

Salud y Bienestar del Adulto Mayor Indígena



William F. Waters
Carlos Andrés Gallegos



Salud y Bienestar del Adulto Mayor Indígena

William F. Waters
Carlos Andrés Gallegos

William F. Waters
Carlos Andrés Gallegos

Fotografías: William F. Waters.

ISBN:978-9978-68-040-7



Salud y Bienestar del Adulto Mayor Indígena



Agradecimientos

Este libro se basa en una investigación que se realizó bajo el auspicio de la Organización Pan Americana de la Salud, HelpAge International y la Universidad San Francisco de Quito. El apoyo decidido de Enrique Vega (OPS/OMS Washington) y Catherine Dusseau (HelpAge International en La Paz) permitió concretar la investigación y plasmarla en la realidad. En Quito, Oscar Suriel trabajó incansablemente para que el proyecto se organice, y en la USFQ, la oficina de CTT, liderada por Victor Viteri y Lenin Vinueza, quienes manejaron el proyecto con un alto grado de profesionalismo. Los esfuerzos de Susana Martínez y Julio Pillajo fueron decisivos en la organización y manejo del proyecto.

El presente informe es el producto del apoyo y los esfuerzos de muchas personas. Dos co-investigadores, José Parodi (Lima, Perú) y Wilma Freire (USFQ-ISYN), percibieron desde el principio que un componente cualitativo sería un complemento interesante a la primera Encuesta Nacional de Salud y Bienestar de los Adultos Mayores (SABE) que en ese momento estaba en su fase inicial. Ellos han apoyado el desarrollo del proyecto en todas sus fases.

Mabel Pintag fue un miembro valioso y valorado del equipo de trabajo.

Tuvimos la suerte de contar con el apoyo de muchas organizaciones locales que como contrapartes y miembros del comité consultivo, representaron la vinculación entre el proyecto y los participantes directos.

- En Imbabura: Mercedes María Chico, Teresa Arguello, Toa Andrango, Alejandra Dávila, y Julio Cesar Loza del Patronato Santa Ana de Cotacachi.
- En Pichincha: Humberto Castillo, Jackeline Calle y Jaqueline Díaz del Área 14 de Salud; Dolores Lopez y José Suarez de la Fundación Cimas del Ecuador; Belen Mena, Homero Guerra y colegas en Lumbisí; Nei Carrillo del MIES; Lourdes Pazmiño; Segundo Cuji de la Fundación Q'ellkaj y Vitoria Guagua, quien apoyó en Cananvalle.
- En Chimborazo: Edith Caranqui del Municipio de Riobamba, Adela Caranqui, las familias Caranqui y Pintag, y la Organización Sumak Kawsay.
- En Loja: Jairo Montaña y Geovanni Lassa del Municipio de Saraguro; César Ordoñez y Luz Gualán del Patronato de Saraguro.

CONTENIDO

1. Antecedentes	
2. Metodología.....	
3. Resultados	
4. Discusión.....	
Referencias bibliográficas.....	

ANEXOS

A. Documentos de procedimientos	
B. Guías de trabajo.....	
C. Mapa de lugares de trabajo.....	
D. Guías de transcripción	

CUADROS.....	
Cuadro 1. Grupos focales realizados.....	
Cuadro 2. Características de los grupos focales.....	
Cuadro 3. Informantes claves.....	



1. ANTECEDENTES



En los últimos meses de 2010 y los primeros de 2011, se realizó una investigación cualitativa con los adultos mayores en la población indígena de la Sierra ecuatoriana, contando con trabajo de campo en las provincias de Imbabura, Pichincha, Chimborazo y Loja. El propósito del estudio fue proveer una mejor comprensión de su problemática y vulnerabilidad física, emocional y social, al mismo tiempo que sirva de modelo para realizar estudios similares en otros países latinoamericanos.

Una literatura voluminosa documenta las interrelaciones entre la pobreza y salud (Leon y Walt, 2001; Marmot y Wilkinson, 1999; Phillips y Verhasselt, 1994; Price-Smith, 2002; Savedoff y Schultz, 2000; Subedi y Gallagher, 1996). Además, se ha demostrado que la pobreza y la desigualdad contribuyen a resultados adversos en salud, nutrición y educación

(World Bank, 2006). En América Latina, la etnicidad es un determinante crítico de la pobreza, desigualdad y exclusión social (de Ferrant *et al.*, 2004; Gacitúa, Sojo y Davis, 2001; Hall y Patrinos, 2006; UNAPE/United Nations/World Labor Organization 2006), y específicamente al acceso a servicios de salud y condiciones de salud, nutrición y educación (Hall y Patrinos, 2006; Larrea y Freire, 2002; Lloyd-Sherlock, 2000).

El acceso a los servicios de salud y el estado de salud incide directamente en la relación entre la etnicidad indígena y la pobreza en América Latina. En términos más directos, los pueblos indígenas de la región experimentan un acceso inadecuado y limitado a servicios de la salud y en promedio, padecen de un estado de salud inferior a otros grupos poblacionales (Montenegro y Stephens, 2006; PAHO, 2000; 2006).

El tema de envejecimiento agrega un nivel de complejidad en el entendimiento de una proporción importante y creciente de toda la población de la región, incluyendo la población indígena. Debido a las transiciones demográfica y epidemiológica, la población latinoamericana y caribeña, al igual que en otras regiones del mundo, está experimentando un proceso dramático de envejecimiento. En los últimos 25 años, la esperanza de vida en las Américas se ha incrementado en 17 años. El 79% llegarán a la tercera edad, y casi un 40% vivirán hasta los 80 años. Para los que llegan hasta los 60 años, la esperanza de vida es de 19 años para los hombres y 22 para las mujeres de la región.

Además, las dos categorías (etnia indígena y adulto mayor) son factores multiplicadores que conjuntamente producen un alto grado de vulnerabilidad potencial en este segmento de la población ecuatoriana. La información cuantitativa más reciente sobre las condiciones salud, bienestar y envejecimiento de los adultos mayores en la población indígena del Ecuador proviene del nuevo informe nacional de la investigación SABE I (Freire et al., 2010). Los datos resumidos a continuación representan los elementos relevantes con respecto a los adultos mayores indígenas. Además, se presentan algunos datos recopilados en SABE I pero no publicados en el mencionado informe.

En la actualidad, hay en el Ecuador 1.192.476 adultos mayores (personas con 60 años de edad o más), de los cuales, 116.356 se identifican como indígenas, representando el 10.4% del total. Se observa una diferencia importante con respecto a la distribución regional de los adultos mayores indígenas, quienes conforman 36.5% del total en la Sierra rural, pero 6.4% en la Sierra urbana, 2.4% en la Costa urbana y 2.8% en la Costa ru-

ral. Además, los indígenas representan 5.6% de los adultos mayores en Quito pero sólo 2.0% en Guayaquil (Freire et al., 2010:70).¹

Las condiciones generalmente desfavorables de vida de los indígenas de América Latina existen también en el Ecuador. Una de los hallazgos generales de la investigación SABE I es que existe una población sustancial de adultos mayores en el Ecuador que viven en condiciones alarmantes de vulnerabilidad, como resultado de las condiciones sociales en que viven estas personas. Dado que la población indígena tiende a caracterizarse por altos niveles de pobreza, no sorprende observar que estas condiciones son particularmente agudas en los adultos mayores de dicha población.

Mientras 22.8% de los adultos mayores ecuatorianos reportan que viven en condiciones sociales buenas o muy buenas, solo 6.5% de los adultos mayores indígenas dicen lo mismo. Al otro extremo, mientras 23.4% de los adultos mayores ecuatorianos viven en condiciones sociales de indigencia, más de la mitad (53.2%) de los adultos mayores indígenas son indigentes (Freire et al., 2010:70), lo que quiere decir que aproximadamente 62.000 adultos mayores indígenas viven en condiciones sociales de indigencia en el Ecuador.

A base de un análisis de información no publicada de la investigación SABE I, es posible discernir algunas características del estado de salud, bienestar y envejecimiento de los indígenas del Ecuador. Por ejemplo, la insatisfacción de necesidades básicas es más prevalente para

¹ Se nota que la investigación SABE I no fue realizada en la región amazónica del Ecuador, donde hay una proporción relativamente baja de la población nacional, pero en donde la población indígena es una parte importante. Por lo tanto, se justifica la concentración del presente estudio en la Sierra, pero resultaría importante replicarlo en la Amazonia.

los indígenas que otros adultos mayores. Hoy por hoy, casi todos los ecuatorianos tienen acceso a luz eléctrica; sin embargo, mientras 98.1% de todos los adultos mayores tiene este servicio, la proporción entre indígenas es 95.2%, lo que posiblemente refleja una mayor proporción de personas que vive en áreas rurales relativamente remotas.

Las diferencias en lo que se refiere al acceso a otros servicios básicos reflejan mayores brechas entre adultos mayores indígenas y no indígenas. Mientras 75.2% de todos los adultos mayores tienen acceso a un baño con agua, solo 61.1% de los adultos mayores indígenas lo tienen y las cifras para acceso al alcantarillado son 55.8% y 34.3%, respectivamente (SABE I, datos no publicados).

Por otro lado, la educación es un componente esencial del bienestar en cualquier población, y es notorio el bajo nivel de educación formal en los adultos mayores del Ecuador. Sin embargo, esta característica es aun más impactante en los adultos mayores indígenas, ya que mientras la media de años de escolaridad es 5.2 años para todos, es solo 3.4 años para indígenas.

Por lo tanto, los adultos mayores en la población indígena tienden a ser analfabetos funcionales en mucho mayor grado que miembros de otros grupos poblacionales. Es así que según datos no publicados de SABE I, mientras el 71.2% de todos los adultos mayores (incluyendo 75.1% de los blancos y 75.7% de los mestizos) reportan que pueden leer y escribir un recado, solo 37.2% de los indígenas lo pueden hacer.

Aunque todavía no se disponen de datos desglosados por sexo, para todos los adultos mayores, el promedio de años de educación es 6.0 años para hombres mayores y 5.4 años para mujeres (Frei-

re *et al.*, 2010: 78). Este dato sugiere que entre los adultos mayores indígenas, las mujeres se encuentran en condiciones de desventaja relativa con respecto a los hombres en cuanto a la escolaridad.

La presente investigación nos permite confirmar mucho de lo que se sabe de los adultos mayores indígenas en el Ecuador a base de SABE I y otros estudios. En primer lugar, en cuanto a las características socioeconómicas de los adultos mayores indígenas, el bajo nivel de educación formal entre los participantes de los grupos focales es particularmente evidente. En los grupos focales realizados con mujeres en particular, fue frecuente encontrar que ninguna participante del grupo había estudiado ni un sólo año de escuela primaria, y fueron pocos los casos de personas con estudios más allá del tercer grado. La explicación más frecuente para el bajo nivel de escolaridad es que los padres de las personas que ahora son mujeres mayores no consideraron que era importante o aun necesaria educar a sus hijas. En gran parte, estas mujeres trabajaron desde muy temprana edad en la agricultura y ganadería de pequeña escala o en las haciendas. El bajo nivel educativo se observó no solamente en comunidades relativamente distantes de centros urbanos, sino también en comunidades no muy lejos de Quito.

Los datos que se presentan en este informe ponen de manifiesto algunas características básicas de los adultos mayores indígenas. Primero, la percepción del proceso de envejecimiento en los adultos mayores indígenas se enfoca en el deterioro de la capacidad física, particularmente para trabajar, el hecho de no poder trabajar tiene un enorme impacto los participantes en los grupos focales. Otro eje importante es la salud mental y las manifestaciones de tristeza y depresión asociadas con la pérdida de capaci-

dad física y el abandono que se siente en forma aguda.

Además, las limitaciones en la capacidad de trabajar implican un cambio dramático en el papel del adulto mayor dentro de la familia y en la comunidad. Mientras la persona que ahora es un adulto mayor fue en el pasado jefe o jefa de familia (y por lo tanto una persona con mucho prestigio), este individuo ahora se siente dependiente y carente de valor. El no poder participar en actividades comunitarias como son las mingas representa una reducción en interacción con vecinos, lo que también impacta en la identidad y autoestima. Además, la expectativa tradicional de poder trabajar aun cuando la persona tenga más de 70 o 80 años presenta un contraste impactante con el concepto de una jubilación digna en donde la persona no tiene que trabajar y vive en condiciones que no lo requieren.

Se debe notar que en algunas comunidades, los adultos mayores participan en programas manejados por los municipios u organizaciones no gubernamentales locales (incluyendo la Iglesia). Estos programas dan muchos beneficios, incluyendo al menos una comida saludable por día y un mejor acceso a servicios curativos y preventivos de salud. Sin embargo, en muchos otros casos, estos servicios no existen.

Especialmente entre los participantes de los grupos focales en las comunidades rurales más alejados de los centros urbanos, se expresa que hay un acceso muy inadecuado a los servicios de la salud, y en estos lugares, hay mayor tendencia a depender de tratamientos tradicionales. Pero aun en comunidades muy cerca a Quito u otras ciudades, se perciben problemas de acceso a los servicios de salud en gran parte debido a (i) factores económicos relacionados al uso

de servicios nominalmente gratuitos y (ii) una desconfianza en los servicios de salud porque son vistos como no apropiados en términos culturales y lingüísticos.

PERSPECTIVA DE GÉNERO E INTERCULTURIDAD.

Los aspectos de género e interculturalidad son fundamentales para el presente estudio, tanto en su concepción como en su implementación. Los resultados de la encuesta SABE I demuestran que la situación de los adultos mayores ecuatorianos en lo que se refiere a la salud, bienestar y envejecimiento es extremadamente heterogénea. Se observa claras diferencias con respecto a las regiones del país (Costa y Sierra), residencia urbana y rural y grupos de edad (60 a 65, 65 a 75 y 75 años y más). Un análisis preliminar de los datos también confirma los hallazgos de otros estudios, en el sentido de que los procesos relacionados al envejecimiento son distintos entre hombres y mujeres, y comparando personas indígenas con no indígenas. En este contexto, el presente estudio incorpora dos aspectos relacionados a la perspectiva de género e interculturalidad: (i) los conceptos de género como identidad y práctica y (ii) la incorporación de estos conceptos en la implementación del estudio en sí.

En el Ecuador, así como en todos los países, el género se expresa en términos de la identidad y las percepciones de hombres y mujeres en la sociedad. Las diferencias que se observan a su vez se reflejan en las relaciones sociales que actualmente tienen los hombres y las mujeres (en este caso, adultos mayores) con los actores y las instituciones sociales que los rodean. En este sentido, las redes sociales se expresan y funcionan en forma diferente para hombres y mujeres del grupo de adultos mayores; por ejemplo los vínculos afectivos con los hijos son diferentes. Además, existen

diferencias aun en la población indígena de adultos mayores hombres y mujeres debido a sus relaciones laborales anteriores, que seguramente obedecieron a situaciones diferentes.

En cuanto a la metodología del presente estudio, normalmente se realizan grupos focales con hombres y mujeres por separado porque debido a las estructuras sociales vigentes, frecuentemente hay presiones sociales sutiles, pero que en el fondo son muy fuertes, que pueden

hacer que las mujeres no participen con el grado de apertura necesario para que se pueda obtener sus percepciones verdaderas. Al reunirse sin los hombres, las mujeres normalmente sienten que pueden expresarse abiertamente sin someterse a juicios de valor. En el presente proyecto se realizaron cinco grupos focales con hombres, cinco con mujeres y cinco con grupos mixtos sin que se haya manifestado algún efecto en la validez del estudio.

