especiales, para los cuales se introducen un grupo de elementos diagnósticos. Se afirma que “se priorizará el trabajo para los adultos mayores en los temas de: ampliación de la cobertura y especialización de los servicios de salud; pensiones no contributivas; envejecimiento activo y digno con participación intergeneracional, cuidado familiar o institucional, entre otros” (Consejo Nacional de Planificación, República del Ecuador, 2017, p.48).

Con relación a las personas con discapacidad, se destacan las siguientes prioridades: “(...) es necesario facilitar el acceso a las personas con discapacidad a la educación inclusiva, la información, los espacios públicos, el trabajo digno, la salud –incluida la salud sexual y reproductiva– y la protección frente a todas las formas de violencia, incluida la violencia basada en género. Además, se debe continuar con las transferencias monetarias condicionadas, especialmente a los cuidadores de personas con alto grado de discapacidad. De igual forma, se fortalecerá la institucionalidad y se promoverá la continuidad de cambios culturales necesarios para la integración plena de las personas con discapacidad desde un enfoque de derechos, atado a la comprensión de componentes subjetivos asociados a la situación de discapacidad: socialización, desarrollo de competencias personales para la resiliencia, capacidad de decisión, autonomía, realización, oportunidades de desarrollo, entre otros” (Consejo Nacional de Planificación, República del Ecuador, 2017, p.49).

Las Misiones

El Plan anteriormente presentado se ejecuta a través de Misiones, las cuales organizan los esfuerzos de las instituciones públicas y permiten avanzar en la consolidación de un piso de protección social y orientan su accionar. En este contexto, se identificó que la materialización de las medidas de protección para las personas adultas mayores se encuentra circunscrita, en su mayoría, a las misiones Mis Mejores Años y Las Manueles. Estas misiones, contenidas en el Plan Toda una Vida, priorizan de manera explícita a tres grupos que experimentan mayores situaciones de pobreza y vulnerabilidad:

- Personas adultas mayores: Misión Mis Mejores Años
- Personas con discapacidad: Misión Las Manueles
- Niños y niñas: Misión Ternura

Las misiones detallan sus orientaciones normativas en los marcos de acuerdos internacionales, a saber, los Objetivos de Desarrollo Sostenible y los instrumentos de protección de derechos específicos a cada grupo, lo que permite la integración de normativas nacionales en el contexto global, mientras que tensiona a ciertas normas nacionales previas a la Constitución, que han supuesto la necesidad de revisión y generación de un nuevo marco normativo.

Un ejemplo de lo anterior es La Ley del Anciano, promulgada en el año 1991 y que presentaba inconsistencias con la Constitución actual por lo que fue reemplazada por la

nueva Ley orgánica de las personas adultas mayores en el año 2019, que se presenta a continuación.

2.1.4 Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores

Esta ley, vigente desde mayo de 2019, tiene como objeto promover, regular y garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos específicos de las personas adultas mayores, en el marco del principio de atención prioritaria y especializada, expresados en la Constitución de la República, instrumentos internacionales de derechos humanos y leyes conexas, con enfoque de género, movilidad humana, generacional e intercultural.

Además, establece su ámbito de aplicación a todas las personas mayores nacionales o extranjeras que se encuentren en territorio ecuatoriano, como también a las personas mayores ecuatorianas en el extranjero mediante las misiones diplomáticas. En materia de cuidado, la ley hace referencia a que las personas naturales o jurídicas que se dediquen al cuidado requerirán el permiso de funcionamiento otorgado por el MIES.

Los fines de esta norma son los siguientes:

- a) Crear el Sistema Nacional Especializado de Protección Integral de los Derechos de las Personas Adultas Mayores;
- b) Impulsar el cumplimiento de mecanismos de promoción, asistencia, exigibilidad, protección y restitución de los derechos de las personas adultas mayores, garantizando el derecho a la igualdad y no discriminación;
- c) Orientar políticas, planes y programas por parte del Estado que respondan a las necesidades de las personas mayores y promuevan un envejecimiento saludable;
- d) Promover la corresponsabilidad y participación del Estado, sociedad y familia, para lograr la inclusión de las personas adultas mayores y su autonomía, teniendo en cuenta sus experiencias de vida y garantizar el pleno ejercicio de sus derechos;
- e) Garantizar y promover la integración, participación ciudadana activa e inclusión plena y efectiva de las personas adultas mayores, en los ámbitos de construcción de políticas públicas, así como en actividades políticas, sociales, deportivas, culturales y cívicas;
- f) Establecer un marco normativo que permita el pleno ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores;
- g) Garantizar para las personas adultas mayores una vida digna mediante el acceso y disponibilidad de servicios necesarios con calidad y calidez, en todas las etapas del envejecimiento; y,
- h) Promover la eliminación de todas las formas de abandono, discriminación, odio, explotación, violencia y abuso por razones de la edad, en contra de las personas adultas mayores, en el marco de las competencias de los integrantes del Sistema de conformidad con la legislación vigente.

2.1.5 Otras normativas: acuerdos ministeriales, decretos, agendas y códigos

Ecuador cuenta con otros instrumentos normativos que regulan la prestación de servicios. Los acuerdos ministeriales permiten que las instituciones del Estado se coordinen para gestionar los servicios que serán entregados a la ciudadanía de manera óptima.

Los decretos son actos administrativos que buscan normar de manera provisoria las acciones del Gobierno. Las agendas y códigos son instrumentos de política pública para la planificación de acciones y proyectos específicos. En el anexo 3 se presenta el detalle de estos instrumentos normativos en lo relacionado a la atención a la dependencia de las personas adultas mayores.

A través de la revisión normativa arriba mencionada, es posible concluir que los servicios y transferencias que en la actualidad Ecuador realiza a través del MIES cuentan con una base normativa propicia para el desarrollo de un sistema de cuidados y atención a la dependencia de largo plazo. Sus definiciones normativas basales y programáticas contemplan el cuidado como ámbito de intervención estatal, ampliando su abordaje desde el ámbito familiar al comunitario.

Sección 3. Oferta de servicios de cuidados a la dependencia en personas adultas mayores

3.1 Prestaciones y servicios de atención a la dependencia

El análisis realizado permitió la identificación de siete tipos de prestaciones y servicios existentes en Ecuador para la atención de personas mayores constituyentes del sistema de protección social y en los que fue posible reconocer componentes de atención a la dependencia. Sin embargo, resulta importante considerar que estos no constituyen un reflejo de todas las prestaciones y servicios que el Estado ecuatoriano provee a sus habitantes que requieren de cuidado, sino que describe los que entregan principalmente apoyo a la labor del cuidado.

A continuación, se presentan las prestaciones y servicios identificados:

Nº	Prestaciones y servicios
1	Prestación de servicios en centros gerontológicos residenciales.
2	Prestación de servicios en centros gerontológicos diurnos.
3	Prestación de servicios gerontológicos en espacios activos de socialización y encuentro.
4	Prestación de servicios gerontológicos de atención domiciliaria.
5	Servicio de atención en el hogar y la comunidad para personas con discapacidad.
6	Servicios de atención en centros diurnos de desarrollo integral para personas con discapacidad.
7	Servicios de atención en centros de referencia y acogida para personas con discapacidad.

Los servicios de atención a la dependencia funcionan a través de **cuatro tipos de administración**:

1. **Públicos de administración directa:** servicios administrados directamente por el MIES, y que prestan también el servicio a las personas adultas mayores que requieren protección especial temporal o definitiva, que no pueden ser atendidos por sus familiares, carecen de residencia, de referentes familiares, están en abandono y/o están en condiciones de alto riesgo;
2. **Bajo convenio:** servicios administrados por gobiernos autónomos descentralizados, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones religiosas u otros con quienes el MIES suscribe convenios de cooperación. En estos casos, las unidades de atención deberán atender los casos referidos por el MIES y priorizar el servicio para las personas adultas mayores que requieren protección especial temporal o definitiva, que no pueden ser atendidos por sus familiares, carecen de residencia, de referentes familiares, están en abandono y/o están en condiciones de alto riesgo;
3. **Públicos sin fondos MIES:** servicios administrados por otras instancias del sector público que cuentan con financiamiento propio y con el respectivo permiso de funcionamiento otorgado por el MIES;
4. **Privados sin fondos MIES:** servicios administrados por personas naturales, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones religiosas u otras instancias del sector privado con el respectivo permiso de funcionamiento otorgado por el MIES.

