

ISSN No. 1390-0846

18

Desde 1954

IURIS

Revista de la Facultad de Jurisprudencia
y Ciencias Políticas y Sociales

Revista IURIS, No. 18,
Edición Especial I: Género, 2023

IURIS

Revista IURIS, No. 18,

Edición Especial I: Género, 2023

ISSN No. 1390-0846

UCUENCA

Revista IURIS, No. 18, Edición Especial I: Género, 2023

Facultad de Jurisprudencia, Ciencias Políticas y Sociales

Revista IURIS, No. 18, 2023

ISSN No. 1390-0846

Director:

Dr. Simón Valdivieso Vintimilla

Coordinador:

Dr. Manuel Quesada Orellana

Lugar de Edición:

Cuenca- Ecuador

Dirección:

Av. 12 de Abril y Agustín Cueva (Ciudadela Universitaria).

Ciudad:

Cuenca

Código Postal:

Apartado: 01.01.168.

Provincia:

Azuay

Correo electrónico de la revista:

revista.iuris@ucuenca.edu.ec

País Editor:

Ecuador

Teléfonos:

+593-7-4051000- ext. 2280.

Director de Publicaciones de la Facultad de Jurisprudencia, Ciencias Políticas y Sociales:

Dr. Simón Valdivieso Vintimilla

Correctora de Estilo

Dra. Tannia Rodríguez

UCuenca Press

María Augusta Hermida Palacios

Rectora de la Universidad de Cuenca

Director Centro Editorial:

Daniel López Zamora

Editora:

Ángeles Martínez Donoso

Administrador de imprenta:

Mario Rodríguez Manzano

Diseño:

Geovanny Gavilanes Pando

Tiraje: 65 ejemplares

Para la composición tipográfica de este manuscrito se usó Alegreya y Alegreya Sans.

Consejo Consultivo – Revista IURIS

Dra. Lourdes Álvarez Coronel	Dr. Álvaro Méndez Álvarez
Dr. Darwin García Ayala	Dr. Juan Carlos Cabrera
Dr. Patricio Piedra Jaramillo	Dr. Diego Monsalve Tamariz
Dr. Vicente Solano Paucay	Dra. Ana Lucía Iñiguez Ibarra
Dr. Diego Martínez Izquierdo	Dr. Pablo Valverde Orellana
Dra. María Elena Coello Guerrero	Dr. Daniel Calle Córdova
Dr. Paúl Vásquez Illescas	Dr. Alberto Machuca Carpio
Dr. Tarquino Orellana Serrano	Dr. Diego Idrovo Torres
Dr. Manuel Quezada Orellana	Dra. Yolanda Dávila Pontón
Dra. Juana Ochoa Balarezo	Dr. Diego Parra Suarez
Dra. Nubia Campoverde García	Lcdo. Francisco Astudillo Lucero
Ec. Max Bernal Villa	Dr. Juan Cristóbal Piedra Andrade
Dra. Rocío Guzmán Jimenez	

Consejo Editorial – Revista IURIS

Dr. Juan Peña Aguirre	Decano
Dr. Fernando Torres Rodas	Director de Posgrado de la Facultad
Dr. Simón Valdivieso Vintimilla	Director de Publicaciones

La Facultad de Jurisprudencia, Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad de Cuenca, publica la **Revista IURIS**, de manera bianual, con arbitraje anónimo de los manuscritos puestos a su consideración, los cuales son revisados a través del sistema de pares académicos (ciegos) nacionales e internacionales. Se autoriza la reproducción total o parcial de los artículos siempre y cuando se respeten las normas de uso justo de propiedad intelectual.

Las opiniones y criterios expresados en los artículos de la Revista IURIS no representan la posición de su Comité Editorial, ni de la Facultad de Jurisprudencia, Ciencia Política y Sociales de la Universidad de Cuenca.

Miembros del H. Consejo Directivo

Dr. Juan Peña Aguirre	Decano
Psic. Clín. Yolanda Dávila Pontón	Subdecana
Lic. Rocío Guzmán Jiménez /Eco. Max Bernal Villa	Representantes Docentes
Srta. Cristina Ochoa Beltrán	Representante Estudiantil
Lic. Rafael Geovanny Anguisaca Criollo	Representante de Servidores y Trabajadores
Dr. Tiberio Torres Rodas	Director de la Carrera de Derecho
Eco. Mónica Mendieta Orellana	Directora de la Carrera de Trabajo Social
Lic. Rocío Guzmán Jiménez	Directora de la Carrera de Orientación
Mg. Isabel Gil Gesto	Directora de la Carrera de Género y Desarrollo
Dr. Teodoro Verdugo	Director del Consultorio Jurídico Gratuito
Dra. Lourdes Alvarez Coronel	Directora del Centro de Mediación
Dr. Fernando Torres Rodas	Director del Centro de Postgrados
Dr. Simón Valdivieso Vintimilla	Director de Publicaciones

Antecedentes:

La Facultad de Jurisprudencia, Ciencias Políticas y Sociales, nace en el año 1867, de manera conjunta con la fundación de la Universidad de Cuenca.

A lo largo de su historia ha tenido diversos espacios de reflexión jurídica, ensayo académico y difusión de opinión, en distintos soportes tales como revistas, folletos, diarios, etc.

Sin embargo, desde 1954 se funda la Revista IURIS, como medio de difusión de los resultados de investigación de la Facultad, en sus primeras carreras de Derecho y Trabajo Social.

En la nueva época, que inicia con la Revista No. 15 (2016), IURIS amplía su ámbito de difusión de resultados de investigación en las áreas: a) Derecho; b) Trabajo Social; c) Orientación Familiar; y, d) Género y Desarrollo, de autores nacionales e internacionales.

Objetivo:

El principal objetivo de la Revista IURIS es estimular la discusión, comunicación y difusión del conocimiento jurídico, político y social, de una forma científica y abierta a la pluralidad del pensamiento, tanto a nivel nacional como internacional.

Temáticas:

La revista IURIS, acepta el envío de manuscritos en las siguientes líneas de investigación según las categorías del Código UNESCO:

Ciencias Jurídicas y Derecho:

Teoría y Métodos Generales; 560201 Derecho Anglosajón; 560202 Derecho Comparado; 560203 Filosofía del Derecho; 560204 Derecho de la Antigüedad; 560205 Derecho Natural; 560206 Legislación; 5603 Derecho Internacional; 560301 Derecho Aeronáutico; 560302 Derecho del Mar; 560303 Derecho Sobre El Espacio Ultraterrestre; 560304 Derecho Sobre Los Fondos Marinos; Organización Jurídica; 560401 Funcionarios de Justicia y Procesos Judiciales; 560402 Magistratura; 560403 Tribunales; 560499 Organización Jurídica; 5605 Legislación y Leyes Nacionales; 560501 Derecho Administrativo; 560502 Derecho Civil; 560503 Derecho Mercantil; 560504 Derecho Constitucional; 560505 Derecho Penal; 560506 Derecho Fiscal; 560507 Derecho Público; 560508 Derecho Privado.

Ciencia Política:

5901 Relaciones Internacionales; 590101 Cooperación Internacional; 590102 Organizaciones Internacionales; 590103 Política Internacional; 590104 Tratados y Acuerdos Internacionales; 590105 Problemas de las Relaciones Internacionales; 5902 Ciencias Políticas; 590201 Política Agrícola; 590202 Política Cultural; 590203 Política Comercial; 590204 Política de Comunicaciones; 590205 Política demográfica; 590206 Política Económica; 590207 Política Educativa; 590208 Política del Medio Ambiente; 590209 Política Exterior; 590210 Política Sanitaria; 590211 Política Industrial; 590212 Política de la Información; 590213 Planificación Política; 590214 Política Científica y Tecnológica; 590215 Política Social; 590216 Política de Transportes; 5903 Ideologías Políticas; 5904 Instituciones Políticas; 590401 Poder Ejecutivo; 590402 Poder Judicial; 590403 Poder Legislativo; 590404 Relaciones Entre Los Poderes; 5905 Vida Política; 590501 Elecciones; 590502 Comportamiento Político; 590503 Grupos Políticos; 590504 Liderazgo Políticos; 590505 Movimientos Políticos; 590506 Partidos Políticos; 5906 Sociología Política; 590601 Derechos Humanos; 590602 Lenguajes; 590603 Minorías; 590604 Raza; 590605 Religión; 590606 Conflictos Sociales; 5907 Sistemas Políticos; 590790 Sistemas Políticos: Área Americana; 5908 Teoría Política; 5909 Administración Pública; 590901 Gestión Administrativa; 590902 Instituciones Centrales; 590903 Administración Civil; 590904 Servicios Públicos; 590905 Instituciones Regionales; 5910 Opinión Pública; 591001 Información; 591002 Medios de Comunicación de Masas; 591003 Prensa; 591004 Propaganda.

Trabajo Social: todas las materias y líneas de investigación derivadas del área de estudio.

Género: todas las materias y líneas de investigación derivadas del área de estudio.

Orientación Familiar: todas las materias y líneas de investigación derivadas del área de estudio.

Presentación

Un Consejo Editorial y la recomendación de publicación de los tribunales de grado son el aval para el nacimiento de esta propuesta bibliográfica que nace en el seno de la Facultad de Jurisprudencia, Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad de Cuenca en forma física y digital, que sale a la luz gracias a esa actitud de compromiso del Decano de la Facultad, Juan Peña Aguirre y bajo el sello editorial de UCuenca Press, que hoy por hoy marca un hito en la difusión del pensamiento en la Universidad de Cuenca, bajo la rectoría de María Augusta Hermida Palacios.

La *Edición Especial I: Género, 2023* contiene el análisis de las instituciones del sistema moderno-colonial de género y su materialización en la primera Constitución de la República del Ecuador, partiendo del descubrimiento de América que dio origen al nacimiento de relaciones intersubjetivas de dominación, explotación y disputa entre sus protagonistas, dice la autora. En “Cuidado y atención responsable de hijos e hijas después de la separación o divorcio de los padres y madres del CEIAP y del CIBV Pitufos, 2017-2018” encontrará el lector una reflexión con respecto al divorcio o separación como un fenómeno que implica la transformación social y familiar que viven sus integrantes, sobre todo, cuando existen hijos e hijas y su impacto. “Aportes de la economía feminista a la gestión de salud integral: el caso de la Escuela de Pacientes Crónicos del Centro de Innovación de la Salud de la Universidad de Cuenca 2019-2020” refleja el análisis de una modalidad de prestación del servicio de salud integral a pacientes crónicos y cuidadoras/es informales desde la perspectiva de la economía feminista basada en una ética de cuidado.

Esta edición, invita al diálogo con los lectores como expresión pura del pluralismo ideológico, base fundamental de la democracia, evidenciando así la posición abierta, incluyente e integradora de la Universidad de Cuenca, reconociendo sobre todo el valor del pensamiento joven construido en el aula universitaria.

Insistimos en que los textos y sus autores no necesitan de una presentación pues ellos se defienden por sí mismos y están a la espera de la crítica del lector.

Simón Valdivieso Vintimilla
Director de Publicaciones de la Facultad de
Jurisprudencia, Ciencias Políticas y Sociales

ÍNDICE

-
- 01** Las instituciones del sistema moderno-colonial de género y su materialización en la primera Constitución de la República del Ecuador
Tatiana Gabriela Padrón Palacios
Pág. 13
- 02** Cuidado y atención responsable de hijos e hijas después de la separación o divorcio de los padres y madres del CEIAP y del CIBV Pitufos, 2017-2018
Ana del Rocío Murillo Jetón
Pág. 65
- 03** Aportes de la economía feminista a la gestión de salud integral: el caso de la Escuela de Pacientes Crónicos del Centro de Innovación de la Salud de la Universidad de Cuenca 2019-2020
Brenda Karina Espinoza Gárate
Pág. 113

Las instituciones del sistema moderno-colonial de género y su materialización en la primera Constitución de la República del Ecuador

Tatiana Gabriela Padrón Palacios

Introducción

A partir del desarrollo de los conceptos de Modernidad, Racionalidad y Eurocentrismo, planteados por la escuela de la De(s)colonialidad Latinoamericana, en concordancia con la propuesta feminista descolonial del Sistema Moderno-Colonial de Género, expuesta por Lugones (2008), el presente trabajo busca estudiar dogmática y orgánicamente la Constitución de Riobamba de 1830. En particular, se interesa por las disposiciones jurídicas relativas al Estado-Nación, ciudadanía y democracia. En este sentido, sobre la base de una metodología de análisis de discurso y problematización, esta investigación plantea establecer cómo influyó el sistema de instituciones moderno/coloniales de género, desde una perspectiva interseccional de raza, clase, género y sexualidad, en la Primera Constitución de la República del Ecuador. Como resultado de este análisis será posible dilucidar cómo, luego de la Independencia, surge un Estado criollo-céntrico, blanco-burgués, confesional, segregacionista y patriarcal, en el cual las tendencias de reconfiguración del poder político iniciaron una tradición jurídico-legal en la que la negación de la alteridad fue el pilar fundamental de la existencia del Estado mismo.

Con la conquista de los pueblos y culturas que habitaban lo que hoy se conoce como América Latina, comenzó la formación de un orden mundial que devino en un poder global que, hasta el día de hoy, articula todo el planeta. El descubrimiento de América dio, pues, inicio a un nuevo patrón de poder mundial de

orden capitalista, colonial, moderno y eurocentrado (Quijano, 2000). En este nuevo patrón, el etnocentrismo colonial, la clasificación racial universal y las necesidades del sistema capitalista debutante, concibieron un universo específico de relaciones intersubjetivas de dominación, explotación y conflicto entre los actores sociales.

La estructura colonial de poder produjo las discriminaciones sociales que posteriormente fueron codificadas como “raciales”, “étnicas”, “antropológicas” o “nacionales”, según los momentos, los agentes y las poblaciones implicadas. Tales construcciones intersubjetivas -producto de la dominación y explotación colonial europea- inclusive fueron asumidas como categorías de significación ahistórica y científica. Es decir, como fenómenos naturales y no, de la historia del poder colonial. De esta forma, la identidad racial reclasificó socialmente en forma estratificada a la población colonizada, según su relación con la llamada “pureza de sangre”. Se definieron así nuevas identidades geoculturales²: blancos, mestizos, indios y negros. No obstante, dicha clasificación dejó de lado ciertas interseccionalidades³ como la de raza, género y clase respecto de la población femenina. Es así que el sistema moderno/colonial, a través de sus instituciones patriarcales, heterosexistas y eurocéntricas sobre el género, subordinó a las mujeres colonizadas no blanco-burguesas en todos los aspectos de su vida (Lugones, 2008).

Al derrumbamiento del Estado colonial sucedió, pues, un Estado controlado por las oligarquías terratenientes que habían sido protagonistas y usufructuarias de la lucha independentista contra España. Así, lejos de querer caer en un reduccionismo histórico, es posible convenir que los mecanismos de dominación política, así como las sociedades regionales, que se dieron en nuestro país al inicio del periodo republicano estuvieron dirigidos por los “señores de la tierra”, entendiéndolos a estos últimos como los varones criollos, heterosexuales y propietarios.

-
- 1 La expresión “pureza de sangre” aparece en España tras la expedición de los estatutos de limpieza de sangre de 1494, y se apoyaba en la idea de que la presencia biológica de sangre no cristiana en las venas de un individuo lo identificaba como impuro (Núñez, 2014). En Hispanoamérica la pureza de sangre se articuló con el color de la piel. El sistema colonial impuso una evolución racial que iba de lo cobrizo o moreno a lo blanco, de lo indio (seres inmoralmemente habidos, paganos y perversos) a lo español (individuos moralmente habidos, de linaje y cristianos), esto es, de lo malo a lo bueno. Mediante esta polaridad jerárquica, lo no blanco se convirtió en sinónimo de impureza y el blanco de pureza y calidad (Cuxil, 2000).
 - 2 Identidades que surgen en un nuevo espacio geográfico, pero cuyo estilo de vida y pensamiento están determinados, a su vez, por la cultura dominante.
 - 3 La noción de interseccionalidad fue introducida por la teórica del feminismo negro Kimberlé Crenshaw en los años 80. Mediante este concepto Crenshaw pone de manifiesto una mayor presión política hacia las mujeres negras, cuando se superponen categorías que, con base en la raza y el sexo, justifican la dominación. De esta manera esta noción no es sino el estudio de identidades sociales intersectadas o solapadas y sus respectivos sistemas de dominación y explotación (Barrère Unzueta & Morondo Taramundi, 2011).

Esta construcción *engenerizada*⁴ y racializada llegó a ser incorporada en los preceptos de la primera Constitución Ecuatoriana (1830) y dio lugar a una estructura socio-política eminentemente patriarcal y de subordinación femenina, desde los albores de la vida republicana. De allí, la necesidad de su análisis, objeción y deconstrucción desde una epistemología decolonial y contrahegemónica como una nueva forma de teorización feminista.

Desde la conquista y el inicio del colonialismo moderno, la producción cognitiva ha estado marcada geo-históricamente por una comprensión occidental y eurocéntrica del mundo. La violencia epistémica, es decir, la destrucción y deslegitimación de otras formas heterogéneas de pensamiento, caracterizaron los proyectos modernos civilizadores (González Cardona, 2014).

La escuela de la Colonialidad/Modernidad Latinoamericana, como propuesta de subversión epistémica descolonial, se reclama revisionista de las relaciones de poder que se instalan en 1492, con la conquista de (Latino) América, y que dan lugar al llamado moderno sistema-mundo.

Conforme a los postulados de la escuela de la Modernidad/Colonialidad Latinoamericana, las herencias coloniales en América Latina continuaron aún después de alcanzada la independencia de la metrópoli. La colonialidad permaneció y se reprodujo como patrón para las formas de explotación del trabajo, de configuración de las relaciones sociales, de administración política por parte de los ahora Estados republicanos nacionales, y de la subjetividad.

En América Latina, el enunciado de una legalidad moderna y republicana, y su ajenidad con relación a un orden social racializado configuraron el nacimiento de los Estados Nacionales. “El proceso de las independencias latinoamericanas se resolvió en una rearticulación de la colonialidad del poder sobre nuevas bases institucionales” (Segato, 2015, p.56).

De esta manera, en razón de los postulados propuestos por la escuela de la Modernidad/Colonialidad Latinoamericana, en concordancia con los planteamientos de la academia feminista decolonial, desde la diferencia epistémica, la presente propuesta de investigación busca identificar cómo, en la fundación de las repúblicas de América Latina, las prácticas/instituciones moderno/coloniales, particularmente aquellas referidas al género, continuaron estructurando el poder alrededor del eje colonial.

4 La locución “engenerizada” es una traducción del vocablo inglés “gendered”, el cual hace referencia a la negociación intersubjetiva de los arreglos referidos a la construcción de la masculinidad y la feminidad. La asignación de un género y la percepción propia respecto a las categorías de género forman parte de tal negociación. Recientemente esta expresión ha sido adoptada, en el campo de las ciencias sociales, para señalar la posibilidad de cuestionar algún aspecto de la realidad social y/o institucional desde los planteamientos de la epistemología feminista (Lugones, 2008).

A efecto de demostrar esta hipótesis, será objeto de nuestro análisis la primera Constitución de la República del Ecuador. Esta constituye no solo el documento fundacional del nuevo Estado independiente, sino además –siguiendo el razonamiento foucaultiano– el texto social práctico por excelencia, en el cual se harán constar aquellos reclamos institucionalmente legitimados como verdades (Bacchi, 2012).

De acuerdo con Foucault, los textos normativos han sido estratégicamente diseñados en determinados momentos de coyuntura histórica, para constituir el marco final de la conducta cotidiana. No obstante, lejos de ser consideradas como verdades absolutas, las instituciones consagradas en tales textos deben ser problematizadas a fin de dismantelar su presunta fijeza y abrir la puerta al escrutinio crítico de las formas políticas vigentes (Bacchi, 2012).

En concordancia con el método foucaultiano de la problematización⁵, las epistemologías decoloniales plantean cuestionar retrospectivamente la historia de una determinada práctica o institución colonial, a fin de desbaratar su condición de verdad incontrovertible. Este enfoque no sería posible de obtener mediante la aplicación de otros métodos más tradicionales de interpretación constitucional, los cuales esencialmente buscan “analizar el signo que contiene la norma y de ahí determinar con claridad sus supuestos y consecuencias a la vista de su aplicabilidad a un caso concreto” (Espitia Rincón, 2017, p.9).

En la presente investigación, el ejercicio de interpretar la Constitución de 1830 no busca, por medio de una perspectiva legalista, resolver un caso concreto. Más bien busca indagar, desde una noción analítica, los discursos histórico-culturales incorporados en la norma suprema y que implicaron, en la naciente república ecuatoriana, la reproducción de las relaciones de poder moderno-coloniales. De ahí, la selección tanto del método foucaultiano-bacchiano de problematización del discurso, como de la epistemología decolonial como marco analítico de este trabajo.

Solo en la medida en la que entendamos que las Repúblicas latinoamericanas emergieron como coloniales y colonizadoras, es que será factible entender por qué en ningún país latinoamericano es posible encontrar una sociedad plenamente nacionalizada. La construcción de la nación y, sobre todo, del Estado-nación –desde sus inicios– fue conceptualizada y trabajada en contra de la mayoría de la población. Es decir, de los indios, negros y mestizos; además, de las mujeres pertenecientes a estas categorías raciales. De esto resulta que no se pueda hablar de democracia en nuestras naciones, en donde el lenguaje democrático es puramente formal y enunciado por un Estado desarraigado, alienado de la sociedad. Un Estado incapaz de reconocer el patrón de colonialidad racial y de género que la estructura (Segato, 2015).

5 Entendido este como una práctica pedagógica que cuestiona aquellas verdades tomadas por absolutas.

Por lo tanto, el estudio tuvo como objetivo identificar las principales instituciones del sistema moderno-colonial de género y su materialización en la primera Constitución de la República del Ecuador. Para ello, se demarcó los conceptos de Modernidad, Racionalidad y Eurocentrismo desde el paradigma de la colonialidad del poder propuesto por la escuela de la De(s)colonialidad Latinoamericana, con relación al pensamiento clásico de la filosofía europea.

Se explicó también las instituciones del Sistema Moderno-Colonial de Género, desarrollado por Lugones (2008), puntualizando en lo relativo a la interseccionalidad de raza, clase, género y sexualidad. Todo esto en concordancia con los axiomas propuestos por el feminismo decolonial, con el fin de no solo cuestionar el andamiaje teórico-conceptual propuesto por el feminismo blanco-burgués sino, además, de avanzar en la producción de nuevas interpretaciones que expliquen la actuación del poder desde posiciones subalternas como un aporte fundamental en la producción de nuevas epistemologías y marcos conceptuales para los procesos de descolonización.

Por fin, se analizó dogmática y orgánicamente la Constitución de Riobamba de 1830, en particular respecto de las disposiciones jurídicas relativas al Estado-Nación, ciudadanía y democracia, desde de los postulados de la colonialidad del poder y la colonialidad de género.

En síntesis, a partir de lo expuesto en las líneas precedentes, este trabajo de investigación buscó establecer cómo influyó el sistema de instituciones moderno/coloniales de género, desde una perspectiva interseccional tomando en cuenta los factores de raza, clase, género y sexualidad, en la estructuración de la Primera Constitución de la República del Ecuador. Particularmente, respecto a las disposiciones jurídicas relativas al Estado-Nación, ciudadanía y democracia, categorías que, a su vez, fueron seleccionadas por Quijano (1997) para explicar cómo, luego de superados los procesos independentistas, las tendencias de reconfiguración del poder político implicaron intereses que no podían desarrollarse y/o consolidarse sino a costa de que tales instituciones estuvieren al servicio del capital.

Para la consecución de este objetivo se definió el marco teórico que sustentó la presente investigación y que se expone en el primer capítulo de esta obra. En el segundo capítulo se detalla el diseño de los aspectos metodológicos que respondieron a la técnica investigativa aplicada en este trabajo. Finalmente, se realizó un análisis de discurso que ayudó a desentrañar la problematización de los principales preceptos constitucionales contenidos en la Carta Magna Ecuatoriana de 1830, a fin de identificar y registrar la materialización de las instituciones del Sistema Moderno/Colonial de género en la referida norma suprema.

I

Estado del arte y marco teórico

La colonialidad del poder como planteamiento epistémico fue propuesta a finales del siglo pasado, por los principales teóricos del grupo de la descolonialidad, tales como Aníbal Quijano y Walter D. Mignolo (Manning, s/f). Quijano (2000) entiende la colonialidad del poder como la forma específica que toman la dominación y la explotación en la construcción de un nuevo sistema mundial capitalista a partir del descubrimiento de América. La colonialidad del poder tiene por objeto dismantelar otros saberes y formas de vida –tales como las historias y las cosmologías existentes en los pueblos del Tahuantinsuyo y Anáhuac, territorios habitados por incas y aztecas–; y es el discurso categórico y discriminatorio persistente el que se refleja en las estructuras socioeconómicas de las sociedades poscoloniales modernas.

Lugones, teórica feminista decolonial, ajusta la formulación de Quijano de la colonialidad del poder a través de una consideración más profunda del género y su relación entrelazada con la raza. Lugones (2008) sostiene que la comprensión de Quijano del sexo/género como definido por las contestaciones patriarcales y heterosexuales sobre el acceso sexual es una comprensión eurocentrada. Por lo tanto, ve el marco de Quijano como un medio más a través del cual se puede consolidar la sujeción y la falta de poder de las mujeres colonizadas:

Entender los rasgos históricamente específicos de la organización del género en el sistema moderno/colonial de género (dimorfismo biológico, la organización patriarcal y heterosexual de las relaciones sociales) es central para una comprensión de la organización diferencial del género en términos raciales (Lugones, 2008, p.78).

Lugones se mueve más allá de esta crítica para explicar cómo la colonialidad impregna todos los aspectos de la existencia social y da lugar a nuevas identidades sociales y geoculturales, creando así no solo identidades raciales, sino también identidades de género:

Desde la colonialidad de la perspectiva de género, la colonización alteró el sentido indígena y la identidad propia del colonizado así como las comprensiones de la cosmología y de las relaciones de género. Al hacerlo, la Modernidad y la Colonialidad implementaron la comprensión z del género y el sexo, borrando en gran medida las diversas conceptualizaciones de sexo y género que existían en los territorios colonizados, dando lugar así al llamado sistema moderno-colonial de género. El concepto de género fue introducido por los colonizadores occidentales y se convirtió en una herramienta de dominación que designa dos posiciones binarias y jerárquicas. Las mujeres se definen por su relación subordinada con los hombres en toda la categoría (p.78).

Por su parte, Raewyn Connell (2014) explica que la violencia de género desempeñó un papel formativo en la conformación de las sociedades coloniales. El estado colonial fue construido como una estructura de poder operada por hombres, basada en la fuerza continua (Connell, 2014, p. 7). El estado colonial impregnó la vida de las comunidades colonizadas a tal punto que, tras superar los respectivos procesos independentistas, los arreglos históricos diferenciales de clase, raza y género llegan a ser plasmados en el proyecto nacional de las nuevas repúblicas independientes. Al respecto, el historiador ecuatoriano Ayala Mora (2014) señala que “(e)l nuevo Estado trajo innovaciones, pero fue, en muchos sentidos, una continuación del Estado colonial y nació caracterizado por profundas diferencias socioeconómicas, étnicas y regionales” (p.28).

En esta línea de pensamiento, autoras como Ana María Goetschel (2009), Lucía Moscoso Cordero (2013), Jennie Carrasco Molina (2013), entre otras, dedican su investigación a destacar la vida de mujeres que, en la vida colonial y republicana, participaron en la política local, reivindicando varios derechos de la mujer y abriendo el camino para que hubiera una mayor participación femenina en lo público. Es decir, existen diversos estudios que, si bien se refieren al sistema pre-capitalista/patriarcal como la causa de la dominación étnica, de clase y género, no aportan investigaciones que, desde la colonialidad de género y el feminismo decolonial, deconstruyan la realidad histórica y pongan de manifiesto la razón de ser de tales diferenciaciones, las cuales llegan incluso a ser plasmadas en la primera carta constitucional ecuatoriana.

Cuando se formó la República la ciudadanía a la que se remitía el Estado tuvo como contrapartida, de manera permanente, lo no ciudadano ya que estaban excluidos muchos sectores sociales como indios, negros no-propietarios y mujeres. Ni siquiera las mujeres blancas y blanco-mestizas fueron ciudadanas de plenos derechos ya que dependían de la autoridad del *pater familias*. De acuerdo con la filosofía política de la Ilustración que tuvo amplia repercusión en América Latina, el papel de las mujeres se definía en torno al espacio familiar y doméstico y lo público-ciudadano era esencialmente masculino (Goetschel, 2009).

Se desprende, por tanto, la necesidad de estudiar el origen histórico y socio-legal de tal sistema de opresión colonial y poscolonial desde un marco descolonial. Particularmente, de estudiar aspectos referidos a la subordinación histórica de la mujer de color, a las violencias ejercidas por el patriarcado blanco hacia esta última, y a la indiferencia de los estados nacientes para llevar a cabo transformaciones sociales profundas en las estructuras comunales que rechacen la tradición colonial.

Modernidad, racionalidad, colonialidad y eurocentrismo según la escuela de la de(s)colonialidad latinoamericana

La globalización en curso es, en primer término, la culminación de un proceso que comenzó con la constitución de América y la del capitalismo colonial/moderno y eurocentrado como un nuevo patrón de poder mundial (Quijano, 2000, p.201).

Con el nacimiento de América Latina el emergente poder capitalista se hizo mundial y eurocentrado. Sus centros hegemónicos se localizan en el hemisferio norte y, como ejes centrales de este nuevo patrón de dominación, se establecen la colonialidad y la modernidad.

La imposición de una clasificación racial/étnica de la población mundial supuso el fundamento del patrón de poder colonial, el cual operará en cada uno de los ámbitos y dimensiones, materiales y subjetivas, de la existencia cotidiana. Las correspondencias sociales, materiales e ideológicas, en las cuales se fundaron las experiencias de la colonialidad, se configuraron como un universo de relaciones intersubjetivas de explotación, dominación y control bajo la hegemonía eurocentrada.

Es este universo intersubjetivo, que daba cuenta de las necesidades materiales y cognitivas⁶ del capitalismo, el que a continuación procurará ser analizado y deconstruido, conforme la escuela de la Modernidad/Colonialidad Latinoamericana, hacia una comprensión histórica-estructural más heterogénea de la cuestión de la colonialidad del poder.

La modernidad, sus dos paradigmas

El concepto clásico o tradicional de Modernidad nos remite a aquel periodo histórico que tiene sus orígenes en Europa Occidental tras la emergencia de las revoluciones burguesas acaecidas, principalmente, en los siglos XVII y XVIII. Así, se destaca un enfoque calificado por Dussel (1993) como: eurocéntrico, provinciano y regional. Toda vez que, según esta perspectiva, el punto de partida de la Modernidad se da desde el surgimiento de distintos fenómenos intraeuropeos como son: la Reforma, la Ilustración y la Revolución Francesa.

Dussel (1993), en contraposición a la narrativa más ortodoxa, plantea que esta visión tradicional deja -evidentemente- de lado otros acontecimientos tales como: la expansión portuguesa al Extremo Oriente, el descubrimiento de

6 Entendidas como aquel ideario colonial, hegemónico y eurocéntrico que articuló todas las formas históricas de control de trabajo en torno a la relación capital-trabajo asalariado. Articulación que se fundó, en primer lugar, en la adjudicación de todas las formas de trabajo no pagadas a las razas colonizadas; y, en segundo lugar, en la adscripción del trabajo asalariado a la raza colonizadora.

América hispánica y el siglo XVI hispanoamericano, hechos que -a su parecer- no son sino el fundamento del mundo moderno.

En efecto, “la modernidad, como nuevo paradigma de vida cotidiana, de comprensión de la historia, de la ciencia, de la religión, surge al final del siglo XV y con el dominio del Atlántico” (p.77). Así, la Modernidad encuentra su mundialización en América a través de la organización de un nuevo sistema capitalista/colonial, en el que el usufructo de la vida de sus víctimas mantiene el nuevo patrón hegemónico de poder.

La colonialidad hispanoamericana: la identidad racial

América aparece, en el contexto descrito, como la primera identidad de la Modernidad en la que simultáneamente convergen dos procesos históricos, a saber:

De una parte, la codificación de las diferencias entre conquistadores y conquistados en la idea de raza, es decir, una supuesta diferente estructura biológica que ubicaba a los unos en situación natural de inferioridad respecto de los otros (...). De otra parte, la articulación de todas las formas históricas de control del trabajo, de sus recursos y de sus productos, en torno del capital y del mercado mundial. (Quijano, 2000, p.202)

La identidad racial es una categoría que solo aparece a raíz del descubrimiento del continente americano como instrumento de clasificación social de la población. De esta forma, se distinguen nuevas identidades histórico-sociales: blancos, mestizos, mulatos, indios, negros, etc. A medida en que las relaciones sociales se configuraban como relaciones de dominio, tales identidades fueron paulatinamente asociadas a roles jerárquicamente establecidos en el nuevo sistema de dominación colonial.

Se produjo, entonces, la idea de un dualismo excluyente entre no europeo/europeo, primitivo/civilizado, tradicional/moderno, con lo cual se consolidó la naturalización de las diferencias culturales entre los colonizadores y colonizados por medio de la identidad racial. Con fundamento en esta distinción, se impuso sistemáticamente una división racial del trabajo en razón de la cual los conquistadores/colonizadores blancos asociaron el trabajo no remunerado o, ínfimamente, retribuido con las razas inferiores por considerarlas no dignas de pago puesto que, a su entender, estas estaban naturalmente obligadas a trabajar en beneficio de sus amos (Quijano, 2000).

Bajo esta estructura de explotación, servidumbre y esclavitud de las razas inferiores se consolidó el nuevo capitalismo colonial y eurocentrado. Las riquezas

naturales de América, el trabajo no asalariado de las razas colonizadas y su posición privilegiada en el tráfico de las mercancías, colocaron a los europeos y, más específicamente, a los europeos occidentales en una posición de ventaja decisiva en las relaciones comerciales a nivel mundial. En consecuencia, por primera vez en la historia de la humanidad, se estableció un patrón global de explotación del trabajo, de manejo de recursos y de control de la producción-apropiación-distribución de productos que gira en torno al capital.

El capitalismo como sistema de relaciones de producción, esto es, el heterogéneo engranaje de todas las formas de control del trabajo y de sus productos bajo el dominio del capital, en que de allí en adelante consistió la economía mundial y su mercado, se constituyó en la historia sólo con la emergencia de América (Quijano, 2000, p.220).

Modernidad/racionalidad y eurocentrismo

Durante el mismo periodo en que se consolidaba la dominación colonial en América, se fue constituyendo el ideario cultural conocido como la Modernidad/Racionalidad europea (brevemente esbozado en las líneas precedentes), el cual fue establecido como un paradigma universal de conocimiento y de relaciones entre seres humanos.

Como parte del nuevo patrón de poder mundial, Europa no solo se convirtió en el centro del capitalismo por excelencia, sino que también concentró bajo su hegemonía el control de la subjetividad⁷, de la cultural y de la producción del conocimiento.

A fin de lograr este cometido, los colonizadores ejercieron diversas operaciones para consolidar el paradigma europeo del conocimiento racional. En primer lugar, expropiaron a las sociedades colonizadas aquellos conocimientos que resultaban más aptos para el desarrollo del capitalismo, en beneficio –por supuesto– del centro europeo. Asimismo, reprimieron al máximo las formas de producción de conocimiento de los pueblos colonizados, despojándolos así de su universo simbólico, de sus patrones de expresión, de su sistema de imágenes. En fin, de su herencia intelectual objetivada. Por último, forzaron a los colonizados a aprender parcialmente la cultura de las razas dominantes en todo lo que fuera útil para la reproducción de la dominación, ya sea en el campo material, tecnológico y/o subjetivo/religioso (Quijano, 2000). De esta manera, en todas las sociedades en donde la colonización implicó la destrucción de la

7 Entramado de percepciones, premisas e ideologías que comparten los miembros de un grupo sociocultural y que determinan los imaginarios sociales, la conciencia colectiva y la forma de interpretar el mundo.

estructura social, los colonizados fueron despojados de sus saberes intelectuales y de sus medios de expresión exteriorizantes u objetantes, y obligados a aceptar como suya una cultura foránea impuesta por los colonizadores. Dicho en otras palabras, “por modernidad habría que entender el carácter peculiar de una forma histórica de totalización civilizatoria de la vida humana” (Echeverría, 1995, p.5).

En esta instancia histórica, tuvo lugar una operación mental de fundamental importancia para todo el patrón de poder mundial, sobre todo, respecto de las relaciones intersubjetivas y de las formas de producir y legitimar el conocimiento: los europeos generaron una nueva perspectiva temporal de la historia y reubicaron a los pueblos colonizados en el pasado de una trayectoria cuya culminación era Europa (Quijano, 2000).

“Eurocentrismo y racismo epistémico no son sino dos nombres para el mismo gesto colonial” (Segato, 2015, p.48). Desde esta perspectiva, Europa y los europeos eran el momento y el nivel más avanzados en el camino lineal, unidireccional y continuo de la especie humana. Se consolidó así, junto con esa idea, otro de los núcleos principales de la Colonialidad/Modernidad eurocéntrica: una concepción de humanidad según la cual la población del mundo se diferencia en superiores e inferiores, racionales e irracionales, dominantes y dominados, en suma, en europeos y no europeos.

Esa configuración binaria, dualista, de conocimiento, propia del eurocentrismo, se impuso como mundialmente hegemónica en el mismo cauce de la expansión del dominio colonial de Europa sobre el mundo. De esta forma, el eurocentrismo no se constituyó únicamente como la perspectiva cognitiva racional y moderna de los europeos exclusivamente, o solo de los dominantes del capitalismo mundial, sino del conjunto de los educados bajo su hegemonía (Quijano, 2015).

Con estos antecedentes, es posible entender la imagen eurocentrista de la historia de la humanidad y, a la vez, la pretensión eurocéntrica de ser la exclusiva productora y protagonista de la Modernidad/Racionalidad. No obstante, tal como lo hemos expuesto en las líneas precedentes, solo a partir de América es que un nuevo espacio/tiempo se construye material y subjetivamente. La Modernidad/Racionalidad -entendida esta como una nueva dimensión material de cambio en las relaciones intersubjetivas entre los nuevos pueblos integrados bajo el nuevo patrón de poder mundial- inicia con América y sus riquezas, y cuya explotación cambiará el orden de organización mundial.

El Sistema Moderno/Colonial de Género y sus instituciones a partir de la interseccionalidad⁸ de raza, clase, género y sexualidad

De acuerdo a Quijano (2015), en la historia conocida antes del advenimiento del capitalismo, se puede verificar que, “en las relaciones de poder, ciertos atributos de la especie han jugado un papel principal en la clasificación social de las gentes: sexo, edad y fuerza de trabajo son sin duda los más antiguos” (p.316).

En esta línea, el referido autor considera que la producción social de la categoría “género”, a partir del sexo, es la más antigua en la historia social, en tanto que la construcción de la categoría “raza”, a partir del fenotipo, es relativamente nueva, y se incorpora en la clasificación social de las poblaciones a partir de la conquista de América y de la mundialización del capitalismo (Quijano, 2000). De esta manera, la racialización de las relaciones de poder entre las nuevas entidades raciales y geoculturales supuso el fundamento legitimador del carácter eurocentrado del patrón de poder colonial.

Frente a esta propuesta epistémica, autoras feministas tales como Walsh (2005), Segato (2015), Lugones (2005), entre otras, advierten que pensar desde la diferencia colonial requiere poner la mirada en las perspectivas epistemológicas y las subjetividades subalternizadas y excluidas. “La diferencia no debe ser meramente tolerada, sino vista como un fondo de polaridades necesarias entre las cuales nuestra creatividad pueda explotar como una dialéctica” (Lugones, 2005, p.61).

Es en ese momento en donde, a través de una crítica de orden feminista-decolonial, se hace visible un nuevo universo de relaciones intersubjetivas en donde no solo concurre la raza, sino también la clase y el género como elementos diferenciales en las relaciones de explotación, dominación y conflicto que caracterizaron la constitución de América Latina.

Apuesta epistémica: multiculturalismo radical y feminismo decolonial

El colonialismo, ante todo, estaba constituido por una concepción eurocéntrica del conocimiento y de la cultura, y por una racialización del trabajo, de la heterosexualidad y del género (Lugones, 2005).

La hegemonía cultural que los poderes europeos consiguieron por medio del colonialismo se expresó como una adecuación de cultura y conocimiento con la

8 La noción de interseccionalidad fue introducida por la teórica del feminismo negro Kimberlé Crenshaw en los años 80. Mediante este concepto Crenshaw pone de manifiesto una mayor presión política hacia las mujeres negras, cuando se superponen categorías que, con base en la raza y el sexo, justifican la dominación. De esta manera esta noción no es sino el estudio de identidades sociales intersectadas o solapadas y sus respectivos sistemas de dominación y explotación (Barrère Unzueta & Morondo Taramundi, 2011).

cultura y el conocimiento europeos. En este sentido, tal como lo asegura Lugones (2005), la propia lógica de la opresión hizo posible que dominaciones culturales o de género se enmascaran a sí mismas tanto como multiculturales o como feministas. En efecto, el multiculturalismo, como movimiento intelectual que enfatizaba la articulación de conocimiento y poder, centraba los conocimientos de base europea en una historia cultural que marginalizaba a los conocimientos no occidentales, y constituía concepciones particulares sobre quién podía ser sujeto de conocimiento.

De esta manera, el multiculturalismo tradicional ha enmascarado un monoculturalismo eurocéntrico, el cual no solo ha borrado la colonización de la memoria de los pueblos oprimidos, sino que además ha equiparado la educación multicultural con el estudio de culturas de resistencia. Con esto, ha ignorado cualquier relación de poder entre ellas y reducido a todas las culturas no occidentales a ornamentos para el disfrute turístico (Lugones, 2005).

Asimismo, la referida autora señala que la máscara feminista es la que se opone a una versión de femineidad que se ha atribuido únicamente a mujeres que, en términos de raza, clase y sexualidad, se han entendido como subordinadas solo a los burgueses blancos. En el contexto colonial, “la subordinación de las mujeres vinculada solo al poder blanco masculino fue confundida con la subordinación de todas las mujeres” (Lugones, 2005, p. 62).

Con este antecedente, en el desarrollo de los feminismos del siglo XX, esta conexión entre género, clase y heterosexualidad como racializada no se había explicitado. Conforme lo explica Lugones (2005), las feministas blanco-burguesas entendían la lógica de “mujer” categorialmente, esto es de forma absoluta. De suerte hablaban solo dos géneros, y “mujer” tenía un significado unívoco. Así, para las teóricas feministas blanco-burguesas la categoría superior y relevante era la de género; es decir, no se comprendían a sí mismas en términos interseccionales de raza, clase y otras categorías de sujeción o dominación, por lo que terminarían asumiendo que su punto de vista representaba el de “las mujeres” en su totalidad (Espinosa Miñoso, 2014).

Ante este escenario, corrientes de pensamiento tales como el multiculturalismo radical y el feminismo decolonial se hacen presentes como una nueva apuesta epistémica. Por un lado, el multiculturalismo radical piensa e imagina desde los márgenes, considerando a los oprimidos como participantes activos, en el núcleo mismo de la historia conflictiva compartida. El multiculturalismo radical rechaza un concepto unificado y esencialista de las identidades como conjuntos consolidados de significados, prácticas, costumbres y experiencias, y, por el contrario, ve las identidades como múltiples, inestables e históricamente situacionales, productos de la diferenciación y pluralizaciones polimorfas (Lugones, 2005).

A su vez, en concordancia con estos postulados, el feminismo decolonial se hace presente como una apuesta epistémica que se proclama revisionista de la teoría y de la propuesta política del feminismo occidental, blanco y burgués. Para esta corriente feminista, el punto de vista de “las mujeres” no puede nunca ser pensado ni tratado desde la presunción de una identidad única, pues la experiencia de ser mujer se da de forma social e históricamente determinada (Espinosa Miñoso, 2014).

De esta manera, la introducción de la lógica de la interseccionalidad, en virtud de los postulados del multiculturalismo radical, del feminismo negro y decolonial y de otras fuentes de pensamiento desobedientes de la episteme blanco-burguesa, ha sido fundamental para la comprensión de la situación de las mujeres de color⁹ habitantes de los territorios colonizados. “Comprender que las opresiones se cruzan es comprender que existe una relación entre las situaciones sociales de las mujeres blancas y las situaciones de las mujeres de color” (Lugones, 2005).

Es a partir de estas consideraciones que la teórica feminista decolonial, María Lugones (2008), investiga la interseccionalidad entre raza, clase, género y sexualidad respecto de las mujeres no blancas, víctimas de la colonialidad del poder e, inseparablemente, de la colonialidad del género, en lo que ella denominaría el Sistema Moderno/Colonial de Género.

El sistema moderno/colonial de género

Con la expansión del colonialismo europeo, la clasificación fue impuesta sobre la población del planeta. Desde entonces, ha permeado todas y cada una de las áreas de la existencia social, constituyendo la forma más efectiva de la dominación social tanto material como intersubjetiva. Por lo tanto, «colonialidad» no se refiere solamente a la clasificación racial. Es un fenómeno abarcador, ya que se trata de uno de los ejes del sistema de poder y, como tal, permea todo control del acceso sexual, la autoridad colectiva, el trabajo, y la subjetividad/intersubjetividad, y la producción del conocimiento desde el interior mismo de estas relaciones intersubjetivas (Lugones, 2008, p.79).

Para la escuela de la De(s)colonialidad Latinoamericana, el poder capitalista, eurocentrado y mundial se organizó en torno a dos ejes fundamentales: la colonialidad del poder y la Modernidad. De esta manera, la idea de la raza, introducida por la colonialidad, reposicionó las relaciones sociales de superioridad e

9 La expresión “Mujeres de Color” fue adoptada por mujeres víctimas de la dominación racial en los Estados Unidos de América. Por “Mujeres de Color” hemos de entender una coalición orgánica de mujeres indígenas, mulatas, negras, cherokees, puertorriqueñas, siux, chicanas, mexicanas, entre otras, consideradas víctimas de la colonialidad del género (Lugones, 2008).

inferioridad a través de la dominación, a la vez que concibió la humanidad y su historia a través de una ficción eurocentrada.

Para Quijano, “el poder está estructurado en relaciones de dominación, explotación y conflicto entre actores sociales que se disputan el control de los cuatro ámbitos básicos de la existencia humana: sexo, trabajo, autoridad colectiva, subjetividad/intersubjetividad, sus recursos y productos” (Lugones, 2008, p.78). A su vez, Mignolo (2007) sostiene que la Modernidad, el capitalismo y la colonialidad son aspectos del mismo patrón de control de la economía y la autoridad; del género y la sexualidad; y, del conocimiento y la subjetividad.

En este contexto, a pesar de la importancia que entrañan los planteamientos de Mignolo (2007) o Quijano (2000), tales puntos de vista han sido objetados por el feminismo decolonial y de color, puesto que presuponen una comprensión patriarcal y heterosexual por el control del sexo, sus recursos y productos. Quijano no ve al patriarcado como una invención colonial, sino que asume que esta forma de organización social ya existía en el territorio precolombino antes de la conquista hispanoamericana (Segato, 2015).

En este sentido, las feministas decoloniales y de color consideran que, si bien a raíz de la Modernidad eurocentrada/capitalista todos hemos sido identificados bajo una raza y un género previamente determinados, empero no todos sufren el mismo grado de dominación o victimización en dicho proceso jerárquico y binario.

Las categorías de diferenciación son concebidas, fundamentalmente, como homogéneas y cuyo referente no es sino el dominante de cada grupo. Así tenemos como hombre al individuo macho blanco burgués y heterosexual; como mujer, la hembra blanca burguesa y heterosexual; como negro, el individuo de tez oscura heterosexual, etc. Es precisamente en esta diferenciación categorial que la intersección entre mujer y negro es invisibilizada por los referidos pensadores, “no hay una separación de raza/género en el patrón de Quijano” (Lugones, 2008, p.82).

En este sentido, el término mujer –desde esta perspectiva– no conjuga la fusión género/raza, con lo cual no hace sino remitir al individuo dominante de la categoría. Esto es, la mujer blanca burguesa. Con ello, se omite la brutalidad, los abusos y la deshumanización que, para estas mujeres “híbridas”, la colonialidad del género implicó. “Quijano aplica al género la misma lógica histórica que a la raza” (Segato, 2015, p.54).

A su vez, Lugones (2008) afirma que, en el discurso del referido teórico del grupo de la decolonialidad, el género tiene una connotación demasiado estrecha e hiperbiologizada. El autor parece asumir que quienes controlan el acceso al sexo, son a la vez, tratadas como simples recursos de este, las mujeres.

Bajo este nuevo modelo capitalista/colonial se evidencian cambios sumamente perjudiciales para mujeres de estas condiciones. Por ejemplo, de acuerdo a la investigación desarrollada por Lugones (2005), en América muchas tribus indígenas igualitarias y ginecráticas pasaron a ser grupos humanos jerárquicos y patriarcales, en los que no solo las mujeres son expulsadas de sus tierras, sino que además son privadas de lograr su propio sustento económico al depender, en este nuevo sistema, de la dominación masculina para su supervivencia. De allí que la colonización no supuso sino un proceso de doble inferiorización/victimización para las mujeres en razón de su identidad racial y de género.

De esta manera, el Sistema Moderno/Colonial de Género es propuesto por Lugones (2008), como un lente a través del cual teorizar la lógica opresiva de la modernidad colonial, su uso de dicotomías y de la lógica categorial.

En este escenario se hace presente el feminismo decolonial y de color que, con su crítica a la episteme feminista clásica producida por mujeres blanco-burguesas, muestra como estas teorías son poco adecuadas para interpretar la realidad de opresión de las mujeres racializadas y provenientes de territorios colonizados (Espinosa Miñoso, 2014). En esta línea de pensamiento, estas corrientes feministas censuraron la forma en la que las feministas blancas introdujeron al género como única categoría dominante para explicar la subordinación femenina. Dicho en otras palabras, el feminismo decolonial y de color alega que las feministas blancas no se entendieron a sí mismas en términos de interseccionalidad de raza, género, clase, ubicación geopolítica, entre otros factores determinantes.

Así, en virtud de los planteamientos de la colonialidad del poder, y sobre todo de la colonialidad del género, podemos advertir que solo en razón del reconocimiento de la intersección de las opresiones de género, clase, raza y sexo, es que es posible no solo identificar las relaciones de poder entre las mujeres blancas y las de color, sino que además permite ver a las mujeres de color bajo la opresión, allí donde la comprensión categorial de “mujer”, tanto en el feminismo blanco como en el patriarcado dominante, oculta su opresión.

