



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y ADMINISTRATIVAS**  
**CARRERA DE DERECHO**

El derecho a la salud y la vida digna de los adultos mayores en el sector rural  
del Ecuador

**Trabajo de Titulación para optar al título de Abogado**

**Autor:**

Lucero Atupaña, Joel Alexander

**Tutor:**

Dr. Carlos Ernesto Herrera Acosta PhD.

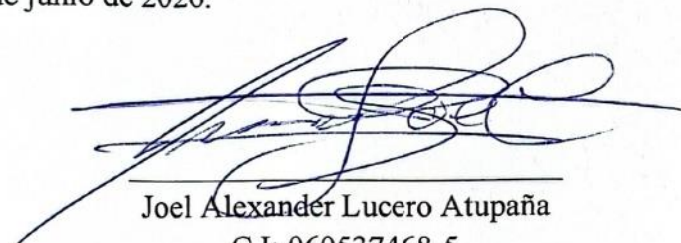
**Riobamba, Ecuador. 2026**

## DECLARATORIA DE AUTORÍA

Yo, Joel Alexander Lucero Atupaña, con cédula de ciudadanía 060537468-5, autor del trabajo de investigación titulado: “El derecho a la salud y la vida digna de los adultos mayores en el sector rural del Ecuador”, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mi exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor de la obra referida será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 30 de junio de 2026.



Joel Alexander Lucero Atupaña  
C.I: 060537468-5

## **DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR**

Quien suscribe, Carlos Ernesto Herrera Acosta catedrático adscrito a la Facultad de Ciencias Políticas y Administrativas por medio del presente documento certifico haber asesorado y revisado el desarrollo del trabajo de investigación titulado: "El derecho a la salud y la vida digna de los adultos mayores en el sector rural del Ecuador", bajo la autoría de Joel Alexander Lucero Atupaña; por lo que se autoriza ejecutar los trámites legales para su sustentación.

Es todo cuanto informar en honor a la verdad; en Riobamba, a los 15 días del mes de mayo de 2026



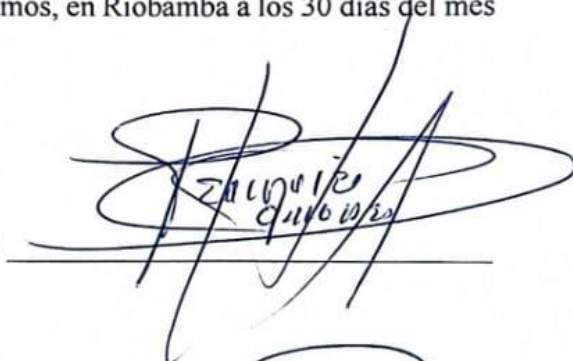
Carlos Ernesto Herrera Acosta  
C.I:0602281339

## **CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL**

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación "El derecho a la salud y la vida digna de los adultos mayores en el sector rural del Ecuador", por Joel Alexander Lucero Atupaña, con cédula de identidad número 060537468-5, bajo la tutoría del Dr. Carlos Ernesto Herrera Acosta PhD.; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo nada más que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba a los 30 días del mes de junio de 2026

Mgs. Peñafiel Rodríguez Fernando Patricio  
**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO**

A large, stylized handwritten signature in blue ink, written over a horizontal line.

Mgs. Jacome Calvache Víctor Julio  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO**

A large, stylized handwritten signature in blue ink, written over a horizontal line.

Mgs. Ambi Infante Rosa Marieta  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO**

A large, stylized handwritten signature in blue ink, written over a horizontal line.



## CERTIFICACIÓN

Que, **LUCERO ATUPAÑA JOEL ALEXANDER** con CC: **0605374685**, estudiante de la Carrera DE DERECHO, Facultad de la facultad de CIENCIAS POLÍTICAS Y ADMINISTRATIVAS; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado "**El derecho a la salud y la vida digna de los adultos mayores en el sector rural del Ecuador**", de acuerdo al reporte del sistema Anti plagio Compilatio tiene el 3%, de similitud , 2% de IA y 1% de idiomas no reconocidos , por tal razón , cumple con el porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional , por consiguiente autorizo continuar con el proceso de titulación.

Riobamba, 12 de junio de 2026



PhD. Carlos Herrera Acosta  
TUTOR

## **DEDICATORIA**

“A todas aquellas personas cuyo tiempo lo dedicaron a apoyarme, en especial a mis padres Jorge Armando Lucero Manzano y Maria Rosario Atupaña Gusñay, motor de mis acciones y brújula de mis valores, personas símbolo de comprensión, esfuerzo y valentía, quienes incondicionalmente supieron otorgarme todo lo que poseo, personas dispuestas a ofrecerme calurosas y sentidas palabras de aliento que se convirtieron en fuente de motivación para alcanzar una meta más en mi vida. De la misma manera, dedico la presente a todos aquellos docentes, compañeros y familiares que supieron extenderme su mano, ofrecerme su conocimiento y acompañarme durante estos largos años.”



## **AGRADECIMIENTO**

“Agradezco a Dios por haber guiado mis pasos hasta aquí, por darme las fuerzas necesarias para no sucumbir ante las tormentas que inundaron mi camino, por darme espacio en una familia tan maravillosa y por bendecirme con las mejores oportunidades. A mis padres, por darme la fuerza necesaria para alcanzar mis metas; a mis docentes, por otorgarme la sabiduría necesaria para cimentar mis pasos; a mis compañeros, por su camaradería infinita, fuente de los mejores años de mi vida. Asimismo, agradezco profundamente a mi tutor, Carlos Ernesto Herrera Acosta, cuya sabiduría fue fundamental para alcanzar este logro y quien, con paciencia y esmero, supo guiarme por el buen camino. Finalmente, agradezco a la Universidad Nacional de Chimborazo por darme la oportunidad de cumplir este sueño, gracias a ustedes hoy se ha vuelto una realidad y puedo enorgullecerme de pertenecer a esta, mi segunda morada.”

***Joel Lucero.***

## ÍNDICE GENERAL

|                                                                                                                                                     |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| DECLARATORIA DE AUTORÍA                                                                                                                             |    |
| DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR                                                                                                               |    |
| CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL                                                                                                            |    |
| CERTIFICADO ANTIPLAGIO                                                                                                                              |    |
| DEDICATORIA                                                                                                                                         |    |
| AGRADECIMIENTO                                                                                                                                      |    |
| ÍNDICE GENERAL                                                                                                                                      |    |
| ÍNDICE DE TABLAS                                                                                                                                    |    |
| RESUMEN                                                                                                                                             |    |
| ABSTRACT                                                                                                                                            |    |
| CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....                                                                                                                       | 14 |
| 1.1. Introducción.....                                                                                                                              | 14 |
| 1.2. Planteamiento del Problema.....                                                                                                                | 15 |
| 1.3. Justificación.....                                                                                                                             | 17 |
| 1.4. Objetivos .....                                                                                                                                | 19 |
| 1.4.1 General.....                                                                                                                                  | 19 |
| 1.4.2 Específicos .....                                                                                                                             | 19 |
| CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....                                                                                                                     | 20 |
| 2.1. Estado del arte .....                                                                                                                          | 20 |
| UNIDAD I.....                                                                                                                                       | 22 |
| 2.1.1. EL DERECHO A LA SALUD .....                                                                                                                  | 22 |
| 2.2.1.1. El derecho a la salud en el ordenamiento jurídico ecuatoriano .....                                                                        | 23 |
| 2.2.1.2. El derecho a la salud en los instrumentos internacionales.....                                                                             | 27 |
| 2.2.1.3. El derecho a la salud de los adultos mayores según la Corte Constitucional del Ecuador.....                                                | 27 |
| 2.2.1.4. La protección efectiva del derecho a la salud de los adultos mayores del sector rural en el Ecuador .....                                  | 28 |
| 2.2.1.5. La atención prioritaria y especializada en el ámbito de la salud pública y privada .....                                                   | 30 |
| 2.2.1.6. El acceso gratuito a medicinas de los adultos mayores del sector rural del Ecuador .....                                                   | 31 |
| 2.2.1.7. Políticas públicas para garantizar la protección efectiva del derecho a la salud de los adultos mayores del sector rural del Ecuador ..... | 32 |
| 2.2.1.8. Barreras de acceso a la salud de los adultos mayores del sector rural del Ecuador.....                                                     | 38 |
| UNIDAD II.....                                                                                                                                      | 39 |
| 2.2.2. LA VIDA DIGNA .....                                                                                                                          | 39 |
| 2.2.2.1. La protección integral de los derechos de los adultos mayores del sector rural del Ecuador.....                                            | 40 |
| 2.2.2.2. La vida digna en la Constitución de la República del Ecuador .....                                                                         | 42 |
| 2.2.2.3 La vida digna en los instrumentos internacionales .....                                                                                     | 44 |
| 2.2.2.4 El acceso a una vivienda que asegure una vida digna de los adultos mayores del sector rural del Ecuador .....                               | 45 |
| 2.2.2.5 El derecho a la salud y la vida digna de los adultos mayores en el sector rural del Ecuador.....                                            | 47 |
| CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....                                                                                                                      | 50 |
| 3.1. Tipo de Investigación .....                                                                                                                    | 50 |



|                                                                                                                                                                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.2. Diseño de Investigación .....                                                                                                                                                                                    | 51 |
| 3.3. Técnicas de recolección de Datos.....                                                                                                                                                                            | 51 |
| 3.4. Población de estudio y tamaño de muestra.....                                                                                                                                                                    | 52 |
| 3.4.1. Población de Estudio .....                                                                                                                                                                                     | 52 |
| 3.4.2. Tamaño de la Muestra .....                                                                                                                                                                                     | 53 |
| 3.5. Hipótesis .....                                                                                                                                                                                                  | 53 |
| 3.6. Métodos de análisis .....                                                                                                                                                                                        | 54 |
| 3.7. Procesamiento de datos .....                                                                                                                                                                                     | 55 |
| 3.7.1. Procesamiento de datos cualitativos .....                                                                                                                                                                      | 55 |
| 3.7.2. Procesamiento de datos cuantitativos .....                                                                                                                                                                     | 56 |
| CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN .....                                                                                                                                                                     | 57 |
| 4.1 Resultados del cuestionario aplicado a los adultos mayores de la parroquia Santiago de Quito, Cantón Colta, Provincia de Chimborazo. ....                                                                         | 57 |
| 4.2 Resultados de la guía de entrevista dirigida a las autoridades, directivos y personal operativo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Ministerio de Desarrollo Humano y Ministerio de Salud Pública..... | 65 |
| 4.3 Discusión de los resultados de investigación .....                                                                                                                                                                | 78 |
| CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....                                                                                                                                                                      | 80 |
| 5.1. Conclusiones.....                                                                                                                                                                                                | 80 |
| 5.2. Recomendaciones .....                                                                                                                                                                                            | 81 |
| CAPÍTULO VI. PROPUESTA .....                                                                                                                                                                                          | 82 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                                                                                                                                                                                      | 86 |

## ÍNDICE DE TABLAS

|                                                                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1. Artículos de la Constitución de la República del Ecuador (2008) relacionados con el derecho a la salud..... | 24 |
| Tabla 2. Artículos de la Ley Orgánica de Salud relacionados con el derecho a la salud ....                           | 25 |
| Tabla 3. Artículos del Reglamento a la Ley Orgánica de Salud relacionados con el derecho a la salud. ....            | 26 |
| Tabla 4. Derechos reconocidos por la CIPDHPM.....                                                                    | 43 |
| Tabla 5. Artículos de la Constitución de la República del Ecuador (2008) relacionados con el derecho a la salud..... | 48 |
| Tabla 6. Edad de los encuestados .....                                                                               | 57 |
| Tabla 7. Nivel de instrucción.....                                                                                   | 58 |
| Tabla 8. Lugar de residencia .....                                                                                   | 58 |
| Tabla 9. Fuentes de ingreso .....                                                                                    | 59 |
| Tabla 10. Personas que viven en el hogar .....                                                                       | 59 |
| Tabla 11. Conocimiento de las políticas públicas para el acceso a la salud de las personas adultas mayores .....     | 60 |
| Tabla 12. Programa de salud para las personas adultas mayores en las comunidades.....                                | 60 |
| Tabla 13. Afiliación a algún seguro social .....                                                                     | 60 |
| Tabla 14. Eficiencia de cobertura de centros de salud en la comunidad .....                                          | 61 |
| Tabla 15. Dificultades que enfrenta para acceder al servicio de salud.....                                           | 61 |
| Tabla 16. Atención a los centros de salud .....                                                                      | 62 |
| Tabla 17. Sufre de alguna enfermedad crónica .....                                                                   | 62 |
| Tabla 18. Calificación de nivel de vida actual.....                                                                  | 63 |
| Tabla 19. Alimentación adecuada .....                                                                                | 63 |
| Tabla 20. Satisface sus necesidades básicas de forma adecuada.....                                                   | 63 |
| Tabla 21. Políticas públicas garantizan el derecho a la salud de las personas adultas mayores.....                   | 64 |
| Tabla 22. Derecho a la salud incide en el ejercicio efectivo de una vida digna de las personas adultas mayores. .... | 64 |
| Tabla 23. Políticas públicas que viabilizan el acceso a la salud de las personas adultas mayores.....                | 65 |
| Tabla 24 Programas de salud que se han ejecutado en el sector rural en favor de los adultos mayores.....             | 66 |
| Tabla 25. Eficiencia cobertura de centros de salud en el sector rural .....                                          | 67 |
| Tabla 26. Dificultades que enfrentan las personas adultas mayores para acceder a este servicio de salud. ....        | 68 |
| Tabla 27. Calificación de la atención en estos centros de salud en el sector rural. ....                             | 69 |
| Tabla 28. Enfermedad crónica más común en los adultos mayores en el sector rural .....                               | 70 |
| Tabla 29. Nivel de vida actual de las personas adultas mayores en sector rural. ....                                 | 71 |
| Tabla 30. Programas de alimentación saludable para las personas adultas mayores en el sector rural.....              | 72 |
| Tabla 31 Estudios sobre la satisfacción de las necesidades de las personas adultas mayores en el sector rural .....  | 73 |

|                                                                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 32. Las políticas públicas garantizan el derecho a la salud de las personas .....                                      | 74 |
| Tabla 33. Incidencia del derecho a la salud en el efectivo ejercicio de una vida digna de las personas adultas mayores ..... | 76 |

## RESUMEN

La presente investigación examina el derecho a la salud y su vinculación directa con el derecho a una vida digna de las personas adultas mayores en el sector rural indígena del Ecuador, con foco en la parroquia Santiago de Quito, cantón Colta, provincia de Chimborazo. A pesar de que existe un sólido marco legal tanto nacional como internacional que reconoce a las personas adultas mayores como grupo prioritario, sigue habiendo una gran distancia entre lo que dicen las normas y la realidad que viven las personas. El propósito de este estudio es revisar rigurosamente si en Ecuador se está cumpliendo el derecho a la salud integral de los adultos mayores que viven en zonas rurales y cómo impacta en el derecho a vivir en condiciones dignas. Se practicó un método mixto (descriptivo analítico). Se realizaron encuestas estructuradas con 50 adultos mayores y entrevistas semiestructuradas con 10 profesionales de la salud. El análisis jurídico-normativo y los resultados empíricos se triangularon con los datos. Los hallazgos muestran que los conocimientos de los derechos de los participantes eran escasos, no había programas específicos y existían barreras importantes en el acceso de los servicios de salud. Predominan las enfermedades crónicas, en particular la hipertensión. Las opiniones entre adultos mayores y profesionales son similares pues establecen la percepción de la existencia de políticas en el papel, pero no materializadas. Se concluye que las políticas públicas no garantizan de manera efectiva el derecho a la salud en el sector rural estudiado, vulnerando así el derecho a una vida digna. Es indispensable contar con un modelo territorial e intercultural que supere las barreras geográficas, fortalezca la atención domiciliaria y mejore la articulación interinstitucional.

**Palabras clave:** derecho, paciente, servicio de salud, derechos humanos, acción comunitaria

## ABSTRACT

This research examines the right to health and its direct link to the right to a dignified life for older adults in the rural indigenous sector of Ecuador, focusing on the parish of Santiago de Quito, Colta canton, Chimborazo province. Despite the existence of a solid national and international legal framework that recognizes older adults as a priority group, a significant gap remains between what the laws stipulate and the reality experienced by these individuals. The purpose of this study is to rigorously review whether the right to comprehensive health care for older adults living in rural areas is being fulfilled in Ecuador and how this impacts their right to live in dignified conditions. A mixed-methods approach (descriptive-analytical) was used. Structured surveys were conducted with 50 older adults, and semi-structured interviews were conducted with 10 health professionals. The legal-normative analysis and empirical results were triangulated with the data. The findings show that participants' knowledge of their rights was limited, specific programs were lacking, and significant barriers existed in accessing health services. Chronic diseases, particularly hypertension, were prevalent. Opinions among older adults and professionals were similar, both indicating the existence of policies on paper but not in practice. It is concluded that public policies do not effectively guarantee the right to health in the rural area studied, thus violating the right to a dignified life. A territorial and intercultural model is essential to overcome geographical barriers, strengthen home-based care, and improve inter-institutional coordination.

**Keywords:** right, patient, health service, human rights, community action



Reviewed by:  
Marco Antonio Aquino  
ENGLISH PROFESSOR  
C.C. 1753456134

## CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Introducción

En la actualidad, existe desigualdad en el acceso a servicios básicos a nivel mundial, lo que promueve la discriminación estructural y evidencia la insuficiencia de los sistemas sanitarios tradicionales de atención a la población. La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2023) advierte que las brechas territoriales y socioeconómicas siguen siendo determinantes estructurales que condicionan el acceso real a los servicios de salud, en especial en las poblaciones de adultos mayores del sector rural.

Desde 2008, el neoconstitucionalismo reconoce a la salud como un derecho de todas las personas y, en especial, de las personas adultas mayores, consideradas grupo de atención prioritaria; por tanto, son sujetos de protección reforzada, más aún cuando pertenecen a los sectores rurales. En América Latina, se han mostrado avances significativos en la construcción de marcos jurídicos que protejan a los pueblos originarios y a los grupos de la tercera edad o adultos mayores, instrumentos como el Convenio 169 de la OIT y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de los adultos mayores, mismos que constituyen referentes normativos fundamentales, sin embargo, los informes de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2022) señala que, el reconocimiento normativo no siempre se traduce en garantía material, por lo que persisten brechas de acceso en zonas rurales e indígenas.

En este sentido, nuestro país incorpora garantías constitucionales, una de ellas siendo el principio plasmado en el Sumak Kawsay<sup>1</sup>, este último permitiendo una integración de los derechos humanos junto a la dignidad humana. Al hablar desde una perspectiva que opta por la doctrina contemporánea, se establece que el derecho a la salud no puede interpretarse únicamente como el acceso a servicios médicos, en su lugar se debe entender como un derecho más complejo que logra integrar condiciones sociales, culturales y territoriales (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022).

Al observar la legislación nacional e internacional, observamos una protección al derecho a la salud de los adultos mayores, sin embargo, es preciso señalar la existencia de barreras que llegan a limitar el acceso y la calidad de la atención que reciben. Dichas barreras precisamente son las que afectan significativamente tanto la calidad como también la expectativa de vida, lo que a la larga representa una clara vulneración al derecho a la salud y la vida digna de los adultos mayores dentro del sector rural en el Ecuador. Mediante información obtenida del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2023), el derecho a la salud se ve mermado por la existencia de barreras de accesibilidad como las desigualdades geográficas, la falta de especialistas y una escasa articulación intercultural en el sistema de salud que no garantiza este derecho.

---

<sup>1</sup>Traducido del kichwa que significa “Buen Vivir”, establece la integración de la cosmovisión indígena y representa un paradigma alternativo consagrado en la Constitución de la república del Ecuador (2008).

El objetivo de esta investigación es el de evaluar críticamente el impacto de las políticas públicas en la protección efectiva del derecho a la salud de las personas adultas mayores en el sector rural del Ecuador, esto con el fin de identificar las barreras que existen, para posteriormente proponer políticas públicas que lleguen a considerar la interculturalidad entre el modelo médico actual y la cosmovisión de los adultos mayores del sector rural que hacen uso de este servicio.

Al momento de abordar la metodología, se opta por un enfoque mixto que concentra el análisis normativo-jurídico junto con la evidencia empírica, lo que permite una validez interna en el estudio (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2021). En este caso se utilizará la encuesta como técnica de recolección de datos, misma que se dirige a los adultos mayores del sector rural, siendo estos últimos nuestra población objeto, del mismo modo, se aplicarán entrevistas a los servidores públicos a cargo del sistema de salud que funciona dentro de la parroquia Santiago de Quito, ambas poblaciones ubicadas en el cantón Colta. La selección de este sector para un estudio de caso representativo permite dirigir tanto el análisis normativo, así como también, resultados empíricos de la realidad local, hacia una realidad general dentro del sector rural del Ecuador.

La estructura del trabajo esta dividido en seis capítulos, siguiendo una secuencia lógica, partiendo del Capítulo I, mismo que plantea el problema que se debe investigar, plasmar los objetivos que se busca conseguir y finalmente establecer porque el tema escogido posee su relevancia actualmente. Posteriormente se aborda el Capítulo II, en el cual se desarrolla la teorización del marco, recopilando antecedentes relevantes y justificando la pertinencia del tema.

Posteriormente, el Capítulo III se centra en la formulación del estudio y la planificación de la investigación, tomando en consideración el desarrollo de manera clara y sistemática, después, se desarrolla el Capítulo IV en el cual se plasman los resultados de la investigación, tomando en cuenta tanto las encuestas a 50 adultos mayores y entrevistas a 10 profesionales del sector salud, organizando los resultados en tablas para su posterior análisis.

El Capítulo V tiene como función recoger las conclusiones y las recomendaciones resultado de un análisis que desarrolla un contraste entre el marco normativo y la realidad plasmada mediante el estudio de caso. Finalmente, el Capítulo VI tiene como objetivo proponer una política pública que desarrolle un modelo intercultural de aplicación territorial que permita una atención integral dirigida a los adultos mayores del sector rural.

## **1.2. Planteamiento del Problema**

A nivel global, el envejecimiento de la población y la exclusión de la sociedad ha hecho que la comunidad internacional presione para aumentar las oportunidades de acceso a los servicios. Pero para quienes toman decisiones, la falta de normas vinculantes hace que sea más difícil convertir esas recomendaciones en acciones sociales y de atención sanitaria



significativas para las personas mayores. Este cambio demográfico exige respuestas estatales que sean sostenibles y viables, particularmente en naciones con profundas desigualdades territoriales, como Ecuador.

América Latina posee mala fama al contar con inequidad en el acceso a servicios de salud, desembocando en una realidad que refleja grandes brechas tanto sociales, económicas y territoriales (Candia, 2024). Esta inequidad sigue fuertemente presente a pesar de avances en la reducción tanto de la pobreza, así como también el mejoramiento de servicios de salud, sin embargo, el acceso y la calidad de la atención médica son factores cuyo mejoramiento a permanecido estancado. (Vélez et al., 2025). Esta realidad nos permite ver un impacto negativo sobre el bienestar y la calidad de vida de las personas, en donde se encuentran incluidos los adultos mayores.

La Constitución de la República del Ecuador (2008), garantiza ser un Estado constitucional de derechos y justicia, por lo que reconoce a los adultos mayores como parte de los grupos de atención prioritaria, por su parte, la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores (2019), busca brindar una atención prioritaria y especializada a este grupo, pero, para la aplicación de estos derechos se deben enfrentar a diversos desafíos como lo son las barreras de accesibilidad, los choques culturales y la falta de preparación de los servicios públicos, lo que vulnera el derecho a la salud e impacta en la vida digna de los adultos mayores en el sector rural del Ecuador, lo que afecta gravemente la calidad y expectativa de vida de esta población catalogada como vulnerable.

Actualmente el sector rural se ha caracterizado por la afluencia de aspectos negativos como la migración y el abandono, Colta es parte de esta creciente realidad que golpea fuertemente a la población adulta mayor, en especial a la Parroquia Santiago de Quito, según el INEC (2026) esta parroquia cuenta con una población predominantemente indígena caracterizada por un porcentaje elevado de envejecimiento, es decir, la mayor parte de la población es adulta mayor, además, la mayoría de los hogares están conformados por 1 o 2 personas según datos estadísticos, desde afuera esto representa una población vulnerable, y nos permite plantearnos cuestionamientos acerca de la atención que estén recibiendo los adultos mayores dentro del sector rural.

En zonas rurales como Santiago de Quito el envejecimiento poblacional presenta un desafío que impacta directamente en el goce de los derechos del adulto mayor, estos últimos tienen su estado de salud ligado a determinantes sociales y medioambientales del entorno que habitan. Investigaciones como las de Ludeña & Peña (2011), donde abordan el puesto de salud Castug Tungurhuilla y la cabecera parroquial de Santiago de Quito, ya plasmaban un descuido en las cisternas comunitarias y, por lo tanto, una ingesta de agua insegura, representando un riesgo latente para la población, agravándose al incluir a los adultos mayores dentro de la problemática. Chimbo (2011), incluye evidencias como deficiencias nutricionales y una precariedad de cuidados bucales en la parroquia, agravaban aún más la salud de los adultos mayores.

Por otro lado, la solidaridad intrafamiliar es signo claro de una vida digna, sin embargo, la realidad dentro de la parroquia ha sido otra. Guamán & Maldonado (2024) abordan el abandono familiar en los adultos mayores, llegando a revelar un incremento preocupante de este fenómeno en zonas pertenecientes a la parroquia Santiago de Quito, esta realidad deja como resultado fuertes secuelas tanto físicas, así como un deterioro emocional de los adultos mayores.

Al abordar las políticas públicas que implementa el estado ecuatoriano, un grupo prioritario como lo es el adulto mayor, debe tener garantías que le permitan gozar de este derecho de manera óptima, sin embargo, Guacho-Malan & Liccioni (2026) expresan lo contrario, en su estudio sobre la gestión hospitalaria y aplicación de políticas públicas a adultos mayores residentes en el cantón Colta, desvelan que las políticas actuales se aplican de manera parcial, y ponen especial énfasis en la escasa contextualización territorial, además, el estudio desvela la falta de personal médico especializado en geriatría, esto sumado a una restricción de recursos hospitalarios. Los investigadores encuentran un fenómeno de baja apropiación comunitaria, además, una falta de difusión institucional, pues los adultos mayores desconocían los derechos que les asisten, aceptando pasivamente todas las barreras que se presentan al intentar acceder al servicio de salud.

La capacidad de atención, centrándonos en los subcentros de salud ubicados en la parroquia Santiago de Quito, refleja una realidad que impacta en la vida de los adultos mayores, el caso de una adulta mayor en 2023 evidencia esta realidad, pues al no contar con una capacidad curativa necesaria para tratarla se optó por derivarla a la ciudad de Riobamba, para posteriormente asilarla en el Centro Gerontológico de Guano (Ministerio de Desarrollo Humano, 2023). A esto podemos sumar la vulnerabilidad logística de la infraestructura territorial, la parroquia Santiago de Quito cuenta con 76,3 Km de vía, de las cuales 31% son de tierra y 35% son de lastre, en combinación con fenómenos meteorológicos, la movilidad de los adultos mayores se ve comprometida, una barrera que llega a afectar el acceso a la salud si su vivienda se encuentra alejada de un centro de salud.