Las normas técnicas que regulan los servicios de atención a la dependencia estipulan que la intervención debe basarse en el diseño de una atención integral a la persona mayor,

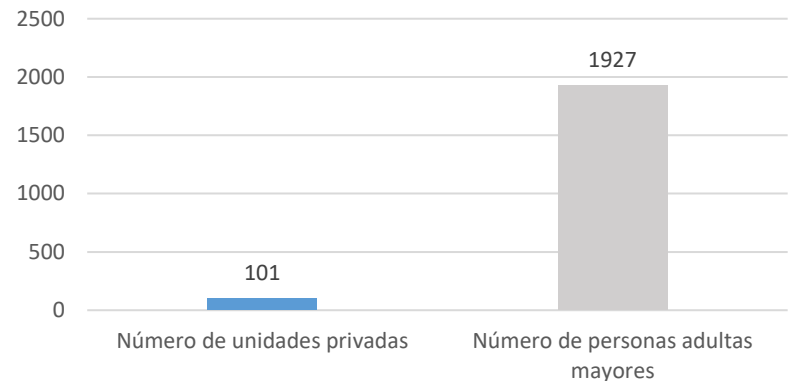
determinándose desde su ingreso un plan de atención individual en donde se trazan objetivos personales, apoyos personalizados y recomendaciones para que la persona adulta mayor adquiera el mayor grado de autogestión sobre su vida cotidiana para atender sus necesidades y apoyar su proyecto de vida desde el impulso de la autonomía a través de actividades y una valoración gerontológica integral. Además, se consideran actividades para la corresponsabilidad familiar y cotidiana, y espacios formativos con el fin de incentivar la participación con la familia, la comunidad, redes sociales e interinstitucionales. Por último, se realizan seguimientos cercanos de la salud del usuario, su nutrición y alimentación. El cumplimiento de estos estándares se realiza a través de fichas reportadas por los encargados de los servicios y por seguimientos a través de llamadas telefónicas que se realiza a los beneficiarios; sin embargo, esta medición se realiza sólo para los centros públicos y para los centros privados registrados (MIES 2017b).

Servicio públicos o privados sin fondo MIES

En relación con los servicios públicos o privados sin fondo MIES existen dos instrumentos normativos para la regulación de estos servicios, al igual que para los servicios con fondos MIES: el primero es la Norma Técnica para la Implementación y Prestación de Servicios de Atención y Cuidado, y el segundo es el Funcionamiento para los Servicios Intramurales y Extramurales Públicos y Privados para Personas con discapacidad.

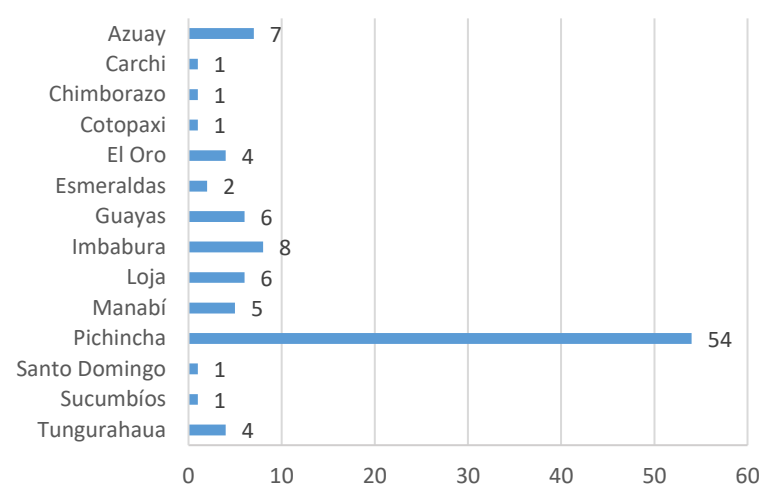
Existe limitada información respecto a su operación y la dimensión que estos tienen. Por esto, el MIES se encuentra en un proceso de planificación y levantamiento total de información de estos. Esto en función de las competencias y potestades asumidas de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica de Personas Adultas Mayores (LOPAM) y su reglamento general. En abril de 2020 la Subsecretaría de Gestión Intergeneracional realizó el levantamiento de información de 101 centros de atención y cuidado a personas adultas mayores con ejecución privada o pública sin fondos MIES que brindaban servicios a 1927 personas adultas mayores (véase Figura 14).

Figura 14. Número de personas adultas mayores y unidades sin fondos MIES



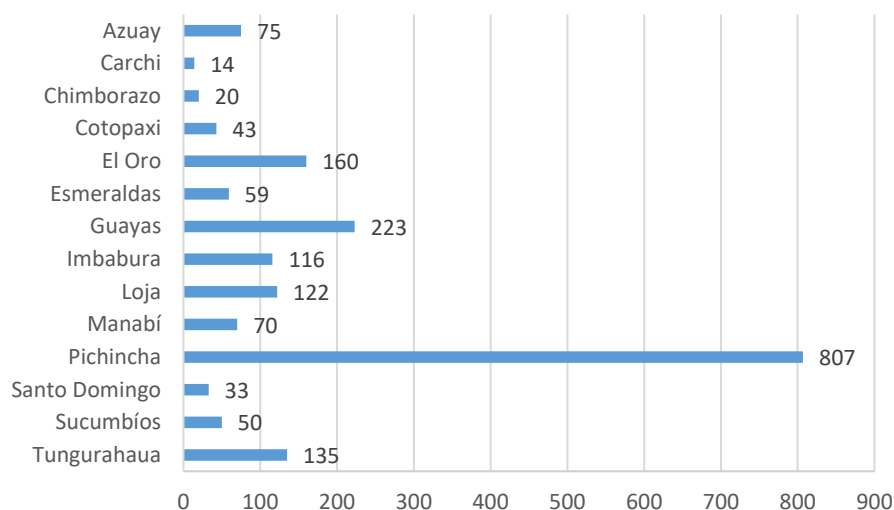
Fuente: Elaboración de la autora en base a Subsecretaría de Gestión Intergeneracional (2020)

Figura 15. Número de unidades sin fondos MIES por provincia



Fuente: Elaboración de la autora en base a Subsecretaría de Gestión Intergeneracional (2020).

Figura 16. Número de personas adultas mayores en unidades sin fondos MIES por provincia



Fuente: Elaboración de la autora en base a Subsecretaría de Gestión Intergeneracional (2020).

Actualmente existen evaluaciones anuales realizadas a las unidades de atención y cuidado a nivel nacional, tanto directas como por convenio. Los parámetros de evaluación están planteados de acuerdo con lo establecido en las normas técnicas para cada modalidad del servicio y otros lineamientos emitidos durante el período, sin embargo, en esta evaluación no están incorporados los servicios que operan sin fondos MIES. Actualmente se tiene identificada como acción prioritaria desarrollar un proceso de difusión a nivel de instituciones y ciudadanía, sobre las obligaciones que tienen los centros de atención y cuidados con el Estado, para garantizar servicios de calidad.

Asimismo, los riesgos de la no regularización de estos servicios a nivel privado recaen principalmente en la vulneración de los derechos de la ciudadanía y la falta de garantías sobre las personas adultas mayores. Por lo que tener datos reales acerca de la oferta de servicios privados, realizar mediciones de la calidad del servicio y expandir el diagnóstico con el que se cuenta actualmente es prioritario.

Es importante destacar que, según la información entregada por el MIES, los centros privados tienen dificultades para obtener el permiso de funcionamiento, lo que provoca que algunas instituciones operen sin autorización. No existen datos oficiales acerca del número de instituciones que operan de manera ilegal, ni de la cantidad de personas que atienden, por lo que el análisis que sigue se enfoca en los servicios otorgados o cofinanciados por el Estado¹³.

¹³ La información fue obtenida del documento Normas Técnicas para la Implementación y Prestación de Servicios de Atención y Cuidados para Personas Adultas Mayores (MIES 2018).

Servicios públicos o privados con fondos MIES

Los servicios de atención directa y aquellos que mantienen convenios con el MIES, priorizan la atención a las personas adultas mayores que se encuentren en situación de pobreza y extrema pobreza, así como también los beneficiarios de la pensión no contributiva. Estos servicios se describen a continuación:

3.1.1 Servicios residenciales

Los servicios residenciales otorgados o financiados por el Estado, conocidos en Ecuador como centros gerontológicos residenciales, atienden a personas adultas mayores a partir de los 65 años, que no puedan ser atendidas por sus familiares o que carezcan de un lugar donde residir de forma permanente por su condición de pobreza, vulnerabilidad y total dependencia. También se consideran para el servicio a personas adultas mayores que se encuentran en situación de calle, con doble vulnerabilidad de sus derechos fundamentales (derecho a una familia, derecho a una vivienda, a un entorno libre de violencia, derecho a la salud; entre otros), que no han sido garantizados oportunamente por el Estado.

La prestación de servicios en centros gerontológicos residenciales tiene por objetivo:

- Brindar una atención integral por medio de los servicios de alojamiento y cuidado para los usuarios del servicio;
- Mejorar o mantener –hasta donde sea posible– la capacidad funcional y mental de los usuarios, mediante la participación en terapias y programas adecuados;
- Otorgar un ambiente confortable, seguro y limpio a sus usuarios;
- Brindar una alimentación sana, equilibrada, variada, respetando la capacidad de elección y dietas especiales

La cobertura de los centros residenciales públicos durante el 2019 fue de 1,045 mujeres y 1,034 hombres, correspondientes al 0.11% de la población adulta mayor (INEC 2010).

3.1.2 Centros de día

Los centros de día otorgados o financiados por el Estado, conocidos en Ecuador como centros gerontológicos diurnos, atienden a personas adultas mayores a partir de los 65 años, con dependencia leve, intermedia o moderada. Los objetivos son los similares a los de los servicios residenciales, pero bajo una modalidad de prestación diurna.

La cobertura que tuvieron los centros gerontológicos diurnos públicos durante el 2019 son 3,066 mujeres y 2,398 hombres en esta modalidad de atención, equivalentes a 0.28% de la población adulta mayor.