Instituciones moderno/coloniales

La Modernidad organizó el mundo ontológicamente en categorías disociables y homogéneas. La jerarquía dicotómica entre lo humano y lo no humano constituyó la lógica de diferenciación central del mundo colonial. Esta distinción categorial se convirtió en la marca de la civilización, a la vez que las instituciones moderno/coloniales, entendidas como el sistema de normas y comportamientos socioculturales que reglaron la cotidianeidad colonial, se edificaron sobre esta dicotomía.

En esta línea de pensamiento, los hombres y mujeres procedentes de Europa eran los únicos civilizados, empero tales categorías también presentaban distinciones jerárquicas entre sí. El hombre moderno, europeo, blanco-burgués, colonial, se convirtió en el sujeto/agente apto para gobernar, para la vida pública, un ser de civilización, heterosexual, cristiano, un ser racional. A su vez, la mujer blanco-burguesa europea, si bien pertenecía al mundo moderno, no era entendida como un complemento del hombre, sino como alguien que reproducía la raza y el capital gracias a su pureza sexual, su sumisión y su atadura al hogar al servicio del varón europeo blanco-burgués (Lugones, 2011).

Tal como ocurría en Europa, en América, la sexualidad femenina también se vio, por tanto, restringida por el poder de los hombres para definir, reformular o perseguir el apetito/deseo sexual femenino. Esto se hizo a través de la dependencia económica y social, las exigencias matrimoniales, el confinamiento al ámbito privado, la carga de la reproducción y la violencia sistemática contra las mujeres. Conforme la cultura patriarcal europea, las mujeres siempre habrían de relacionarse desde la dependencia e inferioridad. Es decir, necesitaban del otro u otros -los hombres, los hijos, la familia, las autoridades, etc.- para ser y convertirse en verdaderas mujeres conforme el ideal hegemónico de la feminidad (Lagarde, 1997).

Bajo este marco de referencia, la dicotomía jerárquica como marca de lo humano, también se convirtió en una herramienta para condenar a los colonizados. “Las conductas de los colonizados y sus personalidades/almas eran juzgadas como bestiales y por lo tanto no-generizadas, promiscuas, grotescamente sexuales, y pecaminosas” (Lugones, 2011, p.107). A partir de la consideración normativa del “hombre” como ser humano por excelencia, los hermafroditas, los sodomititas, las viragos y los colonizados eran entendidos como aberraciones a la perfección masculina. Como un gesto de humillación, los varones colonizados eran considerados como muy femeninos y se les atribuía pasividad sexual; en tanto que las mujeres colonizadas eran concebidas como hembras masculinizadas y con un exacerbado deseo sexual. Las distinciones de clase en la regulación sexual no son exclusivas del mundo moderno, empero se agudizan en este periodo histórico (Weeks, 1998). En efecto, Foucault, citado en Weeks (1998), ha señalado que la sexualidad, como constructo sociocultural, es una noción esencialmente burguesa, toda vez que esta se desarrolló como una suerte de autodefinición de clase en contra de la ascendente inmoralidad de las clases inferiores.

En este contexto, un conjunto de creencias colonizadoras y eurocentradas fueron impuestas a los territorios de la periferia a partir de los procesos de colonización. Las normas de un modelo ideal de entorno familiar y doméstico, la imposición de roles masculinos y femeninos, una fuerte distinción ideológica respecto del ámbito público y privado, y una mayor preocupación colectiva por la sexualidad extramarital y no heteronormativa fueron las medidas con las que se juzgaba la pertenencia a una clase u otra.

Finalmente, las cualidades personalísimas de género y clase se entrecruzan con las de raza y etnia. Como lo explicamos oportunamente, en el modelo evolutivo de la colonialidad del poder propuesto por Quijano (2000), se distingue una división bipartita entre las razas blanco-europeas colonizadoras y las razas periféricas colonizadas. Las personas pertenecientes a esta última –usualmente- eran representadas como seres primitivos, inferiores, salvajes, cuyo incontrolable apetito sexual ponía en riesgo la pureza de sangre de la raza blanca. Asimismo, en razón de las nuevas identidades sociales, cada forma de control del trabajo estuvo articulada con una raza particular. Esto se materializó, sobre todo, en una cuasi exclusiva asociación de la blanquitud étnica con el salario y, por supuesto, con los puestos de mando de la administración colonial.

De esta forma, la misión civilizadora colonial, en la que estaba incluida la conversión a la Cristiandad, era el embuste eufemístico del acceso brutal a los cuerpos de las personas a través de una explotación inconmensurable, de asaltos sexuales, del control de la reproducción y del terror sistemático.

La transformación civilizadora justificaba la colonización de la memoria, y por ende de los sentidos de las personas de sí mismas, de la relación intersubjetiva, de su relación con el mundo espiritual, con la tierra, con el mismo tejido de su concepción de la realidad, de su identidad, y de la organización social, ecológica y cosmológica (Lugones, 2011, p.108).

Los procesos independentistas latinoamericanos: género y Estado en el siglo XIX

La consolidación del capitalismo mundial europeo, especialmente el inglés, descompuso definitivamente el antiguo poderío ibérico. Las aristocracias coloniales en América, fundamentalmente terratenientes señoriales y empresarios criollos, empeñadas en conflicto por el poder con las autoridades metropolitanas, encontraron apoyo en las burguesías europeas y, cuando las condiciones fueron propicias, lograron desarrollar un proceso regional de lucha anticolonialista que concluyó con la obtención de la independencia en las primeras décadas del siglo XIX (Ayala Mora, 1990).

Los procesos independistas significaron una seria ruptura y un cambio rápido de tipo político para las excolonias hispanoamericanas; sin embargo, muchos rasgos y prácticas de la sociedad colonial pervivieron más allá de la fundación de los nuevos estados (Ayala Mora, 2005). Mediante el establecimiento de fórmulas republicanas, los nuevos Estados nacieron con el objetivo de permitir que las clases explotadoras se apropien de la mano de obra y los recursos de las clases subordinadas (Dore, 2000). Las nuevas repúblicas latinoamericanas gobernaron,

desde el primer momento, en favor de los intereses de las clases dominantes, pero bajo una ideología de interés común; de ahí que, las élites políticas de la época se presentaron como patrones benevolentes que, formalmente, gobernaban por el bien de sus subordinados (Dore, 2000).

El Estado –entendido como el poder organizado de las clases dominantes– se esforzó por crear una cultura política y social que no solo normalizara las relaciones e identidades sociales, sino que además naturalizara las formas de dominación social; cultura que encontró su consecución en el discurso patriarcal. Los hombres ejercían la autoridad en el hogar, en la comunidad y en la vida política (Dore, 2000).

Esta estructuración del Estado fue particularmente relevante para el sexo y el género. Con su variedad de instituciones gubernamentales, jurídicas, sociales y culturales, abiertamente coercitivas, la política patriarcal normalizó una variedad de relaciones sexo-genéricas. “El hogar y la familia fueron conceptuados como la unidad básica que se ubicaba entre la nación y el ciudadano” (Clark, 2001, p.187). Los hombres representaban públicamente tanto a su familia frente al Estado, como al Estado frente a su familia; mientras que el rol más importante de la identidad femenina era el de ser madre, por lo que el lugar más apropiado para desempeñarlo era la esfera doméstica.

“La emergencia de la mujer como una categoría reconocible, definida automáticamente y subordinada al hombre en todo tipo de situación, resultó, en parte, de la imposición de un Estado colonial patriarcal” (Lugones, 2008, p.88). De esta manera, la independencia de las colonias latinoamericanas no alcanzó un carácter profundamente popular, a pesar de proyectos democráticos como el de Simón Bolívar. Los terratenientes y empresarios criollos varones, directos beneficiarios del proyecto emancipador, conservaron no solo el control de las tierras, sino además de la subordinación servil del resto de identidades sociales.

II Metodología

El estudio de la problematización

El término “problematización” es una traducción de la palabra inglesa *problematization*, la cual ha sido empleada de distintas maneras en el quehacer investigativo. Freire introduce este concepto como una estrategia para desarrollar una conciencia crítica (Bacchi, 2012). Para el referido autor, la problematización es una práctica pedagógica que altera aquellas verdades tomadas por absolutas. Tal objetivo se logra (re)planteando los mitos implantados por los grupos políticos dominantes y/o hacedores de políticas públicas, como “problemas” (Bacchi, 2012).

Esta comprensión de la problematización, como la puesta en cuestión de verdades aceptadas, se refleja en el uso del término por parte de Foucault. De acuerdo a Foucault citado en (Bacchi, 2012) *“the main purpose of studying problematizations is to “dismantle” objects as taken-for-granted fixed essences and to show how they have come to be”* [el principal objetivo del estudio de las problematizaciones es desmantelar objetos como esencias fijas que se dan por sentadas y mostrar cómo han llegado a ser tales] (p.2).

Foucault emplea este concepto teórico como un método de análisis que deja ver, mediante un cuestionamiento histórico, cómo y por qué ciertas cosas se convierten en un problema, y cómo se configuran en objetos particulares para el pensamiento. De esta manera, el estudio de cómo tales construcciones emergen en el proceso histórico de problematización entendida como producción de problemas, pone en duda su supuesta condición natural y permite rastrear las relaciones, conexiones, encuentros, apoyos, fuerzas, estrategias, etc., que contribuyen en su aparición como objetos sociales fijos e incontrovertibles.

By studying problematizations therefore it is possible to demonstrate how things which appear most evident are in fact fragile and that they rest upon particular circumstances, and are often attributable to historical conjunctures which have nothing necessary or definitive about them. [Al estudiar las problematizaciones, por tanto, es posible demostrar cómo las cosas que parecen más evidentes son en realidad frágiles y se basan en circunstancias particulares, y con frecuencia son atribuibles a coyunturas históricas que no tienen nada necesario ni definitivo] (Bacchi, 2012, p.2).

Cómo identificar problematizaciones: un giro hacia las prácticas

Foucault señala que las problematizaciones emergen en las prácticas, las cuales a su vez son descritas como lugares donde lo que se dice y se hace, las reglas impuestas y las razones dadas, lo planificado y lo que se da por sentado, se encuentran e interconectan (Bacchi, 2012). Así pues, el término práctica describe el trasfondo inteligible de un conjunto de reglas preconceptuales, anónimas y socialmente sancionadas que gobiernan la manera de percibir, juzgar, imaginar y actuar. Tales prácticas, según Foucault, se consagran, por excelencia, en textos prescriptivos, los cuales no hacen sino definir reglas acerca del comportamiento social. Así, de acuerdo con la perspectiva foucaultiana, estos textos son en sí mismos el objeto de una práctica, en el sentido de que fueron diseñados para ser leídos, aprendidos, reflexionados y probados, y tienen la intención de constituir el marco final de la conducta cotidiana. De ahí que, para investigar cómo un grupo social es gobernado, el lugar para comenzar son las problematizaciones dentro de estas guías prácticas, centrándose en cómo los miembros de determinado grupo social regulan la conducta frente a una determinada situación o experiencia (Bacchi, 2012).

Coyunturas históricas a la hora de problematizar

Foucault selecciona sus “momentos problemáticos”, identificando episodios históricos en donde se detectan cambios importantes en las prácticas sociales. En este sentido, Foucault se enfoca en aquellas prácticas involucradas en el gobierno de una sociedad, que contienen afirmaciones de la verdad, legitimadas institucionalmente. Como lo describe Flynn, citado por Bacchi (2012), la intención de Foucault es revelar los cruces casuales entre las líneas de gobierno (instituciones, prácticas, actitudes), los hechos y las contingencias brutas¹⁰ en la base de los valores sociales más apreciados y más respetados.

En esta línea de pensamiento, el razonamiento foucaultiano advierte que, como la “verdad” está diseñada por reglas sociales internas e implícitas, la deconstrucción o el estudio de tales reglas se sitúa en el corazón del análisis histórico y del debate político, y resulta trascendental en el entendimiento de las instituciones y prácticas que gobiernan la vida social y política de una sociedad.

For Narayan, different forms of analysis—e.g. “the colonialist stance” versus “genealogies of problematizations”—have political repercussions that should become part of the study of politics. She shows how a focus on problematizations promises to reveal the exigencies and contestation involved in the production of oppressive practices which conventional

¹⁰ Entendidas como eventualidades que pueden ocurrir en el ámbito social y que no necesariamente presentan miramientos de civilidad.

approaches to “tradition” and “culture” (“the colonialist stance”) tend to reinforce. [Para Narayan, diferentes formas de análisis, por ejemplo, “la postura de la colonia colonial” frente a las “genealogías de problematizaciones” tienen repercusiones políticas que deberían formar parte del estudio de la política. La autora muestra cómo un enfoque en las problematizaciones promete revelar las exigencias y las disputas involucradas en la producción de prácticas opresivas que los enfoques convencionales de “tradición” y “cultura” (“la postura colonialista”) tienden a reforzar.] (Bacchi, 2012, p.6).

El análisis del discurso como estrategia feminista

El estudio del discurso, desde sus diferentes ópticas, ha sido de gran utilidad para el análisis feminista. En general, la atención al discurso ha permitido a las teóricas feministas destacar la importancia de la producción de conceptos y significados en la vida política.

Si partimos de la definición foucaultiana del discurso como un conjunto de declaraciones que construyen objetos¹¹ (Bacchi, 2005), el análisis del mismo tendrá por fin identificar, dentro de un texto, esquemas conceptual, institucional y culturalmente respaldados que producen entendimientos particulares respecto de determinados temas y/o eventos.

Kantola y Squires, citados en Bacchi (2005), sugieren esta técnica como un marco metodológico para identificar y reflexionar sobre los sistemas discursivos de pensamiento dentro de los cuales operan los sujetos políticos. No obstante, las mentadas pensadoras advierten una problemática dual dentro de la teoría del discurso. Esto es, lo que el sujeto puede decir y lo que se le permite decir en razón de la existencia de sistemas subyacentes de pensamiento o discursos dominantes.

Ball señala, en esta misma línea, que los discursos no solo tratan sobre lo que se puede decir y pensar, sino además sobre quién puede hablar, cuándo, dónde y con qué autoridad (Bacchi, 2005). En concordancia con este enfoque, Foucault advierte que el discurso no es sino el privilegio de ciertos individuos para hablar, para ejercer poder (Bacchi, 2005). “*Once a discourse becomes available culturally, it can then be appropriated in the interests of the powerful*” [Una vez que un discurso está disponible culturalmente, este puede verse apropiado por quienes ostentan el poder en beneficio de sus intereses] (Bacchi, 2005, p.207).

11 Figuras del habla que modelan una conducta determinada.

De este modo, los significados que se atribuyen a un determinado discurso surgen, no del lenguaje¹², sino de las prácticas institucionales, de las relaciones de poder, de las posiciones sociales y de los mandatos culturales. “*Discourses support institutions and reproduce power relations*” [los discursos apoyan a las instituciones y reproducen las relaciones de poder] (Bacchi, 2005, p.201).

Resulta imperioso, entonces, un escrutinio reflexivo respecto de los principales discursos que operan en la vida social. Para las académicas feministas, esto implica analizar las bases conceptuales de los juicios y categorías dominantes planteadas por aquellos que ostentan el mayor poder institucional en el diseño de un determinado proyecto político. Esta intervención, según Bacchi (2005), requiere la concurrencia de una amplia variedad de voces femeninas, a fin de disminuir las posibilidades de adoptar presunciones culturales hegemónicas y basadas en la clase.

El análisis del discurso, desde la perspectiva feminista, busca en consecuencia interrogar sus premisas constitutivas, poner de manifiesto las contradicciones que contiene y mostrar cómo los operadores del poder delimitan los entendimientos de la vida social de acuerdo a una realidad política determinada. De ahí, la pertinencia de este enfoque metodológico a la hora de analizar y deconstruir el primer texto constitucional ecuatoriano como discurso político dominante de la incipiente vida republicana.

Enfoque metodológico: racionalidad gubernamental y patrones de discurso

Bajo la premisa del Estado como un punto de anclaje para innumerables relaciones de poder que se fusionan en formas políticas específicas, Foucault introduce el concepto de la racionalidad gubernamental o “gubernamentalidad” como una técnica de análisis respecto de las normas que sustentan el pensamiento político dominante (Bacchi, 2010).

Foucault propone descubrir qué tipo de suposiciones culturales, nociones familiares y maneras de pensar establecidas y no examinadas, suponen el fundamento de los preceptos jurídicos (Bacchi, 2010). Para ello, utiliza la historia genealógica como principal herramienta a la hora de exponer sus puntos de vista (Kendall & Wickham, 1998). De acuerdo a la perspectiva foucaultiana “*history should be used not to make ourselves comfortable, but rather to disturb the taken-for-granted*” [la historia debe usarse para no sentirnos cómodos, sino para perturbar lo que se da por sentado] (Kendall & Wickham, 1998, p.4).

12. Pues las palabras y los conceptos cambian su significado y sus efectos a medida que se despliegan en diferentes discursos.

Con este antecedente, y siguiendo la lógica metodológica foucaultiana y su desarrollo de orientación feminista por parte de Bacchi y otras autoras críticas, la presente investigación analizará la Constitución de Riobamba de 1830 como norma suprema del naciente Estado ecuatoriano en donde se llegaron a institucionalizar diversas prácticas político-sociales consideradas, en su momento, como fundamentales para la construcción y el sostenimiento de la nueva República.

De esta manera, los preceptos constitucionales referidos al Estado-nación, ciudadanía y democracia –es decir, los principales objetos del pensamiento colonial conforme el razonamiento de Quijano (1997)– serán escrutados y puestos en cuestionamiento respecto de los esquemas conceptuales que los atraviesan. Para el efecto, a partir de las categorías socio-culturales de raza, clase, género y sexualidad planteadas por el Sistema Colonial/Moderno de Género –y debidamente desarrolladas en el marco teórico precedente-, se identificarán los principales *speech patterns* (Bacchi, 2012) o patrones de discurso que operan en las mentadas disposiciones jurídicas y que reflejan y revelan la racionalidad gubernamental poscolonial.

A su vez, a fin de comprender la inteligibilidad del discurso contenido en el mentado texto normativo, y en auxilio de la hermenéutica jurídica¹³, se apelará al elemento gramatical, lógico, histórico, dogmático y jurídico, de los fragmentos de texto o composiciones textuales que evidencien la materialización del conjunto de instituciones moderno coloniales en la Carta Magna de 1830.

Sometimes the Foucaultian approach to history is referred to as ‘history of the present. Foucaultians are not seeking to find out how the present has emerged from the past. Rather, the point is to use history as a way of diagnosing the present’ [En ocasiones, el enfoque foucaultiano de la historia se conoce como ‘la historia del presente. Los foucaultianos no buscan descubrir cómo ha surgido el presente del pasado. Más bien, el punto es usar la historia como una forma de diagnosticar el presente] (Kendall & Wickham, 1998, p.4).

Finalmente, cabe indicar que la aplicación de la perspectiva foucaultiana y bacchiana como metodologías de trabajo encuentran su razón de ser al ir más allá del estudio del gobierno colonial en el sentido institucional estricto y desde una lógica descriptiva. Más bien, al permitir el estudio de la gama completa de discursos sociales, culturales y políticos que sustentaron el incipiente pensamiento republicano relacionado con categorías como raza y género. Únicamente, en tanto identifiquemos los motivos de fondo –es decir, las racionalidades gubernamentales que moldearon y dieron lugar a la “Constitución del Estado del Ecuador”¹⁴– es que obtendremos un amplio entendimiento de cómo se materializó el Sistema Moderno Colonial de Género en el nuevo proyecto republicano.

13 Técnica investigativa que tiene por objeto interpretar normas jurídicas (Dueñas Ruiz, 2009)

14 Denominada así por el Primer Congreso Constituyente.

III

La Constitución de Riobamba de 1830 y las instituciones moderno coloniales: análisis discursivo y comentario

Antecedentes del primer periodo republicano¹⁵

a. Panorama internacional

El proceso independentista del actual Ecuador no fue un acontecimiento aislado. Formó parte del movimiento emancipador hispanoamericano, el cual a su vez solo puede ser explicado a la luz de una serie de acontecimientos suscitados en Europa y América a finales del siglo XVIII e inicios del siglo XIX. Entre dichos acontecimientos se encuentran principalmente: la Independencia de los Estados Unidos en 1776, la Revolución Francesa en 1789, la Independencia de Haití en 1804 y la Independencia de las colonias iberoamericanas a partir de 1808. Como consecuencia de estas revoluciones de corte burgués y liberal, el antiguo régimen monárquico-colonial se derrumba, para dar paso a la Modernidad, entendida –en este caso– como la implantación de sistemas republicanos y democráticos, con nuevas formas de organización sociopolítica, sobre la base del capitalismo (Landázuri, 2014).

De esta manera, tras la Revolución Francesa, fuerzas liberales y socialistas sacudieron Europa. La lucha social y las sucesivas conquistas democráticas¹⁶ configuraron una nueva escena política. Los denominados Estados nacionales modernos se consolidan, a lo largo del siglo XIX, bajo las premisas retóricas de la secularidad laica, y el quebrantamiento del predominio clerical como fundamentos de su vida institucional. Al tiempo en el que las modernas naciones europeas emergían, el régimen monárquico se desmoronaba.

El declive de viejas potencias coloniales, como España, propició el auge de los movimientos independentistas en Latinoamérica, cuyos líderes, los criollos americanos, pretendían arrebatarse el poder político a la Corona y sus dignatarios. En efecto, las luchas independentistas en América Latina significaron la victoria de las élites criollas. El poder social y político fue depositado en manos de los grandes terratenientes varones, que fundaron los nuevos Estados nacionales; no obstante, estos sufrieron de una crónica inestabilidad (Ayala Mora, 2015). La institucionalización de los malogrados Estados nacionales fue lenta y conflictiva, dadas las constantes disputas regionales, los conflictos fronterizos, el caudillismo

15 Comprendido, según los historiadores, desde 1830 hasta 1895, con el inicio de la era alfarista.

16 Vinculadas principalmente con la extensión del trabajo asalariado, la creación de organizaciones sindicales, la mejora de las condiciones laborales, entre otras.

militar, la segregación poblacional, los intereses aristócratas y la intromisión de la Iglesia en su búsqueda por mantener su dependencia económica de los Estados. De esta forma, el nacimiento de las nuevas repúblicas hispanoamericanas y, particularmente, de la ecuatoriana abrió un proceso largo y contradictorio de construcción del denominado Estado Nación.

b. Independencia y primer constitucionalismo ecuatoriano

En Ecuador, el proceso independentista se desarrolló en cuatro momentos claramente marcados. El primero, que ha sido llamado de la «Revolución quiteña», se extiende entre 1808 y 1812, cuando Quito impulsó un proyecto económico y político, que finalmente fue derrotado. El segundo, de 1812 a 1820, en el cual las autoridades realistas¹⁷ retomaron el control de la situación. El tercero se inició el 9 de octubre de 1820, cuando Guayaquil proclamó su independencia e inició la campaña por la liberación del resto de la Audiencia de Quito, que culminó dos años después, el 24 de mayo de 1822, con el triunfo de los patriotas en Pichincha. La última etapa va de 1822 a 1830, cuando el antiguo Reino de Quito pasó a formar parte de la Gran Colombia y terminó cuando se separó de ese Estado y se constituyó en la República del Ecuador (Landázuri Camacho, 2014, p.20-21).

En medio del proceso independentista, una de las mayores preocupaciones de los separatistas de la Corona fue definir las reglas de juego para el funcionamiento de los nuevos gobiernos. En esta línea, el 10 de agosto de 1809¹⁸, fecha en la que los criollos quiteños se rebelaron contra el Presidente de la Real Audiencia de Quito¹⁹, la Junta Soberana de Gobierno definió, en su acta constitutiva, una forma diferente de administración. Tres años más tarde, los quiteños expidieron los “Artículos del pacto solemne de sociedad y unión de entre las provincias que forman el Estado de Quito”.

Por su parte, los guayaquileños –el 9 de octubre de 1820– propusieron un “Reglamento” luego de su declaración de independencia. Y lo propio ocurrió con los cuencanos quienes plantearon un Plan de Gobierno tras su independencia el 3 de noviembre del mismo año. Es decir, todos estos documentos primarios representan una suerte de carta política seccional, en un esfuerzo criollo por legitimar el nuevo orden institucional, a la vez que suponen los antecedentes inmediatos del primer constitucionalismo ecuatoriano.

En esta línea diacrónica, en el año de 1830, se constituyó el Estado del Ecuador. Apartado Bolívar del poder de mando, los notables²⁰ quiteños, liberados de su compromiso con Colombia, resolvieron el 13 de mayo, en palabras de Reyes (1974)

17 Dignatarios de la monarquía española.

18 También conocida como el Primer Grito de Independencia.

19 Manuel Urriés Conde Ruiz de Castilla.

20 Varones criollos de la aristocracia quiteña con relevancia social, cultural y económica.

“constituir un Estado Libre e Independiente, con los pueblos comprendidos en el Distrito de Sur y los más que quisieran incorporarse, mediante relaciones de naturaleza y de recíproca conveniencia” (p.57).

Una vez formalizada la declaratoria de separación de la Gran Colombia, en agosto de 1830 se reunió en Riobamba la primera Asamblea Constituyente con siete diputados por cada uno de los departamentos del Distrito del Sur. Esto es Quito, Guayaquil y Cuenca. Luego de varias semanas, se expidió la primera constitución de la República del Ecuador.

En este contexto, en atención a la pregunta de investigación del presente trabajo académico, y siguiendo la metodología planteada en el capítulo precedente, procederemos a estudiar la Carta Magna de 1830, a fin de poner de manifiesto la racionalidad gubernamental que modeló el nuevo orden administrativo de la nascente República.

Análisis discursivo de la Carta Constitucional de Riobamba

El Estado del Ecuador nació mediante la Constitución de Riobamba el 11 de septiembre de 1830. Esta primera Constitución siguió, en líneas generales, a la Constitución de Cúcuta. Adoptó el régimen republicano con un gobierno “popular, representativo, alternativo y responsable”²¹ (volveremos sobre esto más tarde), empero mantuvo fuertes tendencias monárquicas en favor de las élites criollas, conformadas únicamente por los varones aristócratas quiteños. De ahí que “las repúblicas andinas, entre ellas Ecuador, en realidad funcionaron como remedos de monarquías y sociedad liberales con religión de Estado” (Carrera Damas, 2003, p.376).

Con estos antecedentes, a continuación, destacaremos los principales mandatos constitucionales que, tanto desde el punto dogmático como orgánico, evidencian patrones de discurso raciales, clasistas, sexistas y engenerizados, heredados de la colonialidad del poder y de género, y que llegaron a ser plasmados en la Norma Suprema del Ecuador decimonónico. Como lo advertimos oportunamente, pondremos mayor énfasis en las nociones de Estado-nación, ciudadanía y democracia, como elementos esenciales de una República que consagra retóricas jurídicas de corte igualitario y liberal.

21 Art. 7

Patrones de discurso inteligibles en torno a la noción de Estado-nación

a. Regionalización, oligarquía masculina y violencia fratricida

La Carta Fundamental de 1830 principiaba así: “Art. 1.- Los Departamentos del Azuay, Guayas y Quito quedan reunidos entre sí formando un solo cuerpo independiente con el nombre de Estado del Ecuador.” A su vez, al determinar el territorio nacional, el Art. 6 disponía que: “El territorio del Estado comprende los tres departamentos del Ecuador en los límites del antiguo Reino de Quito”.

Al fundarse el Ecuador, se constituyó como una unión de los antiguos departamentos del Distrito Sur de Colombia. El departamento de Quito ubicado en la sierra-centro norte; el de Azuay, situado en el sector sur de la cordillera de los Andes; y, el de Guayaquil, que ocupaba la mayor parte de la costa. A cada una de estas regiones geográficas les correspondía también una división económica y política.

La Constitución reconoció así tres polos de poder que, si bien en su momento tuvieron en común la causa independentista, luego del derrumbamiento del Estado colonial fueron protagonistas de cruentos enfrentamientos por el dominio local y regional.

La realidad socio-política del naciente Ecuador reflejaba un agudo fenómeno de desarticulación económica y dispersión del poder. La inexistencia de una real interdependencia entre las tres unidades político-administrativas hizo que las alianzas interandinas adolecieran de una crónica inestabilidad, plagada de enfrentamientos y contradicciones localistas. El ascendente predominio económico de los “señores de la tierra”²², frente al debilitamiento y ulterior caída del dominio español, significó que, en el momento de la Independencia, el control local y regional se hubiere consolidado en manos de los terratenientes, quienes vieron en la Independencia una suerte de continuación del Estado colonial. Esto devino en la imposibilidad de crear un poder central fuerte y en la cronicidad del conflicto oligárquico. Así, de acuerdo con Ayala Mora, “la independencia y fundación de Ecuador fueron éxitos de las oligarquías criollas, que reforzaron su poder social y político en el marco de la regionalización” (2015, p.22).

Las causas más notorias de las disputas regionales fueron aquellas que se originaron en los profundos conflictos de intereses entre los grupos de poder de la costa y la sierra. En el siglo XIX la producción del litoral ecuatoriano aumentó considerablemente, lo cual significó la expansión del latifundio costero y la intensificación migratoria hacia los territorios costaneros. La costa y Guayaquil desplazaron a la región centro-norte y a Quito como polo principal de la economía. Tuvo lugar entonces un “desplazamiento regional” (Ayala Mora, 2015,

22 Latifundistas. Lenguaje empleado por Ayala Mora (1990) y Bernal Castillo (2012).

p.25). Mientras los latifundistas serranos resistían agresivamente el fenómeno migratorio, mediante el reforzamiento de mecanismos de represión, los hacendados costeños intentaban atraer trabajadores desde los valles andinos. Mientras los terratenientes del altiplano demandaban del Estado mayor protección del mercado doméstico frente a las importaciones, los costeños defendían la libertad de comercio. El conflicto regional entre proteccionistas y librecambistas fue largo, tortuoso y, ciertamente, entorpecedor a la hora de definir políticas estatales de índole económico y social.

Frente a este escenario, el Ecuador nació como una unión precaria de espacios regionales, con débiles vínculos entre sí, dominados por los “señores de la tierra”. El inevitable regionalismo de una sociedad precapitalista impidió la conformación de un verdadero Estado Nacional y, más bien, dio paso a un denominado “Estado Oligárquico Terrateniente” (Ayala Mora, 2015, p.25) caracterizado por constantes disputas localistas que consumieron las energías de la primera generación independiente. Lejos de formar una verdadera asociación en un solo cuerpo independiente, estas formaciones regionales se encontraban escasamente articuladas, con poblaciones cultural y socialmente diferentes y con múltiples enfrentamientos entre las oligarquías dominantes. Se vislumbra, por tanto, un frustrado intento de homogeneización cultural, en donde las aristocracias regionales, compuestas exclusivamente por varones acriollados²³, trabajaron un concepto de Estado-Nación en contra de la mayoría de la población formada por las mujeres, indios y negros. Las constantes demandas de descentralización, de mantenimiento de privilegios locales y de defensa de las autonomías regionales marcaron la tónica de la naciente república.

b. Ecuador como única nomenclatura posible para la unidad nacional. El capricho “de los buenos varones”²⁴ ecuatorianos

Otra dimensión del desordenado y desarticulado dominio político ejercido por las burguesías locales, manifiestamente masculinizadas, se evidenció en la designación del nombre oficial de la nueva república. En la redacción de la Constitución de Riobamba, los congresistas denominaron al nuevo Estado “Ecuador”. El tradicional nombre de la “Real Audiencia de Quito”, que incluso había sido mantenido por los próceres de 1811, despertaba resistencia en los legisladores guayaquileños y cuencanos, toda vez que se identificaba únicamente con la región centro-norte del nuevo Estado, de ahí que tuvo que ser abandonado.

A fin de llegar a conciliaciones regionales, se adoptó el nombre que la Expedición Geodésica Francesa dio a estas tierras tras su visita en la época colonial. La decisión de los delegados de Guayaquil y Cuenca de no adoptar el nombre de

23 Hijos o descendientes de españoles peninsulares, pero nacidos en la América española.

24 Expresión utilizada en la Constitución del Estado del Ecuador, 1830, Art. 10.

República de Quito, provocó que, no obstante, la declaración constitucional del Art. 6, gran parte del territorio de la antigua Real Audiencia quedara en poder de Colombia²⁵.

Asimismo, cabe destacar que el nombre elegido significa, hasta el día de hoy un perjuicio para el Estado ecuatoriano, toda vez que se le sigue confundiendo con otros lugares ubicados en la línea ecuatorial, por ejemplo, en África. En este contexto, es posible colegir que, más allá de la anécdota, la referida denominación no fue sino el resultado de la profunda regionalización y la debilidad inicial de la que adolecía la nueva república.

Las tensiones que se evidenciaron entre las regiones que, finalmente, conformaron el nuevo Estado explican, al menos en parte, por qué el nuevo estado debió abandonar su histórico nombre de “Quito”, para adoptar uno “neutral”, que nada decía, pero que a nadie ofendía, “Ecuador” (Landázuri Camacho, 2014, p.51).

Se vislumbra así el poder de decisión de los patricios ecuatorianos, quienes indiferentes a los ideales o sentires del resto de la población, decidían de forma arbitraria y hasta caprichosa los destinos del país. La pertenencia al sexo masculino y a la clase aristócrata, como se verá más adelante, fueron los únicos componentes legitimadores de la representación política.

c. La atadura Grancolombianista en detrimento del autonomismo ecuatoriano

La antigua República de La Gran Colombia fue fundada por el Congreso de Angostura mediante la Ley fundamental de la República de Colombia, en diciembre de 1819. Su territorio comprendía los que actualmente ocupan Venezuela, Colombia, Panamá y Ecuador. Tras el fallecimiento de Simón Bolívar, ideólogo de la gran nación, ésta se extinguió, dadas las importantes diferencias políticas que existían entre federalistas y centralistas, así como, las tensiones regionales entre los pueblos que integraban la república.

Pese a la disolución de la Gran Colombia a principios de 1830, los legisladores de Riobamba, herederos de una fuerte política de unidad grancolombianista, consignaron en la Constitución varias disposiciones que no funcionaron en la práctica, pero que simbólicamente pretendían mantener vivo el gran proyecto bolivariano.

Así, el Art. 2 de la Norma Suprema de 1830 establecía la unión y confederación del Estado del Ecuador con los demás Estados de Colombia, a fin de formar una sola Nación bajo el nombre República de Colombia. Acto seguido, el Art. 3 señalaba el compromiso del Estado del Ecuador de concurrir a la formación de un Colegio

25 Territorios en donde actualmente se encuentran las ciudades de Cali, Pasto, Popayán y Buenaventura.

de Plenipotenciarios de todos los Estados de Colombia. Esto, con el objeto de establecer un Gobierno general de la Nación que se encargue, entre otras cosas, de fijar los límites, detallar derechos y obligaciones mutuas, y definir las relaciones nacionales de todos los Estados de la Unión. Por último, el Art. 5 advertía la inconstitucionalidad de aquellos mandatos que resultaren en oposición con el pacto de unión y fraternidad que habría de celebrarse con los demás Estados de Colombia.

Todas estas declaraciones confederalistas estaban destinadas a ser letra muerta, toda vez que significaban una evidente contradicción, no solo con el movimiento radicalmente autonomista del 13 de Mayo, sino también con el resto de disposiciones constitucionales que establecían un estado unitario bajo la fórmula de un gobierno independiente.

Los orígenes de tal contradicción no podrían encontrarse sino en ciertas presiones de orden político y sentimental realizadas, como señala Reyes (1962), “a última hora” (p.67), a fin de que el fracaso de la obra de Bolívar no fuese completo.

Aunque, en verdad, tal confederación estaba condenada a la irrealidad, el hecho de que los diputados de la época hubieran insistido en incluir tales artículos en la Carta Constitucional, revela la indefinición inicial, la inmadurez política, la exclusión del sentir popular y la falta de unidad nacional de la que adoleció el Ecuador desde su inicio.

d. Prevalencia de los intereses oligárquicos: el proyecto nacional criollo

Hemos dicho que el Ecuador nació controlado por oligarquías regionales permanentemente enfrentadas y escasamente relacionadas entre sí. Empero, el análisis de las referidas tensiones latifundistas por el poder, no pueden ni deben hacernos perder de vista el origen del conflicto social. Sin perjuicio de las continuas disputas regionales, los sectores dominantes mantuvieron, al mismo tiempo, un sólido consenso sobre la necesidad de reforzar e institucionalizar las formas de explotación, dominación y control de las masas oprimidas, a fin de evitar la descolonización de la sociedad. En este sentido Quijano ha señalado que “desde América (...) la acumulación capitalista no ha prescindido, en momento alguno, de la colonialidad del poder” (2014, p.320).

Al tiempo de constituirse la República, sus fundadores se percataron de que los ideales emancipadores habían provocado sentimientos de agitación y conmoción social. Se empeñaron, por ello, en construir la “nueva” realidad política mediante la restauración del poder social proveniente de la matriz colonial, en donde la raza, la clase y el género constituían sus ejes esenciales. Plantearon un régimen amigable con ciertas formas republicanas, pero perpetuador de continuidades coloniales. “Las elites criollas desarrollaron sus visiones metropolitanas de

civilización, y se vieron a sí mismas en la posición de completar el proyecto europeo de modernidad en la periferia” (Espinosa, 2007, p.274). En consecuencia, la naciente república se asentó en el robustecimiento de la propiedad criolla, la reconstrucción del poder colonial²⁶, la exclusión étnica y la discriminación de género.

Los latifundistas que lideraron la separación de España impulsaron un proyecto nacional criollo que prevaleció hasta fines del siglo XIX. Los criollos veían a la nación ecuatoriana como continuidad hispánica, como la presencia y superioridad del “occidente cristiano”, de espaldas a la realidad andina, indígena y mestiza. Fundaron el Estado pero, en una realidad de desarticulación y persistencia de la sociedad estamentaria y discriminatoria, no lograron ser conductores de una comunidad nacional integrada (Ayala Mora, 2015, p.26).

Patrones de discurso latentes en la noción de ciudadanía

a. La nacionalidad ecuatoriana entre el facilitismo floreano y el conflicto interno Su representación antropomórfica

La Constitución de 1830 distinguía dos calidades de ecuatorianos: por nacimiento y por naturalización. Eran ecuatorianos por nacimiento aquellos nacidos en el territorio del Estado y sus hijos. A su vez, eran ecuatorianos por naturalización: los naturales de los otros Estados de Colombia, avecindados en el Ecuador; los militares que estaban en servicio del Ecuador al tiempo de declararse Estado independiente; los extranjeros que eran ciudadanos en la misma época; los extranjeros que por sus servicios al país hubieren obtenido la carta de naturaleza; y los naturales que, habiéndose domiciliado en otro país, hubieren deseado recuperar su antiguo domicilio²⁷.

La adquisición de la nacionalidad ecuatoriana, en consecuencia, estaba sujeta al cumplimiento de cualquiera de los supuestos contenidos en la referida norma constitucional. Supuestos que ciertamente abarcaban no solo los tradicionales criterios jurídicos del *ius soli* (nacionalidad por el lugar de nacimiento) y el *ius sanguinis* (nacionalidad por el origen de los progenitores) como fundamentos de concesión de una determinada nacionalidad, sino que además tales principios se ampliaban al *ius domicili* (nacionalidad por el lugar de residencia) y al *ius optandi* (derecho de optar por una nacionalidad distinta de la que se ostenta), en el otorgamiento del gentilicio ecuatoriano.

26 A través de la intolerancia otros cultos fuera del cristiano, el reconocimiento de fueros privilegiados en razón de la raza y el género, el pupilaje de los indígenas, la tributación de los indios, la esclavitud, etc.

27 Constitución del Estado del Ecuador, 1830, Art. 19.

La razón de ser de tal situación radica en el hecho de que la disposición del Art. 9, fue, especialmente, redactada en favor del General Juan José Flores, quien sería posteriormente nombrado Presidente de la República. Mediante esta declaración, el General Flores, venezolano de nacimiento, no solo era considerado ecuatoriano dados los servicios relevantes que había prestado a la nación durante el proceso independentista, sino que además era titular de los derechos políticos que el Estado otorgaba a sus nacionales, siendo el acceso a cargos públicos uno de ellos.

La Constituyente de 1830 obró en este sentido. Es decir, en lo referido al otorgamiento de la nacionalidad, con un espíritu absolutamente amplio, pero no necesariamente benigno. Más allá de la dedicatoria a Flores, la Norma Suprema no solo nacionalizó a todos los “colombianos” residentes de la época, sino a todos los extranjeros en igualdad de circunstancias. Este cosmopolitismo inmenso se justificó con el siguiente enunciado: los deberes de los ecuatorianos son obedecer a las leyes y a las autoridades; servir y defender la patria; y ser moderados y hospitalarios.²⁸

Solo que la hospitalidad, desde el plano político, se convirtió de a poco en no escasos motivos de complicación, rechazo y sobresaltos, dadas las condiciones características de esa época anarquizada, convulsionada y guerrera. Una de las manifestaciones más importantes del conflicto interno, a que esta disposición dio lugar, sobrevino en 1833 cuando un núcleo principalísimo de oposición floreana, compuesto en su mayoría por jóvenes ilustrados y antiguos elementos de las campañas quiteñas de la emancipación, publicó el periódico *El Quiteño Libre*: “...destinado a combatir a los “etíopes importados” y a los “facinerosos con charreteras”, según el lenguaje corriente de la política de ese entonces” (Reyes, 1962, p.75). Esta situación devino en asedios políticos y medidas de terror público de parte del gobernante.

Se devela en consecuencia, al inicio de la época republicana, un núcleo nacionalista y anticolombianista, heterodoxo, ajeno y contrario a la declaración de coterraneidad contenida en el Art. 9 de la Ley fundamental de 1830. Situación que evidentemente impedía, una vez más, la construcción del Estado Nacional.

Por último, y sin perjuicio de lo expuesto, hemos de destacar una cuestión muy relevante en materia de género. De la redacción del citado Art. 19 se desprende una visión eminentemente antropomórfica y antropocéntrica del concepto de lo nacional. La intención del legislador de Riobamba fue circunscribir la calidad de ecuatoriano, únicamente, al varón que, por una u otra circunstancia, se hallare vinculado al territorio ecuatoriano. La razón de ser de esta condición se encuentra en el hecho de que era un derecho del nacional del Estado del Ecuador, una vez alcanzadas las condiciones prescritas constitucionalmente, ser reconocido como

28 Constitución del Estado del Ecuador, 1830, Art. 10.

ciudadano y, en este sentido, estar facultado para elegir y poder ser elegido. Tal como lo veremos en el apartado siguiente, de acuerdo al régimen jurídico político establecido en la Ley Fundamental de 1830, la ciudadanía se construyó sobre la base del desconocimiento y el repudio de la alteridad étnica, sexual y de género, de ahí que resulte “lógica” la segregación a que este artículo hace referencia.

b. Ciudadanía como sinónimo de masculinidad y blanquitud estamentaria

Las luchas independentistas instalaron la idea de la vigencia de una democracia moderna pero, tal como lo advertimos en las líneas precedentes, en el fondo pervivía la colonialidad social. La Independencia fue un enfrentamiento de blancos, españoles criollos contra españoles peninsulares o chapetones. Los primeros ganaron y fundaron la República haciendo mínimas concesiones a los demás estamentos sociales, manteniendo viva la sociedad jerarquizada sobre la base de fortuna y diferenciación étnica (Ayala Mora, 2015, p.24).

En la formación de la República los criollos americanos, herederos del poder español, defendieron celosamente sus privilegios, asentados entre otras cosas, en la idea de la superioridad europea y la limpieza de sangre. Una de las manifestaciones más claras de la continuidad del patrón de poder colonial, fue el establecimiento constitucional de condiciones sumamente rígidas de acceso a la ciudadanía, entendida esta última, conforme el pensamiento de De Sousa Santos, citada por Villareal Sánchez (2006), como la facultad de ejercer el voto y participar políticamente en la actividad del Estado.

En esta misma línea, la Constitución de Riobamba identificó a la ciudadanía con la condición de igualdad formal ante la ley y con la posibilidad de elegir y ser elegido²⁹, contingencia que quedó restringida a un reducidísimo grupo, toda vez que para entrar en el goce de los derechos de ciudadanía se requería ser varón, estar casado o ser mayor de 22 años, saber leer y escribir; y; tener una propiedad raíz cuyo valor supere los 300 pesos o, en su defecto, ejercer alguna profesión u oficio sin sujeción a otra persona.³⁰

De esa forma, la amplia mayoría de la población quedó excluida de sus derechos de ciudadanía, no solo debido a las restricciones de clase, sino también de raza y género. Al igual que en la colonia, las diferencias fenotípicas y sexuales fueron usadas como fundamento de las relaciones de poder intersubjetivas. Particularmente, la condición de “casado” a la que hace referencia la Carta Constitucional tiene importantes connotaciones de raza y de género. De raza, puesto que, como lo afirma Quijano (2014), en el mundo colonial los patrones formal-ideales de organización familiar fueron fundados sobre la base de la clasificación racial.

29 Constitución del Estado del Ecuador, 1830, Art. 10.

30 Constitución del Estado del Ecuador, 1830, Art. 12.

En este sentido, la unión matrimonial fue vista como una institución propia de los blancos “bien casados”, en contrapartida de las “ilegítimas e indecorosas” uniones de hecho ocurridas en las clases sociales más desposeídas.

Como consecuencia, tal modalidad de integración familiar, identificada con lo indígena y lo afro, no podía ser admitida como supuesto de acceso a la ciudadanía dado su carácter licencioso e indigno. A su vez, la referencia a este específico estado civil desprende connotaciones de género debido a que, en la época, la institución del matrimonio se hallaba regulada por la Iglesia Católica, de ahí que gran parte de los símbolos y mitos³¹, creados a partir de la diferencia sexual, dentro del judeocristianismo, influenciaron dicha institución. “En el orden familiar patriarcal, la mujer prácticamente pasaba a ser una posesión del marido” (Lozano Armendares, 2005, p.27).

Se mantuvo así el “orden natural” del patrón moderno/eurocentrado en el que únicamente los criollos, herederos de la hispanidad europea, podían atribuirse el ejercicio de la autoridad y el acceso a la institucionalidad. Los indígenas no podían ejercer directamente sus derechos, sino a través de un representante del clero. En este sentido, el Congreso Constituyente designó “a los venerables curas párrocos por tutores y padres naturales de los indígenas, excitando su ministerio de caridad en favor de esta clase inocente, abyecta y miserable” (Constitución del Estado del Ecuador, 1830, Art. 68).

En el Ecuador, como en todas las sociedades en donde la colonización implicó la destrucción de la estructura social preexistente, la población colonizada había sido reducida a gentes rurales e iletradas; a la vez que otras minorías étnicas y sexuales como los negros y las mujeres nunca llegaron ser consideradas como sujetos de derechos.

En lo que respecta a este último punto, cabe indicar que, conforme la aclaración de Lugones (2008), en el mundo colonizado solo las mujeres blanco-burguesas habrían calificado como “mujeres”. Las hembras no blancas eran proyectadas y tratadas como animales; es decir, estaban marcadas sexualmente como hembras, pero sin la entidad de la femineidad. De ahí que los silencios en este artículo nos permitan ver no solo la inferiorización cognitiva, política y económica de las mujeres blanco-burguesas, sino también la anulación del género racializado en el inicio de la historia republicana.

En suma, las restricciones en el acceso a la ciudadanía, o sea, a la participación política de las masas populares en la vida cívica, política, cultural, social y económica de un Estado, solo pueden explicarse como una consecuencia de la distribución jerárquica de las gentes en torno a la colonialidad del poder y del género.

31 Tales como que todas las mujeres eran deshonestas, moralmente inferiores, incapaces de autogobernarse, malvadas, etc.

Patrones de discurso que se desprenden de la noción constitucional de democracia

a. La confesionalidad como política de Estado: la religión como instrumento de dominación racial y patriarcal

Una de las herencias coloniales más importantes para los nuevos Estados latinoamericanos y, particularmente, para el Ecuador fue la asunción del culto católico como religión oficial. Como la generalidad de los políticos de la época, los floreanos³² fueron firmes defensores del derecho al Patronato eclesiástico³³ y utilizaron la Carta Constitucional como medio de defensa de los privilegios corporativos mantenidos por la Iglesia. A lo largo del articulado constitucional, aparecen numerosas disposiciones reconocedoras de la jerarquía eclesiástica, del monopolio ideológico y del privilegio burocrático mantenido por el clero.

El preámbulo con el que principiaba la Carta Fundamental de 1830 enunciaba que “en el nombre de Dios”, como “autor y legislador de la sociedad”. Los congresistas representantes del Estado habían acordado establecer la forma de Gobierno más conforme a la voluntad y necesidad de los pueblos; y expedían, en consecuencia, la Constitución del Estado del Ecuador. Por su parte, el Art. 8 proclamaba a la Religión Católica Apostólica Romana como religión oficial del Estado, siendo un deber del Gobierno protegerla con exclusión de cualquier otra. Otras disposiciones reconocían, a la par, la necesidad de la participación política de la iglesia en asuntos de interés público. Por ejemplo, el Art. 14 establecía que las Asambleas Parroquiales estarían presididas por un juez de la parroquia, con asistencia del cura y tres vecinos del sector; a la vez, el Art. 42 disponía que el Consejo de Estado estaría compuesto por el Vicepresidente, el Ministro Secretario, un Ministro de la Alta Corte de Justicia, un eclesiástico respetable, y tres vecinos nombrados por el Congreso.

De esta forma, la Iglesia se consolidó como parte del Estado. En virtud de las mentadas reglas constitucionales y de legislación secundaria, el clero continuó manejando la educación, gran parte de la prensa, las instituciones de beneficencia, la recaudación de ciertos tributos y el ejercicio de funciones de registro civil como la inscripción de matrimonios, nacimientos, defunciones, etc. (Ayala Mora, 1990). Asimismo, luego de la independencia, la Iglesia conservó, y hasta reforzó, su poderío económico. A título de herencias, donaciones o compraventas,

32 Seguidores de Juan José Flores.

33 El Derecho de Patronato supuso un conjunto de prerrogativas que las autoridades papales concedieron a los reyes de monarquías ibéricas para designar de forma directa, en sustitución de las autoridades eclesiásticas, a ciertas autoridades que fueran a ocupar cargos vinculados a la Iglesia, a cambio de que estos apoyaran la evangelización y el establecimiento de la Iglesia Católica en América.

diócesis y órdenes religiosas recibieron grandes latifundios. Luego, la alianza del clero con la oligarquía latifundista sería trascendental para el mantenimiento de su posición de poder.