2. METODOLOGÍA



La presente investigación cualitativa fue organizada y realizada para elucidar y entender las percepciones, opiniones y conceptos de un segmento importante de la población de adultos mayores en el Ecuador, el de los indígenas. La aplicación de métodos cualitativos representa “un proceso de investigación . . . que explora un problema social o humano. El investigador construye un escenario complejo y holístico, analiza palabras, reporta las perspectivas detalladas de informantes y realiza el estudio en un entorno natural” (Creswell, 1998:15; traducción de los autores).

Al igual que los estudios cuantitativos, las investigaciones cualitativas producen datos que pueden ser validados, organizados, analizados e interpretados en forma sistemática y objetiva (Boyatzis,

1998; Strauss and Corbin, 1998; Wolcott, 1994). Además, a través de la aplicación de metodologías mixtas, se puede integrar técnicas cualitativas y cuantitativas en forma complementaria (Bamberger, 2000; Creswell y Plano Clark, 2007; Tashakkori y Teddlie, 1998). En este sentido, es apropiado la aplicación de métodos cualitativos para complementar el enfoque cuantitativo de SABE I y II.

El grupo focal es un ejercicio planificado para obtener percepciones, opiniones, conceptos e ideas de un grupo de personas que compartan una o más características importantes (por ejemplo, género, etnicidad, lugar de residencia o nivel socioeconómico). El grupo focal provee un ambiente seguro en donde se promueve la participación y contribución abierta de todos los integrantes. El ámbito del grupo permite un libre inter-

cambio de ideas y comentarios que se complementan porque las percepciones y actitudes individuales son formadas en el contexto social y frecuentemente son expresadas en forma más completa como respuestas a las opiniones de otras personas. El propósito no es de realizar un debate como tal, y tampoco se busca un consenso de opiniones. Más bien, se busca un intercambio de diversas percepciones. Por lo tanto, el grupo focal representa un ambiente social natural en donde el tema de discusión es dirigido pero al mismo tiempo, se expresan las ideas en los términos de los participantes y no a través de categorías impuestas por el investigador (Kruger y Casey, 2000; Marshall y Rossman, 1999).

En cuanto a la presente investigación, por cada grupo focal, se identificaron y reclutaron alrededor de diez personas para poder contar con la participación de aproximadamente ocho personas, que es el número que se considera el tamaño óptimo, aunque es factible conducir el ejercicio con un número levemente menor o mayor que ese número (Krueger y Casey, 2000). El proceso de identificación y reclutamiento de participantes contó con el apoyo de promotores e individuos claves en cada sitio de trabajo respectivo. Antes del inicio del grupo focal, los participantes recibieron la bienvenida y llenaron hojas de información demográfica individual. En el caso de no poder leer o escribir, uno de los miembros del equipo de campo les hizo las preguntas en forma verbal. Además, cada persona colocaba una etiqueta con su primer nombre en su pecho, para facilitar una conversación más fluida y personal.

Los grupos focales duraban aproximadamente una hora y media y fueron grabados en audio. Además, se tomaron notas textuales para complementar las grabaciones, asegurar la confiabilidad

de las transcripciones y para identificar los participantes utilizando solamente sus primeros nombres (Krueger y Casey, 2000; Ulin, Robinson y Tolley, 2006). Se realizaron los grupos focales en español o kichwa según las necesidades, preferencias y habilidades de los participantes.

Los miembros de los equipos de trabajo preparaban transcripciones de cada grupo focal y entrevista individual, utilizando las grabaciones y las notas siguiendo normas establecidas por el proyecto. En caso de haber realizado un grupo focal en kichwa, los miembros del equipo prepararon una traducción, trabajando juntos para llegar a una traducción veraz.

ORGANIZACIÓN DEL PROYECTO. La organización del proyecto comenzó al principio de 2010 mediante una serie de reuniones internas; a través de discusiones con OPS-OMS Washington y después de una reunión en Quito con la responsable del área de la salud de la oficina de HelpAge International en La Paz, se acordó realizar un proyecto de investigación cualitativa de la situación de salud, bienestar y envejecimiento de adultos mayores en la población indígena del Ecuador. Dicha investigación complementaria a los estudios SABE I y II (Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento), realizados por la USFQ-ISYN, INEC, MIES/Alimentate Ecuador, MSP y la Sociedad Ecuatoriana de Geriatria y Gerontología.

La ejecución del trabajo de investigación de campo comenzó con la formación de un equipo de campo de dos personas: una mujer kichwa hablante de la provincia de Chimborazo y un hombre joven que no es indígena. Se hizo los preparativos para iniciar el trabajo de campo en varias etapas. Primero, se identificaron contrapartes en las cuatro provincias y se realizaron reuniones con cada uno de ellos. Las contrapartes recibieron una

explicación del proyecto, y para facilitar su colaboración en el sentido logístico, se les proveyó de los dos documentos incluidos como Anexo A:

- Elementos para la Identificación de Participantes
- Elementos Logísticos del Trabajo de Campo

CONSENTIMIENTO INFORMADO. El presente estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito, el mismo que ha sido reconocido nacionalmente e internacionalmente. Todos los participantes fueron informados sobre sus derechos y daban su consentimiento para poder participar.

DEFINICIÓN Y VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS. La guía de preguntas para los grupos focales fue elaborada por el investigador principal y los miembros del equipo de campo. Posteriormente fue discutido y modificado con los dos co-investigadores, y validado por un informante kichwa hablante. Al mismo tiempo, se elaboró la guía de preguntas para las entrevistas individuales con informantes claves, con un contenido similar a la guía para grupos focales, pero con flexibilidad dependiendo del informante.

Una serie de reuniones y conversaciones con contrapartes fue muy importante en este proceso, así como también dos reuniones consultivas, realizadas al principio y final de la investigación. Como resultado de estos encuentros, se realizaron algunas modificaciones en las herramientas, después de lo cual, se realizó un ejercicio de validación del instrumento a través de un grupo focal de prueba realizado el 9 de Septiembre en Yaruquí, provincia de Pichincha.

Este proceso permitió la elaboración de las versiones finales de los dos instrumentos (grupos focales y entrevistas

individuales con informantes claves), los mismos que se presentan en el Anexo B. En este anexo también se adjunta la hoja demográfica que se utiliza para recopilar información básica sobre cada participante.

Es importante destacar la reunión regional “Encuentro de Intercambio: Políticas de Salud en Países Andinos (Bolivia, Perú, Ecuador) para las Personas Mayores,” realizada en Santa Cruz, Bolivia entre el 13 y 14 de septiembre, 2010. Esta reunión fue muy importante porque permitió un intercambio de criterios, metodologías, experiencias y técnicas en tres países vecinos, abriendo espacio a un enfoque regional. En dicha reunión, se presentó las bases conceptuales y avances en la presente investigación.

LÍNEA DE BASE. La presente investigación trata de las percepciones sobre la salud y nutrición en el contexto del envejecimiento en los adultos mayores de la población indígena de la sierra ecuatoriana. Conforme a la definición establecida por la OMS y adoptada por el estudio SABE en el Ecuador, se define la población de adultos mayores a aquellas personas que tengan 60 años o más de edad.

Las provincias de Imbabura, Pichincha, Chimborazo y Loja fueron seleccionados para inclusión en la investigación. En Imbabura, la ciudad de Cotacachi y las comunidades que la rodean, son especialmente relevantes en cualquier estudio de poblaciones indígenas ecuatorianas. En Pichincha, las comunidades de los valles de Tumbaco y Cayambe retienen comunidades indígenas importantes. La provincia de Chimborazo tiene la proporción de habitantes indígenas más alta en el país, mientras en el sur, la población indígena de Saraguro es una de las más emblemáticas e importantes en la Sierra.

El mapa incluido como Anexo C muestra la ubicación relativa de los lugares de trabajo de la presente investigación. Esta selección asegura que el enfoque territorial sea clave en el análisis ya que permite considerar varios factores o dimensiones relevantes al entendimiento de la salud y bienestar de los adultos mayores indígenas en la sierra ecuatoriana.

CRITERIOS METODOLÓGICOS. La metodología cualitativa no se basa en la selección de muestras representativas; más bien, se seleccionan participantes porque tienen características que corresponden a las dimensiones del estudio.

En la investigación de grupos focales, la estrategia es utilizar muestreo propositivo en donde el investigador selecciona los participantes a base del propósito del estudio. . . . En cada situación, buscamos este tipo de personas porque tiene conocimientos o experiencias especiales que son útiles en el estudio. Son personas que Michael Patton (1990) llama "ricas en información" (Krueger y Casey, 2000: 204, traducción de los autores).

Asimismo, en lugar de establecer un tamaño de muestra, el objetivo es llegar al punto de saturación teórica en donde la nueva información recopilada sería repetitiva. En el presente estudio, se reclutaron participantes para grupos focales según las características mencionadas (adultos mayores en la población indígena de la sierra ecuatoriana) e informantes claves por sus conocimientos y experiencia con este grupo de edad.

La definición de "indígena" en este trabajo evita los debates teóricos y conceptuales sobre este fenómeno. Por cierto, es importante establecer criterios claros

al respecto cuando se trata de censos y la toma de decisiones políticas y económicas. Por ende, en el Ecuador y los otros países andinos, existen diversas definiciones sobre quién es indígena, cuantos indígenas hay y que proporción de la población total es indígena no compete al presente informe)

El Convenio 169 de la Organización Internacional de Trabajo (1989) define los pueblos indígenas de la siguiente forma.

a) a los pueblos tribales en países independientes, cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distingan de otros sectores de la colectividad nacional, y que estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por una legislación especial; b) a los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

Partiendo de esta base conceptual, se ha definido la población indígena del Ecuador de diferentes maneras y por lo tanto, las estimaciones más citadas de la proporción de la población total que es indígena varía entre 25% y 45% del total. Sin embargo, el censo ecuatoriano de población y vivienda de 2001 incluye dos preguntas relevantes: auto-identificación y lengua que se habla habitualmente. Los resultados de la pregunta sobre auto-identificación establecen que la población indígena del Ecuador representa

menos del 7% del total; la pregunta sobre uso de idiomas indígenas determinó una proporción aun mas baja. El nuevo censo revelará una situación actualizada en términos estadísticos.

Estos criterios son consistentes con trabajos similares en otros países de la región. Por ejemplo, el ultimo censo boliviano utiliza tres indicadores: auto identificación, lengua hablada habitualmente y lengua aprendida en la infancia. Molina y Albó (2006) construyeron un índice con estos tres indicadores para definir la población indígena de Bolivia.

El presente estudio utiliza el criterio de auto-identificación para determinar la inclusión en el estudio. Es decir, las personas que participaron en los grupos focales se identificaron como indígenas (independientemente de que si hablen kichwa o no) y los informantes claves manejan su propia definición de la población indígena.

DISEÑO DE LOS INSTRUMENTOS. Una vez determinados los lugares de estudio y el diseño de los instrumentos, se procedió con la realización de los grupos focales y entrevistas individuales con informantes claves en las mencionadas provincias. Entre Septiembre 15 y Octubre 29, 2010 se realizaron 15 grupos focales y diez entrevistas individuales con informantes claves. Se presenta un resumen de los grupos focales y las características socio demográficas de participantes en el Cuadro 1. De los 15 grupos, cinco fueron realizados con hombres, cinco con mujeres y cinco con grupos mixtos.²

En cuanto al idioma, y contando con un equipo bicultural y bilingüe, siete de las grupos focales fueron conducidas en español y ocho exclusivamente en kichwa. En este caso, las transcripciones fueron traducidas al español.

2 Es una práctica normal de realizar grupos focales solamente con hombres o mujeres para evitar presiones sociales. Sin embargo, encontramos que las mujeres inevitablemente acompañaron a los hombres a los grupos focales. Además, las mujeres adultas mayores demostraron una independencia remarcable de criterios.

CUADRO 1. GRUPOS FOCALES REALIZADOS.

Lugar	Sexo	Idioma
Ascasubi, Pichincha	Mixto	Español
Cumbas, Cotacachi, Imbabura	Mujeres	Kichwa
Azaya, Cotacachi, Imbabura	Hombres	Kichwa
Caliata, Flores, Chimborazo	Mujeres	Kichwa
Caliata, Flores Chimborazo	Hombres	Kichwa
Palacio Real, Calpi, Chimborazo	Mujeres	Kichwa
Sauce, Saraguro, Loja	Mujeres	Español
Yucupaca, Saraguro, Loja	Mixto	Español
Tambopamba, Saraguro, Loja	Mixto	Español
Cumbas Conde, Cotacachi, Imbabura	Hombres	Kichwa
Azaya, Cotacachi, Imbabura	Mujeres	Kichwa
Cananvalle, Pedro Moncayo, Imbabura	Mixto	Español
Balda Lupaxi, Colta, Chimborazo	Hombres	Kichwa
Lubisi, Quito, Pichincha	Hombres	Español
Lubisi, Quito, Pichincha	Mujeres	Español

El tamaño promedio de los grupos fue 9.8 personas. Sin embargo, dos de los grupos tenían un número más grande de participantes que lo previsto: 24 en un caso y 16 en el otro.³ Si se excluyen estos dos grupos, el número promedio de participantes en cada grupo focal fue 8.3.

En varios sentidos, los participantes de los grupos focales representan un grupo con cierto grado de heterogeneidad; por un lado, provienen de diferentes comunidades con diferentes características sociales y culturales. Por ejemplo, los residentes en algunas de las comunidades incluidas en el estudio hablan kichwa mucho más que el español. En particular, la capacidad que tienen algunas mujeres mayores de entender y expresarse en español fue muy limitada, lo cual tendría implicaciones importantes en cuanto a acceso a servicios de salud, habilidad de interactuar y negociar con otros miembros de la sociedad (por ejemplo, comerciantes, transportistas y servidores públicos).

La edad promedio de los participantes fue casi 71 años (a pesar de la participación de seis personas con menos de 60 años⁴, y más de siete de cada diez participantes tienen 66 años de edad o más, lo cual ilustra el envejecimiento de la población de adultos mayores en las comunidades indígenas. Sin embargo, este hecho no implica que las personas mayores de 66 años estén jubiladas o que hayan dejado de trabajar para otras personas o por cuenta propia.

3 Se aplicó una dinámica de grupo distinto en estos casos que permitió una participación activa de la mayoría de las personas presentes.

4 Cinco de estas seis personas tienen 58 o 59 años de edad; una persona tiene 50 años.

CUADRO 2.
CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS FOCALES

Grupos focales	15
Número de participantes	148 (58 hombres, 90 mujeres)
Edad: promedio	70.64 años (50-93 años)
< 60 años	6 (4.1%)
60-65 años	35 (23.6%)
66-75 años	70 (47.3%)
≥ 75 años	37 (25.0%)
Educación formal: promedio	1.27 años
0 años	79 (53.4%)
1-2 años	38 (25.4%)
3-5 años	24 (16.2%)
6-8 años	5 (3.4%)
≥ 8 años	2 (1.4 %)
Ocupación actual o anterior	
Agricultura	126 (85.1%)
Quehaceres domésticos	15 (10.1%)
Manual	6 (4.5%)
Profesional	1 (0.7%)

Los datos descriptivos presentados en el Cuadro 2 son elocuentes en el sentido de que se observa un grupo de adultos mayores con niveles de educación que no se puede imaginar hoy en día, siendo el promedio apenas 1.27 años. Más de la mitad de los participantes en los grupos focales nunca asistió a ni a un año de clases, y en total, ocho de cada diez de ellos asistieron a no más de dos años de escuela primaria. Sólo dos terminaron la escuela primaria y de estos casos, sólo uno se graduó del colegio (nivel secundario).