3.1.3 Servicios de asistencia personal en el hogar

Los servicios de asistencia personal en el hogar otorgados o financiados por el Estado, conocidos en Ecuador como servicios de atención domiciliaria, atienden a personas mayores de 65 años, en situación de vulnerabilidad, residentes en zonas rurales y urbanas, con riesgo social alto, que no puedan trasladarse a otro servicio de atención gerontológica o bien, personas adultas mayores con discapacidad (moderada, grave y muy grave) que

presenten dependencia (moderada, severa y total) que no puedan trasladarse a otro servicio de atención gerontológica.

La prestación de servicios de atención domiciliaria tiene por objetivo:

- Proveer cuidado directo a las personas adultas mayores usuarias del servicio, que presentan dependencia o requieren asistencia para la ejecución de sus actividades diarias e instrumentales, y a la vez enseñar a los familiares para que puedan brindar este cuidado de forma adecuada;
- Activar el cumplimiento de los derechos de la persona adulta mayor por medio del proceso de gestión de casos;
- Mejorar o mantener hasta donde sea posible la capacidad funcional y mental de los usuarios, mediante intervenciones que incluyan procesos de rehabilitación, terapia ocupacional y psicológica;
- Ofrecer asesoramiento y asistencia a las personas adultas mayores y sus familias en su domicilio para contribuir a mejorar su calidad de vida, generando mecanismos de apoyo y desarrollo de capacidades y hábitos saludables;
- Capacitar a personas de la comunidad para desarrollar tareas y funciones de cuidados domiciliarios;
- Promover la independencia, autonomía e inclusión en la comunidad a través de la realización de diversas actividades, que tengan en cuenta los intereses y las necesidades de la persona adulta mayor;
- Desarrollar capacidades comunitarias para contribuir a la eliminación de barreras, sean éstas afectivas, de movilidad o físicas, que promuevan la protección y defensa de los derechos de las personas adultas mayores con y sin discapacidad, así como su participación dentro de las actividades de su comunidad.

En esta modalidad de atención domiciliaria para personas adultas mayores se diferencian las características del servicio según nivel de dependencia:

1. *Sin dependencia o con dependencia leve.* Se brinda por medio de dos atenciones al mes por persona adulta mayor, con una duración de dos horas de intervención. Cada promotor social realiza cuatro atenciones por día, con una jornada de trabajo de 8 horas diarias, cinco días a la semana.
2. *Con discapacidad y dependencia moderada o severa.* Se brinda por medio de cuatro atenciones al mes por persona adulta mayor, con una duración de dos horas de intervención. El promotor social realiza cuatro atenciones por día, con una jornada de trabajo de 8 horas diarias, cinco días de la semana. Este servicio está orientado a personas adultas mayores, quienes, por su grado de discapacidad intelectual, física y/o sensorial presentan una condición de dependencia que no les permite acceder a los servicios intramurales.

Resulta relevante destacar que más que servicios domiciliarios con horas de cuidados, son visitas con periodicidades diferentes de una suerte de gestor de caso al domicilio de personas mayores y sus cuidadores familiares.

La cobertura de los servicios de asistencia personal en el hogar públicos durante el 2019 fue de 14,025 mujeres y 9,564 hombres en esta modalidad de atención, equivalentes a 1.2% de la población adulta mayor.

3.1.4 Servicios gerontológicos en espacios activos de socialización y encuentro

Los servicios gerontológicos en espacios activos de socialización y encuentro atienden a personas mayores de 65 años, que conserven su autonomía y puedan trasladarse de un lugar a otro. Se busca garantizar la prevención y promoción del envejecimiento activo y saludable de la población adulta mayor, por medio de una atención que permita generar espacios para la socialización y recreación, tendientes a fortalecer su bienestar físico, social y mental, manteniendo un enfoque preventivo en la atención.

La prestación de servicios gerontológicos en espacios activos de socialización y encuentro tiene por objetivo:

- Crear acciones y programas para promover el envejecimiento activo y saludable de las personas adultas mayores con el fortalecimiento de sus habilidades, destrezas y capacidades;
- Mantener la funcionalidad e independencia de las personas adultas mayores, respetando sus características y niveles de desarrollo, fomentando la participación e integración social;
- Promover el rol de la familia y comunidad en el cuidado, protección y derechos de las personas adultas mayores y la corresponsabilidad intergeneracional;
- Fomentar la asociatividad, el uso adecuado y creativo del tiempo libre, ocio y recreación en las personas adultas mayores;
- Brindar asistencia alimentaria – nutricional a través de una ingesta diaria en las unidades de atención que ofrecen el servicio de alimentación;
- Activación del cumplimiento de los derechos de las personas adultas mayores.

Los servicios gerontológicos en espacios activos de socialización y encuentro funcionan a través de los cuatro tipos de administración mencionados arriba, con la diferencia de que en los servicios de administración directa y los que funcionan bajo convenio se priorizan a las personas adultas mayores en situación de pobreza y pobreza extrema, con niveles de dependencia leve, media o moderada. La cobertura de los servicios gerontológicos en espacios activos de socialización y encuentro públicos durante el 2019 fue de 27,861 mujeres y 16,458 hombres en esta modalidad de atención, equivalentes a 2.3% de la población adulta mayor.

3.2 Prestaciones y servicios de atención a las personas con discapacidad

La prestación de servicios para personas con discapacidad tiene por objetivo:

- Identificar a las personas con discapacidad en condición de pobreza y pobreza extrema, y promover su derecho a tomar decisiones en aquellos temas que afectan su desarrollo;
- Promover la seguridad de los ingresos de las personas con discapacidad para alcanzar niveles de vida adecuados;
- Impulsar la atención integral y continua en salud de las personas con discapacidad para alcanzar su máximo nivel de bienestar físico, mental y social;
- Fortalecer las capacidades, habilidades y competencias de las personas con discapacidad, respetando sus características individuales, para favorecer su desarrollo e inserción en el ámbito laboral;

- Prevenir, detectar y atender casos de violencia, en cualquiera de sus formas, por razones de discapacidad;

Al igual que en el caso de los servicios de atención a la dependencia, los servicios de atención para personas con discapacidad funcionan a través de cuatro tipos de administración arriba mencionados. Las unidades de atención directa y a través de convenios con el MIES, prestan el servicio a las personas con discapacidad que se encuentran en situación de pobreza y extrema pobreza. La metodología de intervención tiene los mismos estándares que la descrita en los servicios de atención a la dependencia, en donde se traza un plan personalizado e integral para cada individuo.

También, al igual que lo que sucede en el caso de los servicios de atención a la dependencia, las exigencias de calidad y el tiempo que implican los trámites correspondientes a la regularización llevan a que, en el mercado privado, muchos de estos servicios operen de manera irregular; no contándose con datos oficiales acerca del número de servicios que operan en estas condiciones. Por esta razón, en lo que sigue nos enfocaremos solamente en los servicios públicos de administración directa o aquellos servicios que operan bajo convenio.

3.2.1 Servicios de atención en el hogar y la comunidad para personas con discapacidad

Los servicios de atención en el hogar y la comunidad para personas con discapacidad atienden a personas con discapacidad física, intelectual o sensorial; moderada, grave y muy grave, ubicados en áreas rurales y urbano marginales. Se busca desarrollar procesos para mejorar la independencia, inclusión social y económica de los usuarios, a través de un trabajo sistemático y planificado que permite incrementar los niveles de autonomía, participación y actoría social, respetando sus características y niveles de desarrollo, siendo fundamental el involucramiento del círculo de apoyo.

La cobertura que tuvieron los servicios de atención a la dependencia en el hogar y la comunidad para personas con discapacidad durante el 2019 es de 32,498 personas en esta modalidad de atención, equivalente al 6.8% de las personas con discapacidad en el país.

3.2.2 Servicio de atención en centros diurnos de desarrollo integral para personas con discapacidad

Los servicios de atención en centros diurnos de desarrollo integral para personas con discapacidad atienden a personas con discapacidad física, intelectual o sensorial; moderada, grave y muy grave, ubicados en áreas rurales y urbano marginales. Se busca desarrollar, mantener y potenciar las habilidades, capacidades y destrezas de los usuarios del servicio a través de un trabajo diario sistemático y planificado que permita incrementar los niveles de autonomía e independencia, respetando sus características y niveles de desarrollo. Además, busca fomentar la participación de la familia y la comunidad, para generar cambios cualitativos que propicien la inclusión y reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad.

La cobertura de este tipo de servicios en las modalidades de administración analizadas, durante el 2019 alcanzó a 1,345 personas, equivalente a 0.28% de las personas con discapacidad en el país.

3.2.3 Servicios de atención en centros de referencia y acogida para personas con discapacidad

Los servicios de atención en centros de referencia y acogida para personas con discapacidad atienden a personas con discapacidad física, intelectual o sensorial; moderada, grave y muy grave, ubicados en áreas rurales y urbano marginales al igual que a niños, niñas y adolescentes menores de 18 años con discapacidad intelectual, sensorial y física muy grave, con altos niveles de dependencia, en situación de vulnerabilidad, privados de su medio familiar en situación de abandono, en cumplimiento de alguna medida de protección dispuesta por autoridad competente, de conformidad a la normativa legal aplicable. Son una modalidad de atención intramural orientada a personas con discapacidad en condiciones de abandono o carentes de referente familiar, que requieran acogimiento institucional, de forma emergente, temporal o permanente, garantizando su integridad física y emocional y contribuyendo a la generación de proyectos de vida.