En esta línea de pensamiento, los fundadores de la República, en franca contradicción con las ideas liberales de desacralización de la autoridad (fundamento de los Estados Nacionales modernos) promovieron una fuerte política proteccionista del clericalismo, utilizando la adjudicación de dignidades y, en general, todo el aparato burocrático de la Iglesia para consolidar su poder. Las élites latifundistas vieron en la Iglesia una institución aliada a la hora de dominar y explotar las masas a través de la catequización indígena, el cobro de impuestos, el trabajo subsidiario³⁴ y la opresión de las mujeres, puesto que mediante el adoctrinamiento judeocristiano, la propagación de la idea de la mujer como “sexo débil” y ser inferior consolidó su posición sojuzgada y oprimida en el imaginario sociopolítico, y afianzó el patrón de poder patriarcal.

A su vez, en correspondencia al favoritismo criollo, el orden eclesiástico jugó un papel fundamental en la reproducción del colonialismo pos independentista. En virtud de la alianza entre el Estado Oligárquico y la Iglesia Católica, esta última defendió fervientemente los intereses latifundistas y, bajo la premisa de la primacía del alma cristianizada, identificada con los sacerdotes y los blanco-burgueses, sobre el cuerpo pagano, atribuido a los indios y negros, legitimó la discriminación y explotación de las poblaciones colonizadas, en razón de su supuesta inferioridad racial y condición pagana. La colonialidad del poder, manifestada en la idea de que las poblaciones racializadas debían respeto, obediencia y resignación hacia sus “amos” blancos y clérigos, fue reforzada mediante la evangelización cristiana durante el primer periodo republicano. Una vez más bajo fórmulas republicanas, reforzadas por la acción del clero, la Constitución no fue sino el medio para mantener la forma de pensamiento tradicional.

b. El fraude de la estructura institucional y la participación democrática

Determinaba la Primera Carta Constitucional que el Gobierno del Estado del Ecuador era popular, representativo, alternativo, y responsable³⁵. A su vez, para el ejercicio del poder soberano de la nación, se apeló a la clásica división tripartita de poderes: ejecutivo, legislativo y judicial.

El poder ejecutivo se encargaba, entre otras cosas, de conservar el orden interno y la seguridad exterior del Estado, sancionar leyes y expedir reglamentos, dirigir la milicia nacional, nombrar autoridades ministeriales, diplomáticas y de hacienda y ejercer algunas atribuciones inherentes al Patronato eclesiástico³⁶. La legisla-

34 Trabajo indígena obligatorio y gratuito en la ejecución de obras públicas.

35 Constitución del Estado del Ecuador, 1830, Art. 7.

36 Constitución del Estado del Ecuador, 1830, Art. 35.

tura, por su parte, tenía entre sus facultades establecer derechos e impuestos, decretar la guerra, formar el código de leyes, elegir, por consenso de los diputados nacionales, al Presidente y Vicepresidente, etc.³⁷. Por último, el poder jurisdiccional gozaba de autonomía, funcionaba a través de instancias seccionales y locales, y se hallaba bajo el control de la Corte Suprema, radicada en Quito³⁸.

Bajo la declaración de gobierno popular y representativo, la Constitución y la normativa secundaria establecían la elección como mecanismo de generación de la autoridad. Siguiendo el patrón republicano, el sufragio era la forma de legitimación de los gobernantes que venían a representar la “voluntad popular”. Pero, a pesar de las declaraciones de universalidad democrática, se estableció un sistema electoral indirecto con rígidas condiciones de acceso al voto.

Bajo el sistema de representación indirecta, las asambleas electorales que se instituían a nivel parroquial, designaban a los electores que integraban asambleas cantonales, las cuales, a su vez, nominaban las asambleas provinciales, encargadas estas últimas de elegir a las autoridades seccionales y diputados. Empero, para acceder a la posición de elector se requería ser sufragante parroquial; lo cual a su vez implicaba ser varón, haber cumplido veinticinco años, ser vecino de una de las parroquias del Cantón, y gozar de una renta anual de 200 pesos que proviniesen de bienes raíces o profesión útil³⁹.

Queda claro entonces que, además de la exclusión de las mujeres y de ciertos requisitos de edad o situación civil, se condicionaba la capacidad de elegir a la posesión de un mínimo de propiedad o a la calidad de trabajador independiente. Estas condiciones, por lo general, reforzaban la exclusión de indígenas y afrodescendientes. A su vez, para poder ser elegido para cargos públicos, el requisito del monto mínimo de propiedad o renta fija era mucho más elevado, de modo que solo podían acceder a ellas un selecto grupo de propietarios. Por ejemplo, para ser diputado era necesario: (1) ser ecuatoriano en ejercicio de la ciudadanía; (2) tener treinta años de edad; y, (3) tener una propiedad raíz de 4000 pesos, o una renta de 500, como producto de una profesión, empleo, o industria.⁴⁰ Asimismo, Para ser Presidente/ Vicepresidente era menester: (1) ser ecuatoriano de nacimiento, o colombiano que hubiera hecho armas en favor de la independencia del Estado y que estuviere casado con una ecuatoriana de nacimiento que tengan una propiedad raíz de 30000 mil pesos de valor⁴¹; (2) tener treinta años de edad; y (3) gozar de reputación general por su buena conducta.

37 Constitución del Estado del Ecuador, 1830, Art. 26.

38 Constitución del Estado del Ecuador, 1830, Arts. 45-48.

39 Constitución del Estado del Ecuador, 1830, Art. 16.

40 Constitución del Estado del Ecuador, 1830, Art. 24.

41 Nueva concesión a Juan José Flores con la circunstancia de que había contraído matrimonio con la joven aristócrata y terrateniente quiteña Mercedes Jijón Vivanco.

Respecto de esta última condición hemos de señalar que, en el contexto histórico estudiado, la buena reputación se refería con mucha frecuencia al comportamiento sexual de un “bien casado”, siendo la reproducción del patrón de familia burguesa, del mundo eurocentrado, el referente de prestigio y notoriedad social. Esta circunstancia, evidentemente, no podía ser replicada por las razas no-blancas, dadas sus condiciones de miseria y exclusión social. La buena conducta, por su parte, se hallaba tradicionalmente vinculada a la ausencia de problemas de índole social, como el alcoholismo que fue asociado históricamente con los indígenas. De ahí que esta última condición denota, una vez más, un claro marcador de colonialidad pos independista.

Como se ve, detrás de fórmulas de participación democrática y soberanía popular, se escondía una realidad de restricción sistemática del acceso a los mecanismos electorales que hacía que, según lo demuestra Rafael Quintero, un 0,3% de la población integrara el cuerpo electoral (Ayala Mora, 1990, p.149).

En directa contradicción con las declaraciones de igualdad y pluralismo democrático, el sistema representativo estaba controlado por las élites criollas. La dirección de la política vertical latifundista se mantuvo y reprodujo el control de estructuras de exclusión étnica, estamentaria y de género. De esta forma, lejos de un sistema democrático acorde a una forma de organización estatal de corte liberal-capitalista, se estableció un régimen que consagraba explícita e implícitamente la existencia de desigualdades.

La búsqueda de la civilización (...) en su aspiración al ideal de lo blanco, fue una inclusión imaginada y una exclusión real. Aun cuando se hablaba de igualdad y de mestizaje, las políticas de asimilación restringieron las libertades civiles de indios y negros y promovieron su discriminación, con base en el argumento de su supuesta inferioridad moral y racial. Para la amplia masa de indios sin tierra, la emancipación se transformó, paradójicamente, en un acceso limitado o negado a las posibilidades de representación y protección de la ley (Espinosa, 2007, p.278).

c. Disociación entre fórmulas republicanas y la fisonomía nacional

Muchas observaciones se podrían añadir al carácter del Estado ecuatoriano del siglo XIX; sin embargo, es importante plantear una cuestión de fondo: la inadecuación de normas de “avanzada” frente a la realidad al fundarse la República.

Los constituyentes de 1830, lejos de dar a su patria una Constitución ajustada a la realidad nacional, reemplazaron las tradicionales instituciones coloniales de distinción racial, como fundamento de la autoridad, por un sistema aparentemente defensor de las libertades civiles. Sistema que, al mismo tiempo, resultaba infructuoso dado el carácter restrictivo de las declaraciones constitucionales de corte igualitario, según se evidenció en la sección precedente.

La contradicción entre las fórmulas legales de índole igualitario y liberal no se evidenció solamente en la limitación de la ciudadanía y el reparto del poder, sino en todo el sistema jurídico que consagraba una estructura poscolonial de dominación, explotación y control. Frente a la declaración de igualdad ante la ley, se mantenían y reforzaban mecanismos de diferenciación racial, sexual y estamentaria. Se mantenía la esclavitud, la tributación exclusiva de los indígenas, los privilegios de grupos burocráticos como la iglesia y la milicia, etc. “Más allá de las declaraciones constitucionales de vigencia de la democracia moderna, sobrevivía una sociedad colonial jerarquizada y de fuertes rasgos corporativos” (Ayala Mora, 1990, p.151).

En esta línea de pensamiento, los patricios ecuatorianos prescindieron de todos los vínculos y jerarquías socioeconómicas que caracterizaban la vida colonial; y, mediante pueriles artificios, crearon su Constitución con marcos conceptuales absolutamente distintos a la realidad histórica.

Como era obvio, ninguna institución nueva podía reemplazar los lazos formados por el tiempo. Los intereses mercantilistas de las formaciones sociales regionales se reflejaron de inmediato en las estructuras políticas, por encima de las declaraciones legales. El pueblo ecuatoriano nació a la vida republicana, de modo amorfo e inorgánico, sin disciplina ni contextura interior que le diese la necesaria cohesión.

Proclamar la independencia, la libertad y la igualdad de las personas, pero mantener una sociedad fuertemente jerarquizada, discriminando a las mujeres y excluyendo a indios, negros y mestizos; pretender asimilar la cultura europea, pero vivir una realidad andina, con sus relaciones familiares, fiestas y creencias. Esa fue la tónica de un periodo en que se dio la ingente tarea de fundar un estado y ponerlo en marcha (Ayala Mora, 2015, p.12).

La constitucionalización de la colonialidad del poder y del género

a. América como entidad política y geosocial: introducción colonial de la raza y el género

Como lo advertimos en su momento, el descubrimiento de América creó un específico patrón de poder mundial. La novedad americana, como entidad política y geosocial, significó la creación de categorías étnico-raciales y de género sobre las cuales se organizó y justificó la jerarquización y atribución de desigual valor tanto a las personas, su trabajo y sus productos, como también a los saberes, expresiones y pautas de existencia de las poblaciones que se encontraban a un lado y al otro de la frontera trazada, entre Norte y Sur, por el proceso colonial.

La invención de la raza y la jerarquía colonial fue el pivote de un sistema que estableció la dicotomía moderna entre lo humano y no humano y a la reducción de las gentes colonizadas a menos que humanos; y, como tales, a instrumentos de la “verdadera” humanidad. La interiorización que supuso el racismo deshumanizó a los seres colonizados al punto de ser percibidos como bestias a través del trato en la actividad económica, en la generación y legitimación del conocimiento y en la determinación a destruir sus formas de vida. Empero, la distinción racial no sería la única que habría sido introducida por el pensamiento moderno.

Las relaciones de género propias del patrón colonial, a las que hemos llamado Sistema Moderno Colonial de Género⁴², instalaron una forma letal de patriarcado, en donde a través de una dicotomía jerárquica entre hombres y mujeres, las mujeres colonizadas sufrieron un proceso doble de discriminación étnica y subordinación de género.

La segregación racial no solo distinguió lo humano de lo no humano; sino que además separó la categoría humana en una dicotomía jerárquica entre hombre y mujer. Conforme el pensamiento moderno, era hombre únicamente el europeo blanco-burgués, heterosexual, residente en la metrópoli o en los territorios coloniales; a quien se le atribuiría la calidad de ser racional, objetivo, civilizado y con vida pública. A su vez, solo podía ser reconocida como mujer la europea blanco-burguesa, heterosexual, residente en la metrópoli o en los territorios coloniales, a quien, por su parte, se le confinaba al ámbito de lo doméstico como reproductora del capital y la raza.

Bajo este razonamiento, los/as indios/as y negros/as no podían ser reconocidos como hombres y mujeres, sino como seres sin género, aunque sexualizados. Las razas dominadas fueron caracterizadas como seres sexualmente dimórficos, aberrantes y voraces, y cuyo exponente social sería siempre el macho. En tanto eran “bestias”, se los trató como totalmente accesibles sexualmente por el hombre⁴³ y sexualmente peligrosos para la mujer, entendida esta última como europea blanco-burguesa, reproductora de la raza y el capital.

Sin embargo, sobre este punto, se presenta la siguiente cuestión: si para el Sistema Moderno Colonial de Género, por un lado, la categoría mujer definía a una persona débil, emocional, sexualmente contenida y confinada al ámbito privado y, por el otro, la identidad racial de “negro” o “indio” apuntaba ideológicamente a seres irracionales, subhumanos, violentos, sexualmente desenfrenados, con enorme capacidad y resistencia para el trabajo físico, la categoría de mujer indígena o mujer negra no sería sino una negación o una contradicción para el sistema colonial de clasificación racial y de género.

42 Siguiendo la nomenclatura utilizada por Lugones (2008).

43 Entendido como el criollo blanco-burgués.

La imposición moderna, capitalista y colonial de la distinción sexual y de género, no supuso una condición biológica, sino una construcción política, en razón de la cual a la mujer indígena y/o afro se le negó toda alteridad. Es decir, toda condición de existencia distinta a la planteada por la regla general. La intersección de raza, clase, género y sexualidad nos marca una ausencia en el patrón colonial. Esta ausencia se tradujo en múltiples opresiones hacia las “hembras” colonizadas. En razón de su raza y de su género, no fueron solo víctimas de relaciones racistas o etnicistas de poder, sino que además fueron sometidas a una doble y ampliada violencia patriarcal propia de la colonialidad del género. La imposición deshumanizante colonial más cruda y brutal fue vivida por las mujeres indias y/o negras, en su calidad de seres no describibles como una unión de categorías. De ahí, que el proceso colonial no solo implicó el surgimiento del fenotipo racial; sino la eliminación objetiva de la entidad indígena femenina del imaginario sociocultural hegemónico de la época.

Este ideario hegemónico y eurocéntrico de lo “moderno”, como forma epistémica y política de dominación, fue el que caló también en las razas colonizadas, al punto de ser institucionalizado más allá de la liberación nominal del yugo colonizador. Las independencias de las colonias (latino)americanas, lejos de desmontar la colonialidad del poder y del género, la mantuvieron y reprodujeron como patrón para las formas de explotación del trabajo, configuración de las jerarquías sociales, distinción sexual, dirigencia política de los recién configurados Estados Nacionales, y la subjetividad.

Estado independiente y sociedad colonial

Al comenzar los procesos de independencia de las sociedades iberoamericanas, “aproximadamente poco más del 90% del total de la población estaba compuesta de negros, indios y mestizos” (Quijano, 2000, p.233). Sin embargo, en todos estos territorios, durante el proceso de organización de los nacientes Estados Nacionales, dichas razas fueron totalmente excluidas de la participación en la toma de decisiones sobre la organización social y política, por los “españoles americanos”. La pequeña minoría de criollos en control de los nuevos Estados independientes no tuvo ningún interés social común con los indios, mestizos y negros. Por el contrario, sus intereses sociales y económicos eran, explícitamente, antagónicos respecto de la servidumbre india y la esclavitud negra, toda vez que sus privilegios coloniales surgieron, precisamente, del dominio y explotación de dichas gentes.

No había ningún campo de interés común entre los blancos criollos y las razas subalternas. Los intereses socioeconómicos de las razas dominantes estuvieron mucho más cerca de los intereses de sus pares europeos, que de la abrumadora

mayoría de la población dominada. De ahí que, bajo el patrón de la colonialidad del poder y del género, los “europeos americanos” hayan mantenido el “orden natural” instaurado en la época colonial.

Considerados como herederos de la hispanidad, los criollos varones se autoidentificaron como los únicos seres dotados de razón, capaces de gobernar, de mediar entre el Dios cristiano y las gentes, de usar los recursos humanos y materiales dejados por la Colonia para su exclusivo beneficio, de crear una economía racional. En suma, de ser los únicos sujetos de derechos.

Los procesos independentistas de los Estados latinoamericanos no supusieron sino una rearticulación de la colonialidad del poder y del género, según lo ilustra vívidamente la primera constitución ecuatoriana. El eje colonial fue el fundamento de la estructuración de los nuevos sistemas políticos. Particularmente, en el caso ecuatoriano, el eufemismo republicano enmascaró la subordinación de las mujeres criollas, la discriminación de los mestizos, la dominación de los indios y negros y la anulación y negación de las hembras colonizadas. El circunloquio que caracterizó a la fundación de la República, y el doble discurso criollo respecto de una legalidad moderna y republicana, y su ajenedad con relación a un orden racial-engenerizado, marcaron hacia el futuro la realidad sociopolítica del naciente Estado del Ecuador.

La experiencia constitucional ecuatoriana: la imposición de una ideología de democracia clasista, racial y engenerizada

La Constitución de 1830, indudablemente, trajo innovaciones como: la creación de un cuerpo legislativo, una suerte de declaración de soberanía del pueblo, el reconocimiento del derecho a la propiedad, la garantía a la inviolabilidad de domicilio, etc. Pero, en muchos sentidos, constituyó la materialización jurídico-política de la continuidad del Estado colonial. Bajo profundas diferencias socioeconómicas, regionales, étnicas y de género, se fundó una república asentada en la regionalización, el robustecimiento de propiedad, el monopolio ideológico del culto romano, el estatus privilegiado del clero católico, la reconstitución del poder blanco-criollo, y la exclusión de la mayoría de la población, es decir, de mujeres (en el sentido amplio de la palabra), indígenas, negros y no propietarios. Se trató de un Estado oligárquico, terrateniente, criollocéntrico, blanco-burgués, confesional, segregacionista y patriarcal, asentado en la regionalización y en el ejercicio y la disputa por el poder de los grandes “señores de la tierra”, es decir, de los criollos hacendados, sobre la amplia mayoría de población no blanca y no urbana.

Los fundadores del Ecuador plantearon, mediante la Carta Constitucional de Riobamba, un proyecto nacional que concebía al naciente Estado como una continuación de la hispanidad, en articulación con una retórica liberal con la que frecuentemente entraba en contradicción. Los notables latifundistas mantuvieron bajo fórmulas republicanas la discriminación de raza, clase y género, y la sociedad corporativa y estamentaria del coloniaje, asentada en desigualdades institucionalizadas. Al mismo tiempo, se enfrentaron a largas disputas regionales que expresaban la desarticulación prevaleciente. Los señores de la tierra vieron a la nación ecuatoriana como necesitada de la presencia y la superioridad del Occidente cristiano, de espaldas a la realidad mestiza, indígena y negra. Con visiones eminentemente clasistas, racistas y sexistas, reforzadas por la religión y el principio de autoridad, consideraban su “derecho natural” dirigir a un país en el que eran minoría. De esta manera, el Estado se asentó en la ruptura entre oligarquías terratenientes y pueblo.

Se trató, por tanto, de un primer constitucionalismo sin nación. Es decir, construido sobre un territorio fragmentado, políticamente indefinido y culturalmente heterogéneo. Se trató de un Estado de una base social muy reducida. Un Estado aristocrático impuesto sobre las espaldas de una base sometida a la esclavitud y a la servidumbre. Un Estado, en donde la imposición de una ideología de democracia clasista, racial y engenerizada implicó condiciones inaccesibles de ciudadanía para los mestizos, negros e indios, pero aún más la eliminación de la mujer del imaginario socio-jurídico de la época, tanto de las criollas como de las demás mujeres racializadas. Se las eliminó al punto de no ser mencionadas en todo el articulado constitucional ni en una sola ocasión. Fue un Estado sustentado en el criollocentrismo, el favoritismo militar, el racismo epistémico, la violencia patriarcal y el fanatismo religioso. Estos componentes fueron exacerbados para cultivar en el pueblo un sentimiento de resignación y ciega obediencia.

Se inicia así una tradición socio-legal caracterizada por un liberalismo criollo colonialista, patriarcal y opresor de la alteridad. La imposición de una democracia etnocéntrica y androcéntrica que determinó, por lo menos en el primer periodo republicano, la existencia de un Estado opresor, desarraigado, alienado de la sociedad. Un muy limitado proceso de descolonización y la negación del carácter colonial del liberalismo, como manifestación ideológica de la lealtad burguesa a los valores individuales de libertad y de la propiedad privada determinó que el Estado del Ecuador emerja, simbólica y paradójicamente, como continuadamente colonial y (re)colonizador (Bernal Castillo, 2012).

Conclusiones

El surgimiento de América, como continente y categoría geopolítica, reconfiguró el mundo y originó una raigambre de relaciones materiales e intersubjetivas, en torno a un nuevo patrón de poder epistémico, teórico, ético, estético, político y mundial.

La novedad americana significó: Modernidad como proceso de occidentalización y “racionalización” de las sociedades no europeas; Eurocentrismo, como modo distorsionado y distorsionante de producir sentido, explicación y conocimiento de la realidad, con base en una falsa ecuación helenística, romana y cristiana; colonialidad, como patrón de dominación global mediante el establecimiento de un ranking entre Estados y fronteras administrativas definidas por la autoridad colonial; etnicidad, con la creación de categorías étnicas antes no existentes y que acabaron convirtiéndose en la matriz cultural del entero sistema mundo; racismo, como invención colonial para organizar la dominación y explotación en el moderno sistema mundo; y la imposición de un Sistema de Género en el que, mediante una doble dicotomía jerárquica entre humano-no humano y hombre-mujer, las mujeres colonizadas sufrieron una doble imposición deshumanizante, en razón de su raza y su sexo.

Bajo el Sistema Moderno Colonial de Género, el colonialismo hispánico articuló un entramado de formas de clasificación social basadas no solo en la idea de la raza, sino de la clase, el género y la sexualidad también. Dilucidar la naturaleza relacional de tales diferencias pone de manifiesto las múltiples opresiones a las que las mujeres del mundo colonizado estuvieron sujetas.

Únicamente, bajo el marco dado por el feminismo decolonial, es posible dilucidar que la raza no es ni separable ni secundaria a la opresión de género, sino co-constitutiva. De acuerdo a los postulados de la primera Constitución de la República, la mujer criolla fue excluida de la vida pública, empero la hembra colonizada y racializada fue categorizada como subhumana y anulada del imaginario social. De ahí que raza, clase, género, y sexualidad son categorías políticas que se co-constituyen.

Este sistema de dominación asentado en un entramado de relaciones sociales e intersubjetivas, basadas en la clasificación social jerárquica de la población mundial, es el que pervivió en los territorios de la periferia, una vez separados de la Corona. Particularmente, en el Ecuador, como territorio periférico del sistema-mundo moderno, históricamente, la cuestión del poder ha sido fundamentalmente visible y evidente.

La independencia de la sociedad ecuatoriana no supuso un proceso de descolonización, democratización y homogenización poblacional, sino más bien una continuación del orden socio-económico colonial.

La asociación entre el etnocentrismo colonial, la clasificación racial universal y la opresión sexual, no solo persistió al inicio de la vida republicana, sino que –tal como lo formulamos en la hipótesis de trabajo- se llegó a materializar en el primer cuerpo normativo fundacional del Ecuador. En efecto, las prácticas sociales implicadas en la colonialidad del poder y del género llegan a sacralizar las jerarquías y autoridades, tanto en la dimensión jurídica- material de las relaciones sociales, como en su intersubjetividad. Las élites criollas, herederas de la hispanidad, asumieron el control del nuevo Estado ecuatoriano e impusieron, desde la misma creación de la República, con apoyo del clero, relaciones de dominación y explotación de carácter inminentemente colonial. Como consecuencia, durante el proceso de organización de los nuevos países, las razas y géneros considerados como primitivos o inferiores, fueron excluidos de toda posibilidad de participación en las decisiones sobre la organización social y política.

El Ecuador decimonónico, mediante su Carta Magna, hizo relativamente poco para camuflar su carácter racial, clasista y engenerizado. El fuerte sentido corporativo y estamentario continuó más allá de las fórmulas republicanas. La discriminación racial; la explotación de las masas indígenas y negras, la exclusión de la mujer criolla de la vida pública, la anulación de la hembra colonizada, la tradición paternalista, las disputas regionalistas y fuertes elementos aristocratizantes continuaron articulando las relaciones sociales, la política, la cultura y la ideología.

La naciente república ecuatoriana se erigió sobre la explotación socio-económica y étnica de las identidades geoculturales no blanco-criollas. El Proyecto Nacional Criollo, materializado en la Constitución de 1830, nunca logró incorporar la realidad plurinacional del Ecuador. Es decir, la aceptación de su diversidad cultural en el marco de un solo Estado que respete la educación, la lengua, el derecho a la tierra y la participación política de los pueblos indígenas. Se trató de un Estado oligárquico, terrateniente, criollocéntrico, blanco-burgués, confesional, segregacionista y patriarcal. Las ideologías de la colonialidad supusieron el fundamento de la nación y de la vida en comunidad.

La República del Ecuador presentó desde su nacimiento una situación paradójica, toda vez que si bien se constituyó como un Estado independiente, en la práctica continuaba siendo la expresión de una sociedad evidentemente colonial. En esta sociedad la intersección de las categorías de género, raza y clase llegó a ser olvidada en la organización socio-jurídica ecuatoriana. Con ello, se ocultó la brutalidad y el abuso que la colonialidad de género implicó para la mujer racializada incluso en el nuevo contexto republicano.

El concepto de Estado Nación fue idealizado, construido y trabajado contra la amplia mayoría de la población, imposibilitando un cabal ejercicio de la

democracia, la ciudadanía, de las libertades civiles y de la configuración de un Estado-Nación moderno. Bajo la percepción eurocentrista y androcéntrica del blanco dominante sobre el inferior racialmente dominado, la ciudadanía del inferior no pudo ser efectiva, ni la sociedad realmente nacionalizada, ni el Estado pudo ser considerado como una forma legítima de organización política estable.

El límite de la ciudadanía, de la democratización de la población y, por tanto de la nacionalización de las gentes y el Estado, fue la distinción de raza y género. Por ejemplo, solo podían acceder a la condición de ciudadano el varón, criollo, propietario y heterosexual.

Se gestó un liberalismo criollo colonial, pues, bajo la supuesta implantación de una democracia liberal -firme defensora de los valores individuales de libertad y propiedad-, la sociedad ecuatoriana reprodujo el orden social preindependista, en donde la hegemonía oligárquica elitista mantuvo su estructura de privilegios en el ejercicio del poder, la representación política, la tenencia de la tierra, el monopolio ideológico y la explotación al indio y negro.

Con la Carta Constitucional de Riobamba se inició una tradición jurídico-legal en la que la negación de la alteridad sería el pilar fundamental de la existencia del Estado mismo. De ahí que no puede hablarse de una verdadera democracia ecuatoriana en los albores del siglo XIX, ante un Estado que, aunque en su carta fundamental consagraban una legalidad moderna y republicana, en el fondo reproducía su carácter primigenio de colonialidad.

Recomendaciones

Podría ser objeto de una nueva investigación el análisis de legislación secundaria de la época, como el Código Penal de 1938 o Código Civil de 1861, al constituir cuerpos normativos en donde se perpetúan varias instituciones del mundo moderno, capitalista y eurocentrado, tales como: el matrimonio, la familia burguesa, la monogamia, la privación de la libertad como castigo frente al cometimiento de una infracción, etc.

Han sido muy poco exploradas las resistencias indígenas al patrón de poder colonial, particularmente aquellas dirigidas por mujeres comuneras o lideresas. De ahí que, desde una metodología contrahegemónica como la propuesta por la escuela de la Descolonialidad, el feminismo decolonial y/o el multiculturalismo, sería interesante conocer la perspectiva de la mujer indígena o negra como última entidad subordinada en este modelo de dominación, explotación y control importado y ajeno a la realidad andina.

Por último, se sugiere la noción de interseccionalidad como característica metodológica necesaria en todo estudio que aborde la temática de género. Si partimos del razonamiento por el cual el uso de categorías homogéneas dominantes borran la heterogeneidad interna que las atraviesa, la consideración de la raza, clase y género, entre otras, resulta fundamental a la hora de poner en evidencia las múltiples opresiones soportadas por sus titulares. De no contar con esta perspectiva, cualquier estudio sobre la mujer podría caer en complicidad con la colonialidad del género.

Referencias

- Ayala Mora, E. (1990). *Nueva Historia del Ecuador* (Vol. 7). Quito: Corporación Editora Nacional Grijalbo.
- Ayala Mora, E. (2005). *Resumen de Historia del Ecuador*. Quito: Corporación Editora Nacional.
- Ayala Mora, E. (2014). *Historia Constitucional: Estudios Comparativos*. Quito: Corporación Editora Nacional.
- Ayala Mora, E. (2015). *Historia del Ecuador* (Tercera ed.). Quito, Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. Corporación Editora Nacional.
- Bacchi, C. (2005). Discourse, discourse everywhere: Subject “agency” in feminist discourse methodology. *Nordic journal of women's studies*, XIII(3), 198-209.
- Bacchi, C. (Junio de 2010). Foucault, Policy and Rule: Challenging the Problem-Solving Paradigm. (I. S. Institut for Historie, Ed.).
- Bacchi, C. (Abril de 2012). Why study problematizations? Making politics visible. *Open Journal of Political Science*, II(1), 1-8. Obtenido de <http://www.SciRP.org/journal/ojps>
- Bacchi, C. (2012). Why study problematizations? Making politics visible. *Open Journal of Political Science*, 2(1), 1-8.
- Barrère Unzueta, M. Á., & Morondo Taramundi, D. (2011). Subdiscriminación y Discriminación Interseccional: Elementos para una teoría del derecho antidiscriminatorio. *Acfs Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, 45, 15-42.
- Bernal Castillo, F. (Octubre de 2012). *Asociación Argentina de Historia Económica*. Recuperado el 7 de Marzo de 2019, de <http://www.aahe.fahce.unlp.edu.ar/Jornadas/iii-cladhe-xxiii-jhe/>

- Carrasco Molina, J., Moscoso Cordero, L., Moscoso Carvallo, M., Quinatoa Cotacahi, E., & León, E. (2013). *Historia de mujeres e historia de género en el Ecuador*. Quito: IPANC - CAB.
- Carrera Damas, G. (2003). *Historia de América Andina* (Vol. IV). Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.
- Clark, K. (2001). Género, raza y nación: La protección a la infancia en el Ecuador (1910-1945). En *Antología Género* (págs. 183-208). Quito: FLACSO, Sede Ecuador.
- Congreso Constituyente. (23 de Septiembre de 1830). Constitución de 1830. Riobamba.
- Connell, R. (2014). The Sociology of Gender in Southern Perspective. *Current Sociology*, 550-567.
- Cuxil, D. (2000). Heterofobia y racismo guatemalteco: Perfil y estado actual. En *Desarrollo y diversidad cultural en Guatemala* (págs. 179-206). Guatemala: Rujotayixik, k'iy b'anob'äl.
- Dore, E. (2000). One Step Forward, Two Steps Back: Gender and the State in the Long Nineteenth Century. En *Hidden Histories of Gender and the State in Latin America* (págs. 3-32). Duke University Press.
- Dueñas Ruiz, Ó. J. (2009). *Lecciones de Hermenéutica Jurídica*. Rosario: Universidad de Rosario.
- Dussel, E. (1993). Europa, modernidad y eurocentrismo. *Revista de Cultura Teológica*, 69-81.
- Echeverría, B. (1995). Modernidad y capitalismo. En B. Echeverría, *Las ilusiones de la modernidad*. México: UNAM/El equilibrista.
- Espinosa Miñoso, Y. (2014). Una crítica descolonial a la epistemología feminista. *El Cotidiano*, 7-12.
- Espinosa, M. (2007). Ese indiscreto asunto de la violencia. Modernidad, colonialidad y genocidio en Colombia. *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*, 267-288.
- Espitia Rincón, D. Y. (2017). *La interpretación constitucional y su evolución en las sentencias de la Corte Constitucional*. Bogotá: Universidad Católica de Colombia.

- Goetschel, A. M. (2009). *Re/construyendo historias de mujeres ecuatorianas*. Quito: Trama Ediciones.
- González Cardona, D. A. (2014). Ciencias sociales y justicia cognitiva global: reflexiones epistemológicas para una aproximación investigativa. *Pacarina del Sur*(21). Recuperado el 9 de Septiembre de 2018, de <http://pacarinadelsur.com/dossier-13/1016-ciencias-sociales-y-justicia-cognitiva-global-reflexiones-epistemologicas-para-una-aproximacion-investigativa%20->
- Kendall, G., & Wickham, G. (1998). *Using Foucault's methods*. Sage.
- Lagarde, M. (1997). *Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas y locas*. México D.F.: UNAM México.
- Landázuri Camacho, C. (Mayo de 2014). Antecedentes y desarrollo de la independencia ecuatoriana. *Boletín Informativo Spondylus*, pp. 1-57.
- Lozano Armendares, T. (2005). El matrimonio en la tradición judeo-cristiana. En *No codiciarás la mujer ajena. El adulterio en las comunidades domésticas novohispanas. Ciudad de México, siglo XVIII* (pág. 312). Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas. Recuperado el 5 de Marzo de 2019, de <http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/codiciaras/mujer.html>
- Lugones, M. (2005). Multiculturalismo radical y feminismos. *Revista Internacional de Filosofía*(25), 61-76.
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y Género. *Tabula Rasa*, 73-102.
- Lugones, M. (2011). Hacia un feminismo descolonial. *La manzana de la discordia*, 6(2), 105-119.
- Manning, J. (s/f). *Global Social Theory*. Recuperado el 25 de Septiembre de 2017, de <https://globalsocialtheory.org/topics/coloniality-of-gender/>
- Mignolo, W. (2007). Introduction: Coloniality of power and de-colonial thinking. *Cultural studies*, 21(2-3), 155-167.
- Núñez, R. (2014). Interrogando las líneas de sangre. "Pureza de sangre", inquisición y categorías de casta. *Diálogo Andino*(43), 101-113.
- Quijano, A. (1997). Estado-nación, ciudadanía y democracia: cuestiones abiertas. En H. González, & H. Schmidt, *Democracia para una nueva sociedad: (modelo para armar)* (pp. 227). Venezuela: Nueva sociedad.

- Quijano, A. (2000). *Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina*.
- Quijano, A. (2014). Colonialidad del poder y clasificación social. En A. Quijano, *Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder: antología esencial*. (pp. 285-326). Buenos Aires: CLACSO.
- Quijano, A. (2015). Colonialidad del poder y clasificación social. En A. Quijano, *Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder: antología esencial*. (pp. 285-326). Buenos Aires: CLACSO.
- Quijano, A., & Wallstein, I. (diciembre de 1992). La americanidad como concepto, o América en el moderno sistema mundial. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*(4), 284-591.
- Reyes, O. E. (1962). *Breve historia general del Ecuador* (Duodécima ed.). Quito, Ecuador: Editorial Don Bosco.
- Reyes, O. E. (1974). *Breve Historia del Ecuador*. Quito: Fray Jodoco Ricke.
- Segato, R. (2015). Anibal Quijano y la perspectiva de la colonialidad del poder. En R. Segato, *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos* (págs. 35-68). Buenos Aires: Prometeo.
- Villarreal Sánchez, J. N. (2006). Reseña de "Subjetividad, ciudadanía y emancipación sobre el capítulo noveno del libro De la mano de Alicia. Lo social y lo político en la postmodernidad. *Tabula Rasa*(5), 1-7.
- Walsh, C. (2005). Introducción. (Re) pensamiento crítico y (de) colonialidad. En *Pensamiento crítico y matriz (de) colonial* (pp. 13-36).
- Weeks, J. (1998). La invención de la sexualidad. En J. Weeks, *Sexualidad* (págs. 23-46). Mexico D.F.: Paidós-Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México.

Cuidado y atención responsable de hijos e hijas después de la separación o divorcio de los padres y madres del CEIAP y del CIBV Pitufos, 2017-2018

Ana del Rocío Murillo Jetón

Introducción

Desde la segunda mitad del siglo XX, se han originado cambios en las relaciones familiares que han puesto en discusión el rol materno y paterno y su correlación con el cuidado y atención a hijos e hijas. Montagna (2016) asegura que en las sociedades de hoy se reconocen vínculos de paternidad o maternidad, más allá de la biología. Es decir, que los lazos surgen en relación directa de la convivencia y dependen del estado emocional del padre y madre. (Matías, 2017) corrobora las investigaciones previas sobre la importancia de que los padres y madres sean mental y emocionalmente estables para que haya un óptimo cuidado infantil. El cuidado de los hijos e hijas es el centro de atención. Se lo comprende como una actividad vital para el bienestar de la población. Es una parte primordial de la organización social y política que garantiza el bienestar de los sujetos individuales, las instituciones públicas y privadas (Faur, 2014).

Los cuidados y atención que se proporcionen a hijos e hijas deben sobrepasar las situaciones de separación o divorcio en la pareja. Las situaciones de ruptura en la pareja pueden provocar crisis que conmocionan a todo el grupo familiar y sus consecuencias van a depender de diversos factores sociales, económicos y personales de cada integrante. En la última década, en el Ecuador, se ha incrementado el número de divorcios lo que ha dado paso a una importante transformación de las familias tradicionales. Esto implica la necesidad de reorganizar aspectos relativos al cuidado de hijos o hijas. Pese a esto, en la mayoría de los casos, las madres son quienes mantienen la tutela y son quienes dedican mayor tiempo a satisfacer las necesidades de hijos e hijas.

Movimientos conformados por padres divorciados o separados de sus parejas aseguran poseer las mismas condiciones físicas y emocionales que las mujeres para cuidar de sus hijos e hijas. Estas manifestaciones han llegado a la exigibilidad de que se revise el Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador, específicamente el artículo 106 literales 2 y 4, en los que se señala que el Estado preferirá a la madre —aun cuando el padre demuestre las mismas condiciones— a la hora de decidir la tenencia de la Patria Potestad de los hijos e hijas menores de 12 años (Congreso Nacional del Ecuador, 2003).

Los grupos de padres defienden su derecho paterno como una alternativa para los cuidados y crianza de los niños. En cambio, las madres han reiterado que la tenencia compartida no debe ser impuesta sino consensuada y escuchando la opinión de los niños (El Comercio, 2017).

El cuidado de los hijos e hijas después del divorcio debe ser abordado integralmente e independientemente de la condición de género, legal, socio-económica o de educación. La atención que se les brinde a niños y niñas debe garantizar su derecho a una convivencia armónica con sus progenitores. Pero no es así, ya que los padres y madres, luego de la ruptura marital, se enfrentan a cambios que los alteran afectivamente; y esto puede interferir en el cuidado y atención que brindan a sus hijos e hijas. Por ello, con base en esta problemática, este estudio tiene como objetivo el asociar las variables sociodemográficas con los factores de personalidad y la atención responsable del padre y de la madre para elaborar una propuesta de intervención para madres y padres mediante talleres, con base en los datos obtenidos.

El cuidado y atención de las personas y, especialmente, de niños y niñas ha estado encomendada a las mujeres. Ellas han sido las encargadas de las tareas domésticas y de la organización familiar que, hasta hace varias décadas, se consideraban como ligadas a condiciones biológicas y propias del género femenino. Hasta hace unas décadas, era imposible pensar que un hombre deje su papel de empleado asalariado y proveedor económico para dedicar su tiempo a las tareas de casa. Esto no era socialmente aceptado ni valorado económicamente.

En torno a esto, Becker (1981) argumenta: “...la división del trabajo familiar responde a un proceso racional en la toma de decisiones basado en la evaluación de las posibles ganancias y pérdidas de los padres y madres...” (Moreno, 2015, p.50). En la actualidad, se ha concluido que “no hay nada en la biología femenina que determine la dedicación de las mujeres al cuidado, ni tampoco nada en la masculina que lo impida, tal como la diferenciación entre sexo y género pone de manifiesto” (Tobio, 2012, p. 416).

La vida que llevamos hoy, exige a hombres y mujeres aportar económicamente, por lo que las amas de casa han pasado a formar parte de la actividad laboral

remunerada. Estas transformaciones también se han presentado en los modelos tradicionales de las familias, que han pasado de nucleares a extensas, monoparentales, ensambladas, sin hijos y de padres separados. Esto conlleva a que el fenómeno de la separación o divorcio sea un tema importante en el campo de la investigación social (García & Solsona, 2010).

Entre el 2006 y 2016, los divorcios en el Ecuador crecieron en un 83,45% al pasar de 13.981 a 25.468. Por grupos de edad, se determina que la mayor cantidad de divorcios se ubica entre los 35 – 39 años de edad para los hombres con el 17,76% y de 30 – 34 años para las mujeres con el 18,54%. La edad promedio para divorciarse es de 42 años para hombres y 39 años para mujeres. De los matrimonios que se divorciaron, 1.249 hombres se quedaron con la custodia de los hijos frente a 14.669 mujeres en esa misma condición según datos del (INEC, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2011).

La experiencia de la separación o divorcio en parejas heterosexuales es particular para cada integrante y puede estar asociada a experiencias vividas antes, durante o después del hecho. Lo innegable es que, luego de este acontecimiento, la familia se disgrega y en el caso de haber hijos e hijas, estos pasan a formar parte de dos hogares; “A nivel social sigue siendo incómodo, por una parte porque pone de manifiesto la verdadera naturaleza del matrimonio en términos de desigualdad de género y, por otra, porque, a nivel individual es vivido como un momento de crisis” (García & Solsona, 2010, p.108).

Lo mencionado anteriormente coincide con las posturas de Ramírez (1975) y Chodorow (1984) citados por Lagarde (s/f). Los autores manifiestan que la familia está pasando por una crisis en la maternidad y paternidad cuyo ejercicio se dificulta, en especial, para las mujeres pobres y las de doble jornada. Sin embargo, la paternidad es ejercida con mayor dificultad, en gran medida, muchos de los hombres se niegan a vivirla. La desaparecen. Así, dejan una secuela de carencias cuya satisfacción es asumida por las mujeres (Olivier, 1985). Por lo mismo, puede suceder que la ausencia de los padres y su falta de tiempo en la dedicación paterna vaya generando vacíos emocionales y resentimiento, en el caso de hijos o hijas; y sentimientos de culpa, en el padre.

Morgano citado por Torres, Garrido, & Navarro (2015) señala que:

Quando el varón se involucra en la crianza de sus hijos después del divorcio, puede ser porque ya estaba comprometido en la educación y crianza de ellos desde antes, y mantenía una relación estrecha con éstos, dando probablemente lugar a que siga implicándose tras la ruptura; o puede ser porque el divorcio les hace descubrir su papel como padre; o bien, porque quizá los progenitores mantienen una relación poco conflictiva tras la ruptura, ya que cuando la relación entre am-

bos es más cordial, es posible que el padre siga manteniendo contactos frecuentes con sus hijos e hijas, así como implicado en sus vidas (p.126).

Tras el divorcio, es prioritario ejercer la maternidad y la paternidad de forma equitativa y brindar a los hijos e hijas una estabilidad emocional. La ruptura marital puede desvanecer el ideal de familia unida, lo que conlleva a experimentar desequilibrios emocionales que pueden interferir en la relación de los padres con sus hijos e hijas. Sobre esto, las percepciones de hombres y mujeres tras el divorcio son diferentes. Valdez, Moreno y Choza (2009) observan que los principales problemas abarcan los aspectos económicos, emocionales y los cuidados en la crianza de los hijos e hijas. El apoyo de los familiares y las amistades suele ser un factor importante. Quienes enfrentan un divorcio suelen ser hombres y mujeres temerosos del futuro al que lo ven incierto. Sin embargo, todos deben buscar un equilibrio emocional para afrontar la ruptura y la reorganización de la familia.

Ante esta problemática, a este estudio le cupo preguntar: ¿En qué nivel de cuidado y atención responsable hacia las hijas e hijos se ubican las madres y los padres después de la separación o divorcio del CEIAP y del CIBV “Los Pitufos” en el año 2018?, ¿cuál es la variable sociodemográfica y el factor de personalidad que esta frecuentemente asociado a una atención responsable del padre y de la madre?

A pesar de la importancia vital que cumple la familia en el desarrollo social y emocional de los niños y niñas, se han realizado pocas investigaciones que proporcionen información sobre los estilos de educación familiar de los padres y madres separados o divorciados; y sobre la relación entre su estado emocional y el ejercicio de un cuidado y atención responsable.

Los estudios científicos han abordado las causas y consecuencias en los hijos o hijas luego de la separación o divorcio de los padres, también aspectos relacionados con la custodia de los hijos menores y los problemas que enfrentan a los progenitores cuando existen conflictos legales. Pero, no existen datos que revelen las condiciones emocionales de los padres y madres y la relación de estas condiciones con el cuidado y atención responsable de sus hijos e hijas. Tampoco se ha indagado si, efectivamente, las madres por su rol social de la maternidad son las más idóneas para ejercer un cuidado responsable o si los padres están en las mismas condiciones.

Este estudio consideró que contar con esta información podía coadyuvar a que los tradicionales roles de género y su influencia en la maternidad y paternidad sean desmitificados. Se buscó aportar a que las mujeres y los hombres puedan compartir responsabilidades en igualdad de condiciones emocionales y cuidar de sus hijas e hijos en equidad. El estudio partió de la hipótesis de que el cuidado y la atención a hijos o hijas después de la separación o divorcio de la pareja no son

ejercidos responsable y equitativamente por la madre y por el padre. Se propuso que el género femenino presentaría mayor estabilidad emocional por ende, brindaría el cuidado y atención responsable a sus hijos e hijas.

El objetivo del estudio fue evaluar el cuidado y atención responsable de la madre y el padre hacia los hijos e hijas después de la separación o divorcio, para elaborar una guía de capacitación que contribuya a un equilibrio en la dinámica familiar de madres y padres del CEIAP y el CIBV “Los Pitufos”. Para esto se propuso caracterizar las variables sociodemográficas y los factores de personalidad de los padres; así como, lo que consideraremos la atención responsable del padre y de la madre. Luego, se ha asociado las variables sociodemográficas con los factores de personalidad y la atención responsable del padre y de la madre. Por último, se ha elaborado una propuesta de intervención para madres y padres mediante talleres, en base a los datos obtenidos.

El estudio es de tipo cuantitativo, transversal y descriptivo. Implica un análisis de los factores de personalidad (asertividad, equilibrio emocional, flexibilidad, sociabilidad, tolerancia a la frustración, capacidad de establecer vínculos afectivos o de apego, cuidado responsable y agresividad) de los padres y madres separados o divorciados. Proporciona rangos bajos, medios y altos que evalúan el cuidado y atención responsable que brindan a sus hijos e hijas después de la separación.

El universo de la muestra estuvo compuesto por 275 padres y madres del Centro de Estimulación Integral y Apoyo Psicoterapéutico de la Universidad del Azuay (CEIAP) y el Centro Infantil del Buen Vivir Los Pitufos (CIBV). Para determinar la muestra se utilizó un método no probabilístico e intencional. Así, de un universo de 275 padres y madres de ambos centros educativos, se eligió a quienes estén divorciados o estén separados de sus parejas. El resultado fue un total de 25 madres y 17 padres que sumados con 42 personas. Del total, 27 pertenecen al CEIAP; y 15, al CIBV.

En la investigación, se utilizó el Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores (CUIDA). Dicho cuestionario contiene 189 preguntas que miden variables afectivas, cognitivas y sociales, todas necesarias para el cuidado y atención de hijos e hijas. Las puntuaciones del cuestionario son de tipo Likert: **0**= En desacuerdo, **1**= Algo en desacuerdo, **2**= Algo de acuerdo y **3**= De acuerdo. Las respuestas registradas fueron ingresadas a través de la plataforma electrónica: Servicio de corrección on-line de TEA Ediciones, la que emite un informe estadístico con los resultados.

La investigación se llevó a cabo en las instalaciones del CEIAP y del CIBV. Las entrevistas estuvieron condicionadas al tiempo disponible de las madres y padres. La aplicación del cuestionario tomó entre 60 y 90 minutos y fue personal.

A las madres y padres se les explicó los objetivos del estudio y se les entregó el documento para que den su consentimiento informado que habilita la participación en la investigación.

Los criterios de selección de la muestra fueron que las personas fueran mayores de edad, madres y padres del CEIAP o del CIBV, personas divorciadas o separadas de sus parejas, madres o padres casados nuevamente o en unión libre con otras parejas, y que hayan firmado consentimiento informado.

I

Factores de personalidad y cuidado responsable de hijos e hijas después de la separación o divorcio

Factores de personalidad de padres y madres

La personalidad ha sido un punto de análisis, investigación y discusión de filósofos y teóricos quienes han tenido la intención de definir la conducta humana. Desde la antigua Grecia, ya existía una conceptualización de los tipos de personalidad. Fue Hipócrates quien refirió cuatro arquetipos de temperamento: sanguíneo (optimista, esperanzado), melancólico (triste, deprimido), colérico (irascible) y flemático (apático) (Cloninger, 2003). Freud en el siglo XX instauró el psicoanálisis y describió tres estructuras de la personalidad: el ello, al que lo denomina como primitivo; el yo, la parte racional y competente; y el súper yo, que estaría sujeto a las normas, reglas e ideología de la sociedad.

Como lo observa (Cloninger, 2003), una de las contribuciones de Freud en los estudios sobre la estructuración de la personalidad ha sido detectar que las experiencias en la niñez influyen potencialmente en la personalidad del adulto. Entonces, se deduce que aquello que se aprende o experimenta, en esta primera etapa de la vida, va a presentarse en el hombre o mujer adulta y sobre sus hijos e hijas. Dentro del psicoanálisis, Jung va más allá de los conceptos de Freud y afirma que los seres humanos compartimos un inconsciente colectivo al que se lo concibe como una suerte de imágenes que nos dicen lo que son las cosas: lo que una madre es, lo que un líder espiritual es, incluso lo que Dios es (Cloninger, 2003).

En Hispanoamérica para el año 1915, Alfred Adler tomaba distancia del psicoanálisis de Freud y se enfoca en que cada persona es única, denominando a su teoría como psicología individual. Adler pensaba que cada persona era completamente

responsable por sus propias decisiones en la vida. Además, reconoció que las circunstancias que la gente pudiera vivir la hacían percibir ciertos estilos de vida como deseables o como indeseables. Adler fue un crítico de los roles sexuales restrictivos, especialmente los que se enfocaban hacia las mujeres (Cloninger, 2003).