Los datos sobre ocupación actual o anterior (en el caso de haber dejado de trabajar) son consistentes con la información sobre educación formal. Se observa que la gran mayoría de los participantes (tanto hombres como muje-

res) trabajaban en la agricultura, ya sea en pequeños terrenos propios, o como peones en las haciendas. Más aun, 15 mujeres reportaron su ocupación como “quehaceres domésticos,” a pesar de que la mayoría de ellas también tuvieron trabajos o responsabilidades familiares en la producción agropecuaria. Sólo seis personas reportaron haber trabajado en ocupaciones manuales no agropecuarias; de estas personas (todos hombres), cinco fueron albañiles. Solo un hombre trabajaba como profesional, habiendo sido profesor de escuela.

Entrevistas con informantes claves. Se realizaron diez entrevistas estructuradas con informantes claves, incluyendo médicos, dirigentes de los patronatos, expertos en dos ministerios, dirigentes locales y personas de las comunidades. Como fue el caso de los grupos focales, estas entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas a través de un proceso de codificación, descrito a continuación. El Cuadro 3 presenta información sobre los informantes claves.

CUADRO 3. INFORMANTES CLAVES.

Informante	Lugar	Sexo
Adulto mayor	Saraguro, Loja	Mujer
Técnico del Patronato	Cotacachi, Imbabura	Hombre
Presidente del Patronato	Cotacachi, Imbabura	Mujer
Médico, subcentro de salud	Quiroga, Cotacachi, Imbabura	Hombre
Curandera tradicional	Caliata, Flores, Chimborazo	Mujer
Dirigente cantonal elegido	Riobamba, Chimborazo	Mujer
Médico rural	Quito, Pichincha	Mujer
Consultor MIES	Quito, Pichincha	Hombre
Experto en adulto mayor, MIES	Quito, Pichincha	Hombre
Ex coordinadora adulto mayor MSP	Quito, Pichincha	Mujer

ANÁLISIS DE LOS DATOS. La tercera fase de la investigación consistió en la preparación de transcripciones de los grupos focales y las entrevistas individuales. Para los ocho grupos focales realizados en kichwa, fue necesario traducir las grabaciones de kichwa al español. Para mantener un formato estándar en las transcripciones, se utilizó los guías incluidos en Anexo D.

Las transcripciones fueron analizadas utilizando un proceso de codificación en tres etapas. Primero, la codificación abierta, que identifica los conceptos básicos en las respuestas individuales. Segundo, la codificación de ejes, que desarrolla categorías y propiedades muchas veces subyacentes en el patrón de respuestas y relaciona estas categorías y propiedades. Tercero, la codificación selectiva, que integra y refina los temas principales y las interrelaciones entre ellos (Strauss y Corbin, 1998).

3. RESULTADOS



Cuatro temas principales que emergen del análisis de los datos cualitativos sobre los adultos mayores de las comunidades indígenas de la sierra ecuatoriana: (1) el significado del envejecimiento, (2) el estado de salud y bienestar, (3) acceso a servicios de salud y (4) las redes sociales de apoyo a la salud y el bienestar. Analizamos estas dimensiones y los factores asociados a ellos en este acápite.

En esta parte del informe, presentamos las palabras exactas de los participantes en los grupos focales, suplementados por observaciones de informantes claves. Cada citación comienza con un código de identificación que consiste en el número grupo focal, el número de la

persona dentro del grupo focal y el sexo de del participante (mujer o hombre).

EL SIGNIFICADO DEL ENVEJECIMIENTO. Fue para esta investigación muy importante entender cómo los adultos mayores perciben el proceso de envejecimiento. Las percepciones expresadas representan seis dimensiones estrechamente relacionadas entre sí: (i) envejecimiento como la incapacidad para trabajar y pérdida de identidad y autoestima, siendo el trabajo en la tierra el centro del indígena en el medio rural, (ii) la pérdida de fuerza y la creciente dependencia, (iii) el envejecimiento como un proceso inevitable de deterioro, (iv) el envejecimiento como una disminución del valor en los ojos de la comunidad, (v) el envejeci-

miento como causa de tristeza e incluso depresión y (vi) dos dimensiones positivas del envejecimiento.

Se encontró un sentido prácticamente unánime que para los participantes en los grupos focales, envejecer es equivalente a no poder trabajar con la misma capacidad que antes. Tanto los hombres como las mujeres reportaron que cuando eran más jóvenes, podían trabajar más horas, cargar mucho, y cumplir cabalmente con más tareas dentro de la familia y la comunidad. Ya que la gran mayoría de los participantes trabajaban (y en muchos casos siguen trabajando) en la agricultura y ganadería, el concepto de trabajo es particularmente importante dadas las exigencias físicas.

En este contexto, el trabajo es un elemento central en la identidad; se percibe que el valor de la persona se basa en su capacidad de trabajar no sólo porque es necesario para poder comer y proveer para la familia, sino como una parte esencial de su propia identidad. Adicionalmente, se percibe que la capacidad de trabajo es importante en la valoración de los demás, particularmente en la comunidad. Para los participantes en los grupos focales, el no poder trabajar como antes produce un gran sentido de pérdida.

12.1.H. *Por eso yo me siento así; porque no tengo donde trabajar. Cuando tengo donde trabajar estoy tranquilo, pero cuando no tengo, hasta el sueño se me quita. ¿A dónde voy a trabajar? Me digo. Mi quita el sueño me siento apenado. Es mi vida.*

Un elemento esencial de la identidad que va mano en mano con la capacidad de trabajar que los participantes reportaban con mucha frecuencia es que ya no pueden caminar como en años anteriores. Esta dimensión no es sorpren-

dente porque como se anota abajo, la vida cotidiana centrada en el trabajo incluye la necesidad de trasladarse de un lugar a otro, frecuentemente por largas distancias, en una topografía muy irregular; la única manera de hacerlo era (y es) caminando.

7.4.M. *Ya no se puede andar; no ya valor para andar. La vejez ya nos vence; yo por mí digo que no puedo andar.*

El trabajo es tan central a la identidad de la persona que los participantes reportan que mientras tiene la más mínima capacidad de mantener su vida productiva, siguen trabajando en lo que pueden, y cuando ya no pueden, el efecto en su autoestima es devastador. Se percibe que ya no pueden proveer para la familia, son dependientes, y lo que han valorizado en cuanto a la capacidad de trabajar va desapareciendo. En la gran mayoría de los casos, los adultos mayores indígenas no recibieron una educación formal (haber asistido por uno o dos años a la educación básica) porque la expectativa en todos sus referentes (padres, dueños de las haciendas en algunos casos) fue que lo que importaba era el trabajo.

En el mismo contexto, el envejecimiento equivale a un sentido de cansancio permanente y la pérdida de fuerza física, la visión y el oído y la memoria.

2.1.M *Ya no puedo trabajar con la pala en los terrenos.*

2.2 M *A pesar de [todo] todavía estoy trabajando a pesar de que he envejecido pero ya no puedo trabajar como antes; no puedo trabajar como antes.*

8.5.H. Cuando yo era niño de diez años no habían escuelas en el campo; solo en el centro donde los mestizos. La gente indígena tenía miedo de los mestizos. Se vivía en las comunidades; por eso, con el trabajo de nuestros papis nos han enseñado a vivir, a trabajar con honradez.

8.6.H. Entonces me salí y me puse a hacer los mandados con mi papa y mi mama; me preocupé de trabajar y he sido muy trabajador. Gracias a Dios he trabajado en el campo con machete y arado con yunta; por eso estoy viejo y sucio y tengo pesuña. Por eso ya no puedo trabajar y me falta valor para hablar y conversar también.

9.2.H. Antes cuando éramos jóvenes, aun cuando no mucho, ahí trabajábamos sin ningún problemas, y ahora cuando somos viejos, ahí viene la enfermedad, los dolores del cuerpo, de los huesos, tanta cosa. Ahora ya sentimos cansados; ya no somos como en la juventud . . .

10.4.H. Ya cuando uno está viejo no puede caminar; no puede hablar. Antes cuando era joven trabajaba de peón, pero ahora nadie nos quiere llevar porque somos ancianos. Dice que ya no valemos para trabajar.

Una percepción relacionada del envejecimiento es que con la vejez y la pérdida de fuerza física, se regresa a un estado igual a la niñez caracterizada por una creciente dependencia en otras personas porque uno no tiene la capacidad individual necesaria por el auto cuidado.

9.6.H. De joven, nos vamos engrandeciendo de poco en poco hasta llegar a cierta edad. Después de esa edad volvimos para atrás.

8.5.H. La vejez es lo mismo que

un niño que empieza a caminar: se cae se levanta, se cae y se levanta. Entonces a eso se llama la persona; se puede sentir de los 60 años en adelante. No tienen la capacidad de tomar la palabra; entonces, regresamos como un niño: un niño habla como oye a los papas y eso es la vejez. Se va terminando la mente, los oídos. Entonces para nosotros, la vida esa como de los niños.

5.1.M. Ahora no puedo caminar; camino un poco y me caigo.

3.1.H. Al nietito que está aquí conmigo, le digo que me ayude, y con el bastón salgo de la casa cuando tengo que salir. Así no mas camino; para caminar solo no puedo.

Una dimensión adicional de la percepción del envejecimiento es que es un proceso progresivo e inevitable de deterioro y “decaimiento” (una palabra muy usada en los grupos focales).

8.7.M. Los años ve van dominando. Ya no hay como trabajar como joven. Ya no hay como hacer nada. Uno va decayendo a través de los años.

9.2.H. Entonces, una cuando llega a la edad, nos sentimos viejos; entonces a toda costa nos vamos decayendo en el trabajo. La fuerza de lo que teníamos de jóvenes, ya no somos. Ya es diferente, ya nos hace diferente el trabajo.

10.1.H. Nosotros comenzamos a envejecer años tras año. Cada año que pasa van bajando nuestras fuerzas; no podemos retroceder, no se puede ya que no podemos regresar a ser jóvenes. Nuestro camino ya está avanzando cada vez más, y pensamos que nuestra vida está por acabarse.

14.1.H. Pero los años también van pasando, van pasando y una va cada día, ya. Ya de los cincuenta años en adelante un ya va un poco medio decayendo, ya. Ya hasta las fuerzas le van mermando todo.

La capacidad del trabajo no es solamente un valor personal sino también una norma en la comunidad indígena. Los participantes en los grupos focales perciben que la norma que se aplica a los adultos mayores es una doble fila. Por un lado, la persona tiene menos valor porque no puede aportar con la misma capacidad y fuerza que otros miembros de la comunidad en las mingas. Por otro lado, ya no se espera la participación plena del adulto.

4.3.M. Este último mes no me he ido a la minga. A los dirigentes de la comunidad les dije que estaba enferma de los pulmones, que no podía estar mucho tiempo en el sol, ni en el viento. Por eso ya no me han obligado salir a las mingas. Cuando yo salgo a las mingas tengo que trabajar igual que el resto. . . . Los dirigentes no consideran que uno esta anciano; quieren que trabaje igual.

El envejecimiento conlleva para muchos de los participantes un sentido agudo y profundo de tristeza. A veces descrita como “pena,” esta característica se expresa en términos de una sensación de pérdida de juventud y de las capacidades físicas, incluyendo la visión, oído y memoria. Se expresa tristeza por tener dolores constantes y enfermedades crónicas que no se resuelven. También se siente una profunda tristeza por el abandono de miembros de la familia (especialmente los hijos e hijas) que les genera la sensación de que efectivamente no tienen hijos. Esta sensación de abandono y tristeza se agudiza por la pobreza y la falta de recursos.

2.4. M. Mi vida es triste porque cuando antes era joven, trabajaba para darles de comer a mis hijos. Pero ahora que soy veterana me tratan mal; no me cuidan. Mi hijo vive cerca de mi casa pero no me ayuda en nada; tampoco me da comida. Me siento sola y muy triste.

3.1. H Es un atraso; es una lástima vivir así. Trabajos no podemos hacer; ya se acaban nuestras fuerzas. La visión de los ojos también se pierde. No podemos salir a trabajar; por esto estamos tristes; nos sentimos apenados por eso. Así vivimos.

9.7.H. Todo se hace sentir ya con pena de los hijos e hijas; comienza a perder a las cosas. Nos da pena; ya no están solteros; ya no es igual.

9.4.M. Todo viene a cambiar, ya no somos como éramos jóvenes. Así nos vivimos: que puedo hacer?

9.4.M. Así vivimos solitos. Los hijos viven por Oriente y nosotros los dos aquí vivimos.

9.1.M. Ahora nos sentimos ya, estamos en esta edad. Sentimos solos, cansados, sufridos del abandono de nuestros hijos y nosotros solo los dos que teníamos solo un hijo a lado de nosotros, y los demás están viviendo en Quito y también sufrimos porque nuestros hijos ya nos dejan solos. . . . Y ya para mí no tengo ganas de seguir como antes trabajando, ahora ya siento el sufrimiento de mis hijos, el sufrimiento de mi persona, que ya uno está enfermo y para después no se qué comeré, que beberé. No tendré ni dinero ni nada, y eso es un sufrimiento para mí.

Más aun, las transcripciones de los grupos focales proveen amplia evidencia de la existencia de depresión en mujeres y hombres, quienes manifestaron síntomas de insomnio, desgano para alimentarse y baja autoestima. Además, algunos participantes reportan que entran en momentos en que lloran debido a un gran sentido de tristeza.

6.1M. Mas sufro de los ojos; no veo bien. Veo todo oscuro; solo sufro de los ojos. Por eso lloro bastante y me pongo triste. Me dogo, con que ojos voy a ver o hacer algo? No tengo hijos; tengo nietos [de hecho, son sobrinos] pero ellos se van a la escuela a los colegios van cada vez más lejos. Dos de ellos ya son soldados y se han ido lejos. Por eso paso llorando porque estoy sola. Todos se están yendo; así de pronto me da ganas de llorar.

9.3.H. Pero ya cuando uno ya se hace de edad avanzada, ya nos sentimos, ya vamos dando de baja. Ya no hay mucho ánimo para caminar, ni para trabajar; entonces ahí se siente que no estamos como anterior.

10.2.H. Me siento un poco triste. Me acuerdo mi vida de joven; cuando yo era muy trabajador hacia cualquier cosas y ahora no puedo hacer mucho. Me pongo muy triste y me da ganas de llorar.

11.1.M. Me duele el cuerpo; no puedo estar mucho tiempo en el frío. Antes así que haga frío o calor podía seguir trabajando. También me siento triste acordándome de mi vida y del dolor que siento; a veces, paso llorando.

El sentido de tristeza se relaciona en muchos casos al abandono y la soledad, que se puede sentir cuando hay familiares cerca y aun en la misma casa. Adicionalmente, algunos participantes

relacionan su tristeza con conflictos intrafamiliares; en el caso de las mujeres, se reporta el abuso de los maridos, y hombres y mujeres son en algunos casos victimas del maltrato de sus hijos. Pero es más común sentir tristeza porque las familias son dispersas; en muchos casos, los hijos han salido de las comunidades y aun cuando viven en la misma comunidad, han formado sus propias familias.