La cobertura que tuvieron los servicios de atención en centros públicos de referencia y acogida para personas con discapacidad durante el 2019 fue de 388 personas.

3.3 Oferta de cuidados familiares

La mayoría de los cuidados a personas dependientes se realiza en el interior de los hogares y son de carácter no remunerado, mientras que sólo una pequeña parte son provistos por instituciones formales (IMSERSO 2005, Jacobzone & Jenson 2000, Olson 2003). El trabajo de cuidado no remunerado se define como el trabajo doméstico y de cuidado realizado en y para el propio hogar y otros hogares por el que no se recibe remuneración.

Más del 75% de los adultos (mayores de 18 años) que reciben cuidados de larga duración en casa lo reciben por parte de un familiar o amigo sin pago de remuneración, principalmente esposas o hijas adultas. Otro 14% recibe una combinación de cuidado familiar y servicio pagado, y solo el 8% recibe todo su cuidado de manera remunerada. Investigaciones recientes sugieren que entre las personas mayores con discapacidades que viven en la comunidad (mayores de 65 años), el uso de la atención formal y remunerada ha disminuido, mientras que la dependencia exclusiva de los cuidadores familiares ha aumentado (Family Caregiver Alliance 2006).

Las condiciones de vida de las personas cuidadoras apenas han sido, hasta muy recientemente, objeto de investigación. Esto se debe a que los cuidadores son sujetos dispersos (Durán 2006). La literatura sobre el cuidado informal a personas mayores señala los factores más relevantes en el estudio de este tema: la situación de salud, el género, la edad y la relación de parentesco son elementos que se consideran en la mayoría de las investigaciones (Roger 2010).

El trabajo de cuidado informal es desarrollado fundamentalmente por mujeres. Respecto a esto, la evidencia indica que las personas mayores dependientes con redes sociales en las

que predominan mujeres reciben más cuidado que aquellas con redes predominantemente masculinas (Fast et al., 2004). Las mujeres dedican más tiempo al cuidado, se ocupan de actividades más complejas y de la coordinación general del apoyo (Bittman et al. 2004). En Ecuador, el porcentaje de mujeres entre el total de personas cuidadoras alcanza el 84% (IMSERSO 2005).

De acuerdo con la Encuesta Específica de Uso de Tiempo (INEC 2012) es posible, además, evidenciar importantes disparidades en el tiempo dedicado a los cuidados entre hombres y mujeres. Las mujeres destinan 31 horas y 49 minutos de tiempo promedio de trabajo no remunerado a la semana mientras que los hombres solo 9 horas y 9 minutos, lo que da una diferencia de más de 21 horas semanales. Además, del total de horas de trabajo no remunerado que una mujer realiza, en promedio, 8 horas con 56 minutos corresponden al tiempo que dedica al cuidado de personas dependientes. Esto último equivale a un 28% de su tiempo total y es la actividad a la que más horas le dedica. Por otra parte, la edad en que la mujer invierte más horas en el cuidado de otras personas es entre los 30 y 44 años, mientras que el período de edad en el que menos tiempo dedica al cuidado es entre los 12 y 19 años.

El vínculo entre la persona cuidadora y la persona cuidada es una de las variables fundamentales en el estudio del cuidado informal al ser, junto con el género, uno de los predictores más importantes para establecer si se asumirá el rol de persona cuidadora. Existen diferencias importantes en personas que entregan y reciben cuidados según el género: la mayoría de los hombres tienen como cuidadores principales a sus esposas, mientras que en el caso de las mujeres las principales cuidadoras son las hijas (Rogerio 2010).

El aumento de la demanda de cuidados que se genera debido al envejecimiento de la población, se da en un escenario de disminución de la cantidad de miembros en las familias y en el que las mujeres, que han sido el soporte de la economía del cuidado, se incorporan al desempeño de roles formales asociados al trabajo, derivando en la disminución de la capacidad de las familias para responder a este aumento de necesidades asociadas, lo que se ha denominado la crisis del cuidado en el modelo familista.

Sección 4. Análisis y perspectivas del sistema de cuidado

Los sistemas de cuidado son una forma de nombrar al conjunto de políticas de cuidados, programas de atención y apoyo a la autonomía que se encuentran articuladas de forma coherente entre sí. Estas políticas reconocen el cuidado como un derecho social, abordan de manera integral las necesidades de cuidados a lo largo de la vida de las personas y desarticulan una de las bases de la inequidad entre hombres y mujeres: la división del trabajo basada en el género. La demanda por estas políticas transversales y articuladas dentro de los sistemas de protección social ha supuesto importantes desafíos para la institucionalidad de los países y en especial en la actualidad para los países de América Latina.

Ecuador también se encuentra en la necesidad y urgencia de avanzar en políticas y programas que constituyan sistemas de cuidados para la población dependiente y, en especial, para la población adulta mayor. Debido al envejecimiento de su estructura poblacional y el aumento del segmento de la población mayor de 80 años, y teniendo en consideración la velocidad con que ocurrirá este cambio, en poco tiempo Ecuador asistirá a un aumento considerable de la demanda de cuidados. En esta misma línea, la disminución

del tamaño de los hogares y en especial la menor disposición de mujeres con disponibilidad de cuidar a razón de su incorporación necesaria al mercado laboral formal, irá configurando una menor oferta tradicional de cuidados, que dejará en evidencia lo que se denomina la crisis del cuidado. Esto representa un desafío para la política pública, ya no sólo por los elementos de justicia y de derechos tan ampliamente conocidos, sino también por el abandono en que se verán muchos ciudadanos en situación de dependencia y vulnerabilidad ante la escasa red de apoyo a los cuidados.

4.1 Los sistemas de cuidado y su situación en Ecuador

Si bien es posible observar, en mayor o menor medida, prestaciones y servicios relacionados a la atención a la dependencia en la mayoría de los países que poseen sistemas de protección social, su presencia no garantiza que estos sean suficientes, de calidad, sostenibles financieramente, estén focalizados a la población en situación de dependencia o tengan como principio la consecución de la equidad de género. Lo anterior se debe a que, tradicionalmente, el sistema de protección social ha estado enfocado en necesidades de seguridad social para trabajadores formales, así como a la protección y asistencia social de los más pobres. Sin embargo, debido a los cambios demográficos, económicos, políticos y sociales de las últimas décadas, los Estados se han visto ante el desafío de dar respuesta al aumento de necesidades de cuidado asociadas al envejecimiento de la población, al reparto desigual del cuidado entre hombres y mujeres, a la incorporación de la mujer al mercado laboral y a la ausencia de oferta de servicios orientados al cuidado de personas en situación de dependencia.

Las respuestas de los países de la región han sido diversas: mientras que, en el caso de Uruguay, ha supuesto la ampliación de la matriz de protección social mediante la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (Aguirre y Ferrari 2014), en otros países supuso la incorporación de programas de cuidados definidos como subsistemas del sistema de garantías, como en el caso de Chile. En muchos países, la demanda de cuidados ha implicado esfuerzos para identificar qué prestaciones y servicios del sistema de protección social responden a dicha demanda y una ampliación paulatina de la oferta.

Ecuador se ha planteado en los últimos cinco años la necesidad de desarrollar servicios de cuidados y los ha generado desde la matriz de protección social focalizada en pobreza y extrema pobreza a cargo del MIES, comenzando con la revisión de los servicios existentes y generando normativas para estos. Considerando las necesidades nacionales, se ha orientado el trabajo en avanzar en la articulación y coordinación mediante un sistema de cuidados a lo largo de las etapas del ciclo de vida que ya atiende el MIES. En ese marco, durante el año 2019, se implementó una asesoría desde el Programa EUROsociAL+ en materia de revisión normativa y análisis de las prestaciones de cuidados que se realizan desde el MIES, en la que se evidenciaron importantes desafíos en materia de datos, articulaciones y coberturas.

La asesoría generó el diseño de un marco conceptual y analizó el marco normativo existente, permitiendo una discusión en torno a la comprensión de los requerimientos iniciales para la construcción de un sistema de cuidados, así como definiciones centrales que debe incorporar. Entre ellas, se encuentra la necesidad de generar nuevas relaciones entre las personas, las familias y el Estado, fundada en establecer la responsabilidad compartida sobre el cuidado de las personas. La reflexión estuvo centrada en definir al cuidado como un derecho, cuya garantía puede asumirse comunitariamente y ser consagrado a través de servicios que mejoren la autonomía de las personas y sus familias.

Lo anterior, derivó en la necesidad de revisar el conjunto de políticas e intervenciones para la promoción y satisfacción de las necesidades de la población definida como prioritaria (niños, personas con discapacidad, personas mayores dependientes y personas cuidadoras, en el caso de Ecuador).