La psicoanalista Karen Horney (1915) citado en Cloninger (2003) escribió acerca del impacto que los conflictos de la niñez temprana tienen sobre la personalidad. Estos conflictos dependen de la calidad de la relación entre los padres, y de la relación entre el niño o niña con sus padres. La autora afirmaba que las fuerzas culturales determinan el desarrollo de la personalidad. De hecho, asegura que las diferencias de personalidad entre los hombres y las mujeres reciben mayor influencia de las fuerzas sociales que de la anatomía.

Carlos Rogers (1961) citado en Arias (2015) afirma a través de su teoría humanista que el ser humano es esencialmente bueno y que busca su felicidad y su autorrealización. Para este autor, las personas desarrollan su personalidad a partir de las experiencias vividas. El impacto de lo que una persona viva puede o no degenerar en conductas desadaptativas que impidan un proceso de autorrealización.

Erick Erikson (1968) citado en Bordignon (2005) introduce la teoría del desarrollo psicosocial, la que se basa en la reinterpretación de las fases psicosexuales de Freud. El autor postula que la personalidad está integrada por una fuerza intensa, vital y positiva. Esta fuerza actúa como una capacidad organizadora del individuo y tiene el poder de reconciliar las fuerzas sintónicas con las distónicas. Así se pueden solucionar las crisis que se propician del contexto genético, cultural e histórico de cada individuo. El autor extiende el concepto de desarrollo de la personalidad para el ciclo completo de la vida. Así considera los cambios de la infancia a la vejez. Además, exploró el impacto de la cultura, la sociedad y el contexto histórico en el desarrollo de la personalidad.

Si la personalidad es dinámica y está sujeta a las condiciones ambientales que cada sujeto vive, como los entendidos lo han afirmado durante el último siglo, los padres y madres actuales son el producto de la educación que recibieron de la colectividad conformada por sus progenitores, familiares, maestros, maestras, amigos, amigas y de la influencia del medio televisivo y ahora digital. Por lo tanto, los factores de personalidad resultantes influirán en los estilos de crianza y las patologías de sus hijos e hijas (Coca Vila, 2013).

Un aspecto a tener en cuenta y que es un eje que cruza a toda la educación que hemos recibido son los roles de género que padres y madres están desempeñando. Estos roles de género son influjo de un sistema en el que, claramente, se ha polarizado a la sociedad. Por eso, existen divisiones entre lo que se entiende hombre y mujer, normal o patológico, funcional o disfuncional. Esto permite hablar de factores específicos de personalidad que distinguiría a los padres de las

madres. Sin embargo, se debe considerar que plantear un ideal de persona es, en realidad, discriminatorio, pues cada ser que se convierte en progenitor tiene la posibilidad de ir redefiniendo su personalidad.

El cuidado y atención responsable de hijos e hijas requiere de padres que asuman una nueva forma de paternidad. Es decir, velar no solo por la estabilidad financiera de la familia, si no, pasar de ser solo un proveedor económico a quien brinde un cuidado afectivo. Esto implica una educación sin el uso de la violencia, que se atreva a romper los estereotipos que han marginado al hombre a un segundo plan en la educación de los hijos e hijas.

Es necesario evadir estereotipos que han otorgado una mayor relevancia a la mujer por un hecho de carácter biológico y que ha sido avalado y naturalizado como mandato por la sociedad; pero que no, necesariamente, puede influir de forma positiva en el cuidado y atención de hijos e hijas. De hecho, se ha demostrado que la crianza y el cuidado de los hijos tienen efectos psicológicos en los padres. Se ha trabajado por años con grupos de padres y madres casados y divorciados pero que han llevado una crianza conjunta (Martín Sanchez, 2018). Sánchez concluye que tanto la madre como el padre se vuelven personas más sensibles, tolerantes, pacientes, equilibradas y transmiten a sus hijos e hijas formas de afrontar problemas sin el uso de la violencia o la discriminación. Además, permite a los niños la expresión de sus emociones y a las niñas educarlas sin estereotipos de falsa vulnerabilidad o dependencia.

Los padres y madres divorciados o separados deben adoptar posiciones flexibles¹ ante determinadas situaciones. Por tanto, sus interacciones —a diferencia de las familias “inflexibles”— son libres y menos coordinadas por una autoridad. Esto no significa que sean permisivos ante conductas inapropiadas de sus hijos e hijas, si no que tengan sentido crítico para juzgar o valorar las actitudes. De no hacerlo, se puede llegar al uso de formas violentas de crianza y educación.

Musitu & Cava (2001) citado en Palacio, Villavicencio & Mora (2015) manifiestan que otro factor importante dentro del cuidado responsable es la capacidad de socializar. El autor define la socialización como el proceso mediante el cual las personas adquirimos los valores, creencias, normas y formas de conducta apropiados para la sociedad a la pertenecemos. Sin embargo, una limitante de la socialización radica en que la sociedad actual no ha logrado que los estereotipos y mandatos sociales permitan una aceptación personal real. Por lo tanto, no es fácil que se establezcan relaciones equitativas sin el uso del poder de un género hacia los otros géneros.

1 Entiéndase por flexibilidad la capacidad para facilitar la conversación entre los miembros de la familia y una actitud abierta ante lo que escuchan (Pérez & Aguilar, 2008).

Otro aspecto que se considera es la tolerancia a la frustración en los padres y madres. Algunos de los padres y madres se sienten frustrados ante los sucesivos fracasos en la obtención de la tenencia de sus hijas e hijos (Moreno, Hernández, García, y Santacreu, 2000). La frustración es parte de la interacción social y del cotidiano vivir, no se puede evitar; pero sí debe manejarse con cuidado. De existir problemas, hay que solucionarlos pues, para ejercer la maternidad y la paternidad, es importante que se cuente con un autoconocimiento de las características personales y las formas de reaccionar frente a la ansiedad, depresión, angustia, enojo y otras emociones.

Ahora bien, el apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño y la niña con su padre y su madre y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad. La tesis fundamental de la Teoría del Apego es que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño o niña es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto. En el estudio denominado *Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar, e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar* (Páez, Fernández, Campos, Zubieta, & Casullo, 2006) señalan que las personas con mayor bienestar informan de un bajo apego inseguro temeroso. Estas personas recuerdan una relación cálida y con expresividad emocional en su familia. Y presentan mayor claridad, regulación y verbalización de sus emociones. Esto repercute en un buen rendimiento académico y en un alto nivel de inteligencia emocional.

Cuando el apego no es el adecuado, van apareciendo ciertas formas de violencia intrafamiliar como el maltrato infantil.² En vista de que se pretende que padres y madres establezcan estilos de crianza con responsabilidad y cuidado adecuado para sus hijos e hijas, es indispensable que se tengan en cuenta actitudes que prevengan o eliminen situaciones de maltrato. Es fundamental que, con anterioridad, se pueda evaluar a modo de prevención, si las condiciones emocionales de los padres y madres continúan con los patrones de crianza establecidos en sus familias de origen y emplean el castigo físico o verbal como correctivo.

La agresividad usada como forma de educación se relaciona con la agresividad con la que niños y niñas se comunican en sus entornos. Así lo demuestran investigaciones cuyos resultados revelan la existencia de una relación significativa entre la agresividad presente en los niños con la mayoría de los factores del estilo de crianza parental (Raya, Pino & Herruzo, 2009). Esto sucede porque los padres y madres son los modelos de referencia más importantes de su vida. También, la falta de apoyo y de responsabilidad parental son actos que ocasionan graves consecuencias para un desarrollo equilibrado.

2 Definido por el Centro Internacional de la Infancia de París como “cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto [...] que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes” (Posada, Gómez, & Ramírez, 2008).

Finalmente, los factores de personalidad que padres y madres desarrollen asertivamente se convertirán en herramientas que les permitan garantizar la adecuada atención y cuidado físico y emocional de sus hijas e hijos, ya que el desequilibrio de cualquiera de estos conlleva a experimentar secuelas negativas en todos y todas.

El sexo biológico y los estereotipos de género

La definición de la palabra sexo es: “condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas” (R.A.E, 2014). Esto implica que el sexo es una condición biológica. Esta definición conlleva una división dicotómica de los seres vivos, encasillándolos en las dos únicas posibilidades de identificación, lo masculino y femenino. A su vez, relaciona a cada uno de ellos con mandatos sociales que van a determinar sus roles o funciones sociales. El género y su construcción social es un tema estudiado y debatido en los últimos años con gran fuerza por los movimientos de mujeres. Las bases para diferenciar los conceptos entre sexo y género han tomado relevancia desde 1949 con la frase de Simone de Beauvoir: “una no nace mujer, se hace”.

La autora plantea que el ser hombre o ser mujer es una construcción social y cultural que implica normas morales y valores que naturalizan el comportamiento de hombres y mujeres con respecto a los modelos de lo masculino y lo femenino en un sistema binario. Según la autora, la supuesta diferencia natural crea brechas y fomenta la desigualdad, pues el sujeto delimita sus emociones y conductas según el sexo y género que concibe como suyo. Así, la feminidad y la masculinidad serían, para Beauvoir, constructos que se imponen sobre el individuo, que lo determinan socialmente (Ventura, 2015-2016).

Los estudios sobre masculinidades coinciden en esta desigualdad y argumentan que las mujeres ejercen control en la organización de la vida doméstica. A esto se añade el hecho de que la reproducción se desarrolla en el cuerpo de las mujeres. La vida doméstica y la reproducción se han constituido espacios de poder y de resistencia para las mujeres (Ramos, 2001). Esto implica que hay fricciones debido al sistema patriarcal, pues la disputa de esos poderes tensa las relaciones entre los géneros y las vuelve inseguras e inestables. Para Ramos, los hombres están conscientes que este poder en lo privado no pone en riesgo su poder en lo público, por eso dejan que las mujeres asuman el reinado en el hogar y en el mundo de los afectos.

Este modelo de lo masculino ha llevado a que los hombres repriman la capacidad para expresar sus emociones hacia las demás de forma espontánea; y de hacerlo, serán expuestos a la crítica de los de su mismo género. La represión de las emociones, característica importante en la construcción social de la

masculinidad, atraviesa todas las etapas de la vida de los varones. Cuando niños aprendemos a soportar el dolor bajo el lema permanentemente repetido por los adultos “los hombres no lloran”. Aprenden a reprimir sus afectos para diferenciarse de las niñas. En la adolescencia y juventud -diferencia de las mujeres- evitan amistades de mayor intimidad con otros muchachos y prefieren los grupos. Cuando son padres tratan de mantener la autoridad y el control ante los problemas de la vida cotidiana. En ese contexto, explica Ramos (2001) les es difícil expresar cariño y ternura a sus propios hijos y esposa. Esto empobrece sus relaciones con los seres a quienes más quieren.

Los estereotipos en los que se encasillan las mujeres van direccionando su ser y quehacer hacia la maternidad. En los últimos tiempos, se ha incluido la profesionalización. Sin embargo, siguen presentes las funciones del cuidado de los demás, la sensibilidad, la emotividad y delicadeza. Es así que, desde el inicio de la vida, las mujeres van interiorizando estas llamadas cualidades para cuando sean madres. Los cambios en los roles han traído consigo una mayor incidencia de mujeres con hijos en edades iniciales. Estas mujeres trabajan en lo público y tienen que combinar el hogar, niños o niñas, la especialización y el empleo formal. Esto evidencia importantes cambios en los roles tanto de hombres como de mujeres. En consecuencia, hay cambios en las vidas de los niños y niñas (Macías, 2004).

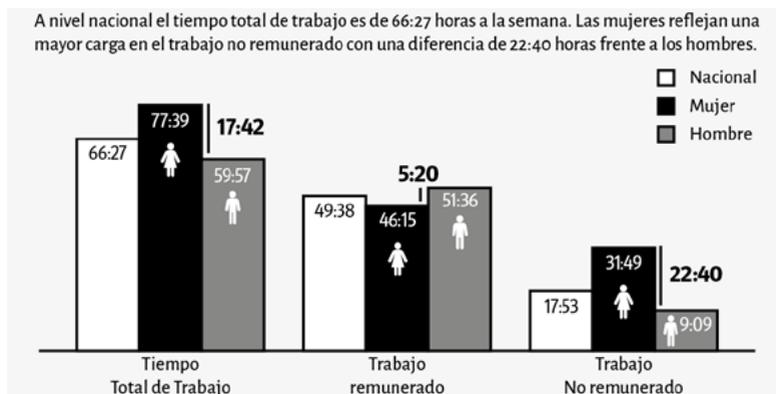
La inmersión de las mujeres en el ámbito laboral es una realidad actual que trae como resultado el cambio del modelo tradicionalista de ser solo madre. No obstante, cuando los padres tienen que asumir las responsabilidades del cuidado del hogar y la familia, el trabajo del padre no tiene la misma connotación, pues se cree que no es natural que desarrolle estas actividades ya que carece de las destrezas necesarias para su ejecución. La incursión de la mujer en el mundo laboral y la erosión del modelo de varón sustentador parecen ser insuficientes para producir un cambio real en los estereotipos de masculinidad y feminidad y, por lo tanto, en los roles de género (Moreno, 2015).

Con base en esta información, se entiende que la desigualdad sigue presente. No está determinada por el aspecto laboral, los ingresos económicos, la posición socioeconómica que tengan hombres y mujeres sino que sigue sustentada en la idea original del que el sexo es un determinante al momento de la división de trabajo en el hogar y el cuidado de la familia.

Como ejemplo, en la figura 1 se ven los resultados de la encuesta nacional de uso de tiempo libre realizada en 2011 que muestra que, a nivel nacional, el 77.39% de mujeres dice invertir 66.27 horas a la semana entre trabajo remunerado y no remunerado (labores domésticas); mientras, el 59.57% de los hombres suman un total de 59:57 horas, lo que origina una desigualdad de 22,40 horas por cada 7 días. Esta información concuerda con los planteamientos de Moreno (2015).

Figura 1

Tiempo total de trabajo (Remunerado + No Remunerado).



Fuente: INEC, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2011).

Desde la fecha de la realización de esta encuesta hasta la fecha el panorama no ha modificado de forma significativa.

La edad de madres y padres y la relación con el cuidado y atención.

Para el 2011, las estadísticas revelaban que el 20.2% de mujeres entre 15 y 19 años reportan el haber estado embarazadas (MSP, 2011). Desde esta premisa, se puede inferir que la edad mínima en la que los jóvenes se convierten en madres y padres es de 15 años. La edad máxima no se podría delimitar en el caso de los hombres debido a su condición biológica que dista de la de las mujeres, cuyo promedio se estima alrededor de 45 años.

Se infiere que mientras más jóvenes son los padres y madres, mayores son las probabilidades de enfrentar dificultades pues se debe combinar esta etapa de desarrollo con los desafíos de la paternidad y maternidad. Todo esto, conlleva a una serie de consecuencias que van desde problemas emocionales y físicos, deserción escolar, desempleo o subempleo, dependencia económica, desnutrición, entre otros. Muchas veces, esta combinación deriva en resultados negativos para la vida emocional de hijos e hijas. De hecho, Coca Vila (2013) ha probado que mientras más jóvenes son los progenitores mayor probabilidad tienen los niños de sufrir mayores niveles de ansiedad.

Mientras tanto, con padres de las edades intermedias -es decir, de entre los 25 y 51 años- se espera que factores como la madurez emocional, profesional y económico se complementen con la llegada de la descendencia. Los hijos e hijas, planificados o no, no se consideran una limitante en la vida de los padres y madres de edades adultas. El desarrollo de los hijos de padres y madres de entre 25 y 50 años será integral e irá a la par con su edad cronológica. No obstante, los niños nacidos de padres muy jóvenes o muy mayores -por debajo de 25 y por encima de 51 años- muestran comportamientos prosociales en el desarrollo temprano (NCYT, 2019).

Otras investigaciones (Donoso & Villaroel, 2003) señalan que tener hijos por encima de los 51 años puede conllevar el riesgo de muerte materno infantil. Las mujeres de edad materna avanzada presentaron tasas mayores de mortalidad materna, perinatal. Sus hijos presentaron bajo peso al nacer y se presentó un mayor índice de entre los hijos de estas mujeres que entre los de mujeres de 20 a 34 años. Sumado a esto, es posible que en los niños y niñas nacidos de madres mayores de 51 años se puedan presentar otro tipo de complicaciones como trastornos del neurodesarrollo. Esto dificultará más aún la crianza, ocasionando estrés familiar. No obstante, quienes asumen destrezas asertivas tienen oportunidades de un disfrute en familia que fortalecerá el cuidado y la atención responsable.

Se ha mostrado que el uso de estrategias de afrontamiento evitativas y/o centradas en la emoción se asocia con mayores niveles de estrés. Consiguientemente, hay un mayor deterioro físico y mental de las madres y padres. Por el contrario, aquellos cuidadores que ponían en práctica estrategias activas centradas en el problema presentan menores niveles de estrés y gozan de un mayor bienestar (Fernández, Pastor, & Botella, 2014).

El nivel educativo y el contexto socioeconómico familiar

El nivel educativo de los padres es una variable que influye en la crianza de hijos e hijas. Los hijos de padres con mayor escolaridad muestran mayor ejecución³ que el resto de niños. Hay una correlación significativa entre el nivel de educación de los padres y la ejecución (Matute, y otros, 2009). Por otra parte, según lo plantea Gil Flores (2013) los estudiantes que provienen de familias de estratos socioeconómicos altos tienden a conseguir resultados académicos superiores a aquellos estudiantes que proceden de niveles desfavorecidos económicamente. Los estudios derivados de la evaluación PISA (2015) revelan que existe una brecha en el rendimiento académica entre los estudiantes de escuelas públicas

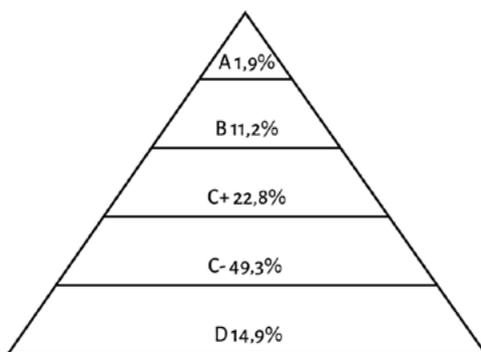
3 Por ejecución hace referencia a las habilidades en el campo de la memoria y atención como habilidades cognitivas de niños y niñas.

y los de escuelas particulares. En los primeros existe una tendencia a un mejor desempeño educativo pues la familia cuenta con mayores ingresos monetarios que los segundos; y eso permite a los niños tener una persona que se encargue de dirigir sus tareas en casa.

En Ecuador, el Instituto Nacional de Estadística y Censos realizó la Encuesta de Estratificación de Nivel Socioeconómico a los hogares urbanos de Quito, Guayaquil, Cuenca, Ambato y Machala. Los resultados de esta encuesta permiten identificar los grupos socioeconómicos relevantes y sus características (INEC, 2011). Para la valoración de los niveles se tomaron en cuenta la vivienda, estudios de las personas que ocupan las jefaturas de hogar, el poder de adquisición de bienes muebles, el acceso a salud y tecnología, y los hábitos de consumo.

Tabla 1

Pirámide de nivel socioeconómico



Fuente: INEC, (2011)

Los resultados en la tabla 1 muestran una pirámide que permite analizar la estratificación de la población de la siguiente forma: nivel A corresponde al 1,9%, el nivel B al 11,22%, nivel C+ 22,8%, nivel C- 49,3% y el nivel D al 14,9%.

En el nivel A, el piso de las viviendas de las familias, en su mayoría, están hechas de parque, piso flotante, duela o tablón. La vivienda cuenta con dos habitaciones de baño con ducha completa. Cuentan con servicio de telefonía fija, disponen de refrigeradora, lavadora, equipo de sonido, dos televisiones a color, más de dos vehículos para uso exclusivo de la familia. En cuanto a tecnología, existen más de cuatro celulares por hogar, acceso a internet ilimitado, y este puede ser usado también para redes sociales. Se reportan la lectura de por lo menos tres libros

en los últimos tres meses (INEC, 2011). Las personas que figuran como jefes de hogar, en su mayoría, son hombres quienes tienen estudios superiores y de posgrado. Además, se desempeñan como profesionales en la ciencia, educación, o son miembros del poder ejecutivo y legislativo. Así mismo, pueden ocupar direcciones en el sector público o privado. En cuanto a la salud, se encuentran asegurados tanto en el IESS, ISSFA, ISSPOL. O pueden contratar seguros de vida privados que cubre hospitalización nacional e internacional más seguro de vida (INEC, 2011).

En el nivel B, el 46% de las familias tienen una vivienda cuyo piso es de parque, duela o piso flotante. Cuentan con dos cuartos de baño de uso exclusivo para el hogar. Tienen telefonía convencional. Disponen de refrigeradora. Más del 80% dispone de lavadora, cocina con horno, equipo de cocina o mini componente. El 98% cuenta con acceso a internet y computadora de escritorio. El 90% interactúa a través de correos electrónicos personales, el 76% está registrado en una página social y el 69% ha leído un libro en los últimos tres meses. En este nivel, la persona que ejerce la jefatura de hogar tiene un grado de estudios superiores, pero solo el 26% se desempeña como profesionales científicos, intelectuales, técnicos y profesionales del nivel medio. El 92% de los hogares está cubierto por el IESS o ISSPOL, ISSFA; pero, solo el 47% cuenta con seguros privados por hospitalización. Tienen acceso al sistema de educación y salud, pues cuentan con los recursos necesarios, lo que tiene un impacto positivo a la hora de ejercer la paternidad y maternidad responsables (INEC, 2011).

El nivel C+ corresponde al 22,8% de la totalidad de la muestra de investigación. El material predominante del piso de las viviendas en este nivel es de cerámica, baldosa, vinil o marmetón. En promedio, tienen un cuarto de baño exclusivo para el hogar. El 83% tiene telefonía fija. El 96% cuenta con refrigeradora. Más del 67% tienen lavadora, cocina con horno, equipo de sonido y, en promedio, tienen dos televisores a color. El 39% dispone de internet, el 62% tiene computadora de escritorio, pero solo 21% computador portátil, en promedio disponen de dos celulares. En lo referente a hábitos de consumo, la vestimenta la compran o fabrican en centros comerciales. El 90% tiene acceso a internet, pero solo el 77% tiene correo electrónico personal. El 63% está registrado en alguna red social, el 46% ha leído un libro en los últimos tres meses. El nivel de estudios de la persona jefe de hogar es de secundaria completa, y se desempeña como trabajador de los servicios, comerciante, operador de instalación de máquinas y montadores. Solo el 77% cuenta con seguro del IESS y/o ISSFA, ISSPOL, pero únicamente el 20% cuenta con seguro privado (INEC, 2011).

El nivel C- corresponde al 49,3% de la población estudiada. En este nivel el piso de vivienda está constituido de cemento o ladrillo. En promedio tienen un cuarto de baño de uso exclusivo para el hogar. El 52% dispone de telefonía convencional, más del 84% tiene refrigeradora y cocina, pero menos del 84% tiene lavadora,

equipo de sonido y, en promedio, tiene una televisión a color. El 11% tiene computadora de escritorio y 2 celulares. El 14% de los hogares compra su vestimenta en locales comerciales. El 43% tiene acceso a internet, el 25% tiene correo electrónico, el 19% tiene acceso a redes sociales y el 22% ha leído un libro en los últimos tres meses. En este nivel, el jefe del hogar ha terminado la primaria completa y, generalmente, labora como trabajador de servicios, comerciante, operador y algunos se encuentran inactivos. El 48% está cubierto por el IESS, ISSPOL, ISSFA y tan solo un 6% tiene seguro de salud privado (INEC, 2011).

En el nivel D, que corresponde al 14% de la muestra, el material predominante del piso de la vivienda es de cemento, ladrillo, tabla sin tratar y tierra. El 31% tiene un cuarto de baño de uso exclusivo del hogar. El 12% tiene acceso a telefonía fija. Menos del 43% tiene cocina con horno, el 5% tiene lavadora, el 10% equipo de sonido y, en promedio, tienen un televisor a color y un celular. El 9% tiene acceso a internet y ha leído manuales de estudio o material de trabajo en los últimos tres meses. El jefe del hogar cuenta con primaria completa y se desempeña como trabajador no calificado o está inactivo. El 11% de los hogares tiene acceso al IESS y/o ISSFA, ISSPOL.

La situación económica actual ha motivado que más mujeres se inserten en el ámbito laboral, ya sea para gozar de independencia económica, para su propio sustento o porque son jefes de familia y tienen hijos e hijas. A su vez, esta inserción ha generado la necesidad de contar con un mayor nivel de estudios que les brinden mejores oportunidades de trabajo, y se pueda disminuir la brecha que existe entre mujeres y hombres en este aspecto. Según lo reporta el Banco Mundial, el porcentaje de mujeres económicamente activo se elevó de 32% a 40,4% entre 1990 y 2014. No obstante, la participación laboral femenina crece a una velocidad relativamente baja en comparación con algunos otros países de similar ingreso económico (Lanchimba & Diaz, 2017).

En términos generales, un mayor nivel de ingresos económicos como en el caso de los niveles A y B favorecen la crianza de hijos e hijas, debido a que sus padres –independientemente de la situación de pareja– están en condiciones de brindarles acceso a educación pagada, sistemas de salud de atención oportuna, tecnología de vanguardia, tiempo para actividades extraescolares y de ocio. Mientras que para los niveles C+, C- y D la limitante económica determina que la educación se reciba en instituciones públicas, así como la atención de salud. Esto implica ciertas dificultades pues, en Ecuador, estos sistemas no garantizan un buen nivel académico ni de desarrollo y no pueden considerarse apoyo en la crianza de hijos. A pesar de que existen guarderías públicas, estas no abastecen la demanda; y las privadas suelen no ser accesibles debido al bajo ingreso económico de los padres (Lanchimba & Diaz, 2017).

En consecuencia, el factor económico determina la crianza de hijos e hijas. Esto se evidencia en el hecho de que a mejores ingresos mayor satisfacción de necesidades. Sin embargo, estudios recientes revelan que la incompatibilidad de la maternidad y la paternidad con el mundo laboral están derivando a otro tipo de problemáticas sociales. No solo hablamos de la inequidad de género; también de la vulneración de los derechos de niños, niñas y adolescentes a tener una familia que no solo satisfaga sus necesidades básicas sino también las emocionales.

Gómez & Jimenez, 2015) vinculan las horas de trabajo con la desatención emocional que viven los niños y niñas por parte de sus padres. Hay una relación inversa entre las oportunidades que las familias tienen de proporcionar bienestar material (dependiente del trabajo remunerado) y el tiempo y competencias parentales necesarias para proporcionar un cuidado que potencie el desarrollo integral de las personas menores. Lo ideal sería que la sociedad garantice una equidad de género para que hombres y mujeres estén en igualdad de condiciones laborales, domésticas y emocionales y puedan ejercer un cuidado y atención responsable de hijos e hijas.

El cuidado y atención responsable del padre y de la madre después de la separación y divorcio desde un enfoque de género

El divorcio de los padres puede ser visto como una amenaza para el bienestar psicológico de las personas implicadas, puesto que socialmente se lo sigue percibiendo como una forma de fracaso en la relación de pareja. Además, las personas que enfrentan un divorcio pueden experimentar emociones tendientes a la tristeza, melancolía y desesperanza. Todas ellas deben organizar una nueva vida familiar en la que dejarán de ser cónyuges, pero no padres (Giraldo Arias, 2017). Todo esto implica la reorganización de roles y acciones venciendo sentimientos de odio, ira u hostilidad en contra de la expareja, para tener la mejor disposición de ser el padre o madre que quieran ser.

Después del divorcio, los acuerdos a los que el padre y la madre del niño o niña lleguen con respecto a su cuidado deben garantizar los derechos de sus hijos o hijas. Deben asegurar su desarrollo integral. Sin duda, esto no es una tarea sencilla, puesto que requiere de superar cada historia que está detrás de una ruptura. El cuidado y atención responsable pretende que tanto el padre y la madre puedan solventar las necesidades fisiológicas, de seguridad, sociales, de estima y autorrealización en sus hijos o hijas. Para ello, es necesaria una convivencia igualitaria de los hijos e hijas con cada uno de sus padres. Esto implica una responsabilidad compartida en la formación integral que ayudará a la inclusión del niño o la niña y de cada uno de los padres en el nuevo grupo familiar. Sobre todo, cuando uno de los padres tenga otro compromiso. Así, se podrá conseguir

mayor comunicación y estabilidad emocional bajo el cuidado y protección que ambos padres puedan brindar a sus hijos e hijas para superar las subyacentes desventajas del divorcio (Badaraco-Delgado, 2018).

En lo cotidiano, luego de la separación, los hijos e hijas pasan a vivir bajo la custodia de sus madres, ya que históricamente se ha instituido el cuidado de los hijos como el deber ser de la mujer por su capacidad para reproducir. Sin embargo, en la actualidad hay padres que han pedido que el capítulo relacionado con la custodia de los hijos sea revisado en el Código de la niñez y adolescencia, con la finalidad de que ellos también puedan asumirla. Desde el enfoque de derechos, esta revisión sería una oportunidad para que se reconozca que la responsabilidad debe ser tomada tanto por hombres como por mujeres sin que el género interfiera en su ejercicio. Así, se valorarán las capacidades en la protección de hijos e hijas que ostenten cada uno de los padres.

Para Aguilar (2017) actualmente hay una sobrecarga en las funciones de cuidado asumidas, principalmente, por las mujeres. Esto es un obstáculo para que la madre se incorpore al mercado laboral. El ejercicio del cuidado de los hijos les impide disfrutar plenamente de su autonomía. En cambio, la situación de los hombres es distinta: luego del divorcio el rol de padre se vuelve inestable debido al cambio en su estilo de vida. También es inestable el cuidado que deben brindar a sus hijos e hijas (Yárnoz, 2006). A esto se le llama alienación parental (AP). Montaña (2018) la define como el mecanismo por el cual se otorga la custodia unilateral (CU). Puede ser una custodia de hecho. El padre que tiene la custodia se siente empoderado por la condición de “guardián exclusivo” y promueve el desprestigio del otro progenitor frente a los hijos. Esto dificulta y, en casos, impide la convivencia entre los hijos el progenitor desprestigiado, provocando un sufrimiento en los hijos y el otro progenitor.

Más allá de la polémica por los conceptos, Villalta (2017) motiva una interpretación desde la Psicología sobre el poder que uno de los progenitores, el que tiene su custodia, ejerce sobre los hijos. Esto incluye la manipulación infantil, aunque no llegan al punto de catalogarlo como patológico sino como consecuencia de un inadecuado manejo de la ruptura marital. Por lo tanto, es vital superar la etapa de la separación sin daños colaterales.

Así como existen padres y madres que deciden ausentarse u otros y otras que creen haber superado esta disolución conyugal, están también los que buscan una nueva forma de seguir relacionándose para continuar con su paternidad o maternidad. Para alcanzar una adecuada coparentalidad, la última opción es la más eficaz. Esta opción implica que los dos padres interactúan positivamente. Hay cooperación entre ellos y trabajan para mantener una relación de apoyo mutuo centrada en la crianza de los hijos (Giraldo Arias, 2017).

Se debe tener presente que, detrás de estas situaciones, existen niños y niñas que afrontan momentos de incertidumbre. Aun en circunstancias donde no han sido víctimas ni testigos de violencia, la ausencia del padre o de la madre tiene repercusiones en su estado físico y emocional. Esto interfiere en su desempeño escolar y relacionamiento social. Por ello, el cuidado responsable debe propender a la satisfacción de las diferentes necesidades de los hijos e hijas sin la intención de protagonismos, sino de dar tiempo sano que los permita comprender su nueva vida sin sus padres juntos.

El ideal de padre, en consecuencia, será aquel que sobrepase el rol patriarcal tradicionalista e irrumpa en los mandatos de la masculinidad hegemónica que restringía el mundo de los afectos entre padres e hijos. Montesinos (2008) citado en Izquierdo & Zicavo (2015) señala la necesidad de construir una nueva identidad masculina desligada de la tradición y los valores tradicionales. Hace falta un traspaso del rol tradicional hacia el de un “nuevo padre” con una participación creciente en la crianza de sus hijos.

El involucramiento del padre en la crianza de sus hijos conlleva para ellos múltiples beneficios: menos problemas conductuales, menos conflictos con la ley, menor vulnerabilidad económica posterior, mejores resultados en escalas de desarrollo cognitivo, mejor rendimiento escolar y menor estrés en la adultez (Izquierdo & Zicavo, 2015).

El rol del “nuevo padre” debe orientarse a una búsqueda de mayor y duradera afectividad entre el padre y sus hijos. Esto solo puede ocurrir si se incrementan las posibilidades de contacto físico habitual entre ellos. Es decir, debe haber una disponibilidad afectiva y emocional cotidiana y recíproca entre el padre y los hijos e hijas. Esto solamente puede lograrse a través de una corresponsabilidad parental en las labores del hogar y laboral que involucran la crianza, y cuidado responsable o de los hijos e hijas. El padre en su nuevo rol debe alejarse del ejercicio de la autoridad rígida. Debe ser más flexible de acuerdo con las etapas de la vida de sus hijos. Otro de los aspectos considerado es el de la comunicación. Esta debe basarse en una serie de acuerdos preexistentes entre padres para que no interfiera en la percepción de autoridad de los hijos e hijas (Izquierdo & Zicavo, 2015).

En cuanto a las madres, Bermat, Galaman, & Soto Bermant (2016) enfatizan en que deben romper con la idealización de la “madre abnegada”, aquella a la que se le atribuye el “instinto natural” para la crianza de sus descendencias. Se debe trascender el imaginario que marca a la maternidad como sacrificio, sufrimiento, desprendimiento y deserción laboral o académica hacia una madre que exige y vive una corresponsabilidad en el cuidado y atención de sus hijos e hijas; asimismo, el poder combinar en igualdad la profesionalización, la vida social y laboral con el padre, derrocando ideas y modelos del pasado.

II

Análisis de campo, resultados y propuesta

Resultados

A continuación, se da a conocer los resultados de la aplicación del Cuestionario CUIDA, instrumento que evalúa los factores de personalidad, el cuidado y la atención responsable de padres y madres.

Resultados descriptivos con base en los objetivos planteados

Las variables sociodemográficas de los participantes se caracterizan así: El 100% de la población encuestada es de nacionalidad ecuatoriana. El 59,5% de la muestra corresponde al género femenino y el 40,5% al masculino. No se pudo equiparar la cifra debido a que el 100% de los niños y niñas, quienes fueron el enlace para esta investigación, viven con sus madres y, en varios casos, el padre era una figura ausente. Esto implicó que contactar a los padres fuera un reto que debía enfrentarse para continuar con el estudio. Esta realidad confirma que las mujeres siguen siendo las que, en la mayoría de los casos, guardan la custodia de hijos e hijas.

Tabla 2

Género de los padres y madres del CEIAP y CIBV que participaron en el estudio

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	25	59,5
Masculino	17	40,5

Las edades de los participantes oscilan entre los 22 y 56 años. La edad de la mayor parte de ellos está entre los rangos de 31 y 50 años (71,4%). Seguidos del grupo cuya edad está entre el rango de 51 a 56 años (23,8%) como se ve en la tabla 2.

Tabla 3

Frecuencia de los rangos de edad de madres y padres

Rangos de edad	Frecuencia	Porcentajes
22-30	2	4,8
31-40	15	35,7
41-50	15	35,7
51-56	10	23,8

Tabla 4

Estado civil de los padres y madres del CEIAP y del CIBV

Estado civil	N°	Porcentaje	Hombres	Mujeres
Casado/a	10	23,8	7	3
Divorciado/a	9	21,4	2	7
Separado/a	18	42,9	7	11
Unión Libre	5	11,9	1	4

La tabla 3 muestra que el número de personas casadas luego de una primera ruptura es de 10, esto corresponde al 23,8% de los participantes. De esos, el 70% son hombres. Las personas que registran su estado civil como divorciadas constituyen el 21,4%. En esta categoría predominan las mujeres. Así también, el porcentaje de individuos separados es de 42,9%, nuevamente son las mujeres el número mayor en este grupo. Esto implica que las mujeres demoran más en rehacer sus vidas de pareja luego de la separación. Finalmente, porcentaje de quienes viven en unión libre es de 11,9%, con mayor incidencia en el género femenino.

Tabla 5

Nivel de instrucción de los padres y madres del CEIAP y del CIBV

Nivel de instrucción	Frecuencia	Hombres	Mujeres	Porcentaje
Primaria	3	2	1	7,1
Bachillerato	15	5	10	35,7
Pregrado	17	7	10	40,5
Posgrado	7	4	3	16,7

En cuanto al nivel de instrucción, como se ve en la tabla 6, la mayor parte de los participantes cuenta con estudios de bachillerato (35.7) o estudios universitarios (40.5%). Las mujeres predominan dentro de este grupo. Un porcentaje pequeño (7.1%) solo tiene estudios primarios. En este grupo predominan los hombres. Otra parte también cuenta con estudios de posgrado (16.7%). Dentro de este grupo también son las mujeres más que los hombres.

Tabla 6

Ingresos económicos de madres y padres del CEIAP y CIBV

Ingresos	Frecuencia	Porcentaje	Hombres	Porcentaje	Mujeres	Porcentaje
Un salario Básico	21	50%	7	34%	14	66%
Dos salarios Básicos	9	21.4 %	3	34%	6	66%
Más de dos salarios básicos	12	28.6%	7	58%	5	32%

El salario básico que en el Ecuador está en \$386 a 394 dólares americanos (Ministerio del Trabajo, 2018). La mayor parte de los participantes en el estudio (50%) solo percibe un salario mínimo vital. El 21% de los participantes recibe una remuneración de dos salarios básicos. Y el 28.6% recibe más de dos salarios básicos. Lo que más llama la atención en la tabla 7 es que –y a pesar de que sabemos que la mayor parte de las personas que integran esta muestra son mujeres (59.5%)- la

mayor parte de quienes reciben una remuneración mínima por su trabajo son mujeres (66%); mientras que la mayor de quienes reciben más de dos salarios mínimos como remuneración por su trabajo son hombres (58%).

Por otra parte, al consultarlos por su lugar de residencia, hallamos que la mayor parte de ellos vivían en el Sur Este de Cuenca (35,7%). Esto se debe a que los padres y madres del CEIAP residen en el sector en donde están ubicadas estas instituciones educativas. El 14% reside en la parroquia el Valle y sus alrededores (14,3%). En este caso en mayoría corresponden a la muestra del CIBV. Quienes viven en la parroquia Yanuncay constituyen el 7.1%. También se marcan como procedencia las parroquias de Totoracocha, Ucubamba, Turi y Sucre con un 4.8% para cada opción. Otras parroquias de residencia de los participantes en este estudio son: Bellavista, Cañaribamba, Capulíes, Castilla Cruz, Cochapamba, Galap, Misticata, Monay, Poloma y Sayausí, con un 2.4% cada una.

Consultados por la religión que profesan, del universo investigado el 78,6% dice pertenecer a la religión católica. A este grupo le sigue un 14,3% que se dicen cristianos y el 7,2%. Los demás se dicen agnósticos (2.4%), ateos (2.4%) y evangélicos (2.4%).

Tabla 7

Número de hijos e hijas de los padres y madres del CEIAP y CIBV

Número de hijos e hijas	Género		Total	Porcentaje
	Femenino	Masculino		
1	9	5	14	33.3%
2	10	7	17	40.5%
3	6	4	10	23.8%
4	0	1	1	2.4

La mayor parte de los participantes en este estudio tenían dos hijos (40.5%). El 33.3% tenía únicamente un hijo. El 23.8% tenía tres hijos. Y solo el 2.4% tenía más de tres hijos. Como se puede apreciar, entre los participantes hay una tendencia a reducir el número de hijos.

En Ecuador se han suscitado importantes cambios demográficos y económicos en las últimas décadas. Estos cambios han ido adelgazando la parte superior de la pirámide poblacional. Por ejemplo, según el Banco Mundial, la tasa de

fecundidad se redujo drásticamente de 6,7 hijos en 1960 a 2,5 hijos en 2014 (Lanchimba & Díaz, 2017).

Tabla 8

Tiempo de relación antes de la separación o divorcio de los padres y madres del CEIAP y CIBV

Tiempo de relación antes de la separación	Género		Total	Porcentaje
	Femenino	Masculino		
1-5 años	12	9	21	50.0%
6-10 años	6	6	12	28.6%
10 a más	6	2	8	19.0%

Tabla 9

Tiempo luego de la separación o divorcio de los padres y madres del CEIAP y CIBV

Tiempo de separación o divorcio	Género		Total	Porcentaje
	Femenino	Masculino		
1-5 años	17	13	30	71.4%
6-10 años	8	3	11	26.2%
10 a más	0	1	1	2.4%

Los resultados de las tablas 8 y 9 muestran que la mayor parte de los consultados (50%) había tenido una relación de pareja relativamente joven (de 1 a 5 años de duración) antes de la separación. De igual modo, para la mayor parte de los consultados (71.4%) no había pasado mucho tiempo (1-5 años) luego de la separación.

Resultados del objetivo 2

El segundo objetivo específico buscó asociar las variables sociodemográficas con los factores de personalidad y el cuidado y la atención responsable del padre y de la madre. Para el análisis de los datos se usó la rúbrica propuesta de Bermejo et al. (2014)⁴:

Los datos más relevantes que han sido cotejados se consignan en la siguiente tabla:

4 Puntuación con relación al cuidado:

B= rango bajo expresado en porcentaje, el cual corresponde a padres o madres cuyas “relaciones de cuidado suelen ser poco reflexivas, flexibles y resolutivas. Son poco perseverantes en la consecución de sus objetivos personales y dejan a medias las actividades que emprenden. Suelen ser poco responsables y equilibradas, les cuesta tomar sus propias decisiones” (Bermejo, y otros, 2014).

M= rango medio expresado en porcentaje.

A= rango alto expresado en porcentajes, es asignado a padres y madres que en sus “relaciones de cuidado suelen ser reflexivas, resolutivas y flexibles. Tienden a cumplir los objetivos personales y finalizan las actividades que emprenden. Suelen ser responsables y equilibrados y toman sus propias decisiones (Bermejo, y otros, 2014).

Puntuación del factor agresividad

B=rango bajo expresado en porcentaje, es asignado a “personas que controlan los impulsos, tranquilas, difícilmente irritables, toleran la frustración de forma adecuada y con habilidades saludables para manejar los conflictos” (Bermejo, y otros, 2014).

M= rango medio expresado en porcentaje.

A= rango alto expresado en porcentajes, a “personas fácilmente irritables, con escasa capacidad para contener sus impulsos, limitada flexibilidad y poca tolerancia a la frustración” (Bermejo, y otros, 2014).

Tabla 10

Asociación de las variables sociodemográficas con el cuidado responsable

Características sociodemográficas		Cuidado Responsable		
		B	M	A
Género	Femenino	54,8	2,4	2,4
	Masculino	40,5	0	0
Edad	22-30	4,8	0	0
	31-40	35,7	0	0
	41-50	33,3	2,4	0
	51-56	21,4	0	2,4
Estado civil	Casado/a	23,8	0	0
	Divorciado/a	21,4	0	0
	Separado/a	38,1	2,4	2,4
	Unión libre	11,9	0	0
Nivel de instrucción	Primaria	7,1	0	0
	Bachillerato	33,3	2,4	0
	Pregrado	38,1	0	2,4
	Posgrado	16,7	0	0



Ingresos económicos	Salario básico	45,2	2,4	2,4
	2Salarios Básicos	21,4	0	0
	más de 2 SB	28,6	0	0
Número de hijos o hijas	1	33,3	0	0
	2	40,5	0	0
	3	19	2,4	2,4
	4	2,4	0	0
Religión	Agnóstico	2,4	0	0
	Ateo	2,4	0	0
	Católica	78,6	0	0
	Cristiana	9,5	2,4	2,4
	Evangélica	2,4	0	0
Tiempo de relación	1-5 años	51,2	0	0
	6-12 años	26,8	2,4	0
	13-20 años	17,1	0	2,4
Tiempo de separación o divorcio	1-5 años	69	2,4	0
	5-10 años	23,8	0	2,4
	Más de 10 años	2,4	0	0

Interpretación de los resultados

Asociadas las características sociodemográficas con los factores de personalidad, se han seleccionado las variables con los porcentajes más bajos en su puntuación.

Los factores de cuidado responsable, asertividad, flexibilidad y tolerancia a la frustración presentan porcentajes altos en los rangos bajos. Todas coinciden en las variables: género femenino y masculino con porcentajes entre el 40% y el 55% respectivamente. Las edades están entre 31 y 40 años, el estado civil que destaca es el de separados o separadas. En lo que respecta a nivel de instrucción se evidencia el pregrado. El ingreso económico de un salario básico es una constante, al igual que el número de hijos o hijas que son de 2. Las madres y padres que profesan la religión católica destacan en todos los factores. Finalmente, se observan calificaciones bajas cuando la relación ha tenido entre 1 y 5 años de duración e, incluso, es el mismo tiempo después de la ruptura que se sitúan en el rango bajo.

Los resultados obtenidos respaldan la hipótesis planteada “El cuidado y atención a hijos o hijas después de la separación o divorcio no es ejercido responsablemente por la madre y por el padre” pues, de acuerdo a los resultados existentes, hay deficiencias significativas en el cuidado y atención responsable que ejercen los padres sobre sus hijos e hijas luego de una ruptura en la pareja. Debido a esto, se acepta la hipótesis.

La segunda hipótesis mencionada dice: “el género femenino presenta mayor estabilidad emocional por ende brinda el cuidado y atención responsable a sus hijos e hijas”. El análisis del factor equilibrio emocional desagregado por género muestra que, dentro del rango medio, el género femenino obtuvo una puntuación del 11,9% frente a un 2,4% del género masculino. Por lo tanto, se acepta la hipótesis.

Propuesta de intervención para madres y padres para el cuidado y atención responsable a través de talleres grupales

Para el cumplimiento del tercer objetivo específico que fue: “Elaborar una propuesta de intervención para madres y padres mediante talleres, con base en los datos obtenidos”, se consideraron los tres factores de personalidad con la puntuación más baja. Estos son: cuidado responsable, flexibilidad y tolerancia a la frustración de los padres y madres.

Los modelos de intervención que se diseñaron provienen de la Terapia Familiar de Minuchin para el factor cuidado responsable, de la Teoría Humanista de Carl Rogers para los factores flexibilidad y asertividad y, finalmente, de la Teoría del Conductismo de Beck para el abordaje del factor tolerancia a la frustración. Todas las teorías tendrán un enfoque de género, por lo que se incluirá contenidos



de los estudios de Conway, Bourque, & Scott, 1996; Rangel, 2001; Garcia Dauder, 2010; Fuller, 2019; Schongut, 2012; y Connel, 2011.

La técnica será la participación en talleres presenciales dirigidos a madres y padres separados/as o divorciados/as quienes integraron la muestra de este estudio. Se espera aprovechar las relaciones cognitivo-afectivas para conseguir una dinámica grupal en la que las opiniones individuales encuentran consenso a partir de un discurso común. La dinámica grupal permite poner en juego los deseos, necesidades, opiniones y conocimientos de cada individuo para influir en el mejoramiento de su calidad de vida del grupo (De Rojas, Pérez & Hernández, 2019). A continuación se consigna el taller diseñado.

Taller N°1:

Cuidado y atención responsable después de la separación o divorcio, una deuda pendiente para con los hijos e hijas

Objetivo general:

- Generar reflexiones y cambios en el cuidado y atención que brindan a sus hijos e hijas después de la separación o divorcio.

Objetivos específicos:

- Informar sobre los resultados obtenidos en la investigación.
- Identificar el rol de los padres y madres en relación al cuidado responsable de sus hijos e hijas.
- Aportar con estrategias para mejorar la calidad de cuidado y atención a hijos e hijas.

Participantes:

- Terapeuta y co-terapeuta que dirigirán la sesión.



Tiempo	Contenido	Recursos	Responsable
9:00 a 9:10	Mensaje de bienvenida a las madres y padres separados o divorciados.	Humanos	Terapeuta
9:10 a 9:20	Acuerdos, normas y la confidencialidad de las vivencias personales y grupales.	Humanos Papelógrafos, marcadores, pizarra, proyector y computador	Terapeuta
9:20 a 9:40	Dinámica de integración del grupo: “te conozco y te presento ante el grupo”	Humanos	Co-terapeuta
9:40 a 10:10	Presentación de los resultados obtenidos en la investigación	Presentación en Power Point Proyector	Terapeuta
10:10 a 10:25	Reflexión de los padres y madres sobre los resultados y la frase: cada ser humano es el resultado de la relación entre dos individuos: su madre y su padre “Ferruci Piero”	Presentación en Power Point Proyector Humanos	Terapeuta
10:25 a 10:45	Exposición teórica: “El rol del padre y la madre en relación al cuidado responsable de hijos e hijas en todas la edades”	Presentación en Power Point Computador Proyector	Terapeuta Co-terapeuta
10:45 a 11:00	Trabajo grupal: El verdadero rol de ser padre y ser madres después de la separación o divorcio.	Papelógrafos, marcadores, pizarra, borrador. Guzmán Huayamave, Bastidas Benavides, & Mendoza Sangacha, 2019	Terapeuta Co-terapeuta
11:00 a 11:40	Plenaria de los resultados del trabajo grupal	Humanos Trabajos realizados	Terapeuta
11:40 a 11:50	Preguntas y evaluación verbal del taller	Humanos	Terapeuta
11:50 a 12:00	Tarea para la próxima jornada: mirar la película (Sra. Doubtfire, papá de por vida, 1993) Cierre de la jornada Refrigerio	Humanos	Humanos

Taller N°2:

La flexibilidad y la asertividad como factores que mejoran el cuidado responsable de hijos e hijas

Objetivo general:

- Generar nuevos patrones conductuales flexibles y asertivos que les permitan desarrollar nuevas paternidades y maternidades responsables.

Objetivos específicos:

- Ilustrar la relación entre la conducta parental y la falta de flexibilidad y asertividad en la crianza.
- Brindar estrategias en habilidades sociales a padres y madres.
- Facilitar ficha para el registro diario de conductas no reflexivas y no asertivas.

Participantes:

- Terapeuta y co-terapeuta que dirigirán la sesión.