4.1. M. Ahora cuando he envejecido algunos hijos ya no se acuerdan de una; no se preocupan si uno vive bien o mal. Mis nietos ya no se preocupan por me. El hijo que vive conmigo también se abure de vivía junta a mí. Ha sido bastante triste llegar a esta edad. Los hijos que viven fuera de casa no brindan mucho apoyo. . . Me siento triste porque estoy sola.

5.4.H. Con mi esposa siempre tenemos problemas por una cosa y otra. No nos entendemos muy bien; uno no hace caso ni el otro. No estamos de acuerdo dentro de la casa; yo creo que eso existe en todos los hogares.

Un sentido relacionado a la baja autoestima que los participantes describen es que por ser viejos, no tienen "valor."

7.5.M. Envejecer: eso ya no se tiene valor. No se puede levantar, ya no se tiene valor nada. Para hacer una cosita ya no se puede levantar, por ahí como quiere levantado hago alquito.

El análisis de las transcripciones también revela varios factores positivos en las percepciones del envejecimiento. El factor que sobresale es la fe religiosa, que fue expresada por igual por católicos y protestantes evangélicos. Sus expresiones no daban la impresión de una resignación a las condiciones en que se encontraban sino una aceptación más positiva de "lo que manda Dios." Según

varios participantes, Dios les permite vivir, lo cual es positivo.

Una segunda dimensión positiva del envejecimiento fue articulada por un participante, en el sentido de que las experiencias de los adultos mayores pueden ser transmitidas a las nuevas generaciones y por lo tanto, representan una contribución importante.

14.3.H. *Cando nosotros ya tenemos nuestra edad, cuantas experiencias, unos pensarán que es malo, pero de lo que se puede hacer es mirar hacia el frente y sacar la experiencia para transmitir a los hijos.*

SALUD Y BIENESTAR. El segundo tema central del estudio se centro en las percepciones de salud y bienestar del adulto mayor indígena. Este tema, a su vez, se divide en tres sub-temas: (i) estado de salud y los factores limitantes, (ii) la dieta y alimentación y (iii) el acceso a (y la calidad de) los servicios de salud. Con respecto a la percepción de la salud y bienestar, la interpretación general es, como se anota arriba, que el adulto mayor experimenta y siente un deterioro gradual comenzando a los cincuenta o sesenta años de edad. Como se mencionó arriba, este tema es particularmente sensible porque la capacidad de trabajar es un elemento central en la identidad y la percepción del valor de la persona mayor. Se percibe que la mala salud no permite que el adulto mayor se desenvuelva adecuadamente en el trabajo físico, especialmente en la agricultura.

Además, se percibe que hay cada vez menor capacidad de mantener una vida activa. Como se anota arriba, para los participantes en el estudio, una dimensión principal en este respecto es la capacidad de caminar. En gran medida las comunidades rurales indígenas se caracterizan por un patrón de residencia

dispersa y por ende, este aspecto es fundamental en la vida cotidiana. Es solamente a través de caminatas frecuentemente largas que se puede llegar a otras residencias en las mismas comunidades; los pequeños centros poblados de las comunidades; mercado o los servicios de transporte público, salud, y educación. Además, las tareas agropecuarias necesariamente comienzan con caminatas a los sitios de cultivo y pastoreo. Vale agregar que en la sierra ecuatoriana, es necesario transitar lugares de topografía muy accidentada y difícil. Como decía una participante (4.I.M.): “Algunas veces me he ido al doctor de Flores. Para llegar allá voy caminando; demoro bastante tiempo en llegar, pero si llego caminando.” Para que esta mujer de 85 años llegue a un servicio de salud cuando se siente mal, tiene que caminar aproximadamente diez kilómetros.

ESTADO DE SALUD Y BIENESTAR Y LOS FACTORES LIMITANTES. Prácticamente todos los hombres y mujeres que participaron en los grupos focales expresaron que sienten dolores en forma crónica y constante y en muchos casos, padecen permanentemente de enfermedad. En particular, muchos participantes informan que sufren de dolores en los pies.

Este factor, que seguramente en muchos casos es el resultado de largas vidas de trabajo físico, es aceptado francamente como una parte normal y natural de la vida. En algunos casos, después de haber dicho que no adolece de ninguna enfermedad o dolor, participantes comenzaron a proveer detalles de un sinnúmero de dolencias crónicas o de larga duración. En algunos casos, esta condición se expresó en términos de una percepción de fragilidad.

8.2.M. *Yo no mas [que] paso enferma; tengo un dolor del pie. No puedo caminar ya bonito, con la enfermedad una se sufre.*

Los años duelen; ya no se puede trabajar.

9.2.H. *Ya teníamos algún decaimiento, molestias de los intestinos; cualquier enfermedad nos ataca.*

11.4.M. *Me duele todo el cuerpo. En realidad no se que será; nadie me dice lo que tengo en realidad.*

10.1.H. *No tengo nada [pero] la vista tengo un poco borrosa. Solo me duele la rodilla. Cuando camino, parece que me tiembla y me quiere hacer caer.*

11.1.M. *No tengo dolores graves, solo los que me ocasione con los animales, como golpes en las piernas o brazos. Sufro un poco de dolor de la barriga... sigo en mi casa y sigo andando con ese dolorcito.*

Se reportan accidentes relacionados al trabajo agropecuario (muchas veces ocurridos hace años) y enfermedades no resueltas en el pasado que se convierten en problemas crónicos de salud. Se percibe que (como se anota abajo) los servicios de salud prestados, no siempre fueron adecuados porque son indígenas. Los problemas de salud frecuentemente se complican porque los pacientes no reciben información adecuada sobre su condición y no entienden las causas de su estado de salud. Esta situación revela dos problemas: (i) la dificultad que tienen de manejar información compleja que frecuentemente se complica por limitaciones lingüísticas y (ii) la posibilidad del deterioro en facultades cognitivas.

10.2.H. *[Por un supuesto trombo] me fui a los hospitales de Otavalo y Quito, pero en ninguno me pudieron curar. Cuando me dio esta enfermedad, parecía medio muerto, como si un carro me hubiera dejado aplastado. Hablaba*

pocas palabras y me quedaba mudo. En el hospital de Ibarra, me ayudaron con algunos tratamientos. No estoy completamente sano, pero si puedo hacer algunas cosas; ya puedo hablar y también camino con el pie. Nuevamente hace un mes me fui al hospital en Quito. Me empezó a doler todo el cuerpo. Me operaron; los doctores dijeron que tenían que sacarme un líquido que se me había acumulado. No me acuerdo bien que me operaron; estoy más o menos bien. Recién me fui otra vez al hospital de Ibarra para que me examinen a ver como sigo. El doctor me dijo que estaba muy ocupado; le espere, pero a final no pude hacerme el examen y regrese sin ninguna noticia.

Muchos participantes reportaron problemas crónicos con su visión, el oído y la dentadura, como dimensiones del deterioro general analizado arriba. En cuanto a la visión, se reportan deterioro general y problemas específicos como cataratas. Pocos participantes tienen lentes, y dos personas reportaron operaciones para cataratas. En resumen, los problemas de visión normalmente no son resueltos. Contribuye a la tristeza y posiblemente a estados de depresión.

3.1.H. *La visión de los ojos también se pierde.*

5.1.H. *Me han dicho que tengo catarata. No puedo ver bien; cuando hace sol todo me brilla... Estoy como me ve; no he seguido ningún tipo de tratamiento.*

6.1.M. *Mas sufro de los ojos. No veo bien; veo todo oscuro. Solo sufro de los ojos; por eso lloro bastante y me pongo triste.*

9.2.H. *La dentadura, no sé por qué, será que nosotros no aviamos como tratar, como cuidarla. Como*

jóvenes, de muchachos, como en este tiempo hay como tratar los dientes. Por máximo, por lo menos cuidar, lavarse con el cepillo, tanta cosa. En el tiempo antes, no habíamos hecho nunca nada de eso; por ejemplo los papas, los abuelitos, no había esa costumbre.

Muchos de los participantes reportan tener dolencias desde hace años, lo que demuestra que en parte, la salud y el bienestar de los adultos mayores indígenas están afectados por accidentes y otros problemas de salud no resueltos. Esta situación se complica porque muchas veces, es evidente que no se entiende bien qué problema tienen.

DIETA Y ALIMENTACIÓN. Los alimentos juegan un papel fundamental en la cultura indígena de la sierra ecuatoriana. Analizada desde afuera, la dieta tradicional podría parecer monótono y poco nutritiva, pero representa un elemento central de las norma y valores compartidos en la familia y la comunidad (Weismantel, 1988).

Los participantes en los grupos focales perciben que la alimentación de la familia indígena de la sierra ecuatoriana fue muy sana en el pasado. Se reporta que la dieta tradicional consistía casi enteramente de “granos” (maíz, cebada, trigo, habas, frejol, arveja, quinua), tubérculos (especialmente las papas pero también ocas, mellocos y mashua) y otros productos locales (como el zambo y la col). Sin embargo, en la actualidad, los informantes perciben que dos factores inciden negativamente en la dieta y alimentación del adulto mayor indígena: (i) cambios importantes en la dieta básica, (ii) falta de dentadura, lo que hace imposible comer bien y (iii) la contaminación de los alimentos por químicos.

Según los participantes, el cambio en la dieta consiste en el reemplazo al menos

parcial de los granos tradicionales por otros alimentos, especialmente los fideos y el arroz. Se percibe que la dieta tradicional de granos daba fuerza para trabajar y que la nueva dieta no es sana porque no da fuerza para el trabajo. En parte, se interpreta el deterioro en la salud como producto del cambio en la dieta, que a la vez se debe a la imposibilidad de contar con los productos de autoconsumo y la necesidad de adquirir alimentos en el mercado, los mismos que fueron categorizados por un participante como alimentos “de los blancos.”

3.2.H. *Hoy por hoy se come los alimentos que vienen de lugares muy lejanos, como el arroz, fideo. Dice que el fideo elabora en Quito. Comprando estas cosas comemos. Los granitos siempre se cosecha: poco, poco. Y si, comemos un poco porque ya no se siembra y se cosecha como antes los granitos como frejol, habas dados por Taita Dios.*

4.6.M. *En la época de mis papas, se comía maíz, habas, arveja. En esos tiempos Dios daba todos los granos; también se comía trigo, cebada, quinua. Poco a poco se ha ido disminuyendo los granos de antes. . . . Antiguamente Dios daba todos los granos; antes se madrugaba para moler los granos en la piedra. De eso nos alimentábamos; antes, producía bastantes granos. En cambio en estos tiempos comemos arroz, fideos.*

11.5.H. *Los patrones que teníamos ya están muertos.*

En parte, se entiende la transformación de la dieta como producto de las preferencias de las nuevas generaciones, que no quieren comer los alimentos tradicionales. Se percibe que el cambio afecta no solamente la salud, sino la longevidad.

9.6.H. *Acerca de la comida, nuestros mayores comían de todo; estu-*

vieron más fuertes, más valientes para trabajar. En cambio, hoy en día ya los más jóvenes ya no quieren comerse la comida de nuestros mayores; no quieren comer poroto, ya no quieren comer habas, ya no quieren comer mote, ya no quieren comer zambito: no quieren comer. Solo quieren comer arroz. Nuestros mayores comían de todo; vivían largo tiempo: avanzaban hasta 90, hasta 100, hasta 120. Pero hoy en día, ya no; ahorita quizás ya estamos muriendo de unos 30 porque no estamos comiendo la misma alimentación de nuestros mayores; ya no les gusta comer. Hoy en día solo les gusta comer arroz y fideo.

Por otro lado, algunos participantes creen que los productos adquiridos en el mercado no son sanos porque son contaminados con agroquímicos o porque los alimentos procesados no son sanos. Irónicamente, algunos participantes reportaron que ellos mismos se sienten obligados a fumigar sus propios cultivos para maximizar la producción, y así agravar el problema del consumo de alimentos contaminados.

8.5.M. Estamos comiendo otras comidas diariamente: ¿qué comemos? Arroz mezclado con mayonesa, tomate de árbol fumigados diariamente, otra fruta terrible. Alimentos diferentes a lo que comíamos que nos acortan la vida y cambian la vida.

11.2.H. Antes nuestra alimentación era pura, libre de químicos. Solo consumíamos productos orgánicos; por eso vivíamos sanos sin ninguna enfermedad. En cambio actualmente solo se producen los granos con químicos; no hay producto agrícola que no se produzca sin el uso de químicos. En esta comunidad no se utiliza muchos químicos, pero los granos que comemos en el mercado, como por ejemplo la papa, lo producen a base

de muchas fumigaciones. No es como antes que la oca, la mashua, las papas, las habas eran orgánicas. Ahora por consumir eso hasta las enfermedades caen.

En lo que se refiere a la dentadura, varios participantes informaron que ya no pueden comer lo que comían antes o lo que quieren comer ahora porque no pueden masticar por tener una dentadura inadecuada o por padecer de una ausencia total de dientes.

2.5.M. Antes comía colada de zambo, con tostado de maíz, arroz de cebada, frejol. Vivíamos comiendo eso; en cambio ahora ya no puedo comer nada de eso porque no tengo dientes. No puedo masticar.

2.4.M. Antes comíamos granos, como el maíz, frejol, arveja. Pero ahora el problema de los dientes no permite comer como antes.

Otro factor que ha contribuido al cambio en la dieta son los alimentos distribuidos por el gobierno a través de varios programas.

2.5.M. Pero más se come el alimento que regala el gobierno.

4.2.M. También mi esposo recibe la ración del Aliméntate Ecuador.

ACCESO A Y USO DE SERVICIOS DE SALUD. Varios factores inciden en la capacidad que tienen los participantes en los grupos focales para resolver sus problemas de salud. Es natural que cualquier grupo de personas mayores de edad experimenten un deterioro progresivo en su estado de salud, pero son particularmente importantes las experiencias de adultos mayores que vivían y siguen viviendo en condiciones de pobreza, aislamiento relativo y marginalización.

Un factor positivo en este sentido es el apoyo brindado por distintos organismos e instancias en los sectores públicos y privados. A nivel nacional, se reconoció el papel del Bono del Desarrollo Humano, de Aliméntate Ecuador y además, los hospitales, centros y sub centros de salud. Además, el apoyo de los municipios y los patronatos fue identificado por los participantes como un factor protector de la salud y bienestar.

Tres factores interrelacionados que pueden incidir en el acceso a los servicios de salud en esta población (particularmente en las áreas rurales) son la disponibilidad (y costo) de transporte público, distancia y la condición de las vías de acceso. En muchas comunidades indígenas, no existe un servicio regular de transporte y las distancias que tienen que cubrir frecuentemente son considerables, aunque para comunidades más cercanas a los centros urbanos, esta limitación es menos importante. Por ejemplo, los participantes en los grupos focales en Lumbisí, que queda a poca distancia de Quito, tienen varias opciones y acuden regularmente a servicios de salud preventiva (por ejemplo, limpieza de dientes) y de rehabilitación, y también consumen medicamentos que controlan problemas de salud, como osteoporosis y presión alta.

15.1.M. Yo también sufro de los huesos pero tomo pastillas para la presión y para los huesos tomo pastillas porque dice que yo también tengo osteoporosis.

Los participantes reportaron que cuatro factores relacionados a servicios de salud en sí afecta el acceso y uso: (i) una falta de confianza de que los servicios sean apropiados y de calidad; (ii) la percepción de mala calidad de los servicios, mal trato o falta de atención, relacionados por algunos participantes

al racismo; (iii) los costos asociados con los servicios nominalmente gratuitos de salud y (iv) el uso de tratamientos tradicionales.