Como manifiesta Barrera (2025), existe una limitada accesibilidad a servicios médicos especializados, debido a la insuficiente infraestructura sanitaria, falta de personal capacitado y deficiencias en el suministro de medicamentos y equipos, esta situación, se agrava por factores geográficos y económicos que dificultan el desplazamiento y el acceso oportuno a la atención médica, esto se refleja en el deterioro acelerado de la salud de los adultos mayores, es importante conocer la realidad de los adultos mayores en cuanto al derecho a la salud y el impacto en la vida de las personas, para lo cual, se plantea la siguiente pregunta:

¿En qué medida las políticas públicas garantizan de manera efectiva la protección del derecho a la salud y cómo impactan en la vida digna de las personas adultas mayores del sector rural de la Parroquia Santiago de Quito?

### **1.3. Justificación**

Las políticas públicas orientadas a garantizar el derecho a la salud cumplen un papel fundamental en la estructuración y funcionamiento de los sistemas sanitarios (Ponce, 2024), en Ecuador, donde la Constitución reconoce la salud como un derecho humano fundamental, estas políticas deben orientarse a garantizar el acceso universal, imparcial y de calidad a los servicios de salud, superando barreras territoriales, económicas y socioculturales, que afectan particularmente a grupos vulnerables (Zubiria, 2024); en este sentido, se realiza una investigación para conocer las políticas públicas que el Estado ecuatoriano ha implementado para garantizar el derecho a la salud de las personas adultas mayores en el sector rural del Ecuador, siendo una de las razones que justifica la realización de la misma.

En este contexto, el derecho a la salud constituye un pilar fundamental dentro del marco de los derechos humanos, que establece que todas las personas tienen acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios integrales de salud, los cuales abarcan desde la promoción y prevención hasta la atención médica especializada y la rehabilitación (Ponce, 2024), enfocado en estos fundamentos teóricos, se pretende realizar una investigación que permita describir por qué el derecho a la salud impacta en la vida digna de los adultos mayores en el sector rural del Ecuador, justificando su realización.

Resulta importante que, en el Ecuador, la equidad en el acceso a los servicios de salud para los adultos mayores en el sector rural es un desafío pendiente y complejo (Candia, 2024), a pesar de los avances normativos y de reconocimiento constitucional del derecho a la salud, existen brechas profundas que limitan el acceso efectivo a servicios adecuados para esta población vulnerable, donde se evidencia una clara ausencia de equidad y de inobservancia.

En las zonas rurales, los centros de salud presentan deficiencias significativas en infraestructura, recursos humanos y medicamentos, además de la centralización de los servicios en áreas urbanas, lo que obliga a los adultos mayores a realizar desplazamientos largos para recibir atención (Heredia & Contreras, 2024). Por lo tanto, proponer políticas públicas específicas y focalizadas para garantizar la equidad en el acceso a los servicios de salud de los adultos mayores en el sector rural del Ecuador justifica la ejecución de la propuesta investigativa.

Para lograr abordar una problemática como esta a nivel nacional y establecer objetivos que puedan ser cumplidos, la investigación adopta el estudio de caso de manera empírica y representativa, seleccionando la parroquia Santiago de Quito, cantón Colta. Esta decisión se justifica entorno a la selección de características tanto demográficas, socioeconómicas y geográficas, puesto que, elementos como la dispersión poblacional, la predominancia de personas de etnia indígena, barreras de acceso y un envejecimiento elevado, forman parte de reflejo constante de vulnerabilidad dentro del sector rural de gran parte del Ecuador. Esto resulta fundamental para obtener hallazgos empíricos que no solo permitan un diagnóstico de la realidad particular seleccionada, además, permite obtener una base representativa que facilite evaluar efectivamente las políticas públicas que se aplican a nivel nacional y por lo consiguiente, desarrollar propuestas que resulten extrapolables.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 General**

Determinar de manera crítica si las políticas públicas garantizan la protección efectiva del derecho a la salud, para establecer su impacto en la vida digna de las personas adultas mayores en el sector rural del Ecuador

### **1.4.2 Específicos**

- Realizar un estudio critico de las políticas públicas que el Estado ecuatoriano ha implementado con el fin de garantizar el derecho al acceso óptimo al servicio de salud de las personas adultas mayores en el sector rural del Ecuador
- Diagnosticar por qué el derecho a la salud impacta en la vida digna de los adultos mayores en el sector rural del Ecuador
- Proponer políticas públicas específicas y focalizadas para garantizar la equidad en el acceso a servicios de salud de los adultos mayores en el sector rural del Ecuador

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Estado del arte**

El envejecimiento poblacional se ha convertido en uno de los problemas estructurales de los sistemas de salud, dado el incremento de enfermedades crónicas, dependencia funcional y necesidades de cuidados de larga duración (OMS, 2023). El envejecimiento saludable depende tanto de la oportunidad del acceso a los servicios de salud, como de entornos favorables, de protección social, y de la eliminación de barreras territoriales (Corte Constitucional del Ecuador, 2021).

La inequidad sanitaria no ha sido abatida en América Latina con los avances normativos y la expansión de la cobertura, sino que existen focos por territorio, etnicidad o ingresos; y se manifiesta más concretamente en las personas mayores del sector rural (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2025) La OPS ha advertido que los sistemas de salud deben reorganizarse para responder a la transición demográfica con un enfoque de redes integradas, atención primaria robusta y enfoque intercultural; la cobertura no equivale necesariamente a un acceso efectivo; esto se vuelve palpable en la ruralidad y en poblaciones históricamente excluidas.

En el Ecuador, conforme a la información presentada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2023), se concluye que el reconocimiento constitucional del derecho a la salud y la protección de grupos prioritarios requieren indicadores de cumplimiento efectivo y mecanismos de exigibilidad. No basta con su implementación, sino con su efectividad, entendida como la disponibilidad real de los servicios, la accesibilidad territorial, la continuidad de los tratamientos, el trato digno y la pertinencia cultural, además de la falta de evidencia que plasme el derecho a la salud y a la vida digna de los adultos mayores indígenas de ruralidad andina, especialmente en cantones con dispersión territorial.

Para el desarrollo de este estudio, se ha identificado la falta de estudios jurídicos que se enfoquen de forma simultánea en el derecho a la salud, la vida digna, la protección reforzada de adultos mayores y las condiciones específicas de las áreas rurales y la interculturalidad de cantones andinos, como es el caso de Colta. Lo que obliga al análisis de la salud pública, con un enfoque en las barreras de acceso y en los estándares constitucionales como derecho y exigibilidad.

Roca (2025) nos habla sobre la percepción que se tienen de la salud física y la calidad de vida de los adultos mayores en la ruralidad del Ecuador. Señala una percepción aceptable por parte de los adultos mayores al momento de considerar su salud, sin embargo, también menciona la existencia de disparidad entre la percepción subjetiva y la situación objetiva que poseen los servicios de salud, de nutrición y del apoyo social que reciben. Además, factores importantes como el aislamiento geográfico y la escasez de recursos, causa un impacto directo en la valoración tanto de la salud, así como también el de la calidad de vida.

Por otro lado, Escobar (2025) expresa y muestra de manera detallada el impacto que causa la migración y el abandono de la familia en la dignidad de las personas que pertenecen a las comunidades, siendo en este caso, un factor decisivo que genera riesgos en el ámbito emocional, económico y la salud, lo que a la larga afecta negativamente su dignidad y su sentido de pertenencia.

Zúñiga (2024) también menciona la “obligación subsidiaria” que asumen muchos adultos mayores al brindar cuidado a sus nietos u otros familiares, utilizando sus limitados recursos y energía para cuidarlos. Esto crea un conflicto constante entre su responsabilidad hacia su familia y sus derechos al descanso, la salud y la seguridad. Estudios comparativos, como el de Zúñiga en Los Mochis, Sinaloa (México) pueden ayudar a discernir similitudes y diferencias con la realidad rural en Ecuador. Incluso en entornos más urbanos existen problemas como la soledad, las enfermedades crónicas y la dependencia económica.

Mesías et al. (2023) expresa de manera conceptual elementos que aborda la vejez y la vida con dignidad dentro de un contexto rural, todo con el fin de hacer frente a los estereotipos negativos de los adultos mayores, además, recalca la importancia de la cultura, el reconocimiento social y la experiencia de la vida para con la vejez. Finalmente, Espín (2022) desarrolla de manera clara y practica un modelo de políticas locales dirigidas a los adultos mayores en Tisaleo.

Todos estos estudios poseen elementos significativos que abarca el tema de estudio, en el Ecuador la mayoría de las políticas se centra en áreas como la salud, vivienda y participación comunitaria, lo que conlleva un desarrollo de prácticas que permitan llevar a cabo oportunidades de envejecimiento activo en el ámbito rural. Los estudios prestan clara atención a la importancia que tiene el estar atento al derecho a la salud y la vida digna de los adultos mayores, teniendo en cuenta una dimensión pluridimensional, donde se encuentran incluidos aspectos como la propia ruralidad, las dinámicas migratorias, los roles familiares y las experiencias en otras regiones.

La revisión precedente muestra valiosas incursiones en la percepción de la salud en la ruralidad, así como el abandono familiar y las políticas públicas que se aplican al envejecimiento, abordando la problemática de manera sociológica, médica o referente al trabajo social. Por lo que, en busca de complementar un vacío investigativo, se identifica la ausencia de un estudio dogmático-jurídico que aborde la vinculación de la exigibilidad del derecho a la salud, la garantía constitucional a una vida digna y finalmente una protección reforzada a los adultos mayores, sobre todo aplicándose a una realidad intercultural, donde exista una alta dispersión geográfica como lo es la zona rural, por lo tanto, la presente investigación buscará aportar un estudio crítico de la norma junto con el contraste de la realidad empírica de la parroquia Santiago de Quito, cantón Colta.

## **Marco Teórico**

### **UNIDAD I**

#### **2.1.1. EL DERECHO A LA SALUD**

El derecho a la salud ha sido definido por los tribunales como un derecho complejo; implica la necesidad del Estado no solo de reconocerlo formalmente en su posesión, sino también de adoptar medidas efectivas para asegurar la igualdad en sus términos. En términos jurídicos, este derecho evoca tres modelos de obligaciones estatales: respetar, proteger y garantizar. Respetar, como obligación, implica negarse a intervenir arbitrariamente en el acceso a servicios y beneficios. La responsabilidad de protección (que consiste en un deber de protección) consiste en asegurarse de que terceros, ya sean proveedores, aseguradores, intermediarios o administradores, no vulneren el acceso. Y garantizar el cumplimiento de todas las obligaciones contempladas por la ley.

Para que el derecho a la salud sea una realidad y no una mera declaración, es necesario actuar con acciones concretas: hacer leyes, asignar los presupuestos necesarios, formular las políticas públicas y tomar las medidas administrativas que sean necesarias en este sentido, con el objetivo de remover los obstáculos existentes. No es suficiente con disponer de buenas normas escritas, es esencial asegurar la implementación de las normas en la vida cotidiana, particularmente en comunidades rurales e indígenas que por la desigualdad histórica pueden empeorar el escenario. En el contexto rural, estándares internacionales como el Marco de salud universal de la OPS (2025) que incentiva servicios integrales, oportunos y de calidad sin discriminación, y medicamentos enormes son útiles para evaluar la efectividad. Es un enfoque muy importante para los adultos mayores rurales, ya que también tiene en cuenta los costos indirectos (transporte, acompañamiento, pérdida de ingresos).

El estándar AAAQ (Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad) resulta muy útil para transformar el derecho constitucional a la salud en resultados concretos y medibles (Corte Constitucional del Ecuador, 2025):

- **Accesibilidad:** La disponibilidad del sistema de salud va más allá de la proximidad a un hospital. Incluye que sea físicamente accesible, que no sea económicamente imposible para las familias acceder a los servicios, que la población conozca qué servicios se ofrecen y qué hacer, y que nadie sea excluido por edad, origen, sexo o cualquier otra razón. Como advierte la Organización Mundial de la Salud en 2023, la cobertura universal no basta sino se sigue eliminando las barreras estructurales para una atención efectiva y realista.
- **Aceptabilidad:** Las instituciones que prestan servicios de salud deben tener en cuenta que la atención deberá ser respetuosa e individualmente personalizada, esto con el fin de reconocer la cultura y la cosmovisión que posee cada individuo, sobre todo al momento de atender a comunidades indígenas que poseen divergencias al momento de entender aspectos elementales sobre salud y enfermedad.

- **Calidad:** Este apartado implica la existencia de diagnósticos oportunos, tratamientos adecuados, medicamentos apropiados, además, de una continua atención médica, lo que permite un acompañamiento personal que mejora su vida diaria.

En este sentido, el derecho a la salud que tienen todas las personas por el solo hecho de existir es inalienable para cada persona y, como tal, será reconocido, respetado y materializado a través de los instrumentos de los que disponga el Estado para asegurar la supervivencia de la sociedad. El respeto a la dignidad humana y una convivencia en condiciones de bienestar para la población en general, mediante la prestación adecuada de los servicios de salud (Cañón, 2022).

La prestación de los servicios de salud comprende las actividades de prevención de las enfermedades, la promoción de la salud y, cuando esta no se cumple, afecta los servicios de curación, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos de la enfermedad. Los cuales se manifiestan en las actividades, intervenciones y procedimientos que se llevan a cabo en el suministro de medicamentos y en el uso de las tecnologías e insumos necesarios para la prestación de los servicios de salud (Herrera et al., 2025).

El abordaje del derecho a la salud o a la protección de la salud puede hacerse desde el reconocimiento del derecho de cada persona y de la salud colectiva; desde el servicio público de la prestación de los servicios de salud; y desde el funcionamiento del sector salud de la administración pública. En general, de la organización de los servicios de atención en salud desde diversas perspectivas, como la técnica, la administrativa, la económica y la jurídica (Hersch & Salamanca, 2022).

#### **2.2.1.1. El derecho a la salud en el ordenamiento jurídico ecuatoriano**

El Ecuador se define como un Estado constitucional de derechos y justicia, lo que implica que los derechos fundamentales no constituyen meras declaraciones programáticas, sino mandatos normativos de cumplimiento obligatorio en todas las funciones del Estado. El derecho a la salud se reconoce constitucionalmente como un derecho garantizado por el Estado y como un componente esencial del régimen del buen vivir, lo que obliga a interpretar la salud de manera sistemática y armónica con los principios estructurales del ordenamiento, tales como la dignidad humana, la igualdad material, la progresividad de los derechos sociales y la protección reforzada de los grupos de atención prioritaria.

En el sistema constitucional moderno la dignidad humana es un fundamento trascendental, es por ello que la Corte Constitucional del Ecuador (2021) ha determinado que los derechos sociales, en este caso el derecho a la salud, pueden ser directamente exigibles al momento de una violación que afecte las condiciones mínimas que deben existir para una vida digna. Un ejemplo de ello es la Sentencia No. 1504-19-JP/21, cuyo tribunal toma en consideración la relación directa y de dependencia entre la salud y la vida digna, lo que obliga a que el estado adopte medidas efectivas al no existir atención clara que permita



el bienestar de la persona. Es por ello que el derecho a la salud desarrolla una interpretación que convergen en tres elementos fundamentales como lo son el acceso efectivo que no este limitado a lo formal, la aplicación de un enfoque territorial y la aplicación de medidas para superar las desigualdades existentes.

Segunda: la protección reforzada de los adultos mayores, quienes forman parte de los grupos de atención prioritaria. Bajo tales circunstancias, las personas mayores están incluidas y la acción estatal se eleva a un nivel superior, lo que permite al Estado actuar con rapidez, responder adecuadamente y reducir los procedimientos excesivos ( Corte Constitucional del Ecuador, 2025).

En el Ecuador esta claro que el derecho a la salud es claramente fundamental, inmutable y que se debe garantizar sin excepción a todas las personas. En este caso un aspecto trascendental es el enfoque territorial, además, el estado deberá tomar las medidas necesarias para reducir las brechas que impiden una igualdad real, especialmente en las zonas rurales, lugares donde factores como la distancia, la falta de infraestructura y la escasez de especialista impiden que se lleve a cabo un correcto acceso a los servicios de salud.

La Constitución de la República del Ecuador (2008) establece que la salud será protegida y se proporcionará acceso universal, equitativo y no discriminatorio a los servicios de salud, como se demuestra a continuación:

**Tabla 1.**

*Artículos de la Constitución de la República del Ecuador (2008) relacionados con el derecho a la salud.*

| Artículo        | Síntesis del contenido                                                                                                                                                             | Aporte del investigador                                                                                                                                                            |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Art. 3</b>   | Establece como deber fundamental del Estado garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación, entre ellos la salud, la educación, la alimentación y la seguridad social. | Este artículo constituye la base constitucional que obliga al Estado a garantizar el acceso equitativo a la salud, especialmente para grupos vulnerables como los adultos mayores. |
| <b>Art. 32</b>  | El art. 32 reconoce la salud como un derecho fundamental que se relaciona con el resto de los derechos fundamentales a vivir bien y alcanzar el llamado buen vivir.                | Se evidencia que la salud es un derecho inherente y, el Estado impulsará la acción política que garantice el acceso oportuno y de calidad a los servicios médicos.                 |
| <b>Art. 358</b> | El art. 358 dispone que el sistema de atención sanitaria debe fomentar y defender una                                                                                              | Este enfoque particular es valioso ya que permite prestar una atención más cercana y adecuada a las necesidades de las                                                             |

|                 |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 | vida que promueva la salud, sin interferir jamás en las diferencias sociales y culturales.                                                                                                               | comunidades rurales y también de las personas mayores (de 65 años y más).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Art. 360</b> | El artículo 360 de la Constitución menciona que el sistema de salud tiene el deber de asegurar la promoción, la prevención y el cuidado del bienestar integral a través del modelo de Atención Primaria. | Este modelo resulta particularmente significativo en las zonas rurales donde en muchos casos la infraestructura es limitada. Allí, la proximidad de los servicios introduce una gran diferencia: pasa de tratar a las personas como simples individuos para reconocerlas como personas con historias, contextos y necesidades propias, permitiéndoles ser atendidas con la atención que realmente merecen. |
| <b>Art. 361</b> | El artículo 361 de la Constitución establece claramente que el sistema de salud es guiado por el Estado y debe diseñar y estabilizar las políticas de la población en este ámbito.                       | Esto implica el compromiso de diseñar planes más concretos que garanticen el derecho real a la salud, específicamente la salud de las personas adultas mayores de 65 años.                                                                                                                                                                                                                                 |

**Nota.** Esta tabla da a conocer los artículos de la Constitución de la República del Ecuador (2008) relacionados con el derecho a la salud

Más allá de la Constitución, el derecho a la salud se desarrolla mediante leyes específicas que establecen cómo, se organiza y funciona el sistema de salud en Ecuador. Estas leyes permiten que el derecho a la salud sea efectivo en la práctica:

**Tabla 2.**

*Artículos de la Ley Orgánica de Salud relacionados con el derecho a la salud*

| <b>Artículo</b> | <b>Síntesis del contenido</b>                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Aporte del investigador</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Art. 1</b>   | Establece que la Ley Orgánica de Salud tiene como objetivo garantizar el derecho a la salud reconocido en la Constitución, orientando las acciones del sistema sanitario bajo principios como equidad, universalidad, solidaridad, calidad y participación social. | El presente marco legal es el que establece las reglas generales que rigen todas las políticas y acciones de salud en Ecuador. Especialmente importante por que busca que la atención médica sea justa y que le sea con todos y especial atención a los grupos que mayor lo necesitan, especial atención a las personas adultas mayores. |

|               |                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Art. 2</b> | En línea con el artículo 2, todas las instituciones y personas que formen parte del Sistema Nacional de Salud deberán cumplir con la ley y las normas que el Sistema Nacional de Salud establezca para ejercer su autoridad sanitaria. | Esto permite que haya una coordinación real entre todos los actores y que las políticas se apliquen de forma coherente en todo el país.                                                                                                                                                          |
| <b>Art. 3</b> | Por su parte, el artículo 3 da una visión más completa y humana de la salud, no es sólo la falta de enfermedad, sino un estado de bienestar físico, mental y social.                                                                   | Cuidar la salud no es solo obra del Estado, sino de toda la sociedad. Esta definición recuerda algo muy crucial, la salud no depende únicamente de médicos y hospitales. También está formada por las condiciones sociales, económicas y ambientales en las que las personas viven su día a día. |
| <b>Art. 7</b> | Reconoce el derecho de todas las personas a acceder a servicios de salud sin discriminación, incluyendo atención oportuna, programas de salud pública y el derecho a vivir en un ambiente saludable.                                   | Esta norma fortalece el principio de igualdad en el acceso a los servicios de salud y establece la obligación del Estado de brindar atención prioritaria a grupos vulnerables como los adultos mayores.                                                                                          |

**Nota.** La información de esta tabla permite conocer los artículos de la Ley Orgánica de Salud que se relacionan con el derecho a la salud

Para garantizar el derecho a la salud también existe el Reglamento a la Ley Orgánica de Salud en la cual se expresa las siguientes normas:

**Tabla 3.**  
*Artículos del Reglamento a la Ley Orgánica de Salud relacionados con el derecho a la salud.*

| <b>Artículo</b> | <b>Síntesis del contenido</b>                                                                                                                                                   | <b>Aporte del investigador</b>                                                                                               |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Art. 1</b>   | Las áreas de salud, en coordinación con los gobiernos autónomos locales, deben promover la salud en sus territorios mediante la participación de instituciones y la ciudadanía. | Este artículo es fundamental en cuanto a las zonas rurales para mejorar el acceso a servicios y fomentar hábitos saludables. |

**Nota.** La tabla permite conocer los Artículos del Reglamento a la Ley Orgánica de Salud relacionados con el derecho a la salud.

En Ecuador, el derecho a la salud es fundamental y una obligación prioritaria del Estado. La Constitución lo vincula con el Buen Vivir y establece que debe garantizarse con equidad, universalidad y sin discriminación. Se asegura el acceso a servicios de salud oportunos y de calidad para toda la población. Al respecto, la LOS y su reglamento desarrollan este derecho y permiten su aplicación práctica mediante la organización del Sistema Nacional de Salud. Estas normas sirven para reforzar la responsabilidad estatal y la participación social, entendiendo la salud como un proceso integral que involucra tanto acciones preventivas como cuidados dirigidos al bienestar individual y colectivo (Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores , 2019).

#### **2.2.1.2. El derecho a la salud en los instrumentos internacionales**

Diversos instrumentos internacionales han reconocido gradualmente el derecho a la salud como un derecho fundamental para el bienestar individual; en esta dirección, es evidente que la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946) establece que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad.

En el ámbito de los derechos humanos, el derecho a la salud es considerado con el más alto nivel de salud tanto física como mental, lo que se considera un derecho universal. En este caso instrumentos internacionales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) respaldan esta afirmación. Además, permite que se promueva una visión integral de la salud, donde su concepción va más allá de la simple ausencia de enfermedad.

Dichos instrumentos internacionales representan cómo se ha desarrollado el concepto del derecho a la salud: ya no aparece únicamente como la ausencia de enfermedad, sino como un conjunto de circunstancias que permiten a cada persona alcanzar un nivel adecuado de salud, tanto física como mental (Organización de los Estados Americanos, 1969).

#### **2.2.1.3. El derecho a la salud de los adultos mayores según la Corte Constitucional del Ecuador**

En el Ecuador, el derecho a la salud no corresponde a una mera disposición pragmática vigente en la Constitución; su reconocimiento y justiciabilidad han sido reconocidos por la Corte Constitucional del Ecuador, que en la sentencia N° 904-12-JP/19 estableció parámetros relacionados con el derecho a la salud. Se señala que este comprende la atención oportuna y apropiada en salud, el acceso igualitario y oportuno a los servicios de salud básicos, preventivos, curativos y de rehabilitación, que abarca elementos esenciales e interrelacionados como la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, y que, en sus obligaciones, al Estado le corresponde respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud (Zambrano, 2023).

#### **2.2.1.4. La protección efectiva del derecho a la salud de los adultos mayores del sector rural en el Ecuador**

Cuando la condición de persona adulta mayor se combina con la ruralidad y la identidad indígena, se configura lo que la jurisprudencia nacional denomina vulnerabilidad agravada (Vargas, 2023). En estos casos convergen múltiples factores de exclusión, tales como la distancia geográfica, la pobreza estructural, las barreras lingüísticas, la infraestructura sanitaria limitada y las tensiones interculturales; dicha convergencia no solo aumenta la probabilidad de afectar el derecho a la salud, sino que también amplifica el impacto en la vida digna.

En este caso el Estado deberá adoptar medidas positivas y diferenciadas que se adapten a las necesidades que posea cada grupo. Con respecto a la salud, los esfuerzos se verán enfocados en la priorización de la atención, la garantía de los medicamentos, el desarrollo de un correcto seguimiento clínico y la eliminación de barreras administrativas que lleguen a ser innecesarias. Basta con mencionar que la urgencia de estas medidas debe llevarse a cabo en las zonas rurales, lugares donde el acceso es más limitado. La Constitución de la República del Ecuador (2008) determina como un grupo de atención prioritaria a los adultos mayores, es por ello que, se establece una obligación estatal para garantizar el derecho a la salud, donde se presta atención a las condiciones territoriales del individuo.

El artículo 35 incluye el reconocimiento de la atención prioritaria y especializada para las personas mayores, lo cual resulta cada vez más aplicable a las comunidades rurales, donde se superponen múltiples factores de vulnerabilidad (por ejemplo, el aislamiento geográfico y el acceso limitado a los servicios públicos). Al mismo tiempo, el artículo 36 garantiza el derecho a la atención integral y gratuita de la salud, mientras que el artículo 38 dispone que las políticas públicas tomen explícitamente en cuenta las regiones urbanas y rurales; se enfatiza la obligación del Estado de implementar medidas diferenciadas para garantizar la efectividad real de este derecho en el contexto rural.

Por otro lado, el artículo 42 de la Ley Orgánica de las Personas Mayores (2019) reconoce el derecho que poseen los adultos mayores, siendo que obliga a otorgar una salud integral, además, obliga al estado a garantizar el acceso oportuno, equitativo y preferencial, incluyendo acciones afirmativas para lograr superar barreras económicas, geográficas y estructurales que llegan a ser un obstáculo en el sector rural; de la misma manera El Reglamento General de la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores (2020) respalda la existencia de esta obligación de garantizar la atención tanto efectiva como continua en el apartado de la salud.

Por lo tanto, el artículo 27 establece que los servicios del Sistema Nacional de Salud deben brindar atención integral, preventiva y especializada a las personas adultas mayores, además de promover la coordinación interinstitucional y la participación de los GADs. Esto es de vital importancia en las áreas rurales; permite coordinar medidas locales que

contribuyen a ampliar el acceso a la atención médica, especialmente en zonas remotas o de difícil acceso.

La Ley Orgánica de Salud (2015) respalda los principios mencionados con anterioridad, pues establece una universalidad, equidad e integralidad como elementos fundamentales al crear una base que permita el ejercicio del derecho a la salud. Esto genera la existencia de una obligación por parte del estado que permita reducir brechas entre la zona urbana y la rural. Por lo tanto, la jurisprudencia ecuatoriana ha sido referente al crear fallos que destacan en la protección de la salud de los adultos mayores, donde se enfocan en la atención prioritaria, la disponibilidad y la accesibilidad de los servicios, además, de plantear la necesidad de medidas diferenciadas en contextos de vulnerabilidad como lo son la ruralidad, la pobreza, y la identidad del individuo.