Tiempo	Contenido	Recursos	Responsable
9:00 a 9:10	Mensaje de bienvenida y reflexiones sobre el primer taller	Humanos	Terapeuta
9:10 a 9:20	Dramatización: Construir personajes de padres poco reflexivos y nada asertivos versus padres con un mejor manejo de estas habilidades sociales.	Humanos	Terapeuta
9:20 a 9:40	Reflexiones acerca de lo observado		Co-terapeuta
9:40 a 10:10	Exposición teórica sobre la flexibilidad y la asertividad y su papel en la comunicación familiar.	Presentación en Power Point Computador Proyector	Terapeuta
10:10 a 10:25	Refrigerio	Alimentos	Co-terapeuta
10:25 a 10:45	Trabajo grupal Nuevas patrones que los madres y padres deben adoptar para ser más reflexivos y asertivos	Papelógrafos	Terapeuta Co-terapeuta
10:45 a 11:10	Plenaria de los resultados del trabajo grupal	Humanos	Terapeuta Co-terapeuta
11:10 a 11:40	Explicación del registro diario de conductas no reflexivas y nada asertivas y la experiencia de sustituirlas por las aprendidas.	Humanos Hoja de registro	Terapeuta
11:40 a 11:50	Preguntas y evaluación del taller	Humanos	Terapeuta
11:50 a 12:00	Cierre de la jornada	Humanos	Humanos

Taller N°3:

La baja tolerancia a la frustración y su relación con las conductas agresivas de los padres y madres

Objetivo general:

- Facilitar estrategias para disminuir la sensibilidad ante las causas que detonan la intolerancia a la frustración.

Objetivos específicos:

- Identificar a nivel personal las causas de su baja tolerancia a la frustración en lo que respecta al cuidado de hijos e hijas.
- Modificar las creencias irracionales que fomentan la baja tolerancia a la frustración.

Participantes:

- Terapeuta y co-terapeuta que dirigirán la sesión.



Tiempo	Contenido	Recursos	Responsable
9:00 a 9:10	Mensaje de bienvenida y reflexiones la tarea enviada a casa	Humanos	Terapeuta
9:10 a 9:20	Exposición teórica sobre las causas de la baja tolerancia a la frustración	Humanos Presentación en Power Point Computador Proyector	Terapeuta
9:20 a 9:50	Identificación de creencias irracionales frente a la baja tolerancia a la frustración	Papel bond, marcadores	Co-terapeuta
9:50 a 10:45	Estrategias para modificar las conducta intolerante	Presentación en Power Point Computador Proyector	Terapeuta
10:45 a 11:00	Refrigerio	Alimentos	Terapeuta Co-terapeuta
11:00 a 11:30	Explicación del registro diario de conductas intolerantes y la experiencia de sustituirlas por las aprendidas	Ficha de registro de conductas intolerantes	Terapeuta Co-terapeuta
11:30 a 11:55	Experiencias personales y evaluación del taller	Humanos Hoja de registro	Terapeuta
11:55 a 2:00	Cierre de la jornada	Humanos	Terapeuta

Taller N° 4:

Paternidad y maternidad responsable después de la separación o divorcio

Objetivo general:

- Dotar de nuevos modelos de paternidad y maternidad desde un enfoque de género.

Objetivos específicos:

- Reflexionar sobre el machismo y su influencia en el rol paterno y materno.
- Resignificar los modelos de paternidad y maternidad después de la separación o divorcio.

Participantes:

- Terapeuta y co-terapeuta que dirigirán la sesión.



Tiempo	Contenido	Recursos	Responsable
9:00 a 9:10	Mensaje de bienvenida y reflexiones la tarea enviada a casa	Humanos	Terapeuta
9:10 a 9:40	Dialogo: mi niñez y los recuerdos de mi padre y madre	Humanos	Terapeuta Co-terapeuta
9:40 a 10:00	Reflexión: el sistema machista y su impacto los hombres y mujeres	Humanos	Terapeuta
10:00 a 10:15	Refrigerio	Alimentos	Co-terapeuta
10:15 a 10:45	Exposición teórica: nuevas paternidades.	Presentación en Power Point Computador Proyector	Terapeuta
10:45 a 11:15	Exposición teórica: nuevas maternidades	Presentación en Power Point Computador Proyector	Terapeuta
11:15 a 11:55	Reflexiones sobre el desarrollo de los talleres y el impacto en sus vidas	Humanos	Terapeuta
11:55 a 12:00	Cierre de la jornada	Humanos	Terapeuta

Discusión

La muestra de estudio de la presente investigación fue de 42 personas. De éstas, 25 son madres y 17 son padres. A su vez, el 100% de los hijos o hijas de estas personas viven con la madre después de la separación o divorcio. Esto coincide con el análisis que hace Chodorow citado en (Fuller, 2019) sobre la maternidad. La autora argumenta que las mujeres se ven obligadas a cuidar a los niños porque socialmente se las ve como las responsables del cuidado de los niños en edades tempranas.

Otro dato que arroja el estudio es que la mayor parte de los individuos que constituyen la muestra (40,5%) tiene dos hijos o hijas. Esto nos remite al hecho de que en el Ecuador se han suscitado importantes cambios demográficos y económicos en las últimas décadas. Según el Banco Mundial, la tasa de fecundidad se redujo drásticamente de 6,7 hijos en 1960 a 2,5 hijos en 2014 (Lanchimba & Diaz, 2017).

Siguiendo con los resultados, una cifra relevante es que las 42 personas que componen la muestra del estudio perciben una remuneración salarial. Sin embargo, al desagregarlo por género se puede evidenciar que el número más alto de personas con ingresos de un salario básico es el de las madres (40%). Frente a esto, tenemos un mayor número de hombres entre aquellas personas que reciben dos o más salarios básicos por concepto de empleo. Sin duda, este hallazgo corrobora que las diferencias de remuneración entre hombres y mujeres en el mundo aún son inaceptablemente altas. Es evidente que las mujeres perciben menos ingresos. La brecha salarial bordea el 20% (El Telégrafo, 2018).

Prosiguiendo con el análisis, en lo que respecta a los factores de personalidad de los padres y madres, las cantidades con puntuaciones más bajas fueron las de asertividad, flexibilidad, tolerancia a la frustración y cuidado responsable. Todas alcanzaron porcentajes de entre el 40% y 70% en el rango bajo. Esto alerta sobre el estado emocional que están atravesando los padres y madres después de la ruptura marital o de pareja y contradice las investigaciones realizadas por Cervantes, Villaseñor, Campos, & García (2013) quienes afirman que hay recursos relacionados al cuidado están relacionados directamente con el género. Aseguran que los hombres tienen mayor fortaleza en áreas sociales, instrumentales y materiales; y que las mujeres poseen mejores recursos cognitivos, sociales y familiares. En el presente estudio se evidencia que, en el mismo grado, hombres y mujeres no presentan diferencias emocionales estadísticamente significativas.

Los resultados obtenidos muestran que “la ruptura marital puede desvanecer el ideal de familia unida, lo que conlleva a experimentar desequilibrios emocionales” (Valdez, Moreno, & Choza, 2009). Lo que interfiere en el cuidado y atención responsable de hijos e hijas, es así que, si contrastamos la información por género, los hombres no presentan rangos de puntuación media ni alta, todos se

ubican en el rango bajo, mientras que las mujeres están con un porcentaje de 2,4% en el rango medio y alto, certificando que la ruptura afecta a ambos géneros y que estos se encuentran con las mismas dificultades derivadas de la separación o divorcio.

En lo que respecta a las edades, se destaca la comprendida entre los 31 y 40 como la que enfrenta los mayores problemas para ejercer un cuidado responsable. Aunque, los estudios han determinado que las personas de edades inferiores a los 30 años tienen mayores problemas para ejercer una maternidad y paternidad acorde a las necesidades de niños y niñas debido a que la edad de los progenitores tiene una relación inversa a la ansiedad de los niños (Coca Vila, 2013), no se puede aplicar esta conclusión a la presente investigación.

Para realizar la propuesta de intervención se utilizó la combinación de tres escuelas psicológicas que integran y abarcan el estudio del ser humano en su conjunto. Para el abordaje del cuidado responsable se utilizó la terapia familiar sistémica de Minuchín, quien postula que la familia no es una entidad estática, sino que está en continuo movimiento. La familia integra a todos sus actores y cada uno cumple un rol en la consecución del equilibrio.

El estudio apeló al trabajo en asertividad y flexibilidad de la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers citado por Arias (2015) quien sostiene que el hombre nace bueno y la sociedad lo corrompe. Rogers sostiene que el humanismo es una concepción que se opone al determinismo del psicoanálisis, al objetivismo conductual y al racionalismo de los trabajos cognitivos. Por tanto, desarrolla una visión más positiva sobre el hombre.

Para trabajar la baja tolerancia a la frustración se utilizaron las técnicas de la escuela cognitivo conductual que se corresponden con la praxis, como el actuar libre, responsable y subjetivo. La técnica ayuda a que la persona busque dentro y fuera de sí las respuestas que le permitan avanzar hacia la superación de las dificultades que lo aquejan. A la vez, esto lo ayuda a desarrollar el pensamiento crítico (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011). Y finalmente, para el desarrollo de nuevas paternidades y maternidades, se adoptaron los trabajos teóricos de Connel (2011), Conway, Bourque, & Scott (1996), Ramos (2001) y Yárnoz (2006).

Conclusiones y recomendaciones

Luego de obtenidos los resultados, se concluye que el cuidado y atención responsable que brindan padres y madres a sus hijos e hijas después de la separación o el divorcio no suele ser óptimo. Las puntuaciones alcanzadas en el cuestionario de evaluación ubican a padres y madres en los rangos bajos de calificación. Por lo tanto, se evidencia que experimentan limitaciones y deficiencias en todos los factores de personalidad analizados. Estos resultados no presentan diferencias estadísticamente significativas entre el género masculino y el femenino. Sin embargo, existe un mejor perfil en cuanto al cuidado afectivo que brindan las madres.

Las edades con especial dificultad para ejercer un cuidado y atención responsable están entre los 31 y 40 años, mientras que aquellas que sobrepasan los 50 años mostraron puntuaciones más elevadas en los rangos altos de cuidado. En lo referente a la relación entre las variables ingresos económicos y nivel de instrucción, se muestra una brecha entre el género femenino y masculino, pues las remuneraciones son menores en el caso de las mujeres, así como el acceso a educación de cuarto nivel.

La religión que profesen no es una variable que defina un mejor cuidado de hijo e hijas, pues se observó que también hubo un alto porcentaje en los rangos bajos obtenidos por católicos, cristianos o evangélicos. No obstante, una persona que se identificó como agnóstica fue la única que obtuvo una calificación dentro del rango medio de cuidado responsable.

El tiempo de relación previa a la ruptura de la relación entre los padres es inferior a los cinco años, etapa en la que la pareja experimenta conflictos derivados de la convivencia inicial. De hecho, el mal manejo de dicha convivencia tiende a finalizar en una separación o divorcio. De igual forma, el tiempo transcurrido luego de la ruptura, con índice de mayor complejidad, es de entre uno y cinco años.

Se observa un mejor perfil de cuidado en los padres y madres del CEIAP frente al grupo de padres del CIBV, entre los que se marca como un factor diferencial el nivel de instrucción y la edad.

Por último, dada la importancia del tema, es recomendable que se socialice los resultados obtenidos con las y los estudiantes de pregrado de las Facultades de Jurisprudencia y Psicología de la Universidad de Cuenca. El estudio ayudará a comprender mejor los procesos de separación y divorcio y sus repercusiones en el cuidado y atención responsable de hijos e hijas.

Es importante que se aplique la propuesta de modelo de intervención con los padres y madres separados o divorciados, para luego reevaluar la Escala CUIDA y comparar los resultados iniciales y finales.

Se sugiere ampliar la investigación a madres y padres que se encuentran en procesos judiciales por la tenencia de hijas e hijos, pues los resultados obtenidos podrían ayudar a que se tome en cuenta a los padres como cuidadores principales.

Referencias

- Abajo Llama, S., Bermat, C., Galaman, C., & Soto Bermant, L. (2016). Ser madre hoy: abordaje multidisciplinar de la maternidad desde una perspectiva de género. *Musas*, 20-34.
- Aguilar Caro, A. (2017). *Estudios Doctorales femeninos: aportes desde las ciencias sociales y humanas*. Barranquilla: Universidad Simón Bolívar.
- Aguirre Dávila, E. (2015). Prácticas de crianza, temperamento y comportamiento prosocial de estudiantes de educación básica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 223-243.
- Álvarez Arroyo, P., Rangel Batida, C., Zalapa Lúa, E., & García Martínez, Y. (2014). Las emociones del varón ante el proceso de divorcio. *Psicología Latinoamericana: experiencias, desafíos y compromisos sociales*, 441-451.
- Arias, W. (2015). Carl R. Rogers y la terapia centrada en el cliente. *Unifé*, 141-148.
- Badaraco-Delgado, V. (2018). La Tenencia Compartida en el Ecuador, ¿una necesidad? *Espirales Revista Multidisciplinaria de Investigación*, 30-39.
- Baranauskienė, I. & Šaveikienė, D. (2016). Estrategia de disciplina positiva. *PSI WELL*, 135-147.
- Barcia Lehmann, R. (2018). La evolución de la custodia unilateral conforme a los principios de interés superior del niño y corresponsabilidad de los padres. *Revista Ius et Praxis*, 469-512.
- Barone, L. (2019). Enseñar la disciplina sensible a los padres. Aprender participando. *Comunicación y hombre*, 67-76.
- Benton, R. (Dirección). (1979). *Kramer vs. Kramer* [Película].
- Bermejo, F., Estévez, I., García, M., García, E., Navarro, M., Letamendia, P., . . . Velázquez, F. (2014). *CUIDA Cuestionario para la evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores*. Madrid: TEA Ediciones.
- Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Lasallista de Investigación*, 50-63.

- Capano, Á., & Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Prensa Médica Latinoamericana*, 83-95.
- Censos, I. N. (2012). *Encuesta de Uso del Tiempo*. Quito.
- Cervantes Pacheco, E., Villaseñor Guzmán, O., Campos Soto, E., & García Gonzalez, C. (2013). ¿Cómo enfrentan el proceso de divorcio las parejas? Estudio cualitativo desde los recursos psicológicos. *Uaricha*, 28-43.
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la Personalidad*. México: Pearson Educación.
- Coca Vila, A. (2013). Evaluación de factores de personalidad de los progenitores y ansiedad en los hijos en una muestra de población española. *Acción Española*, 3-20.
- Colomeischi, A. (2016). Construir puentes: promover el bienestar familiar, manual para padres. *PSI WELL*, 78-90.
- Columbus, C. (Dirección). (1993). *Sra. Doubtfire, papá de por vida* [Película].
- COMERCIO, D. E. (12 de 07 de 2017). *Diario EL COMERCIO*. Obtenido de <http://www.wlcomercio.com>
- Congreso Nacional del Ecuador. (2003). Código de la Niñez y Adolescencia. Quito.
- Connel, R. (agosto de 2011). *Cholonautas Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales*. Obtenido de www.pasa.cl/wp-content/uploads/201/08/La_Organizacion_Social_de_la_Masculinidad_Connel_Robert.pdf
- Conway, J., Bourque, S., & Scott, J. (1996). El concepto de género. En J. Sarukhán Kérmez, H. Muñoz García, & G. Hierro, *El Género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (págs. 21-33). México.
- Chouhy, R. (s.f.). *Red Sistémica*. Obtenido de <http://www.redsistemica.com.ar/chouhy.htm>
- De Rojas Gómez, M. C., Pérez Cárdenas, A. L., & Hernández Pérez, M. E. (2019). Talleres Vivenciales: una modalidad pedagógica acertada para elevar la calidad de vida. *EDUMECENTRO*, 300-306.
- Donoso, E., & Villaroel, L. (2003). Edad materno avanzada y riesgo reproductivo. *Revista médica de Chile*, 55-59.
- El Comercio, D. (22 de Mayo de 2018). *Cae el tiempo promedio de la duración de los matrimonios en el Ecuador*. Obtenido de www.elcomercio.com: <https://www.elcomercio.com/actualidad/disminucion-duracion-promedio-matrimonios-ecuador.html>.

- El Telégrafo. (17 de 12 de 2018). *ElTelégrafo*. Obtenido de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/economia/4/mujeres-desigualdad-salarial>
- Farely, B., & Farely, P. (Dirección). (2000). *Yo, yo mismo e Irene* [Película].
- Faur, E. (2014). *El cuidado infantil en el siglo XXI*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Fernandez, M. I., Pastor Cerezuela, G., & Botella Pérez, P. (2014). Estrés y afrontamiento en familias de hijos con trastorno de espectro autista. *INFAD Revista de Psicología*, 425-434.
- Fernández, M. D. & Del Valle, J. (2016). *Cómo iniciarse en la investigación académica, una guía práctica*. Lima: Fondo Editorial.
- Frenandez, L. (12 de 11 de 2013). *Universidad de las Tunas*. Obtenido de <http://hdl.handle.net/123456789/2114>
- Fuller, N. (2019). *Demus*.
- García Dauder, S. (2010). La relación entre la Psicología y el Feminismo en “tiempos de igualdad”. *Qauaderns de Psicología* , 47-64.
- García Pereiro, T., & Solsona i Pairó, M. (2010). El divorcio como nudo geográfico. Una revisión de la literatuta reciente desde la perspectiva de la vulnerabilidad postdivorcio. *Centro de estudios demográficos*, 105-126.
- Gil Flores, J. (2013). Medición del nivel socioeconómico familiar en el alumnado de educación primaria. *Revista de Educación*, 298-322.
- Giraldo Arias, R. (2017). LA TERAPIA DE PADRES SEPARADOS: Una forma de terapia en pareja basada en los vínculos. *Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 103-126.
- Gómez Urrutia, V., & Jimenez Figueroa, A. (2015). El conflicto trabajo-familia antes los derchos al cuidado de niños y niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencia Sociales, Niñez y Juventud*, 137-150.
- Guzman Huayamave, K., Bastidas Benavides , B., & Mendoza Sangacha, M. (2019). Estudio del rol de los padres en la vida emocional de los hijos . *Revista de Investigación: apuntes universitarios* , 61-72.
- Guzmán Huayamave, K., Bastidas Benavides, B., & Mendoza Sangacha, M. (2019). Estudio del rol de los padres de familia en la vida emocional de los hijos. *Revista de Investigación Apuntes Universitarios*, 61-72.

- Hernández, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación cuarta edición*. Buenos Aires: Mc Graw-Hill Interamericana.
- INEC. (Diciembre de 2011). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/uso-del-tiempo-2/>: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/los-divorcios-crecieron-8345-en-diez-anos-en-ecuador/>
- INEC. (Diciembre de 2011). *www.inec.gob.ec*. Obtenido de www.ecuadorencifras.com: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjfqnrOHjAhViS98KHQqzDz4QFjAAegQIABAB&url=https%3A%2F%2Fwww.ecuadorencifras.gob.ec%2Fencuesta-de-estratificacion-del-nivel-socioeconomico%2F&usg=AOvVaw2XnErvPTyBCJ9>
- Izquierdo E. & Zicavo, N. (2015). Nuevos padres; construcción del rol parental en hombres que participan activamente en la crianza de sus hijos. *Revista IIPSI, Facultad de Psicología UNMSM*, 33-55.
- Lagarde, M. (sin fecha). *Identidad Femenina*. Obtenido de Secretaría Nacional de Equidad y Género: ovcmsalta.gob.ar
- Lanchimba, C. & Diaz Sanchez, J. (2017). Efectos de los ingresos del hogar, educación de la mujer y participación laboral femenina sobre la fecundidad ecuatoriana. *Revista de análisis económico*, 47-67.
- López Ortega, M. (2009). Modelo para el trabajo con grupos. *Revista Psicología Com*, 1-10.
- Macías, M. A. (2004). Roles parentales y el trabajo fuera del hogar. *Psicología desde el Caribe*, 15-28.
- Martín Sanchez, A. (2018). La Familia ante el conflicto Padres-Hijos . *La Albolafia*, 213-235.
- Matías, M. (2017). *Wiley Online Library*. Obtenido de <http://onlinelibrary.wiley.com/user/reset-password/k190Eoot39mW547e>
- Matute, E., Sanz, M., Araceli, Diaz, G., Rosselli, M., & Alfreso, A. (2009). Influencia del nivel educativo de los padres, el tipo de escuela y el sexo en el desarrollo de la memoria y atención. *Latinoamericana de Psicología*, 257-276.
- Menendez, I. (2008). *El equilibrio emocional*. Espasa.



- Miller, A. (2004). *El cuerpo nunca miente*. Tusquets Editores S.A.
- Ministerio del, T. (27 de Diciembre de 2018). *Ministerio del trabajo*. Obtenido de <http://www.trabajo.gob.ec/incremento-del-salario-basico-unificado-2019/>
- Montagna, P. (2016). Parentalidad socio-afectiva y las familias actuales. *Revista de la Facultad de Derecho PUCP*, 219-233.
- Montaño, C. (2018). Alienación Parental, custodia compartida, y los mitos contra su efectividad. Un desafío al Trabajo Social. *Perspectivas Sociales*, 9-29.
- Moreno, L., Hernández, J., García, O., & Santacreu, J. (2000). Un test informatizado para la evaluación de la tolerancia a la frustración. *Anales de Psicología*, 143-155.
- Moreno Franco, J. & Esparza Mesa, E. (2014). Estrategias de afrontamiento en la ruptura de pareja. *Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza en Psicología - ALFEPSI*, 98-110.
- Moreno, A. (2015). La ambivalencia ante la corresponsabilidad parental en España: una cuestión de género. *Estudios de Género, La Ventana*, 46-98.
- MSP, M. (Diciembre de 2011). www.todaunavida.gob.ec. Obtenido de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiljeDOobLjAhVuZN8HbSqC8YQFjAAegQIBBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.todaunavida.gob.ec%2Fwp-content%2Fuploads%2Fdownloads%2F2015%2F04%2FFproyecto_enipla.pdf&usg=AOvVaw3sjPtbPq4HGw1BHcu8hNY
- NCYT. (12 de Julio de 2019). *Hemeroteca Publicidad NCYT Amazigns*. Obtenido de <https://noticiasdelaciencia.com/art/24285/la-edad-del-padre-al-nacer-su-hijo-o-hija-influye-en-el-aprendizaje-de-habilidades-sociales-de-este-o-esta>
- Nuñez Mederos, C. S., Pérez Cernuda, C., & Castro Peraza, M. (2017). Consecuencias del divorcio-separación en niños de edad escolar y actitudes asumidas por los padres. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 293-309.
- OMS. (Diciembre de 2013). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- ONU MUJERES. (2016). *Mujeres Ecuatorianas dos décadas de cambios 1995-2015*. Quito: Grupo impresor. Quito.

- Páez, D., Fernández, I., Campos, M., Zubieta, E., & Casullo, M. (2006). *Academia.edu*. Obtenido de <https://www.academia.edu/>
- Palacio Madero, M., Villavicencio Alvarado, F., & Mora Oleas, C. (2015). Evaluación de los estilos educativos familiares en la ciudad de Cuenca. *Revista semestral de la DIUC*, 31-45.
- Pérez, M., & Aguilar, J. (2008). Relaciones del conflicto padres-adolescentes con la flexibilidad familiar comunicación y satisfacción marital. *Psicología y Salud*, 111-120.
- PISA. (2015). *PISA Programme for International Student Assessment*. Obtenido de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKewiW3NTXsuHjAhVNhuAKHdOUCxAQFjACegQIARAC&url=https%3A%2F%2Fwww.oecd.org%2Fpisa%2Fpisa-2015-results-in-focus-ESP.pdf&usq=A0vVawoCdGjNyF4KJqChzLLOff6d>
- Posada, Á., Gómez, J., & Ramírez, H. (2008). Crianza humanizada: una estrategia para prevenir el maltrato infantil. *Acta Pediátrica de México*, 294-304.
- R.A.E. (2014). *Real Academia Española*. Obtenido de <http://dle.rae.es/?i=d=XLApmp>
- Ramos González, B. (02 de 2016). *Psicopedia.org*. Obtenido de <https://psicopedia.org/wp-content/uploads/2016/02/Duelo-por-ruptura.pdf>.
- Ramos, M. (2001). La Paternidad y el mundo de los afectos. *FEM. Publicación feminista mensual*, 1-8.
- Rangel, J. (2001). Salud Mental y Género. *Otras Miradas*, 35-42.
- Ranguel, J. (2001). Salud Mental y Género. *Otras Miradas*, 35-42.
- Raya, A., Pino, M., & Herruzo, J. (2009). La agresividad en la infancia: el estilo de crianza parental como factor relacionado. *European Journal of Education and Psychology*, 211-222.
- Reichert, E. (2011). *Infancia, la edad sagrada*. Barcelona: La Llave.
- Rodríguez Biglieri, R., & Vetere, G. (2011). *Manual de Terapia Cognitiva Conductual*. Buenos Aires: Polemos.
- Rodríguez Domiguez, C., & Carbonell, X. (2014). Coordinador de Parentalidad: nueva figura profesional para el psicólogo forense. *Papeles del Psicólogo*, 193-200.

- Rodriguez, C. (2015). Economía Feminista y economía del cuidado. *Nueva Sociedad*, 30-44.
- Roque Aguilar, D., & Guerra, M. (2018). Estudio descriptivo de los estilos de paternidad. *Educación y Sociedad*, 1-15.
- Sanz Merino, N. (2011). Donna Haraway. La redefinición del feminismo a través de los estudios sociales sobre ciencia y tecnología. *Eikasía. Revista de Filosofía*, 38-73.
- Schongut Grollmus, N. (2012). La construcción social de la masculinidad: poder e jemonía y violencia. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 27-65.
- Soto, S., Fernandez, A. L., & Cartillo, J. (2013). La duración media del matrimonio terminado en divorcio. *Redalyc*, 91-107.
- Tobio, C. (2012). Cuidado e Identidad de Género. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 399-422.
- Torres, L., Garrido, A., & Navarro, N. (2015). La paternidad en el divorcio. *Coloquio de investigación en género desde el IPN*, (págs. 117-131). Iztacala.
- Tur-Porcar, A., Mestre, V., Samper, P., & Malonda, E. (2012). Crianza y agresividad de los menores: ¿Es diferente la influencia del padre y de la madre? *Redalyc*, 284-288.
- Valdez, A., Moreno, G., & Choza, E. (2009). Percepciones de mujeres divorciadas acerca del divorcio. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 23-35.
- Vélez Bautista, G., & Serrano Barquín, H. (2018). Violencia de género, masculinidades y políticas públicas. *Revista temas sociológicos*, 151-176.
- Ventura, A. (2015-2016). *Género, Identidad y Performatividad en Judith Butler*. Obtenido de Riull: <https://riull.ull.es>
- Vilalta, R. (2017). Sobre el mito del síndrome de alienación parental (SAP) y el DSM-5. *Redalyc, Papeles del Psicólogo*, 3-38.
- Yárnnoz, S. (2006). ¿Seguimos descuidando a los padres? El papel del padre en la dinámica familiar y su influencia en el bienestar psíquico de sus componentes. *Anales de Psicología*, 175-185.

Aportes de la economía feminista a la gestión de salud integral: el caso de la Escuela de Pacientes Crónicos del Centro de Innovación de la Salud de la Universidad de Cuenca 2019-2020

Brenda Karina Espinoza Gárate

Introducción

La formación de habilidades de cuidado y autocuidado debe resultar de identificar en qué consiste el servicio integral de salud y el encargo de actividades necesarias para la toma de decisiones en torno a él. Este trabajo estará orientado a cubrir el estudio de las carencias específicas y las prioridades de alta complejidad relacionadas con el servicio integral de salud. Así, una de esas cuestiones principales relativas a dicho cuidado será la dimensión política del proyecto. Se aspira el desarrollo y conversión del sistema sanitario a partir de la propuesta de un modelo de escuela de pacientes. Sin embargo, este modelo constituirá el efecto de la profundización teórica y del análisis narrativo de la ética feminista del cuidado.

El estudio ha sido definido en un contexto de evolución y desarrollo de varias fases del sistema de salud. Los sucesivos mecanismos que componen el modelo actual han sido implantados y diseñados bajo una lógica paternalista; sin que involucren un compromiso de innovación diversificada e interdisciplinaria, necesario para el crecimiento y bienestar integral de personas con enfermedades crónicas. La red de tecnología implantada de manera homogénea carece de coherencia respecto a la complejidad del sistema sanitario, así como en relación con los procesos internos y dimensiones específicas de personas con enfermedades crónicas.

En síntesis, se desarrollará una versión teórica del proceso con base en una perspectiva feminista de la Economía del cuidado. Esto permitirá detectar cuáles son los principios guías de este proceso. Así como, la conducción de cuestiones que involucran ciertos elementos, que son objeto de estudio de la economía de la Salud y se asentarán en la base legal y política existente. De este modo, el estudio se orienta a encontrar directrices para corregir las fallas del mercado de la salud y mejorar la calidad del servicio.

El marco teórico define el alcance de la actuación del Estado; así como también, la situación institucional del Centro de Innovación de la Salud. Implica la necesidad de incluir un ambiente de mesogestión basado en la integración institucional de la salud tanto a nivel investigativo, como clínico. Asume los objetivos de desarrollo y la microgestión de otros proyectos. La “Escuela de pacientes crónicos”, propuesta principal de este estudio, es –particularmente- una estrategia para la formación de habilidades de cuidado y autocuidado en pacientes crónicos, cuidadoras y cuidadores informales.

Este supuesto se incluye como una organización que ejecutará la administración y gestión de la salud integral y la organización social del cuidado abordado desde la economía feminista. La síntesis de los supuestos básicos del enfoque de este estudio son: cuidar, curar y autocuidarse para obtener la sincronía de capacidades en pacientes y cuidadoras/es informales. El propósito es mejorar la adherencia de los pacientes al tratamiento y satisfacción del servicio como un principio significativo de su situación sociocognitiva con base en el proceso de investigación del entorno a partir de las variables mencionadas, con un análisis de brechas entre cuidadoras/es informales y la verificación de las necesidades de pacientes crónicos.

El método de la investigación combinó un paradigma cuantitativo y cualitativo de investigación, para verificar las necesidades de cuidado y habilidades de autocuidado en pacientes crónicos. La finalidad fue mejorar la calidad de vida y bienestar de los pacientes y sus cuidadores desde un enfoque integral de salud, de modo que, se partió de la teoría del cuidado como una propuesta feminista para la sostenibilidad de la vida.

Se ha empleado un muestreo probabilístico por conglomerados. El grupo de estudio ha sido seleccionado aleatoriamente del grupo de apoyo de SOLCA, de pacientes con cáncer de mama y los/as pacientes crónicos con artritis del grupo de escuela de pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso, respetando la objetividad del método científico.

También se ha desarrollado un método inductivo de modo que la proximidad a la observación de múltiples necesidades de cuidado y autocuidado en cuidadoras y cuidadores informales de pacientes crónicos ha permitido teorizar una propuesta sobre un modelo de gestión para la Escuela de Pacientes crónicos, como parte del Centro de Innovación de la Salud de la Universidad de Cuenca.

Esta investigación mixta tuvo una perspectiva dialéctica en el análisis de la realidad de los/as pacientes, con un alcance descriptivo-analítico, entendiendo el carácter transformador de la investigación. El instrumento empleado en la recolección de los datos cuantitativos fue la encuesta. Se utilizó un cuestionario de tipo semiabierto que fue aplicado a los/as sujetos de estudio: las pacientes con la enfermedad de cáncer de mama del grupo de apoyo de SOLCA, y los/as pacientes crónicos con artritis del grupo de escuela de pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso. La encuesta se diseñó para determinar las necesidades y demandas de los pacientes y sus cuidadores en tres niveles: curar, cuidar y autocuidarse.

Los datos cualitativos se han obtenido a través de un grupo focal con cuidadores y cuidadoras informales de pacientes crónicos que padecen artritis para determinar la necesidad de desarrollo de capacidades de autocuidado y cuidado. Se realizó un análisis bibliográfico de fuentes académicas respecto a la ética del cuidado desde la perspectiva de la economía feminista en el sistema de salud. Esto nos permitió realizar la conceptualización de los aspectos más relevantes del tema en cuestión, así como el cruce de variables identificadas con las conclusiones obtenidas.

II

Marco teórico

Aportes de la economía feminista para un sistema de salud integral: economía feminista del cuidado y su relación con la economía de la salud

La economía de la salud ha tenido en las últimas décadas grandes avances. Hay trabajos de grado, investigaciones, así como eventos nacionales e internacionales que abarcan contextos de producción, desarrollo y estudios diferenciados en la materia. La economía de la salud implica una relación doble entre el término economía y salud. Estos progresos intelectuales han sido influenciados por un avance académico mundial, que demanda la aplicación material de procesos de desarrollo tecnológico, salud y bienestar, calidad de vida y servicio (Espinoza, Restrepo, & Rodríguez, 2003).

Esta relación constituye una comprensión amplificada del análisis microeconómico del costo efectividad y costo beneficio en la entrega de la salud, así como la oferta de servicios. Por tanto, se establece una relación entre el equilibrio del mercado y la influencia de la salud en la economía. Esta relación está construida desde una técnica alternativa de valoración de la salud y la vida. Estos

parámetros de estudio han sido propuestos por Maynard y Kanavos (2020) citados en Espinoza, Restrepo, & Rodríguez (2003). Estos autores sugieren concentrar las políticas económicas en dirección de la salud para justificar la implementación de centros de investigación en evaluación económica de tecnologías de la salud.

Por otra parte, un análisis económico sobre el sector de la salud implica la introducción de los conceptos de eficiencia y eficacia. Así:

La introducción del *análisis económico* en el sector de la salud ha permitido incorporar los conceptos de eficiencia y eficacia en la gestión integral de los recursos, analizar los procesos y los costos de producción y evaluar los resultados obtenidos de un modo efectivo en función del costo según su impacto no solo sobre la morbilidad y mortalidad, sino también sobre la calidad de la vida (Collazo et al., 2002, p. 359)

Las programaciones de políticas económicas se desarrollan en relación con procesos de proyección del sistema de salud. Descentralizan los supuestos clásicos que rodean al sistema sanitario, componiendo conceptos integrados de salud comunitaria. Sopesan las necesidades, posibilidades y actividades necesarias que permitan anticipar una planificación consciente de la situación de la salud. Esto implica tener en cuenta las múltiples realidades y factores predominantes. Sin embargo, existen determinados factores que no son considerados por la economía de la salud. Entre los factores clave del incremento del gasto en la salud se encuentran:

...el envejecimiento de la población, el desarrollo de la tecnología, los pagos al personal, el precio de los medicamentos, las nuevas enfermedades y las enfermedades reemergentes, los problemas de origen ambiental, las necesidades de investigación y capacitación, y la gestión administrativa (Collazo et al., 2002, p.361).

Generalmente, se ha ligado administrativamente el término economía de la salud con cualquier fin de indagación que vincule dinero y salud. Es decir, se considera la economía de la salud como un método relacionado a las finanzas que rodean al sistema sanitario. Se organiza sobre las metas e inversión; y, aunque el sentido explicativo de beneficio dentro de la economía de la salud se aparte de la lógica mercantilista de la economía clásica, no alcanza a introducir por sí sola la ruptura epistémica que sí propone la economía feminista del cuidado (Mushkin, 1999).

La economía del cuidado identifica la reorganización del cuidado y la necesidad de la población de adoptarla ante una crisis de cuidados. Así, puede percibirse en conjunto el sistema de salud y la economía desde una perspectiva feminista en el momento en el que el curso político y económico centra su atención en la sostenibilidad de la vida, desenfocando al mercado y lo monetizado. Es conveniente

aclarar que la economía feminista no es transformación de mercado sino preservación de la vida. De este modo, las esferas monetizadas pasan a segundo plano (Orozco, 2006).

A diferencia de la economía del cuidado, la economía de la salud concentra los servicios sanitarios y la innovación tecnológica, en un modelo que representa una reducción de costes de producción. En contraste con un aumento de gasto -que al contrario de frenar la calidad y prestación de servicio ante una demanda creciente y el envejecimiento progresivo de la sociedad-, el gasto es experimentado desde el retraso notorio en relación a los índices globales. La confrontación de estas perspectivas permite la aproximación a un vacío específico de la economía de la salud y un estado paternalista (Gimeno, Repullo, & Rubio, 2005).

La economía de la salud ha progresado en la “atención médica y la adopción de nuevas tecnologías” (p.8), en respuesta a la particular demanda del costo representativo del servicio. En este sentido, países como Colombia han aplicado medidas como la articulación de conocimiento y reformas orientadas al desarrollo de la economía de la salud, teorizando las principales fallas de su sistema. Con ello, han reformado ciertas afirmaciones estructurales que clasificaban en un primer plano la producción académica en esta área.

La sección académica, refiere el nuevo diagnóstico de la economía de la salud. Relaciona el desarrollo de nuevas técnicas y el tratamiento de enfermedades manteniendo la realización amplia de aportes investigativos en el campo del servicio y la economía (Espinoza, et al. 2003). Toda actividad que se desarrolle en la planificación de proyectos relacionados con el sistema sanitario debe tener en cuenta la posibilidad de centralizar las necesidades comunitarias por medio de estrategias nacionales que consideren los factores socioeconómicos y biológicos.

Anticipar el impacto de las intervenciones estatales implica el reconocimiento del sentir de la población en múltiples programas que integra la relación de los factores ya mencionados con el medioambiente y el estilo de vida. Sin embargo, la promoción de la salud en este sentido incrementa el gasto, de modo que orienta la investigación y capacitación únicamente en los diferentes servicios, y el personal que lo integra (Collazo et al., 2002)

La clave del programa es el factor bienestar. Aunque no representa el costo de oportunidad que la economía de la salud pretende alcanzar a nivel administrativo, tampoco será suficiente desde la perspectiva de la economía feminista del cuidado. Esto, porque podría ser utilitarista. El método intenta definir la viabilidad de la planificación local en temas de salud. Aunque las estrategias nacionales intentan adecuarse a la realidad fomentando la participación social y movilizandolos recursos, en el marco de los derechos fundamentales, no logran la integración de una planificación sanitaria basada en alcanzar los objetivos bajo la lógica

de paciente activo. En lo más concreto, estamos hablando de la integración de capacidades y la autonomía como expresión de la dignidad humana (León, 2019).

Los problemas actuales centrados en sustentar este tipo de sistema -en el que se articula la beneficencia no paternalista con la responsabilidad- están ligados a la incompatibilidad del concepto de una libertad deliberada y las limitaciones que puede generar para sus redes. Sobre todo, para sus cuidadores/as informales. Esta autonomía no es estrictamente individual, recoge nuevas y progresivas demandas.

En el fenómeno propuesto por la economía de la salud, las responsabilidades son trasladadas de una alternativa que permita reducir los niveles de consumo, sin que esto incremente el gasto público, al trabajo no remunerado de cuidado. Claramente, en este contexto no solo se desbordará una precarización del empleo sino además tendremos una realidad de trabajadoras/es pobres centrados en el servicio (Orozco, 2011).

Notemos la fuerte presencia de lo que Amaia Pérez Orózcó (2011) denomina “estrabismo productivista” (p.31), en el modo con el que el proceso del sistema de salud sigue ligado a la economía asociada al capital, al gasto público, al trabajo, la inversión y como no a los procesos de producción. Mantener los fines de una vida plena, entre la inclusión y la autonomía convierte la lógica de individuo saludable para el Estado, en Estado para el individuo.

Esto no solo da un giro al derecho y concepto de salud, sino además crea una relación moral entre el cuerpo y el individuo. Genera una situación de convivencia entre el individuo, su cuerpo y el autocuidado que será parte de esta nueva relación moral (Foucault, 1974). La realidad es que la estatización de garantías de salud física de los/as ciudadanos/as insiste en la deuda del servicio de salud.

Poner en el centro del análisis las condicionantes de cómo vivir en el mundo, cuando se justifica la ausencia en el trabajo debido a una condición de salud, es como se visibiliza la verdadera dinámica de la economía convencional en el sistema de salud. La incapacidad de la economía de la salud de cumplir con la explicación de un debate que evidencia el sesgo androcéntrico es cubierta por el análisis feminista de la economía (Rodríguez, 2015).

Descentrar los mercados e inquietarse por una cuestión distributiva son dos de las preocupaciones de la economía del cuidado que, además de modificar desigualdades sociales en temas de acceso a la salud, concentran el análisis en modificar desigualdades de género. Esto se realiza abordando la realidad material, que no es la producción de capital sino la producción de la vida y aquellas actividades inmateriales (Rodríguez, 2015). Desde la mirada de la interdependencia, alejado del sector público o privado del sistema de salud, se vislumbra lo esencial en el proceso que es que este trabajo, además de no haber sido remunerado, ha sostenido el tejido social (Salvador, 2007).

Además de implicar una sobrecarga, el trabajo de cuidado no remunerado ha estado presente en diferentes sectores y su demanda ha reducido el incremento de costos en los servicios públicos. Las inversiones del Estado en proveer de capacidades de cuidado han sido inspiradas en el análisis de lo que esto representa en transferencias de ingresos. La valoración del cuidado por parte de la economía clásica ha puesto atención en quienes reciben cuidado. El cuidado es comprendido desde un nivel de consumo. Entendido desde el bienestar y la disponibilidad de mano de obra gratuita, debido a la reserva del trabajo doméstico y la protección social hacia los cuidados cubiertos. Para ejecutarlos se requiere un/a experto/a que además será mujer. Todo esto profundiza la inequidad, exacerbando el cuidado realizado por mujeres marcado por las dificultades de los roles de género en un sistema económico clásico. Por esto, es preciso pensarlo desde la lógica feminista (Esquivel, 2011).

Por lo general, los estudios realizados se enfocan en un análisis económico y crítico, respecto al trabajo asalariado y la producción de medios, e ignorando la influencia real de elementos materiales, relacionales y culturales. El objetivo central será analizar la relación entre el Estado, empresas, familia, comunidad y personas, y cómo esto influye en la fluidez del sistema y las condiciones de vida. La concepción de estos elementos en el individuo es el resultado de un proceso histórico presente en las más grandes expresiones de socialización.

La libertad y autonomía del ser humano se concibe en sí misma siempre que sean convalidadas con un vínculo comunitario. Ese vínculo puede ser reducido al seno familiar, manifestando la cooperatividad y la solidaridad como signos de obediencia o responsabilidad. Pero no se trata de cualquier responsabilidad, será una responsabilidad moral. La colisión entre dependencia e independencia, se mantiene concibiendo al ejercicio de la ciudadanía como un cúmulo de exclusiones y limitaciones.

El autocuidado, funcionalmente, responde a caracteres específicos de ejercicio de independencia. Esto está relacionado a la no universalidad del cuidado, pues la autosuficiencia supone la contribución a través de un salario. El ejercicio de una ciudadanía que no asimile una infraestructura doméstica permite la falacia intimidatoria del ejercicio de la independencia y la autosuficiencia salarial (Izquierdo, 2013).

María Jesús Izquierdo (2013) menciona al pacto de constitucionalidad como uno de los mitos que legitiman las democracias modernas en la que los ciudadanos se dotan de un marco para establecer relaciones, repartir responsabilidades, enunciar derechos y libertades. Este pacto se realiza entre los hombres y legitima la relación de poder que se ejerce con propiedad sobre las mujeres.

Lo relevante de este sistema tradicional -basado en el poder y en la adquisición material y cuantificable- es que puede generar relaciones asimétricas. En él, incluso mujeres de diferente posición económica asumen y reproducen conceptos de la economía tradicional o clásica. El machismo aprovecha su clara comodidad económica para transferir obligaciones dentro del área de cuidado hacia mujeres de situación económica desequilibrada conformando así cadenas mundiales de cuidado (Izquierdo, 2013).

El análisis ético del cuidado no puede ignorar su lado oscuro, pues puede construir dependencia del cuidador hacia los demás miembros. El cuidado está íntimamente relacionado con la violencia. Parte de la predisposición de encontrarse al servicio de otro, poniendo las necesidades de los demás, incluso, por encima de las suyas propias. Por otra parte, los que son objeto de cuidados pueden desarrollar sentimientos contradictorios de gratitud y resentimiento.

Las prácticas vitales y la subjetividad que se construyen en las prácticas materialmente identificables en ingresos mensuales dan pie a una disposición ética del cuidado, distinta y complementaria respecto de la que desarrolla la “ama de casa” (Izquierdo, 2013).

Una nueva filosofía en el sistema de salud: la ética de cuidado

El discurso ético ha generado un pensamiento clásico, desde Aristóteles a Kant. Asimismo, Rawls y Habermas distinguen una pretensión universalista con base en una producción sistemática de segregación. En ella, los problemas y temas éticos son tomados desde la idea moral entre los sexos. En tal caso, lo moral se reserva al espacio privado y las acciones individuales del ser humano. Conviene subrayar que se encuentra íntimamente ligado a lo doméstico (Carosio, 2007).

En el espacio privado, se rescata valores diferenciados por el sexo, en los que el sujeto masculino será autoconstituyente. De esta forma, el otro no es visto solo desde la diferencia sino desde una jerarquía que lo presenta como inferior. La descalificación moral de las mujeres justifica sus condiciones ciudadanas; pero, sobre todo, reafirma las virtudes femeninas en un sistema de salud y económico patriarcal.

El feminismo, en concreto, propone una ética transformadora que, en antítesis del *humano genérico*, visibiliza a los sujetos. A partir de la experiencia, describen una realidad sexuada que, por supuesto, no cae en esencialismos. El primer paso de la sexualización de la realidad es la distinción de lo público y lo privado, en oposición a la razón universal de la efectividad de roles de género a nivel social y, por supuesto, económico dentro del sistema de salud. La consideración de este elemento permite la visibilización de un conjunto de problemas que antes

se reservaban para el área doméstica, considerada como un ambiente romántico (Carosio, 2007).

La conflictividad que rodea la construcción conceptual de la ética ha generado un reto en medios como la prestación del servicio de salud. El esquema conceptual que ha rodeado el servicio de salud mantiene los proyectos radicalizados y jerarquizados de roles de género. Se concibe a las mujeres como la representación del cuidado y la responsabilidad.

Mientras que los derechos y la justicia son valores o privilegios reservados para hombres por naturaleza, dentro de una representación artificial por género. Ante la presunta universalidad de experiencias y necesidades se sustituye la capacidad moral de las mujeres por una visión masculinizada del servicio en lo formal (Fascioli, 2010, p.42).

La categoría de cuidado es producto de los estudios feministas sobre trabajo, que se impregnan institucionalmente en los estudios sobre la esfera privada y la pública de diferentes formas. La filosofía del cuidado implica la aproximación a la idea integral de cuidado como solicitud, atención, asistencia y preocupación por el otro o la otra. Implica la valoración del trabajo detrás de la existencia humana y del conjunto de actividades que incorporan la producción emocional y el esfuerzo de producción psíquica en el sujeto.

Sin embargo, Lévinas citado en Idareta y Úriz (2012) inicia una crítica del cuidado en la adversidad, pues lo considera un contrat tiempo que exige ajustar la vida del sujeto al cuidado del otro. Menciona que la presencia del cuidador/a informal en las categorías cognitivas del otro podría adecuar al otro a una sincronización inadecuada que pone en peligro la identidad y las ideas propias. Esto podría producirse por una sincronización asimétrica, que prioritariamente obliga al cuidador a ajustarse a la vida del otro, a la sensibilidad presumida por quienes son cuidados.

Lévinas plantea que, frente al sufrimiento ajeno, hay en el cuidador una sensibilidad que lo empuja a identificarse incontrolablemente con la persona a quien cuida. No puede dejar de responder ante la situación que vive. Sin embargo, ante la súplica exigente de cuidado de una persona que padece una enfermedad crónica, puede definirse un determinado grado de violencia detrás de la fachada que captamos del cuidador. Además, esta fachada podría coincidir con la que el/la dependiente percibe de sí mismo/a.

La sensibilidad que demanda el cuidado debe despertar la capacidad del cuidador. Esto implica partir de una posición filosófica y ética que permita descategorizarlo y abordarlo desde lo que Lévinas denomina sensibilidad preoriginaria, que demanda la humanización del cuidado y de cada actividad que este implica, sobre todo, al enlazarlo a la libertad (Idareta & Úriz, 2012).

El ser cuidado, a quien se denomina el 'otro', ha sido considerado como un *alter ego* del cuidador. Según Lévinas, esto implica, en realidad, que el cuidado se transforma en dominio. Así la persona que se encuentra encargada del cuidado puede manejar y manipular –y, sobre todo, dominar– al otro desde el momento en el que la singularidad de este último se sujeta a la vigilancia.

Por esto, es importante que el otro sea la medida de sí mismo a través de la promoción de su cuidado. Es decir, que adquiera constantemente conocimiento de su realidad y sus necesidades con dominio de sí mismo. Frente a esta idealización, señalamos la necesidad simultánea de corresponsabilidad, que propone la ética feminista del cuidado (Idareta & Úriz, 2012).

¿Cuál es la alternativa, en medio de la sugerencia de una sensibilidad preoriginaria, cuando las normas que nos preceden se apropian de la existencia humana en diferentes categorías distinguidas en razón del género? Las relaciones sociales se encuentran predeterminadas por la aceptación de roles de género que, a la larga, alcanzan a contener todos los escenarios.

En este caso, la situación del dependiente o paciente crónico y su cuidador/a informal se acoge a este fenómeno de roles de género y termina reproduciendo los sistemas vivientes. El estado, o nivel emocional alcanzado en los comportamientos de esta relación, estará predominantemente influenciado por un contenido político, económico y social, que define el reconocimiento del individuo (Izquierdo, 2003).

Izquierdo explica que el problema del cuidado es que las palabras transmiten conceptos; y esto justifica las propuestas de un sistema de salud basado en la explotación de los cuidadores informales y la reducción del cuerpo del paciente, negándolo como persona. De este modo, se activa la espontaneidad de existencia con base en un factor emocional, que implica una conciencia propia de vulnerabilidad, por una parte, y de servicio por la otra. Así, quien es objeto de cuidado descubre sus necesidades en función de la imagen que tiene de sí mismo/a y que desea preservar; ya que su condición estará cubierta porque ha naturalizado la vulnerabilidad y la dependencia.

... y sobre todo, el hecho de que otro sea capaz de ofrecer la satisfacción que uno no se puede procurar autónomamente, genera sentimientos ambivalentes que abarcan la hostilidad, incluso la envidia de esa capacidad de la que se es beneficiario, pero de la que se es carente. No es fácil soportar las propias carencias y mucho menos reconocerlas (p.72).

Estas condiciones, corren el riesgo de anclarse a una moral convencional basada en estereotipos de género lo que petrifica la relación de cuidado, constituyendo una separación fija entre quien ofrece cuidados y quien los recibe. En estas

condiciones, se ve anulado el reconocimiento recíproco del otro. La necesidad de recibir cuidados puede degenerar en violencia y precariedad de quien cuida.