Es implícito que para los adultos mayores, los servicios de salud son esencialmente curativos; se va “al doctor” en caso de enfermedades o dolores. El concepto y la práctica de salud preventiva son temas casi desconocidos.

3.1.H. [Refiriéndose a otro participante]: El ni siquiera se enferma. No tiene ninguna necesidad de ir donde el doctor; no tiene problema.

FALTA DE CONFIANZA EN LOS SERVICIOS DE SALUD. En algunos casos, los participantes reportan experiencias positivas con los servicios de salud pública, ya sea en hospitales, centros o sub centros de salud.

2.1.M. Por mi dolor de pie, so voy donde el doctor. Ayer no más fui.

4.6.M. Hace un mes me he ido donde el doctor; ahí me dieron inyecciones, vitaminas, pastillas. Con eso me alivie un poco.

5.2.H. [En el hospital] la atención es magnífica. Claro, cuando no hay atención, no atienden. Los doctores, doctoras, dentistas dan una buena atención.

Pero es notable que muchos participantes reportaran que nunca acuden a servicios de salud o personal profesional, o que cuando se lo hacen, los resultados son mixtos.

6.1.M. Mi esposo me llevo donde el Doctor Rodrigo; ahí ande dos semanas. No me hizo mucho efecto ya que no me curo bien. A mí me dolía el ojo, y ese dolor regresaba. El Doctor Rodrigo no era tan buen

doctor, pero el Doctor Huguito era bueno. Si, cobraba caro, pero el si me curaba; cualquier enfermedad me sanaba.

6.2.M. Antes yo me sabía ir al Seguro porque yo formaba parte de las parteras del Ministerio de Salud. Entonces ahí, los doctores me curaban; pero ahora, la atención ya no es como antes. La otra vez que me fui, me pusieron unas inyecciones para el dolor que tenía, pero esos medicamentos me hicieron peor. Por eso ya no me pongo ninguna inyección ni tomo ninguna pastilla.

13.4.H. Tengo miedo ir donde los doctores por miedo que me operan.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD. Existe una fuerte percepción de que los servicios de salud no siempre son de buena calidad, que pueden producir efectos negativos o que los servicios no mejoran la salud o tratan los dolores que tantos adultos mayores experimentan en forma persistente y diaria. Está claro además que los pacientes y sus familiares no entienden los procedimientos y muchas veces no saben cuales medicamentos están tomando. Según un informante clave (medica) este fenómeno se complica por el hecho de que muchos adultos mayores toman una variedad de medicamentos (recetados o no) mas o menos indistintamente, lo que se convierte a una “polifarmacia.” Es imposible entender, por ejemplo, qué pasó en el siguiente caso. Lo que está claro es que había una falta de información y entendimiento, y que los resultados producían un temor del servicio.

2.5.M. Yo tenía una hermana que vivía aquí y su hija vivía en la ciudad. Le ha llevado al hospital para hacerle curar los pies. Ahí,

le han dicho que tienen que cortar los pies y poner unos de metal. Por esto ella se había salido del hospital de noche. Por eso yo no voy a ir al hospital; si me muero, me moriré aquí.

En otros casos, los adultos mayores sienten que sus problemas de salud no fueron atendidos en forma seria o profesional, aun en casos de urgencia.

3.6.H. Yo me he ido a Cotacachi luego de que me atropello un carro. Luego del accidente me llevaron al hospital cogiendo de la mano me llevaron. Ahí me atendieron los doctores; me revisaron los golpes que tuve con una maquina, y me dijeron que no tenía ningún problema grave. Me recetaron algunas aguas para que tome. Desde esa vez no he regresado donde el médico.

Además, un motivo por lo cual los medicamentos no resuelven el problema de salud del paciente es que no se completa el tratamiento debido a que se olvida, se cree que ya no es necesario seguir o porque no se tienen los recursos económicos suficientes.

4.4.M. Ellos dicen que tome jarabes, capsulas, pastillas. A veces mi estómago no recibe los medicamentos; cuando mi cuerpo no consume los medicamentos, dejo sin tomar todo.

Parte de esta barrera se explica por el idioma: pocos médicos pueden expresarse en kichwa y en algunos casos, los pacientes y sus familiares no tienen una capacidad adecuada para entender el español hablado por los profesionales. Algunas familias logran superar esta barrera.

2.2.M. *Sí, me atendieron bien, como mi hijo envió desde la casa una nota escrito en español, me atendieron no más. Como yo no puedo hablar el español, pero leyendo el papel me atendieron.*

En algunas comunidades, el apoyo brindado por entidades locales, como en el caso de los patronatos, representa un puente cultural y de idioma entre los pacientes indígenas y los servicios de salud.

2.1.M. *Me ha dolido la cabeza, como soy persona antigua me mareo la cabeza, pero no me ido al hospital. Por ser adulta las compañeras del patronato se han llevado hacerme atender en el hospital. Ahí me vieron los doctores . . .*

Algunos participantes en los grupos focales perciben que el trato que se recibe no es adecuado y que esto se debe al racismo y la discriminación.

5.6.H. *Otra cosa: cuando nos atiende un doctor, el se cubre demasiado primero la boca; no dan una buena atención. Nonos avisan que pasa; no hablan con nosotros. No nos dicen que enfermedad tiene el paciente; no sabemos que medicamentos tenemos que comprar. No avisan nada. Sol se entiende entre ellos, entre los doctores y enfermeras, en palabras técnicas que nosotros no entendemos. . .*

. . . *A los indígenas los doctores les dicen vacas lechera cuan llegan a sus clínicas porque hace lo que ellos dicen. También es un negocio para ellos porque siempre que van con un enfermo, va toda la familia y cuando los ven llegar juntos los doctores piensan que como son bastantes tienen bastante dinero.*

Por otro lado, se percibe que el problema de mal trato es de menor importancia que en el pasado, especialmente cuando se trata con profesionales jóvenes (algunos de los cuales son indígenas). El mismo participante citado arriba decía:

5.6.1. *Bueno, existe un poco de racismo por ser indígenas. Sin embargo ahora en los hospitales hay jóvenes indígenas que están haciendo las prácticas; cuando ellos nos atienden no hay problemas.*

COSTOS ASOCIADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD. El servicio de salud pública es gratuito, y en algunos casos, los participantes informaron que no tienen que pagar nada.

2.1.M. *Ellos [el patronato] se encargaron del doctor y los medicamentos; ellos dijeron que se encargaban de pagar de la atención de los ancianos. Es gratis todo.*

Sin embargo, otros participantes informaron que los costos directos de los servicios de salud representaban una barrera que se ven obligados a superar (por ejemplo, pagan por servicios en el sector privado) o que queda insuperable.

4.3.M. *Yo mismo me sustento. De alguna manera tengo que conseguir el dinero para irme donde el doctor.*

3.1.H. *El doctor me dijo que necesitaba el dinero de un día para el obro. ¿Dónde iba a conseguir esto? Por eso no me hice operar; por eso me quede así.*

5.1.H. *No es fácil; no avanza el dinero. Tenemos que hacer préstamos o vender algo para poder ir a los centros. En las clínicas se paga*

más dinero. Justo recién acabe de pagar de 500 a 600 dólares por dos días que mi esposa estuvo en la clínica. Por eso no me voy a ningún lado; paso en la casa.

En algunos casos, los costos directos de los servicios de la salud representan una barrera al acceso.

7.5.M. Cuando no hay la plata, no nos vamos nadie y ahí estamos enfermos, enfermos en la casa porque en verdad nos cobran. Nos dan la receta y las recetas también son carísimas y no hay como comprar.

Además, hay costos indirectos asociados con el acceso a los servicios de salud; se menciona con mucha frecuencia el costo de transporte, que además no siempre está disponible en las comunidades rurales.

5.6.H. Por el transporte, para ir especialmente cuando se enferman por la tarde o la noche, es complicado.

Por otro lado, si bien los medicamentos recetados en el servicio público son gratuitos, no siempre están disponibles en los hospitales, centros o sub centros; en estos casos los pacientes tienen que pagar los costos de los medicamentos de su bolsillo.

4.7.M. Claro que había doctores gratis, cama gratis, pero las recetas se debían comprar fuera del hospital en las boticas . . . Bueno, ahí dan las medicinas gratis que tienen a disposición; hacen firmar y nos entregan. En cambio, las medicinas que no tienen, mandan a comprar con una receta, y tenemos que comprar en las boticas.

Algunos de los participantes son afiliados al Seguro Campesino, que provee un

ingreso que facilita acceso a los servicios de salud y una jubilación. Además, algunos participantes reciben el Bono del Desarrollo Humano; un segmento de este programa se dirige a adultos mayores y que representa un ingreso de \$35 mensuales.

8.5.H. Si, les agradezco la creación del Seguro Social Campesino. Ahora, a la vejez estamos ya jubilados; entonces con la jubilación aporta un poquito de dinero y eso sirve para mantener los hogares.

Prácticas tradicionales de salud. Es sorprendente que pocos participantes informaron que acuden a practicantes de la medicina tradicional. Por otro lado, es frecuente el uso de plantas medicinales que por lo general son preparados por las mismas personas cuando sienten malestares. El conocimiento de estos tratamientos es informal, normalmente producto de la enseñanza dentro de la familia y la transmisión intergeneracional de conocimientos.

Parte de la razón para la cual se utilizan remedios caseros que se percibe que los medicamentos recetados en los centros de salud no funcionan.

12.2.H. Hace una semana estuve siguiendo mal con esas partes. En la noche me sigue doliendo. Me dijeron que bañe con una agua de manzanilla, porque el doctor manda pastillas, tanta pendejada y no hace nada.

La consideración básica en cuanto al uso de plantas medicinales es la gravedad percibida de la enfermedad. Si se considera a la dolencia como leve, se prepara un tratamiento con plantas de acceso local y gratuito. Sin embargo, se reconoce también que los tratamientos

caseros no siempre funcionan, como explican dos mujeres de la provincia de Imbabura.

1.3.M. *En algunos casos si, nos curamos con la medicina del suelo; si, nos curamos así. Pero a la vez, la medicina que llega, si llega, y la que no llega no llega. Llegando si, alivia a la persona.*

1.6.M. *Lo que nos dice la mama es, por ejemplo, que uno recoge la medicina del suelo, como la ortiga, y hace un pre-cocido.. Los amara a los pies o en otros casos se hace una agüita y se los toma. Eso alivia los dolores. Eso es cuando la medicina ha llegado. En cambio, si no ha llegado la medicina, no se calma ningún tipo de dolores.*

Un caso especial de tratamiento tradicional es el parto, un proceso a veces complicado y siempre de alto contenido cultural. Una participante en un grupo focal describió su experiencia con partos de la siguiente forma:

1.5.M. *Nosotros ni para dar a luz al bebé tenemos que ir donde el doctor. Como el bebé no puede estar en el vientre hasta envejecer, tiene que salir en algún momento. Sol se debe limpiar el mal aire que da algunos dolores. También hay medicinas para el momento del parto, como el pelo de mazorca, la paja, el cilantro del pozo. Con esto se hace agüitas calientes que ayudan en al parto. No tenemos necesidad de ir donde el doctor. Pero últimamente he escuchado que para dar a luz, también se van donde el doctor, pero los antiguos no hemos ido donde el doctor. Solo hay que limpiar el mal aire y ya; para eso se tiene que utilizar medicina que están en el suelo, en los árboles, las flores. Cualquiera lo puede hacer:*

la mama, el papa, el hijo, como ya sabe, puede limpiar. Con eso ya nace el bebé y se va calmando los dolores; con eso hemos vivido nosotros, como Dios nos ha dado las medicinas calientes y frescas que están en el suelo, en los árboles, las flores; y hemos tomado esas agüitas hemos vivido no más.

En cambio, si un caso de enfermedad es considerado como grave, muchos participantes acuden a un médico, usualmente en un hospital, centro o sub centro de salud. Para muchas personas, la decisión sobre el servicio a que se acude o el uso de medicamentos tradicionales autos recetados, depende del caso específico.

4.7.M. *Para hacerme tratar cualquier enfermedad me voy al centro de salud . . . En esta comunidad también se puede curar con el cuy, también con plantas medicinales. Esos remedios sirven para curar una gripe; así algunas enfermedades livianas. Sí, hay en nuestro medio personas que curan con medicina natural; de acuerdo a lo que ven el cuy, hacen emplastos, and aguas de plantitas. Yo a veces voy donde el doctor, o a veces me hago curar en la propia comunidad.*

La misma participante agrega que algunos miembros de la comunidad viajan a la ciudad de Baños para curar problemas crónicos de salud en las aguas termales de este lugar, las mismas que por mucho tiempo han sido consideradas como curativas y para muchas personas, milagrosas. Como es en el caso de las plantas medicinales, este tratamiento es básicamente paliativo, pero es importante para los adultos mayores que sufren de dolores crónicos.

REDES SOCIALES DE APOYO A LA SALUD Y BIEN-ESTAR. Un hallazgo extremadamente importante que salió del estudio SABE I fue confirmado en la presente investigación: los lazos sociales entre adultos mayores y los miembros de sus familias y comunidades constituyen redes de apoyo social y esencialmente, factores protectores en lo que se refiere a su salud y bienestar. Varios estudios demuestran que las vinculaciones entre adultos mayores y su entorno social (familia, comunidad, amigos, organizaciones locales) no solamente contribuyen a un mejor estado de salud, sino que también están positivamente asociados con la longevidad (Ertel, Glymour y Berkman, 2009; Holt-Lunstad, Smity y Layton, 2010; Kunitz, 2004). Los resultados de estos estudios epidemiológicos son consistentes con teorías sociológicas desde las obras clásicas de Durkheim y Tönnies hasta los conceptos modernos de Coleman (1988), Putnam (1995) y Bourdieu (1986) de capital social. Toda esta línea de trabajo coincide en que, como dijo el pastor inglés John Donne en el siglo XVI, “ningún hombre es una isla. . . . Todos somos parte del continente.”

Las percepciones de los participantes de los grupos focales presentan un panorama complejo y en su totalidad, son desalentadoras. Como se describe a continuación, si bien la familia y la comunidad constituyen redes de apoyo para los adultos mayores indígenas, no siempre es el caso, y frecuentemente el apoyo que se brinda es parcial u ocasional. Este hallazgo es enteramente consistente con los resultados de la encuesta nacional presentados en SABE I (Freire et al., 2010) y con las observaciones de informantes claves, incluyendo un médico que presta sus servicios en un subcentro de salud en Imbabura y una dirigente indígena elegida a nivel cantonal en Chimborazo. En este contexto, la situación de salud y bienestar

de los adultos mayores indígenas, frecuentemente son resueltos solamente parcialmente con el apoyo de las redes sociales de familia y comunidad.

Por el lado positivo, muchos participantes en los grupos focales describen las varias formas de apoyo que les llegan a través de sus hijos, en particular. Cuando los miembros de su familia viven cerca—especialmente en la misma comunidad—los adultos mayores reciben ayuda en la forma de alimentos y en algunos casos, de dinero y trabajo en las tareas agropecuarias o domésticas. Varios informantes claves confirman que el apoyo de la familia y comunidad indígena sigue siendo una norma esencial a la vida colectiva y al bienestar de los adultos mayores.

*2.5.M. Lo que me dan mis hijos
para comer son granitos luego de
la cosecha de sus campos de cultivo.
Con eso sí, me ayudan.*

Como se mencionó arriba, la dieta se ha transformado, y parte de la ayuda alimenticia de los hijos contribuye a este fenómeno.