Los errores que resultan de la interacción de todos estos factores de vulnerabilidad exacerbada son escasos, pero hay ejemplos que demuestran la responsabilidad del Estado de adoptar acciones positivas y específicas. Jurisprudencia nacional destacada: Sentencia 3144-17-EP/24 (Corte Constitucional del Ecuador, 2024). Este caso es emblemático por la vulneración del derecho a la salud de una persona adulta mayor. La Corte declaró la vulneración de los elementos de disponibilidad y accesibilidad del derecho a la salud por parte de un hospital del IESS. El paciente no recibió en su totalidad los medicamentos recetados en el hospital (algunos tuvieron que ser comprados por la familia) ni recibió atención oportuna y adecuada.

Como lo ha establecido el artículo 35, 37 de la CRE, la Corte Constitucional ha desarrollado y por lo tanto, ha recalcado este derecho que poseen los adultos mayores a una atención especializada y prioritaria. Aclarando que la interrupción de medicamentos o atención conlleva una vulneración de la dignidad de la persona y por lo tanto impide su derecho a una vida digna, sobre todo al momento de contar con enfermedades catastróficas o crónicas. Méndez et al. (2025) ha realiza estudios que llegan a confirmar las brechas existentes en parroquias rurales, siendo estas la falta de seguro, enfermedades crónicas que no poseen un tratamiento oportuno, el aislamiento geográfico y finalmente las barreras económicas de las personas. Por lo tanto, una vulneración exacerbada exige la aplicación de mediadas diferencias, así como también interculturales, sobre todo en contextos rurales e indígenas.

Estos precedentes y evidencias fortalecen el mandato constitucional y legal. El Estado propondrá medidas políticas que vayan más allá y adopte medidas afirmativas concretas, como la priorización real de la atención, la telemedicina o las brigadas móviles en zonas remotas, la eliminación de barreras administrativas y la coordinación interinstitucional efectiva. La Ley Orgánica de la Salud refuerza dicha obligación. Además, de la existencia de responsabilidad del Estado por la conducta u omisión en el cumplimiento de sus deberes, derivada de la violación de derechos.

### **2.2.1.5. La atención prioritaria y especializada en el ámbito de la salud pública y privada**

La protección ampliada no es un privilegio sino un medio para lograr la verdadera igualdad. No es justo tratar de la misma manera a personas que se encuentran en circunstancias muy diferentes: esto sólo exacerba las desigualdades y profundiza la división. En salud, en el público como en el privado, el prioritario se materialice en acciones concretas y humanas:

- Respuesta rápida y oportuna, no dejando a nadie a la espera por necesidad.
- Un trato digno, respetuoso y cercano.
- Abreviación de trámites y formalismos que perjudican la accesibilidad.
- Supervisión clínica regular y vigilante.
- Suministro regular e ininterrumpido de medicamentos.

La Corte Constitucional del Ecuador (2025) en sus fallos ha establecido que las autoridades tienen como obligación el actuar con especial diligencia hacia los grupos prioritarios, esto garantiza las respuestas oportunas y efectivas. Además, la Constitución de la República del Ecuador (2008) tiene claro que, en adultos mayores, la atención especializada y su prioridad son parte de un principio fundamental que se enmarca en el sistema de protección de derechos humanos. Por lo tanto, el objetivo principal es el de corregir la desigualdad, buscando siempre el disfrute total del derecho a la salud.

El artículo 35 de la Constitución identifica como población de atención prioritaria a las personas mayores de 65 años, tanto en los servicios del Estado como en los privados. Si bien la redacción es más o menos general, no deja lugar a dudas sobre la obligación tanto del Estado como de las instituciones y empresas privadas de brindarles un trato preferencial, modificado, por supuesto, en función de su edad y estado de salud, pero siempre en la medida de lo posible y razonablemente. El objetivo es contribuir a superar las barreras que a menudo impiden que las personas mayores de 65 años accedan de manera efectiva a los servicios de salud, en particular cuando se encuentran en un estado de mayor vulnerabilidad.

De igual manera, el art. 36 establece servicios de salud prioritarios y especializados para adultos mayores, tanto en el ámbito público como en el privado, y garantiza el acceso a la atención médica integral y gratuita. Por consiguiente, esta disposición enfatiza aún más que la atención médica no dependerá del tipo de institución, sino que será oportuna y continua y responderá a las condiciones de salud de las personas adultas mayores.

En la Constitución de la República del Ecuador (2008), señala que la atención prioritaria y especializada en salud, se debe generalizar a todo el sistema sanitario ecuatoriano. Por tanto, se puede concluir que, en todos los establecimientos de salud, públicos o privados, los adultos mayores son merecedores de una atención adecuada a su derecho a la salud.

#### **2.2.1.6. El acceso gratuito a medicinas de los adultos mayores del sector rural del Ecuador**

La continuidad del tratamiento es fundamental para un derecho efectivo a la salud. A partir de los 65 años, la prescripción gratuita de medicamentos y las citas regulares marcarán una gran diferencia en su calidad de vida. Sin embargo, con frecuencia, la falta de apoyo institucional, la falta de respeto y la presión económica sobre las familias obligan a la mayoría de los adultos a pagar sus medicamentos de su propio bolsillo, incluso cuando no deberían. Según la OMS (2023), estos gastos directos agravan la situación de los hogares más vulnerables, generan deudas y, en la mayoría de los casos, provocan el abandono del tratamiento.

En cuanto a la calidad de vida, la autonomía y la dignidad de los adultos mayores, la interrupción de sus tratamientos médicos llega a tener un impacto negativo directo. Es imperativo aclarar que una forma de preservar la independencia y el bienestar de la vida cotidiana del adulto mayor es la oportunidad de llevar un seguimiento mediante la toma de medicamentos de manera regular. En el territorio ecuatoriano, los adultos mayores que viven en zonas rurales, que tienen más posibilidades de poseer dificultades económicas, tienen el derecho a la disponibilidad de medicamentos de manera gratuita.

La ley y las políticas públicas son claras: El Estado tiene que asegurar la entrega oportuna de los fármacos necesarios para tratar las enfermedades crónicas y degenerativas de la vejez. Como apuntan Monje y San Lucas (2021), esta es una medida para disminuir las inequidades en salud que impactan a los adultos mayores rurales, los cuales en muchos casos están solo en el sistema público. En realidad, sin embargo, las cosas están lejos de ser ideales en este campo. La falta de medicamentos gratuitos es un problema crónico, agravado por la distancia a los centros de salud, la disponibilidad irregular y los engorrosos procedimientos administrativos para acceder a este derecho.

Vera et al. (2022) resaltan que, si bien existen leyes y regulaciones, existen grandes brechas entre territorios, y los más afectados son los adultos mayores de 65 años de las zonas rurales. Un suministro regular de medicamentos puede marcar una enorme diferencia en la vida de estas personas: pueden controlar mejor sus enfermedades crónicas, reducir el riesgo de complicaciones y prevenir hospitalizaciones no deseadas. Muchas personas se ven obligadas a automedicarse o a dejar de tomar sus medicamentos cuando faltan, provocándoles más dolor y sufrimiento y empeorando su salud. Es necesario, por tanto, aumentar los mecanismos de distribución y seguimiento en el ámbito rural, para que este derecho no se quede en el papel.

La Corte Constitucional del Ecuador ha dejado claras sus palabras al respecto. En la Sentencia 3144-17-EP/24 (Corte Constitucional del Ecuador, 2025), se determinó que la vulneración del derecho a la salud y el derecho al trato preferente de una adulta mayor consistió en la suspensión de los medicamentos y seguimiento por el médico. Del mismo modo, el Estado tiene la obligación de eliminar los obstáculos económicos y geográficos,



particularmente en el ámbito de las enfermedades crónicas, señala la Sentencia 679-18-JP/20. Todas estas determinaciones demuestran que no se puede negar el derecho a la libre distribución de medicamentos, especialmente a los ancianos de las zonas rurales, y que tal denegación no sólo es un problema administrativo, sino una violación de la Constitución que debe ser sanada de manera eficaz.

#### **2.2.1.7. Políticas públicas para garantizar la protección efectiva del derecho a la salud de los adultos mayores del sector rural del Ecuador**

Al analizar el derecho a la salud y su impacto en la vida digna de los adultos mayores, es inevitable analizar los instrumentos con los cuales el Estado garantiza y fortalece el acceso a estos derechos, los instrumentos que articulan estas obligaciones constitucionales son precisamente las políticas públicas. Históricamente, frente a las demandas de la población, la acción gubernamental ha si objeto de estudio, incluyéndolo como disciplina académica a mediados del siglo XX, Villanueva (1993) señala que esta disciplina nace para examinar el proceso decisorio y la capacidad directiva del estado, superando a la simple ejecución administrativa, puesto que, se configura como un campo donde convergen tanto el conocimiento empírico, los recursos públicos, y la unión de diversos actores sociales.

En la doctrina convergen diversas definiciones de lo que es una política pública, Arias & Herrera (2012) hacen un excelente trabajo al recopilar diversas definiciones de política pública, mucho de ello radican en el enfoque que el autor este analizando, al enfocarse en la resolución de problemas colectivos, Lasswell (1992) conceptualiza la política pública al tratarla como una compleja estrategia multisectorial que busca resolver específicamente problemas sociales apremiantes, requiriendo de un alto nivel de empirismo y participación activa de los actores implicados. Por otro lado, Anderson (1984) le da un valor de acción intencional y estructurada, en la cual existe un seguimiento sistemático por parte de actores gubernamentales para resolver un asunto de interés público. Thoenig (1985) propone su visión al expresar que la política pública es una decisión explícita por parte del estado para hacer o no hacer algo frente a una problemática determinada. Finalmente, al abordar el conflicto social y el poder, Vallés (2002) conceptualiza la política pública como el conjunto interrelacionado de decisiones y no decisiones que tiene como finalidad la de gestionar, mitigar o canalizar un área de demanda social, en la cual se incorpora un nivel de obligatoriedad.

Además, Arias & Herrera (2012) exploran el ámbito latinoamericano y señalan la diferencia entre gubernamental y público, citando autores como Ejea (2006) y Villanueva (2009) determinan que al hablar de un directriz gubernamental, nos referimos a que el estado actúa de manera vertical y unilateral, tanto en decisiones como al momento de determinar soluciones, por otro lado, al hablar de política pública estamos frente a una combinación del estado con actores no gubernamentales como lo puede ser el sector privado, tanto en la toma de decisiones como en el diseño y la ejecución.

Por otro lado, la doctrina nos aclara que se debe tener cuidado con la equiparación de ley y política pública, como menciona Carreño (2014) citando a Cuervo (2007), la ley no puede ser una política pública, es enfático en afirmar que dentro de una ley puede haber lineamientos de política pública, obligaciones o manifestaciones más específicas a comparación de lo que es una política pública. Para Cuervo la política pública es la acción del gobierno en conjunto con otros actores del estado que permite resolver un problema mediante la movilización de recursos y la sociedad, esta última siendo la que potencie o delimite dicha acción.

Mediante esta aclaración se establece que la ley y la política pública son sustancialmente distintas, pues la primera es un instrumento jurídico rígido, aprobado por el legislativo, que posee la función de regular la conducta de las personas, además, reconoce y garantiza los derechos otorgados por el Estado bajo el principio de legalidad, por otra parte, la política pública forma parte de un proceso directivo y ejecutorio, con base en el poder ejecutivo, ejercerá como guía para definir el uso de recursos financieros, logísticos e institucionales que permitan llevar a cabo los mandatos de la ley.

En Ecuador, la organización del accionar público se organiza a través del Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa (SNDPP), mismo que categoriza las políticas públicas de la siguiente manera:

**Política Sectorial:** Directrices ejecutadas por los ministerios, ejerciendo rectoría sobre una rama específica de la administración pública como puede ser el sistema de salud o el sistema de educación. Su finalidad es la de resolver problemas concretos y garantizar un acceso oportuno a los derechos constitucionales (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2011).

**Política Transversal:** Directrices que incluyen en su desarrollo una planificación completa del Estado. Son políticas tuteladas bajo los Consejos Nacionales para la igualdad, buscando que el accionar público materialice tanta perspectiva de género, interculturalidad, la discapacidad y la movilidad humana (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

**Políticas Intersectoriales:** Directrices que parten de un problema público complejo, normalmente originado de manera multicausal, no pudiendo ser solventada únicamente por una sola cartera de estado o ministerio, requiriendo de la unión de varias instituciones para lograr cohesionar el desarrollo que se desea alcanzar (Williner & Martínez, 2023).

**Políticas Territoriales o Locales:** Directrices formuladas por los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD), su desarrollo se basa en políticas materializadas en su ámbito geográfico o su competencia territorial, para el efecto se ejecutan mediante instrumentos como lo es el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (PDOT), siempre respondiendo a los diversos niveles de gobierno (Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, 2010).

En Ecuador, una de las políticas más significativas en el ámbito de la salud es la atención prioritaria a la población adulta mayor, consagrada en la Constitución de 2008. Debido a esta norma, el Estado tiene la responsabilidad de ofrecerles servicios de salud gratuitos, preferenciales y especializados a todas las personas de 65 años en adelante. Este reconocimiento ha ayudado a mirar con otros ojos a las personas mayores como un grupo de especial vulnerabilidad, que merecen un cuidado y una atención prioritaria por parte del Estado y de la sociedad. Y, sobre todo, a aquellos que viven en dispersión geográfica, donde la falta de dinero y de espacio tienden a complicar aún más la vida.

Otra política pública relevante es la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) (2013) por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP), centrado en la familia y la comunidad; de este modo, busca acercar los servicios de salud a la población mediante centros y subcentros de salud, atención preventiva, brigadas médicas y, en algunos casos, atención domiciliaria. Por consiguiente, en el caso de los adultos mayores del sector rural, esta política pretende reducir las barreras de acceso derivadas de la distancia geográfica, la falta de transporte y la infraestructura sanitaria limitada.

Asimismo, el Estado ecuatoriano ha establecido políticas públicas de corresponsabilidad institucional, se delega competencias en la atención de los adultos mayores a entidades como el Ministerio de Desarrollo Humano (MDH), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GADs), de esta manera estas instituciones deben ejecutar programas y proyectos dirigidos a la atención integral del adulto mayor, incluye el acceso a servicios de salud, especialmente para personas no jubiladas y residentes en áreas rurales. Entre los programas más relevantes se encuentran:

El Programa de Atención Integral a las Personas Adultas Mayores del MDH proporciona atención domiciliaria y centros gerontológicos (residencia, diurno y socialización), con especial énfasis en áreas de alta dispersión geográfica y de pobreza.

El Programa del Adulto Mayor del IESS, fomenta la salud y previene problemas, mediante talleres de Terapia Ocupacional, Actividades Recreativas y Sociales Integradoras. El programa también se implementa en dispensarios rurales del Seguro Social Campesino. El acceso universal es posible, según la Organización Panamericana de la Salud (2022), cuando el sistema se basa en la Atención Primaria de Salud (APS), debido a su orientación hacia la equidad, el primer contacto y el enfoque comunitario, las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) representan la expresión operativa que articula niveles de atención, referencia, contrarreferencia y continuidad de la atención, elementos esenciales en entornos rurales donde la fragmentación contribuye a la pérdida de seguimiento y discontinuidad de los medicamentos. Desde una perspectiva analítica, las políticas públicas sanitarias deben evaluarse en cuatro dimensiones, entre los componentes que tiene un buen sistema se encuentran:

1. Primer contacto adecuado.

2. Referencia y contrarreferencia efectivas.
3. Provisión de suministro básico de medicamentos esenciales.
4. Gestión intercultural y comunitaria.

El Ministerio de Salud Pública presenta, en el Informe de Rendición de Cuentas 2023, mejoras significativas en la expansión del servicio y en el fortalecimiento de la atención primaria. A pesar de estos avances, persisten desafíos importantes en las zonas rurales. La mayoría de ellos estarán relacionados con la falta de personal sanitario y con problemas logísticos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023). Por otro lado, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2023) describe el cambio demográfico que se observa actualmente en el país y el aumento progresivo del número de adultos mayores. Esto implica una mayor necesidad de servicios especializados y de seguimiento, lo que refuerza la necesidad de fortalecer la red pública de salud con un enfoque territorial e intercultural.

La Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores (2019) no constituye en sí misma una política pública, sin embargo, es el marco normativo que viabiliza el diseño de las políticas públicas, garantizando el acceso gratuito a servicios de salud y medicamentos y atención prioritaria en instituciones públicas y privadas, la provisión de protección especial a personas adultas mayores con enfermedades catastróficas; sin embargo, la aplicación es débil en áreas rurales y necesita ser fortalecida para asegurar la protección efectiva del derecho a la salud para las personas adultas mayores en Ecuador.

La ley es clara, la política de salud no ignorará la diversidad existente entre las ciudades y el campo. No se trata solo de aplicar las mismas reglas en todos lados, sino de hacerlo con equidad territorial, reconociendo las culturas de cada pueblo y observando siempre desde una perspectiva de género.

El objetivo final es aumentar la resiliencia de los territorios, familias y comunidades para posibilitar un envejecimiento activo, digno y saludable de las personas. Internacionalmente, la Organización Panamericana de la Salud (2025) trabaja por la salud de todos y en los principios básicos, tales como la equidad, no discriminación, solidaridad.

En Ecuador se ha avanzado en normativas e instituciones, pero la realidad en el sector rural sigue mostrando brechas dolorosas, dificultades logísticas para llegar a los lugares más remotos, falta de personal competente en geriatría y la persistencia de problemas en el suministro ininterrumpido de medicamentos. Por eso es urgente aumentar la inversión real en los territorios y realizar un seguimiento estrecho y constante de cómo estas políticas afectan la vida de los adultos mayores. Solo así se logrará que las buenas intenciones se traduzcan en un cambio que se sienta como algo verdadero.

Por un lado, tenemos a la Constitución de la República del Ecuador (2008) y por otro la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores (2019), en este caso dichos cuerpos legales consagran principios importantes como la atención prioritaria, la gratuidad de los servicios

de salud y sobre todo el acceso a medicamentos. En este caso, las políticas principales que se han incorporado son las siguientes:

### **Plan Nacional de Desarrollo “Ecuador no se detiene” 2025-2029**

Ecuador actualmente maneja una planificación mediante un instrumento máximo, en este caso se trata del Plan Nacional de Desarrollo “Ecuador no se detiene” 2025-2029, este mismo fundamenta su aplicación en buscar el desarrollo basado en la dignidad humana, asegurar la igualdad y garantizar la justicia social. Uno de los ejes que maneja este instrumento es el adulto mayor, justificando su aplicación basándose en la pobreza extrema que alcanza niveles preocupantes en las zonas rurales, siendo una de ellas Chimborazo, así mismo, toma en cuenta que la mayoría de los adultos mayores no perciben ingresos laborales o pensiones, lo que los obliga a prolongar una vida laboral que acelera su envejecimiento. Por lo que busca mejorar el bienestar social y asegurar la calidad de vida poblacional, garantizando así un goce efectivo de los derechos y logrando una reducción vital de la desigualdad actual. Para lograr sus objetivos se propone garantizar el acceso a los servicios de protección social y sobre todo hacer énfasis en los grupos de atención prioritario donde están incluidos los adultos mayores, esto resulta en una mejora de los servicios de salud de manera integral (Secretaría Nacional de Planificación, 2025).

### **Plan Decenal de Salud 2022-2031**

Concebido como una política nacional del Sistema Nacional de Salud (SNS), tiene como fin mejorar el nivel de salud y por consiguiente la calidad de vida de la población. Trabaja en conjunto con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), pues usa este modelo como elemento clave para superar las desigualdades en zonas con bajo índice de servicios públicos. Justifica su aplicación en el limitado acceso a servicios de salud que suelen tener las áreas rurales, además, toma en cuenta la falta de servicios básicos en el sector rural, incidiendo directamente en la salud poblacional. Por lo que, mediante su aplicación, busca reducir desigualdades en el acceso a servicios de salud, mediante el abordaje de aspectos sociales y ambientales, garantizando el bienestar de una vida saludable. Además, para los adultos mayores se busca implementar la atención oportuna y de calidad, fortaleciendo las redes de atención de primer nivel como lo pueden ser los centros y subcentros que se encargan de atender a las comunidades rurales del Ecuador (Ministerio de Salud Pública, 2022).

### **Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI)**

Perteneciente al MSP, este desarrolla un fortalecimiento de la atención primaria y logra que los servicios puedan estar más cerca de las zonas rurales, mediante brigadas y una atención domiciliaria oportuna. Se justifica en la trayectoria histórica del sistema de salud en el Ecuador, anteriormente centrado en la atención hospitalaria y curativa, generando barreras de acceso y afectando profundamente a la población empobrecida, además, toma en cuenta el envejecimiento progresivo de la población en conjunto con un incremento de

enfermedades crónicas que afectan la vida digna de los adultos mayores. Por lo tanto, el modelo busca adaptarse al cuidado de la salud en donde de garantice la continuidad de los tratamientos de recuperación y rehabilitación, incluyendo cuidados paliativos que permitan mantener un enfoque intercultural, además de reducir las barreras de acceso para este grupo vulnerable. Esto se logra mediante la ejecución de visitas domiciliarias, seguimiento a familias en riesgo, en condición de abandono o con discapacidad, impedimento que no permite su traslado a centros de salud. Finalmente, este modelo propone la integración de acciones que permitan el correcto manejo de la población adulto mayor, donde se incluye educación familiar, nutrición, manejo de un envejecimiento activo, salud mental y espacios saludables (Ministerio de Salud Pública, 2013).

Además, para la complementación de del Modelo MAIS, el MSP y la OPS impulsan proyectos de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), estas tienen como objetivo garantizar la continuidad de la atención, factor extremadamente importante, así como también, garantizar el suministro eficiente de medicamentos, planteadas en un enfoque interinstitucional, logra la potenciación de actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades, la curación y la rehabilitación. El sistema opta por ofrecer un servicio de salud mejorando la cobertura, acceso y capacidad de respuesta mediante la atención primaria de salud (APS) (Organización Panamericana de Salud, 2025).

### **Proyecto “Envejeciendo juntos” del Ministerio de Desarrollo Humano (2022)**

Nacido como un proyecto de inversión pública, su objetivo es el de financiar y sostener económicamente el servicio gerontológico, ejecutado de manera directa o mediante convenios con los GADs, todo con la finalidad de garantizar una vida digna. Mediante un protocolo de Atención Integral para Personas Adultas Mayores, la atención que reciben los adultos mayores en los centros gerontológicos deberá ser integral, promoviendo un envejecimiento activo, tanto en modalidades de atención institucional como en servicios de el hogar o la comunidad. Además, cuentan con el proyecto “Envejecimiento Digno, Activo y Saludable (EDAS), que forman parte de la estructura de atención integral a adultos mayores para el acompañamiento completo en su vejez.

### **Sistema de atención al Adulto Mayor perteneciente al IESS**

Así como también el Seguro Social Campesino. Este tiene la posibilidad de proporcionar una promoción de actividades y, sobre todo, un sistema de prevención en el apartado de salud. Donde su objetivo principal es el de desarrollar un envejecimiento activo, manteniendo las capacidades funcionales, físicas y cognitivas de los jubilados del IESS, en este caso podemos mencionar a los clubes del Adulto Mayor. Normalmente mediante la implementación de talleres y espacios de interacción social (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2014).

### 2.2.1.8. Barreras de acceso a la salud de los adultos mayores del sector rural del Ecuador

Al momento de identificar las barreras estructurales existentes, logramos finalizar la actividad que representa un análisis del derecho a la salud, en este caso enfocado en territorios rurales. Las barreras pueden actuar de manera entrelazada y no solo afectar de manera aislada, logrando producir efectos que se acumulan y por lo tanto impactan en la vida digna. A pesar de contar con una atención gratuita, los adultos mayores de las zonas rurales tienen dificultades para acceder a este servicio de salud debido a las barreras existentes.

Considerando lo que ocurre en el sector rural, donde persiste una grave escasez de infraestructura adecuada, uno de los problemas clave es, entre otros, la falta de acceso a los servicios, y en este sentido, en la gran mayoría de los subcentros rurales, no hay una presencia médica personal adecuada, las visitas que se realizan son insuficientes y los medicamentos no siempre están disponibles de forma continua, por lo que las personas se ven obligadas a posponer su tratamiento y viajar a otro establecimiento, lo cual es una desventaja en la situación de las personas mayores como resultado de su edad y características físicas.

La escasez de tecnología en el ámbito médico y la imprevisibilidad del suministro de insumos exacerban esta situación, reduciendo la capacidad de los centros rurales para actuar de manera decisiva y aumentando la dependencia del traslado a centros urbanos. Estas barreras pueden categorizarse como dimensiones verificables:

- **Barreras geográficas:** Relacionada directamente con la distancia que existe entre el hogar de las personas y un centro de salud, además, hablamos de una escasez de transporte adecuado que facilite la movilidad, por otro lado, considera la centralización de los centros de salud que puede llegar a producir un acceso desigual para las personas. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2025).
- **Barreras económicas:** En este caso no encontramos frente a una barrera que toma en consideración los gastos que se producen en busca de una atención médica, ya que incide indirectamente el costo del transporte, la alimentación, y el alojamiento, además, estos gastos causan un empobrecimiento y un abandono de los tratamientos que llega a afectar de manera directa. (OMS, 2023).
- **Barreras institucionales:** Este apartado muestra una clara falta de médicos de atención primaria, así como también la posibilidad de una alta rotación de personal en zonas aisladas, debido al método organizacional del sistema de salud, la asignación de personal practicante fomenta una falta de geriatras especializados, por otro lado, los tiempos de espera llegan a afectar directamente la calidad de atención que reciben los usuarios, finalmente los sistemas de derivación llegan a ser deficientes si no culminan con la atención que requiere el usuario (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

- **Barreras socioculturales:** En este caso nos encontramos frente a una barrera lingüística, esto debido a la identidad de las personas que habitan en las zonas rurales, lo que dificulta la comunicación al no contar con una mediación intercultural entre el usuario y el profesional de la salud, al no abordar con diligencia esta conexión se puede llegar a una percepción de trato discriminatorio y conflictos que se originan de una percepción inadecuada entre la medicina tradicional que comúnmente utilizan los usuarios de la zona rural frente a la medicina convencional.
- **Barreras informativas:** Esta barrera se relaciona con una falta de información clara y comprensible, esto desemboca en una falta de consentimiento informado al momento de tratar a las personas que se atienden en el centro de salud, además, tiende a afectar la continuidad de la atención por falta de una clara interpretación de los procesos que se desarrollan en el centro de salud.

En Ecuador, los adultos mayores que residen en el sector rural enfrentan múltiples barreras estructurales interrelacionadas que limitan seriamente la efectividad del acceso al ejercicio del derecho a la salud, garantizado de forma gratuita. Entre los principales se encuentran las barreras geográficas: grandes distancias, poca oferta de transporte público y las pésimas condiciones de las carreteras y la climatología, que hacen los viajes largos y fatigosos. A esto se añaden barreras económico-financieras relacionadas con los costos indirectos (transporte, alimentación y acompañamiento), que conllevan costos de bolsillo y abandonos frecuentes del tratamiento (OMS, 2023).