Desde ese momento al actual, el MIES dio los primeros pasos para la generación de un sistema nacional de cuidados. Este cuenta con normativas robustas, aunque se necesita avanzar en el fortalecimiento de la institucionalidad, que le dé soporte a las necesidades y desafíos que la implementación del sistema de cuidados requiere. Los principales aspectos a fortalecer en la implementación, reportadas durante entrevistas con funcionarios del MIES, son las siguientes:

1. No se cuenta con una unidad responsable en materia de cuidados al interior del MIES, encargada del proceso de diseño y coordinación con las diferentes subsecretarías del ministerio.
2. Las prestaciones y servicios analizados establecen una oferta dirigida hacia niños, personas mayores y personas con discapacidad, sin considerar las necesidades ni la oferta dirigida a personas cuidadoras. En este sentido:
 - a. Las necesidades de las personas cuidadoras no han sido debidamente abordadas aun considerando elementos de protección social como lo son: nivelación de competencias, capacitación, autocuidado, estrategias para transferir la responsabilidad del cuidado hacia los hombres, participación para atender las disparidades basadas en género, entre otros. Esto también se refleja en la definición de los modelos de atención de los servicios y sus normas técnicas.
 - b. Ausencia de un proceso de profesionalización del cuidado que permita la transformación del trabajo informal en trabajo formal¹⁴.
 - c. Se cuenta con pocas investigaciones acerca de las condiciones de vida de las personas cuidadoras.
3. Se requiere avanzar en definir la manera en que la asistencia de prestaciones en forma de transferencias monetarias (bonos y pensiones) se articula en torno a objetivos complementarios relevantes para el cuidado.
4. Se tiene que analizar en profundidad la eficiencia, eficacia y calidad del cuidado de las prestaciones que se implementan.
5. Si bien existen mecanismos que se utilizan para la evaluación a los usuarios (situación al momento de ingreso o seguimiento de la situación), es necesario adecuarlos y orientados para monitorear la efectividad de las intervenciones de las prestaciones y servicios.
6. A efectos de la determinación de la demanda de cuidados es fundamental considerar como factor primordial la variable dependencia y no sólo la variable vulnerabilidad, relacionada con el registro social como requisito para el ingreso a los servicios de discapacidad.
7. Se requiere efficientizar y mejorar el sistema de información actual, ya que, si bien algunos servicios tienen sistemas que permiten generar información, los servicios centros diurnos, centros de referencia y acogida, y atención en el hogar y la comunidad

¹⁴ A comienzos de 2020 comenzó la implementación de un programa del Gobierno con financiamiento del BID, Apoyo la Inclusión de Personas con Discapacidad, que incluye un componente con el MIES que contempla capacitación y certificación de cuidadores. Ver <https://www.iadb.org/es/projects-search?country=§or=&status=&query=EC-L1236>.

- no cuentan con un sistema propio que genere información relacionada con la atención a las personas con dependencia y su familia.
8. Se debe avanzar en la generación de información cualitativa, de seguimiento y monitoreo, lo que permitiría la realización de mayores análisis relacionados a la focalización y la cobertura de atención. Actualmente, el Sistema Integrado de Información del MIES (SIIMIES), consolida y produce información cuantitativa e indicadores de avance en el cumplimiento de las metas de operación. A través de este sistema, el MIES por medio de la Dirección de Gestión de Información y Datos tiene a su disposición, y a la de los usuarios en general, la información geográfica concerniente a las unidades de atención de desarrollo infantil, personas mayores, personas con discapacidad y servicios de protección especial a nivel nacional, así como de los puntos de pago de las diferentes modalidades de transferencias monetarias.
 9. En la actualidad, para determinar a un posible usuario de los servicios, uno de los requisitos es que el núcleo familiar de la persona con dependencia se encuentre en el Registro Social (creado en el 2009), que es una herramienta utilizada para identificar a los beneficiarios de las diferentes transferencias y servicios. Aunque el Registro Social en su inicio fue un mecanismo eficiente y efectivo para determinar los beneficiarios, actualmente enfrenta varios desafíos. Las actualizaciones al registro se llevan a cabo a través de barridos de encuestas, que no permiten actualizaciones continuas y dinámicas del sistema. La última actualización data de 2014 y es la que se utiliza para la selección actual de beneficiarios.
 10. Existe la necesidad de fortalecer la coordinación intersectorial e integración con los sectores de salud, educación, trabajo y seguridad social, de forma de llevar a cabo la evaluación de necesidades de apoyos y cuidados, la elaboración del plan de cuidados, la derivación a los servicios requeridos y el seguimiento de estos.
 11. Se podría avanzar en nuevos programas de cuidado en base a la experiencia de otros países como, por ejemplo, servicios de teleasistencia domiciliaria para las personas en situación de dependencia leve y moderada.

Los desafíos de mejora que enfrenta el incipiente sistema de cuidados en Ecuador en su implementación son numerosos y abarcan diversas áreas de la gestión interna. Así también, se destaca la necesidad de incrementar la coordinación interna en el MIES respecto de sus prestaciones y a nivel de coordinación intersectorial. Dicho proceso tiene como tarea fundamental el ordenamiento en red de los servicios de atención y cuidado en término de sus características, su distribución territorial y la capacidad del sector público, el privado, y la comunidad. Este proceso de ordenamiento requiere de datos que faciliten procesos de planificación.

4.2 Desafíos futuros

Durante el desarrollo de este documento se constató la necesidad de datos fundamentales sobre dependencia en el país que permitan dimensionar la magnitud del fenómeno y analizar el modelo que se necesita para atender las necesidades en materia de cuidado. Esta es, quizás, la principal conclusión del estudio: la urgencia y pertinencia de contar con datos de funcionalidad que permitan avanzar en esta dirección. El contar con datos de calidad en tiempo y forma es imprescindible no sólo para poder diseñar el paquete de prestaciones de atención a la dependencia sino también para facilitar la integración de los servicios sociales con los servicios de salud.

Los servicios de cuidados, entendidos como prestaciones de atención y de apoyo para la resolución de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, se definen como servicios eminentemente sociales; sin embargo, el componente sanitario es fundamental. Este componente permite evitar las situaciones de dependencia a través de un abordaje de la salud a lo largo de la vida y asegurando la coordinación de los sectores de protección y salud. La valoración de la funcionalidad desde el sector salud, es por lo tanto fundamental y facilita una mejor utilización de los recursos y la calidad del servicio.

Además de los datos sobre potenciales demandantes de los servicios, se requiere contar con información de la oferta actual existente a nivel público y privado, así como con un registro de los servicios que no sólo considere aquellos prestados por el MIES, sino también por otros sectores del Estado, las instituciones privadas y las de la sociedad civil.

Respecto de los criterios de inclusión, cobertura y población potencial, resulta relevante determinar si se mantendrá la variable de vulnerabilidad socioeconómica y cómo se incluirá la variable dependencia: si como criterio de entrada para luego focalizar en vulnerabilidad, u otorgándole un peso dentro de la determinación de vulnerabilidad. Hoy la focalización se centra en pobreza y, colateralmente, en dependencia, con criterios de valoración de dependencia dispares.

Un punto relevante que debe ser considerado al momento de avanzar hacia la instalación de un sistema de cuidados es el aseguramiento de la calidad de los servicios ya que, si bien es posible identificar la existencia de indicadores de calidad en las normas técnicas y documentos oficiales, se debe trabajar en alinear la realidad de la ejecución con lo que plantean los instrumentos. Si bien se utilizan mecanismos de evaluación de usuarios (situación al momento de ingreso y entrega de prestaciones durante el servicio), estos no están orientados a monitorear la efectividad de las intervenciones o la calidad de las prestaciones y servicios. Por parte de la secretaría del Plan Nacional Toda La Vida fue planteada la necesidad de mayor control y supervisión de la calidad de las prestaciones, así como de información que oriente la distribución de la oferta y el fortalecimiento de esta.

En el marco de la asistencia técnica desarrollada por el Programa de la Unión Europea EUROsociAL+ en apoyo al MIES, para avanzar hacia la conformación de un sistema de cuidados, se han realizado algunas recomendaciones respecto a dónde debe estar focalizada la planificación y evaluación de los servicios de cuidado: efectividad del cuidado, seguridad de las personas cuidadas, grado en que están centrados en las personas, y coordinación sociosanitaria. Debido a lo anterior, se ha recomendado revisar los diseños, desarrollar un modelo de registro y acreditación para los proveedores revisando los ya existentes y avanzar en el cumplimiento de los estándares que están definidos en las normas técnicas sobre el número de personas que pueden ser cuidadas por cada cuidador formal, las características mínimas de las instalaciones, los niveles de formación y capacitación de los trabajadores del sector, los modelos de inspección y la formulación de protocolos de uso de datos y reportes, entre otros. Además, se ha recomendado la instalación de un sistema de información sobre servicios de cuidados al interior del MIES, aprovechando su rol de rectoría y con el fin de contribuir a la administración de los datos. Esto permitirá, sin duda, mejorar los procesos de diseño y establecer mecanismos de monitoreo y evaluación, respondiendo a los diferentes requerimientos sectoriales.

Asimismo, es relevante destacar la importancia que supone para el sistema actual el rol de la persona cuidadora, en su mayoría, mujeres. Actualmente, en Ecuador las prestaciones y servicios no atienden las brechas de género existentes, ya que, debido a las limitaciones

de recursos, muchos de ellos deben complementarse con los cuidados que la familia realiza. Los programas de cuidado deben ser capaces de atender las disparidades basadas en género que se reproduzcan.