*3.6.H. Siempre que viene [mi
hijo], trae fideo, arroz, sal, avena.
En su carro sabe venir.*

En algunos casos, se percibe que los hijos están pendientes a las necesidades de sus padres y madres; en estos casos, los lazos afectivos de la familia apoyan al adulto mayor además de aportes tangibles como ropa y otras necesidades, especialmente dinero. Es importante también el apoyo económico y logístico de los hijos en caso de necesidades médicas, lo que en particular les permite superar las barreras de falta de transporte.

*4.4.M. Yo me siento contenta por-
que mis hijos me quieren y siempre
están pendientes de mí.*

5.4.H. A veces [me dan] un dolarcito, interiores, medias, zapatos; cualquier cosa siempre me dan cualquier cosa. Ahora mismo me han dado un lindo buzo, que me dio mi cuñado. Si, recibo apoyo: no mucho, pero lo recibo.

5.3.H. De repente vienen y nos ayudan nuestros hijos. Cuando nos enfermamos nos vamos al doctor; así andamos.

La cercanía de los hijos es un factor importante en el mantenimiento de estos lazos familiares de apoyo.

6.3.M. Yo vivo sola; mi esposo es muerto y mis hijos viven en otras casas no muy lejos. Ellos siempre están pendientes de mi; me cuidan y me brindan cualquier cosita para comer. . . . Mis hijos me han querido curar de estos dolores. Por eso me han llevado con algunos doctores . . .

Un factor muy evidente en este aspecto de la vida colectiva de las comunidades indígenas es que el flujo de recursos (de alimentos, dinero o trabajo) es bidireccional ya que los adultos mayores que reciben bienes y servicios de sus familiares también les apoyan con varios recursos. Este hallazgo también confirma los resultados de la encuesta de SABE I (Freire et al., 2010).

8.2.M. [Mis hijos] me ayudan a sembrar frejol, papas; cualquier cosa me ayudan. [Pero además], yo compro arroz y ellos les gusta comer arroz. Yo concino para la casa.

Además, la misma participante informa que recibe y da ayuda en la comunidad:

8.2.M Compartimos con los vecinos; lo que ellos no tienen y así también me dan.

Una vecina de la misma participante tiene una relación similar con su familia:

8.3.M. . . . cocinando para mis nietos, cuidando a los animalitos porque la mama esta trabajando. . . . Ella pone la comida.

El flujo bidireccional de recursos está claramente definido por una mujer de otra comunidad:

11.4.M. Yo no compro nada; mis hijos son los que traen comprando cualquier grano. Yo concino lo que traen. Vivo con mi hija; a mi lado vive mi hijo. Ellos me cuidan; cuando cocinan me dan de comer. Yo cuando también tengo les doy poquito; cuando pueden, me ayudan sembrando papas.

Estos ejemplos confirman la imagen popular, según la cual, la familia nuclear y extendida siempre cuida a los adultos mayores. Esta percepción ha sido constatada en términos generales en varias partes de América Latina (Carlos y Sellers, 1972; De Vos, 1998), incluyendo el Ecuador (De Vos 1998). El apoyo que se espera (básicamente de los hijos) consiste en recursos (especialmente dinero), alimentos o comida preparada y trabajo (particularmente en tareas agropecuarias). Dado las enormes dificultades en transportarse en condiciones de salud deteriorada, el apoyo para llegar a los servicios de salud es también importante para los adultos mayores.

5.3.H. De repente vienen y nos ayudan nuestros hijos. Cuando nos enfermamos, nos vamos al doctor así andamos.

Aun en lo que se refiere al apoyo familiar en la salud del adulto mayor, el flujo de recursos puede ser bidireccional, ya que hay casos en que el adulto mayor cuida la salud de un familiar y aun un hijo o hija. Esto puede ser visto como una carga adicional, o una oportunidad de tener algo para aportar en una forma mas positiva.

12.3.M. *Tengo una hijita que esta enferma; por ella es que me animo como dicen a sobrevivir, porque me toca cuidar, me toca dar de comer, me toca dar medicamento, tenerle como dice como una criatura. . .*
. Ya tiene 25 años cumplidos y no hay recuperación.

Otra forma de apoyo que el adulto mayor provee a sus hijos (también observado en los resultados de SABE I) es en la crianza de los nietos, frecuentemente sin la colaboración económica de los padres y madres, particularmente cuando ellos han participado en los flujos de migración nacional y transnacional.

7.7. M. *[Una niña a lado de la participante]: Es mi nietita. . .*
Yo la crie de niño; solo conmigo ella. [Mi hija] ya me dejó para mí; por eso ella pasa separado. Se caso y esta separado. Ella no me ayuda en nada; pasa con su marido y con sus hijos aparte.

La cercanía de los hijos es esencial en términos afectivos y emocionales. Aun la mujer citada arriba se siente bien porque esta “acompañada.” Pero la cercanía no se siempre resulta en una atención adecuada y consistente a las necesidades del adulto mayor.

6.4.M. *Yo vivo sola; todos mis hijos se han ido, pero así de repente si, vienen a visitarme. Una llega de mañana; otro llega por la tarde.*

Pero viene a verme, de igual manera, a veces que no llegan para nada cuando están muy ocupados.

7.5. M *[Estar sola es] una tristeza. Que no hay con quien conversar; no hay animo. . .*

Es decir, las redes de apoyo social no siempre funcionan o funcionan sólo parcialmente. Más bien, muchos de los participantes en los grupos focales reportan que se sienten abandonados por sus familiares y particularmente por sus hijos.

8.5.H. *Vienen los hijos y los nietos a ayudar, pero ya tienen otro hogar, otra responsabilidad. Ya no hay como exigir que vengan a ayudar, porque tienen que desempeñarse con sus hijos y con sus trabajos particulares.*

Las redes de apoyo social funcionan parcialmente cuando los hijos no viven cerca a sus padres, especialmente en la misma comunidad. Según muchos participantes en los grupos focales, y confirmados por los informantes claves, sus hijos han salido de las comunidades; viven permanentemente en ciudades cercanas o mas lejos, especialmente Quito. En algunos casos, los hijos se han ido porque son soldados, pero en la mayoría de los casos mencionados, su salida se debe a razones de trabajo. En algunos casos, el o la adulto mayor tiene unos hijos en la comunidad y otros que viven en otros lugares. En otros casos, no tienen ningún familiar en la comunidad. Según una informante clave, en estos casos, miembros de la comunidad u otros familiares pueden prestar el apoyo que no reciben de los hijos.

8.2.M. *Compartimos con los vecinos; lo que ellos no tienen y así también me dan.*

3.9.H. Vivo con mi hermana; solo los dos vivimos. A ella le fue dejando su esposo. Yo como soy soltero no tengo nadie mas que a mi hermana. Mi hermana tiene tres hijos pero a ella no le cuida nadie. Dos hijos vienen de vez en cuando a visitar a mi hermana, el otro ni siquiera regresa a ver. Todos los hijos viven lejos de la comunidad.

Cuando los hijos viven lejos de la comunidad, es una práctica normal que vienen a visitar solamente ocasionalmente en los mejores de casos, como se observa en los comentarios de tres mujeres en un grupo focal en Imbabura, una de las cuales revela que cuida a sus nietos:

2.5.M. Yo tengo dos hijos. Uno vive muy lejos de donde yo vivo. Otro vive conmigo en la misma casa. El hijo que vive conmigo es un apoyo para mí en todo. Me ayuda en la comida; también me hace compañía. [El otro hijo visita] de repente; tal vez una vez al año. Dice que no tiene tiempo; tiene muchas ocupaciones con su familia y los trabajos de terreno. Tal vez; pienso que ya se ha olvidado de mí.

2.6.M. Yo vivo sola en la compañía de mi esposo, solo vivo con el. No tengo hijos.

2.7.M. Vivo con mis nietos solteros. Vivimos entre tres personas en mi casa con mi nieta y mi nieto. Ellos tiene pena por mí; ellos me quieren.

2.5.M. Mis hijos no me dan dinero. Ellos, pobres, tienen que dar la educación a sus hijos; tienen que vestir a sus hijos, o comprar algunas cosas para su casa.

2.4.M. A mí en cambio no me ayuda nadie. Ni mis hijos; nadie me ayuda. Así vivo yo.

Como confirman los informantes claves, el abandono es una de las causas principales de la tristeza y la depresión descritas antes.

4.1.M. Ahora cuando he envejecido, algunos hijos ya no se acuerden de uno no se preocupen si uno vive bien o mal. Mis nietos ya no se preocupan por mí. El hijo que vive conmigo se abure de vivir junto a mí. Ha sido bastante triste llega a esta edad. Los hijos que viven fuera de casa, no brindan mucho apoyo.

4. DISCUSION



La encuesta nacional SABE I (Freire et al., 2010) demuestra la importancia de analizar la situación de salud y bienestar en el contexto del envejecimiento en el Ecuador a tres niveles: el individuo, la familia y en el país. En el adulto mayor como individuo, se advierten cambios físicos, mentales y emocionales pero estos procesos se expresan en forma muy heterogénea dependiendo de un conjunto de factores, incluyendo edad, nivel de educación, raza y etnia, región del país, y residencia rural o urbana. Más aun, las diferencias entre hombres y mujeres y entre personas en diferentes estratos socioeconómicos son extremadamente importantes.

En el mismo contexto, el proceso de envejecimiento se presenta en forma particular en los grupos indígenas. Por ejemplo, el presente estudio demuestra que para adultos mayores indígenas, se construye la identidad alrededor de una valorización de la capacidad de realizar trabajo físico. Este aspecto de la identidad se contrapone con el deterioro inevitable de la persona adulto mayor y a su vez, puede afectar su estado de salud mental y hasta físico dada la importancia de las redes sociales en el contexto de la comunidad como constructo social.

La familia indígena juega un papel interesante en la identidad e imaginario ecuatoriano. El concepto generalizado es que la familia es un factor protector para los adultos mayores en el sentido de que la familia siempre cuida sus padres y abuelos, y atiende a todas sus necesidades. El concepto de la familia extendida es relevante en este contexto, especialmente cuando se refiere a la población indígena; además, la comunidad representa una red de protección social más amplia que suplementa o coexiste con los lazos familiares y de compadrazgo.

Sin embargo, los resultados de SABE I revelan que este factor protector de la familia nuclear y extendida y de la comunidad, lejos de ser uniforme, es más muy variada, ya que una proporción importante de adultos mayores vive solo o con esposos o esposas. Más aun, la encuesta nacional demuestra que el flujo de recursos económicos no es únicamente desde la familia al adulto mayor sino mas bien es bidireccional, ya que en muchos casos los adultos mayores entregan sus ingresos, pensiones, ahorros, propiedad y trabajo a sus familias. En fin, se encuentra una proporción importante de adultos mayores que viven en un estado de pobreza y abandono. Más aun, las redes familiares--que deben aportar y enriquecer la vida del adulto mayor--tienen su lado oscuro de abuso físico, emocional, económico y aun sexual.

A pesar de que la imagen popular de la familia y comunidad ecuatoriana frente a la persona adulta mayor no es siempre muy precisa, estas instituciones fundamentales de la sociedad siguen siendo factores protectores en la formación de capital social. Donoso y Seligson (2010:120) demuestran que el 61.4% de ecuatorianos mayores de 65 años de edad tienen confianza en sus relaciones interpersonales; esta proporción es mayor que en cualquier otro grupo de edad en el país. Sin embargo, es menester contraponer este sentido positivo del

papel de la familia y comunidad en la vida de los adultos mayores con los factores más bien negativos que enmarcan las relaciones sociales, especialmente en las familias y comunidades indígenas. Esta observación tiene sustento en el análisis preliminar de los grupos focales y entrevistas de informantes claves, que revela que algunos adultos mayores indígenas se sienten solos y abandonados, aun cuando viven en sus propias comunidades natales. Un factor que explica esta situación es que en algunos casos, los hijos adultos de las personas mayores se han trasladado a otras partes del país (especialmente a centros urbanos) o han participado en los grandes flujos de migración transnacional. Además, en estos casos, es frecuente que los adultos mayores indígenas quedan a cargo de sus nietos en forma mas o menos permanente, con un consecuente desgaste emocional, físico y económico.

A nivel nacional, se observa la transformación sistemática de la pirámide de edad típica de los países en vías del desarrollo hacia un patrón cada vez más parecido a los países industrializados con poblaciones envejecidas. En la medida en que la población indígena también se envejece, las mismas preguntas son relevantes: ¿quién se encargara de una población con mayores necesidades de salud por periodos cada vez más extendidos? Los participantes de los grupos focales describen grandes dificultades en acceder a servicios de salud que sean de buena calidad y apropiados en términos culturales y lingüísticos. Esta situación se agrava por los bajos ingresos, bajos niveles educativos, distancia a los servicios de salud y una brecha en la capacidad de la familia y la comunidad de cuidar adecuadamente a los adultos mayores indígenas en todos los casos.

El hecho de que se ha observado casos de posible depresión clínica es de suma importancia y en si mismo obliga un análisis profundo del papel de la familia y la comunidad en la salud y bienestar

del adulto mayor indígena. El sentido profundo de abandono que reporta muchos hombres y mujeres que participaron en los grupos focales parece ser un factor muy importante no solamente en su estado económico, sino también en su estado mental y físico.

Frente a esta situación, las recomendaciones incluidas en SABE I son particularmente relevantes y aun más urgentes. Por lo tanto, los siguientes puntos podrían servir como la base de una amplia discusión y posterior propuesta para mejorar la situación de salud en el adulto mayor indígena en el Ecuador.

- Mecanismos para lograr un mayor y mejor acceso a servicios de salud que sean “apropiados, adecuados y aceptados” (Freire et al., 2010: 254). En este contexto, la ausencia de seguros de salud es relevante, y otro factor es que dadas las distancias y dificultades de movilidad de una proporción importante de adultos mayores indígenas, las dificultades en el acceso físico y logístico constituyen una barrera muy importante.
- Los bajos ingresos de muchos adultos mayores en las comunidades indígenas representa una barrera a los servicios de salud. Sin embargo, ciertos programas, como el Bono del Desarrollo Humano, han comenzado de resolver este problema, sin que haya una respuesta adecuada debido al número considerable de personas que podrían participar en dichos programas. El hecho de no acudir a los servicios de salud preventiva o a los servicios curativos en forma oportuna agrava las altas tasas de morbilidad y mortalidad.
- SABE I reporta un vacío importante en el uso de medicamentos debido a los costos y factores de disponibilidad. En este contexto, los sistemas tradicionales de salud tienen una escasa relación con el sistema de salud

pública, perdiéndose así posibilidades interesantes de complementariedad.

Las recomendaciones para los adultos mayores de la población indígena son compatibles con las recomendaciones de SABE I.

- Los servicios de salud tendrán que adoptarse a una nueva realidad demográfica y epidemiológica marcada por una creciente demanda de servicios relevantes para adultos mayores, muchos de ellos con condiciones crónicas de salud. En este contexto, sería conveniente abrir la discusión sobre el cuidado prolongado (*long-term care*).
- El enfoque de ciclo de la vida es particularmente relevante en el caso de la población indígena, tomando como punto de partida no solamente el individuo con necesidades que van evolucionando con la edad, sino también la familia, que evidentemente no siempre cubre todas las necesidades del adulto mayor indígena, independiente del imaginario ecuatoriano que propone la idoneidad universal de la familia en el cuidado permanente de los adultos mayores.
- La implementación de políticas, programas y proyectos de cuidados de la salud evidentemente tendrán que tomar en cuenta las particularidades de la población de adultos mayores indígenas que se caracterizan más que otros grupos por bajos niveles educativos, dificultades de expresarse o entender la lengua española, y con una gran desconfianza en los servicios públicos (y privados) que en muchos casos indudablemente se basan en rumores o experiencias negativas de trato.