## UNIDAD II

### 2.2.2. LA VIDA DIGNA

La vida digna se entiende como la posibilidad de vivir con respeto, valor y sentido; se reconoce que cada persona merece condiciones que le permitan desarrollarse plenamente como ser humano, por lo que no se trata únicamente de existir, sino de vivir con bienestar físico, emocional y social en un entorno que respete la identidad, las decisiones y la libertad individual. Se considera, además, que la dignidad es inherente a toda persona por el simple hecho de ser humana y que será reconocida en todas las etapas de la vida (Naula et al., 2024).

La búsqueda de la dignidad en la vida es uno de los principios del constitucionalismo contemporáneo. No es solo la vida biológica, sino la vida material, social, jurídica que asegura o garantiza a las personas el desarrollo de su capacidad, la libre disposición de su conducta y satisfacción de sus necesidades básicas, en igualdad de condiciones. Vivir con dignidad es una realidad en el ámbito de la alimentación, salud, educación, vivienda, seguridad. Sin estos elementos fundamentales se pierde la dignidad de la persona humana, así como la capacidad de crecimiento, aprendizaje, relación y participación plena en la sociedad. (Pardo, 2021).



La vida digna también está vinculada a la libertad de tomar decisiones sobre la propia vida, en la medida en que ello incluye la capacidad de elegir cómo vivir, qué valores seguir y qué caminos recorrer, siempre que no se afecte a otras personas. Por lo cual la autonomía y el respeto por las decisiones personales son elementos necesarios para que una persona se sienta valorada y reconocida en su individualidad (Franco et al., 2021).

Además, vivir una vida digna significa vivir sin discriminación, violencia ni tratos humillantes. Todas las personas tienen derecho a desarrollarse de manera justa y para permitir ese desarrollo se entrelazan los tres: Respeto al prójimo, igualdad y justicia. El rechazo o abuso de una persona afecta a su dignidad, no solo en términos de bienestar, sino también en autoestima en cuanto a la necesidad de sentir que forma parte (Ferretti & Follegati, 2022).

La dignidad no debe ser vista como un elemento que aborda lo material, en este caso se debe tener en consideración el aspecto emocional y psicológico. Tener en cuenta que las personas deben sentirse escuchadas, respetadas y acompañadas, siendo elementos mucho más importantes que simplemente poseer recursos económicos. Se debe tener en cuenta que para llegar a tener una vida plena y digna, la salud debe estar acompañada de un factor humano y contar con una presencia de apoyo social.

#### **2.2.2.1. La protección integral de los derechos de los adultos mayores del sector rural del Ecuador**

Los derechos de las personas mayores son parte integral de todo el sistema de derechos humanos. Bajo este enfoque se asume la igualdad de derechos, la dignidad y la plena participación de las personas mayores en la sociedad; Las personas mayores tienen derecho a ejercer los mismos derechos y disfrutar de las mismas libertades que otros grupos de personas en igualdad de condiciones.

El envejecimiento no puede ni debe interpretarse como una etapa de exclusión o marginación. Se trata de una etapa natural de la vida que merece la atención especial del Estado. Asimismo, es necesario que existan medidas políticas concretas que garanticen el bienestar y una buena calidad de vida de las personas mayores. Uno de los instrumentos internacionales más importantes en este ámbito es la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015). Este tratado vincula a los Estados a la promoción, protección y garantía del pleno ejercicio de los derechos de las personas mayores, con el objetivo de fomentar su inclusión social y su participación activa en la sociedad (Organización de los Estados Americanos, 2015).

Según esta convención el Estado deberá tomar medidas a nivel nacional, legislativo, administrativo y social, para garantizar que las personas mayores vivan con dignidad y no sean discriminadas ni tengan un acceso desigual a la salud, la protección social y la

participación social. Este enfoque es internacional y sitúa la dignidad humana como base para afirmar sus derechos y desarrollar sociedades más inclusivas.

En la Constitución de la República del Ecuador (2008), en el Ecuador las personas mayores son un grupo de especial interés. El artículo 35, 36 y 37 en el que se garantiza el derecho a atención especializada y protección integral, compromete al Estado con el acceso a la salud, la seguridad social y la vivienda digna de los niños/as y niñas. El Estado es responsable de establecer políticas que faciliten la vida de las personas mayores en un modo de vivir autónomo, con bienestar social y con bienestar personal. Además, la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores (2019) contempla los mecanismos a través de los cuales se pueden materializar los derechos, la prevención de la discriminación contra las personas mayores, la prioridad en la atención a toda la violencia.

#### **a) Protección jurídica**

Esta protección está integrada mediante una serie de normas tanto constitucionales, legales e internacionales, las mismas que llegan a reconocer y defender los derechos. Tanto la Constitución de la República del Ecuador (2008), como la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores, son instrumentos principales que ocupan su lugar de relevancia dentro de la normativa nacional. Por lo tanto, son fundamentales para la exigencia del cumplimiento de los derechos de los adultos mayores, en especial cuando estos últimos se sientan vulnerados, fortaleciendo así la dignidad y la igualdad ante la ley.

#### **b) Protección social**

La protección social se refiere a programas y políticas que buscan mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores. En Ecuador, hay diferentes instituciones que ponen en marcha proyectos que aseguran acceso a los servicios sociales, asistencia económica y atención integral. Entre ellas se encuentran los programas de ayuda económica del Estado, que buscan disminuir la pobreza y la exclusión, en particular en los ámbitos rurales (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

#### **c) Protección sanitaria**

El acceso a los servicios de salud constituye uno de los elementos más importantes del sistema de protección integral de las personas adultas mayores; en este sentido, el Estado tiene la responsabilidad de garantizar la atención médica oportuna, así como el acceso a medicamentos y a servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades propias del envejecimiento.

Factores específicos como la distancia geográfica, la falta de infraestructura de servicios de salud y sobre todo una falta de acceso a un personal médico capacitado o en su defecto especialistas formados para tratar enfermedades específicas, limitan el acceso real a

los servicios de salud que lleguen a tener los adultos mayores, en este caso, en las zonas rurales. (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

### **Protección frente a situaciones de violencia y abandono**

Abandono, discriminación y toda forma de violencia son otro elemento crítico de la protección integral. El Estado necesariamente ha de establecer mecanismos para prevenir la violencia física, mental o económica por parte de las personas mayores, especialmente en los casos de vulnerabilidad. El Ecuador tiene leyes que sancionan y protegen los derechos de los mismos.

### **Participación social y autonomía**

Por último, se debe garantizar una participación activa de los adultos mayores tanto en la vida social, cultural y sobre todo comunitaria, lo que facilita el reconocimiento de su autonomía y su capacidad de tomar decisión por su cuenta, esto es lo que implica una protección integral, logrando así establecer un elemento que asegure el respeto a su dignidad y por lo tanto, lograr una integración en la sociedad. En el Ecuador, la participación social esta promovida por la normativa vigente, los adultos mayores poseen esta ventaja mediante el desarrollo de programas que se destinan a fortalecer esta autonomía, además, una independencia y sobre todo una inclusión en la comunidad. (CRE, 2008).

Podemos hablar entonces de una base del sistema jurídico, además, del derecho internacional, constituido por una protección integral de los derechos del adulto mayor.

#### **2.2.2.2. La vida digna en la Constitución de la República del Ecuador**

En el artículo 66 de la Constitución de la República se establece que se reconoce y garantizará a las personas el derecho a una vida digna, que asegure la salud, la alimentación y la nutrición, el agua potable, la vivienda, el saneamiento ambiental, la educación, el trabajo, el empleo, el descanso y el ocio, la cultura física, el vestido, la seguridad social y otros servicios sociales necesarios (CRE, 2008).

Mediante la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores en Ecuador, se establece una normativa de corresponsabilidad entre los adultos mayores, la sociedad y la familia, con exenciones importantes para estos últimos. Considerablemente también, se reafirma un amplio catálogo de derechos en un dimensionamiento específico para los adultos mayores como:

El derecho a la vida digna, a la libertad personal, a la cultura, al deporte y a la recreación, al trabajo, a una vivienda digna, a la pensión alimenticia, al derecho a la salud integral, física, mental, sexual y reproductiva, al derecho a la educación, al derecho a la comunicación e información y otros derechos propiamente dichos para los adultos mayores.

Como son el derecho a la seguridad y a una vida libre de violencia, el derecho al consentimiento previo, libre e informado, el derecho a la accesibilidad y el derecho al retorno digno, estos derechos deben tenerlos los adultos mayores para una vida sana (Alzate & Martínez, 2021).

El artículo "Personas Mayores Rurales: Su Situación Económica en Tres Comunidades" señala que los programas sociales para "las personas mayores son una fuente económica importante; sin embargo, este apoyo solo se otorgó a quienes estaban integrados en clubes de adultos mayores, lo que limitó a la mayoría de la población que podría beneficiarse" (Medrano & Jiménez, 2011)

De manera similar, en las regulaciones ecuatorianas, las áreas rurales no tienen las mismas ventajas, por lo que no todos se benefician de los beneficios ofrecidos por el Estado, y se requiere más atención en los programas y proyectos para los ancianos para promoverles una vida digna y saludable. Esta normativa internacional, a lo largo de todo su cuerpo normativo, busca proteger y garantizar los derechos del adulto mayor, con el fin de que goce de una vida digna y tenga las mismas oportunidades en la sociedad; por tanto, concibe tres tipos de derechos: emergentes, vigentes y extendidos (Reinoso & Saltos, 2025). A continuación, se detallan los derechos reconocidos por la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, de aquí en adelante, CIPDHPM.

**Tabla 4.**  
*Derechos reconocidos por la CIPDHPM.*

| Tipo de derecho            | Síntesis del contenido                                                                                                                                                                                                                                             | Aporte del investigador                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Derechos emergentes</b> | Comprenden derechos vinculados con nuevas necesidades asociadas al envejecimiento, como garantizar una vida digna durante la vejez, el acceso a cuidados paliativos, la autonomía en la toma de decisiones y la disponibilidad de servicios de cuidado prolongado. | Estos derechos han adquirido especial relevancia gracias a las transformaciones demográficas y sociales radicales que ha experimentado el país. Hoy es urgente, como nunca antes se había contado con una protección integral, especialmente en la atención a largo plazo y al final de la vida. |
| <b>Derechos vigentes</b>   | Entre los derechos identificados se encuentran la no discriminación por edad, el derecho a la salud, la seguridad social, el empleo, el sistema judicial, la educación, el espacio y un ambiente saludable.                                                        | El objetivo general es facilitar la inclusión y el bienestar físico, emocional y social de las personas mayores de 65 años en su comunidad.                                                                                                                                                      |

|                            |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                         |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | Todo lo demás, no solo en cuanto a lo que se refiere a la legislación nacional, sino a los instrumentos internacionales.                                                    |                                                                                                                                                                         |
| <b>Derechos extendidos</b> | Entre los derechos específicos para facilitar su participación e inclusión se encuentran la accesibilidad, la movilidad y la seguridad frente a riesgos o cualquier crisis. | Con el objetivo de eliminar obstáculos en el espacio físico y social para que puedan vivir con seguridad y disfrutar del acceso a los servicios en cualquier situación. |

**Nota.** la tabla 4 muestra los derechos reconocidos por Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores.

### 2.2.2.3 La vida digna en los instrumentos internacionales

Según la misma Constitución en su artículo 11, párrafos 3, 6 y 9, los derechos y garantías determinados en la Constitución y en los instrumentos internacionales de derechos humanos serán de aplicación directa e inmediata. Por y ante cualquier servidor público, administrativo o judicial, de oficio o a petición de parte, para el ejercicio de los derechos y garantías constitucionales, no se exigirán condiciones o requisitos no establecidos en la Constitución o en la ley; los derechos serán plenamente justiciables.

Y así, la ausencia de una norma legal no será utilizada para defender la violación o el desconocimiento de estos hechos, para desestimar la acción por estos hechos, o para negar su reconocimiento; un enfoque similar a todos los principios y derechos es inalienable, irrenunciable, indivisible, interdependiente y de igual jerarquía. Según Cortés & Santamaría (2022), el deber más alto del Estado es respetar y asegurar el respeto de los derechos garantizados en la Constitución.

De acuerdo con el autor, los instrumentos internacionales resaltan que todos los derechos y principios constitucionales son inalienables, irrenunciables, indivisibles, interdependientes y de igual jerarquía, lo que implica que no serán cedidos ni renunciados, ni jerarquizados entre sí, y que su protección será integral. En coherencia con ello, se sabe que el deber primordial del Estado ecuatoriano es respetar y garantizar los derechos humanos de las personas para una vida digna.

En relación con ello, Cortés & Santamaría (2022) sostienen que la definición de vida es muy amplia; por lo tanto, el Estado adoptará medidas proactivas y establecerá mecanismos para garantizarla. Como mínimo, estos mecanismos no solo deberían proteger la vida, sino también asegurar la dignidad humana, se presume que una vida digna está íntimamente ligada a una muerte digna, por lo que la forma y las condiciones en el momento de la muerte influyen en la dignidad de la existencia humana, en conclusión la vida y la

muerte se complementan mutuamente, lo que implica en la vida la posibilidad de la muerte, un fin que conllevará todos los medios efectivos de protección, así, el derecho constitucional a la vida constituye protección en todos los aspectos, y uno de ellos es el proceso en el momento de morir. Sin tales garantías, se vulnerarían la vida y la dignidad del individuo.

De acuerdo con lo expuesto por el autor, el derecho constitucional a la vida se presenta como una protección integral que abarca todas las etapas de la relación humana, incluido el proceso de la muerte. Si el Gobierno no garantiza condiciones adecuadas y respetuosas de la dignidad en ese momento, se produciría una vulneración tanto del derecho a la vida como del derecho a la dignidad humana y, por ende, no se cumplirían los instrumentos internacionales que se garantizaron.

#### **2.2.2.4 El acceso a una vivienda que asegure una vida digna de los adultos mayores del sector rural del Ecuador**

La Constitución de la República del Ecuador (2008) reconoce a las personas adultas mayores como un grupo de atención prioritaria, quienes tienen derecho a acceder a una vivienda que asegure una vida digna, conforme al art. 37, lo que comprende no solo una construcción física adecuada, sino la satisfacción de necesidades básicas, que permitan a las personas autonomía, salud y bienestar, evitando problemas como:

- Condiciones precarias de salud y de habitabilidad en sus hogares.
- La gran distancia que las separa de los servicios básicos de salud y apoyo.
- El aislamiento físico y social, resultante de la falta de proximidad y de conexión con su entorno.

En las zonas rurales, la mala calidad de la vivienda y la falta de acceso a los servicios de salud, la sensación de inseguridad y soledad aumentan la vulnerabilidad de las personas mayores de 65 años, comprometiendo específicamente su dignidad. Todos estos problemas se ven agravados por la falta de la infraestructura necesaria, la lejanía geográfica y la falta de servicios y suponen un riesgo para una vida plena y segura. El INEC y el Banco Mundial (BM) estimaron que en las zonas rurales el 65,4 % de los hogares no tiene infraestructura básica (techos, paredes, pisos o saneamiento) y en las urbanas el 35,5 %.

Además, en las zonas rurales el acceso al alcantarillado es bastante bajo (se estima que sólo el 35,8 % está conectado al sistema público de alcantarillado), por lo que los riesgos para la salud de la población mayor son mayores. El 42 % de la población rural con más de 65 años de edad se ubica en condiciones de alta fragilidad (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2023). Un ejemplo claro es el de los ancianos que viven en viviendas precaria de caña, adobe o madera deteriorada en las comunidades rurales del altiplano ecuatoriano y la Amazonía, en la que reside un gran porcentaje de adultos mayores. Muchas de estas casas tienen techos bajos, carecen de suministro de agua potable y tienen graves problemas de saneamiento.

Estudios locales como el de Méndez et al. (2025), Zamora (2026) y Ávalos (2025) indican que las personas de 60 a 85 años en comunidades rurales enfrentan desafíos diarios de movilidad, limpieza y aislamiento unos de otros. La dispersión geográfica de los puntos de acceso amplía la distancia hasta los centros de salud y aumenta el riesgo de enfermedades crónicas no tratadas y de dependencia familiar. A través de programas, como el subsidio de vivienda rural del MIDUVI, alguna familia vulnerable, entre ellos los adultos mayores, ha logrado beneficios, pero no a gran escala.

Las leyes ecuatorianas, junto con los tratados internacionales, tienen como objetivo proporcionar una vivienda adecuada para servir a la dignidad de los adultos mayores, promoviendo la independencia, la seguridad y la autodeterminación en la que viven, no obstante, a pesar de la existencia de estos marcos normativos, en muchas culturas la vejez continúa asociándose con la fragilidad y la dependencia, lo cual alimenta estereotipos negativos y prácticas discriminatorias que afectan tanto la esfera social como la personal de los adultos mayores (Lizcano et al., 2025).

Mediante el artículo 24 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, los artículos 30 y 37, numeral 7, de la Constitución de la República del Ecuador determinan que los adultos mayores tienen derecho a una vivienda digna, adecuada y saludable, basada en sus necesidades de accesibilidad, en la que se respete su opinión y preferencia.

A pesar de que existen programas de vivienda social de subsistencia, muchos adultos mayores se encuentran en condiciones adversas para acceder a ellos. La falta de recursos económicos les impide comprar, remodelar o incluso mantener su propia vivienda, y el Estado no suele asumir estos gastos, lo que deja a las personas adultas mayores en situación de abandono. Aunque la mayoría de los adultos mayores tienen una vivienda propia, no todos se encuentran en condiciones adecuadas para vivir en ella. Muchos experimentaron una infraestructura anticuada y deteriorada, que constituye un riesgo real para su seguridad y bienestar, o la falta de servicios básicos como el agua, la electricidad o el alcantarillado. Otros deben arrendar, vivir con familiares o, en los casos más dolorosos, no tienen un lugar seguro ni un refugio. Esta realidad constituye una clara violación del derecho a una subsistencia digna de los adultos mayores, un derecho fundamental que debería haberles brindado una sensación de estabilidad, seguridad y bienestar en esta etapa del ciclo de vida. (Balseca, 2017).

El Estado ecuatoriano tiene la responsabilidad legal de implementar medidas y promulgar acciones para garantizar el derecho de acceso a una vivienda digna y adecuada, tal como está consagrado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, este derecho debe ejercerse en cumplimiento con otros derechos reconocidos y estará garantizado por normas nacionales e internacionales, en conjunto, se llevará a cabo ese objetivo de una mejor calidad de vida, el derecho a una vivienda digna y adecuada se ejercerá junto con el derecho a una vida digna para los ancianos (Pilpe, 2022).

En conjunto, los autores coinciden en que la vivienda va más allá de ser el lugar en donde la persona obtiene el descanso sino más bien es el lugar en donde reside la persona y deberá contar con adecuaciones destinados a la satisfacción de las necesidades básicas de los adultos mayores, se resalta la necesidad de contar con la implementación de servicios básicos a un costo razonable, por lo que, se detalla de forma precisa los servicios con los cuales contará la vivienda que son de mucha importancia para el buen vivir.

En síntesis, el sector rural demuestra una brecha estructural que no ha sido cerrada completamente por programas como las “Soluciones de Vivienda para Hogares Pobres y Vulnerables” (MIDUVI-BID), mientras que programas como Solución de Vivienda priorizan subsidios totales en su propio territorio y con un entorno accesible, la realidad demuestra que el proceso de envejecimiento rural combinado con el estado de pobreza extrema y la dispersión geográfica recuerdan que no existe una única solución de vivienda.

#### **2.2.2.5 El derecho a la salud y la vida digna de los adultos mayores en el sector rural del Ecuador**

La vulneración del acceso sanitario en adultos mayores rurales no constituye una afectación aislada, sino que compromete la autonomía funcional, la participación social y el bienestar integral, la vida digna y el derecho a la salud se encuentran jurídicamente interrelacionados, por lo que la falta de acceso efectivo a servicios de salud, medicamentos y atención continua no solo constituye una vulneración del derecho a la dignidad, sino que compromete directamente al ser humano y su autonomía. El derecho a la salud es mucho más que eliminar enfermedades; se trata de poder vivir mejor y más tiempo, con dignidad. Esto significa asegurar las condiciones de vida básicas: alimentarse de manera adecuada, tener acceso a los servicios esenciales, contar con una vivienda digna y la posibilidad de acceder a un trabajo digno. Este derecho está claramente reconocido en la Constitución de Ecuador y en numerosos documentos de derechos humanos de carácter internacional.

El Estado tiene una gran responsabilidad en la creación de políticas que hagan más accesible el acceso a la salud real, de manera que se prevenga la aparición de problemas antes de que se manifiesten y antes de que sean una preocupación especial para las personas más vulnerables, en particular, los adultos mayores. A nivel global, desde 1991, los Principios de las Naciones Unidas para las Personas destacan como los principales valores tales como la independencia, la participación, el cuidado, la autorrealización y, sobre todo, la dignidad.

En Ecuador, esta protección se ha fortalecido a lo largo de los años, primero mediante programas implementados por el Ministerio de Bienestar Social y luego a través de la Ley de la Persona Mayor de 2006, que amplió derechos como el acceso a la atención médica, servicios geriátricos, alimentación, vivienda digna y asistencia social. Sin embargo, a pesar de los avances legislativos y los programas existentes, muchas personas mayores (de más de 65 años) siguen encontrando importantes obstáculos para acceder a los servicios de salud en la práctica.



Por ello, es fundamental examinar con veracidad y cercanía hasta qué punto las acciones de las instituciones públicas responden de verdad a las necesidades de este colectivo. Una buena manera de hacerlo es escuchar la voz directa de los adultos mayores: cómo perciben el ejercicio de sus derechos y qué opinan sobre la calidad de los servicios que reciben. Solo así se cerrará la brecha entre lo que dice la norma y lo que vive la gente. (Ortiz et al., 2018).

De acuerdo con lo expuesto por los autores, se considera que la salud es un derecho muy importante para los adultos mayores; se garantizará de manera prioritaria por el Estado, la sociedad y las familias. Estos derechos no se limitan únicamente a la ausencia de enfermedad, sino que abarcan el bienestar físico, mental, emocional y social, y permiten a las personas adultas mayores vivir con autonomía y, sobre todo, con mucha seguridad y tranquilidad, lo que se demuestra en los siguientes artículos.

**Tabla 5.**

*Artículos de la Constitución de la República del Ecuador (2008) relacionados con el derecho a la salud.*

| <b>Artículo</b> | <b>Síntesis del contenido</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Aporte del investigador</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Art. 32</b>  | Reconoce a la salud como un derecho fundamental garantizado por el Estado y relacionado con otros derechos que contribuyen al bienestar de la población, como el acceso al agua, la alimentación, la educación, el trabajo y la seguridad social.                                                                                | Este artículo evidencia que el derecho a la salud tiene un carácter integral y depende de diversas condiciones sociales y económicas, para los adultos mayores, su cumplimiento requiere políticas públicas que aseguren atención médica oportuna y servicios de salud accesibles. |
| <b>Art. 36</b>  | El artículo 36 de la Constitución reconoce que las personas mayores requieren una atención prioritaria y especial, no solo por parte del Estado, sino también por parte de la sociedad en general. Se trata de facilitar su inclusión en la vida económica y social, y su protección contra cualquier tipo de violencia o abuso. | Esta norma identifica especialmente a las personas de 65 años o más como un grupo de personas en riesgo que necesita ser salvaguardado. Por eso obliga al Estado a adoptar medidas concretas y efectivas, en orden para cuidar de su bienestar, y asegurarles una vejez digna.     |
| <b>Art. 37</b>  | Entre los derechos que establece están: acceso a servicios de salud gratuitos, medicamentos, seguridad económica, beneficios en los servicios del Estado,                                                                                                                                                                        | En el fondo, busca que las personas adultas mayores no solo sobrevivan, sino que vivan tranquilas, con respeto y calidad de vida.                                                                                                                                                  |

---

así como en las condiciones de  
residencia adecuadas.

---

**Nota.** Artículos de la Constitución de la República del Ecuador (2008) relacionados con el derecho a la salud.

Ante lo expuesto por la Constitución de la República del Ecuador (2008), se establece que la salud es una base fundamental para que los adultos mayores lleven una vida digna que les garantice la estabilidad psicológica y emocional y conduzca a una vida sana y tranquila.

En este contexto, también está estipulado en el artículo 35 de la Constitución el derecho de las personas adultas mayores a recibir atención prioritaria y especializada en las esferas públicas y privadas, mientras que la atención prioritaria se refuerza mediante el artículo 36, en inclusión social y económica, y en protección contra la violencia. Específicamente, el art. 37.1 garantiza la atención de salud gratuita y especializada, así como el acceso gratuito a medicamentos, y el art. 38 donde el deber del Estado es proporcionar una política de interés general que les garantice la nutrición, la salud, la educación y el cuidado diario en centros especializados.

Una de las sentencias que dejan claro el tema es la Sentencia 3144-17-EP/24 (Corte Constitucional del Ecuador, 2025) de la Corte Constitucional, en la que a una adulta mayor no se le entregaron los medicamentos ni se le brindó atención médica en los hospitales del IESS durante los intervalos entre las citas médicas, debido a barreras de acceso y de logística en el entorno rural. La Constitución de la República del Ecuador (2008) establece que el adulto mayor tiene derecho a la salud, lo que le permite gozar de su vida con dignidad, estabilidad psicológica, emocional y física. Los arts. 35 y 37.1 consagran el derecho a la atención prioritaria y especializada y, en materia de salud, a la atención gratuita y al acceso gratuito a los medicamentos; el art. 38 estableciendo el deber del Estado de adoptar políticas de protección integral en salud.

## CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

Herrera (2026) señala que la metodología se compone de aspectos específicos que caracterizan el trabajo de investigación. También es el conjunto de recursos, procedimientos (métodos), técnicas e instrumentos de investigación que el investigador utiliza para realizar la indagación y alcanzar los objetivos propuestos en el proyecto de investigación. Conforme al Instructivo del informe final del trabajo de investigación (2021), presentado por la Unidad Académica de la Universidad Nacional de Chimborazo, la metodología está estructurada en: Tipo y diseño de investigación; Técnicas de recolección de datos; Población de estudio y tamaño de muestra; Hipótesis, de ser el caso; Métodos de análisis y procesamiento de datos.

### 3.1. Tipo de Investigación

El trabajo investigativo asumió un enfoque mixto integral (cualitativo-cuantitativo), donde se estableció un diseño de triangulación concurrente (Creswell & Plano, 2021). Esta decisión se fundamenta al no subordinar un método sobre otro, ni tratarlo de mero complemento, aborda ambos enfoques en igualdad de relevancia. Este enfoque mixto responde a la realidad interdisciplinaria del tema: el derecho a la salud y la dignidad de la vida de los adultos mayores en el sector rural del medio ecuatoriano, lo que, además de lo señalado anteriormente, induce a un estudio profundo y crítico de las normas y políticas públicas. Por los objetivos alcanzados, se trata de una investigación de tipo puro, dogmática, de campo y descriptiva.

**Investigación pura:** La investigación pura, también conocida como investigación básica según Herrera (2026), tiene como objetivo descubrir y estructurar nuevas teorías y doctrinas sobre el objeto de estudio sin que estas sean comprobadas experimentalmente. Según Baena (2014), la investigación pura “es el estudio de un problema, destinado exclusivamente a la búsqueda de conocimiento” (p. 11). “Su propósito es formular nuevos conocimientos o modificar los principios teóricos ya existentes, incrementando los saberes científicos” (Escudero & Cortez Suárez, 2018). En este sentido, la presente investigación es pura, pues, con base en el análisis de las teorías, normas y jurisprudencia, y acompañada de los resultados empíricos, se ha logrado conocer y analizar las políticas públicas que el Estado ecuatoriano ha implementado para garantizar el derecho al acceso óptimo al servicio de salud de las personas adultas mayores en el sector rural del Ecuador.

