

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

“La corresponsabilidad entre el Estado ecuatoriano y las familias en el cuidado de los adultos mayores: un análisis en la ciudad de Quito”

Proyecto de investigación

Patricia Estefanía Celi Medina

Artes Liberales

Trabajo de titulación presentado como requisito

para la obtención del título de

Licenciada en Artes Liberales

Quito, 14 de diciembre de 2016

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

“La corresponsabilidad entre el Estado ecuatoriano y las familias en el cuidado de los adultos mayores: un análisis en la ciudad de Quito”

Patricia Estefanía Celi Medina

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Michael Douglas Hill, Ph.D.

Firma del profesor

Quito, 14 de diciembre de 2016

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Patricia Estefanía Celi Medina

Código: 00114921

Cédula de Identidad: 1716420391

Lugar y fecha: Quito, diciembre de 2016

Dedicatoria

A mis abuelos, Lutgarda, Celso, Segundo y Flor, por ser el origen de mis momentos más felices.

A Galito y Marthita, el motor de lo que soy.

A CC, por inspirar este camino que hoy recién empieza.

A Óscar, por ser mi certeza.

Agradecimientos

De manera especial y profunda, a todos/as y cada uno/a de mis entrevistados/as, por haberme permitido explorar los espacios más recónditos de sus experiencias y cavilaciones, y por haber construido conmigo los argumentos que defienden en esta etnografía y que no hubieran sido posible sin su aporte:

- A Cristóbal, Fernanda (seudónimo), Inés, Edison, Diego, Consuelo, Luis, Fabricio, Carmen, Mercedes, Ariel, Lucy, Elza, Carmita, Wilmer, Estefanía (seudónimo), Romel, Paulina, Israel, Marianita, Mayra, Danny, Paúl, Martha y María, los cuidadores familiares que compartieron conmigo no solo el espacio íntimo de sus hogares, sino también su fuente inagotable de valentía.
- A Nilka Pérez ex funcionaria del Ministerio de Inclusión Económica y Social y a Yolanda Arias y Galo Cañas, actuales funcionarios del mismo Ministerio. A María José Mendieta, actual funcionaria del Ministerio de Salud Pública. A Francisco Carrión y Jorge Pozo ex y actual funcionarios, respectivamente, del Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. Y a Verónica Moya y Sol Vallejo, funcionarias del Consejo de Protección de Derechos del Distrito Metropolitano de Quito; por su tiempo, paciencia y prolijidad para esclarecer mis inquietudes sobre la gestión de dichas instituciones a favor de la población adulta mayor.
- A William Waters y Wilma Freire, académicos de la USFQ, por compartirme su investigación precursora en torno a la población adulta mayor, un tema olvidado por la academia en el país.
- A Sonia Andrade y Kléver Paredes, activistas pioneros por los derechos de los adultos mayores, por involucrarme en su resistencia y lucha incansable en la construcción de una sociedad para todas las edades.

A Michael Hill, mi mentor, tutor y amigo, por todo lo que ha significado su guía y ejemplo en mi formación académica y en el desarrollo de este proyecto. Gracias por confiar en mí y en mi trabajo desde el primer momento, y por permitirme aprender de tu inacabable experiencia y sabiduría. Sin tu lectura y motivación exigente esto no hubiera sido posible.

A Consuelo Fernández, por orientarme en los primeros pasos del trabajo antropológico e impulsarme a buscar un mundo en el que quepan muchos mundos. Porque en este camino de aprendizajes constantes nunca me faltó tu respaldo, enseñanzas y mano amiga para seguir adelante en mi horizonte.

A Angélica Ordóñez, María Amelia Viteri, Julie Williams y Josefina Vásquez, por haber forjado en mí, a lo largo de mi vida académica, un pensamiento crítico y transformador. Porque cada una desde sus diversos ámbitos de trabajo en la Antropología, me han enseñado a cuestionar lo que damos por sentado y el valor de la empatía en el respeto hacia nuestras diferencias.

RESUMEN

El presente trabajo de titulación analiza la práctica de la corresponsabilidad entre Estado y familia, dispuesta por la Constitución ecuatoriana, para garantizar el bienestar de los adultos mayores. Mediante un estudio etnográfico con funcionarios del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Consejo para la Igualdad Intergeneracional (CNII) y el Consejo de Protección de Derechos del Distrito Metropolitano de Quito (CPD-DMQ), y con cuidadores familiares de personas de edad, la investigación explora ¿cómo interactúan las políticas destinadas a adultos mayores implementadas por el Estado ecuatoriano y la propia agenda de las familias integradas por parientes mayores en la ciudad de Quito, en el camino de su responsabilidad compartida para velar por los requerimientos de cuidado de este grupo etario? Para responder a esta pregunta, el trabajo fue abordado, utilizando los aportes de la teoría antropológica sobre la organización social y las redes de cuidado, y sobre la desfamiliarización del cuidado en los Regímenes de bienestar. Alrededor de esto se encontró que, cuando las respuestas desde el Estado al desafío de la adultez mayor, no logran ofertar servicios de calidad, adecuados y suficientes para la población adulta, la mirada se vuelca a la familia como sistema natural de cuidado. Paradójicamente, al concebir su rol y sus obligaciones, los criterios institucionalistas le han relegado a un plano relativamente menor y subsidiario. En tal sentido, estos resultados ofrecen una amplia perspectiva que invita a cambiar las formas de acercarse al cuidado, para enfocarlo no solo como ciertas actividades por cumplir, sino como una estructura de necesidades que deben ser satisfechas. La propuesta es que la distribución social de los cuidados supere la división inflexible del trabajo entre hombres y mujeres dentro de la familia, y vincule con las funciones que les corresponde, al Estado, el mercado y la comunidad.