Una nueva propuesta ética en el sistema de salud debe poner en discusión la prestación de un servicio en equidad, considerado la amplia conexión entre el derecho a la salud y la configuración de la vida. En este sentido, Victoria Camps (1997) citada en Durán (2015) ha señalado el descubrimiento de las dominaciones y subordinaciones cuya presencia se denuncian en las prácticas de cuidado y que permiten identificar con eficacia la discriminación.

Por otra parte, expone la crítica a la desvalorización de principios éticos de cuidados, lo cual resulta esencial para comprender cuál es el cuestionamiento del pensamiento feminista a la ética formalista del sistema de salud basado en la economía tradicional. Carol Gilligan citada en Durán (2015) nos propone indagar fundamentalmente en el pensamiento y la experiencia para comprender la desviación sistemática de las responsabilidades de cuidado en pacientes crónicos.

De tal forma, dentro de una idea diferente de las experiencias éticas que han de desarrollarse en la relación de cuidados, la visión más clara de una respuesta desde el feminismo será observar la forma de construcción de la moral femenina. Esto implica privilegiar el estudio del cuidado, la compasión, la responsabilidad y la culpabilidad, y que la moralidad femenina es una posición activa en el modelo de responsabilidad social.

Es precisamente éste el dilema del conflicto entre compasión y autonomía, entre virtud y poder que la voz femenina intenta resolver en su esfuerzo por reclamar su mismidad y resolver el problema moral en tal modo que nadie sea dañado (Gilligan, 1982, p.71).

Esto supone aceptar la grandeza y complejidad del cuidado, criticando la construcción occidental de un modelo sanitario basado en dicotomías de género que aíslan las implicaciones del cuidado como una noción dinámica entre afectividad, razón y acción. A la vez, desata la sospecha ante un sistema planteado en igualdad pues la ética de cuidado permite interpretar la tensión entre responsabilidades y derechos, y cómo esta tensión sustenta violencias.

La ética del cuidado rescata cierta complementariedad entre la corresponsabilidad y la conciencia de sí misma/o en el paciente. La comprensión de lo humano demanda la representación de una teoría de justicia alternativa a la propuesta planteada tradicionalmente en el sistema de salud; e implica una reflexión en torno a por qué es tan difícil diferenciar entre cuidado y servicio.

La tensión entre la obligación de hacerse cargo de los dependientes por tener con ellos vínculos de parentesco y la libertad de constituirla se traduce en un reparto de cargas desigual... (Izquierdo, 2003, p.73)

La práctica del cuidado ha sido limitada a esferas interpersonales, lo que incluso nos permite resaltarla como una necesidad crucial que ha debido ser satisfecha en la esfera de lo familiar. Los cuidados han quedado al margen del desarrollo científico y técnico. Vistos desde esta perspectiva, no se reconoce públicamente la sobrecarga de trabajo del cuidador/a y su matiz en razón del género, o la situación del cuidado/a. Esto permite resaltar la necesidad de una socialización de la actividad, teniendo en cuenta una concepción de lo social que se aísla del interés y el poder (Izquierdo, 2003).

Cuidar, curar, y autocuidar: relaciones de poder

La necesidad de una doble dimensión del cuidado permite entender la gestión y mantenimiento de lo cotidiano a partir de la sostenibilidad de la vida; pero también, la salud como una necesidad básica y diaria. Estas dos condiciones marcan las coordenadas de un análisis económico del cuidado (Orozco, 2006). Por una parte, están los elementos materiales que componen el tema del cuidado; y por otra, aquellas intersubjetividades o componentes inmateriales.

Orozco propone, con referencia al componente inmaterial, que se debe superar la subjetividad del estereotipo de lo femenino en relación con el cuidado. De este modo, la introducción de una noción de emotividad no debería ser asociada al ideal de la buena madre, buena esposa, o buena mujer. Esto implica fragmentar directamente las condiciones de los análisis económicos androcéntricos con relación al cuidado.

Una implicación política relativa a la noción de trabajo de cuidado supone un la superación de las desigualdades sociales y de género que existen detrás de la distribución de actividades y de la noción de división sexual de trabajo. El sujeto fetiche del liberalismo basa su supuesto de autonomía en esta división y en la negación de las condiciones de su repartición (Orozco, 2006).

El reparto desigual que clasifica personas dependientes y autónomas, se verifica en dos dimensiones de la división sexual del trabajo: por una parte, la que es tradicional en relación con los roles de género; por otra, aquella que se desarrolla en relación con el mercado laboral permitiendo una segmentación vertical y horizontal. Uno de los aportes del análisis económico feminista es la revalorización del trabajo doméstico. Este implica la recuperación del concepto de autonomía/dependencia en función de la reparación del concepto de trabajo de cuidado no remunerado y el beneficio que involucra para las personas dependientes (Orozco, 2006).

En todo caso, la consideración del tema suele ocultar los problemas que existen detrás de una situación de cuidado estática e individualizada. Esto impide

desplegar la atención hacia las verdaderas necesidades sociales que implican el estudio de la interdependencia que genera una relación asimétrica entre quien cuida y el/la dependiente (Orozco, 2006).

El modelo de autosuficiencia oculta desde fuera a través del etiquetamiento la realidad del cuidado. Esto debilita el potencial igualitario del análisis y de la contribución bidireccional que puede generarse. También, contrasta el ideal de autonomía a la fragilidad del otro/a y a la “generosidad altruista”. A la autonomía debe añadirse una necesidad integral de lo afectivo-relacional y lo corporal-sexual.

El quiebre conceptual que propone el análisis feminista en torno a este asunto se acerca a una lógica ecológica de cuidado. En ella, la interdependencia social es aceptada y reconocida como una necesidad, como una “ética del cuerpo social” (Bacchi & Beasley, 2004, p.14).

El reconocimiento de que los cuidados no remunerados han sido históricamente los que han permitido sostener la vida día a día, han funcionado como la mano invisible de la vida cotidiana (Carrasco, 2001 citada en Orozco, 2006, p.14).

El trabajo de cuidado, conforme el concepto tradicional de participación en el mercado de trabajo, en la mayor parte de las veces, no es contabilizado en el nivel de ingreso. Sin embargo, debe considerarse como un ingreso de carácter no monetario destinado al bienestar.

El análisis del funcionamiento del trabajo de cuidado, además de su revalorización conceptual, implica un estudio del nivel de uso en oposición a aquellos sustitutos de mercado que pueden destinarse a cubrir estas necesidades (Esquivel, 2011). Sin embargo, esto implica también que existe una desigualdad de ingresos entre las familias; por lo que la comparación de acceso a sustitutos tecnológicos o servicios que son pensados desde la lógica de la economía de la salud deben predecir el contexto. Así, el nuestro supone la necesidad del cuidado como una antítesis de la acumulación.

Esta mencionada antítesis de la acumulación debería extenderse en todas las formas de vida como un eje organizador de la sostenibilidad de la vida y el equilibrio en todos los ámbitos de la economía, generando condiciones de restauración y garantía de servicios básicos (León, 2009). Así también, se deberá superar la división sexual del trabajo e incluir una revisión a fondo de aquellas alternativas de calidad del servicio de salud. Estas alternativas podrían ser pensadas como un proyecto modernizador, completamente insostenible, si no se considera la sostenibilidad de la vida y otras actividades monetizadas o no que deben ser articuladas, valoradas y potencializadas (Orozco, 2011).

Se hace necesario también superar la dicotomía de cuidado/autonomía teniendo presente el riesgo de reforzar la idea de *homos economicus* proveniente de la economía de la salud. Esto se puede lograr reemplazando la idea de la persona saludable-productiva que implica también la interdependencia como una característica necesaria de nuestra condición humana y para la realización personal (Esquivel, 2011).

Es sabido que existe un tipo de circuito doméstico en el cuidado. Usarlo en el sistema de salud involucraría, en primera instancia, identificarlo fuera del circuito mercantil. Así, las concepciones sobre las personas y sus necesidades se extienden de unos ámbitos a otros como la ética, la justicia y la política (Izquierdo, 2003).

El cuidado llega a ser caracterizado por la importancia que recibe. Por todos los caminos hallamos una inscripción significativa de este concepto a un campo de desarrollo que se orienta a una práctica socializada. El cuidado implica un mecanismo ecosistémico de organización en el que la elección no se orienta por una marca utilitarista.

Hallar el vínculo de la mujer con este sistema involucra, en primera instancia, abstraer la teoría de roles de género y la división sexual del trabajo¹. Desde esta teoría, se sostiene que la subjetividad femenina, por excelencia, se moldea al servicio de los demás. Así, en un primer momento, se aplica a la persona y en un segundo momento, al sistema.

Desde esta perspectiva, el valor que adquiere la producción de la mujer, hablando en temas de cuidado, ha sido valorado en medida del beneficio que puede obtenerse de él. Esta es la razón por la cual esta medida de producción adquiere satisfacción de uso sin que ello involucre una remuneración. Esto se aplica concretamente al cuidado y la salud (Izquierdo, 2003).

De acuerdo con la Encuesta de Uso del Tiempo realizada en 2012, las mujeres en la provincia de Azuay podían llegar a trabajar más de 86 horas semanales, considerando el trabajo no remunerado (34 horas y 49 minutos semanales) y remunerado (51 horas y 51 minutos semanales). Por otra parte, los hombres podían alcanzar un total de aproximadamente 65 horas semanales, distribuidas en 12

1 La división sexual del trabajo está orientada por los estereotipos de género, la noción de lo femenino y lo masculino tanto es así que las relaciones se remiten a rasgos aparentemente funcionales en diferentes disciplinas. En el caso de la economía se reconoce la diferencia entre hombres y mujeres por lo que las relaciones constituidas social e históricamente no solo reafirman la relación de poder, sino además atraviesan las actividades que las mujeres y los hombres podrán realizar, conforme al entramado social, político y económico que determina las relaciones sociales en función de los roles atribuidos, articulándose con otras relaciones sociales como las de clase, etnia, edad, y preferencia sexual. (Rodríguez, 2015, p.31) Referirse para más información a: Gamba, Susana.(2007), Diccionario de estudios de género y feminismos, Biblos, Buenos Aires.

horas y 48 minutos de trabajo no remunerado y 52 horas y 27 minutos de trabajo remunerado” (Rico & Segovia, 2017, p.358).

En este contexto, las habilidades y capacidades cognitivas de la mujer son asociadas con la disposición de su feminidad -debida al estereotipo del rol de la mujer- frente al cuidado. Esto produce en un principio que el trabajo está conceptualizado como un modo de abnegación cuyo resultado es la aparente satisfacción de prestar cuidado.

Dichas actividades toman vital importancia en la producción porque el espacio del hogar es también un espacio productivo. Además, las actividades que son realizadas y valoradas por el mercado existen gracias al tejido de cuidado del que una mujer se ocupa en el espacio privado. Sin embargo, tampoco esto es lo más importante, caso contrario no superaremos la visión mercantilista del cuidado (Izquierdo, 2003).

La crítica dominante está dirigida al funcionamiento económico neoclásico. La economía feminista ha construido un análisis que evidencia la particular desigualdad atribuida a la división sexual del trabajo. Las consideraciones de una economía feminista entorno al cuidado denuncian el sesgo androcéntrico en los universales de lo productivo.

En contraste a la importancia del cuidado, en este proceso están interconectadas las dinámicas de una desfavorable crisis de cuidados², en la que los resultados son valorados y aprovechados precarizando la situación femenina (Orozco, 2010).

Se ha mencionado ya en líneas anteriores que el aporte de la economía feminista al sistema de salud suple la necesidad de pensar una realidad económica en interdependencia, que se concentre en la calidad y la sostenibilidad de la vida. Los ajustes económicos y la verdadera crisis de los cuidados dentro del sistema de salud han acudido a la estrategia que Pérez Amaia denomina “economía de retales” (Orozco, 2011, p.37).

Es claro que el flujo que se ha generado en gasto público, la demanda del servicio y las medidas de austeridad adoptadas por el Estado han tenido como consecuencia un reforzamiento de la responsabilidad habitual del cuidado en el que los miembros de los hogares ponen en común los recursos disponibles (Orozco, 2011, p.37).

Sin embargo, difícilmente podemos contrastar esta forma de organización de convivencia y de compartir recursos (no siempre materiales, como es el caso del

2 “Por crisis de los cuidados va a entenderse el complejo proceso de desestabilización de un modelo previo de reparto de responsabilidades sobre los cuidados y la sostenibilidad de la vida, que conlleva la redistribución de las mismas y una reorganización de los trabajos de cuidados” (Orozco, 2006).

cuidado) con los asociados a la familia tradicional. Por lo que una vez más, con esta estrategia, se vuelve a la precarización laboral de la mujer.

Proliferan realidades laborales cuyo “clima económico” implican pequeñas situaciones cotidianas relacionadas con la atención de la salud. Es decir, se entiende que la falla de la estrategia es que se trata de tácticas feminizadas en las que el ajuste está sexuado, la construcción de la identidad masculina al cuidado de sí mismo y de los/as demás se concentra en el mecanismo del trabajo en el mercado (Orozco, 2011, p.38).

El trabajo de cuidado tiene un/a responsable que será aquella persona que se dedica mayor cantidad de tiempo a la “realización, organización y distribución” de las tareas de cuidado. En cuanto a la distribución y planificación, serán las mujeres las que están encargadas de la realización de estas tareas; principalmente, el cuidado de niños, enfermos y ancianos.

En la ciudad de Cuenca, según la proyección del último censo realizado en el 2010, la cifra de habitantes se distribuye entre 52.63 % de mujeres y un 47.37 % de hombres. Cuenca ha llegado al 2020 con una población distribuida entre 52.26 % de mujeres y 47.74 % de hombres. Del total de personas encargadas del cuidado el porcentaje de 67.5 % representa a las mujeres y el 32,5% a los hombres (Rico & Segovia, 2017, p.355).

La carga de trabajo no remunerado limita el tiempo de ocio y autocuidado sobre todo en aquellas mujeres con menor nivel de instrucción y capacidad adquisitiva. El tiempo de trabajo doméstico se concentra en ellas en mayor medida que en aquellas que ocupan cargos directivos. Estas últimas tienen la capacidad de disponer del trabajo de cuidado remunerado, también realizado por mujeres en su mayoría (Salvador, 2007).

En cuanto a la estimación del promedio del uso del tiempo, las mujeres de la provincia del Azuay descansan de 3 horas y 49 minutos semanales; mientras que los hombres descansan un promedio de 4 horas y 32 minutos. Las mujeres son quienes dedican mayoritariamente el tiempo a tareas de cuidado, en el hogar y fuera de él. Las brechas de género determinan el uso del tiempo y este funge como indicador principalmente en la estimación de la realidad de autocuidado (Rico & Segovia, 2017).

Azuay: tiempo promedio dedicado por la población ocupada de 12 y más años de edad al trabajo doméstico no remunerado, por sexo, 2012 (En horas semanales)
Tiempo total de trabajo no remunerado Trabajo doméstico interno del hogar
Trabajo doméstico externo del hogar Hombres 12 horas y 48 minutos 8 horas y 22 minutos 3 horas y 54 minutos Mujeres 34 horas y 49 minutos 25 horas y 51 minutos 5 horas y 13 minutos... (INEC, 2012).

Reactivar el debate sobre la relación entre economía, salud y feminismo da lugar a una promoción amplia del concepto de cuidado; pues esta actividad prevalece en los espacios privados por encima de los relacionados con la beneficencia. Por lo mismo, requiere una política social.

Incluye el autocuidado, el cuidado directo de otras personas (la actividad interpersonal de cuidado), la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado (la limpieza de la casa, la compra y preparación de alimentos) y la gestión del cuidado (coordinación de horarios, traslados a centros educativos y a otras instituciones, supervisión del trabajo de cuidadoras remuneradas, entre otros) (Rodríguez, 2015, p.36).

Las políticas sociales deberían introducir el tema del cuidado en sus iniciativas de salud pública. El servicio de salud debe valorar las actividades de cuidado y considerarlo una herramienta de los programas asistenciales de salud que empleen a mujeres como parte de dicho sistema. Esto, en consideración de que el cuidado necesariamente abarca las actividades, bienes y servicios necesarios para la reproducción social y cotidiana de todos y todas (Montaño & Calderón, 2010, pp.71-72).

A esto debemos agregar un análisis de las variables género, tiempo, dinero y servicio (Montaño & Calderón, 2010). Dicho análisis deberá ofrecer diferentes alternativas dentro de los modelos de gestión del servicio de salud en el marco de una política social. Todo esto, dentro de la dinámica crítica de las relaciones de género y las brechas de regulación directamente existentes.

Las políticas urbanas de cuidado deben suponer el estudio constante de los diferentes niveles de cuidado que incluyen tanto el cuidado de otros como las tareas del hogar. Además, deben considerar que el contexto en el que las mujeres, históricamente, han sido consideradas cuidadoras ha incorporado la fuerza de trabajo femenino manteniendo los trabajos reproductivos (Rico & Segovia, 2017).

El modelo de desarrollo para la ciudad debe establecer políticas de conciliación que permitan cubrir el nivel de autocuidado, cuidado, autonomía y disfrute de la ciudad en condiciones de igualdad. La perspectiva feminista favorece los planteamientos de una gestión enfocada en medidas específicas para la disminución de las brechas de género y la institucionalización de la equidad social y de género. La corresponsabilidad del cuidado en personas dependientes es trascendental para desarrollo de la ciudad desde la perspectiva feminista. Su objetivo es fortalecer el enfoque conceptual de la economía del cuidado y la generación de programas que sistematicen las necesidades desde esta perspectiva (Rico & Segovia, 2017).

La necesidad de generar capacidades en cuidadores/ras informales y pacientes crónicos

En el momento que abordamos la socialización del cuidado debemos contemplar los aspectos que son contruidos alrededor de la subjetividad femenina. Esto se debe a que el cuidado es un proceso que está sujeto a pautas de género que conectan la femineidad con las labores de cuidado de manera casi exclusiva. La necesidad de satisfacer necesidades ajenas dispone una dirección fija de dependencia, sin que esta confirmación disponga la ausencia de una relación de poder entre la persona que cuida -quien por lo general es mujer- y quien recibe cuidado. Además estos cuidados pueden movilizarse a una alteridad extrema. Las dificultades aumentan cuando un Estado completamente paternalista determina la definición de cuidado. Incluso, a partir de la incorporación de estado de bienestar, puede considerarse al cuidado especialmente como colaborador de la eliminación de ciertos obstáculos, donde será interpretado como resultado y las personas como medio (Izquierdo M. J., 2003).

Sin embargo, el defecto político no considera la toma de decisiones. Se convierte en enemigo antagónico incluso por establecer reglas propias respecto a inclusión, pues el cuerpo enfermo, considerado defectuoso no puede ser eliminado, por tanto, hay que buscar formas de adaptarlo. Las posiciones que se experimentan en un régimen de cuidado pueden ser diferentes. Desde la perspectiva de la economía feminista se interpreta la necesidad de suministro de cuidado, como una necesidad básica del sujeto, como parte de su ambivalencia humana.

Cierto ideal de narcisismo primario en la persona que cuida, así como la negociación constante de la necesidad de cuidado, tienden más bien al autocuidado. Esto permite superar cierto grado de dependencia, visto como vulnerabilidad en quien padece una enfermedad crónica. Debe pensarse que también el enfermo puede cuidar dando paso fundamentalmente a generar deseos y condiciones de autocuidado que permitan su autonomía. Entender la salud como un sistema es posible en el acuerdo de un nuevo concepto de salud. Este concepto debe apartarse de la tradicional idea de ausencia de enfermedad, otorgando importancia al bienestar físico, mental y social entendido como una regulación de carácter ecológico.

Considerar la salud como un sistema al que se debe integrar las nuevas tecnologías nos permite promover la salud en tres ejes: el bienestar físico, mental y social. Pero, desde esta perspectiva, cobra importancia -sobre todo- considerar la forma en la que las personas y la comunidad desarrollan, con autonomía y autocuidado, la habilidad de adaptarse y manejar los cambios que se desarrollan en ellos/ellas debido a una enfermedad (Jadad, 2011).

Así, el autocuidado de la salud es “la habilidad de las personas y las comunidades para adaptarse y automanejar los desafíos físicos, mentales y sociales que se presenten en la vida” (p.7). En este marco conceptual, los Centros de Innovación para el bienestar del ciudadano incluyen la consejería y la colaboración de Universidades, empresas, la comunidad en la transición presente de la salud como una barrera a la identificación de la vida saludable. La salud es un valor posible de desarrollar a partir de programas y escuelas para pacientes y cuidadores en las que la innovación es clave para la transformación (Nieves, 2007).

Este estudio tiene como eje teórico los conceptos de autonomía y calidad de vida, aplicados no solo al estudio de pacientes crónicos, sino de sus cuidadores/as informales. A esto se han asociado los diferentes problemas presentados por la economía de la salud, sobre todo desde la perspectiva feminista del cuidado como ya hemos dicho.

Es importante reflexionar sobre el debate autonomía-independencia pues la temática del cuidado, en especial, no presenta estos conceptos como sinónimos: “El desarrollo de la independencia naturalmente representa un componente decisivo en el proceso de ser autónomo, pero la autonomía significa algo más que el simple comportarse con independencia...” (Fleming, 2005, p.35). El significado que vincula los conceptos de autonomía e independencia en temas de salud, responde a las actividades que una persona está en capacidad de desarrollar de manera autónoma (Rojas, 2006, p.14).

Considerar el verdadero impacto de la independencia en la gestión de autonomía implica explicar cómo ciertos factores específicos actúan en la construcción de la simbología de lo saludable en relación con la percepción de los grupos que padecen una enfermedad crónica. El cuerpo visto desde la medicina implica definir la relación entre saber/poder (Sossa, 2011). Específicamente el dispositivo que se construye alrededor del cuerpo sano, clasifica a los sujetos y determina el tipo de relaciones a las que quedan ligados/as (García, 2011). Foucault afirma que las reflexiones sobre el cuerpo escriben la realidad social de los sujetos. Así, las formas de comportamiento individual y el desarrollo de autonomía se inclinan por distintas normas escritas corporalmente (Sossa, 2011).

Para explicar este proceso de mutación de persona-sujeto, el sistema cuenta con las concepciones que atraviesan el cuerpo. La biopolítica, conceptualizada por Foucault, explica cómo se han creado formas de administración de la vida de una población. Estas modulan los procesos biológicos, entre el pliego del cuerpo sano y el enfermo. Esto, por supuesto, trae consigo consecuencias de desplazamiento, clasificación, jerarquía, exclusión, etiquetamiento; y como estrategia, normaliza este proceso. Se ajusta la inserción social de ciertos cuerpos, uno de los mecanismos para la integración social es el consumo y la producción (Sossa, 2011).

De esta forma, las condiciones de ajuste de capacidades, tradicionalmente, se encuentran ligadas a la estimulación de salud física. Se ve el cuerpo como materia prima del sistema económico en el que se muestra una transición en la que el autoestima y el éxito social representan la forma postmoderna de libertad y autonomía. Es decir, la independencia, usualmente, se encuentra preestablecida por relaciones de poder y un discurso en torno a la autonomía, la cual ha tenido como protagonista al cuerpo sano. Pero además, este proceso se institucionaliza cuando el hecho subjetivo mediante el cual el individuo se define, transforma su percepción de la imagen corporal de lo saludable.

Una de las fórmulas promovidas por el Estado de bienestar ha utilizado el discurso del cuerpo sano para mediar entre la tradición-Estado-mercado. La tradición se encuentra representada por el sistema de salud dirigido al cuidado de la familia con exclusividad. Esta trilogía operada, sistémicamente, sobre el cuidado y autocuidado deberían acelerar el bienestar de la o el paciente, así como de su cuidador/a sin que la disponibilidad de oferta de cuidado se utilice para justificar el estancamiento del proceso de producción de estrategias en la esfera pública (Montaño & Calderón, 2010).

De este modo, las mujeres quedan supeditadas a la esfera privada y el cuidado, asumiendo la descarga del bienestar familiar y la asistencia de personas “dependientes”. La idea de dependencia se encuentra relacionada al cuerpo enfermo, en términos generales dentro de la trilogía ya mencionada; Estado, tradición y mercado, pues los enfermos representan un gasto, y una pérdida para el mercado en términos de la economía clásica (Montaño & Calderón, 2010).

El costo del servicio y la ausencia de producción -representados por el cuerpo en pausa de una persona enferma visto desde la óptica neoliberal- son cubiertos por la autoexplotación femenina a partir del cuidado. En el Ecuador el trabajo no remunerado es realizado mayoritariamente, por mujeres, de entre 30 y 44 años de edad. La contribución de las mujeres a este tipo de trabajo es del 79.2 % versus la de los hombres que solo alcanza el 20.8 % (INEC, 2012, pp.28-30). “En una semana, en Ecuador, una mujer trabaja un promedio de 77,39 horas; mientras que un hombre trabaja 59,57 horas” (p.29). El análisis del cuidado de pacientes crónicos nos guía hacia la situación real, que entrecruza desigualdades y carencias de políticas sociales. El problema de fondo es el ejercicio de derechos. El análisis de oportunidades laborales en principio debería estar vinculado al mundo del trabajo remunerado, al no remunerado, y la relación entre ellos (Esteban, 2016).

Fundamentalmente, debe ser considerada la interpretación en torno al cuidado de pacientes crónicos que denuncia el feminismo. Se trata de la negación de un matiz de género en la relación entre los enfermos crónicos y los cuidadores/as informales. Esta negación es la que ha redundado en el fracaso de políticas que



aporten en el mejoramiento del sistema de salud y la mentada relación entre los enfermos crónicos y sus cuidadores/as (Esteban, 2016).

La perpetuación de ópticas deterministas ha eternizado la invisibilización de la realidad de cuidadoras/es informales y sus necesidades. También ha dispuesto las negativas profesionales que confieren cientificidad a la evaluación del paciente crónico y su bienestar desde la biomedicina.

Los principios positivistas de la medicina asientan la aproximación de la enfermedad en el estudio de una norma biológica desviada. Hay una idea universal de enfermedad a la que se la relaciona con las condiciones culturales y sus variaciones. Se sigue asociando el cuidado con la medicina y la relación formalizada de estas dos. Así, se reconoce como válida únicamente la relación médico/a-paciente.

Federico Sánchez, presidente de la Federación Española de Pacientes Diabéticos, anotaba la necesidad de una educación terapéutica que ofrezca información a la medida. «Para ello se requiere una educación individual y grupal; sin duda, la información sobre la salud variará según el modelo dominante en la relación médico/paciente (Mediavilla, 2007, pp.23).

Por lo mismo, se nos invita a “(a)nalizar adecuadamente las relaciones entre salud y género” (Esteban, 2016, p.12) pues, esto implica replantear y encontrar alternativas a esta perspectiva. Es fundamental dimensionar de manera articulada los elementos que pueden integrar la salud de una persona y su cuidado. Entre estos elementos, el biológico.

Debemos relacionar el elemento biológico con el cuestionamiento directo a la etiología de las enfermedades. Es crucial, para identificar los distintos malestares y sus particularidades, desmentir la jerarquización de síntomas y molestias en enfermos/as crónicos/as, así como en sus cuidadores/as informales (Esteban, 2016, p.13).

El recorrido feminista en la antropología de la salud, además del estudio de las diferencias alrededor del género, incluye el análisis de tres aspectos básicos en el sistema de salud. Estos aspectos son: enfermedad, salud y atención. De modo que esto podría ayudarnos a identificar la trascendencia del cuidado en el sistema de salud en general y de la enfermedad en particular.

En el Ecuador, entre 2014 y 2017, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) reportó a la diabetes como la segunda causa de mortalidad; entre 2014 y 2015 fue la primera causa de muerte entre las mujeres y la tercera, entre los hombres durante 2016 a 2017, año en el que 4.895 personas fallecieron por esta enfermedad (Ecuador, 2018, p.1).

La Federación Internacional de Diabetes propuso para el período 2018-19 el lema “Familia y Diabetes”. Este lema tuvo como objetivo aumentar la conciencia del impacto que la diabetes tiene en la familia y la red de apoyo de los afectados. Esto se hizo con el fin de promover el importante papel que la familia tiene “en la prevención y educación sobre esta enfermedad” (Ecuador, 2018, p.1).

Por otra parte, la situación epidemiológica en el Ecuador, de acuerdo con la encuesta nacional del año 2013, mira a la obesidad y los problemas de sobrepeso como una verdadera epidemia. Así también, se observa un incremento en los indicadores de enfermedades crónicas no transmisibles, en general.

El tiempo no ha podido controlar el retardo en el desarrollo de medidas de prevención. Al menos de un 10.3 % de la población ecuatoriana de 50 a 59 años padecen diabetes y un 3.4 % de 40 a 49 años también sufren esta enfermedad. Esto ha implicado una responsabilidad estatal en la búsqueda de la regulación, el control y la prevención, aunque los problemas persisten (Salud & salud, 2014).

Entendiendo el momento histórico en el que fue desarrollada la encuesta nacional, añadimos ahora los cambios demográficos, y sanitarios de los últimos años de acuerdo a las transformaciones políticas, que han modificado significativamente la realidad del servicio. Debido a las situaciones sociales, y la transformación en las formas de convivencia, se necesita añadir que, en realidad, la búsqueda de calidad del servicio y su costo, no abarca aún la realidad del paciente y su cuidador/a informal.

El estudio actual de procesos de salud/enfermedad/atención quiebra la idea tradicional del cuidado reconociéndolo no solo como una actividad social sino como una responsabilidad social, que pese a no estar visibilizada y reconocida afecta directamente a la población en general y a los pacientes crónicos, en particular (Esteban, 2016, p.16).

Considerar la teoría de la crisis de los cuidados percibida críticamente llama la atención a que esta teoría puede ser utilizada por el discurso oficial para camuflar la dependencia con la idea de vulnerabilidad. Esto señalaría a la mujer como portadora de un alto potencial para cuidar, discurso de velo romántico. En un primer momento esto no se percibió como un problema, de modo que el neoliberalismo presentó este discurso relacionándolo con la variable ‘eficacia’ en el sistema de salud.

Sin embargo, los problemas reales persisten. Existen dificultades de conciliación y atención a la dependencia. Visto desde el feminismo, se debe poner “de manifiesto las tensiones antes ocultas por las contradicciones entre la acumulación de capital y la sostenibilidad de la vida” (Esteban, 2016, p.16). Se debe poner sobre la mesa la tendencia hacia “la mercantilización y privatización del cuidado” (p.16), pues ni el colectivo masculino ni el estado quieren hacerse cargo de él.

En todo caso, la estrategia debe ir más allá del autocuidado debe generar capacidades en el paciente, en primera instancia. Construir experticia en el paciente, para ello es necesario un giro ético del cuidado, tópico que aborda la antropología del cuidado. Para ello se debe tomar conciencia de que existe un apartado de elementos que constituyen la antropología del cuidado.

Todos estos elementos tienen especial relación con la trilogía antes mencionada: salud-enfermedad-atención; pues, coadyuvan a la superación de la idea de sí mismo que ha interiorizado el paciente. Solo así, este último puede entender un nuevo concepto de salud desde la resiliencia. Los elementos que deben desarrollarse son; alteridad, tiempo y ejercicio del pensamiento (Parada, 2017).

Desde los artilugios modernos del cientificismo y la idea mercantilizada de la autosuficiencia, se ha creado la idea ilusoria de que cualquier individuo puede acceder a la lucha por la independencia. Sin duda, con esta idea, no se evalúa la integralidad de todas las personas y su entorno. Tiende a generar un nuevo narcisismo individual. Dicho esto, es necesario “generar capacidades de autocuidado sin olvidar la alteridad, el pensamiento y el cuidado como ejes idóneos en el manejo del tiempo de quien cuida y el que aprende a cuidar de sí mismo” (p.11).

Esta idea antropológica incluyente debe ser trasladada a un contexto. De esta forma, cada etapa de formación puede contribuir a revelar elementos relacionados con el mejoramiento de la salud y un esfuerzo por la salud mental del paciente crónico sin olvidar la salud de la o el cuidador/a informal (Sapag, Lange, Campos, & Piatt, 2010).

Para que esto funcione, se debe mantener el funcionamiento de la atención primaria. Lo impone como objetivo una “condición ontológica fundamental: la materialidad de la vida y los cuerpos” (Orozco, 2010, p.43). El discurso de la fragilidad oculta los momentos de crisis del contexto mercantil, en el que la autosuficiencia es presentada como un espejismo del Mercado. En realidad, las vidas no son automáticas, por tanto, debemos ocuparnos de ella.

Reconocer la vulnerabilidad no es reconocer un mal, sino la potencia que hay ahí: la posibilidad de sentirnos afectados por lo que les ocurre al resto, y la constatación de que la vida es siempre vida en común, en interdependencia; y en ecodependencia, dependemos de los recursos naturales y energéticos que nos sustentan (Orozco, 2011, p.44).

Abrir este debate reconoce la necesidad de adentrarnos en el planteamiento específico del análisis de la calidad de vida y su relación con la sobrecarga y el autocuidado. Permite considerar la necesidad de generar capacidades en pacientes crónicos, fundamentalmente, como una situación dentro de esta ecodependencia. La responsabilidad del cuidado de una persona afecta la calidad

de vida de quien la cuida. Así, es necesario entender los conceptos de calidad de vida, cuidador/a informal y otros desde una perspectiva multidimensional.

Para Padilla y Ferrell el concepto de calidad de vida se describe como una construcción multidimensional que incluye el bienestar o descontento en aspectos de la vida importantes para el individuo, que abarca la interacción de la salud y el funcionamiento psicológico, espiritual, socioeconómico y familiar (Achury & otros, 2011, p.36).

Ante esto, el cuidador/a informal reemplaza sus necesidades con la gratificación aparente de encontrarse al cuidado de alguien más. Así el cuidado aparece como una de las herramientas del patriarcado. A partir de la socialización del género, se ha descubierto que el cuidado de sí mismo/a ha sido dejado de lado. El cuidador/a asume la responsabilidad total del paciente; desarrolla mecánicamente capacidades para el cuidado lo que cubre la necesidad del paciente pero no la suya propia.

Sin embargo, esta situación desencadena molestias en la salud del cuidador/a. Aparecen síntomas como estrés, depresión, insomnio, falta de apetito, fatiga o dolores en general, desde una proyección física. De hecho, a nivel psicológico, las dificultades son aún más amplias. La cotidianidad de los/as cuidadoras/es no es fácil; coexistir con los cambios que genera una enfermedad crónica y su cuidado tampoco lo es (Achury, Castaño, Gómez, & Guevara, 2011):

El ser único cuidador y no recibir apoyo alguno y el percibir que posiblemente su labor no es reconocida por los demás miembros de la familia, podría favorecer en la percepción de sentimientos de culpa, ira, dolor, no aceptación de la enfermedad del familiar y, como consecuencia, un deterioro en su dimensión emocional (p.38).

Esto es el resultado de los roles asumidos tradicionalmente y la interiorización de los mismos en la psiquis de la mujer como un compromiso. Así se produce la naturalización de la división sexual del trabajo. La dimensión subjetiva en la relación cuidador/a- paciente se enmarca en el significado que asume el cuidador/a respecto a sus actividades. La rigurosidad con la que se apropia de su rol limitaría diferentes ámbitos de su desarrollo, directamente relacionados con la distribución del tiempo y la capacidad de autocuidado (Achury & otros, 2011).

Un estudio realizado en la ciudad de Bogotá por la Universidad Nacional de Colombia, intenta establecer una relación entre calidad de vida del cuidador familiar y el grado de dependencia del paciente, a partir de la aplicación del instrumento “Calidad de vida versión familiar” de Betty Ferrell.

El estudio de la Universidad Nacional de Colombia ha reflejado estadísticamente una evidencia mínima en la relación entre la calidad de vida para el cuidador

familiar y el grado de dependencia, debido a que la calidad de vida se encuentra representada por otros factores además de la dependencia funcional de la persona que soporta la enfermedad. De esta forma, para este estudio, las principales alteraciones que se presentan en el cuidador se localizan en el bienestar psicológico, y social (Vargas & Pinto, 2010)

Los resultados obtenidos en la calidad de vida de los cuidadores familiares del paciente con Alzheimer son similares a lo encontrado en otros grupos de cuidadores (cuidadores familiares de pacientes con cáncer, insuficiencia renal y diabetes) (28-30) y son producto de la interacción con la enfermedad del paciente, el nivel de cambio que forzosamente se produce en la propia vida, el soporte social recibido y percibido y la etapa de la vida en que se debe ejercer como cuidador (p.124).

Esto determina que el grado de dependencia de un paciente crónico altere directamente la calidad de vida de su cuidador/a. Es decir, altera en gran parte su cotidianidad y su desarrollo personal. Para enfrentar la dependencia funcional de pacientes crónicos se debe generar capacidades que permitan hacer entender al enfermo su responsabilidad en el autocuidado. Esto permitirá un mejor manejo de lo personal, la autoestima y la seguridad.

La toma de decisiones por parte del enfermo crónico está relacionada con el reconocimiento de la enfermedad y el manejo de los síntomas. Permite gestionar el impacto físico, emocional y social de la enfermedad a nivel personal. Pero sobre todo, descarga al cuidador/a informal y ayuda a controlar el impacto sobre el deterioro cognitivo y conductual mutuo (Achury, 2014).

Estas ideas están relacionadas con el concepto de desarrollo, aunque desde el concepto de capital humano. Sin embargo, es preciso entender el tema del cuidado y la sostenibilidad de la vida desde la perspectiva feminista. Esta misma perspectiva, nos invita a no descuidar el concepto de capacidad humana, en relación con las habilidades que adquieren (Sen, 1998). No se puede ignorar que estos antecedentes teóricos engloban estas capacidades relacionadas también con los antecedentes sociales y económicos de este estudio.

La importancia de la agencia en la construcción de sistemas de cuidado para pacientes crónicos

En un inicio, el análisis de la experiencia del cuidado dentro del sistema de salud ha sido determinante para pensar en la superación del modelo paternalista, interpretando un modelo de decisión informada que considere la adaptación y preferencia del paciente. Pensar en una alternativa dentro del sistema de

salud tiene varios riesgos. Entre ellos, el desplazamiento extensivo del cuidado a la comunidad de manera específica hacia las mujeres en consideración del estereotipo que se ha creado en torno al rol de la mujer como cuidadora en la organización y gestión del sistema. La enfermedad crónica y el cuidado no deben excluir el concepto de género y su carácter relacional.

La economía feminista ha propuesto la visibilización del cuidado y la interdependencia en la cultura humana. Esto sobre todo con miras a superar la tradicional división sexual del trabajo. Esto implica asumir las carencias como un paso en la cotidianidad, asumir la interdependencia que implica el aprender a cuidarme y a cuidar (Vaquiro & Stieповich, 2010). Para esto se hace necesario, comprender algunos valores de la intensidad del tiempo dedicado al cuidado, la oportunidad de cubrirlo autónomamente y la probabilidad de enfrentar un progresivo estado saludable.

Aún no se ha considerado la importancia de asumir la transformación del cuidado desde la educación y la cultura, asociada a “derechos fundamentales de pacientes y cuidadores/as informales” (p.12). También hace falta considerar que el intercambio e interacción de conocimientos en la comunidad son necesarios para avanzar en el control, cuidado y prevención de enfermedades crónicas. Actualmente, las complejas prácticas que se desarrollan no cubren el crecimiento o repercusiones negativas de la enfermedad, la calidad de vida del paciente y de la cuidadora/or informal. Únicamente se estiman en el desarrollo del servicio o en el sistema. De este modo, en un futuro estas amenazarían las estructuras funcionales y generarían dependencia bajo la lógica tradicional capitalista y una ética utilitarista del cuidado informal.

Los elementos conceptuales del fenómeno de agencia del paciente deben comprometerse con el proceso central que reconoce a la persona dentro del escenario cultural, social, físico, espiritual y psicológico en el que se desarrolla. Así, las acciones integrales, dinámicas, biológicas, simbólicas y sociales se verían como el producto de una reflexión e interacción del paciente respecto al concepto de salud que ha interiorizado. El cuidado y el autocuidado, está comprometido con un conjunto de factores internos y externos que influyen en el crecimiento y desarrollo de estas capacidades. La ausencia de valoración de este proceso ha llevado a la romantización del espacio privado y ha legitimado la feminización de la pobreza y la institucionalización de la enfermedad en el sistema de salud. (Vega & González, 2007).

Según Vega y González (2007), es necesario componer “la percepción de bienestar que tiene una persona de su condición existencial” (p.30) desde la satisfacción, el placer, las experiencias espirituales y construir una idea continua de su ideal del ser. La teoría del déficit de autocuidado desarrolla un concepto de agente de autocuidado como “aquella persona que cumple con la responsabilidad de

conocer y satisfacer las necesidades de autocuidado” (p.31). Como lo señalan las autoras citadas, las capacidades de autocuidado se desarrollan de diversas maneras en función de factores como la edad, estado del desarrollo, sexo, sistema familiar, educación, orientación sociocultural, disponibilidad de recursos, y hábitos diarios. Es preciso identificar que existen subprocesos en la capacidad del paciente para conocer sus necesidades y satisfacerlas, sin que estos se encuentren aislados de un concepto comunitario.

Enfrentar las condiciones más específicas de las enfermedades crónicas demanda la prevención secundaria que implica evitar “la incapacidad prolongada” (p.31) debida a una enfermedad. Pero, sobre todo, conducir las capacidades de autocuidado a mitigar los efectos de situaciones adversas. Esto demanda la provisión de condiciones que permitan alcanzar el progreso de “la integridad estructural y funcional” (p.32), así como el compromiso del paciente consigo mismo y su crecimiento. La prevención de condiciones que puedan afectar su concepto de bienestar será el efecto de un sistema de salud planificado a partir de la investigación, que adopte “la doble dimensión del concepto del derecho a la salud y su ejercicio” (p.32).

El desarrollo de un núcleo de capacidades de autocuidado, como la acción adecuada para la reproducción de gestiones que permiten al paciente crónico cubrir sus propios requerimientos, así como las demandas terapéuticas comunes desde su oportuno conocimiento, incluye esta readaptación del concepto del derecho a la salud. Es necesario promover de manera general cuidados de derivación o carácter educacional, promocionando el desarrollo humano desde la modificación del autoconcepto, el autoconocimiento y la conciencia del otro.

La calidad del funcionamiento y desarrollo de un sistema sanitario plantea la intervención de una secuencia de habilidades que, principalmente, hayan sido desarrolladas por los/as profesionales de enfermería, pero deberán incluir cierto grado de multidisciplinariedad (Vega & González, 2007). Su carencia es compensada con el apoyo terapéutico; pero sobre todo, educativo. Se ha integrado operaciones de autocuidado en la cotidianidad del paciente que están dirigidas a la adquisición de habilidades relacionadas con sus dinanismos diarios, emocionales y motivacionales que “además la/o lleven a la conciencia del otro” (p.33).

Dorothea Orem (1980) define el autocuidado como una conducta que: “...existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o el entorno, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar” (citado en Carrillo, 2015, p.32). El concepto de autocuidado debe adherirse al concepto que mide la operatividad de desarrollar capacidades de autocuidado desde la perspectiva del propio paciente, en relación a su condición de cronicidad. Aunque las necesidades puedan ser universales, las necesidades relativas y aquellas relacionadas con

su estado de salud serán las que objetivamente fijen las medidas de gestión para la agencia en el autocuidado (Velandia & Rivera, 2009).

Para proporcionar los conocimientos y habilidades necesarias, considerando la posibilidad de alcanzar un nivel máximo de autocuidado en pacientes crónicos, se debe presentar una iniciativa que se centre en generar espacios de formación, información y conocimiento. Estos deberán enfocarse en potenciar la percepción de las/os pacientes crónicos sobre el acceso a la salud, para desarrollar aquellas razones que determinan la importancia del autocuidado.

La capacidad del individuo para satisfacer sus necesidades, con base en las recomendaciones terapéuticas de profesionales de salud, deben ser conducidas hacia la implementación de tecnologías de la salud, que reporten la participación activa del paciente. El manejo de información tiene como objetivo mejorar y mantener el control de la enfermedad, mitigar los efectos de tratamientos y del deterioro físico y emocional del paciente (Padilla, y otros, 2013).

La capacidad del individuo para satisfacer estas necesidades requiere de tres tipos de capacidades. Las primeras son capacidades fundamentales y de disposición como la sensación, percepción, memoria y orientación. Las segundas son capacidades específicas que se relacionan con la habilidad del individuo para comprometerse en el autocuidado, la valoración de la salud, energía y conocimiento del autocuidado; estas son: máxima atención y vigilancia, uso controlado de la energía y del cuerpo, adquisición de conocimiento, razonamiento, motivación y toma de decisiones. Por último, capacidades que le permitan operacionalizar las decisiones, donde el individuo investiga condiciones y factores de sí mismo y del medio ambiente que son significativas para su autocuidado, toma juicios y decisiones -auto reflexionadas- de autocuidado y construye medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado por sí mismo (Velandia & Rivera, 2009, p.540).

Alcanzar este nivel de compromiso y responsabilidad de autocuidado en el paciente, en definitiva, está directamente relacionado con el nivel de adherencia al tratamiento (Padilla, y otros, 2013). Una intervención, de acuerdo con investigaciones y estudios descriptivos realizados a pacientes crónicos con enfermedad pulmonar obstructiva, en el hospital general de México durante un año, “demostraron que el autocuidado en pacientes crónicos permite limitar los daños que sus enfermedades pueden causar en el estado de salud y calidad de vida” (p.31).

El nivel de agencia que alcanza un paciente determina su facultad para identificar oportunamente complicaciones en su estado de salud. También, existe evidencia efectiva de “la reducción de mortalidad, el número de hospitalizaciones, el bienestar psicológico y la salud del paciente” (p.21). Según, Padilla, y otros (2013) esto puede ocurrir como resultado de la aplicación de estrategias

multidisciplinarias que ayudan al autocuidado y mantienen la práctica de actividades direccionadas al comportamiento y condicionamiento de la persona en el autocuidado. Existen tres niveles de autocuidado que son cubiertos con la generación de agencia en pacientes crónicos. Estos son:

Autocuidados universales, comunes a todas las personas, que comprenden el aire, el agua, los alimentos, la eliminación, la actividad, el reposo, la soledad y la interacción social, la prevención de riesgos, la salud, el bienestar, etc. Auto-cuidados asociados al proceso de crecimiento y desarrollo humano. Condiciones que afectan el desarrollo de la persona, aislamiento social, la fase terminal de la enfermedad, los problemas de adaptación social, etc. Y autocuidados relacionados con la alteración de la salud que comprenden las necesidades de controlar los efectos nocivos de la enfermedad o el tratamiento, la adaptación a la enfermedad, etc. (García, 2011).

El objetivo del autocuidado es mantener la vida, la salud y el bienestar del enfermo y su cuidador. El autocuidado es una habilidad esencial que incluye la programación de un servicio que valora las necesidades y requerimientos de los pacientes crónicos. Existen diferentes intervenciones y formas de promover el autocuidado, una de ellas es la educativa. En torno a ella, surgen modelos psicosociales que actúan en función de modificar el comportamiento del paciente. Además, los múltiples síntomas que surgen de la enfermedad, coinciden con un abanico de cambios en la conducta del paciente (García, 2011). Es primordial, desde la perspectiva de calidad de vida del paciente y su sostenibilidad, mantener los cambios adecuados para lograr adherencia y satisfacción como efectos de la agencia del autocuidado.

Situación sociocognitiva de pacientes crónicos

Debido a la disfuncionalidad del sistema sanitario y de salud, actualmente, se han detectado campos amplios de conocimiento que han ayudado a prevenir, controlar y tratar a nivel comunitario el autocuidado en enfermos crónicos. La base primordial de este es la formación de cuidadores/as informales, así como, la reproducción de capacidades de autocuidado como un sistema de intercambio e interdependencia dirigidos a mejorar la calidad de vida.

Asimismo, en lo individual, se consideran los factores de riesgo de las enfermedades crónicas, enfocándose en la prevención. Además, para el estudio de las repercusiones negativas relacionadas con la salud y calidad de vida de las personas afectadas ha sido esencial incluir la realidad de las/os cuidadores informales como parte de un escenario latente de las enfermedades crónicas (Jadad, y otros, 2009).

Las prácticas óptimas encaminadas a prevenir, detectar, controlar y reducir el impacto de la enfermedad crónica, se coordinan con el esfuerzo conjunto a nivel institucional e individual. De este modo, para el desarrollo individual del paciente se destaca la iniciativa de la adherencia al tratamiento como resultado de una estrategia sistemática en la provisión de apoyo para el autocuidado.

El autocuidado se relaciona con el cambio de comportamiento y condicionamiento de conducta. Se basa en el aprendizaje de los estados emocionales y fisiológicos que surgen en el paciente a raíz de la enfermedad (García, 2011). El comportamiento es uno de los elementos base que orientan el sentimiento de autosuficiencia, a partir del desarrollo de las habilidades de cuidado. La conducta y ciertos cambios cognitivos son el resultado de la percepción que el paciente crónico tiene sobre su salud. La satisfacción vital es uno de los indicadores más importantes dentro del concepto de calidad de vida. Es necesario recurrir al estudio de un modelo ético que permita verificar los diferentes elementos que influyen en la satisfacción, autonomía, y adherencia al tratamiento por parte del paciente ligado a una percepción terapéutica. De aquí, la importancia de mantener el enfoque multidimensional que se mencionaba anteriormente.

Según la Organización Mundial de la Salud, hasta el 2014, el 70 % de las causas de muerte del planeta eran las enfermedades crónicas. Por eso, se ha producido significativamente el desarrollo de investigaciones y estudios de especial importancia en torno a la calidad de vida de quienes las padecen. Intentar adaptarse al cambio que produce una enfermedad crónica resalta la crisis vital y las limitaciones que se producen en el proceso de afrontar y adaptarse a las condiciones de una enfermedad crónica. En este proceso, se comprometen aspectos físicos y emocionales debido al impacto de la enfermedad, el tratamiento y los cambios de estilo de vida (Vega M. T., 2018).

Los cambios que afectan a personas con enfermedades crónicas, físicas y psicológicas, comprometen el nivel de adherencia al tratamiento y a su vida en general. Esto sucede debido a la experimentación a la que se someten a nivel funcional, pero sobre todo a nivel social. Las decisiones sobre la salud, sobre el futuro están limitadas por la incertidumbre. En gran medida, el estrés psicosocial es una de las consecuencias que afectan a un paciente crónico. Desde la perspectiva de la psicología social, se explica que el estrés psicosocial está directamente afectado por factores como el tipo de tratamiento, la hospitalización, variaciones funcionales, el dolor y la inseguridad. Esto reduce consecuentemente su capacidad de autocuidado:

Para Schwartzmann (2003) y para Sánchez, García, Valverde, y Pérez (2014) la satisfacción general con la vida es el principal indicador de bienestar subjetivo y calidad de vida de las personas que padecen enfermedades físicas crónicas.