**Investigación dogmática:** La investigación dogmática, según Herrera (2026), tiene como finalidad analizar adecuadamente las normas del derecho positivo, con el objetivo de relacionar el contenido de la ley con la realidad social circundante. La dogmática jurídica es la encargada de estudiar a fondo las instituciones jurídicas, pero de modo abstracto, es decir, sin verificar su materialización en la realidad. (Tantaleán, 2016). Bajo estos argumentos, la presente investigación es de tipo dogmático, pues, para comprender el derecho a la salud y a la vida digna de las personas adultas mayores en el sector rural del Ecuador, se analizaron críticamente diversas normas, especialmente las establecidas en la Constitución de la República del Ecuador (2008) y la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores (2019).

**Investigación de campo:** La investigación de campo “es una actividad investigativa que se realiza en el lugar donde ocurrió o está aconteciendo un fenómeno o problema” (Herrera, 2026, p. 76); también se le conoce como “investigación in situ”. En este sentido, la presente investigación se caracterizó por ser de campo porque la información se recopiló en un lugar determinado, en este caso en las comunidades indígenas de la parroquia Santiago de Quito, Cantón Colta, Provincia de Chimborazo

**Investigación descriptiva:** En este tipo de investigación, el investigador “observa y describe las características de un determinado grupo, situación o fenómeno. El objetivo no es establecer relaciones causa-efecto, sino ofrecer una descripción detallada de la situación” (Stewart, 2020). En efecto, en la presente investigación, con base en el análisis crítico de teorías, normas, resoluciones, criterios y opiniones de los involucrados en el trabajo investigativo, se describieron empíricamente algunas características de las políticas públicas, del derecho a la salud y de la vida digna de las personas adultas mayores en el sector rural del Ecuador.

### **3.2. Diseño de Investigación**

El término diseño se refiere al plan o estrategia concebida para obtener la información deseada y responder al planteamiento del problema (Hernández et al., 2013). El diseño que se adoptó en el presente trabajo investigativo es no experimental, ya que el proceso investigativo se observó al objeto de estudio tal como se presenta en su contexto, sin intención de manipular ninguna variable. Es decir, se estudiaron críticamente las políticas públicas que el Estado ecuatoriano ha implementado para garantizar el derecho de acceso al servicio de salud y a una vida digna para las personas adultas mayores en el sector rural del Ecuador. Además, referente a la amplitud espacial del problema, es decir, abordar el sector rural del Ecuador, el diseño de la investigación toma como base el estudio de caso representativo, en este caso seleccionando una parroquia como lo es Santiago de Quito, de manera que se convierta en una unidad de análisis focalizado, permitiendo recopilar datos de un entorno que comparte variables estructurales con el sector rural del Ecuador. Esta decisión da como resultado la obtención de un sustrato empírico que resulta válido para evaluar críticamente las políticas públicas en un nivel macro y lograr cumplir con los objetivos formulados en la investigación.

### **3.3. Técnicas de recolección de Datos**

Herrera (2026) señala que, a pesar de existir una relación íntima entre técnica e instrumento de investigación, entre estos dos elementos fundamentales de la investigación científica, existen diferencias elementales. Por una parte, la técnica de investigación hace alusión a los procedimientos y requisitos que se cumplen para seleccionar y elaborar adecuadamente un instrumento de investigación; mientras que el instrumento de investigación es la forma como el investigador recaba información necesaria sobre el objeto de estudio y que servirá para alcanzar los objetivos propuestos dentro de una investigación.

De igual forma, el autor precitado señala que, en el proceso investigativo, cuando se investigan problemas jurídicos, se cumplen dos fases fundamentales: una relacionada con la investigación documental bibliográfica, que permite desarrollar la parte teórica del trabajo investigativo, y la investigación de campo, que permite recopilar información en el lugar donde ocurrieron los hechos, a través de las personas que conocen o fueron parte del problema.

En este contexto, en la presente investigación, para el desarrollo de la parte teórica, se utilizó la técnica del fichaje, una técnica de investigación documental cuyo fin es localizar información para analizar posteriormente su contenido. (Witker & Larios, 1997).

La encuesta es una técnica de investigación de campo que sirve para la recolección de datos útiles para la investigación; a través del cuestionario o guía de encuesta se recopila información en un grupo de control determinado y se responde al problema planteado (Velásquez, 2021). En este caso, la información se recopiló directamente de los adultos mayores del sector rural de la parroquia Santiago de Quito, cantón Colta, provincia de Chimborazo, lo que permitió determinar si las políticas públicas implementadas por el Estado ecuatoriano garantizan el derecho a un acceso óptimo al servicio de salud y a una vida digna para las personas adultas mayores.

La entrevista es fundamental para comprender la realidad de las dinámicas; es decir, para ir más allá de los datos cuantitativos sobre la eficiencia y la eficacia organizacionales. Se busca ahondar en la realidad que percibe el individuo, así como en sus emociones, objetivos y frustraciones. En la entrevista, las habilidades del entrevistador permitirán establecer cercanía y confianza con el entrevistado (González et al., 2022). Se opta por una entrevista semiestructurada, pues, además de una guía, el entrevistador es libre de realizar interrogantes complementarias para esclarecer conceptos o profundizar en el tema a tratar. En este sentido, la guía de entrevista está dirigida a los profesionales de la salud que trabajan en la parroquia Santiago de Quito. Es un instrumento clave que permite comprender, desde una perspectiva empírica especializada, cómo las políticas públicas del Estado ecuatoriano garantizan el derecho a la salud y, por ende, una vida digna para los adultos mayores que habitan en el sector rural.

### **3.4. Población de estudio y tamaño de muestra**

Herrera (2026) dice que la población está constituida por todos los elementos (personas, animales, cosas, objetos, documentos, etc.) involucrados, de manera directa o indirecta, en un fenómeno o problema a estudiar. En cambio, la muestra es una parte representativa de la población que se obtiene mediante la aplicación de fórmulas o mediante la técnica de muestreo, ya sea probabilística o no probabilística.

#### **3.4.1. Población de Estudio**

En la presente investigación, la población estuvo constituida por adultos mayores que habitan en zonas rurales de la parroquia Santiago de Quito, cantón Colta, provincia de Chimborazo, quienes requieren atención prioritaria y acceso oportuno a los servicios de salud. Según el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de la Parroquia Santiago de Quito 2023-2027, las personas adultas mayores suman 3.052 habitantes. Se seleccionó también como población a los directivos, autoridades y personal operativo que labora en los centros de atención médica del Ministerio de Salud Pública (MSP), del Ministerio de Desarrollo Humano (MDH) y del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). En la presente investigación no es posible brindar una cifra exacta que represente la totalidad de la población, debido a que los ministerios publican distribuciones de personal y nóminas en matrices a nivel nacional; por lo tanto, es inviable determinar una cantidad exacta de la población accesible para el investigador.

### **3.4.2. Tamaño de la Muestra**

En vista que la población es extensa, se procedió a obtener una muestra, para la cual se aplicó la técnica estadística del muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionándose a 50 adultos mayores de la parroquia Santiago de Quito, Cantón Colta, Provincia de Chimborazo; se seleccionó a 10 personas que son directivos, autoridades y personal operativo que laboran en los centros de atención médica del Ministerio de Salud Pública, MSP; del Ministerio de Desarrollo Humano, MDH; y del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS.

### **3.5. Hipótesis**

Las hipótesis forman parte de las proposiciones tentativas y orientan la investigación, en la que es posible contrastar el marco normativo con la realidad empírica recogida. En este estudio, las hipótesis se desarrollan de manera clara, comprobable y orientada a objetivos: establecer críticamente si las políticas públicas son efectivas para asegurar la protección del derecho a la salud y su influencia en la vida del adulto digno en el sector rural de la parroquia Santiago de Quito, cantón Colta.

La hipótesis en la investigación indica aquello que intentamos probar; se define como la explicación tentativa que se propone para el fenómeno investigado; esta debe provenir de la teoría existente y formularse como una proposición (Sampieri et al., 2014).

En esta investigación se propuso que las políticas públicas no garantizan de manera efectiva la protección del derecho a la salud de las personas adultas mayores en el sector rural del Ecuador, lo que permite una vulneración de su derecho a una vida digna al limitar su acceso a servicios médicos de calidad.

En este caso, la hipótesis se contrasta con los datos que se recopilaron mediante las encuestas y las entrevistas, en conjunto con un análisis normativo, esto permite desarrollar

un análisis que rechace o acepte la hipótesis teniendo en cuenta los hallazgos de la investigación.

### 3.6. Métodos de análisis

Herrera (2026) señala que los métodos de análisis son procedimientos que permiten estudiar un problema, hecho o fenómeno de distintas formas, cuyo objetivo es comprender las características fundamentales del objeto de estudio. Los métodos de análisis son una herramienta importante para la búsqueda y el perfeccionamiento del conocimiento sobre la realidad. Cada método tiene su propia forma de acercarse al objeto de estudio. (Quesada & Medina, 2020). Bajo estos argumentos los métodos que se aplicaron en el presente trabajo investigativo son: método inductivo, analítico, dogmático y descriptivo.

**Método inductivo:** El proceso de inducción recorre el camino de lo particular a lo general, a partir de situaciones específicas, induce regularidades válidas o aplicables a casos semejantes, obviando lo relativo o cambiante y buscando las formas estables. Es la manera de establecer conclusiones a partir del estudio de casos y de razonar en las investigaciones cualitativas. (Villabella, 2020). En el proceso investigativo se aplicó este método para analizar de manera particular las políticas públicas establecidas por el Estado, con el objetivo de describir, de manera general, si estas estrategias garantizan efectivamente el derecho a la salud y a una vida digna de las personas adultas mayores en el sector rural del Ecuador. Por otro lado, en esta investigación este método permite identificar los datos empíricos recolectados de un caso territorial en concreto, en este caso la parroquia Santiago de Quito, y desarrollar una comprensión de la problemática de manera amplia, mediante una inferencia lógica, la interacción a nivel microentorno de los adultos mayores nos permite evaluar de manera crítica mediante una extrapolación a un nivel macro, en este caso el sector rural del Ecuador.

**Método analítico:** Es el método que permite descomponer el objeto que se estudia en sus elementos, recomponerlo integrándolos y destacar el sistema de relaciones que existe entre las partes y el todo. (Villabella, 2020). En el trabajo de investigación, este método se utilizó para realizar un estudio crítico de las políticas públicas, del derecho al acceso a la salud y de la vida digna de las personas adultas mayores en el sector rural del Ecuador.

**Método dogmático:** Estudia las estructuras vinculadas al objetivo del derecho, fundamentándose en el ordenamiento jurídico, basándose formalmente en las fuentes del derecho objetivo. (Rojas, 2024). Con la aplicación de este método en el proceso investigativo, se correlacionaron la doctrina, la norma y la jurisprudencia con la realidad del problema estudiado. Es decir, mediante el método dogmático se analizó la parte teórica a partir de los casos prácticos.

**Método descriptivo:** Busca analizar el objeto de estudio tal como se presenta en su contexto, para describir el comportamiento de las variables, examinando sus características, componentes y relaciones, sin aplicar ningún proceso experimental. (Antar, 2016) Su

objetivo fundamental es describir el estado actual del problema jurídico investigado (Herrera, 2026, p. 56). Con base en la investigación documental y los resultados de la investigación de campo, se describió de manera empírica si el derecho a la salud impacta en la vida digna de los adultos mayores en el sector rural del Ecuador. Con esta actividad investigativa, se ha creado un nuevo conocimiento que ha sido plasmado en el informe de investigación.

### **3.7. Procesamiento de datos**

El procesamiento de datos, según Herrera (2026), es la fase en la que el investigador presenta de manera sistemática los procedimientos utilizados para tabular, procesar, interpretar y discutir los resultados cualitativos y cuantitativos. En este contexto, en la presente investigación se obtuvo información mediante la aplicación de una guía de entrevista (datos cualitativos) y de un cuestionario (datos cuantitativos).

#### **3.7.1. Procesamiento de datos cualitativos**

La información cualitativa del presente trabajo investigativo se obtuvo de la guía de entrevista aplicada a las autoridades, directivos y personal operativo que laboran en los centros de atención médica del Ministerio de Salud Pública, del Ministerio de Desarrollo Humano y del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y cumplió las siguientes etapas:

**Tabulación de la información:** Para el registro de la información recopilada en la guía de entrevista dirigida a las autoridades, directivos y personal operativo que laboran en los centros de atención médica del MSP, MDH y del IESS, se utilizó la matriz narrativa, para su correcta elaboración se tomó como base las recomendaciones establecidas en el Manual de Normas APA Séptima Edición, que incluye estructura, datos del entrevistado y la opinión o respuesta al interrogante que se realizó. Las respuestas recabadas se sometieron a un proceso de síntesis, evitando la transcripción literal. Esta sistematización permite exponer solo las ideas sustanciales.

**Análisis de la información:** Para desarrollar el análisis de la información proporcionada mediante la guía de entrevista que fue dirigida a las autoridades, directivos y personal operativo que laboran en los centros de atención médica del MSP, del MDH y del IESS, se utilizó la técnica del razonamiento lógico, que permite confrontar el criterio emitido por el entrevistado con los aspectos de la realidad del objeto de estudio, es decir los adultos mayores de la zona rural.

**Discusión de la información:** Para cumplir esta actividad investigativa se utilizó la técnica del análisis crítico; se realizó un estudio comparativo entre los resultados obtenidos en los instrumentos de investigación y el estado del arte, para finalmente confrontarlos con la realidad y, de esta manera, obtener un criterio propio que permita aceptar, rechazar o ampliar los resultados de la investigación.



### 3.7.2. Procesamiento de datos cuantitativos

Los datos cuantitativos del presente trabajo investigativo se obtuvieron a través del cuestionario de 17 preguntas de tipo mixto (cerradas, de selección múltiple y modelo Likert) aplicado a los adultos mayores de la parroquia Santiago de Quito, Cantón Colta, Provincia de Chimborazo y cumplió las siguientes etapas:

**Tabulación de la información:** La tabulación de la información recopilada en el cuestionario dirigido a los adultos mayores de la parroquia Santiago de Quito, cantón Colta, provincia de Chimborazo se realizó aplicando la técnica matemática de manera manual, contabilizando las respuestas asignadas a cada una de las 17 preguntas del instrumento de investigación.

**Procesamiento de la información:** Para su análisis se utilizó SPSS versión 27. Primeramente, se definieron las variables y se les asignó un nombre; luego se ingresaron los datos de manera manual; una vez creada la base de datos, se revisó para corregir errores y se procedió a la transformación automática en tablas estadísticas con frecuencias y porcentajes exactos.

**Interpretación de los resultados:** Para desarrollar el análisis de los resultados, se lo realizó de manera descriptiva, utilizando técnicas lógicas de inducción y la deducción. En este caso, el razonamiento inductivo permite interpretar los datos particulares para llegar a conclusiones generales, mientras que por otro lado, la deducción parte de una visión global para obtener conclusiones específicas del tema estudiado.

**Discusión de los resultados:** Según Herrera (2026), la discusión de los resultados es una evaluación personal que permite aceptar, rechazar o ampliar los hallazgos obtenidos mediante la aplicación del instrumento de investigación. En este caso, el cuestionario es el instrumento de investigación que se utiliza para obtener datos cuantitativos y, para la discusión de los resultados, se utilizaron el análisis basado en criterios de otros autores y la síntesis, que son apreciaciones del investigador.

## CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente capítulo presenta los hallazgos del estudio realizado con un enfoque mixto. Como resultado de un análisis normativo-jurídico, basado en encuestas a 50 adultos mayores y entrevistas a 10 profesionales de centros de salud en la parroquia Santiago de Quito (cantón Colta, Chimborazo), se compararon las políticas vigentes con la realidad del sector rural. Se identificaron los principales hallazgos que enfrenta la población: (i) los desafíos en la implementación efectiva de las políticas públicas destinadas a garantizar el derecho a una vida digna (art. 66 CRE); (ii) el efecto que ello tiene en su derecho a una vida digna.

El desarrollar el estudio mediante un cruce de datos que parten de distintas fuentes, la normativa existente que desarrollar el derecho exigible del adulto mayor en ocasiones no se refleja en su realidad, por lo tanto, no coincide al momento de contrastar los datos obtenidos. Existen limitaciones claras que afectan al acceso y sobre todo la calidad de los servicios de salud, afectando directamente el derecho a una vida digna, esto a pesar de contar con un marco legal especialmente sólido.

### 4.1 Resultados del cuestionario aplicado a los adultos mayores de la parroquia Santiago de Quito, Cantón Colta, Provincia de Chimborazo.

#### PREGUNTA 1: ¿Edad?

**Tabla 6.**  
*Edad de los encuestados*

| Rango de Edad | Número de personas | Porcentaje (%) |
|---------------|--------------------|----------------|
| 65-69 años    | 18                 | 36 %           |
| 70-74 años    | 11                 | 22 %           |
| 75-79 años    | 10                 | 20 %           |
| 80-84 años    | 3                  | 10 %           |
| 85-89 años    | 4                  | 8 %            |
| 90 años y más | 2                  | 4 %            |
| <b>Total</b>  | <b>50</b>          | <b>100 %</b>   |

**Nota:** La tabla 6 da a conocer la edad de los encuestados.

**Interpretación:** La mayoría de los encuestados tienen edades comprendidas entre 65 y 90 años. Coincide con otros estudios que se han realizado en parroquias rurales del Chimborazo, que la población vulnerable en la parroquia es la población adulta mayor “jóvenes-viejos” (65-74 años); a la cual se le agrega un grupo significativo de los mayores de 75 años.

## PREGUNTA 2: ¿Nivel de instrucción?

**Tabla 7.**  
*Nivel de instrucción*

| Nivel de instrucción       | Número de personas | Porcentaje (%) |
|----------------------------|--------------------|----------------|
| Sin instrucción/analfabeto | 25                 | 50 %           |
| Primaria incompleta        | 14                 | 28 %           |
| Primaria completa          | 8                  | 16 %           |
| Secundaria o superior      | 2                  | 4 %            |
| <b>Total</b>               | <b>50</b>          | <b>100 %</b>   |

**Nota:** la tabla 7 muestra el nivel de instrucción del adulto mayor.

**Interpretación:** Es un predominio del nivel educativo bajo, que es muy frecuente en las zonas andinas de la región rural del Chimborazo, donde muchas personas no terminan la educación o no acceden a la educación formal. Esta situación los deja sin acceso a información clara y precisa sobre políticas de salud y sin acceso a sus derechos.

## PREGUNTA 3: ¿Lugar donde viven?

**Tabla 8.**  
*Lugar de residencia*

| Comunidad                    | Número de personas | Porcentaje (%) |
|------------------------------|--------------------|----------------|
| Comunidad Barrio Central     | 8                  | 16 %           |
| Comunidad Ocote La Merced    | 10                 | 20 %           |
| Comunidad Colta San José     | 7                  | 14 %           |
| Comunidad Cunispuma          | 4                  | 8 %            |
| Comunidad Barrio Rayaloma    | 4                  | 8 %            |
| Comunidad Ocote Concepción   | 3                  | 6 %            |
| Comunidad Barrio Balbanera   | 2                  | 4 %            |
| Comunidad Chacahuayco        | 2                  | 4 %            |
| Tungurahui                   |                    |                |
| Comunidad Santa Inés         | 1                  | 2 %            |
| Comunidad Barrio Capilla     | 1                  | 2 %            |
| Comunidad Chacahuayco        | 3                  | 6 %            |
| Comunidad Barrio San Antonio | 2                  | 4 %            |
| Central                      |                    |                |
| Comunidad Monjas Tungurahui  | 1                  | 2 %            |
| Comunidad Ocote San Vicente  | 1                  | 2 %            |
| Comunidad Yanacocha          | 1                  | 2 %            |
| <b>Total</b>                 | <b>50</b>          | <b>100 %</b>   |

**Nota:** La tabla 8 muestra el lugar donde viven los encuestados.

**Interpretación:** Mediante una observación a los datos recopilados se determina una concentración de encuestados relevantes para la investigación al ser parte de comunidad

indígenas del sector rural, enfoque que se determinó como objeto de estudio dentro de la investigación.

**PREGUNTA 4:** ¿Fuentes de ingreso?

**Tabla 9.**

*Fuentes de ingreso*

| <b>Fuente de ingresos</b> | <b>Números de personas</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------|
| Trabajo agrícola          | 42                         | 84 %                  |
| Pensión                   | 0                          | 0%                    |
| Jubilación                | 4                          | 8 %                   |
| Remesas                   | 0                          | 0%                    |
| Otros                     | 4                          | 8%                    |
| <b>Total</b>              | <b>50</b>                  | <b>100 %</b>          |

**Nota:** la tabla 9 muestra la fuente de ingreso principal de los encuestados.

**Interpretación:** En este apartado se aprecia que la fuente de ingreso más importante para esta población es la agricultura, otro tipo de actividades palidecen a comparación, es decir, los encuestados son parte de una comunidad eminentemente agrícola poco diversificada, esto puede llegar a representar una vulnerabilidad en el aspecto económico y sobre todo en la propia salud, puesto que significa una mayor carga física para el adulto mayor.

**PREGUNTA 5:** ¿Cuántas personas viven en el hogar?

**Tabla 10.**

*Personas que viven en su hogar*

| <b>Número de personas en el hogar</b> | <b>Número de encuestados</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
|---------------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| 1 a 2 personas                        | 34                           | 68 %                  |
| 3 a 4 personas                        | 12                           | 24 %                  |
| 5 a 6 personas                        | 3                            | 6 %                   |
| 7 o más personas                      | 1                            | 2 %                   |
| <b>Total</b>                          | <b>50</b>                    | <b>100 %</b>          |

**Nota:** la tabla 10 muestra el número de personas que viven en el hogar de cada uno de los encuestados.

**Interpretación:** En esta pregunta la mayoría de encuestados representa un porcentaje mayor al contar con un acompañante en su hogar o de otro lado, encontrarse viviendo solo debido al abandono familiar por factores como la migración, un porcentaje menor convive con hijos o nietos que facilitan un desarrollo en sus actividades diarias.

**PREGUNTA 6:** ¿Conoce las políticas públicas para el acceso a la salud de las personas adultas mayores?

**Tabla 11.**

*Conocimiento de las políticas públicas para el acceso a la salud de las personas adultas mayores*

| Respuestas | Número de personas | Porcentaje (%) |
|------------|--------------------|----------------|
| Sí         | 6                  | 12 %           |
| No         | 41                 | 82 %           |
| En parte   | 3                  | 6 %            |
| Total      | 50                 | 100 %          |

**Nota:** la tabla 11 muestra el conocimiento que poseen los encuestados sobre las políticas públicas de acceso a la salud de las personas adultas mayores.

**Interpretación:** En esta pregunta la mayoría de entrevistados expresa un desconocimiento total de las políticas que implementa el estado mediante las diversas instituciones como el IESS o MDH, esto claramente determina una falta de conocimiento por parte del adulto mayor que vulnera la difusión de sus derechos en sus zonas de residencia.

**PREGUNTA 7:** ¿Existe algún programa de salud para las personas adultas mayores en las comunidades?

**Tabla 12.**

*Programa de salud para las personas adultas mayores en las comunidades*

| Respuestas | Número de personas | Porcentaje (%) |
|------------|--------------------|----------------|
| Sí         | 28                 | 56 %           |
| No         | 22                 | 44 %           |
| Total      | 50                 | 100 %          |

**Nota:** la tabla 12 muestra el número de encuestados que confirman la existencia de programas de salud para las personas adultas mayores en las comunidades.

**Interpretación:** En esta pregunta los encuestado expresan realidades opuestas al expresar la existencia de programas y al mismo tiempo su ausencia, esto debe tener su explicación en la geografía de los encuestados, puesto que muchos de ellos viven en zonas alejadas donde los programas de salud que permiten el acompañamiento continuo no suelen llegar con facilidad, para el desarrollo de las encuestas se comprobó que gran parte de individuos manifestaron su descontento al no haber recibido visitas por parte de las brigadas de salud que suelen abordar a esta población rural.

**PREGUNTA 8:** ¿Está usted afiliado(a) a algún seguro o sistema de salud?

**Tabla 13.**

*Afiliación a algún seguro social*

| Respuestas | Número de personas | Porcentaje (%) |
|------------|--------------------|----------------|
| Sí         | 14                 | 28 %           |
| No         | 36                 | 72 %           |
| Total      | 50                 | 100 %          |

**Nota:** la tabla 13 muestra el número de encuestados que se encuentran afiliados a algún seguro.

**Interpretación:** Una proporción considerable de personas no está afiliada a ningún sistema de atención sanitaria, lo que las pone en riesgo. Muchos dependen únicamente de la atención gratuita ocasional.

**PREGUNTA 9:** ¿Existe una eficiente cobertura de centros de salud en la comunidad?

**Tabla 14.**

*Eficiencia de cobertura de centros de salud en la comunidad*

| <b>Respuesta</b> | <b>Número de personas</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
|------------------|---------------------------|-----------------------|
| Sí               | 33                        | 66 %                  |
| No               | 17                        | 34 %                  |
| <b>Total</b>     | <b>50</b>                 | <b>100 %</b>          |

**Nota:** la tabla 14 muestra el número de encuestados que confirman la existencia de eficiente cobertura de centros de salud en la comunidad.

**Interpretación:** La gran mayoría cree que existe una cobertura eficiente. Esta percepción puede explicarse por un manejo adecuado de la dispersión geográfica y por la eliminación de la escasez de puestos de salud en las parroquias rurales de Chimborazo en los últimos años.

**PREGUNTA 10:** ¿Qué dificultades enfrenta para acceder al servicio de salud?

**Tabla 15.**

*Dificultades que enfrenta para acceder al servicio de salud*

| <b>Dificultad</b>               | <b>Número de personas</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
|---------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Distancia                       | 4                         | 8 %                   |
| Transporte                      | 6                         | 12 %                  |
| Falta de medicamentos           | 24                        | 48 %                  |
| Largas esperas                  | 3                         | 6 %                   |
| Falta de personal especializado | 5                         | 10 %                  |
| Ninguna                         | 8                         | 16 %                  |
| <b>Total</b>                    | <b>50</b>                 | <b>100 %</b>          |

**Nota:** la tabla 15 muestra las diversas barreras para acceder al servicio de salud más cercano.

**Interpretación:** Las barreras más comunes son los problemas de suministro (falta de medicamentos), las dificultades geográficas o logísticas (distancia y transporte) y en tercer lugar las barreras que se relacionan con la calidad de la atención (larga espera en las colas y falta de especialistas). La principal barrera percibida, con mucha diferencia, es la falta de medicamentos.