Si a esto, se agrega el hecho de que más de la mitad de los adultos mayores indígenas del Ecuador vive en condiciones

de indigencia, se hace evidente que su salud y bienestar en envejecimiento tiene que ser analizado desde nuevas ópticas donde, por ejemplo, no se asume que la familia y la comunidad siempre son la respuesta a los problemas de este segmento tan vulnerable de la población.

LECCIONES APRENDIDAS. En lo que se refiere al uso de las metodologías utilizadas en este proyecto de investigación cualitativa, es importante recalcar algunas lecciones aprendidas en el ámbito organizativo y logístico.

Primero, es muy importante planificar los grupos focales con contrapartes locales, y es esencial comunicarles las características de participantes a ser reclutados. Sin embargo, aun cuando estos parámetros han sido claramente comunicados, puede suceder que en el momento de la realización del grupo focal, algunas personas o el grupo entero pueden tener otras características. En estos casos, hay que tomar decisiones puntuales entre los factores de reclutamiento y la situación que se presenta. En el presente proyecto de investigación, se presentaron tres tipos de diferencias.

- o En cinco grupos focales, hombres y mujeres llegaron juntos para participar en el grupo focal, cuando se había especificado que el grupo consistiría en personas de uno u otro de los sexos. Sin embargo, a las parejas de adultos mayores, no les gusta separarse; en particular, los hombres llegaron a los grupos focales acompañados por sus esposas, mientras las mujeres a veces llegaron solas. La información recolectada de los grupos focales e informantes claves sugiere que con la avance de la edad, la mujer indígena acumula más poder y capacidad de negociación y liderazgo dentro de la familia, mientras el poder del hombre dis-

minuye a la par con su capacidad física. En tres casos, los grupos focales fueron mixtos, porque tanto hombres como mujeres llegaron para participar a pesar del proceso de reclutamiento que incluyó invitaciones para hombres o mujeres. En estos casos cuando fueron presentes hombres y mujeres, fue evidente que la participación de la mujer no fue restringida, limitada o condicionada por la presencia de hombres. En estos casos, se procedió a realizar el grupo focal con las personas presentes, sin observar las presiones sociales que podrían presentarse en estas situaciones. Parece que entre adultos mayores, las presiones sociales que en general los hombres pueden ejercer sobre mujeres es de poca o ninguna importancia.

- o Los adultos mayores en la población indígena no tienen voz dentro de la comunidad que se escucha con mucha frecuencia. Por lo tanto, dada la oportunidad de expresarse libremente, se demostró un gran deseo de participar. Por este motivo, ocurrió en algunos casos que un número mayor de personas que fueron reclutadas e invitadas a participar llegaron a los grupos focales. En estos casos, fue necesario modificar la dinámica sin perder el sentido del grupo focal. Normalmente, en estas ocasiones, un número menor de personas presentes participaron activamente, como si fuera un grupo focal "normal," mientras las otras personas esencialmente se convirtieron en observadores. Es probable que esta situación sea particularmente característica de comunidades indígenas, que tienen una larga tradición de participación en donde las conversaciones no excluyen a nadie.

- o Finalmente, en seis casos, personas que habían sido identificadas como adultos mayores con 60 años o más de edad revelaron al último momento que tenían menos (cinco de ellos tenían uno o dos años menos).

Segundo, las limitaciones físicas suelen ser muy importantes en la realización de grupos focales con adultos mayores. Por lo general, los adultos mayores toman mucho tiempo en llegar al lugar acordado, y por lo tanto los grupos focales frecuentemente comienzan con retraso. En algunos casos, fue necesario recoger los participantes en sus residencias en auto. Asimismo, la sordera es un factor importante que afecta la capacidad de participar activamente en las discusiones. Otro factor es que si bien los grupos focales en general duran hasta dos horas, para los adultos mayores, el límite de tiempo está entre una hora y una hora y media porque muchos participantes no tienen energía para seguir participando activamente después de ese tiempo.

Tercero, en la presente investigación se realizaron grupos focales en español y kichwa. El requerimiento de traducir lo dicho en un grupo focal de un idioma a otro presenta un desafío especial, porque es esencial que el análisis se base en lo que cada participante dijo.

Cuarto, frecuentemente sucede que eventos no previstos intervienen en el trabajo de campo. En el presente caso, el equipo de campo estaba en la provincia de Loja el día 30 de septiembre de 2010, cuando se produjo una revuelta en la Policía a nivel nacional. Un grupo focal programado por ese día fue suspendido y a pesar de que el plan era realizar cuatro grupos focales en la zona de Saraguro, solamente se ha realizado tres hasta la fecha.

La lección general es que cuando estas situaciones se presentan, hay que tomar la mejor decisión posible para mantener la calidad del estudio al mismo tiempo

que se demuestra suficiente flexibilidad para realizar el trabajo que se requiere. Esta es una lección de aplicación universal, que se puede implementar cuando el equipo de campo tenga la experiencia y capacidad suficiente.

Referencias Bibliográficas

Bamberger, Michael, ed. (2000) *Integrating Quantitative and Qualitative Research in Development Projects*. Washington, DC: The World Bank.

Boyatzis, R.E. (1998) *Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Bourdieu, Pierre (1986) "The forms of capital." Pp. 241-58 en J. G Richardson (ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood Press.

Carlos, Manuel L. y Lois Sellers (1972) "Family, kinship structure, and modernization in Latin America." *Latin American Research Review* 7(2): 95-124.

Coleman, James S. (1988) "Social capital in the creation of human capital." *The American Journal of Sociology* 94: S95.

Creswell, John W. (1998) *Qualitative Inquiry and Research Design*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Creswell, John W. y Vicki L. Plano Clark (2007) *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

De Ferrant, David, Guillermo E. Perry, Francisco H.G. Ferreira y Michael Walton (2004) *Inequality: Breaking with History?* Washington, DC: The World Bank.

De Vos, Susan (1990) "Extended family living among older people in six Latin

American countries." *Journal of Gerontology* 45(3): S87-S94.

De Vos, Susan (1998) "Regional differences in living arrangements among the elderly of Ecuador." *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 13(1):1-20.

Donoso, Juan Carlos y Mitchell A. Seligson (2010) *Cultura Política de la Democracia en el Ecuador*, 2010. Quito: USAID, Universidad San Francisco de Quito, CEDATOS.

Ertel, Karen A., M. Maria Glymour y Lisa F. Berkman (2009) "Social networks and health: a life course perspective integrating observational and experimental evidence." *Journal of Social and Personal Relationships* 26(1): 73-92.

Freire, Wilma, Edgar Rojas, Lourdes Pazmiño, Marco Fornasini, Susana Tito, Patricio Buendía, William Waters, Juan Salinas y Pablo Álvarez (2010) *Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE I Ecuador 2009-2010*. Quito: Alimentate Ecuador/Universidad San Francisco de Quito.

Gacitúa, Estanislao y Carlos Sojo con Shelton H. Davis (eds.) (2001) *Social Exclusion and Poverty Reduction in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: The World Bank y FLACSO Costa Rica.

Hall, Gilette y Harry Anthony Patrinos (2006) *Pueblos Indígenas, Pobreza y Desarrollo Humano en América Latina 1994-2004*. Washington, DC: Banco Mundial.

Holt-Lunstad, Julianne, Timothy B. Smith y J. Bradley Layton (2010) "Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review." *PLoS Medicine* 7(7): 1-20.

Krueger, R.A. y M.A. Casey (2000) *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.

Kunitz, Stephen J. (2004) "Social capital and health." *British Medical Journal* 69:61-73.

Larrea, Carlos y Wilma Freire (2001) "Social inequality and child malnutrition in four Andean countries." *Revista Panamericana de Salud Pública* (5-6).

Leon, David y Gill Walt (eds.) (2001) *Poverty, Inequality, and Health: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press.

Lloyd-Sherlock, Peter (ed.) (2000) *Health-care Reform and Poverty in Latin America*. London: Institute of Latin American Studies.

Marmot, Michael y Richard G. Wilkinson (eds.) (1999) *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.

Marshall, C. y G.B. Rossman (1999). *Designing Qualitative Research* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Molina, Raul y Xavier Albó (2006) *Gama Etnica y Lingüística de la Población Boliviana*. La Paz: Sistema de las Naciones Unidas en Bolivia.

Montenegro, Raul A. y Carolyn Stephens (2006) "Indigenous health in Latin America and the Caribbean." *The Lancet* 367 (9525):1859-69.

Organización Internacional de Trabajo (OIT) (1989). "Convenio 169: Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989. Convenio sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes." <http://www.cesdepu.com/instint/oit169.htm>

PAHO (Pan American Health Organization) (2000) *Equity & Health*. Occasional Publication No. 8. Washington, DC: Pan American Health Organization. (2006) "Health of the Indigenous Population in

the Americas.” 138th Session of the Executive Committee. June 19-23. Washington: Pan American Health Organization. Phillips, David R. y Yola Verhasselt (eds.) *Health and Development*. London and New York: Routledge.

Price-Smith, Andrew T. (2002) *The Health of Nations*. Cambridge, MA: MIT Press.

Psacharopoulous, George y Harry Anthony Patrinos (eds.) (1994) *Indigenous People and Poverty in Latin America: An Empirical Analysis*. World Bank Regional and Sectoral Studies. Washington, DC: The World Bank

Putnam, Robert D. (2000). *Bowling Alone: the Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster.

Savedoff, William D. y T. Palu Schultz (eds.) (1999) *Wealth from Health: Linking Social Investments to Earnings in Latin America*. Washington, DC: Inter-American Development Bank.

Strauss, Anselm y Juliet Corbin (1998) *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Subedi, Janardan y Eugene B. Gallagher (eds.) (1996) *Society, Health, and Disease: Transnational Perspectives*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Tashakkori, Abbas y Charles Teddlie (1998) *Mixed Methodology: Combining Qualitative and Quantitative Approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Ulin, P.A., E.T. Robinson, y E.E. Tolley (2006) *Investigación Aplicada en Salud Pública: Métodos Cualitativos*. Publicación Científica y Técnica No. 614. Washington, DC: USAID/Family Health International/ Organización Panamericana de la Salud.

UNAPE/United Nations/World Labor Organization (2006) *Pueblos Indígenas Originarios y Objetivos de Desarrollo del Milenio*. La Paz, Bolivia: UNAPE/United Nations/World Labor Organization.

Weismantel, Mary J. (1988) *Food, Gender, and Poverty in the Ecuadorian Andes*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Wolcott, H.F. (1994) *Transforming Qualitative Data: Description, Analysis, and Interpretation*. Thousand Oaks, CA: Sage.

World Bank (2006) *World Development Report 2006: Equity and Development*. Washington, DC: Oxford University Press y The World Bank.

ANEXO A: DOCUMENTOS DE PROCEDIMIENTOS

SALUD, BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO EN ECUADOR: ESTUDIO CUALITATIVO EN ADULTOS MAYORES DE LA POBLACION INDIGENA ELEMENTOS PARA LA IDENTIFICACION DE PARTICIPANTES

El estudio pretende establecer y entender los factores que afectan la salud y bienestar de los adultos mayores en la población indígena del Ecuador. El estudio tiene el auspicio de la Organización Pan Americana de la Salud y de HelpAge, que es una organización no-gubernamental (ONG) internacional que trabaja en temas de envejecimiento. La información será compartida con varios ministerios, incluyendo de Salud y de Inclusión Económica y Social. El estudio utiliza dos técnicas: grupos focales y entrevistas individuales. Para poder identificar, reclutar e invitar las personas que podrían participar en estos dos procesos, se provee la siguiente información.

1. Que es un grupo focal? Es una conversación estructurada con personas que comparten algunas características. El número óptimo de participantes es 8, pero el número puede variar desde aproximadamente 5 hasta 11 o 12.

2. Que es una entrevista individual? Es una conversación de aproximadamente una hora con una persona que sepa del tema, en este caso, la salud y bienestar del adulto mayor indígena.

3. Como se realiza el grupo focal? Se provee un refrigerio, se graba la conversación después de una corta introducción y se recolecta un poco de información sobre cada participante, como edad, sexo y nivel de educación. Solo se pide la primera nombre de cada participante para facilitar la conversación. Trabajamos con un equipo de dos personas: una facilitadora y un asistente. La conversación dura entre una y dos horas. La conversación puede tener lugar en un cualquier lugar adecuado: por ejemplo, una escuela, casa comunal, u oficina de alguna organización, donde las personas pueden sentarse cómodamente, de preferencia alrededor de una mesa. La facilitadora plantea varias preguntas, y pide que los participantes conversen sobre el tema con sus opiniones e ideas, siempre en sus propias palabras. El grupo focal puede ser realizado en español o kichwa. En este caso, los grupos serán de hombres o mujeres en forma separada.

4. Como se reclutan los participantes? A través de contactos personales o profesionales y la experiencia local en cada zona, se identifican primero las comunidades en donde se puede realizar uno o más grupos focales. Se busca en este momento la facilidad y factibilidad, en el sentido de que hay una organización o personas que pueden ayudar en la identificación de participantes con el perfil que se necesita. En este proyecto, buscamos personas indígenas de 60 años o mas (hombres o mujeres), que estarían disponibles y dispuestos a colaborar. Los participantes no tendrán que viajar largas distancias o cambiar sus días normales para participar. Los contactos locales pueden ser dirigentes locales, miembros de alguna organización local, curas, profesores de escuela o colegio, o trabajadores locales en la salud (centro o subcentro de salud).

En este proyecto, el proceso de identificación y reclutamiento de los participantes tiene dos etapas. En la primera etapa, se identifica la comunidad en donde se puede realizar uno o dos grupos. (Realizar un grupo con mujeres y otro grupo con hombres en la misma comunidad es muy factible.) En esta etapa, se establece quienes son las personas que podrían participar. En la segunda etapa, se les informa a los participantes previamente identificados sobre el día y hora, y el lugar en donde se va a realizar el grupo focal. Esta decisión siempre se toma en consideración la disponibilidad de los participantes. El grupo focal puede realizarse en cualquier hora de día y cualquier día de la semana. Hay una sola conversación con cada grupo.

A la persona identificada como posible participante, se debe enfatizar que la conversación va a ser interesante e importante, que no dura mucho tiempo, y que será realizada en un momento en donde los participantes no tendrán que cambiar mucho su día normal. También, se les debe decir que si bien no hay un beneficio individual, directo e inmediato, la información es de mucha importancia e interés a nivel nacional e internacional en cuanto a la elaboración de procesos que responden a las necesidades en salud y bienestar de esta población.

SALUD, BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO EN ECUADOR: ESTUDIO CUALITATIVO EN ADULTOS MAYORES DE LA POBLACION INDIGENA

Elementos Logísticos del Trabajo de Campo

Antecedentes: se está realizando en dos fases, la encuesta “Salud, Bienestar y Envejecimiento” (SABE) en el Ecuador. Para complementar el análisis de los datos cuantitativos provenientes de la encuesta SABE, se realizara una investigación cualitativa para elucidar las percepciones, opiniones y conceptos de un segmento importante de la población de adultos mayores en el Ecuador, el de los indígenas. En una primera fase (ya comprometida) se enfocara en la zona de la Sierra. En una segunda fase, se realizara el estudio en las regiones de la Costa y Amazonia.