La experiencia internacional indica que estas estrategias se orientan a un proceso de profesionalización del cuidado a través de la transformación del trabajo informal en trabajo formal. Es una realidad que la oferta privada de cuidados es escasa y onerosa, no obstante, las acciones de políticas públicas desencadenan procesos en el mercado de servicios privados, no sólo desde el rol regulador, sino también mediante la creación de oferta y la modelación de las condiciones laborales. Un proceso de transformación supone preparar el camino para que el nuevo trabajo formal de cuidados no se convierta en trabajo precario.

Por último, el escenario mundial marcado por la pandemia generada por la COVID-19 ha obligado a los países a enfrentarse a los desafíos que implican este tipo de eventos en el marco de los servicios sociosanitarios. Considerando que las personas mayores que requieren de cuidados son grupos de extrema vulnerabilidad ante situaciones como la actual, es de vital importancia generar información y datos que caractericen a este segmento de la población y describan su situación respecto de la funcionalidad y, en función de esto, sea abordada la carga sanitaria que tendrá un componente de cuidado social cada vez mayor.

El contexto de pandemia ha puesto de manifiesto que los servicios de cuidados, tales como las residencias y los centros diurnos pueden convertirse en focos importantes de contagio. Debido a esto, requieren medidas y protocolos de prevención específicos, que consideren la derivación inmediata de las personas contagiadas a recintos hospitalarios, considerando que son recursos sociales y no cuentan con los equipamientos necesarios para asegurar el aislamiento y la atención adecuada. Los casos de España y Canadá (Escuela Andaluza de Salud Pública, BBC 2020, CNN 2020) constituyen ejemplos de que la mayor cantidad de fallecimientos se han producido en residencias de mayores, lo que no solo se explica por su vulnerabilidad etaria, sino también por la no derivación inmediata de las personas contagiadas. Lo anterior señala la urgencia de la coordinación de dispositivos sociales y sanitarios en contextos de emergencias y crisis prolongadas, mientras que establece la necesidad de poner el foco en la preparación y resiliencia de ambos sistemas, considerando como fin último que las personas que requieren cuidados no sean sujetos de vulneración de derechos en períodos extraordinarios como el actual.

Referencias

- Aguirre, R. y Ferrari, F. 2014. Las encuestas sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado en América Latina y el Caribe: caminos recorridos y desafíos hacia el futuro, serie Asuntos de Género, Nro. 122 (LC/L.3678/Rev.1), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), febrero.
- Aranco, N. y Sorio, R. 2019. Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay. Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/envejecimiento-y-atencion-la-dependencia-en-uruguay>.
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P. y Medellín, N. (2018). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe (Resumen de Políticas n° IDB-PB-273). Recuperado de la página web del Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
- BBC. 2020. Coronavirus: las muertes de miles de ancianos que no están siendo contabilizadas en las estadísticas de los fallecidos por covid-19 en Europa. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52283394>
- Biblioteca del Congreso Nacional (BCN). 2014. Reconocimiento al Trabajo no remunerado: Instrumentos internacionales, Estudios y legislación comparada. Disponible en: https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/20652/5/Reconocimiento%20del%20trabajo%20no%20remuenrado%20final_v5.pdf
- , 2019. Envejecimiento y atención a la dependencia en México. Disponible en: https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento_y_atenci%C3%B3n_a_la_dependencia_en_M%C3%A9xico_es.pdf
- Budlender, D. 2008. The statistical evidence on care and non-care work across six countries. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development.
- Banco Mundial. 2011a. Informe Mundial Sobre La Discapacidad. Malta: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>
- , 2011b. Resumen Del Informe Mundial Sobre La Discapacidad. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70672/WHO_NMH_VIP_11.03_spa.pdf?sequence=1
- , 2020. Indicadores de desarrollo mundial. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?end=2017&locations=EC&start=1960&view=chart>
- Bittman, M., Fast, J., Fisher, K. & Thomson, C. 2004. Making the invisible visible: the life and time(s) of informal caregivers. En Bittman, M. & Folbre, N. (Eds.), Family Time: The Social Organization of Care. London y Nueva York: Routledge.

- Carranza C., Cisneros M. 2014: Hacia un sistema de protección social más inclusivo en el Ecuador Seguimiento y desenlace de un proceso de construcción de consensos en la búsqueda del Buen Vivir. Serie Políticas Sociales N° 205. CEPAL. Santiago, Chile
- Celis, Kimberly. 2015. El envejecimiento y el sistema general de pensiones del Ecuador. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/134600/El%20envejecimiento%20y%20el%20sistema%20general%20de%20pensiones%20del%20Ecuador.pdf;sequence=1>
- CNN. 2020. El mundo sacrificó a sus ancianos en la carrera por proteger los hospitales. El resultado fue una catástrofe en los asilos. Disponible en: <https://cnnespanol.cnn.com/2020/05/26/el-mundo-sacrifico-a-sus-ancianos-en-la-carrera-por-proteger-los-hospitales-el-resultado-fue-una-catastrofe-en-los-hogares-de-ancianos/>
- CEPAL. 2012. Juventud y bono demográfico en Iberoamérica. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1495/S2012103_es.pdf
- , 2014. Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36948/S1420237_es.pdf?sequence=1
- Consejo de Discapacidades. 2019. <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>
- Consejo Nacional de Planificación, República del Ecuador. 2017. <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/PLAN-NACIONAL-DE-DESARROLLO-2017-2021.compressed.pdf>
- Dirección General del IMSERSO. 2004. Libro Blanco de la atención a las personas en situación de dependencia en España. Disponible en: www.agoraceg.org/banco-conocimiento/libro-blanco-de-la-atencion-las-personas-en-situacion-de-dependencia-en-espana
- Durán, M.A. 2006. Sociopsicología del trabajo no remunerado. En Garrido, A. (Ed.), Sociopsicología del trabajo. Barcelona: Editorial UOC.
- Escuela Andaluza de Salud Pública. 2020. La epidemia de COVID-19 en las residencias para personas mayores. Disponible en: <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/la-epidemia-de-covid-19-en-las-residencias-para-personas-mayores/>
- Family Caregiver Alliance. 2006. Caregiver Assessment: Principles, Guidelines AND Strategies FOR Change. Disponible en: https://www.caregiver.org/sites/caregiver.org/files/pdfs/v1_consensus.pdf
- Fast, J., Keating, N., Otfinowski, P. & Derksen, L. 2004. Characteristic of family/friend Care Networks of Frail Seniors. Canadian Journal on Aging, 23(1), 5-19. https://www.caregiver.org/sites/caregiver.org/files/pdfs/v1_consensus.pdf

- Forttes, P. 2018. Hacia la construcción de una estrategia de cuidado en la región. OISS.
- Global Burden of Disease (GBD). 2017. Study Results. Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
- Hernández, G. & Campos, L. 2019. La afiliación a la seguridad social del trabajo no remunerado del hogar: el modelo de Ecuador como ejemplo para un debate necesario. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rlds/n28/1870-4670-rlds-28-71.pdf>
- International Labour Organization (ILO). 2016. La seguridad social y las trabajadoras no remuneradas del hogar. Disponible en: http://ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_493912.pdf
- IMSERSO. 2004. Libro Blanco de la atención a las personas en situación de dependencia en España. Disponible en: www.agoraceg.org/banco-conocimiento/libro-blanco-de-la-atencion-las-personas-en-situacion-de-dependencia-en-espana.
- , 2005. Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- , 2006. INFORME 2006: Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imsero-informe-personas-mayores-vol1-2006.pdf>
- INEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. 2009. Encuesta de salud y bienestar del adulto mayor. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta-de-salud-bienestar-del-adulto-mayor/>
- , 2010. Mujeres y hombres, Ecuador en cifras. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf
- , 2012. País atrevido: La nueva cara sociodemográfica del Ecuador. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Economia/Nuevacarademograficadeecuador.pdf>
- , 2012. Cronología de las encuestas de uso de tiempo en Ecuador. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Uso_Tiempo/Presentacion_%20Principales_Resultados.pdf
- Jacobzone, S. & Jenson, J. 2000. Care Allowances for the Frail Elderly and Their Impact on Women Caregivers. OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, 41: OECD.
- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León Díaz, E.M., Marín, C. & Alfonso, J.C. 2005. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26272.pdf>