Palabras clave: Adulto mayor, cuidado, población atención prioritaria, cuidadores familiares, política social ecuatoriana.

ABSTRACT

The present degree project analyzes the practice of co-responsibility between State and family provided by the Ecuadorian Constitution to guarantee the well-being of the elderly. Through an ethnographic study with officials from the Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), the Ministerio de Salud Pública (MSP), the Consejo para la Igualdad Intergeneracional (CNII) and the Consejo de Protección de Derechos del Distrito Metropolitano de Quito (CPD-DMQ), and with family caretakers of the elderly, the research explores on: how do the policies aimed at older adults implemented by the Ecuadorian State and the schedule of the families integrated by the elderly in the city of Quito interact in their shared responsibility to ensure the care requirements of this age group? To answer this question, the project was approached, using the contributions of anthropological theory on social organization of care, care networks, and on the defamiliarization of care in welfare regimes. Around this, it is argued that when the responses from the State to the challenge of old people, do not offer quality, adequate and sufficient services for the adult population, they look towards the family as a natural care system. Paradoxically, when its role and obligations with the elderly is conceived, the institutionalists' criteria relegate it to a relatively minor and subsidiary level. In this sense, these results provide a broad perspective that invites us to change the ways of approaching care, to focus it not only as certain activities to fulfill, but as a structure of needs that must be satisfied. The proposal is that the social distribution of care might overcome the inflexible division of labor between men and women within the family, and links with the functions that correspond to them, to the State, to the market and to the community.

Keywords: elderly, caregiving, priority population, family caregivers, Ecuadorian social policy.

SIGLAS

CNII	Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional
COMPINA	Consejo Metropolitano de Protección a la Niñez y a Adolescencia
COOTAD	Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización
CPD-DMQ	Consejo de Protección de Derechos del Distrito Metropolitano de Quito
DMQ	Distrito Metropolitano de Quito
IEES	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censo
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas del Ecuador
ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
MIES	Ministerio de Inclusión Económica y Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
SABE	Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN	10
METODOLOGÍA	13
1 LA EXPERIENCIA DEL ENVEJECIMIENTO Y LA VEJEZ EN EL ECUADOR	17
1.1 Construcciones biológicas y sociales en torno a la vejez y el envejecimiento.....	17
1.2 Envejecimiento en el Ecuador: una aproximación a la situación de los adultos mayores en la ciudad de Quito	22
2 LAS REPRESENTACIONES DEL RÉGIMEN DE BIENESTAR ECUATORIANO.....	27
2.1 Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional: el nacimiento de una institucionalidad específica para población adulta.	32
2.2 El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES): ¿un giro del asistencialismo a la garantía de derechos?	36
2.3 Ministerio de Salud Pública (MSP): cuando la ausencia de políticas intersectoriales se convierte en un obstáculo.....	41
2.4 Consejo de protección de derechos del Distrito Metropolitano de Quito (COMPINA en transición) (CPD-DMQ): ¿cómo ver las prioridades más allá de la línea de pobreza?.....	45
3 LAS FAMILIAS AL CUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES	50
3.1 El parentesco y la sexualidad: lenguajes que vinculan cuidado y género	51
3.2 La familia cuidadora como fuente de reciprocidad y afecto pero no siempre de capacidades y recursos	57
4 LA PRÁCTICA DE LA CORRESPONSABILIDAD: ¿EL RÉGIMEN DE BIENESTAR EN ECUADOR FAMILIARIZA O DESFAMILIARIZA EL CUIDADO A LA POBLACIÓN ADULTA?.....	65
4.1 Las familias vistas desde el Estado como cuidadoras por naturaleza	67
4.2 Cuando los cuidadores familiares no reclaman apoyo porque reafirman sus roles como ineludibles	78
CONCLUSIONES	84
REFERENCIAS	87
ANEXOS.....	92
Anexo I: Lista de personas entrevistadas	92
Anexo II: Herramientas metodológicas.....	93
Anexo III: Formulario de consentimiento informado	96

INTRODUCCIÓN

En el Ecuador, a partir de la Constitución del 2008, se determinó que las personas de edad avanzada constituyen un grupo de atención prioritaria. Según la Carta Magna y el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013, esto implica que el aseguramiento de la plena vigencia de los derechos de este grupo etario adquiere un principio de corresponsabilidad entre diferentes actores del país: Estado, sociedad, familias. No obstante, en el análisis sobre cómo funciona este principio en contextos particulares, las redes de cuidado del Estado y los hogares particularmente, presentan inconvenientes en su accionar conjunto, para garantizar a la población mayor el cuidado y los derechos que corresponde a su periodo generacional.