**PREGUNTA 11:** ¿Cómo calificaría la atención en los centros de salud?

**Tabla 16.**  
*Atención a los centros de salud*

| <b>Calificación</b> | <b>Número de personas</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
|---------------------|---------------------------|-----------------------|
| Excelente           | 1                         | 2 %                   |
| Muy buena           | 1                         | 2%                    |
| Buena               | 28                        | 56 %                  |
| Regular             | 13                        | 26%                   |
| Mala                | 3                         | 6 %                   |
| Muy mala            | 2                         | 4%                    |
| Sin respuesta       | 2                         | 4%                    |
| <b>Total</b>        | <b>50</b>                 | <b>100 %</b>          |

**Nota:** la tabla 16 muestra la calidad de atención que reciben los encuestados en el centro de salud más cercano.

**Interpretación:** En esta pregunta se considera si el servicio de salud brindado en los centros de salud posee aceptación por parte de los encuestados, en su mayoría los adultos mayores identificaron la atención como buena, seguido de un porcentaje significativo de atención regular, esto determina la percepción de los adultos mayores frente a la atención que reciben, sin embargo, esta realidad puede estar mal identificada debido a que los encuestados en cuestión no tienen un estándar de calidad que les permita identificar de manera real si sus derechos están siendo respetados, al existir respuestas negativas por parte de algunos individuos, se debe considerar si la mayoría de encuestados posee el conocimiento suficiente que permita identificar correctamente la atención medica que reciben.

**PREGUNTA 12:** ¿Sufre usted de alguna enfermedad crónica?

**Tabla 17.**  
*Sufre de alguna enfermedad crónica*

| <b>Enfermedad crónica</b>  | <b>Número de personas</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
|----------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Hipertensión               | 14                        | 28 %                  |
| Diabetes                   | 1                         | 2 %                   |
| Enfermedades del corazón   | 0                         | 0%                    |
| Enfermedades respiratorias | 1                         | 2%                    |
| Cáncer                     | 0                         | 0%                    |
| Otras                      | 10                        | 20 %                  |
| Ninguna                    | 24                        | 48%                   |
| <b>Total</b>               | <b>50</b>                 | <b>100%</b>           |

**Nota:** la tabla 17 muestra las enfermedades crónicas que padecen los encuestados.

**Interpretación:** La enfermedad predominante es la hipertensión; esto coincide con los datos nacionales y locales sobre adultos mayores en zonas rurales. Las demás se dividen, en general, en datos dispersos. Más de un tercio de las personas manifiesta que cuenta con buena salud, sin ningún tipo de enfermedad crónica.

**PREGUNTA 13:** ¿Cómo calificaría su nivel de vida actual?

**Tabla 18.**  
*Calificación de nivel de vida actual*

| Calificación | Número de personas | Porcentaje (%) |
|--------------|--------------------|----------------|
| Excelente    | 0                  | 0 %            |
| Muy buena    | 1                  | 2 %            |
| Buena        | 39                 | 78 %           |
| Regular      | 7                  | 14 %           |
| Mala         | 3                  | 6%             |
| Muy mala     | 0                  | 0 %            |
| <b>Total</b> | 50                 | 100 %          |

**Nota:** la tabla 18 muestra la calidad de vida actual que perciben los encuestados.

**Interpretación:** En esta pregunta los encuestados reflejan una nivel de vida que se percibe como buena, sin embargo, se debe tomar en consideración la cosmovisión y la percepción de vida buena que consideran los encuestados, esto pues esta claro que gran parte de la población encuetada ha vivido en una zona que históricamente no ha contado con los servicios básicos y elementos que faciliten su día a día, al considerar su vida actual como buena, los encuestados expresan una plenitud sesgada por una vida donde la adaptación a las necesidades de la zona pueden llegar a nublar la perspectiva externa de su vida.

**PREGUNTA 14:** ¿Tienen una alimentación adecuada?

**Tabla 19.**  
*Alimentación adecuada*

| Respuesta    | Número de personas | Porcentaje (%) |
|--------------|--------------------|----------------|
| Sí           | 42                 | 84 %           |
| No           | 1                  | 2 %            |
| En parte     | 7                  | 14 %           |
| <b>Total</b> | 50                 | 100 %          |

**Nota:** la tabla 19 muestra el número de encuestados que poseen o no una adecuada alimentación.

**Interpretación:** La mayoría expresa contar con una alimentación adecuada. Por lo que se indica un resultado positivo en relación con este aspecto. Un pequeño porcentaje, que se manifiesta en parte, indica limitaciones o deficiencias.

**PREGUNTA 15:** ¿Satisface sus necesidades básicas de forma adecuada?

**Tabla 20.**  
*Satisface sus necesidades básicas de forma adecuada*

| Respuesta | Número de personas | Porcentaje (%) |
|-----------|--------------------|----------------|
|-----------|--------------------|----------------|



|              |           |              |
|--------------|-----------|--------------|
| Sí           | 36        | 72 %         |
| No           | 8         | 16 %         |
| En parte     | 6         | 12 %         |
| <b>Total</b> | <b>50</b> | <b>100 %</b> |

**Nota:** la tabla 20 muestra el número de encuestados que satisfacen o no satisfacen sus necesidades básicas de forma adecuada.

**Interpretación:** En su mayoría los encuestados expresan que llegan a cubrir sus necesidades básicas, esto con referencia a una vivienda, una alimentación adecuada o una vestimenta, sin embargo, aspectos como alcantarillado y facilidades para la movilidad hacen falta para un correcto desarrollo de la vida del adulto mayor, además, como se identificó anteriormente, la percepción de su vida esta sesgada por la adaptabilidad con la que han tenido que vivir los adultos mayores en el sector rural.

**PREGUNTA 16:** ¿Las políticas públicas garantizan el derecho a la salud de las personas adultas mayores?

**Tabla 21.**

*Políticas públicas garantizan el derecho a la salud de las personas adultas mayores*

| <b>Respuesta</b> | <b>Número de personas</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
|------------------|---------------------------|-----------------------|
| Sí               | 28                        | 56 %                  |
| No               | 17                        | 34 %                  |
| En parte         | 5                         | 10 %                  |
| <b>Total</b>     | <b>50</b>                 | <b>100 %</b>          |

**Nota:** la tabla 21 muestra el número de encuestados que están de acuerdo o no con la afirmación de que las políticas públicas garantizan el derecho a la salud de las personas mayores.

**Interpretación:** En esta pregunta al formular anteriormente una que desarrollaba el conocimiento que poseían acerca de las políticas públicas, se optó por simplificarla a su enunciado a representar los programas llevados a cabo y su impacto en la realidad de las personas, es por ello que la percepción tanto positiva como negativa y en parte, llegan a ser igualadas pues refleja la realidad con la que programas originarios de las políticas públicas son palpables para la población estudiada.

**PREGUNTA 17:** ¿El derecho a la salud incide en el ejercicio efectivo de una vida digna de las personas adultas mayores?

**Tabla 22.**

*Derecho a la salud incide en el ejercicio efectivo de una vida digna de las personas adultas mayores.*

| <b>Respuesta</b> | <b>Número de personas</b> | <b>Porcentaje (%)</b> |
|------------------|---------------------------|-----------------------|
| Sí               | 50                        | 68 %                  |
| No               | 0                         | 0 %                   |
| En parte         | 0                         | 0 %                   |
| <b>Total</b>     | <b>50</b>                 | <b>100 %</b>          |

**Nota:** la tabla 22 muestra las respuestas a la pregunta sobre si el derecho a la salud incide en el ejercicio efectivo de una vida digna de las personas adultas mayores.

**Interpretación:** Los encuestado expresan unánimemente una aceptación total a esta interrogante, al desarrollar la encuesta se tomaron en cuenta los factores que determinan un calidad de vida digna, factores como el tipo de atención y su incidencia en la vida de las personas, permitió establecer un patrón que se confirmó al establecer totalmente que la salud es elemental para la calidad de vida de los adultos mayores, en sus actividades diarias, donde cuestiones como su actividad agrícola dependen de una claro establecimiento de salud plena.

#### 4.2 Resultados de la guía de entrevista dirigida a las autoridades, directivos y personal operativo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Ministerio de Desarrollo Humano y Ministerio de Salud Pública.

**PREGUNTA 1:** ¿Cuáles son las políticas públicas que viabilizan el acceso a la salud de las personas adultas mayores?

**Tabla 23.**

*Políticas públicas que viabilizan el acceso a la salud de las personas adultas mayores*

| Entrevista                                                                | Respuesta                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Johana Vallejo- Médica Administrativa, Seguro Social Campesino Chimborazo | Los adultos mayores se consideran como grupo prioritario y vulnerable. El Seguro Social Campesino se rige por el Ministerio de Salud Pública y dirige la mayoría de sus recursos y atenciones a esta población, que representa la mayor parte de sus afiliados. |
| Tránsito Morocho- Técnica de Adulto Mayor                                 | El Ministerio de Desarrollo Humano cuenta con políticas de atención domiciliaria, residencial y espacios activos para adultos mayores.                                                                                                                          |
| Romina Deli- Responsable, Seguro Social Campesino                         | El Régimen Especial del Seguro Obligatorio, especialmente por medio de dispensarios rurales del Seguro Campesino que llegan directamente a las parroquias y comunidades.                                                                                        |
| Luis Samaniego-Abogado Asesoría Jurídica, MDH.                            | Convenios interinstitucionales y con cooperantes nacionales e internacionales para ofrecer modalidades de atención que buscan garantizar derechos.                                                                                                              |
| Janneth Cahuana-Promotora Social, MDH.                                    | Se basan en la Constitución, La LOPA, acuerdos ministeriales y el programa Envejecimiento Digno, Activo y Saludable (EDAS)                                                                                                                                      |
| Germán Gamboa- Responsable Área Adulto Mayor, MDH.                        | Normativa técnica del adulto mayor que obliga a dos controles anuales de salud                                                                                                                                                                                  |

|                     |                      |                                                   |                                                                                                                  |
|---------------------|----------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     |                      |                                                   | coordinados con el MSO y la gratuidad de los servicios.                                                          |
| Carolina Campesino. | Jurado-Odontóloga,   | Seguro                                            | La salud es gratuita y los adultos tienen derecho a elegir dónde atenderse, con prioridad como grupo vulnerable. |
| Blanca Yora-        | Trabajadora Social,  | MDH.                                              | La Constitución y la LOPA establecen atención integral, prioritaria y especializada.                             |
| Alicia Tixi-        | Responsable Técnico, | Puesto de Salud (MSP).                            | Políticas del MSP que dan dimensión de calidad, calidez y prioridad a los adultos mayores como grupo vulnerable. |
| Alexandra Técnica,  | Aguayo-              | Administradora Centro de Salud Santiago de Quito. | Coordinación con el MDH por medio del programa Mis Mejores Años y el programa HEARTS para la hipertensión.       |

**Nota:** la tabla 23 muestra las diferentes respuestas que los entrevistados entregaron a la pregunta: ¿Cuáles son las políticas públicas que viabilizan el acceso a la salud de las personas adultas mayores?

**Análisis:** Las políticas que normalizan el acceso de la población adulta a la salud en el sector rural de Chimborazo se basan principalmente en el reconocimiento de esta población como prioritaria y vulnerable con un enfoque multisectorial. El Seguro Social Campesino se destaca como la herramienta de operación más importante; canaliza la mayor parte de sus recursos y de sus dispensarios rurales a las comunidades, directamente, con el apoyo del Régimen Especial del Seguro Obligatorio y de las gratuidades de la atención. Por su parte, el MDH ofrece modalidades de atención domiciliaria, residencial y diurna a través de convenios interinstitucionales, y el Ministerio de Salud Pública (MSP) establece el marco normativo de calidad, calidez y controles periódicos. Se sustenta en instrumentos jurídicos, como la Constitución y la LOPA, y en programas como EDAS, Mis Mejores Años y HEARTS. En general, existe un marco normativo y operativo sólido que, sin embargo, depende de la articulación de las instituciones y de la llegada de lo real a las zonas más dispersas.

**PREGUNTA 2:** ¿Qué programas de salud se han ejecutado en el sector rural a favor de la salud de las personas adultas mayores?

**Tabla 24**

*Programas de salud que se han ejecutado en el sector rural en favor de los adultos mayores.*

| Entrevista                                                                | Respuesta                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Johana Vallejo- Médica Administrativa, Seguro Social Campesino Chimborazo | Creación de clubes del adulto mayor en los 45 dispensarios, charlas, talleres, y conferencias permanentes sobre la diabetes, hipertensión y problemas cardiovasculares. |
| Tránsito Morocho- Técnica de Adulto Mayor                                 | Charlas y capacitaciones con familias y adultos mayores, más controles médicos coordinados con el MSP.                                                                  |

|                                                                              |                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Romina Deli- Responsable, Seguro Social Campesino                            | Programa de huertos saludables y talleres de alimentación y cocina adaptada al metabolismo del adulto mayor.   |
| Luis Samaniego-Abogado Asesoría Jurídica, MDH.                               | Convenios con atención domiciliaria y gerontológica articulados con el MSP.                                    |
| Janneth Cahuana-Promotora Social, MDH.                                       | Trabajo conjunto con MSP en nutrición familiar y talleres, aunque no hay programa exclusivo para adulto mayor. |
| Germán Gamboa- Responsable Área Adulto Mayor, MDH.                           | Controles de salud bianuales, talleres de alimentación saludable, lavado de manos, y prevención de caídas.     |
| Carolina Jurado-Odontóloga, Seguro Campesino.                                | Grupos de jubilados con gimnasia, bailes, terapias alternativas y talleres de cocina.                          |
| Blanca Yora- Trabajadora Social, MDH.                                        | Ruta de atención primaria, aunque con limitantes en la ejecución.                                              |
| Alicia Tixi- Responsable Técnico, Puesto de Salud (MSP).                     | Atención mensual según estado de salud y charlas/prácticas de alimentación saludable.                          |
| Alexandra Aguayo- Administradora Técnica, Centro de Salud Santiago de Quito. | Club de adultos mayores y programa HEARTS para detección y control de hipertensión.                            |

**Nota:** la tabla 24 muestra las diferentes respuestas que los entrevistados entregaron a la pregunta: ¿Qué programas de salud se han ejecutado en el sector rural a favor de la salud de las personas adultas mayores?

**Análisis:** Los programas de salud para el sector rural, que apuntan a la mayoría de los adultos, se enfocan en promover, prevenir y manejar enfermedades crónicas. Los Clubes del Adulto Mayor (programas a ser implementados por el Seguro Social Campesino), que incluyen charlas, talleres educativos, actividad física (gimnasia, bailes) y terapias alternativas, controles periódicos y el programa HEARTS (hipertensión) son predominantes. También hay que destacar los proyectos de salud que se han implementado, huerto comunitario, talleres de cocina y chequeos bimensuales de salud, chequeos de caídas y chequeos de higiene de manos.

En este caso las diferentes instituciones de salud refuerzan un trabajo interinstitucional, donde la mayoría voltea esfuerzos en realizar una atención domiciliaria, sin embargo, al existir respuestas que determinan una falta de programas específicos para los adultos mayores es importante aclarar que solo se tratan de talleres que atienden a una población en general.

**PREGUNTA 3:** ¿Existe una eficiente cobertura de centros de salud en el sector rural?

**Tabla 25.**

*Eficiencia cobertura de centros de salud en el sector rural*

| Entrevista | Respuesta |
|------------|-----------|
|------------|-----------|

|                                                                              |                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Johana Vallejo- Médica Administrativa, Seguro Social Campesino Chimborazo    | Sí, 45 dispensarios ubicados en las comunidades más recónditas.  |
| Tránsito Morocho- Técnica de Adulto Mayor                                    | No, insuficiente por distancia y dispersión.                     |
| Romina Deli- Responsable, Seguro Social Campesino                            | Sí, alta cobertura con 45 dispensarios en 9 cantones.            |
| Luis Samaniego-Abogado Asesoría Jurídica, MDH.                               | No, por problemas de administración y falta de recursos.         |
| Janneth Cahuana-Promotora Social, MDH.                                       | No, por dispersión geográfica, alta demanda y falta de personal. |
| Germán Gamboa- Responsable Área Adulto Mayor, MDH.                           | No es suficiente en zonas de alta dispersión.                    |
| Carolina Jurado-Odontóloga, Seguro Campesino.                                | Sí, existe eficiente cobertura.                                  |
| Blanca Yora- Trabajadora Social, MDH.                                        | Sí hay centros, pero la ejecución tiene limitantes.              |
| Alicia Tixi- Responsable Técnico, Puesto de Salud (MSP).                     | Sí, aceptable, un centro cubre 8-10 comunidades.                 |
| Alexandra Aguayo- Administradora Técnica, Centro de Salud Santiago de Quito. | Sí, buena cobertura en la zona de Colta.                         |

**Nota:** la tabla 25 muestra las diferentes respuestas que los entrevistados entregaron a la pregunta: ¿Existe una eficiente cobertura de centros de salud en el sector rural?

**Análisis:** Respecto a la eficiencia de la cobertura de centros de salud en el sector rural, las opiniones están divididas. Representantes del Seguro Social Campesino (Johana Vallejo, Romina Deli y Carolina Jurado) consideran positiva la cobertura y destacan los 45 dispensarios ubicados en las mismas comunidades, lo cual constituye una fortaleza frente al MSP. Sin embargo, funcionarios del Ministerio de Desarrollo Humano (Tránsito Morocho, Janneth Cahuana, Germán Gamboa y Luis Samaniego) consideran que la cobertura es inadecuada debido a la dispersión geográfica, la distancia, la alta demanda y a problemas de administración y de recursos humanos. Las opiniones de MSP (Alicia Tixi y Alexandra Aguayo) son más moderadas, por lo que son aceptables o buenas en sus áreas de especificidad, pero Blanca Yora valora que, a pesar de los centros, hay limitantes reseñables en la ejecución. En resumen, hay una percepción positiva respecto del Seguro Campesino, pero las críticas a las actuales brechas de acceso en las zonas más alejadas son mayoritarias.

**PREGUNTA 4:** ¿Qué dificultades enfrentan las personas adultas mayores para acceder al servicio de salud?

**Tabla 26.**

*Dificultades que enfrentan las personas adultas mayores para acceder a este servicio de salud.*

| Entrevista | Respuesta |
|------------|-----------|
|------------|-----------|

|                                                                              |                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Johana Vallejo- Médica Administrativa, Seguro Social Campesino Chimborazo    | Problemas de movilidad por artrosis, osteoporosis, y dolencias articulares. Distancia, miedo, abandono familiar y dificultad para caminar. |
| Tránsito Morocho- Técnica de Adulto Mayor                                    | Distancia, miedo, abandono familiar y dificultad para caminar.                                                                             |
| Romina Deli- Responsable, Seguro Social Campesino                            | Transporte deficiente en zonas rurales y estado avanzado de salud.                                                                         |
| Luis Samaniego-Abogado Asesoría Jurídica, MDH.                               | Falta de recursos y buena administración de las políticas.                                                                                 |
| Janneth Cahuana-Promotora Social, MDH.                                       | Movilidad física, dispersión geográfica, factor económico y pobreza.                                                                       |
| Germán Gamboa- Responsable Área Adulto Mayor, MDH.                           | Dispersión geográfica y no contar con seguro.                                                                                              |
| Carolina Jurado-Odontóloga, Seguro Campesino.                                | Falta de información y acompañamiento familiar.                                                                                            |
| Blanca Yora- Trabajadora Social, MDH.                                        | Abandono familiar y falta de referente.                                                                                                    |
| Alicia Tixi- Responsable Técnico, Puesto de Salud (MSP).                     | Falta de transporte público.                                                                                                               |
| Alexandra Aguayo- Administradora Técnica, Centro de Salud Santiago de Quito. | Soledad y abandono por migración de los hijos.                                                                                             |

**Nota:** la tabla 26 muestra las diferentes respuestas que los entrevistados entregaron a la pregunta: ¿Qué dificultades enfrentan las personas adultas mayores para acceder al servicio de salud?

**Análisis:** La mayoría de los problemas que enfrentan los adultos mayores en las zonas rurales al acceder a los servicios de salud son multifacéticos y están fuertemente relacionados con la salud física y el aislamiento geográfico y familiar. En el centro aparecen barreras como la locomoción limitada (causada por artritis, osteoporosis, dolores articulares), la distribución geográfica, no tener un sistema de transporte y la distancia a los centros de salud. A esto se agrega el alto número de emigraciones de los hijos, que deja a muchos ancianos sin apoyo ni compañía para desplazarse, además de otras causas: económicas, miedo y desconocimiento. En el marco institucional, también se citan limitaciones tales como la mala administración de los recursos y no tener la cobertura universal. En resumen, los obstáculos no son solo logísticos o físicos, sino sociales y estructurales, provocando un enorme déficit en la prestación de los servicios y el acceso a ellos.

**PREGUNTA 5:** ¿Cómo calificaría usted la atención médica (tiempo de espera, disponibilidad de medicamentos, trato al paciente y capacidad de resolución) en los centros de salud?

**Tabla 27.**

*Calificación de la atención en estos centros de salud en el sector rural.*

| Entrevista                                                                   | Respuesta                                               |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Johana Vallejo- Médica Administrativa, Seguro Social Campesino Chimborazo    | Muy eficiente y humanística.                            |
| Tránsito Morocho- Técnica de Adulto Mayor                                    | Mejorada en los últimos años por personal bilingüe.     |
| Romina Deli- Responsable, Seguro Social Campesino                            | Buena, cumple con el Manual MAIS                        |
| Luis Samaniego-Abogado Asesoría Jurídica, MDH.                               | Buena en centros rurales con poca afluencia.            |
| Janneth Cahuana-Promotora Social, MDH.                                       | Variable, hay buena calidez, pero también brechas.      |
| Germán Gamboa- Responsable Área Adulto Mayor, MDH.                           | No califica directamente por no ser usuario.            |
| Carolina Jurado-Odontóloga, Seguro Campesino.                                | Buena, por ser grupo prioritario.                       |
| Blanca Yora- Trabajadora Social, MDH.                                        | Generalmente buena, aunque con limitantes por abandono. |
| Alicia Tixi- Responsable Técnico, Puesto de Salud (MSP).                     | Muy buena, prioridad a pacientes vulnerables.           |
| Alexandra Aguayo- Administradora Técnica, Centro de Salud Santiago de Quito. | 8-9/10, buena cuando logran llegar.                     |

**Nota:** la tabla 27 muestra las diferentes respuestas que los entrevistados entregaron a la pregunta: ¿Cómo calificaría usted la atención médica en los centros de salud?

**Análisis:** Esta interrogante determina que la valoración a este servicio de salud es favorable dentro de las zonas rurales. Los entrevistados (Johana Vallejo, Romina Deli, Carolina Jurado, Alicia Tixi) identifican que la atención se caracteriza por ser buena y eficaz, efectuando una adherencia a los protocolos del MAIS. A esto se suma la incorporación de personal bilingüe que permite un acercamiento más efectivo a la población rural. Sin embargo, es evidente que persisten afectaciones a la atención, pues en algunos casos no es igual y su fluidez depende de varios factores, además, esta presente el abandono familiar como elemento de impacto para la población rural.

**PREGUNTA 6:** ¿Qué enfermedad crónica es la más prevalente entre las personas adultas mayores del sector rural, y que estrategias de control y prevención se están aplicando?

**Tabla 28.**

*Enfermedad crónica más común en los adultos mayores en el sector rural*

| Entrevista                                                                | Respuesta                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Johana Vallejo- Médica Administrativa, Seguro Social Campesino Chimborazo | Hipertensión arterial, diabetes y artrosis. Diabetes, problemas óseos y gripe/infecciones. |

|                                                               |                             |                                                          |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------|
| Tránsito Morocho- Mayor                                       | Técnica de Adulto           | Diabetes, problemas óseos y gripe/infecciones.           |
| Romina Deli- Campesino                                        | Responsable, Seguro Social  | Hipertensión arterial.                                   |
| Luis Samaniego- Jurídica, MDH.                                | Abogado Asesoría            | Artritis y problemas degenerativos de huesos.            |
| Janneth Cahuana- Social, MDH.                                 | Promotora                   | Hipertensión, diabetes, gonartrosis y osteoporosis.      |
| Germán Gamboa- Adulto Mayor, MDH.                             | Responsable Área            | Diabetes y problemas de motricidad y demencia.           |
| Carolina Jurado- Campesino.                                   | Odontóloga, Seguro          | Hipertensión, diabetes y problemas respiratorios (EPOC). |
| Blanca Yora- Social, MDH.                                     | Trabajadora                 | Artritis y problemas pulmonares.                         |
| Alicia Tixi- de Salud (MSP).                                  | Responsable Técnico, Puesto | Enfermedades respiratorias (EPOC) por humo de leña.      |
| Alexandra Aguayo- Técnica, Centro de Salud Santiago de Quito. | Administradora              | Hipertensión arterial y diabetes.                        |

**Nota:** la tabla 28 muestra las diferentes respuestas que los entrevistados entregaron a la pregunta: ¿Qué enfermedad crónica es la más común en las personas adultas mayores del sector rural?

**Análisis:** Hipertensión arterial es la enfermedad crónica más prevalente en los adultos mayores del sector rural de Chimborazo, con mucho acuerdo, cotidiana ya la mayoría de los entrevistados (Johana Vallejo, Romina Deli, Janneth Cahuana, Carolina Jurado y Alexandra Aguayo). Le sigue muy de cerca la diabetes mellitus, citada en recurrencia. En el segundo plano se ubican las enfermedades osteoarticulares (artrosis, gonartrosis, artritis y osteoporosis) y las respiratorias crónicas (EPOC), estas últimas fuertemente relacionadas con el uso de leña para cocinar. Esta prevalencia se hace eco de la presencia de factores compartidos en el medio rural como el proceso de envejecimiento, los malos hábitos alimentarios preexistentes, el sedentarismo, la polimedicación y la exposición ambiental (humo), que configuran un perfil pluripatológico que perjudica significativamente la calidad de vida de este grupo de personas.

**PREGUNTA 7:** ¿Cómo calificaría usted el nivel de vida actual de las personas adultas mayores del sector rural, en términos de ingreso, vivienda, nutrición y acceso a servicios básicos?

**Tabla 29.**

*Nivel de vida actual de las personas adultas mayores en sector rural.*

| Entrevista                                                                | Respuesta                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Johana Vallejo- Médica Administrativa, Seguro Social Campesino Chimborazo | Alta esperanza de vida, pero baja calidad.                   |
| Tránsito Morocho- Mayor                                                   | No garantizado al 100 % por problemas económicos y abandono. |



|                                                          |                            |                                                                       |
|----------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Romina Deli- Campesino                                   | Responsable, Seguro Social | Sin datos estadísticos específicos.                                   |
| Luis Samaniego- Abogado Jurídica, MDH.                   | Asesoría                   | Aproximadamente 80 % digna y 20 % con dificultades.                   |
| Janneth Cahuana- Promotora Social, MDH.                  |                            | Regular por soledad y abandono familiar.                              |
| Germán Gamboa- Adulto Mayor, MDH.                        | Responsable Área           | Baja, por condiciones de vivienda y abandono.                         |
| Carolina Jurado- Odontóloga, Campesino.                  | Seguro                     | No tan bueno, por abandono y falta de conocimiento.                   |
| Blanca Yora- Trabajadora Social, MDH.                    |                            | Variable según el apoyo de la familia y hábitos.                      |
| Alicia Tixi- Responsable Técnico, Puesto de Salud (MSP). |                            | Mejorando gracias al enfoque gubernamental.                           |
| Alexandra Aguayo- Técnica, Centro de Salud Quito.        | Administradora Santiago de | Bajo (4/10) por soledad, mala alimentación y condiciones de vivienda. |

**Nota:** la tabla 29 muestra las diferentes respuestas que los entrevistados entregaron a la pregunta: ¿Cómo calificaría usted el nivel de vida actual de las personas adultas mayores del sector rural?