- MIES. Ministerio de Inclusión Económica y Social. 2012. Agenda de igualdad para Adultos Mayores 2012 – 2013. Disponible en: https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas_ADULTOS.pdf
- , 2017a. Normas Técnicas. Disponibles en: https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2019/07/LIBRO-NORMAS-TECNICAS-final_cOM.pdf
- , 2017b. Norma Técnica para la implementación y prestación de servicios gerontológicos de Centros gerontológicos residenciales.
- , 2020. Documento interno entregado por el MIES.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2014. Cuidados de larga duración. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/Cuidados_de_Larga_Duracion.pdf
- MSP. 2019. Documento Interno Entregado por el Ministerio de Salud Pública
- Naciones Unidas. 2006. “Convención Sobre Los Derechos de Las Personas Con Discapacidad.” Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>
- , 2019. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. Perspectivas de la población mundial 2019. Agregados especiales. Edición en línea (Rev. 1). Disponible en: <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population/>
- OIT. Oficina Internacional del Trabajo. 2008. Diagnóstico del sistema de seguridad social del Ecuador. Disponible en: http://www.mpppst.gob.ve/mpppstweb/wp-content/uploads/2019/06/258_2008_ecuador_diagnostico.pdf
- Olson. 2003. The not-so-golden years. Caregiving, the frail elderly, and the long-term care establishment. Oxford: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- OMS. Organización Mundial de la Salud. 2017 “Navegador de La Clasificación Internacional Del Funcionamiento de La Discapacidad y de La.” Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser>
- , 2014 Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?sequence=1
- , 2020. <https://www.who.int/disabilities/technology/es/>
- OMS. Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (BM). 2011a. Informe Mundial Sobre La Discapacidad. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/
- OMS. Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (BM). 2011b. “Resumen del Informe Mundial Sobre La Discapacidad.” Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70672/WHO_NMH_VIP_11.03_spa.pdf?sequence=1

OPS. Organización Panamericana de la Salud. 2011. Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades. Disponible en: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=informacao-e-analise-saude-096&alias=1270-modulos-principios-epidemiologia-para-control-enfermedades-mopece-unidad-2-salud-enfermedad-poblacion-0&Itemid=965

Palloni, A., M.R. McEniry, R. Wong and M. Pelaez. 2006. "The Tide to Come Elderly Health in Latin America and the Caribbean." *Journal of Aging and Health* 18(2): 180–206.

Romo Rodríguez. 2018. El concepto de cuidado en la Constitución del Ecuador de 2008. *Revista San Gregorio* 2018. ISSN: 1390-7247; eISSN: 2528-7907

Rogero, J. 2010. Los tiempos del cuidado: El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Disponible en: www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/12011tiemposcuidado.pdf

Sarukhan, A. 2020. Redactora científica. Disponible en: <https://www.isglobal.org/>

Subsecretaría de Gestión Intergeneracional. 2020. Información entregada de forma interna por MIES.

The Washington Group. 2017. "The Washington Group Short Set of Questions on Disability". Disponible en: <http://www.washingtongroup-disability.com/wp-content/uploads/2016/01/The-Washington-Group-Short-Set-of-Questions-on-Disability.pdf>

Universidad de Washington. 2013. La carga mundial de morbilidad: generar evidencia, orientar políticas. Disponible en: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/WB_LatinAmericaCaribbean/IHME_GBD_WorldBank_LatinAmericaCaribbean_FullReport_SPANISH.pdf

WHO. World Health Organization. 2016. The Global Health Observatory. Disponible en: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/healthy-life-expectancy-\(hale\)-at-birth-\(years\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/healthy-life-expectancy-(hale)-at-birth-(years))

-----, 2011. World report on disabilities. Disponible en: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf

-----, 2018. Enfermedades no transmisibles. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Anexos

Anexo 1 – Acuerdos internacionales a los que Ecuador se ha adscrito

- a) Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las Personas con Discapacidad: adoptado en Ciudad de Guatemala, Guatemala, el 7 de junio de 1999 durante el Vigésimo Noveno Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos.

- b) Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo: fueron aprobados el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York y entraron en vigor el 3 de mayo de 2008. Representan un instrumento jurídico internacional, que protege los derechos de las personas con discapacidad y en el que se reafirma que todas las personas, cualquiera que sea su discapacidad, pueden gozar de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales. La Convención y cada uno de sus artículos se basan en ocho principios rectores:
 - el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
 - la no discriminación;
 - la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
 - el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;
 - la igualdad de oportunidades;
 - la accesibilidad;
 - la igualdad entre el hombre y la mujer;
 - el respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

- c) Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. El 21 de marzo de 2019, la República de Ecuador depositó el instrumento de adhesión (http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/A-70_ecuador_AD_3-21-2019.pdf) de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en la sede de la OEA, en Washington, D. C., Estados Unidos.

Anexo 2 – Constitución de la República de Ecuador

Art. 38 El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

Art. 47 El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social. Se reconoce a las personas con discapacidad, los siguientes derechos asociados al cuidado:

- La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida.
- La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas.
- Una vivienda adecuada, con facilidades de acceso y condiciones necesarias para atender su discapacidad y para procurar el mayor grado de autonomía en su vida cotidiana. Las personas con discapacidad que no puedan ser atendidas por sus familiares durante el día, o que no tengan donde residir de forma permanente, dispondrán de centros de acogida para su albergue.
- La atención psicológica gratuita para las personas con discapacidad y sus familias.

Art. 48 El Estado adoptará a favor de las personas con discapacidad medidas que aseguren: (1) El establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad severa y profunda, con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad, el fomento de su autonomía y la disminución de la dependencia. (2) El incentivo y apoyo para proyectos productivos a favor de los familiares de las personas con discapacidad severa. (3) La garantía del pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. La ley sancionará el abandono de estas personas, y los actos que incurran en cualquier forma de abuso, trato inhumano o degradante y discriminación por razón de la discapacidad. (4) En el marco de los conceptos y regulaciones sobre familia uno de los aspectos relevantes ha sido el paso de concebir a la familia como unidad a mirarla como un conjunto de individualidades, en donde cada uno de los integrantes tiene derechos a continuación dos artículos que dan cuenta de lo anterior

Art. 280 El Plan Nacional de Desarrollo es el instrumento al que se sujetarán las políticas, programas y proyectos públicos; la programación y ejecución del presupuesto del Estado; y la inversión y la asignación de los recursos públicos; y coordinar las competencias exclusivas entre el Estado central y los gobiernos autónomos descentralizados. Su observancia será de carácter obligatorio para el sector público e indicativo para los demás sectores.

Art. 293 La formulación y la ejecución del Presupuesto General del Estado se sujetarán al Plan Nacional de Desarrollo. Los presupuestos de los gobiernos autónomos descentralizados y los de otras entidades públicas se ajustarán a los planes regionales, provinciales, cantonales y parroquiales, respectivamente, en el marco del Plan de Desarrollo, sin menoscabo de sus competencias y autonomías.

Art. 325 El Estado garantizará el derecho al trabajo. Se reconocen todas las modalidades de trabajo, en relación de dependencia o autónomas, con inclusión de labores de autosustento y cuidado humano; y como actores sociales productivos, a todas las trabajadoras y trabajadores.

Art. 333 Se reconoce como labor productiva el trabajo no remunerado de autosustento y cuidado humano que se realiza en los hogares. El Estado promoverá un régimen laboral que funcione en armonía con las necesidades del cuidado humano, que facilite servicios, infraestructura y horarios de trabajo adecuados; de manera especial, proveerá servicios de cuidado infantil, de atención a las personas con discapacidad y otros necesarios para que las personas trabajadoras puedan desempeñar sus actividades laborales; e impulsará la corresponsabilidad y reciprocidad de hombres y mujeres en el trabajo doméstico y en las obligaciones familiares. La protección de la seguridad social se extenderá de manera progresiva a las personas que tengan a su cargo el trabajo familiar no remunerado en el hogar, conforme a las condiciones generales del sistema y la ley.

Art. 363 El Estado será responsable de: (1) Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario. (5) Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.

Art. 369 El seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos de trabajo, cesantía, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad, muerte y aquellas que defina la ley. Las prestaciones de salud de las contingencias de enfermedad y maternidad se brindarán a través de la red pública integral.

El seguro universal obligatorio se extenderá a toda la población urbana y rural, con independencia de su situación laboral. Las prestaciones para las personas que realizan trabajo doméstico no remunerado y tareas de cuidado se financiarán con aportes y contribuciones del Estado. La ley definirá el mecanismo correspondiente.