Duración: 4 meses

Apoyo: HelpAge Perú, OPS/OMS

Equipo de campo: Adela Caranqui, Carlos Andres Gallegos.

Metodología: 15 grupos focales, 10 entrevistas individuales. Transcripciones con traducción cuando sea necesaria (los grupos focales pueden realizarse en kichwa o español), transcripción, análisis cualitativo.

Lugares de trabajo:

Imbabura, Pichincha, Chimborazo, Loja

Apoyo necesario:

1. Participación en una reunión consultiva de metodología al principio del estudio y en la presentación de los resultados a final del proyecto.
2. Identificación y reclutamiento de adultos mayores para los grupos focales (aproximadamente 10 personas por grupo) de 60 años y adelante (hombres y mujeres) incluyendo individuos de 80 años o más. Se ofrecerá un refrigerio para los participantes.
3. Organización de lugares para realizar las reuniones.
4. Sugerencias de individuos para las entrevistas individuales.

ANEXO B: GUIAS DE TRABAJO

ISYN-USFQ / Salud, Bienestar y Envejecimiento en Adultos Mayores en la Población Indígena

GRUPOS FOCALES SABLE III

1. Introducción

Gracias por asistir a esta reunión. Les hemos invitado para conversar sobre el tema de la salud y bienestar en los adultos mayores. En esta conversación vamos a preguntarles sobre sus opiniones y experiencias sobre este tema.

Esperamos que todas las personas presentes hoy día puedan participar con sus opiniones e ideas. No vamos a hablar por turnos; cualquier persona puede dar sus ideas. Es como una conversación entre amigos. Todas las ideas son bienvenidas. Se puede estar de acuerdo con las otras personas aquí o puede estar en desacuerdo. Vamos a respetar todas las opiniones.

Les pedimos que sólo una persona hable a la vez, para que podemos escuchar bien que es lo que cada persona quiere decir. Además, vamos a grabar la conversación para que no se olvide lo que ustedes dicen. Si muchas personas hablen al mismo tiempo, no se puede oír bien la grabación.

La conversación va a durar aproximadamente de una hora hasta un máximo de dos horas. Al final de la conversación, cada participante recibirá cinco dólares para cubrir los costos de su asistencia a la reunión.

Vamos a servir unos refrescos mientras conversamos.

2. Consentimiento Informado

Antes de comenzar, queremos aclarar que somos de la Universidad San Francisco de Quito, y esta conversación es parte de una investigación sobre la salud y bienestar de los adultos mayores en la población indígena de la sierra ecuatoriana.

Como decíamos, vamos a grabar la conversación, pero no vamos a incluir sus nombres en la información que recolectamos o en nuestros informes. Tengan la seguridad de que lo que ustedes no dicen se mantendrá estrictamente confidencial.

Cada persona puede contestar a las preguntas que quiere, y si prefiere no contestar a una pregunta, no es obligatorio hacerlo. Se puede decidir no participar en la conversación, y puede retirarse en cualquier momento. Si tiene preguntas se puede comunicar con el Dr. Mauricio Espinel a 09 507 6651.

Al final de la reunión, cada persona que ha participado recibirá cinco dólares en reconocimiento de su tiempo y los costos de su asistencia.

Están de acuerdo con participar en esta conversación de grupo?

3. Calentamiento

Antes de comenzar la conversación, nos gustaría que cada persona se introduzca o diga algo de si mismo. Nosotros vamos a comenzar. Mi nombre es _____ y yo _____.

Ahora vamos a comenzar con la conversación.

1. Como saben, estamos aquí para conversar sobre la salud y bienestar de los adultos mayores. Primero, queremos saber qué es para ustedes envejecer y cómo se siente envejecer?

- Etapa normal de la vida
- Estrategia o recomendaciones
- Temas del estado de salud físico, problemas de salud crónica
 - Como es su salud en general?
 - Tienen discapacidades permanentes, recurrentes o temporales?
 - Tienen problemas con la visión, oído o dentadura?
 - Pueden hacer las cosas que hacían antes y que quieren hacer ahora?
- Temas del estado de salud emocional
 - Sienten depresión o tristeza?
 - Se sienten útiles?
 - A veces sienten solos (as) o aislados(as) o desamparado(as)?
 - Han sentido la perdida de seres queridos como esposos (as), otros familiares o amigos?

2. En cuanto a su dieta, como están comiendo?

- Comen lo mismo que antes, o comen más, o comen menos?
- Percepción de calidad y cantidad.

3. Nos gustaría saber algo sobre las relaciones que tienen con los miembros de sus familias, sus amigos, sus vecinos y la comunidad. Primero, con quién viven ustedes?

- Viven solos (as), con sus esposas (os), con otros familiares o con otras personas?
- Sus familiares viven en la misma vivienda o cerca?
- Con qué frecuencia ven o se juntan con otros miembros de su familia, especialmente sus hijos?
- En cuáles circunstancias se juntan (por ejemplo, para comer juntos)?
- Participan en la comunidad? Cómo?

4. Nos interesa saber cómo ustedes reciben y dan ayuda a otras personas. Ustedes reciben alguna colaboración o ayuda de otras personas en su familia, amigos, vecinos o la comunidad, como dinero u otros recursos?

- Quién? (hijos, otros familiares, otras personas).
- Qué tipo de ayuda reciben? (dinero, servicios/trabajo, cosas/objetos, compañía).

5. Ustedes colaboran o ayudan a otras personas con dinero u otros recursos?

- A cuáles personas colaboran o ayudan? (hijos, otros familiares, otras personas).
- Qué tipo de ayuda les dan a estas personas? (dinero, servicios/trabajo, cosas/objetos, cuidado de niños, compañía)

6. Ahora, queremos saber cómo deciden qué hacer sobre su salud. Si se necesita un examen o cuando se enfermen o cuando se sienten mal, cómo deciden ustedes cuando se debe ir a ver un médico en un subcentro, centro o hospital -- o cuándo se debe curarse uno mismo?

- Cuando quieren ver un medico o enfermera, van a un subcentro, centro o hospital?

7. Cuándo se decide acudir a un curandero o yachaq?

8. Que tan fácil o difícil es ir al subcentro, centro, o hospital, o al curandero o yachaq?

- Distancia, malos caminos
- Disponibilidad de transporte
- Tiempo
- Costo
- Calidad de atención
- Cómo se soluciona este problema?

9. Qué tan fácil o difícil es conseguir medicamentos?

- Costo
- Cobertura de seguro
- Transporte, acceso logístico
- Disponibilidad (no hay)

10. Hay algún otro punto sobre el cual ustedes quieran conversar?

MUCHAS GRACIAS!

**ISYN-USFQ / Salud, Bienestar y Envejecimiento
en Adultos Mayores en la Población Indígena**

ENTREVISTA INDIVIDUALSABE III

1. Introducción

Gracias por reunirse con nosotros. Le hemos invitado para conversar sobre el tema de la salud y bienestar en los adultos mayores. En esta conversación vamos a preguntar sobre sus opiniones y experiencias sobre este tema.

La conversación va a durar aproximadamente una hora; vamos a grabar para no olvidar que es lo que conversamos.

2. Consentimiento Informado

Antes de comenzar, queremos aclarar que somos de la Universidad San Francisco de Quito, y esta conversación es parte de una investigación sobre la salud y bienestar de los adultos mayores en la población indígena de la sierra ecuatoriana.

Como decíamos, vamos a grabar la conversación, pero no vamos a incluir su nombre en la información que recolectamos o en nuestros informes. Tenga la seguridad de que lo que usted nos dicen se mantendrá estrictamente confidencial.

Si prefiere no contestar a una pregunta, no es obligatorio hacerlo. Se puede decidir no participar en la conversación, y puede retirarse en cualquier momento. Si tiene preguntas se puede comunicar con el Dr. Mauricio Espinel a 09 507 6651.

Está de acuerdo con participar en esta conversación?

Ahora vamos a comenzar con la conversación.

1. Como sabe, estamos aquí para conversar sobre la salud y bienestar de los adultos mayores. Primero, queremos saber qué es para usted envejecer en el Ecuador?

- Etapa normal de la vida
- Estrategia o recomendaciones
- Temas del estado de salud física da adultos mayores: problemas de salud crónica
- Salud en general
- Discapacidades permanentes, recurrentes o temporales?
- Problemas con la visión, oído o dentadura?
- Pueden hacer las cosas que hacían antes y que quieren hacer ahora?
- Temas del estado de salud emocional de adultos mayores
- Sienten depresión o tristeza?

- o Se sienten útiles?
- o A veces sienten solos (as) o aislados(as) o desamparado(as)?
- o Han sentido la pérdida de seres queridos como esposos (as), otros familiares o amigos?

2. Los adultos mayores tienen problemas con su dieta, como están comiendo?

- Comen lo mismo que antes, o comen más, o comen menos?
- Percepción de calidad y cantidad.

3. Nos gustaría saber algo sobre las relaciones que tienen los adultos mayores con los miembros de sus familias, sus amigos, sus vecinos y la comunidad.

- Viven solos (as), con sus esposas (os), con otros familiares o con otras personas?
- Sus familiares viven en la misma vivienda o cerca?
- Con qué frecuencia ven o se juntan con otros miembros de su familia, especialmente sus hijos?
- En cuáles circunstancias se juntan (por ejemplo, para comer juntos)?
- Participan en la comunidad? Cómo?

4. Nos interesa saber cómo los adultos mayores reciben y dan ayuda a otras personas. Reciben alguna colaboración o ayuda de otras personas en la familia, amigos, vecinos o la comunidad, como dinero u otros recursos?

- Quién? (hijos, otros familiares, otras personas).
- Qué tipo de ayuda reciben? (dinero, servicios/trabajo, cosas/objetos, compañía).

5. Los adultos mayores colaboran o ayudan a otras personas con dinero u otros recursos?

- A cuáles personas colaboran o ayudan? (hijos, otros familiares, otras personas).
- Qué tipo de ayuda dan a estas personas? (dinero, servicios/trabajo, cosas/objetos, cuidado de niños, compañía)

6. Ahora, queremos saber cómo deciden qué hacer sobre su salud. Si se necesita un examen o cuando se enfermen o cuando se sienten mal, cómo deciden los adultos mayores cuando se debe ir a ver a un médico en un subcentro, centro o hospital -- o cuándo se debe curarse uno mismo?

- Cuándo quieren ver a un médico o enfermera, van a un subcentro, centro o hospital?

7. Cuando se deciden acudir a un curandero o yachaq?

8. Para los adultos mayores, que tan fácil o difícil ir a subcentro, centro, o hospital, o al curandero o yachaq?

- Distancia, malos caminos
- Disponibilidad de transporte
- Tiempo
- Costo
- Calidad de atención
- Como se soluciona este problema?

9. Para los adultos mayores, que tan fácil o difícil es conseguir medicamentos?

- Costo
- Cobertura de seguro
- Transporte, acceso logístico
- Disponibilidad (no hay)

10. Hay algún otro punto que usted quiere conversar?

MUCHAS GRACIAS!

HOJA DEMOGRAFICA

LUGAR Y PROVINCIA: _____

FECHA: _____

Hombres ☐

Mujeres ☐

Primer nombre	Edad	Ocupación anterior o actual	Años escolaridad



ANEXO D:

GUIAS DE TRANSCRIPCION

Investigación Cualitativa de Adultos Mayores Indígenas

Guía de transcripción: grupos focales

1. La transcripción debe ser en letras Ariel, tamaño 12.
2. Cada transcripción debe comenzar con la siguiente información y en esta forma:

TRANSCRIPCIÓN GRUPO FOCAL

COMUNIDAD:

CANTÓN:

PROVINCIA:

FECHA:

GRUPO: Mujeres ()

Hombres ()

3. Cada página debe ser numerada en la esquina derecha inferior, comenzando con la primera página.

4. Cada página debe tener un *header* en el siguiente formato en letras Ariel, tamaño 10:

Comunidad, Cantón, Provincia

Hombres o mujeres

Fecha

5. Cada pregunta del moderador comienza con la letra M entre paréntesis y en negrillo: **(M)**

6. Se deja un espacio entre pregunta y respuesta o entre respuestas.

7. Cada respuesta o intervención de un(a) participante comienza con el número y primer nombre de esta persona, en negrillo: **(1) Maria**

8. Se indica una pausa en la intervención con una serie de puntos:

9. Se indica un ruido u otro evento entre paréntesis cuadrados: [Risa]

10. Al final de cada transcripción se agrega la siguiente información: nombre de la comunidad, cantón, provincia, fecha y indicación si el grupo focal era con hombres o mujeres. Se agrega un cuadro en donde en cada fila se indica: nombre del participante, edad, ocupación anterior (o actual) y años de escolaridad.

Investigación Cualitativa de Adultos Mayores Indígenas

Guía de transcripción: informantes claves

1. La transcripción debe ser en letras Ariel, tamaño 12.
2. Cada transcripción debe comenzar con la siguiente información y en esta forma:

TRANSCRIPCIÓN INFORMANTE CLAVE

COMUNIDAD: **CANTÓN:**
PROVINCIA: **FECHA:**
NOMBRE O PUESTO DEL INFORMANTE:

3. Cada página debe ser numerada en la esquina derecha inferior, comenzando con la primera página.
4. Cada página debe tener un *header* en el siguiente formato en letras Ariel, tamaño 10:

Comunidad, Cantón, Provincia Fecha
5. Cada pregunta del moderador comienza con la letra M entre paréntesis y en negrillo: **(M)**
6. Se deja un espacio entre pregunta y respuesta o entre respuestas.
7. Se indica una pausa en la intervención con una serie de puntos:
8. Se indica un ruido u otro evento entre paréntesis cuadrados: [Risa]

En el Ecuador, al igual que en otros países latinoamericanos, la población indígena vive en condiciones de pobreza y mala salud, en mayores proporciones que otros segmentos de la población. La relación entre la condición étnica indígena y pobreza está condicionada por el acceso a los servicios sanitarios y la situación de salud.

El estudio SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) realizado por la Organización Panamericana de la Salud en el 2001, con la colaboración de numerosas instituciones nacionales e internacionales de la región, presenta los desafíos que impone, a la sociedad y a los servicios de salud en particular, el rápido envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe. SABE I, realizado en Ecuador en el 2010, presenta información cuantitativa sobre las condiciones de salud, bienestar y envejecimiento de los adultos mayores en la población del Ecuador.

La presente publicación, Salud y Bienestar del Adulto Mayor Indígena sintetiza los resultados de la investigación cualitativa realizada a los adultos mayores de la población indígena de la Sierra ecuatoriana, así como algunos datos recopilados en SABE I, pero no publicados en el mencionado informe. Expone las principales barreras al acceso a servicios de salud y percepciones del estado de salud en adultos mayores indígenas del Ecuador, con el propósito de aportar una mejor comprensión de su problemática y vulnerabilidad física, emocional y social en este grupo específico de población, complementado los datos de los estudios anteriormente descritos.

Esperamos que esta publicación estimule la definición de políticas, planes y programas dirigidos a la población estudiada, así como el replanteamiento de programas y servicios en función de los resultados obtenidos.



 UNIVERSIDAD
SAN FRANCISCO

 ISYN
Instituto de Investigación
en Salud y Nutrición

HelpAge
International

personas mayores
protagonistas

 Pan American
Health
Organization
Regional Office of the
World Health Organization

 World Health
Organization