**Análisis:** Los entrevistados reportan que el nivel de vida de las personas adultas mayores en el sector rural de Chimborazo, es a menudo regular y bajo. Aunque la esperanza de vida es alta (incluso superior a los 90-100 años), la preocupación por la baja calidad de vida es más común y se caracteriza principalmente por la falta de familia, el aislamiento, los problemas de movilidad, la precariedad de la vivienda y la mala nutrición. La mayoría coincide en que la proporción de población adulta mayor en condiciones precarias ha aumentado (de 4/10 a regular-baja), aunque algunos refieren avances desde entonces, debido a la atención que les presta el gobierno y los programas institucionales. Solo una parte (director del 20%, según Luis Samaniego) tiene grandes dificultades, y la ayuda de la familia es un factor que está jugando un papel protagonista en la calidad de vida. En síntesis, se ha logrado incrementar la esperanza de vida, pero aún no se ha alcanzado el objetivo de vivir bien.

**PREGUNTA 8:** ¿Existen programas de alimentación y nutrición adaptados a las necesidades para las personas adultas mayores del sector rural, y cuál ha sido su alcance y efectividad?

**Tabla 30.**

*Programas de alimentación saludable para las personas adultas mayores en el sector rural*

| Entrevista                                                      | Respuesta                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Johana Vallejo- Médica Administrativa, Seguro Social Chimborazo | Sí, mejora de hábitos alimentarios de hipertensos y diabéticos en charlas y talleres en los clubes del adulto mayor. |
| Tránsito Morocho- Técnica de Adulto Mayor                       | Ninguno de los programas específicamente orientados a adultos y dirigidos                                            |

|                   |                                                            |  |                                                                                                                                                     |
|-------------------|------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   |                                                            |  | directamente a la población adulta que escuché.                                                                                                     |
| Romina Deli-      | Responsable, Seguro Social Campesino                       |  | Sí, huertos y talleres saludables adulto mayor.                                                                                                     |
| Luis Samaniego-   | Abogado Asesoría Jurídica, MDH.                            |  | Sí, como parte de los convenios hay alimentos que cumplen con los requisitos del MSP.                                                               |
| Janneth Cahuana-  | Promotora Social, MDH.                                     |  | No existe un programa especial que sea exclusivo y sólo talleres de nutrición replicados familiarmente.                                             |
| Germán Gamboa-    | Responsable Área Adulto Mayor, MDH.                        |  | Sí, alimentación saludable, talleres y comidas ajustadas a sus dolencias.                                                                           |
| Carolina Jurado-  | Odontóloga, Seguro Campesino.                              |  | Sí, en las listas de programas de promoción de la salud y de grupos prioritarios.                                                                   |
| Blanca Yora-      | Trabajadora Social, MDH.                                   |  | No conozco ningún programa especial, sólo en caso de que se pongan en servicios alternativos con control nutricional.                               |
| Alicia Tixi-      | Responsable Técnico, Puesto de Salud (MSP).                |  | Hay no hay programa formal del ministerio, pero el centro realiza charlas y prácticas en grupos de adultos mayores.                                 |
| Alexandra Aguayo- | Administradora Técnica, Centro de Salud Santiago de Quito. |  | No, no existen programas diseñados específicamente para satisfacer las necesidades de los adultos mayores, sólo las de niños y mujeres embarazadas. |

**Nota:** la tabla 30 muestra las diferentes respuestas que los entrevistados entregaron a la pregunta: ¿Existen programas de alimentación saludable para las personas adultas mayores del sector rural?

**Análisis:** El acceso a nivel comunitario a los programas de asistencia alimentaria para adultos es limitado y desigual en la comunidad rural de Chimborazo. Si bien otras instituciones, como el Seguro Social Campesino (Johana Vallejo, Romina Deli, Carolina Jurado y Germán Gamboa), registran activaciones más concretas como talleres, huertos saludables y charlas con pacientes hipertensos y diabéticos, la mayoría de los entrevistados del Ministerio de Desarrollo Humano y del MSP coinciden en que la mayoría de las acciones son aisladas, improvisadas o son meras repeticiones de anteriores, sin continuidad. En síntesis, se pueden encontrar algunos ejemplos de promoción puntual, no hay un programa integral, sistemático y amplio, que se haya desarrollado específicamente para cubrir las necesidades nutricionales de los adultos mayores rurales.

**PREGUNTA 9:** ¿Existen estudios sobre la satisfacción de las necesidades de las personas adultas mayores del sector rural?

**Tabla 31**

*Estudios sobre la satisfacción de las necesidades de las personas adultas mayores en el sector rural*

| Entrevista | Respuesta |
|------------|-----------|
|------------|-----------|

|                                                                              |                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Johana Vallejo- Médica Administrativa, Seguro Social Campesino Chimborazo    | Ninguno en particular para adulto mayor, encuestas generales de satisfacción del usuario vía QR. |
| Tránsito Morocho- Técnica de Adulto Mayor                                    | No, no, dudo que existan.                                                                        |
| Romina Deli- Responsable, Seguro Social Campesino                            | No disponemos de datos tan específicos.                                                          |
| Luis Samaniego-Abogado Asesoría Jurídica, MDH.                               | Sí, se realizan fichas y calificaciones de satisfacción al final de las convenciones.            |
| Janneth Cahuana-Promotora Social, MDH.                                       | No tenemos estudios particulares, pero sí tenemos encuestas para diseñar los proyectos.          |
| Germán Gamboa- Responsable Área Adulto Mayor, MDH.                           | No, no tenemos conocimiento de estudios focalizados.                                             |
| Carolina Jurado-Odontóloga, Seguro Campesino.                                | Supongamos que no existen evaluaciones específicas de satisfacción grupal.                       |
| Blanca Yora- Trabajadora Social, MDH.                                        | No, desconozco, no estamos de salud.                                                             |
| Alicia Tixi- Responsable Técnico, Puesto de Salud (MSP).                     | No, no existen hasta el momento.                                                                 |
| Alexandra Aguayo- Administradora Técnica, Centro de Salud Santiago de Quito. | No, no existen estudios de ese tipo.                                                             |

**Nota:** la tabla 31 muestra las diferentes respuestas que los entrevistados entregaron a la pregunta: ¿Existen estudios sobre la satisfacción de las necesidades de las personas adultas mayores del sector rural?

**Análisis:** La mayoría de los entrevistados (nueve de cada diez) coinciden en que no existen estudios que aborden específicamente la satisfacción de las necesidades de los adultos mayores en el sector rural. Se les menciona de forma aislada en encuestas de satisfacción general del usuario (mediante código QR o al finalizar un servicio) o en fichas de evaluación dentro de los convenios, pero no existe ningún instrumento específico y exhaustivo para cuantificar la satisfacción, las brechas o las necesidades reales de este colectivo de adultos mayores en el sector rural. Esto evidencia una importante debilidad en el sistema de seguimiento y medición de las políticas dirigidas a los adultos mayores: la mayoría de las instituciones trabaja con información general o basada en percepciones, pero no con evidencia empírica sólida y desagregada. Solo Luis Samaniego (MDH) confirma la existencia de mecanismos de evaluación más estructurados al final de los convenios.

**PREGUNTA 10:** ¿Las políticas públicas garantizan el derecho a la salud de las personas adultas mayores del sector rural?

**Tabla 32.**

*Las políticas públicas garantizan el derecho a la salud de las personas*

| Entrevista | Respuesta |
|------------|-----------|
|------------|-----------|

|                                                                              |                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Johana Vallejo- Médica Administrativa, Seguro Social Campesino Chimborazo    | Sí, políticas y manual de atención al adulto mayor y la mayor parte de la atención está orientada a ellos. |
| Tránsito Morocho- Técnica de Adulto Mayor                                    | No al 100%, pero sí hay garantía parcial por parte del Ministerio de Salud.                                |
| Romina Deli- Responsable, Seguro Social Campesino                            | Sí, y más con las nuevas indicaciones de bajo aporte y activación de Montepío.                             |
| Luis Samaniego-Abogado Asesoría Jurídica, MDH.                               | Sí, mediante los acuerdos de este ministerio se garantiza un servicio de calidad.                          |
| Janneth Cahuana-Promotora Social, MDH.                                       | Si garantizan el bienestar, si falta que estén articulados más entre ministerios.                          |
| Germán Gamboa- Responsable Área Adulto Mayor, MDH.                           | Nosotros no nos vamos al 100% por dispersión y recursos, y en el político existen las políticas.           |
| Carolina Jurado-Odontóloga, Seguro Campesino.                                | Si garantizan la atención, pero los individuos no siempre son conscientes de sus derechos.                 |
| Blanca Yora- Trabajadora Social, MDH.                                        | Si, sólo falta responsabilidad adicional e implementación en la aplicación.                                |
| Alicia Tixi- Responsable Técnico, Puesto de Salud (MSP).                     | Sí, eso sí, el nuevo modelo de atención da prioridad a los adultos mayores.                                |
| Alexandra Aguayo- Administradora Técnica, Centro de Salud Santiago de Quito. | Ayudan, sí, pero son restringidas y sujetas al gobierno de turno.                                          |

**Nota:** la tabla 32 muestra las diferentes respuestas que los entrevistados entregaron a la pregunta: ¿Las políticas públicas garantizan el derecho a la salud de las personas adultas mayores del sector rural?

**Análisis:** La gran mayoría de los entrevistados considera que el derecho a la salud de los adultos mayores en el sector rural es reconocido, formalizado, en el plano de la normativa, en el plano de la práctica y en el plano de la reducción del aporte al Seguro Campesino. Sin embargo, no hay consenso sobre la realidad de que esta garantía es parcial y limitada en la práctica, en gran parte por deficiencias en la implementación, la falta de articulación interinstitucional, la escasez de recursos, la dispersión y los problemas de implementación. Varios coinciden en que, aunque las políticas han sido constantes en el tiempo, los efectos que las mismas logran en la práctica se limitan por la poca difusión entre las personas de los derechos y por la vulnerabilidad a factores políticos. En conclusión, existe un marco normativo real, más sin embargo esta claro que su aplicación real es limitada a factores institucionales y políticos.

**PREGUNTA 11:** ¿El derecho a la salud incide en el ejercicio efectivo de una vida digna de las personas adultas mayores?

**Tabla 33.**

*Incidencia del derecho a la salud en el efectivo ejercicio de una vida digna de las personas adultas mayores*

| <b>Entrevista</b>                                                         | <b>Respuesta</b>                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Johana Vallejo- Médica Administrativa, Seguro Social Campesino Chimborazo | Claro. La salud pública con la salud de nuestros pacientes debe estar intrínsecamente ligada con la calidad de vida de ellos. Si tienen una buena calidad de vida, significa que la salud pública está llegando a ellos. |
| Tránsito Morocho- Técnica de Adulto Mayor                                 | Sí, sí está un poco más asegurando en la salud, en lo que van las actividades, todo eso. Sí, un poco, pero, como están solos, no pueden acercarse solo.                                                                  |
| Romina Deli- Responsable, Seguro Social Campesino                         | Así es, manteniendo un estado adecuado de salud se puede llegar a tener una vejez adecuada.                                                                                                                              |
| Luis Samaniego-Abogado Asesoría Jurídica, MDH.                            | Sí, la salud es un derecho de todos los seres humanos. Este derecho incide para que los adultos mayores tengan una calidad de vida adecuada y puedan tener una vida digna.                                               |
| Janneth Cahuana-Promotora Social, MDH.                                    | Claro, el derecho a la salud es bastante. Si alguien no está sano, no es capaz de dar el 100%. Es necesario un servicio integral.                                                                                        |
| Germán Gamboa- Responsable Área Adulto Mayor, MDH.                        | Como ciudadanos todos tenemos un derecho a tener una salud íntegra e integral. Hay lugares, pero no hay medicinas, no hay médicos que sepan.                                                                             |
| Carolina Jurado-Odentóloga, Seguro Campesino.                             | Sí, claro que incide, ya que, si una persona tiene el derecho de elegir, y como es gratuito, sí le da una vida digna a las personas adultas mayores.                                                                     |
| Blanca Yora- Trabajadora Social, MDH.                                     | Claro, porque si una persona está atendida adecuadamente, recibe su tratamiento, puede mejorar su calidad de vida. Si no los atienden no pueden desarrollar su quehacer diario.                                          |
| Alicia Tixi- Responsable Técnico, Puesto de Salud (MSP).                  | Tenemos derecho a la salud, y particularmente en las personas adultas mayores se hace por otras entidades públicas, la atención prioritaria a los adultos                                                                |

|                                           |                                    |  |                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------|------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                           |                                    |  | mayores, es decir, realizar actividades y programas para que no cesen en su etapa.                                                     |
| Alexandra Técnica, Centro de Salud Quito. | Aguayo- Administradora Santiago de |  | Si se trata de adultos mayores, que sacrificaron su vida por sus hijos y familiares. Yo creo que sí merecen un estilo de vida decente. |

**Nota:** la tabla 33 muestra las diferentes respuestas que los entrevistados entregaron a la pregunta: ¿Las políticas públicas garantizan el derecho a la salud de las personas adultas mayores del sector rural?

**Análisis:** Existe un consenso unánime sobre la interdependencia del derecho a la salud y el derecho a vivir con dignidad. Predominante, sin embargo, es la percepción de que el derecho existe en teoría, pero en el sector rural el ejercicio de los derechos en la práctica presenta limitaciones, debido a los problemas de implementación, de acceso real y de corresponsabilidad familiar. Esto es confirmación del resultado de la investigación: políticas son conocidas, no siempre es seguro el derecho en la práctica y esto impacta la vida digna del adulto mayor rural.

### 4.3 Discusión de los resultados de investigación

El análisis de los resultados evidencia un marco normativo robusto, tanto nacional como internacional, así como su implementación práctica en el sector rural indígena del Chimborazo, en particular en Santiago de Quito. Es un contraste que se alinea con el marco teórico (OMS, OPS, Corte Constitucional, CRE, LOPAM y LOS), en el que se enfatizan las obligaciones del Estado de respetar, proteger y garantizar el derecho a una vida digna. (art. 66 CRE).

La mayoría de las personas entrevistadas tenían entre 65 y 74 años (58 %), solo tenían educación primaria o no tenían educación alguna (50 % y 28 % respectivamente). El 84 % dependía de la agricultura de subsistencia. Este grupo es uno de los más vulnerables, definido por la falta de educación y bajos índices de alfabetización, además de ser originario del campo y de una comunidad indígena. Una situación que, de acuerdo con el marco teórico, requiere especial mayor protección por parte de la Corte Constitucional y la LOPAM de estos grupos prioritarios.

La problemática que los participantes presentaron concentra perfectamente las categorizaciones teóricas:

**Accesibilidad geográfica y económica:** Aunque el 66 % considera que hay una cobertura eficiente en los centros de salud, el 34 % sigue enfrentando barreras importantes, sobre todo por la dispersión geográfica y los problemas de transporte. Ese es el motivo por el que OPS (2025) ha advertido que existen formalmente 45 dispensarios del Seguro Social Campesino, pero esto no se traduce en un acceso real.

**Disponibilidad y Calidad:** La mayoría se siente bien con la atención recibida; El 36 % considera que la atención no es la adecuada, principalmente por la falta de disponibilidad de medicamentos y/o falta de especialidades. Los profesionales de la salud informan avances notables (como personal bilingüe, clubes para personas mayores y HEARTS), pero también notan brechas en la forma en que se implementan, brechas en la coordinación de servicios y brechas en los servicios.

**Aceptabilidad:** Como se identificó en el marco teórico, una cobertura de manera formal no representa un acceso efectivo, en este estudio se mencionó el abandono familiar como consecuencia de la migración y se determinaron obstáculos socioculturales. Por parte de la atención, el tener personal bilingüe es un avance importante pero que se maneja de manera parcial en la actualidad.

La alta prevalencia de hipertensión (28 %), confirmada por las personas entrevistadas, refleja el desafío del envejecimiento saludable (OMS, 2023) y el perfil rural pluripatológico.

La mayoría de las personas (84%) afirma tener una alimentación adecuada y que sus condiciones de vida son buenas (78%), pero un porcentaje importante aún tiene dificultades para satisfacer los requisitos de los aspectos básicos de su vida (28% “No” o “En parte”). Esto

muestra que los problemas en el derecho a la salud tienen un impacto directo en el derecho a una vida digna, lo cual fue reconocido por el 100% de los encuestados.

La investigación ha recabado e identificado la existencia de políticas y programas orientadas a la salud del adulto mayor, ejemplos son la atención prioritaria y los controles frecuentes. Sin embargo, el impacto que se percibe por parte del adulto mayor llega a ser insuficiente, pues dentro de la investigación un porcentaje considera que las políticas aplicadas no garantizar efectivamente su derecho a la salud, la ausencia de programas específicos refleja este fallo. Además, al no existir estudios de satisfacción y seguimiento de resultados, no se puede establecer una atención realmente adecuada.

Como ya lo menciono la Corte Constitucional este derecho requiere de una rendición de cuentas para que no se vulnere la exigibilidad del derecho a la salud. A pesar de la confirmación de un marco normativo que prioriza la atención prioritaria, la equidad y la interculturalidad, persisten barreras geográficas, informáticas e institucionales que impiden que los adultos mayores hagan efectivo este derecho.

La implementación es todavía parcial. Se han logrado avances en cobertura formal y promoción, pero son insuficientes en accesibilidad real, continuidad de la atención, cobertura plena y evaluación de resultados. Todo esto afecta seriamente la vida digna de los adultos mayores indígenas y de la población rural. Por ello, urge tomar medidas diferenciadas, fortalecer la articulación entre instituciones, reforzar la atención primaria domiciliaria y generar más evidencia territorial que permita cerrar la brecha entre lo que dice el papel y lo que realmente vive la gente. Este estudio aporta evidencia empírica valiosa para cubrir un vacío importante en la investigación sobre los cantones andinos de alta dispersión.

El derecho a la salud tiene un impacto directo en el goce real de una vida digna por parte de los adultos mayores. Todos se pusieron de acuerdo en que la atención oportuna, continua y de calidad es crucial para mantener la autonomía, minimizar el sufrimiento y habilitar la participación social de este grupo etario. Sin embargo, se matizaron las relaciones, señalando que existe un marco normativo robusto y un reconocimiento de prioridades, aunque este todavía no se ha concretado en el sector rural debido a barreras geográficas, escasa articulación interinstitucional, abandono familiar y deficiencias en la implementación de políticas. Con esta brecha entre el reconocimiento formal y la manifestación material del derecho a la salud, se confirma que la vulneración del derecho a la salud afecta negativamente la dignidad del adulto mayor, lo que consolida la hipótesis central de la investigación.



## CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. Conclusiones

El desarrollo de la investigación permitió contrastar el marco normativo con los datos empíricos recogidos en la parroquia Santiago de Quito, del cantón Colta. A partir de lo cual, en referencia a la contrastación de la hipótesis planteada, las políticas públicas no garantizan de manera efectiva la protección del derecho a una vida digna de las personas adultas mayores en el sector rural del Ecuador, lo que pone en riesgo dicho derecho.

Respecto a la hipótesis formulada, los resultados corroboran que, si bien hay un importante marco normativo, las políticas públicas no efectiva ni eficientemente se están aplicando. Esto es un impedimento para asegurar realmente el derecho a la salud de las personas que habitan el entorno rural indígena estudiado. Los lapsos en la implementación engendran una vulnerabilidad sistémica, que impacta la vida digna (art. 66 CRE).

En conclusión, las políticas vigentes en el sector rural indígena de Chimborazo que buscan proteger el a la salud de los adultos mayores, actualmente no son suficientes, ni siquiera reconociendo para la atención a la salud a la priorización de las políticas de la interculturalidad, ni tampoco reconociendo los derechos de los adultos mayores que practican el uso de métodos alternativos de salud, ni tampoco reconociendo el derecho a la salud de los adultos mayores que no practican el uso de métodos alternativos de salud.

El análisis de las políticas revela un marco normativo muy desarrollado (CRE arts.). 35-37, LOPA, LOS) que promueve la prioridad y la gratuidad. Su actualización, sin embargo, es incompleta y desarticulada, y existe una falta de coordinación entre instituciones. La formalización predominante, no la formalización AAAQ, en particular en cuanto a la accesibilidad geográfica y a la continuidad de los tratamientos, no llega al estándar AAAQ. El derecho a la salud tiene impacto directo sobre la calidad de vida de los adultos mayores rurales.

El elevado índice de enfermedades de origen no transmisible, los malos hábitos nutricionales identificados durante las entrevistas y el abandono familiar constituyen una vulnerabilidad multidimensional que impacta su autonomía y su salud, bienestar físico, mental y social según lo estipula el artículo 66 de la Constitución. Por tanto, es imprescindible, y factible, promover políticas públicas específicas y orientadas, con un enfoque intercultural, territorial y de protección reforzada. Estas políticas deben apuntar a superar los obstáculos identificados y promover la participación de las comunidades indígenas.

## 5.2. Recomendaciones

Se recomienda aplicar políticas públicas que consideren un modelo intercultural, donde se considere la atención integral al adulto mayor, tomando en cuenta acciones que se lleven a cabo en el ámbito domiciliario, ayudas en el transporte y una articulación eficiente de las instituciones de salud.

Se recomienda fortalecer las políticas públicas existentes mediante mesas de diálogo en las zonas rurales, en este estudio se trataría en Chimborazo, todo esto con la finalidad de concentrar a la comunidades junto con los GADs y las instituciones que prestan los servicios de salud como lo son el IESS, MSP y MDH, además, se deberá identificar maneras de rendición de cuentas que permita identificar los avances en el desarrollo de la salud del adulto mayor, así como también establecer objetivos reales que permitan una cobertura clara y eficiente.

Se recomienda diseñar, mediante políticas públicas, programas que ayuden a reducir las barreras que persisten actualmente, además, un sistema que permita un stock de medicamentos de manera permanente, en especial cuando se trate de enfermedades crónicas, finalmente, es esencial potenciar la difusión de los derechos que asisten a los adultos mayores, esto de manera bilingüe y adaptado a la cosmovisión que posee este grupo prioritario.

Se recomienda desarrollar e implementar un sistema que permite tener un monitoreo claro y una evaluación constante, en especial teniendo en consideración el enfoque intercultural, por lo tanto, con ayuda de indicadores como el estándar AAAQ, se desarrolle una medición de satisfacción que perciben los adultos mayores, sin dejar atrás a la evaluación realizada por los encargados en las comunidades, pues son los principales testigos de la realidad de la zona.

## **CAPÍTULO VI. PROPUESTA**

Propuesta de Políticas Públicas: “Modelo territorial intercultural de atención integral para el ejercicio efectivo del derecho a la salud y a una vida digna de los adultos mayores indígenas en zonas rurales del Chimborazo”

Los resultados de esta investigación son categóricos respecto de la persistencia de una brecha estructural entre el sólido marco normativo ecuatoriano y su aplicación en el territorio rural indígena. No obstante la Constitución de la República (artículo 249), La Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores (LOPAM), Ley Orgánica de Salud, estándares internacionales (OMS, OPS, Convención Interamericana de Derechos Humanos), etc., establecen que el adulto mayor contará con atención prioritaria, gratuita e integral; el 72% de los adultos mayores no está afiliado al seguro; el 34% percibe una cobertura ineficiente de centros de salud; el 48% enfrenta falta constante de medicamentos; el 88% desconoce o conoce solo parcialmente las políticas públicas dirigidas a su grupo etario.

El 100% de los consultados reconoce que su situación actual, vulnera el derecho a la salud, que, a su vez, entraña el derecho a una vida digna (Art. 66 CRE). Entre los principales desafíos que enfrenta se encuentran: la dispersión geográfica, el abandono de sus hijos debido a la migración, el bajo nivel educativo (el 50% son analfabetos), la dependencia económica de la agricultura de subsistencia (84%) y la alta prevalencia de enfermedades crónicas como la hipertensión (28%). En este contexto, se plantea esta propuesta, que tiene por objetivo transformar una protección que está en la letra de la ley en una atención real y efectiva. El propósito es armonizar los conocimientos ancestrales kichwa con la biomedicina occidental, con el fin de brindar una atención más integral y respetuosa.

### **Metodología y Diseño de la Propuesta**

Para la presente propuesta orientada a garantizar el derecho a la salud y la vida digna de los adultos mayores, se aplicó la metodología del Ciclo de la Política Pública, lo que permitió estructurar de manera lógica y secuencial el proceso que permite identificar los problemas a tratar. El ciclo de una política pública está compuesto de diversas fases secuenciales e integrales, sin embargo, para el desarrollo de la presente propuesta se tiene en consideración la fase de Formulación, pues esta etapa permite identificar los problemas a ser resueltos, siendo en este caso las diversas barreras para el acceso a la salud de los adultos mayores.

Además, de manera complementaria, la estructura interna de la propuesta toma en consideración la Teoría de la Intervención, esta teoría permite analizar que los recursos a utilizar permitan desarrollar las actividades que generen beneficios y resultados tanto a corto, mediano y largo plazo a la población objeto de la propuesta.

### **Objetivo General**

Elaborar el modelo intercultural territorial de atención integral a adultos mayores, minimizando barreras de acceso.

### **Objetivos Específicos**

- Reducir las barreras geográficas, de transporte y movilidad al menos en un 40% en 24 meses.
- Garantizar que los medicamentos y suministros para el tratamiento eficaz y continuo de las principales enfermedades crónicas estén disponibles en todo momento.
- Ampliar en un 60% la sensibilización sobre sus derechos y la implicación activa de las personas mayores y sus familias.
- Fortalecer la Inter institucionalidad e interculturalidad en la prestación de servicios.
- Instaurar un sistema de monitoreo, evaluación y rendición de cuentas, próximo al lugar donde ocurra.
- Promover hábitos de envejecimiento saludables basados en el uso de prácticas médicas tradicionales y medidas médicas y preventivas.

### **Líneas de Acción y Recomendaciones**

#### **Accesibilidad y Movilidad:**

- Servicio de transporte sanitario intercultural a zonas rurales con vehículos 4x4 adaptados y personal bilingüe.
- Institución de los itinerarios establecidos semanalmente y la implementación de un mecanismo de citación previa a través de promotores comunitarios.
- Ampliación de los servicios de atención gerontológica domiciliaria con la utilización de equipo multiprofesional (médico, enfermería, trabajo social, promotor indígena) con visitas programadas.
- Dotación de motocicletas todo terreno y canoas ambulancia en zonas de difícil acceso.

#### **Refuerzo de los servicios de salud de primer contacto y continuidad de tratamientos:**

- Establecimiento de un stock descentralizado eficiente de medicamentos esenciales en todos los dispensarios, con reposición automática de medicamentos cada tres meses.
- Puesta en marcha del programa “Salud en Casa”, que incluye seguimiento telemático, visitas presenciales y uso de medicina tradicional kichwa (fitoterapia, masajes terapéuticos y rituales de sanación).
- Capacitación y certificación de 50 promotores de salud indígenas con enfoque geriátrico.
- Realización de los controles preventivos de salud dos veces al año, incluyendo hipertensión, diabetes, artritis y salud mental.
- Interculturalidad, Difusión de Derechos y Participación Comunitaria
- Diseño y ejecución de una Campaña de Comunicación Intercultural a través de radios comunitarias, asambleas, mingas y material audiovisual en kichwa.

- Inclusión obligatoria de mediadores interculturales en todos los establecimientos de salud del cantón.
- Club del Adulto Mayor productivo: Huerto medicinal y alimentario, Talleres de economía solidaria, Grupo de apoyo emocional contra la soledad y el abandono.
- Establecimiento de “Comités Comunitarios de Vigilancia de Derechos del Adulto Mayor” en los barrios y comunidades.