Anexo 3 – Acuerdos Acuerdos Ministeriales

- a) Acuerdo Ministerial No. 0037 del 24 de julio de 2009: se norman los procesos de incorporación y exclusión de los nuevos beneficiarios de los subprogramas Bono de Desarrollo Humano, Pensión para Adultos Mayores y la Pensión para Personas con Discapacidad.
- b) Acuerdo Ministerial No. 80 de 2015: Ministerio de Inclusión Económica y Social: consigna el estatuto orgánico de gestión organizacional por procesos del Ministerio de Inclusión Económica y Social.
- c) Acuerdo Ministerial No. 014 de 2018: Ministerio de Inclusión Económica y Social: consigna el protocolo general de actuación frente a la violencia contra niños, niñas, adolescentes, personas con discapacidad, personas adultas mayores y mujeres en los servicios intra y extramurales, públicos y privados.
- d) Acuerdo Ministerial No. 042 de 2018: Ministerio de Inclusión Económica y Social: consigna Manual del proceso de autorización de permisos de funcionamiento para los servicios intra y extramurales, públicos y privados para personas con discapacidad, adultas mayores y protección especial.
- e) Acuerdo Interministerial No. 001 de 2018: Ministerio De Salud – Ministerio de Inclusión Económica Y Social: publica el instructivo “atención en salud a niños, niñas y adolescentes, personas con discapacidad y adultos mayores que son usuarios de los servicios del Ministerio de Inclusión Económica y Social de atención institucionalizada y no institucional.”
- f) Acuerdo Ministerial No. 006 de 2018: Ministerio de Inclusión Económica y Social: consigna las directrices para la prevención y atención de la violencia física, psicológica y sexual detectada en los servicios de atención del MIES en contra de niños, niñas, adolescentes, personas con discapacidad y personas adultas mayores.
- g) Acuerdo Ministerial No. 013 de 2018: Ministerio de Inclusión Económica y Social – expídase el Código Cero Tolerancia a la Corrupción en el Ministerio de Inclusión Económica y Social.
- h) Acuerdo Interministerial No. 0272 del 9 de octubre de 2018: Ministerio de Inclusión Económica y Social y Ministerio de Salud: acuerdan articular acciones interinstitucionales con el objeto de fortalecer la atención de mujeres embarazadas, niños y niñas menores de 3 años.
- i) Acuerdo Ministerial No. 94 del 7 de mayo de 2019: se reformó el Acuerdo Ministerial No. 051 y entran en vigor las Normas Técnicas para la implementación de la prestación de servicios de atención y cuidado para las personas adultas mayores.
- j) Acuerdo Ministerial No. 024: especifica la modalidad de transferencia monetaria para el Componente Variable en el Bono de Desarrollo Humano en caso de que el usuario mantenga un Crédito de Desarrollo Humano vigente (MIES)
- k) Acuerdo Ministerial No. 0032: norma las condicionalidades para recibir el Bono de Desarrollo Humano (MIES).
- l) Acuerdo Ministerial No. 002: Ministerio de Inclusión Económica y Social: norma el componente Variable en el Bono de Desarrollo Humano (MIES).
- m) Mediante Acuerdo Ministerial No. 0058 del 11 de enero de 2019 se oficializan las Normas Técnicas e instrumentos con enfoque de Modelo Social, mismas que establecen la atención a personas con discapacidad y sus familias dando cumplimiento igualatorio de los derechos

de todas las personas, dentro de estas normativas técnicas se considera la conformación o activación de los Comités de personas cuidadoras de personas con discapacidad, así como “Los espacios de respiro” dirigidos a las personas cuidadoras.

Decretos

- a) Decreto ejecutivo No.347-A /2003: mediante el cual se cambia el Programa Bono Solidario por Programa Bono de Desarrollo Humano - BDH, que consiste en la entrega de un subsidio monetario condicionado al cumplimiento de requisitos que establezca el Programa de Protección Social del Ministerio de Bienestar Social.
- b) Decreto ejecutivo No.1824 /2006: mediante el cual se crea la pensión asistencial para personas de la tercera edad o con discapacidad en situación de pobreza, como un subprograma del Bono de Desarrollo Humano.
- c) Decreto ejecutivo No. 12 del 17 de enero del 2007: mediante el cual se incrementa el valor del Bono de Desarrollo Humano a la suma de treinta dólares mensuales para las familias que se ubiquen en el primer y segundo quintiles más pobres.
- d) Decreto ejecutivo No. 1838 del 20 de julio de 2009: establece el valor mensual de la transferencia monetaria para el Bono de Desarrollo Humano, Pensión para Adultos Mayores y Pensión para Personas con Discapacidad.
- e) Decreto ejecutivo No. 1395, del 2 de enero de 2013, publicado en el Registro Oficial No. 870, del 14 de enero de 2013: establecimiento del valor mensual de la transferencia monetaria para el Bono de Desarrollo Humano.
- f) Decreto Ejecutivo No. 11 de 2017, Presidencia de la República: crea la misión “Toda una Vida” para garantizar los derechos de las personas en todo el ciclo de la vida.
- g) Decreto Ejecutivo No. 253: establecimiento del componente variable en el Bono de Desarrollo Humano.
- h) Decreto Ejecutivo No. 465, del 1 de agosto 2018: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo: determina la articulación del “Plan toda una vida” con las siguientes misiones y programas: Ternura; Impulso Joven; Menos Pobreza, Más Desarrollo; Mis Mejores Años; Casa para Todos y las Manueles.

Agendas y códigos

- b) Agenda de Igualdad para Adultos Mayores: busca articular y fortalecer políticas públicas, planes, programas, proyectos y acciones que garanticen el cumplimiento de los derechos de las personas adultas mayores, para transformar los patrones socioculturales y alcanzar el buen vivir.
- c) Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades vigente: instrumento de política pública que contiene el Plan Nacional de Discapacidades para los próximos cuatro años, que orientará la intervención de las instituciones públicas y privadas que trabajan en el ámbito de la discapacidad a nivel nacional.

- d) Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos: reforma al estatuto orgánico de gestión organizacional por procesos de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – SENPLADES.
- e) Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización, COOTAD: establece la organización político-administrativa del Estado ecuatoriano en el territorio; el régimen de los diferentes niveles de gobiernos autónomos descentralizados y los regímenes especiales, con el fin de garantizar su autonomía política, administrativa y financiera.

Apéndice – Glosario

1. **Actividades básicas de la vida diaria (ABVD):** grupo de actividades muy elementales incluyendo desplazarse dentro de una habitación, usar el sanitario, comer, bañarse y vestirse (BID 2019). La definición excluye aquellas situaciones temporales que pueden derivarse de una enfermedad o accidente con pronósticos de pronta recuperación (BID 2019).
2. **Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD):** actividades que suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz, por ejemplo, realizar quehaceres domésticos, cocinar, desplazarse fuera de la vivienda en medios de transporte y tomar medicamentos. La definición excluye aquellas situaciones temporales que pueden derivarse de una enfermedad o accidente con pronósticos de pronta recuperación (BID 2019).
3. **Autonomía:** la condición de una persona de ser independiente y capaz de tomar sus propias decisiones (OMS 2015).
4. **Ayuda técnica** (en el marco de la discapacidad): dispositivos y tecnologías de apoyo como sillas de ruedas, prótesis, ayudas para la movilidad, audífonos, dispositivos de ayuda visual y equipos y programas informáticos especializados aumentan la movilidad, la audición, la visión y las capacidades de comunicación. Con la ayuda de estas tecnologías, las personas con discapacidad pueden mejorar sus habilidades y, por tanto, están más capacitados para vivir de forma autónoma y participar en sus sociedades (OMS 2020).
5. **Bono demográfico:** ocurre cuando cambia favorablemente la relación de dependencia entre la población en edad productiva (jóvenes y adultos) y aquella en edad dependiente (niños y personas mayores), con un mayor peso relativo de la primera en relación con la segunda. Una mayor proporción de trabajadores no solo representa una reducción del gasto en personas dependientes, sino que tiende a impulsar el crecimiento económico a través del incremento en el ingreso y la acumulación acelerada del capital (CEPAL 2012)
6. **Calidad de vida:** la calidad de vida, como constructo multidimensional, ha de medirse considerando tanto indicadores objetivos como evaluaciones subjetivas de las diversas dimensiones que la componen. Entre estas, hay elementos como el estado físico y psicológico de las personas, sus relaciones y creencias personales, las características de su ambiente, y sus condiciones económicas, de vivienda y entorno (OMS 1995).
7. **Atención a la dependencia:** es un medio para que las personas que padecen una pérdida importante de su autonomía puedan disfrutar de un envejecimiento saludable.

Como en todas las etapas del curso de la vida, esto puede lograrse mediante dos mecanismos: 1. optimizar la trayectoria de la capacidad intrínseca de la persona; 2. compensar la pérdida de capacidad mediante el suministro de la atención y el apoyo del entorno necesarios para mantener la capacidad funcional en un nivel que garantice el bienestar (OMS 2015).

8. **Dependencia funcional:** comprende la falta de atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características. Ocurre cuando la capacidad funcional ha disminuido a un punto en el que la persona ya no es capaz de llevar a cabo las tareas básicas de la vida diaria sin ayuda (OMS 2015).
9. **Discapacidad:** es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive (OMS 2020).
10. **Esperanza de vida:** La esperanza de vida al nacer refleja el nivel de mortalidad de la población. Resume la pauta de mortalidad que prevalece en todos los grupos de edad: niños y adolescentes, adultos y personas adultas mayores. Se define como el número promedio de años que se espera viviría un recién nacido, si en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo prevalentes al momento de su nacimiento, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica (OMS 2005).
11. **Esperanza de vida saludable:** es la suma de la esperanza de vida correspondiente a los distintos estados de salud, ajustada en función de la distribución de la gravedad de estos. Es sensible a los cambios en el tiempo o a las diferencias entre países en relación con la distribución de la gravedad de los estados de salud. Se define como el promedio de años vividos con “perfecta salud” que previsiblemente vivirá una persona, teniendo en cuenta los años pasados en condiciones en que no se goza de plena salud debido a enfermedades y/o traumatismos (OMS 2005).
12. **Personas adultas mayores:** para las Naciones Unidas corresponde a las personas cuya edad ha superado la esperanza de vida media al nacer; en general, se determina como personas mayores de 65 en países desarrollados y mayores de 60 en países en vías de desarrollo (OMS 2015). En Ecuador, la Ley Orgánica de Personas Adultas Mayores define en su artículo 5: se considera persona adulta mayor aquella que ha cumplido los 65 años de edad (LOPAM 2019).