Se entiende como el componente afectivo-cognitivo del bienestar psicológico y refleja el juicio subjetivo de calidad de vida basado en criterios personales de felicidad y éxito... (Vega M. T., 2018, p.158).

La teoría social cognitiva de Bandura explica cómo la autoeficacia está regulada por factores externos, pero además internos que influyen en el nivel de confianza necesaria que permiten afrontar la enfermedad con un comportamiento de salud autorregulado. De este modo, se asocian las capacidades relacionadas con el grado de autonomía que alcanza una persona que padece una enfermedad crónica con la satisfacción y adherencia a su tratamiento debido al nivel de confianza en sus propias capacidades. Pues admite encontrarse en la potestad de poner en práctica estrategias efectivas ante las dificultades que produce la enfermedad³ (Vega M. T., 2018).

Los elementos psicosociales, sociodemográficos y la enfermedad pueden relacionarse. También debe considerarse que existe un elemento adicional que determinará la situación sociocognitiva del paciente crónico en relación con su nivel de percepción de autonomía. Esta es la variable género:

En el modelo se prueba que aquellos enfermos que se sienten con mayor autonomía en su vida cotidiana, se perciben también más autoeficaces para afrontar las dificultades y se sienten con menos estrés, dando lugar a personas que experimentan mayor satisfacción con la vida y, por tanto, que sienten mayor bienestar y calidad de vida (Vega M. T., 2018).

La consideración de estas relaciones sería la base de un programa de Escuela de pacientes. La base específica del paciente experto será la teoría social-cognitiva que apunta a conseguir la interacción entre pacientes y formadores expertos con un aporte social. Todo esto en función de conseguir una buena comunicación y empatía, que fortalezcan la autoeficacia y, a su vez, mejoren el autocuidado. De este modo, deben ser definidos factores como los socioculturales y el servicio sanitario, en específico.

Adherencia y satisfacción

La importancia de la autoeficacia y el autocuidado que aparecen en la reformulación del sistema sanitario permite percibir un desarrollo en las capacidades

3 Esta información fue obtenida en un estudio realizado a 64 sujetos que padecen una enfermedad crónica de entre 41 y 42 años. El estudio aplicó una escala para medir la autonomía funcional y autoeficacia de afrontamiento cognitivo, diseñados específicamente para la investigación. Basaron su escala en 4 ítems adaptados de Bähler y Schwazer. Para medir el estrés psicosocial se utilizó una escala de estrés de Herrero, García y Musitu. (Vega M. T., 2018, p.162)

que contribuyen a mejorar la calidad de vida, la satisfacción y la adherencia al tratamiento. Estas capacidades son el resultado de un proceso de adaptación a la enfermedad e implican un aumento de la posibilidad psicosocial de autonomía. Esto se puede detectar en aquellos comportamientos rutinarios y en la evolución del manejo práctico de habilidades para el autocuidado vistos en la redistribución de tareas de cuidado.

Todo este proceso tiene como efecto primordial el mejoramiento de la calidad de vida del paciente crónico, el sostenimiento de su vida, y la complejidad que caracteriza al avance progresivo de su enfermedad que, en el peor de los casos, podría conducir a la muerte. De lo contrario, disminuye la esperanza de vida del paciente crónico, o en su defecto resulta una vida extremadamente difícil, debido a las limitaciones relacionadas con la conducta del paciente que, sin embargo, puede alterarse para mejorar su nivel de adherencia radicalmente. La adherencia es un concepto relacionado con el cuidado terapéutico e informal de pacientes crónicos. En este caso los cuidados de la salud incluyen la enfermería, medicina, psicología, farmacia, terapia física, alimentación y estilo de vida, generalmente desde el modelo de autocuidado (Guerra, Díaz, & Vidal, 2010).

El fin de todo procedimiento es producir adherencia al tratamiento, en un grado de persistencia y cumplimiento más amplio. Esto implica la participación pasiva de cuidadores y una participación activa del paciente. La continuidad intencionada en el proceso de adherencia indica cambios a largo plazo (Guerra, Díaz, & Vidal, 2010).

Existen diferentes teorías, que pueden ser utilizadas para la explicación de la adherencia como un fenómeno común entre pacientes crónicos. La Organización Mundial de la Salud ha utilizado cinco perspectivas generales desde las que se puede estudiar teóricamente el fenómeno de la adherencia en pacientes crónicos. Estas perspectivas son: “la perspectiva biomédica, la perspectiva comportamental, la perspectiva comunicacional, la perspectiva cognoscitiva, y perspectiva autorregulada” (p.55).

La biomédica tiene un enfoque que supone el seguimiento pasivo de las órdenes médicas por parte del paciente. En cambio, la teoría comportamental destaca el modelo de comportamiento influenciado por un refuerzo positivo y negativo en el paciente que, en efecto, logrará adherencia. La perspectiva comunicacional emplea variables para fortalecer la relación profesional-paciente como un acuerdo de comunicación óptima entre ellos, superando la relación de poder tradicional. La perspectiva cognoscitiva aplica diferentes modelos para recalcar procesos cognoscitivos y comportamientos de adherencia, basados en la teoría social-cognitiva, la teoría del comportamiento planificado y la teoría de la

protección-motivación⁴. Finalmente, al referirnos a la integración de variables del entorno en relación a respuestas cognitivas de los pacientes crónicos frente a amenazas a su salud, entendemos la perspectiva de autorregulación.

Los enfoques descritos son la interpretación más reciente de los factores que pueden intervenir en el comportamiento de adherencia de un paciente crónico de acuerdo con la psicología de la salud y los aportes de la OMS. Existen cuatro ejes que deben evaluarse en este sentido de comportamiento- adherencia y que constituyen el problema extendido del proceso en diferentes grupos de pacientes crónicos. Los cuatro ejes mencionados permiten un análisis del impacto directo en la sobrevida y prevención. Estos son: “el conocimiento y capacidades, las creencias, la motivación y la acción” (p.55).

El cuidado y la adherencia utilizan los regímenes de información y formación como base para el éxito terapéutico. Sin embargo, incrementar el nivel de conocimiento del paciente por sí solo no es suficiente. De esta forma, el enfoque más efectivo será aquel que integre a más del factor educativo la promoción del cumplimiento del tratamiento y la reducción de las condiciones de comorbilidad del paciente crónico.

Se debe considerar la intervención socioeconómica, intervenciones a nivel estatal del sistema de salud relacionadas también con el equipamiento de atención sanitaria, intervenciones relacionadas con el tratamiento para la enfermedad, y con el paciente, de modo que serpa imposible hablar de autonomía sin considerar el contexto de la o el paciente. (Et al. 2010, p.56). De esta forma, se entiende que un proceso de formación de habilidades de autocuidado de pacientes crónicos se encuentra apoyado por la generación de habilidades en sus cuidadores/as informales. Esto, porque la descarga de actividades, garantiza la planificación de su tiempo, mismo que será destinado para otros fines.

Comprendiendo holísticamente el ejercicio del derecho a la salud y la vital importancia de su titularidad, como una condición *sine qua non* para el ejercicio de otros derechos, se rescata el estudio de otros factores que involucra la adopción de la ética feminista como una filosofía del sistema de sanitario.

La razón por la que la interdependencia debe ser planificada desde un enfoque comunitario responde a las necesidades de conectar la economía local en la reactivación de ciertos sectores a partir de la presencia de mujeres. Esto reduciría su carga de trabajo no remunerado, superando la reserva del espacio

4 “Uno de los modelos teóricos psicosociales más ampliamente utilizado y con mayor apoyo empírico en una gran variedad de conductas es la “teoría del comportamiento planificado” (TCP), que sostiene que la conducta humana es voluntaria y está determinada por la intención conductual, la cual a su vez se construye a partir de tres procesos principales: actitudes sociales, norma subjetiva y control conductual percibido” (Martín, Martínez, & Rojas, 2011, p.434)

privado como única opción para aquellos cuidadores/as informales de pacientes crónicos, o incluso, permitiría la combinación de este con su rol productivo.

Diferencia entre gestión y administración en el sistema de salud desde un enfoque de género

El sistema ecuatoriano desarrolla un modelo convencional de salud que es concordante con lo establecido por un Estado paternalista. Conforme a lo establecido en la Constitución el Art. 32⁵ resalta un concepto de Estado como benefactor. La realidad y ejecución de los cuidados de la salud, su práctica e implementación limitan la utilización de conocimiento estrictamente médico. Tradicionalmente, se continúa sin tener en cuenta las expectativas y experiencias particulares del paciente. Siguen las generalidades de una relación de poder y autoridad en el que el profesional de salud es considerado un experto y no involucra el reconocimiento de un enfoque activo y participativo (Bravo & otros, 2013).

Por otra parte, un correcto diagnóstico del contexto cultural, social y económico evidencia la necesidad de generar un sistema estándar que comparta preferencias de calidad, así como la valoración de evidencia en la adecuación de lineamientos profesionales y de gestión. Así, debería adoptarse un proceso que incluya realmente la visión compartida de condiciones de cuidado que permitan revalorar los trabajos relacionados al cuidado y autonomía en el paciente así como en la persona que cuida y la ciudadanía.

A nivel internacional, el principio de autonomía del paciente ha construido una filosofía que afirma que la competencia disminuida en la aplicación de decisiones subrogadas exclusivamente al personal de la salud disminuye la soberanía individual del paciente. En la práctica actual nos enfrentamos a una desigualdad de recursos, así como de derechos. No es posible hablar de autonomía de manera aislada como si se tratara de un nuevo experimento médico. El sistema ha construido un perfil del paciente ajustándolo al modelo capitalista de “individuo consumidor” de servicio. En este proceso se revelan numerosos protocolos de calidad de servicio en relación a la valoración del paciente, importando el ámbito de transformación efectiva sin que este implique desajustar la idea del poder que se ejerce sobre la vida de quien sufre una enfermedad crónica en relación

5 En la Constitución de la República del Ecuador se describe: Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. Aunque en el segundo párrafo del mismo artículo incluye una visión integral del derecho a la salud, desde un enfoque de género. Entendiendo el ejercicio holístico de los derechos fundamentales a partir del derecho a la salud, en la práctica y gestión la situación se despliega de manera diferenciada.

al saber/poder médico. Con el plan Berveridge, desde 1942 hasta mediados del siglo XX, el sistema de salud busca certificar la fuerza física, garantizando la capacidad productiva (Foucault, 1974, p.152).

En función de una muestra significativa de información alrededor de escuelas de pacientes del país vasco, misma que ha basado su metodología en la propuesta de la Universidad de Stanford, se ha implementado el uso de nuevas tecnologías que posibilitan la intención de un sistema de cuidado que asuma la caracterización de enfermedades crónicas. A la vez, se busca incorporar el análisis de la relación entre la enfermedad y el conocimiento de quien la sufre. Curiosamente, se trata de hacerlo incluyendo la intención de generar capacidades de autocuidado (Pública & Esteve, 2014).

Hoy en día, el país Vasco ha transformado radicalmente su sistema de salud, experimentado un importante desarrollo desde hace veinte y cinco años en torno a un plan de ciencia, tecnología e innovación. En estos sistemas de salud, los Centros de Excelencia Médica constituyen un proceso de innovación e integración, en un período de dos años, con la transición estructural de un sistema de cuidado (Fernández, 2005).

La estructura de este proyecto deberá sumar a su gestión el entorno universitario a la vez que potencia la implementación de I+D+i mejorando completamente el panorama en el marco del concepto integral de salud. Para ello, un conjunto de agentes participan directa e indirectamente en la implementación de centros de excelencia médica (Fernández, 2005).

El País Vasco ha optado por transformar su sistema sanitario. Pese a que en el 2013, Health Affairs presentó la disminución de un 8% a 21% en el costo por paciente crónico, a partir de la implementación de un modelo de gestión de escuela de pacientes, este aún no desplegó su mayor beneficio (Bengoa, 2019). Con el tiempo, las escuelas de pacientes recogieron la óptica cualitativa central de calidad y sostenibilidad de vida a partir de la activación y empoderamiento del paciente crónico. Así, se consiguió introducir un enfoque social de autocuidado en la persona que cuida y sus redes (Bengoa, 2019).

Los centros de excelencia médica han considerado los procesos económicos que constituyen el contexto específico de la industria farmacológica y la economía de la salud. Los datos presentados por la Organización Mundial de la Salud muestran que las enfermedades crónicas requieren cuidados continuos y permanentes (Sapag, Lange, Campos, & Piette, 2010). Entre las enfermedades crónicas están: enfermedades cardiovasculares, cáncer de mama, artritis, sida y algunos tipos de depresión. Sin embargo, la particular mejora del acceso oportuno a un servicio de salud integral, además de optimizar el aspecto económico, afirma un importante apoyo entre pares. Implica una intervención sociocognitiva

basada en el autocuidado y promoción sostenida por la injerencia educativa en el paciente (Sapag, Lange, Campos, & Piette, 2010).

Esto se conecta, principalmente, con la predicción registrada por la OMS. Para el año 2020, las muertes por año en América Latina debido a enfermedades cardiovasculares tienen una prevalencia estimada de 35 a 55 %. Las enfermedades cardiovasculares, por ejemplo, como causa principal de incapacidad y muerte, superan tres veces las enfermedades infecciosas. La detección insuficiente, así como la coordinación particular de acceso a servicios de salud, podría ser controlada a partir de una educación dirigida al autocuidado potenciando “servicios informales en el contexto y grado de interés de los y las pacientes con enfermedades crónicas” (p.2).

Por otra parte, las consultas de urgencia y tasas hospitalarias necesitan ser reducidas y mejorar su funcionalidad y optimización. Sin embargo, no se debería abandonar la intervención con los pacientes, seguimiento, acceso y apoyo psicológico, con la intención de mejorar el cuidado y potenciar su desarrollo personal de manera integral. Adicionalmente, las estrategias que deben ser desarrolladas por una escuela de pacientes sientan otros contenidos de interés. Un aspecto fundamental que debe ser tomado en cuenta es el cuidado de los y las cuidadoras además de su capacitación.

El mejorar el contacto con personas que padecen enfermedades crónicas debe ayudar a superar las limitaciones estructurales de un sistema sanitario tradicional. La implementación de escuelas de pacientes, especialmente, podría ser aprovechada en el marco del desarrollo científico universitario para aumentar las posibilidades concretas del desarrollo de la economía y antropología del cuidado. La escuela deberá enfocarse en el diseño preexistente a nivel internacional para mejorar sus resultados en la consecución de una mejor calidad de vida de quienes sufren una enfermedad crónica, sus cuidadores informales con base en la existente perspectiva de la ciudadanía. Todo esto, con la intención de conseguir un sistema de redes apropiado para la consecución de sostenibilidad de la vida (Sapag, Lange, Campos, & Piette, 2010).

II

Estrategias para la gestión desde un enfoque feminista del cuidado

La gestión del sistema de salud con enfoque feminista del cuidado

Las actividades propias de desarrollo, investigación e innovación en el ámbito de la salud, con frecuencia, consideran la evolución clínica en relación con las tecnologías tradicionales. En la actualidad, los problemas de los sistemas de salud –el cual ha basado su racionalidad en acciones instrumentalizadas, orientadas por fines, y totalmente medicalizadas- han sido burocratizados por la asistencia médica, dejando de lado los intereses de los individuos. En cambio, la escuela de pacientes ha integrado la perspectiva holística de estilos de vida más saludables, cubriendo el aislamiento que se puede generar en pacientes con enfermedades crónicas. Con ello ha permitido un desarrollo de capacidad de agencia⁶ en quien sufre la enfermedad, así como conocimientos y liderazgo transformativo en las personas cuidadoras, y sus redes.

Propuesta de diseño de la gestión: Concebir el cuidado como fuerza de trabajo, no absorbida tradicionalmente por el sistema clásico, lo adopta como mano de obra barata, o incluso gratuita; pero que no proporciona aspectos emocionales necesarios al enfermo. Son implicaciones de un modelo de salud basado en la subsistencia capitalista. De esta forma, se mercantiliza el trabajo de cuidado y el sistema lo absorbe.

Por ello, la resignificación del trabajo del cuidado como posibilidad de sostener la vida es contraria a reproducir mano de obra bajo las condiciones capitalistas de sus propias relaciones de producción. Este punto el análisis feminista ha incorporado el concepto de gestión en el sistema de salud, bajo la premisa de subsistencia, resaltando la crítica al sistema en pos de la entrega de mano de obra saludable por un coste inferior al coste real (Carrasco, 2013).

6 Judith Butler, procede a plantearse dos asuntos claves que nos permiten indagar en una conceptualización de la agencia; “quiénes no pueden habitar el mundo a plenitud y “cómo” podemos garantizar que cualquier vida humana sea vivible. Este concepto nos lleva al cuestionamiento de ¿Cómo habitar el mundo? Y cuestiona la sedimentación de la ciudadanía y su ejercicio como un derecho enfocado en la solidez de esa propuesta. De esta forma nos invita a percatarnos de cómo la exclusión hace nuestras vidas invivibles. En este orden se plantea la viabilidad del concepto de agencia como una respuesta a las sombras de la inhabitabilidad dado que la agencia surge de lo contrastable, lo oponible, será la capacidad de acción que dinamiza la forma en la que habitamos el mundo a partir de la estimulación del ejercicio del derecho a la salud desde una nueva ética en este caso. (Butler, 2017, p. 39)(Butler, 2017)(Butler, 2017).

Con frecuencia se desarrollan diferencias entre los conceptos de administración y gestión. La gestión está asociada al control de resultados. Como parte de un giro en la organización del sistema sanitario, se propone la inclusión de una filosofía ética de cuidado en la planificación de la gestión. Se trata de sincronizar voluntades, no solo disponer de recursos de forma racional, conforme una planificación lógica (Tobar, 2019).

Esta teoría económica involucra captar la dinámica del cuidado desde un enfoque feminista, organizarla y explicarla utilizando nuevos elementos a través de los que la salud, como una disciplina, refleje la complejidad de las insuficiencias del sistema de gestión tradicional. Por ese motivo, hoy entendemos la gestión estratégicamente, más allá de lo burocrático y el control de procedimientos. La entendemos en función de los resultados apartándonos de metáforas mecanicistas, partiendo de la receptividad del otro y sus necesidades. En función de la identificación de relaciones asimétricas que se generan en una relación del cuidado y la división sexual del trabajo (Izquierdo, 2003).

Las actividades propias de desarrollo, investigación e innovación en el ámbito de la salud, con frecuencia, consideran la evolución clínica concentrada en tecnologías tradicionales. En la actualidad, los problemas de un sistema de salud, que ha basado su racionalidad en acciones instrumentalizadas, orientadas por fines, han burocratizado la asistencia médica. Han dejado de lado los intereses de los individuos, sin promover los derechos ciudadanos de las personas afectadas por una enfermedad crónica. En cambio, la escuela de pacientes ha integrado la perspectiva holística de estilos de vida más saludables. Busca evitar el aislamiento que pueden sufrir los pacientes con enfermedades crónicas y generar en ellos capacidad de agencia. Así también, conocimientos, empoderamiento y liderazgo transformativo en las personas cuidadoras.

El grado de autonomía previo y su valoración funcional han sido analizados en un intento de atender las necesidades específicas de los pacientes crónicos con el fin de estructurar una propuesta de Escuela de Pacientes. Esto se ha hecho partiendo de la sujeción anticipada a una ruptura epistémica del concepto de salud y una vida saludable. Se ha dado paso a la reestructuración de las relaciones entre pacientes y cuidadoras/es informales de salud y en la gestión del sistema, repensado la asimetría tradicionalmente operativizada en el servicio de Salud.

La observación de los hechos ha sido utilizada especialmente para determinar el nivel de relación, entre la escuela de pacientes y los servicios que deberán diversificarse en esta a partir de la transversalización del concepto integral de salud y la economía feminista con base en la ética de cuidado. El objeto de la escuela de pacientes crónicos o paciente experto, incorpora una combinación adecuada de gerencia y coordinación. De esta forma, los logros, requerimientos, líneas de investigación que se observasen en los microespacios de la escuela construirán

nuevos espacios de acción e investigación en el Centro de Innovación de la Salud.

La formación de pacientes estará alimentada por la construcción de pensamiento en profesionales de la salud y otras áreas, de forma que los espacios prácticos se programarán por un grupo multidisciplinario adecuado que forma parte del Centro de Innovación de la Salud. El grupo estará conformado por una representación de cada bloque de acción de la escuela de pacientes, garantizando la posibilidad de desplazamiento y participación. El centro de excelencia médica evaluará sus necesidades y programas, compartiendo la gestión administrativa, financiera, talento humano, compras públicas, tecnología y asesoría como guía en la atención del paciente.

Un contexto sistémico de interpretación, investigación, formación y atención determinará el funcionamiento estratégico del Centro de Innovación de la Salud. Por defecto, alcanzará consuetudinariamente el desarrollo de habilidades de cuidado y autocuidado en los/as pacientes crónicos argumentando la posibilidad exigible de un ejercicio integral de derechos humanos sobre la base del derecho a la salud. La cadena de valores deberá ser interpretada en la aplicación regular de la prestación de servicios conforme el cumplimiento de las observaciones individuales y colectivas examinado en el límite de la normativa vinculante.

Análisis de brechas, requerimientos y recursos: caracterización de problemas y necesidades de cuidadores y cuidadoras informales de pacientes crónicos

Según la página digital Platalfarma (2017), se puede definir “autocuidado” como:

La actitud y aptitud para realizar de forma voluntaria y sistemática actividades dirigidas a conservar la salud y prevenir enfermedades; y cuando se padece una de ellas, adoptar el estilo de vida más adecuado para frenar la evolución. Constituye el primer escalón en el mantenimiento de la calidad de vida de cada persona. Cada vez es mayor la evidencia de que un adecuado autocuidado reduce la incidencia de patologías graves que suponen un elevado coste en recursos al sistema sanitario, por lo que la promoción de medidas que lo favorezcan constituye un objetivo de los gobiernos (Platalfarm, 2017-2019).

Los datos extraídos del grupo focal nos permiten inferir las percepciones que las personas tienen sobre el concepto de cuidado y hábitos de autocuidado. Esta percepción se encuentra determinada por factores estructurales que determinan relaciones de poder desiguales en realidades sociales desiguales. Supone también elementos invisibles e intangibles que serán difíciles de contabilizar desde un enfoque mercantilista del bienestar. Además, observamos cómo estos

cuidados se cruzan con los del hogar y que, a veces, no están mediados por la relación afectiva.

Es menester entender que el autocuidado busca proporcionar nuevas oportunidades a los cuidadores/as. Muchas veces el rol se asume porque frente a esa realidad no existe otra alternativa. Así uno de los participantes nos dijo: “No pudieron diagnosticar a tiempo su enfermedad, tenía un cuadro súper crítico; tanto emocionalmente como médicamente porque no sabíamos qué hacer, yo tengo una niña de tres años menor que él, ella a veces ha estado a cargo de él”. La habilidad de cuidado es, inclusive, presentada como un desempeño heroico, ignorando cómo las dependencias sociales son asumidas desde las diferencias físicas.

La persistencia en el otro cubre la precariedad con un consciente análisis de libertades. Como menciona el participante número cinco del grupo de discusión: “Y claro yo trabajaba, ella trabajaba; yo era albañil, trabajaba y todo lo que he trabajado en mi juventud; mejor estoy casi acabando porque, estoy vendiendo las cosas para poder sostenerme hasta cuando Dios me lleve”. La enfermedad no consume al paciente y a su cuidador. Según Molano (2017) “se confirma el temor al enfrentar diferentes actividades que son detonantes de su sintomatología dolorosa e inflamatoria propia de la enfermedad, infiriendo su calidad de vida y sus relaciones” (p.13).

Las relaciones sociales pasan por una transformación que interfieren en la calidad de vida de los cuidadores, como en la de los pacientes. Este proceso demanda recursos, tiempo y conocimiento. Para mantener seguimiento y continuidad del tratamiento como efecto, se requiere de condiciones anteriores que favorezcan el autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas. De pronto, el sistema de salud debe reconsiderar la ecuación feminidad-cuidado y plantear un alcance universal del cuidado. El paciente en este caso es de sexo masculino, proyecta el cuidado desde la maternidad y el sacrificio; reproduciendo estereotipos en la hermana menor.

El reconocimiento del paciente y de su situación es una propiedad necesaria para el autocuidado. La necesidad del cuidado está asociada con la atención primaria y ambulatoria, debido al acceso que los pacientes tienen a los servicios médicos. En el grupo de discusión, se habla de un exitoso tratamiento cuando se reconoce y se posee capacidad de resiliencia; de ahí, el hecho de que no exista al momento un tratamiento exitoso sin la voluntad propia del paciente.

En nuestro grupo focal el denominador común fue que un 99% de las asistentes eran mujeres. El criterio de inclusión utilizado fue la participación de quienes se desempeñarán como cuidadores/as principales y sin remuneración de personas con artritis de la Escuela de Pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso. Sin

embargo, se ha considerado relevante incluir el análisis de otros factores estructurales que se conectaran con la voluntad del paciente en relación a aquellas categorías sociales que determinan la realidad de su entorno, como una situación previa de la autonomía.

Así por ejemplo, el joven dependiente de su madre ha continuado con sus estudios, su madre habla de un sacrificio profundo: "...Si la hermana, es la que ha estado más con él, y yo mismo he estado más pendiente del trabajo, entonces, ellos se quedan solos en la casa y ese cuadro ha sido tan doloroso, y creo que para la mayoría es así..." Una de las categorías estudiadas es la de cuidado. Su análisis en este grupo focal ha tenido en cuenta la presencia de los cuidadores informales. Se ha considerado el análisis de aquellas desventajas de tipo sistemático y socioeconómico para determinar una realidad diferente de cuidado.

Una de las participantes, con completo desconocimiento de las razones que la han colocado en una realidad distinta a la del joven universitario, se ha presentado como cuidadora pues vive sola, afirma:

Sí, solita. (Inclina la cabeza) ahorita tuve que rogar por ahí, hacer un poco de cosas porque no puedo andar en bus yo, por problemas de esta pierna mire (muestra la pierna, se toca el pantalón) que no me quedó bien después de la operación, mire alzó la una y la otra no puedo alzar ninguna (...) y tengo que estar así.

La relación entre el género y las barreras estructurales, particularmente, tienen su impacto en la satisfacción y goce de derechos. En este caso, al derecho a la salud como parte del estudio. Pese a los avances y conocimientos a nivel técnico, se continúan marcando desigualdades profundas. El acceso al servicio de salud es uno de los instrumentos de control de la satisfacción del derecho *per sé*. De acuerdo a las necesidades identificadas, uno de los planes contributivos de la ética de cuidado desde el enfoque feminista, para un modelo de salud, es la reducción de brechas a partir de la generación de resultados a partir de estrategias contextualizadas.

Se busca la prevención de la patología mediante investigación y, según lo evidenciado en el grupo de discusión, esto va más allá de cuidar a su paciente en el aspecto terapéutico. Si no se tiene en cuenta el cuidado y la necesidad de conocimientos técnicos en pacientes crónicos se produce un déficit en el seguimiento continuo y en un tratamiento constante. Esto se vincula directamente con la percepción del paciente sobre su voluntad de cambio y las acciones ligadas al autocuidado. El paciente es su propio gestor.

De pronto necesitamos -como le comentaba, somos los tres: mis dos hijos y yo- más ayuda y más enfocada en las reacciones adversas que da la medicación porque, los pacientes después de ponerse la medicación sí son cambiantes. Como

que sí genera cambios de carácter y se les entiende. Pero a veces como que ni ellos mismos se aguantan. Las personas que están al lado no, no entienden; entonces, sí les afecta mucho porque el paciente está sensible por la reacción de la medicación. Pero, los que estamos al lado de ellos también, no todo el tiempo estamos ahí pendientes, ya que ellos se ponen a la defensiva. Se ponen fosforitos cómo se diría entonces. De pronto, yo sí les diría a ustedes que están metidos en esto que se enfoquen más en las reacciones que dan los medicamentos con los pacientes.

No se muestra un nivel de conocimiento técnico sobre el cuidado. Uno de los participantes en el grupo de discusión ha considerado necesario trabajar en el capital humano de tal forma que se realice una inversión en los cuidadores para potenciar sus capacidades con la finalidad de prever, de mejor manera, los posibles escenarios que puedan afrontar con sus dependientes.

Se presenta un proceso de maduración emocional, sin conciencia del proceso inmaterial de la tarea de cuidado, legitimando el sacrificio a partir de la negación de sus subjetividades con la sensibilidad máxima de las necesidades del otro. La preocupación latente por atender las distintas carencias de sus dependientes, construye un espacio de renuncia ante aquellos compromisos que se debe tener consigo mismo. Según menciona el participante número tres en el grupo de discusión:

Lo que yo le diría como cuidador que soy, como ustedes ofrecen capacitación bueno yo sí necesitaría una capacitación así práctica, no sólo teórica. Por ejemplo: hay momentos en los que ella se pone rebelde y, por la enfermedad incluso, siente ya morirse. Entonces, lo que quisiera saber es: ¿Cómo puedo hacer? ¿Cómo puedo atenderla? ¿Cómo puedo ayudarla? Y esa capacidad quisiera yo, que ustedes me den. Bueno, yo de mi parte hago lo que me dijeron en el MIES una temporada, sé cómo manejarlo y cómo hacerle sentar, cómo hacerle vestir, cómo hacerle bañar, entonces, todo eso es lo que necesitamos y a mí me falta también...

La comunicación médico-paciente sigue siendo un atributo que se conecta con la percepción del paciente con respecto a su salud mental. Pues estos, al sentirse respaldados, gestionan sus propias necesidades. Pacientes y cuidadores consideran que esa percepción demuestra los obstáculos a los que se enfrentan. Es necesario para el autocuidado que la necesidad del cuidado del paciente no deje de lado aspectos fisiológicos. Entonces, este factor es esencial para la inserción en el programa a desarrollar. Esto se debe a que estos hábitos fisiológicos están vinculados con la percepción de calidad de la vida que poseen los pacientes e, incluso, los cuidadores. De esta forma, la percepción de la seguridad que poseen cambiará positivamente.

Según Molano, Nancy y Molano, Dolly (2017), se ha identificado que la artritis reumatoide afecta al individuo a nivel cognitivo, emocional y comportamental desde el momento en que recibe el diagnóstico. Es decir, es evidente la necesidad de que los cuidadores y sus dependientes puedan asimilar la enfermedad y mantener con éxito un tratamiento. Asimismo, es importante relacionar la necesidad de autocuidado como parte de la vida, mas no como una tarea extra.

Además, es necesaria una estructura adecuada sobre el cuidado tanto para el desarrollo de las habilidades de autocuidado como en cuidadores. De igual manera, la percepción del paciente respecto a su salud mental se conectará con su percepción de comunicación médico-paciente que, a la vez, reflejará su voluntad de cambio.

Por otro lado, la capacidad de resiliencia mediante el afecto y el autocuidado mejora las relaciones interpersonales cuidador-paciente. Además, las actividades que el paciente debe realizar como parte del tratamiento y cuidado de sí serán orientadas para su correcto desempeño y adherencia al tratamiento. Una causa macro para que las relaciones interpersonales se vean modificadas de manera positiva es la satisfacción que posee el paciente en relación a su tratamiento, de acuerdo a las manifestaciones generadas en el grupo de estudio. Los participantes consideran necesario que exista la satisfacción del paciente en referencia al cuidado, todo lo que refiere a técnica lo que es nivel de conocimientos técnicos en pacientes crónicos y la necesidad de conocimiento con respecto a sus enfermedades se asocia en la percepción de vida, nuevamente.

Sin embargo, cuando no existe un reconocimiento, no hay confianza y respeto al cuerpo. De esta forma se vulnera o se omite la enfermedad, imposibilitando la relación bidireccional de cuidado, generando una actitud negativa. Además, eso también va de la mano de la comunicación que existe entre el médico y el paciente, que cuando es buena ayuda a que el paciente sienta seguridad ante el cuidado que recibe del sistema de salud.

Se sobreentiende que, en lo referente al empleo, las rutinas del cuidador sufren drásticas modificaciones pues enfoca todo su tiempo a su rol de cuidador. Incluso, en el grupo focal se manifestó que habían cambiado sus hábitos fisiológicos. Se considera de suma importancia entender que la vida de estas personas se ha modificado de tal forma que existen, incluso, momentos incómodos.

Si el cuidador y el paciente tienen una relación esposo y esposa, por ejemplo, se omiten las relaciones sexuales pues se considera que el cuidado no posee ya la capacidad. Incluso, el mero hecho de intentar consumir el acto resulta ya incómodo tanto para el cuidador como para el paciente; ya que se considera que no está en plenitud para poder llevarlo a cabo.

De esta forma, las relaciones interpersonales están enmarcadas por los cambios de las conductas de parte a parte. De ahí que la percepción del paciente con respecto a su salud mental vaya cambiando. Este tipo de percepciones se están degenerando de tal forma que su estado de ánimo es cambiante.

En lo que refiere al cuidado y autocuidado se consideran necesarios ciertas actitudes o conocimientos por los que tanto el paciente como el cuidador puedan modificar sus condiciones de vida. Se considera que para que exista un grado de bienestar es necesario mejorar la calidad del servicio. Según lo evidenciado en el grupo de discusión, por exponer un ejemplo, se ha considerado que el limitado acceso a un tratamiento gratuito puede ser un condicionante para que los pacientes y sus cuidadores modifiquen su conducta.

Identificación necesidades y demandas de pacientes crónicos: pacientes con de cáncer de mama y artritis en el cantón Cuenca

La necesidad de cuidado que tienen las personas que padecen de ciertas enfermedades denominadas crónicas permitió el estudio sobre las percepciones que dichos pacientes tenían sobre aspectos relacionados a la economía de la salud y del cuidado. Este estudio evaluó diversos aspectos de la vida de los pacientes con cáncer de mama y artritis a través de una metodología mixta y con un marco teórico dirigido al análisis de las necesidades de los pacientes y la factibilidad social y económica de satisfacerlos. El objetivo final del estudio fue analizar la factibilidad de la creación de una “Escuela de pacientes” como parte del Centro de Innovación de salud de la Universidad de Cuenca, enfocada en facilitar el tratamiento, cuidado y autonomía de los pacientes crónicos y cuidadores/as informales. Los datos se recogieron a través de una encuesta que comprende aspectos técnicos de la enfermedad del paciente, aspectos tecnológicos y de servicio relacionados a la economía de la salud. Por otro lado, se incluyen también aspectos de cuidado, autocuidado y del proceso de curar; todos ellos, relacionados con la economía feminista y la ética del cuidado.

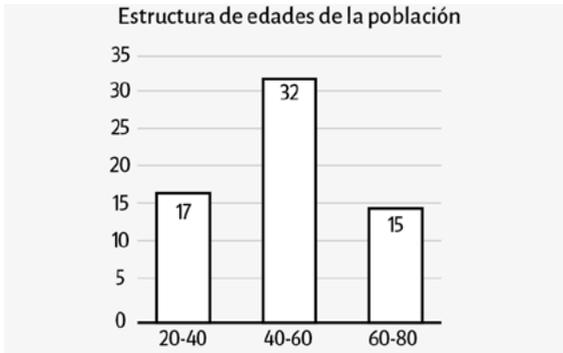
Descripción de muestreo probabilístico

En la presente investigación se procedió a calcular una muestra de personas para la realización de las encuestas a los pacientes. El procedimiento fue el mismo tanto para personas con artritis como para quienes padecían cáncer de mama. Se consideró la base de datos de la Escuela para pacientes del Hospital Regional de la ciudad de Cuenca y mujeres con cáncer de mama del centro de apoyo para pacientes del Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca.

Muestra cáncer de mama: en el caso de las pacientes con cáncer de mama, para la estimación de la muestra de personas a quienes encuestar se procedió a calcular por afijación proporcional en razón de la variable edad. Para esto, primero se calculó la muestra general mediante una fórmula de muestreo aleatorio simple (figura 1).

Figura 1

Fórmula de muestreo aleatorio para pacientes con cáncer de mama



$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Nota: con la colaboración de la Empresa Universitaria de Salud

Donde:

\bar{N} = Tamaño de la población

Z = Nivel de confianza

p = probabilidad de éxito

q = probabilidad de fracaso

d = precisión (máximo error admisible en términos de proporción)

El número de elementos que contiene la población considerada es de 63 personas que han pasado por esta enfermedad o están siendo tratadas. Se utilizó un 95 % de confianza y un límite de error del 5 %. Para la proporción de éxito (p) y fracaso (q) se considera una proporción 50 % y 50 % que es el utilizado cuando no se cuenta con estudios previos que permitan obtener esta proporción.

$$n = \frac{63 * 0,95^2 * 0,5 * 0,5}{0,05^2 * (63 - 1) + 0,95^2 * 0,5 * 0,5} = 37,4448 \approx 38$$

Ya obtenida la muestra, se procedió a obtener el número de pacientes a quienes se debía encuestar mediante afijación proporcional en 3 rangos de edades (20-40 años), (40-60 años) y de (60-80 años). El límite inferior del primer rango se estableció de acuerdo al criterio de mínimo valor, dado que no existe ningún paciente con cáncer de mama que tenga una edad menor a esta. A su vez el límite superior del tercer rango se lo realizó de acuerdo al mismo criterio mencionado.

Tabla 1

Afijación Proporcional pacientes con cáncer de mama

Rango de Edades	Frecuencia	% del Total	Afijación	Total
20-40 años	17	27%	10.08	10.08
40-60 años	31	49%	18.38	19.00
60-80 años	15	24%	8.89	9.00
TOTAL	63	100%		38

Mediante afijación proporcional se estableció el número de pacientes a encuestar por cada rango de edades de un total de 38 pacientes con cáncer de mama. La distribución estaba dada por 10 personas entre 20 y 40 años, 19 personas entre 40 y 60 años, y 9 personas entre las edades de 60-80 años. Cabe especificar que la elección de los 38 pacientes que conformaron la muestra se realizó mediante números aleatorios.

Muestra pacientes con artritis

En el caso de los pacientes con artritis para la estimación de la muestra se procedió a calcular por afijación proporcional considerando la variable "sexo". Para esto, primero se calculó la muestra general mediante la siguiente fórmula de muestreo aleatorio simple.

$$n = \frac{N * Z_a^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_a^2 * p * q}$$

Donde:

N = Tamaño de la población

Z = Nivel de confianza

p = probabilidad de éxito

q = probabilidad de fracaso

d = precisión (máximo error admisible en términos de proporción)

Dada la población de 167 pacientes con artritis, se realizó el cálculo de la muestra considerando un nivel de confianza del 95% y un límite de error del 5%. Para la proporción de éxito (p) y fracaso ($q = 1 - p$) se considera la máxima proporción posible de 50 y 50.

$$n = \frac{167 * 0,95^2 * 0,5 * 0,5}{0,05^2 * (63 - 1) + 0,95^2 * 0,5 * 0,5} = 58.816585 \approx 59$$

Una vez obtenida la muestra se procedió a obtener una muestra del número de pacientes a encuestar mediante afijación proporcional considerando la variable sexo: hombre, mujer o género no binario. La lista de pacientes se la obtuvo en la Escuela para pacientes del Hospital Regional de la ciudad de Cuenca mediante el Dr. Carlos Encalada, coordinador de la misma, y médico encargado de los pacientes con artritis.

Tabla 2:

Afijación Proporcional pacientes con artritis

Sexo	Frecuencia	% del Total	Afijación	Total
Hombre	15	9%	5.28	5
Mujer	152	91%	53.53	54
Otros	0	0%	0	0
TOTAL	167	100%	58.81	59

Nota: con la colaboración de la Escuela para pacientes del Hospital Regional de la ciudad de Cuenca

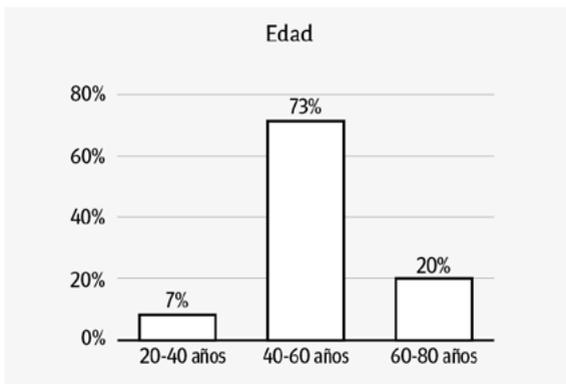
Mediante afijación proporcional se estableció el número de pacientes a encuestar por sexo, la lista contaba con 59 pacientes de la población total considerada al inicio. Este número se distribuyó de la siguiente forma: 5 pacientes de sexo hombre, 54 pacientes de sexo mujer y dado que no existen pacientes autoidentificados con la siguiente variable (género no binario) se obtiene un total de 59 personas a encuestar. De la misma manera la elección de esta muestra del listado poblacional se obtuvo mediante números aleatorios.

Resultados y discusión

En esta sección se presentan los principales resultados obtenidos mediante la aplicación de las encuestas a personas que padecen cáncer de mama y también a las que padecen artritis.

Figura 2

Porcentajes de personas con cáncer de mama según sus rangos de edad



Nota: Con la colaboración de la Empresa Universitaria de Salud

En la población de pacientes con cáncer de mama se encontró que solo existen personas de género femenino y de sexo mujer, las cuales en su mayoría se encuentran entre los 40 y 60 años de edad. El 73% de ellas se encuentran casadas;

el 20%, divorciadas; y un 7% son solteras. Las personas declararon que se auto-identifican étnicamente como mestizas (87%) y blancas (13%). No hubo personas que se autoidentificaran con etnias diferentes.

Por otra parte, tenemos los datos de los pacientes con Artritis que están compuestos por el 93% de personas de género femenino y tan solo 7% de género masculino; al igual que el análisis anterior encontramos que la mayoría de las personas se concentra en edades de entre los 40 y 60 años; las personas responden que gran parte se encuentra casadas/os (64%) como segundo lugar solteras/os con un 22% , seguido de Divorciadas/os y Viudas/os (5% cada uno) y finalmente el 3% resulta están en unión libre. Las personas se autoidentifican únicamente como mestizos (97%) e indígenas (3%).

Figura 3

Porcentaje de pacientes con artritis según su rango de edad

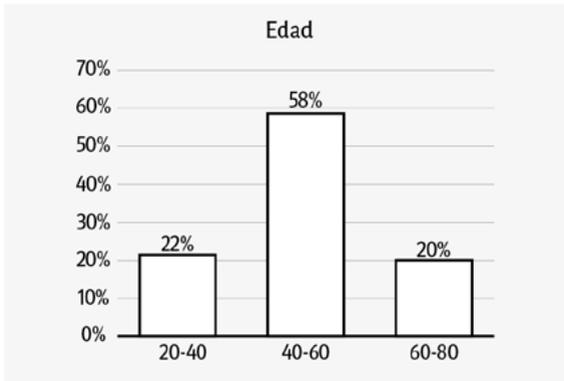
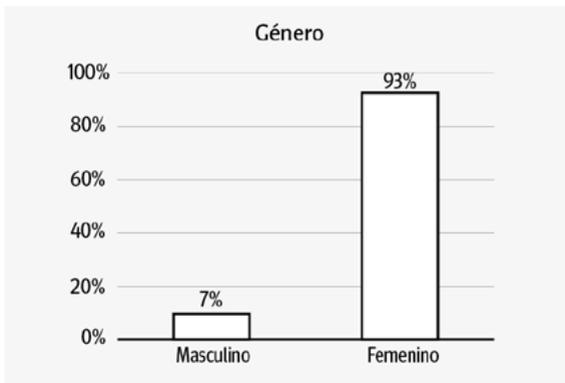


Figura 4

Porcentaje de pacientes con artritis según el género con el que se autoidentifican



Técnico

En esta sección se buscó aproximarse al nivel de conocimiento de las personas acerca de la enfermedad que padecían y sus tratamientos.

Para la sección enfocada en el aspecto técnico se cuenta con las siguientes preguntas:

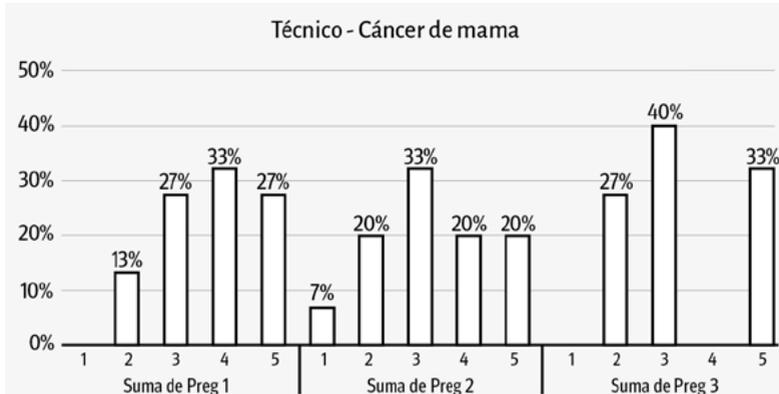
1. ¿Cuánto considera usted que conoce de su enfermedad?
2. ¿Cuánto considera usted que conoce de los tratamientos de su enfermedad?
3. ¿En qué medida considera usted que la información proporcionada por su médico/a es suficiente?

Así también, las respuestas que podían dar los encuestados iban en un rango del 1 al 5, donde: 1 equivalía a nada, 2 a poco, 3 a medianamente, 4 a mucho y 5 a absolutamente.

Las respuestas que dieron los pacientes según la enfermedad que padecían y su rango de edad se contienen en las figuras 5 y 6.

Figura 5

Percepción del nivel de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento de los pacientes de Cáncer de Mama



Nota: con la colaboración de la Empresa Universitaria de Salud

En la figura 5 observamos la mayor parte de las pacientes respondieron que conocían mucho acerca de su enfermedad (pregunta 1). Alegaron que ya había pasado mucho tiempo desde el diagnóstico, por lo cual estaban muy familiarizadas con su enfermedad. Sin embargo, dijeron que se habían acatado a las recetas de los médicos por lo que el conocimiento acerca del tratamiento era menor que el de la enfermedad en sí.

Este comportamiento de la variable coincide con el de la tercera pregunta, cuyas respuestas demostraron que la información proporcionada por su médico era medianamente suficiente. No existía conciencia en la paciente respecto a la autoeducación acerca de los tratamientos. Sánchez et. al (2016) realizaron una investigación en Venezuela, con mujeres en edad mediana con cáncer de mama. Investigaron el grado de conocimiento que tenían sobre esta enfermedad y la práctica para la detección de la misma.

Los resultados de la investigación realizada por Sánchez et. al (2016) fueron que, el conocimiento era entre bueno y regular. Esta es una medida similar a la encontrada en esta investigación. Sin embargo, la mayoría de las mujeres, no conocían como podían ellas mismas detectar anomalías en sus senos. Esto limitó la detección temprana de la enfermedad. Este es un problema que también debe tomarse en cuenta en el país ya que mientras más tardía es la etapa de detección más altos son los costos económicos y más baja es la probabilidad de sobrevivencia.

Sin embargo, los resultados deben ser analizados desde un enfoque de género, y el desarrollo del autocuidado a partir de la socialización del género. El encuentro de las pacientes con su cuerpo, en una fase anterior al diagnóstico de la enfermedad, está limitada por el ideal del cuerpo sano. De manera particular, las mujeres enfrentan un orden dialógico de su cuerpo posterior al diagnóstico y la versión actual que tienen de sí mismas. La estructura simbólica que aborda al cuerpo femenino, lo ha mercantilizado y esto determina el límite de autocuidado y se proyecta en el nivel de supervivencia a este tipo de cáncer.

El nivel de conocimiento técnico que rodea a la enfermedad asciende de entre 27% al 40%. Por supuesto, los datos muestran que un conjunto de mujeres que padecen cáncer mama, y ajustan su supervivencia al conocimiento obtenido de manera postergada al diagnóstico. Sin embargo, un análisis respecto a la equidad de género en temas de salud muestra que las condiciones de acceso a una condición preventiva no se aplica igual en el caso de las mujeres, pues ellas mismas enfatizan el cuidado en la sociedad y la familia y se descuidan de su propio bienestar.

Además, se subraya que las mujeres, de acuerdo a su identidad de género, han asumido un compromiso inconsciente con su cuerpo en función de un amplio mercado de consumo, cuyo objetivo es el cuerpo sano. La representación histórica del cuerpo femenino, saludable, conlleva la adversa relación con el concepto de enfermedad.

El reforzamiento del discurso patriarcal, en lo que tiene que ver con las restricciones del autocuidado, viene impulsado por diferentes elementos sociológicos y culturales que exigen a la mujer un autocontrol del cuerpo, en función del mercado. De esta forma, se conduce y se insiste en que el cuerpo tiene que ser saludable, en el que a determinadas zonas se les ha asignado un valor que neutraliza la conciencia de una enfermedad localizada.

El repertorio de experiencias femeninas en torno a la consideración social, cultural y económica del cuerpo de la mujer la ha llevado a creer en los cánones estéticos como signo de pertenencia al género. De tal forma, su experiencia con el cuerpo no parte de la prevención, pues se concentra en el objetivo técnico de control: el cuerpo como mercancía y objeto de consumo.

Dentro del análisis propuesto por Baudrillard y citado en Buñuel (1994) esta idealización del cuerpo femenino cabe en la lógica de consumo contemporánea. Se trata de toda una gama de estrategias con las que se trata de esconder la realidad del cuerpo femenino que se enferma y envejece:

Abanico del consumo: llamadas narcisistas de la reapropiación del cuerpo que difunde la prensa femenina, la omnipresencia del tema de la belleza, el exotis-

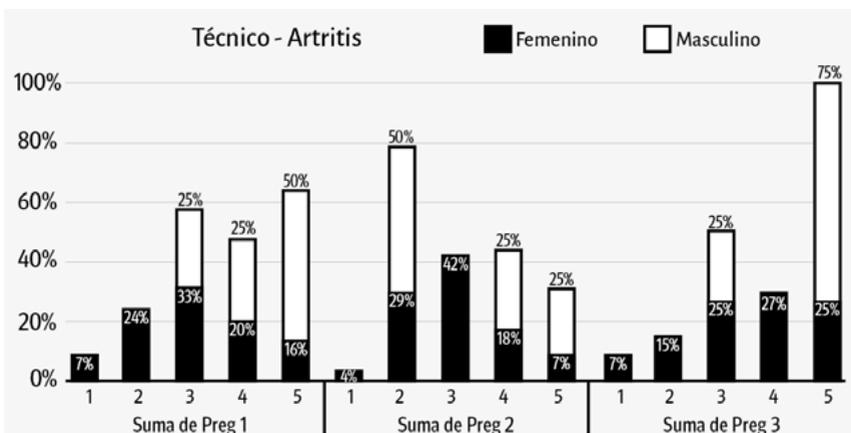
mo, y en otro registro, la forma, la línea, constituyen, según él, un proceso de sacralización del cuerpo como valor exponencial (p.101).