### **Articulación Institucional, Financiamiento y Sostenibilidad:**

- Conformación de la Mesa Territorial Interinstitucional del Adulto Mayor Rural Indígena (IMDH): MSP, MDH, IESS, SS Campesino, GADs y organizaciones indígenas.
- Presupuesto asignado explícitamente: no menor al 0,5% del presupuesto del CNIG y del MDH.
- Fondos de cooperantes internacionales (OPS, UNICEF, Unión Europea) y fondos de Responsabilidad Social Empresarial.
- Inclusión de líneas específicas para adultos mayores rurales en los Planes de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (PDyOT)

### **Monitoreo, Evaluación y Exigibilidad**

- Implementación de un Sistema de Indicadores de Cumplimiento Real (SIRC) con el involucramiento de la comunidad, según el estándar AAAQ.
- Realización de dos encuestas de satisfacción del cliente cada año y estudios de impacto centrados en áreas específicas.
- Implementación de un sistema de rendición de cuentas públicas anuales a las comunidades e informar a la Defensoría del Pueblo.
- Creación de un observatorio ciudadano sobre los derechos de las personas mayores en el medio rural.

### **Estrategia de Implementación**

Se implementará en tres fases:

- Fase 1 (0-6 meses): Diseño detallado, conformación de la Mesa Territorial y piloto en tres comunidades.
- Fase 2 (7-18 meses): Escalamiento provincial y capacitación en fortificación.
- Fase 3 (19-36 meses): Consolidación, evaluación de impacto y sostenibilidad a largo plazo.

### **Recursos Necesarios**

Recursos humanos: Se requiere de mínimo 12 equipos de atención domiciliaria, 50 promotores indígenas y 8 mediadores interculturales.

Infraestructura y logística: Se requiere de 12 vehículos 4x4, medicamentos, equipamiento médico necesario.

Presupuesto anual estimado: USD 850.000 – 1.200.000 .

### **Indicadores De Éxito**

- El porcentaje de adultos mayores afiliados a seguros deberá ser mayor al 75%.
- El porcentaje de cobertura efectiva de controles bianuales deberá ser mayor al 80%.
- El reducir las quejas sobre la falta de acceso a medicamentos deberá ser menor al 15%.
- El aumentar la conciencia sobre los derechos deberá ser mayor al 70%.
- El incrementar el porcentaje de personas con buena o quizás buena calidad de vida deberá ser mayor al 85%.

### **Riesgos y medidas de mitigación**

- Para los riesgos de presupuesto: Se debe diversificar fuentes de financiamiento.
- Para la resistencia institucional: Se debe llevar a cabo la potenciación de la Mesa Territorial y suscripción de Acuerdos Marco.
- Para mitigar las barreras culturales: Se debe llevar a cabo una integración de los líderes indígenas en el diseño desde el principio.

### **La concreción de este modelo territorial intercultural**

Es un momento histórico para concretar los derechos constitucionales de las personas adultas mayores indígenas rurales. No se trata sólo de hacer que la salud esté disponible; se trata de garantizar una forma de vida digna, reconociendo su sabiduría, experiencia y su lugar clave dentro de las comunidades kichwa. La presente propuesta, basada en evidencia empírica local, es pertinente para otros territorios con niveles significativos de interculturalidad y dispersión poblacional en el Ecuador y será replicada a nivel nacional, contribuyendo a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 3) y el Buen Vivir, consagrados en la Constitución del Ecuador.

## Referencias bibliográficas

- Alzate, L., & Martínez, O. (2021). Los derechos del adulto mayor en la constitución del 2008: sustento de la calidad de vida para el adulto mayor en la república del Ecuador. *Conrado*, 17(S3), 327-334. Retrieved from <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/2172/2113>
- Antar, R. (2016). Metodología de la investigación jurídica. *Ciencias Jurídicas (Investigación Científica)*, 1-15. Obtenido de <https://www.minerva.edu.py/archivo/6/4/METODOLOG%C3%8DA%20DE%20LA%20INVESTIGACI%C3%93N%20JUR%C3%8DDICA.pdf>
- Arias, F. G. (2012). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica*. Caracas: Editorial Episteme. Obtenido de <https://abacoenred.org/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf-1.pdf>
- Asamblea Nacional. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Obtenido de [https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador\\_act\\_ene-2021.pdf](https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf)
- Asamblea Nacional. (2012). *Reglamento a la Ley Orgánica de Salud*. Obtenido de <https://www.conasa.gob.ec/wp-content/uploads/BASES-LEGALES-PDF/REGLAMENTO%20A%20LA%20LEY%20ORGANICA%20DE%20SALUD.pdf>
- Asamblea Nacional. (2015). *Ley Orgánica de Salud*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Asamblea Nacional. (2019). *Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores*. Obtenido de [https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento\\_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf](https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf)
- Asamblea Nacional. (2019). *Ley Orgánica de Salud*. Registro Oficial Suplemento 465. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Asamblea Nacional. (2020). *Reglamento General de la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores*. Obtenido de [https://www.regulacionagua.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/12/reglamento\\_lopam0382842001601663401.pdf](https://www.regulacionagua.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/12/reglamento_lopam0382842001601663401.pdf)
- Ávalos, J. (2025). *El derecho a la vivienda en el sector rural del Ecuador: Desafíos estructurales y propuestas de política pública*.
- Baena, G. (2014). *Metodología de la investigación*. México, D.F. : Grupo Editorial Patria.
- Balseca, C. (2017). *Derechos de los adultos mayores en la Legislación Ecuatoriana*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de Chimborazo]. Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/4151/1/UNACH-EC-FCP-DER-2017-0072.pdf>

- Barrera, M. A. (2025). *Vulneración de Derechos y su Incidencia en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Barrio Jesús del Gran Poder de la Ciudad de Santo Domingo, años 2024-2025*. Obtenido de <https://repositorio.uleam.edu.ec/handle/123456789/8010>
- Benavides, M. O., & Gómez-Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1). Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n1/v34n1a08.pdf>
- Candia, L. D. (2024). Inequidades en el acceso a los servicios de salud en Perú: Análisis de las brechas entre zonas rurales y urbanas. *World Health Journal*, 5(2), 18-21. doi:<https://orcid.org/0009-0009-0824-6172>
- Cañón, L. (2022). *El derecho a la protección de la salud*. Universidad Externado de Colombia.
- CEPAL. (2022). *Panorama Social de América Latina y el Caribe 2022: la transformación de la educación como base para el desarrollo sostenible*. Obtenido de Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL): <https://hdl.handle.net/11362/48518>
- Conferencia Sanitaria Internacional. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- Corte Constitucional del Ecuador. (2021). *Sentencia 1504-19-JP/21*. Obtenido de Corte Constitucional del Ecuador: <https://www.corteconstitucional.gob.ec/sentencia-1504-19-jp-21/>
- Corte Constitucional del Ecuador. (2024). Obtenido de [https://www.iess.gob.ec/documents/10162/28023293/sentencia\\_3144-17.pdf](https://www.iess.gob.ec/documents/10162/28023293/sentencia_3144-17.pdf)
- Corte Constitucional del Ecuador. (2024). *Sentencia No. 67-23-IN/24*. Obtenido de Corte Constitucional del Ecuador: <https://www.corteconstitucional.gob.ec/sentencia-67-23-in-24/>
- Corte Constitucional del Ecuador. (2025). *Caso 1718-25-EP*. Obtenido de Corte Constitucional del Ecuador: [chrome-extension://efaidnbmnhttps://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10\\_DW\\_L\\_FL/e2NhnBldGE6J2FkbWlzaW9uMjAyNCcsIHV1aWQ6J2Q3NTJiMmNiLWJiOTktNDU2Ni04MDBILTJmODU4NjAxYWl2Ni5wZGYnfQ%3D%3D?](chrome-extension://efaidnbmnhttps://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10_DW_L_FL/e2NhnBldGE6J2FkbWlzaW9uMjAyNCcsIHV1aWQ6J2Q3NTJiMmNiLWJiOTktNDU2Ni04MDBILTJmODU4NjAxYWl2Ni5wZGYnfQ%3D%3D?)
- Corte Constitucional del Ecuador. (2025). *Sentencia No. 3144-17-EP/24*. Obtenido de Corte Constitucional del Ecuador: <https://www.corteconstitucional.gob.ec/sentencia-3144-17-ep-24/>
- Corte Constitucional del Ecuador. (2025). *Sentencia No. 459-22-EP/25*. Obtenido de Corte Constitucional del Ecuador: <https://www.corteconstitucional.gob.ec/sentencia-459-22-ep-25/>
- Corte Constitucional del Ecuador. (2021). *Sentencia No. 2951-17-EP/21*. Obtenido de Corte Constitucional del Ecuador.: <https://www.corteconstitucional.gob.ec/sentencia-2951-17-ep-21/>
- Cortés, M., & Santamaría, J. (2022). El Derecho a la Muerte Digna como Alcance a la Vida Digna. *Académica Multidisciplinaria*, 7(1), 234-249. doi:0.23857/pc.v7i1.3474
- Córtés, M., & Santamaría, J. (2022). El Derecho a la Muerte Digna como Alcance a la Vida Digna. *Académica Multidisciplinaria*, 7(1), 234-249. doi:0.23857/pc.v7i1.3474



- CRE. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Registro Oficial 449. Obtenido de [https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador\\_act\\_ene-2021.pdf](https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf)
- Creswell, J., & Plano, V. (2021). *Designing and conducting mixed methods research (3rd ed.)*. SAGE Publications. doi:<https://doi.org/10.4135/9781483395189>
- Escobar, M. (2025). Impacto de la migración en la vida digna de las personas adultas mayores que están en situación de abandono. *Tesla Revista Científica*. Obtenido de <https://tesla.puertomaderoeditorial.com.ar/index.php/tesla/article/view/443>
- Escudero Sánchez, C. L., & Cortez Suárez, L. A. (2018). *Técnicas y métodos cualitativos para la investigación científica*. Machala: Editorial UTMACH.
- Espín, M. (2022). Construcción de una política pública para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en Tisaleo. *Revista Científica y Arbitrada de Ciencias Sociales y Trabajo Social: Tejedora*. Obtenido de <https://publicacionescd.uileam.edu.ec/index.php/tejedora/article/view/324>
- Espinoza, J. (2025). La protección del derecho a la salud abordado desde la perspectiva de la Corte Constitucional del Ecuador. *Revista de Derecho*.
- Ferretti, P., & Follegati, L. (2022). Por la democracia y la vida digna. Cuarenta años de luchas feministas en Chile. *Tramas Y Redes*(2), 55-78. doi:10.54871/cl4c202a
- Franco, V., Cárdenas, B., Tapia, J., & Herrera, B. (2021). Derecho de los adultos mayores a una vida digna y la intervención de trabajo Social Comunitario. *Académica Multidisciplinaria*, 6(5), 779-795. doi:10.23857/pc.v6i5.2699
- González; et. al. (2022). La entrevista cualitativa como técnica de investigación en el estudio de las organizaciones. *New Trends in Qualitative Research*, 14. Obtenido de <https://scielo.pt/pdf/ntqr/v14/2184-7770-ntqr-14-e571.pdf>
- González-Vega, A. M., Sánchez, R. M., Salazar, A. L., & Salazar, G. L. (2022). La entrevista cualitativa como técnica de investigación en el estudio de las organizaciones. *New Trends in Qualitative Research*, 14. Obtenido de <https://scielo.pt/pdf/ntqr/v14/2184-7770-ntqr-14-e571.pdf>
- Heredia, D. M., & Contreras, E. L. (2024). *Deficiencias al acceso de los Servicios de Salud entre los establecimientos de salud en gestantes de la Micro Red Quiches, Ancash, enero a mayo del 2024*. Obtenido de <https://repositorio.upn.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/24eb2f0a-3b0c-4ab4-8fe5-a5be08829626/content>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2021). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.
- Herrera Acosta, C. (2026). *Investigación Jurídica*. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo.
- Herrera, C. E., Herrera, H. P., Lucia, M. A., & Sánchez, A. B. (2025). Calidad de los servicios públicos y la satisfacción de las personas de atención prioritaria en el Ecuador. *Polo del Conocimiento*, 10(5), 1636-1656. doi:<https://doi.org/10.23857/pc.v10i6.9739>.
- Herrera, C., Murillo, F., Romero, J., & Aldaz, E. (2024). El derecho a la salud de las personas de atención prioritaria en el Ecuador. *Polo del conocimiento*, 9(4), 1799-1819. doi:10.23857/pc.v9i4.7030

- Hersch, P., & Salamanca, M. (2022). El cuidado y los procesos de atención-desatención como referentes analíticos y operativos para la salud colectiva. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 40(1), 1-12. doi:10.17533/udea.rfnsp.e345191
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). *Resultados del Censo de Población y Vivienda 2022*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Censos: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>
- Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores. (2019). *Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores*. Quito: Suplemento del Registro Oficial No. 484. Obtenido de [https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento\\_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf](https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf)
- Lizcano, C., Moreira, L., Burbano, L., & Gil, B. (2025). El derecho digno de las personas mayores de acceso a una vivienda. *Revista UGC*, 3(2), 238-245. Retrieved from <https://universidadugc.edu.mx/ojs/index.php/rugc/article/view/147/143>
- Medrano, M., & Jiménez, S. (2011). Adultos mayores rurales: su situación económica, en tres comunidades. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 25-52. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/393/39348325004.pdf>
- Méndez, N., Hidalgo, E., Campoverde, J., & Espinoza, D. (2025). Estado de Salud Integral de los Adultos Mayores en una Parroquia Rural del Ecuador. *Ciencia y Reflexión*, 4(1), 1579–1602. doi: <https://doi.org/10.70747/cr.v4i1.190>
- Méndez; et. al. (2025). Estado de Salud Integral de los Adultos Mayores en una Parroquia Rural del Ecuador. *Ciencia y Reflexión*, 4(1), 1579–1602. doi:<https://doi.org/10.70747/cr.v4i1.190>
- Mesías, J., Haro, A., & Poaquiza, Á. (2023). Concepción de los viejismos y la vida digna del adulto mayor rural. *Revista Científica y Arbitrada de Ciencias Sociales y Trabajo Social: Tejedora*, 11(6), 113-127. doi:<https://doi.org/10.56124/tj.v6i11.0078>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Modelo de atención integral del Sistema Nacional de Salud*. Obtenido de [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/manual\\_mais\\_2013.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/manual_mais_2013.pdf)
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2023). *Informe final de rendición de cuentas 2023*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública del Ecuador: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2024/05/Informe\\_Final\\_RdC2023\\_MSP.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2024/05/Informe_Final_RdC2023_MSP.pdf)
- Molina-Matute, J. F., Martínez-Villacres, T. D., Herrera-Acosta, C. E., & Murillo-Garcés, F. V. (2024). La calidad de los servicios públicos y la satisfacción de las personas de atención prioritaria en el Ecuador. *Polo del Conocimiento*, 9(11), 116-137. doi:<https://doi.org/10.23857/pc.v9i11.8263>
- Monje, E., & Lucas, M. S. (2021). La necesidad de establecer políticas públicas gubernamentales en Ecuador para garantizar el derecho a la salud de los adultos mayores. *Revista Espacios*, 42(23). doi:10.48082
- Monje, E., & San Lucas, M. (2021). La necesidad de establecer políticas públicas gubernamentales en Ecuador para garantizar el derecho a la salud de los adultos mayores. *Revista Espacios*, 42(23), 40-50. Obtenido de <https://revistaespacios.com/a21v42n23/a21v42n23p04.pdf>

- MSP. (2023). *Informe de gestión del sistema nacional de salud*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública del Ecuador: <https://share.google/ENf7phIw0QNqsulTf>
- Naciones Unidas. (1948). *La Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Obtenido de <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Naciones Unidas de Derechos Humanos. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Obtenido de <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- Naula, A., Calva, M., & Morales, S. (2024). La vida digna frente al derecho de la vida tutelado por la Constitución. Análisis de la sentencia 67-23-IN/24. *Journal Scientific MQRInvestigar*, 8(4), 471-494. doi:10.56048/MQR20225.8.4.2024
- OMS. (2023). *Derechos humanos*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- OMS. (2023). *Global report on ageing and health*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4848186/>
- Organización de los Estados Americanos. (1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos*. Adoptada el 22 de noviembre de 1969, entrada en vigor el 18 de julio de 1978.
- Organización de los Estados Americanos. (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. Obtenido de Organización de los Estados Americanos: [https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_A-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.pdf](https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2022). *Salud universal en el siglo XXI*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2025). *Salud Universal*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: [https://www.paho.org/es/temas/salud-universal?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.paho.org/es/temas/salud-universal?utm_source=chatgpt.com)
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Atención primaria de salud*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud?>
- Ortiz, J., Freire, U., & Ortiz, P. (2018). Ética de la asistencia sanitaria del adulto mayor en Ecuador. *Brasileira de Bioética*, 14, 128. Retrieved from <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/26527/23205>
- Pardo, M. (2021). Vida digna y derecho a la salud en los fallos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Forum*(12), 105-130. Obtenido de <https://revistas.uca.edu.ar/index.php/FORUM/article/view/3815>
- Pilpe, L. (2022). *La vulneración del derecho a la vivienda del adulto mayor en el Distrito Metropolitano de Quito*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Católica del Ecuador]. Obtenido de <https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/42e4e6b2-6672-4b03-be7b-36738226f5b5/content>

- Ponce, E. C. (2024). Recomendaciones de salud pública para fortalecer el derecho a la salud, Ensanut 2020-2023. *Salud Pública de México*, 66(4), 337-339. doi:<https://doi.org/10.21149/16153>
- Quesada Somano, A. K., & Medina León, A. M. (2020). *Métodos teóricos de investigación: análisis-síntesis, inducción-deducción, abstracto-concreto e histórico-lógico*. Obtenido de Universidad de Matanzas: <http://monografias.umcc.cu/monos20.htm>
- Reglamento a la Ley Orgánica de Salud. (2012). *Reglamento a la Ley Orgánica de Salud*. Quito: Registro Oficial 457. Obtenido de <https://www.conasa.gob.ec/wp-content/uploads/BASES-LEGALES-PDF/REGLAMENTO%20A%20LA%20LEY%20ORGANICA%20DE%20SALUD.pdf>
- Reglamento General de la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores. (2020). *Reglamento General de la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores*. Quito: Registro Oficial Suplemento 241 . Obtenido de [https://www.regulacionagua.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/12/reglamento\\_lopam0382842001601663401.pdf](https://www.regulacionagua.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/12/reglamento_lopam0382842001601663401.pdf)
- Reinoso, P., & Saltos, T. (2025). *La dignidad y el bienestar como mecanismos de protección de los derechos de las personas adultas mayores en zonas rurales*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Politécnica Salesiana del Ecuador]. Obtenido de <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/30031/1/TTQ2076.pdf>
- Roca, B. (2025). Percepción de salud física y calidad de vida en adultos mayores en una comunidad rural de Ecuador. *Enfoque, Revista de Ciencias Sociales y Humanísticas*. Obtenido de <https://revistas.up.ac.pa/index.php/enfoque/article/view/7578>
- Rojas, L. (2024). Opciones de investigación científica desde los deleites de la práctica del Abogado. *Investigación, Transcomplejidad y Ciencia*, 5(1), 35-49. Obtenido de <https://revistasuba.com/index.php/INVESTIGACIONTRANSCOMPLEJIDADYCI/article/view/988/594>
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio., M. d. (2014). *Metodología de la investigación*. (Sexta edición ed.). México, D.F.: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V. Obtenido de [https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia\\_de\\_la\\_investigacion\\_-\\_roberto\\_hernandez\\_sampieri.pdf](https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf)
- Stewart, L. (2020). *¿Qué es la investigación descriptiva y cómo se utiliza?* Obtenido de ATLAS.ti: <https://atlasti.com/es/research-hub/investigacion-descriptiva>
- Tantaleán Odar, R. M. (2016). Tipología de las investigaciones jurídicas. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5456267.pdf>
- Vargas, E. (2023). *Adultos mayores en condición de doble vulnerabilidad frente a sus derechos a la propiedad y vivienda digna. Análisis de la sentencia No. 832-20-JP/21 de la Corte Constitucional del Ecuador*. Repositorio Institucional UTI. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.14809/6217>
- Velásquez, J. W. (2021). *Metodología de la investigación jurídica*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México (Instituto de Investigaciones Jurídicas / Facultad de Derecho). Obtenido de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/14/6818/16.pdf>

- Vélez, J. C., Choez, J. F., Cucalón, M. S., & Toapanta, M. S. (2025). Impacto de las políticas públicas de salud en zonas rurales en Latinoamérica. *Polo del Conocimiento*, 10(8), 2475-2496. Obtenido de <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/10333/27152>
- Vera, L., Cuadros, C., & Zambrano, M. (2022). Impacto de las políticas públicas de salud en zonas rurales ecuatorianas. *Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina*, 10(2), 1-13. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/reds/v10n2/2308-0132-reds-10-02-e25.pdf>
- Villabell Armengol, C. M. (2020). *Los métodos en la investigación jurídica. Algunas precisiones*. Obtenido de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/13/6226/12a.pdf>
- Vizuite, K. V., & Acosta, C. E. (2025). Políticas públicas para garantizar la vida digna de las personas adultas mayores que están en condición de abandono. *Polo del Conocimiento*, 10(5), 168-185. doi:<https://doi.org/10.23857/pc.v10i5.9444>
- Witker, J., & Larios, R. (1997). *Metodología Jurídica*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. Obtenido de [https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25442w/METODOLOGIA\\_JURIDICA\\_JORGE\\_WITKER\\_Y\\_ROGE.pdf](https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25442w/METODOLOGIA_JURIDICA_JORGE_WITKER_Y_ROGE.pdf)
- Zambrano, M. (2023). El derecho a la salud de las personas adultas mayores durante la pandemia del COVID-19. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(3), 5149-5162. doi:[10.37811/cl\\_rem.v7i3.6542](https://doi.org/10.37811/cl_rem.v7i3.6542)
- Zamora, D. (2026). Condiciones de habitabilidad de las viviendas rurales de Manabí, Ecuador. *Revista de Arquitectura*, .
- Zubiria, L. M. (2024). Desafíos y perspectivas de la política pública del envejecimiento en Colombia. *Revista Venezolana de Gerencia*, 29(105), 77-93. doi:<https://doi.org/10.52080/rvgluz.29.105.6>
- Zuñiga, N. (2024). *Relación entre la resiliencia ante la violencia familiar y el rendimiento académico en estudiantes de bachillerato*. Cuenca, Ecuador: Universidad Católica de Cuenca. Obtenido de <https://dspace.ucacue.edu.ec/items/f2d583b0-768a-46b3-91d9-14f515258c61>

## ANEXOS

### Anexo N° 1

*Cuestionario dirigido a adultos mayores del sector rural de la provincia de Chimborazo*

**OBJETIVO:** Recabar información para determinar de manera crítica si las políticas públicas garantizan la protección efectiva del derecho a la salud, para establecer su impacto en la vida digna de las personas adultas mayores en el sector rural del Ecuador

**INDICACIONES:** Por la importancia de la investigación solicito de la manera más comedida responder al cuestionario de preguntas con la mayor veracidad del caso.

### CUESTIONARIO

**1.- ¿Edad?**

---

**2.- ¿Nivel de instrucción?**

---

**3.- ¿Lugar de residencia?**

---

**4.- ¿Fuente de ingresos?**

Jubilación (      )

Pensión (      )

Trabajo agrícola (      )

Remesas (      )

otros:

---

**5.- ¿Cuántas personas viven en su hogar?**

---

**6.- ¿Conoce las políticas públicas para el acceso a la salud de las personas adultas mayores?**

SI (      ) NO (      ) EN PARTE (      )

**7.- ¿Existe algún programa de salud para las personas adultas mayores en las comunidades?**

SI ( ) NO ( )

**8.- ¿Está usted afiliado(a) a algún seguro o sistema de salud?**

SI ( ) NO ( )

**9.- ¿Existe una eficiente cobertura de centros de salud en la comunidad?**

SI ( ) NO ( )

**10.- ¿Qué dificultades enfrenta para acceder al servicio de salud?**

Distancia ( )

Transporte ( )

Falta de medicamentos ( )

Largas esperas ( )

Falta de personal especializado ( )

**11.- ¿Cómo calificaría la atención en los centros de salud?**

Excelente ( )

Muy buena ( )

Buena ( )

Regular ( )

Mala ( )

Muy mala ( )

**12.- ¿Sufre usted de alguna enfermedad crónica?**

Hipertensión

Diabetes

Enfermedades del corazón

Cáncer

Enfermedades respiratorias

Otras:

---

**13.- ¿Cómo calificaría su nivel de vida actual?**

Excelente ( )

Muy buena ( )

Buena ( )

Regular ( )

Mala ( )

Muy mala ( )

**14.- ¿Tienen una alimentación adecuada?**

SI ( ) NO ( ) EN PARTE ( )

**15.- ¿Satisface sus necesidades básicas de forma adecuada?**

SI (       )       NO (       )       EN PARTE (       )

**16.- ¿Las políticas públicas garantizan el derecho a la salud de las personas adultas mayores?**

SI (       )       NO (       )       EN PARTE (       )

**17.- ¿El derecho a la salud incide en el ejercicio efectivo de una vida digna de las personas adultas mayores?**

SI (       )       NO (       )       EN PARTE (       )

## **GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

Anexo N° 2

*Guía de entrevista dirigida a las autoridades, directivos y personal operativo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, del Ministerio de Desarrollo Humano y el Ministerio de Salud Pública.*

**OBJETIVO:** Recabar información para determinar de manera crítica si las políticas públicas garantizan la protección efectiva del derecho a la salud, para establecer su impacto en la vida digna de las personas adultas mayores en el sector rural del Ecuador

**INDICACIONES:** Por la importancia de la investigación solicito de la manera más comedida responder al cuestionario de preguntas con la mayor veracidad del caso.

## **CUESTIONARIO**

**1.- ¿Cuáles son las políticas públicas que viabilizan el acceso a la salud de las personas adultas mayores?**

**2.- ¿Qué programas de salud se han ejecutado en el sector rural a favor de la salud de las personas adultas mayores?**

**3.- ¿Existe una eficiente cobertura de centros de salud en el sector rural?**

**4.- ¿Qué dificultades enfrentan las personas adultas mayores para acceder al servicio de salud?**

**5.- ¿Cómo calificaría usted la atención médica (tiempo de espera, disponibilidad de medicamentos, trato al paciente y capacidad de resolución) en los centros de salud?**

**6.- ¿Qué enfermedad crónica es la más prevalente entre las personas adultas mayores del sector rural, y que estrategias de control y prevención se están aplicando?**



**7 ¿Cómo calificaría usted el nivel de vida actual de las personas adultas mayores del sector rural, en términos de ingreso, vivienda, nutrición y acceso a servicios básicos?**

**8.- ¿Existen programas de alimentación y nutrición adaptados a las necesidades para las personas adultas mayores del sector rural, y cuál ha sido su alcance y efectividad?**

**9.- ¿Existen estudios sobre la satisfacción de las necesidades de las personas adultas mayores del sector rural?**

**10.- ¿Las políticas públicas garantizan el derecho a la salud de las personas adultas mayores del sector rural?**

**11.- ¿El derecho a la salud incide en el ejercicio efectivo de una vida digna de las personas adultas mayores?**

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**