En cuanto corresponde a la información obtenida en torno a los enfermos de artritis los datos consignados en la figura 6 muestran que las personas de género femenino tienen un comportamiento diferente al de los hombres. Entre el 7 % y el 25 % de las mujeres consideran que conocen su enfermedad y los tratamientos medianamente y que la información proporcionada por los médicos es suficiente (nivel: mucho). Mientras que el 50 % de los hombres consideran que conocen “absolutamente”, es decir que conocen lo suficiente acerca de la enfermedad y poco de los tratamientos. Este porcentaje asciende a 75% en el nivel que consideran que la información proporcionada por parte de los doctores es absolutamente suficiente.

Esto nos da luces acerca de la perspectiva que tienen las personas en relación a la enfermedad de la artritis. Vemos que en este ámbito los resultados coinciden con los obtenidos en torno a cáncer de mama. Por tanto, se puede percibir una inequidad de género que se asocia a aquellas desventajas o desigualdades injustas que, sistemáticamente, se manifiestan en razón del género, debido a las relaciones de poder que las mujeres enfrentan a través del cuerpo. En este caso, no solo se traduce en las tasas de mortalidad o morbilidad en mujeres y hombres sino además, en aquellas diferencias en el acceso a la salud integral como un derecho humano.

Figura 6

Percepción del nivel de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento de los pacientes con artritis



La salud abordada desde un enfoque integral se ajusta al dinamismo del cuidado, en la esfera pública y privada, formal e informal. Además, involucra la inclusión del autocuidado como un recurso. Al contrario de los hombres, las mujeres que han manifestado conocer medianamente su enfermedad solo representan al 7% y al 25% de la población. El acceso a la información no está limitado a que se hayan diferenciado los recursos de atención entre hombres y mujeres colocando en una posición de desigualdad a las mujeres. Debemos considerar otros factores que reflejan las estadísticas. En este caso, el nivel de empoderamiento de las mujeres y el control sobre su propia salud corresponde a la percepción identificada como permitida. Pese a que el índice de artritis en el sexo femenino es superior los hombres que han aceptado la enfermedad, reproducen un método de autoformación en relación a la enfermedad, sin descuidar el tratamiento.

Si entendemos la acción de formación en torno a la enfermedad desde el autocuidado, identificamos que las realidades analizadas por género son similares; más bien, otras variables que la determinan marcan la diferencia. En el caso de las mujeres el concepto de autocuidado es pasivo, pues las mujeres han interiorizado el concepto como un proceso aislado a su realidad. La responsabilidad es asumida en segundo plano, de modo que lo próximo a esta es encontrar satisfacción en el cuidado de los demás, debido a los roles de género que les han sido asignados. Mientras que los hombres identifican el autocuidado desde la ausencia de debilidad, aceptando la información sobre su enfermedad, desde el poder que esto le otorga.

Sin embargo, esto no involucra adherencia plena al tratamiento como compromiso, de modo que aunque un 75 % afirma un pleno conocimiento de la enfermedad, en general, la valoración del autocuidado es opacada por el sentido inexistente de conciencia de cuidado debido a la socialización de la que forman parte, pues identifican a este como parte del rol femenino.

La masculinidad hegemónica limita la conciencia del cuerpo. Lo mencionan como “el” cuerpo y no “su” cuerpo. De esta forma el instrumento típico de la socialización del género se concentra en maximizar su capacidad. Se presenta a sí mismo como independiente. El cuerpo masculino presenta una cantidad de cualidades que se apartan del ideal de lo sano. Por ejemplo, el fisicoculturismo no es compatible con una enfermedad crónica. Es decir, el autocuidado y la salud no juega un rol central en la construcción de la identidad masculina (Keijzer, 2001, p.6).

Tecnología

El presente bloque de preguntas pretendió captar información acerca de la acogida y contribución de una plataforma digital con información acerca de la enfermedad en los pacientes. Las preguntas son las siguientes:

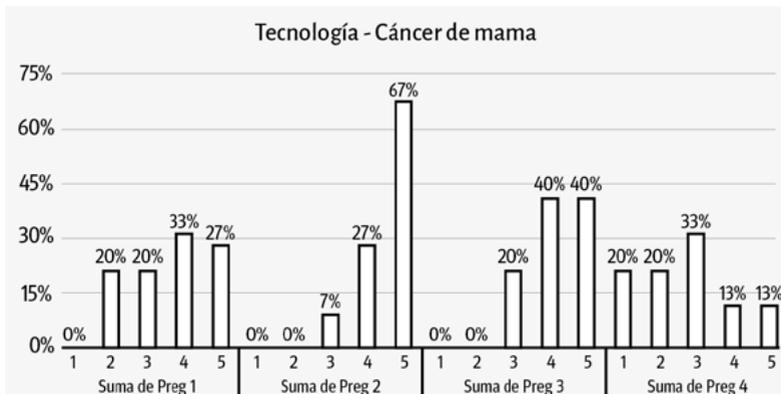
1. ¿Cuánto considera usted que una plataforma digital de información le ayudaría con el tratamiento de su enfermedad?
2. ¿En qué medida siente usted que un buen ambiente hospitalario contribuye al tratamiento de la enfermedad?
3. ¿En qué medida considera usted que su experiencia debería ser considerada para construir una plataforma de información?
4. ¿En qué medida cree que su experiencia relacionada con su enfermedad ha sido considerada para construir información?

Del mismo modo que en la anterior ronda de preguntas, las respuestas que podían dar los encuestados iban en un rango del 1 al 5, donde: 1 equivalía a nada, 2 a poco, 3 a medianamente, 4 a mucho y 5 a absolutamente. Los resultados se presentan en la figura 6.

Por los datos consignados en el gráfico podemos entender que la percepción de un 33% de las mujeres es que una plataforma digital de información le ayudaría mucho con la enfermedad. Al 27%, absolutamente y a un 20% poco y medianamente. Podemos destacar que ninguna persona declaró que no le ayudaría en nada la plataforma por lo que la creación de la misma sería una buena opción para informar a las personas acerca de las características y tratamientos del cáncer de mama.

Figura 7

Percepción del nivel de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento de las pacientes con cáncer de mama



Nota: con colaboración de la Empresa Universitaria de Salud

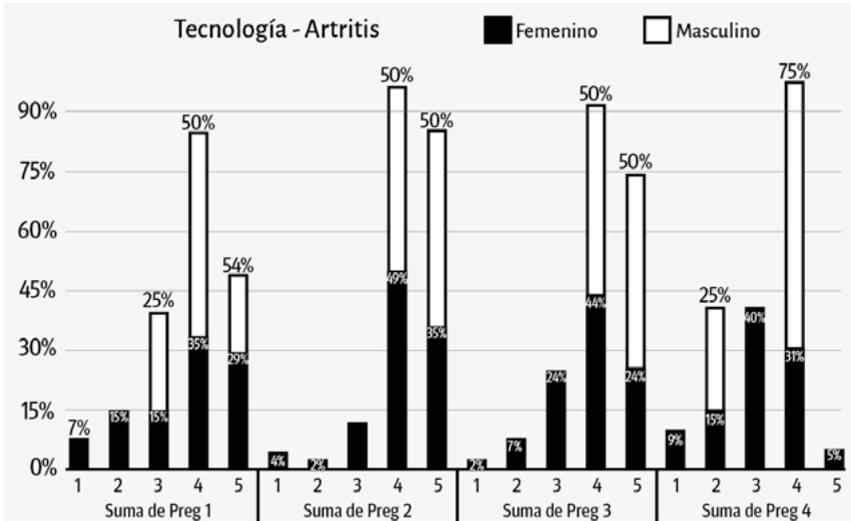
Otro dato resaltante que se encuentra en el gráfico es que el 67% de las personas expresan que el ambiente hospitalario contribuye absolutamente al tratamiento de la enfermedad. Este indicador es muy importante ya que implica que las personas requieren de una atención de calidad no solo por confort sino también para su tratamiento.

La mayoría de las personas (80%) considera que su experiencia debería ser considerada (mucho y absolutamente) para construir una plataforma de información. Sin embargo, no se ha realizado en gran medida. Pineda et. al (2014) mencionan que a pesar de que no existe cura para la artritis reumatoide, un correcto y temprano tratamiento de la enfermedad reduce la probabilidad de daño articular irreversible. En la detección y el tratamiento oportuno, la experiencia de los pacientes pudiera ser de gran ayuda.

El gráfico muestra que tanto hombres como mujeres coinciden en la percepción de que una plataforma de información ayudaría mucho en el tratamiento del artritis (primera pregunta). Tan solo el 7% de las personas -todas mujeres de edad avanzada - considera que este instrumento no las ayudaría. Las respuestas de este 7% estarán motivadas por la carencia de conocimientos en el manejo de la tecnología. Tenemos también que el 50% de la población femenina y masculina creen que la cercanía con el ambiente hospitalario los ayuda debido a que por su enfermedad algunos no pueden movilizarse muy bien.

Figura 8

Percepción de los pacientes con artritis en torno al grado de ayuda que puede otorgar el uso de la tecnología en el tratamiento de la enfermedad



Nota: Con colaboración de la Empresa Universitaria de Salud

Algo similar ocurre con los datos referentes a la experiencia. El 75% de los hombres considera que su propia experiencia absolutamente debe ser considerada para construir información que ayude a otros a enfrentar la enfermedad. En cambio, solo el 40% de las mujeres sienten que su experiencia ayudará medianamente a otros.

Servicio

En el siguiente segmento se muestra la información relevante sobre qué tan satisfechos se sienten los pacientes con la atención de calidad y calidez recibida, tomando en cuenta también su percepción sobre qué tanto cree que están capacitados las personas que los atienden. Las preguntas que respondieron los encuestados fueron las siguientes:

1. ¿En qué grado considera usted que el seguimiento proporcionado a su tratamiento es satisfactorio?

2. ¿Cuál es su grado de satisfacción en cuanto al seguimiento de calidad que le han brindado?
3. ¿En qué medida considera usted que el personal que le ha atendido se encuentra capacitado para brindarle un servicio de calidad?
4. ¿Cuál es su grado de satisfacción en cuanto al seguimiento con calidez que le han brindado?

Los datos obtenidos muestran que el 40% de las pacientes con cáncer de mama se sienten satisfechas con el seguimiento al tratamiento recibido. De este, un 33 % dijo que su grado de satisfacción es medio; y un 27 % que su satisfacción es absoluta. Sumado a estos datos, estas personas argumentaron que parte de su satisfacción se debía a que quienes las habían atendido se encuentran absolutamente capacitadas. Eso implicaba que las pacientes sintieran confianza en lo que estos profesionales les digan dado que están bien preparados.

Sin embargo, la mayoría (33 %) de las referidas pacientes se encuentra solo medianamente satisfechas en cuanto a la calidez de atención. Sienten que no son tratadas como deberían ya que, al padecer, esta enfermedad requiere de un trato amable; y han declarado que no todos los tratan con empatía.

En síntesis, la percepción de las pacientes es que los profesionales que los atienden son muy capaces de brindarles una atención de calidad, pero no con la calidez suficiente; por lo que prefieren ser cuidados por algún familiar quien, por lo general, es una madre o una hija. Esta es una de las razones por las que las mujeres dedican más tiempo al trabajo no remunerado. Una forma de mejorar esto es que se capacite a los jóvenes estudiantes de ramas afines al sector de salud -profesiones como médicos, enfermeros, etc.- no solo en el aspecto técnico sino también en el aspecto humanístico o psicológico, en sintonía con la propuesta descrita está el proyecto de Escuela de pacientes crónicos del Centro de Innovación de la salud.

En lo que tiene que ver con los pacientes de artritis, la mayoría de hombres y mujeres coinciden que el seguimiento al tratamiento ha sido muy satisfactorio, de mucha calidad y que las personas están muy capacitadas para hacerlo. El 75% de los hombres sienten también mucha calidez en la atención mientras que las mujeres creen que esta es media.

Los niveles de percepción sobre estos aspectos no llegan al máximo valor (5) que representaría una absoluta satisfacción, lo cual refleja ineficiencias en el sistema de salud. Consecuentemente, se puede deducir que son las personas de bajos recursos quienes tienen que estar, constantemente, levantando quejas de los servicios de salud públicos. Esto es diferente para las personas de mejores

condiciones económicas quienes pueden acudir a recibir servicios privados, donde se esperaría no tener estas complicaciones.

Con relación a las respuestas a la última pregunta, se observa claramente que las personas sienten que el trato es cálido, pero no lo es en absoluto, si lo fuera el sistema se volvería más eficiente. Cómo podemos identificar, con base a las respuestas de la pregunta anterior, los pacientes expresan que el ambiente hospitalario que incluye el trato de calidad y calidez es muy importante en la evolución del tratamiento y de la atención integral de los pacientes.

Cuidado

Esta sección analiza ámbitos relevantes en torno al cuidado en los pacientes. Lo que se intenta medir cualitativamente es el efecto que ha tenido la enfermedad en el paciente. Se parte del examen de las necesidades de cuidado que el paciente aprecie necesitar. Esto se relaciona con los efectos que ha tenido la enfermedad en su calidad de vida, bienestar y en los ámbitos relacionados a sus actividades diarias o frecuentes. Las preguntas que se formularon en esta sección fueron las siguientes:

1. ¿En qué grado considera usted que requiere de una atención de cuidado personalizada?
2. ¿En qué grado considera usted que la dependencia de cuidado le afectan negativamente?
3. ¿En qué medida la enfermedad ha afectado su calidad de vida?
4. ¿En qué medida considera usted que su enfermedad ha afectado su grado de bienestar?
5. ¿En qué grado considera que su enfermedad ha condicionado sus actividades?
6. ¿En qué nivel el diagnóstico de su enfermedad ha limitado el cumplimiento de sus metas personales?
7. ¿En qué grado considera usted que el diagnóstico de su enfermedad ha afectado su estado emocional?
8. ¿En qué grado considera usted que el diagnóstico de su enfermedad ha condicionado su actividad sexual?

9. ¿En qué grado considera usted que el diagnóstico de su enfermedad ha condicionado sus hábitos alimenticios?
10. ¿En qué grado considera usted que el diagnóstico de su enfermedad ha condicionado sus hábitos de descanso?
11. ¿En qué grado considera usted que el diagnóstico de su enfermedad le ha afectado en su empleo?
12. ¿En qué grado considera usted que el diagnóstico de su enfermedad le ha afectado económicamente?
13. ¿En qué grado considera usted que el diagnóstico de su enfermedad ha afectado su autoestima?

En la primera pregunta, la mayoría de las pacientes con cáncer de mama dijo necesitar de cuidado personalizado. Un 33 % de ellas dijo que el nivel de cuidado que necesitaba era mucho (4). Otro 33% dijo que el nivel que requería era de absolutamente (5). El cuidado de los pacientes es informalmente atendido por parte de los familiares. Para solucionar este fenómeno Legetic, et. al (2017) opinan que es necesario un equipo multidisciplinario con personal especializado en diversas áreas de apoyo, así como personal técnico y sanitario que trabaje directamente con las pacientes.

Para esto se debe crear centros en el cual prime una renovada gama de conocimientos, habilidades y actitudes entre estas se incluyen una comunicación afectiva y la promoción de autocuidado en los pacientes. Estas deben incluir la comunicación afectiva, el autocuidado y la precisión y coordinación de cuidados preventivos y curativos, además, deben incluirse en este proceso a la familia y a la comunidad vinculada en estos procesos. (Legetic, et. al 2017, p.20).

Esta dependencia de cuidado a raíz de su enfermedad ha afectado medianamente al 33% a las mujeres con cáncer de mama. Esto se debe en parte a un costo de oportunidad latente que pierden sus cuidadores debido a que dejan actividades laborales remuneradas para brindar cuidados que mejoren el bienestar del paciente. Esto ha significado que estas pacientes perciban que la enfermedad ha afectado su calidad de vida. El 33 % ha considerado verse afectado absolutamente; y otro 33% considera que su bienestar se ha visto disminuido medianamente. Este último grupo de pacientes ve solo medianamente disminuido su bienestar, en parte, porque la enfermedad no ha condicionado sus actividades cotidianas, metas personales, estado emocional ni su actividad sexual. De la misma manera, la enfermedad ha tenido un efecto nulo mayoritariamente en el empleo y en la autoestima.

En el país, estudios anteriores relacionados con el cáncer de mama se han enfocado en los efectos de la enfermedad en el ámbito clínico. Sus resultados aseguran que la enfermedad no ha generado en las pacientes molestias en actividades que requieren movilidad o han generado únicamente problemas menores (Nuñez & Ramadan, 2017)⁷.

De manera opuesta, un 27 % de las pacientes encuestadas en este estudio ha considerado que se han condicionado sus hábitos de descanso en un grado leve y su economía se ha visto afectada medianamente debido, en gran parte, a los gastos en que se incurre por el tratamiento de la enfermedad. Por último, se presenta un 33 % que considera verse afectado en los hábitos alimenticios a raíz de la enfermedad. En casos similares a nivel local se ha encontrado que el 80.77% de las pacientes con cáncer de mama están pasando por una situación económica regular 63.85 % y baja 16.92 % (Nuñez & Ramadan, 2017, p.49-53).

Para el caso de los pacientes con artritis, se observa que el 31% de las mujeres necesitan absolutamente de un cuidado personalizado; mientras que los hombres lo hacen en un 25%. Como anteriormente se mencionó, gran parte de este cuidado es otorgado informalmente, en gran parte, por familiares, especialmente mujeres. Según la percepción de los pacientes, esta dependencia de cuidado ha afectado medianamente al 31%; y mucho, a otro 31 % de las mujeres. Por otra parte, ha afectado al 25% de los hombres. Esto es relevante en consideración de que la artritis reumatoide “produce una disminución importante de la actividad física, un incremento del estrés psicológico, una disminución de la función social” (Cruz, y otros, 2017, p.2). Por lo mismo, hay en los pacientes “un incremento de la incapacidad laboral y un aumento en la utilización de los servicios de salud” (p.2).

Además, los estudios han determinado que hay “incapacidad laboral entre los primeros 5 y 10 años de la enfermedad” en pacientes de diferentes países en un porcentaje superior al 43%. Esto también implica la calidad de vida de los pacientes. Por su parte, de entre los pacientes encuestados, el 47% de las mujeres dicen verse afectadas absolutamente. El porcentaje de hombres que tiene igual percepción que este primer grupo es el de 50%.

De la misma manera el 40% de las mujeres y el 50% de los hombres dice que su grado de bienestar se ha visto muy afectado, debido a la incapacidad que ha generado la realización de actividades cotidianas. En el caso de las mujeres, el 38 % considera verse absolutamente afectado; igualmente, el 25% de los hombres. Relacionado a esto, se encuentra sus hábitos de descanso que han sido condicionados en el grado de mucho en el 27% de las mujeres y el 25% de los hombres.

7 Nuñez & Ramadan (2017) realizan un estudio acerca calidad de vida en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en estadio II Y III sometidas a mastectomía radical tratadas en el hospital de la sociedad de lucha contra el cáncer (Solca) núcleo Quito durante enero de 2014 diciembre de 2016.

Otros aspectos en los cuales se han visto absolutamente afectados los pacientes han sido sus metas personales. El 36 % de las mujeres y el 25 % de los hombres dicen que su estado emocional ha variado por causa de la enfermedad. Esta afeción se percibe en el grado de absolutamente en un 27% de las mujeres y en un 25% de hombres.

De igual manera, los hábitos alimenticios se han visto absolutamente afectados en un 27 % de las mujeres y en un 50% de los hombres encuestados. También, el empleo ha sido uno de los aspectos más alterados. Así lo perciben el 35% de las mujeres y el 50% de los hombres. Por ende, también su situación económica ha empeorado en el grado de mucho según el 36% de las mujeres y el 25% de los hombres.

La artritis tiene un efecto negativo sobre la autoestima de los pacientes. En el caso de este estudio el 31% de las mujeres y el 50% de los hombres consideran que se han visto afectados absolutamente en su autoestima. Por último, el factor que no se ha visto afectado en gran medida es la actividad sexual. Así lo estima el 33% de las mujeres y un 25% de los hombres.

Autocuidado

La sección de autocuidado intenta medir el estado del paciente en distintos aspectos físicos, emocionales, afectivos y su percepción de autonomía. Intenta medir la percepción que tienen los pacientes al momento de concebirse como autosuficientes en la vida diaria. Asimismo, indaga sobre la conciencia que tienen sobre sí mismos y sus cuerpos. Para el efecto se plantearon 6 preguntas:

1. ¿En qué grado considera usted que puede cuidar de su condición física?
2. ¿Cómo calificaría su nivel de actividad física?
3. ¿Cómo calificaría su nivel de expresión emocional o afectiva?
4. ¿Cómo calificaría usted la frecuencia con la que se debería ejercer cuidado sobre su condición emocional?
5. ¿En qué grado considera usted que se encuentra capacitado/a para ejercer autocuidado?
6. ¿En qué medida considera usted que el autocuidado influye en su autonomía?

Entre las pacientes de cáncer de mama, el 33% tiene la percepción predominante de que sí tienen medianamente la capacidad para cuidar de sí mismas. Esto implica la capacidad de realizar actividad física. El 40% de ellas piensa que

podría hacerlo en un nivel medio. Núñez & Ramadan (2017) han obtenido resultados parecidos en sus estudios en torno a esta enfermedad. Así, en este caso, el 57.69% de las pacientes afirmaron que no tenían problemas en su movilidad o al momento de realizar alguna actividad física. Este aspecto es importante ya que la capacidad de movilidad física disminuye en pacientes de edades altas. Esto implica que requiere de mayor asistencia tanto formal como informal. A su vez, la escasa movilidad implica unos elevados costos sanitarios (CELADE, 2007).

Si bien gran parte de los pacientes afirmaron que su estado emocional se encontraba en un grado altamente satisfactorio (33%), también expresaron que necesitaban con frecuencia de ejercer cuidado sobre su condición emocional. Otro aspecto que se ha medido en la encuesta es la capacidad de las pacientes para ejercer autocuidado; el 40% de ellas consideraron que se encontraban muy capacitadas, pero con ligeras dudas, mientras que el 33% respondieron que se encuentran absolutamente capacitadas. Además, el 47% consideró absolutamente que el autocuidado ejerce influencia en su autonomía.

Al igual que en las pacientes que padecen cáncer de mama, en los pacientes con artritis reumatoide se ha identificado una percepción de nivel medio de autocuidado de su condición física. El porcentaje es predominante en las mujeres, 36%; mientras que en el hombre es del 25%. Por otra parte, la presencia de actividad física en las mujeres se encuentra en un 40%; mientras que en los hombres es de 50%. Para Cruz, et al. (2017) la actividad física en los procesos de tratamiento influye positivamente; pero se ve disminuida según el nivel de gravedad de la enfermedad. Tiene un efecto negativo en la calidad de vida de los pacientes. La actividad física durante la enfermedad fue un factor asociado negativamente con los dominios de interacción, estado de ánimo y tensión nerviosa. Mientras que hubo una correlación positiva de la edad con los dominios de dolor articular, tensión nerviosa y artritis (Cruz, et al. 2017).

Para el caso de estudio, el área de expresión se ha visto afectada medianamente en las mujeres 33% y en los hombres en un 50%. Esto ha generado que consideren que la frecuencia con la que deben ejercer cuidado sobre su condición emocional sea en un grado de mucho, en el 45% de las mujeres, y medianamente en el 50% de los hombres.

La autonomía es un factor importante a considerar en el tratamiento de esta enfermedad. De acuerdo a los resultados obtenidos, el 36% de las mujeres y el 50% de los hombres consideran que el autocuidado influye medianamente en su autonomía. Según la Arthritis Foundation (2018) las/os encargadas/os de realizar el cuidado informal en los pacientes con artritis deben desempeñar diferentes funciones entre las cuales están: domésticas, sociales, financieras, emocionales y de enfermería. Sin el conocimiento necesario, aumenta el riesgo de afectar la calidad de vida del hogar y del paciente. De hecho, el 29% de las mujeres y el 50%

de los hombres se consideraron capacitados para autocuidarse en los niveles de medianamente y mucho, respectivamente.

Curar

Esta sección intenta medir la confianza, el respeto al propio cuerpo, el éxito personal, así como también el nivel de aceptación positiva a raíz de la enfermedad. Todas estas dimensiones estaban enfocadas a evaluar aspectos en los cuales se iba a trabajar para buscar mejorar el área emocional de los pacientes. Para ello, se diseñó el siguiente cuestionario:

1. ¿En qué grado el diagnóstico de su enfermedad ha afectado la confianza en sí mismo/a?
2. ¿En qué medida el diagnóstico de sus enfermedades altera el respeto que tiene por su cuerpo?
3. ¿En qué medida su enfermedad limitaría su éxito personal?
4. ¿Cómo calificaría su nivel de aceptación positiva alrededor de los efectos de su enfermedad?
5. ¿En qué grado considera que su enfermedad influye en sus relaciones interpersonales?
6. ¿Cómo calificaría la necesidad de afecto en su vida diaria?
7. ¿Cómo calificaría su nivel de voluntad de cambio?

Los datos obtenidos de la aplicación de esta encuesta indicaron que el 40% de las pacientes encuestadas había visto afectada su confianza en sí mismas debido a la enfermedad. También el 33% de ellas contestaron que la habían visto muy afectada. Sin embargo, cabe resaltar que 53% respondió que no habían perdido el respeto que tienen sobre su cuerpo y que la enfermedad no había limitado su éxito personal.

De la misma manera, el nivel de aceptación en torno a los efectos de la enfermedad fue calificada por el 33% de los pacientes de manera positiva. Otro 40% de ellos la calificó de absolutamente positiva. Como consecuencia de esto el 67% afirmó que no habían visto afectadas sus relaciones interpersonales, aunque sí consideraban que necesitaron el afecto de familiares y cuidadores para sobrellevar el tratamiento ya que el hogar es el refugio emocional en las pacientes. Por último, la voluntad de cambio del 60% de las pacientes que le servía para sobrellevar la enfermedad se caracterizó como absoluta.

El trabajo en área emocional del paciente es un pilar importante durante y después de la detección del cáncer de seno. Según la American Cancer Society (2018), el tratamiento está acompañado de periodos de depresión, ansiedad y miedo en la mayoría de pacientes quienes requieren de ayuda tanto formal como informal para sostener su parte emocional.

Desde el punto de vista económico, el costo del cáncer de mama nace con la detección y continúa con el tratamiento que se aplica al paciente. El tratamiento debe ser continuo y necesita de personal especializado. Este costo rosa los \$17500 dólares por tratamiento según el Forum Salud de la Agencia E que analizó datos desde el periodo de 2010 al 2014. En la actualidad, el gasto en medicamentos ha aumentado en 2.5 veces. Este incremento de precios en las medicinas, sí influye en el estado emocional de los pacientes quienes pueden presentar afectación psicológica que, a su vez, afecta su calidad de vida. Eso mismo ha dado paso un mayor índice de pacientes afectados con manifestaciones de ansiedad y depresión que, al final, eleva el avance del cáncer (Núñez & Ramadan, 2017).

Por otro lado, de entre los pacientes con artritis, el 33% de las mujeres y el 50% de los hombres ha manifestado que su estado de ánimo ha cambiado como efecto de sus padecimientos. Esta situación ha afectado su grado de confianza. Esto ha alterado el respeto que tiene por su cuerpo en el grado de medianamente en el 24% de las mujeres y de mucho en el 50% de los hombres.

El efecto que la enfermedad ha tenido en el éxito personal difiere entre mujeres y hombres. Para el caso de las mujeres, el 29% considera que se ha visto muy limitado, mientras que el 50% de los hombres considera que se ha visto poco limitado. Ante esto, el nivel de aceptación positiva alrededor de los efectos de la enfermedad se ubica en el grado de mucho 35% para las mujeres y el 50 % para los hombres.

Las relaciones interpersonales entendidas por el paciente, sobre todo, como necesidad de sentirse incluido en la sociedad pueden tener un matiz económico. Sin embargo, lo primero que se debe considerar es su sesgo psicológico. Para Jean Piaget la socialización es uno de los aspectos fundamentales para controlar el egocentrismo del ser humano. Esto se traduce en la socialización como una necesidad básica del ser humano que si no se atiende puede devenir en la disminución de la calidad de vida de los pacientes. Desde la percepción de los pacientes, este aspecto sí ha afectado su calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide. Así el 33% de las mujeres perciben que este aspecto ha influido mucho en el desmejoramiento de su calidad de vida, mientras que el 50% de los hombres consideran que ha influido poco. Por último, la necesidad de afecto en su vida diaria es latente en los pacientes con artritis. Así, para el 35 % de las mujeres y el 30% de los hombres esta necesidad es percibida como fundamental.

Conclusiones

Los antecedentes de relevancia en la disciplina académica y el servicio de salud han involucrado el desarrollo de teorías y recomendaciones políticas con dependencia a agencias externas que intentan resignificar la naturaleza del derecho a la salud. La configuración de la economía de la salud ha llevado, fundamentalmente, el debate más allá de lo tradicional.

La economía de la salud se ha enfocado en un mayor compromiso con la investigación, innovación y desarrollo del sistema de salud. Aunque este no ha transferido necesariamente un enfoque no determinista, que implica la constatación de realidades específicas del curarse, sin intentar aclarar la construcción social que subyace de las relaciones de género.

Las dificultades que han podido ser identificadas en análisis realizados parten de la percepción de las mujeres que padecen artritis en relación con el cuidado y autocuidado. Estas subliman la culpa que incluye el precio del intercambio de trabajos de cuidado como un supuesto universal. Aunque su noción de autocuidado puede describir con facilidad esta realidad coextendida del poder sobre el cuerpo de la mujer.

Los individuos, en un tipo de sociedad mercantilizada, han cedido el control del cuerpo a la economía, aunque la necesidad de buscar autosuficiencia a partir de la idea de desarrollo ha garantizado el dominio del espacio público y la conciencia de su propio cuerpo en los hombres.

No existe una clara diferencia entre dependencia e independencia en las mujeres que participaron en el estudio, pues la concepción política de sí mismas es parte de un proceso constante de reproducción y producción en función de otros. Los pacientes hombres con artritis identifican con claridad un vínculo entre el cuerpo y el espacio público. Esto determina su percepción de independencia.

Dado lo anterior, es importante considerar la crítica a la ideología de represión que las mujeres viven desde sus cuerpos. Así, es posible considerar como estrategia principal un proceso de reapropiación sobre su cuerpo. Como es el caso de las mujeres con cáncer de seno.

Se presencia con fuerza la relación establecida entre cuerpo y sociedad, de acuerdo a cómo los hombres perciben su participación en la misma a través del cuerpo, pues la dependencia de cuidado transita en el escenario del cuerpo excluido como antítesis del cuerpo sano.

Se reduce el espacio que separa lo público y lo privado, por lo que los cuidados dejan de ser naturalizados porque se representan en la imposibilidad de participar productivamente. No existe una revalorización de los acontecimientos diarios y toda esta carga simbólica del trabajo de cuidado.

Las mujeres que padecen artritis por otra parte no conciben la dependencia, pues los espacios naturales que son habitados, desde su cuerpo biológico, es decir, sus deseos, sus hábitos y su enfermedad se sostienen en una idea relegada del bienestar basada en la interiorización de estereotipos de género.

De esta forma, identifican su actividad física, asociada a su participación en espacios precarizados de cuidado, entendiendo al descanso como algo innecesario considerándolo una alteración a su rutina.

Las mujeres pacientes con cáncer de seno, permiten recrear este análisis convirtiéndolo en un resultado comparativo, de modo que sus procesos de empoderamiento, y acompañamiento ha funcionado para demostrar sentimientos que distinguen la potencialización de la autoestima y el autocuidado, aclarando la capacidad de priorizarse.

De esta forma es importante mencionar la clara diferencia en relación a las pacientes con artritis de modo que su percepción de autoestima es tibia, aunque asumir estos valores implica la convalidación de otros indicadores, como la edad, étnica, clase, posición territorial etc.

La reivindicación del placer sexual, es uno de los factores que ha sido negado a la subjetividad de derechos de las mujeres. No llega a distinguirse la relación entre intimidad y ciudadanía, por parte de las pacientes con artritis, pensar en este espacio como uno de los subprocesos del ejercicio del derecho a la salud constituye la legitimación de esta expresividad.

Como es claro las mujeres que padecen cáncer de mama, han atravesado anteriormente por un intenso proceso de ampliación de combinaciones que han permitido la readaptación de su entorno y el sentido del desarrollo desde la autonomía del cuerpo.

La imagen corporal es uno de los imaginarios predominantes de las herramientas del patriarcado. La incidencia de la desigualdad en salud, se puede verificar en las percepciones que integran el ejercicio del derecho a la salud desde la ética del cuidado con un enfoque feminista.

La manipulación de la mujer, a través del cuerpo es el canal de comunicación del sistema y el espacio privado, de modo que la identidad que ellas piensan haber construido, así como los pacientes entrevistados denotan la deficiencia en la homogeneización de la planificación y gestión del servicio de salud.

Es importante resaltar que uno de los resultados fue esta asociación del cuidado con la moral, y el deber del comportamiento en el caso de las mujeres; el ejercicio del autocuidado se mezcla con su visión de cuidado. No existe un claro conocimiento técnico de lo que implican las prácticas de autocuidado,

aunque manifiestan con énfasis la necesidad, no consta una percepción clara de su revalorización. Esta confusión obstaculiza las experiencias de la paciente fundamentalmente mujeres, como activas en su tratamiento pues con frecuencia legitiman la relación de poder médico-paciente sujeta a la confianza.

Por otra parte, uno de los aportes más significativos del feminismo en esta investigación aumenta las nociones reales sobre la construcción de la subjetividad y la moral de las mujeres, y como este proceso se ve amplificado a partir del sistema económico.

Las opciones de dominación aumentan cuando las capacidades humanas planteadas, corresponden a un imaginario de la dignidad humana que no se ha permitido abordar el debate ético detrás del cuidado y el autocuidado como una pieza que permite asumir conciencia del sistema de salud como una afirmación de vida aislada del poder del mercado.

El reconocimiento del trabajo de cuidado ha sido reconocido por el Estado, aunque su gestión se mantiene en el sector privado. Se desconoce la responsabilidad de generar políticas de cuidado e identificar estas carencias en la planificación de un servicio. Los aportes del análisis feminista a la economía, principalmente ha sido el reconocimiento de los trabajos de cuidado y la estrecha relación que existe entre la acción de sostener la vida y la viabilidad de la misma para el ejercicio de los derechos.

La escuela de pacientes crónicos es un proyecto que asume este reconocimiento en la gestión del servicio de salud. Los cuidados y su atención, es una de las apuestas por reemplazar la concepción de su aporte para la impulsiva reducción del costo por paciente, pues los cuidados no son reconocidos como una noble acción que surge de la subjetividad femenina.

La filosofía de la escuela de paciente revaloriza la ternura, el acompañamiento, y la provisión de cuidado a partir del reconocimiento de las desigualdades de género en razón de la división sexual del trabajo y enfoca su atención en la generación de capacidades y la formación de pacientes y sus cuidadores/as informales para una definitiva socialización de este concepto.

La generación de autonomía contempla todas las herramientas para la organización social del cuidado, basando su gestión en la tecnificación de todos los escenarios que constituyen un espacio de cambio lo que permitirá el ejercicio del derecho a la salud superando la complicidad entre la explotación y la precarización de la vida de las mujeres.

La escuela de pacientes crónicos, será uno de los servicios ofertados por el Centro de Innovación de la salud, entiende el desarrollo de la gestión asociado a los resultados por lo que basará sus subsistemas en el reclamo por cuatro pilares



básicos, que se sostienen de la gestión de información y la investigación estos serán: los conocimientos y capacidades, la motivación, las acciones y el servicio; que sincronizará voluntades para el control de resultados basados en la generación de autonomía de los pacientes y sus cuidadores.

Los espacios prácticos y microespacios de la Escuela de Pacientes Crónicos, deberán integrar una cadena de valores que mantenida por una ética de cuidado feminista determinará el funcionamiento estratégico del Centro de Innovación de la Salud, pues en este contexto el ejercicio colectivo del cuidado, las redes de cuidado y el trabajo multidisciplinario sostendrán la organización social del cuidado en la gestión de la salud. Que con la obtención de autosuficiencia mejorarán las condiciones sociocognitivas del paciente, lo que finalmente nos dará como resultado la satisfacción y adherencia al tratamiento que integrarán su capacidad de agencia.

Referencias

- Banco Interamericano de Desarrollo. (2018). *Un gasto eficiente para vida mas sanas*.
- Gil, A. B., Toledo, M. E., & Jústiz, F. R. (2001). La economía de la salud, la eficiencia y el costo de oportunidad. *Revista Cubana Medicina General Integral* 2001, 396-398.
- (INEC), I. N. (2012). *Encuesta del Uso del Tiempo*. Quito : Comisión de Transición para la definición de la institucionalidad Pública que Garantice la igualdad entre Hombres y Mujeres .
- Achury, D. (2014). El paciente experto una estrategia más allá del autocuidado para el futuro. *Enfermería clínica* (págs. 67-73). Bogotá: Universidad Javeriana .
- Achury, D., Castaño, H., Gómez, L., & Guevara, y. N. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en Enfermería; Imagen y Desarrollo*, 27- 46.
- AES. (2017). *Una ojeada a la economía de la salud en América Latina*.
- American Cancer Society. (2018). Las emociones y el cáncer de seno.
- Aponte, M., Mestanza, A., Velasquez, J., & Farro, G. (2010). Nivel de conocimiento sobre cáncer de mama y características sociodemográficas en mujeres privadas de su libertad. *Revista de Enfermería Herediana*.

- Bacchi, C., & Beasley, y. C. (2004). "Moving Beyond Care and/or Trust: An Ethic of Social Flesh. Obtenido de Australasian Political Studies Association Conference: www.adelaide.edu.au/apsa/docs_papers/Others/Bacchi_Beasley.pdf
- Bengoa, R. (2019). La Transformación de la Sanidad para su Sostenibilidad. Foro de Transformación Sanitaria: Ciencia de Datos y Big Data en Salud (págs. 1-25). Bilbao : Deusto Business School Health .
- Bonill de las Nieves, Candela. (2007). Es posible mejorar la salud a través de las TICs: Alejandro Jadad, Director de Global eHealth & Wellness Network Initiative (geni), Universidad de Toronto. Index de Enfermería, 16(58), 70-74. Recuperado en 06 de junio de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000300016&lng=es&tlng=es
- Buñuel, A. (1994). La construcción social del cuerpo de la mujer en el deporte. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 97-117.
- Butler, J. (2017). *Cuerpos aliados y lucha política*. Barcelona: Paidós.
- Bravo, P., Contreras, A., Perestelo, L., Pérez, J., & Málaga, G. (2013). En busca de una salud mas participativa: Compartiendo decisiones de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 691-697.
- Carrasco, C. (2001). *Tiempos, trabajos y géneros* . Barcelona : Universitat de Barcelona.
- Carrasco, C. (2013). El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía . *Cuadernos de relaciones laborales* , 39-56.
- Cáceres, Á. G. (2013). *Análisis comparativo del sistema de salud ecuatoriano del periodo 2000-2006 con el de 2007-2012*. Quito.
- Carosio, A. (2007). La ética feminista: Más allá de la justicia. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 159-184. Obtenido de *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 12 (28).
- Carrillo, A. (2015). Análisis de la capacidad de autocuidado en pacientes en diálisis peritoneal . *Enferm Nefrol* , 31-40.
- CELADE. (2007). *Los Adultos mayores en América latina y el Caribe*. *Cepal*.
- Cepal. (2018). Repositorio de información sobre uso del tiempo de América Latina y el Caribe. *Cepal*, 1-4.



- Collazo, M., Cárdenas, J., González, R., Miyar, R., Gálvez, A., & Cosme, y. J. (2002). La economía de la salud: ¿ Debe ser de interés para el campo sanitario? *Revista Panam Salud Pública* , 359-365.
- Converti, L. (2019). *CELAG; La Economía de las Ciudades en América Latina*. Obtenido de <https://www.celag.org/la-economia-de-los-cuidados-en-america-latina/>
- Cruz, Y., Montero, N., Salazar, R., & Villacis , R. (2017). Calidad de vida en pacientes ecuatorianos con artritis reumatoide. *Reumatolclín*, 1-4.
- Delgado, A. E. (2010). Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. *Salud Uninorte*, 150-151.
- Durán, N. (2015). La ética del cuidado: una voz diferente. *Rev. Fundación Universitaria Luís Amigo*, Vol. 2, N°1, 12-21.
- Ecuador, M. d. (13 de 11 de 2018). *Ministerio de Salud: prevención y autocuidado son claves para controlar la diabetes*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-prevencion-y-autocuidado-son-claves-para-controlar-la-diabetes/>
- Enríquez, C. R. (2005). *Economía Del Cuidado Y Política Económica: Una Aproximación A Sus Interrelaciones* . Cepal, 1-30.
- Espinoza, K., Restrepo, J., & Rodriguez, y. S. (2003). Producción académica en Economía de la Salud . *Lecturas de Economía* , 7-53.
- Esquivel, V. (2011). La economía del cuidado en América Latina: Poniendo a los cuidados en el centro de la agencia . *Atando Cabos, Deshaciendo Nudos*, 1-41.
- Esquivel, V. (2011). La economía del cuidado en América Latina: Poniendo a los cuidados en el centro de la agenda. *Atando Cabos; deshaciendo nudos; PNUD*, 29-31.
- Esteban, M. (2016). El estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un enfoque antropológico y feminista . *Salud colectiva* , 9-20.
- Fascioli, A. (2010). Ética del cuidado y ética de la justicia en la teoría moral de Carol Gilligan. *Actuó*, 41-57.
- Fleming, M. (2005). Género y Autonomía en la Adolescencia: Las diferencias entre chicos y chicas aumentan a los 16 años. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa y Psicopedagógica*, 33-52.

- Foucault, M. (1974). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *curso de medicina social* (págs. 152-171). Río de Janeiro: Centro Biomédico de la Universidad de Río de Janeiro.
- García, L. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *A parte Rei Revista de Filosofía* , 1-8.
- García, M. L. (2011). Auto-cuidados y adherencia al tratamiento de pacientes con insuficiencia cardiaca . *Congreso Virtual de Cardiología* (págs. 1-6). Girona: CETIFAC.
- Ghebreyesus, T. A. (2017). ¿Cuáles son los mejores sistemas de Salud de América Latina? OMS.
- Giedion, U., Villar , M., & Ávila, A. (2010). *Los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el papel del Seguro Privado*. Madrid: FUNDACIÓN MAPFRE.
- Gimeno, J., Repullo, y. J., & Rubio, S. (11 de 06 de 2005). *Manuales de dirección médica y gestión clínica*. Obtenido de diazdesantos.es/ediciones: https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=jL42pns00e0C&oi=fnd&pg=PA4&dq=Econom%C3%ADa+de+la+salud&ots=q8OAJGnrQA&sig=yLqBMtimYdn5jjiKzaXOue3WYi8&redir_esc=yv=onepage&q=Econom%C3%ADa%20de%20la%20salud&f=false
- González, B., Puig, J., Repullo, J., & Rodríguez, M. (2017). *Asociación de Economía de la Salud*. Obtenido de <http://www.aes.es/boletines/news.php?id-B=29&idN=1427>
- Guerra, V., Diaz, A., & Vidal, K. (2010). La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica . *Revista Cubana de Enfermería* , 52-62.
- Huenchuan, S. (2007). Envejecimiento, sistemas de cuidados, y protección social. *Cepal*, 16-20.
- Idareta, F., & Úriz, y. M. (2012). Aportaciones de la ética de la alteridad de Lévinas y la ética del cuidado de C. Gilligan a la intervención del trabajo social . *Alternativas*, 33-44.
- INEC. (2017). www.ecuadorencifras.gob.ec. Obtenido de www.ecuadorencifras.gob.ec: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Encuestas_Ambientales/Establecimientos_Salud-Residuos_Peligrosos/2016/Publicacion%20RAS%202016%20C.pdf
- Izquierdo, M. J. (2003). Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado. (Emakunde, Ed.) *Revista SARE "Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado"*, 1-30.

- Izquierdo, M. J. (2013). Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado. *SARE*, 1-30.
- Jadad, A., Gonsávez, D., Contreras, A., López, A., Martos, F., Venegas, J., . . . Cabrera, y. A. (2009). Colaboración internacional y buenas prácticas en la gestión de enfermedades crónicas complejas a través de herramientas web. *II Conferencia Internacional sobre Brecha Digital e Inclusión Social* (págs. 1-14). Madrid: Observatorio de prácticas innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas.
- Keijzer, B. d. (2001). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y Salud Masculina. *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuesta desde América Latina*, 1-26.
- Kubissa, L. P. (2015). *El "género", Foucault y algunas tensiones feministas**. Madrid.
- León, F. (12 de 06 de 2019). *Autonomía y beneficencia en la ética clínica: ni paternalismo ni Medicina defensiva*. Obtenido de Antropología index: <http://www.fmv-uba.org.ar/antropologia/index2.htm>
- Llinas Delgado, A. E. (2010). Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. *Salud Uninorte*, 149-150.
- Martín, M., Martínez, J., & Rojas, D. (2011). Teoría del comportamiento planificado y conducta sexual de riesgo en hombres homosexuales. *Rev. Panam Salud Pública*, 433-443.
- Mediavilla, M. (2007). El proceso de producción y edición de la información médica y el impacto en la opinión pública. *Salud y opinión pública* (págs. 1-4). Santander: Universidad Internacional Menéndez.
- Montaño, S., & Calderón, y. C. (2010). *El cuidado en acción: entre el derecho y el trabajo*. Santiago: Naciones Unidas.
- MSP. (29 de Agosto de 2019). <https://www.salud.gob.ec>. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec>: <https://www.salud.gob.ec/coordinacion-general-de-desarrollo-estrategico-en-salud-cgdes/>
- Nancy Janneth Molano Tobar, Dolly Ximena Molano Tobar. (2017). Población y Salud en Mesoamérica. *Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica*, 19.
- Nuñez, S., & Ramadan, C. (2017). Calidad De Vida En Pacientes Con Diagnóstico De Cáncer De Mama En Estadio II Y III Sometidas A Mastectomía Radical Tratadas En El Hospital De La Sociedad De Lucha Contra El Cáncer (Solca) Núcleo Quito Durante Enero De 2014 Diciembre De 2016. *PUCE*, 49-53.

- Orozco, A. P. (2006). Amenaza tormenta: La crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de Economía Crítica*, 7-37.
- Orozco, A. P. (2010). Crisis multidimensional y sostenibilidad de la vida. *Investigaciones feministas*, 29-53.
- Orozco, A. P. (2011). Crisis multidimensional y sostenibilidad de la vida. *Investigaciones feministas*, 29-53.
- Ortiz, M., & Ortiz, y. E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la agherencia terapéutica. *Rev. Médica Chile*, 647-652.
- Padilla, M., Cortés, D., Martínez, J., Herrera, T., Vázquez, M., García, M., & García, y. J. (2013). Autocuidado y calidad de vida posterior a la consejería de enfermería en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 15-23.
- Parada, J. (2017). *Antropología del cuidado: una apuesta por una vida sana y saludable*. Bogotá : Universidad Santo Tomás .
- Pineda, R., Arcila, G., Restrepo, P., Tobon, G., Camargo, J., & Anaya, J. (2004). Costos médicos directos de la artritis reumatoide temprana. *Revista Colombiana de Reumatología*.
- Pública, E. A., & ESTEVE, y. (02 de 12 de 2014). La formación entre pacientes con diabetes reduce en más de un 30% las visitas a Atención Primaria. *Esteve*, págs. 1-2.
- Rico, M. N., & Segovia, O. (2017). *¿Quién cuida en la ciudad? Aportes para las políticas urbanas de igualdad*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Rodriguez, C. (2015). Economía feminista y economía del cuidado: Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *Revista Nueva Sociedad*, 30-45.
- Rojas, M. J. (2006). Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Revista Georokomos*, 6-23.
- Salud, O. p., & salud, y. O. (2014). Situación de las enfermedades crónicas no transmisibles en Ecuador: Los factores causales y subyacentes de las enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista informativa; representación Ecuador*, 7-47.
- Salvador, S. (2007). Estudio comparativo de la “economía del cuidado” en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay. *Comercio, género y equidad en América Latina*, 1-50.



- Salvador, S., & De los Santos, D. (2016). Economía del cuidado, relaciones de trabajo y normas internacionales. *Friedrich Ebert Stiftung*, 8-10.
- Sanchez, Y., Urdaneta, J., Villalobos, N., Contreras, A., Baabel, N., Villalobos, S., & Cepeda, M. (2016). Conocimiento sobre cáncer de mamas y práctica del autoexamen de mamas en mujeres de edad mediana. *Redalyc*.
- Sapag, J., Lange, I., Campos, S., & Piatt, y. J. (2010). Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. *Rev Panam Salud Pública*, 1-9.
- Secretaría Técnica de Planificación del Ecuador. (2019). <http://www.planificacion.gob.ec>.
- Sen, A. (1998). Capital Humano y Capacidad Humana. *Justicia Social y Política Pública* (págs. 67-72). Bogotá: Cuadernos de Economía.
- Sossa, A. (2011). Análisis desde Michel Foucault referentes al cuerpo, la belleza física y el consumo. *Revista Polis*, 1-20.
- Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud. (2012). Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.
- Vaquiroy, S., & Stiepovich, y. J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y Enfermería*, 9-16.
- Vargas, L., & Pinto, y. N. (2010). Calidad de vida del cuidador familiar y dependencia del paciente con Alzheimer. *Avances en enfermería*, 116-128.
- Vega, M. T. (2018). Modelo sociocognitivo de la satisfacción vital en personas con enfermedad crónica. *Psychology and Education*, 157-167.
- Vega, O., & Gonzalez, D. (2007). Teoría del déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. *Ciencia y Cuidado*, 28-35.
- Velandia, A., & Rivera, L. (2009). Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. *Rev. Salud Pública*, 543-548.

Este libro se terminó de imprimir en febrero de 2023
bajo el sello editorial UCuenca Press, en su taller gráfico.

Cuenca - Ecuador

UCUENCA PRESS 