Precisamente, una literatura específica documenta los desencuentros, en el contexto latinoamericano, entre las políticas públicas orientadas a adultos mayores y la situación de las familias que se encargan de su cuidado. Sandra Huenchuan y José Miguel Guzmán (2007) señalan que la familia es el actor por antonomasia en la oferta de los cuidados que se les brindan a las personas mayores, a pesar de que esta labor también le corresponde al Estado y la comunidad. Esto no significa que el Estado debe descansar en la tradición “familística” del cuidado que es parte de las relaciones de afecto que existen dentro de la familia. La inversión en las personas mayores no constituye un fondo perdido y menos aún, una simple donación unilateral. Implica la planificación de una sociedad que envejece en medio de la transformación de su estructura demográfica. Sin embargo, esta proyección no siempre se efectúa incluyendo todos los mecanismos que proveen servicios a adultos mayores, Al respecto, Jeanine Anderson (2007) considera que, en los países andinos, existen muy pocos canales de consulta a las familias y sus miembros, previos a la formulación de las políticas y el diseño de los programas. Son escasos los ejemplos de seguimiento para conocer cómo las familias responden a las políticas públicas y cómo

asimilan los programas gubernamentales. Esto demuestra el modo en que los criterios institucionales aprecian a la familia como un mecanismo natural de atención al adulto mayor, pero en el momento de diseñar políticas de apoyo social para este segmento poblacional, los aportes que podrían otorgar las unidades familiares, pasan a un plano secundario.

En torno a este escenario, de compleja aplicación de las políticas públicas destinadas a personas adultas en los espacios diversos de sus familias, este trabajo de titulación explora *¿cómo interactúan las políticas destinadas a adultos mayores implementadas por el Estado ecuatoriano y la propia agenda de las familias integradas por parientes mayores en la ciudad de Quito, en el camino de su responsabilidad compartida para velar por los requerimientos de cuidado de este grupo etario?* A partir de esta interrogante, esta investigación examina el principio de corresponsabilidad bajo su *idea generalizada de que la familia y el Estado proporcionan recursos complementarios para la atención a adultos mayores; sostenida, sin embargo, en un imaginario social, conveniente en particular para el Estado, que asume prácticamente sin cuestionar, que la familia y dentro de ella, sus integrantes mujeres son las responsables primordiales del cuidado de sus parientes mayores.*

Para responder a la pregunta de investigación, se priorizó un análisis enfocado en actores claves de ambas esferas. Alrededor de la institucionalidad estatal, se profundizó en el trabajo del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), el Ministerio de Salud Pública (MSP) el Consejo para la Igualdad Intergeneracional (CNII) y el Consejo de Protección de Derechos del Distrito Metropolitano de Quito (CPD-DMQ). En torno a las familias, la investigación apuntó a 19 unidades familiares quiteñas y las estrategias que llevan a cabo sus integrantes para el cuidado de sus adultos mayores.

Esta investigación propone generar un espacio crítico acerca de las múltiples dinámicas que envuelven el cuidado de las personas que atraviesan por la tercera edad. Desde los ámbitos académicos poco o nada se ha ahondado en análisis paralelos que involucren las prácticas cotidianas de cuidado realizadas por las familias, junto con los procedimientos aplicados en ese ámbito por el Estado. Generalmente, se percibe al ejercicio de los roles de la institucionalidad pública como aislado de los papeles que le competen a los cuidadores familiares. A partir de esto, este trabajo puede convertirse en una herramienta que contribuya con ciertas luces, a la investigación en Ciencias Sociales, acerca de la manera en la que se ajustan las políticas públicas a las circunstancias experimentadas por las familias quiteñas, para atender a un sector generacional cuya agencia ha sido anulada en distintos grados.

En el proyecto, se ha aplicado una metodología centrada en el análisis cualitativo. Ésta implicó un trabajo de corte etnográfico que incluyó por un lado, entrevistas a los funcionarios públicos mencionadas anteriormente, y los integrantes de las unidades familiares. Y por otro lado, observaciones participantes en centros de salud públicos a los que acuden adultos mayores y dentro del quehacer habitual de las atmósferas de los hogares de los cuidadores familiares.

Es así como, esta investigación ha sido dividida en cuatro secciones que presentan un estudio comparativo de la data obtenida desde las voces de las instituciones públicas y de los cuidadores familiares. En la primera se plantean las definiciones del envejecimiento en relación a lo biológico y lo social y se contextualiza con datos estadísticos la situación sociodemográfica de las personas mayores en el Distrito Metropolitano de Quito (DMQ). En la segunda se plantean los discursos a través de los cuales los funcionarios de las instituciones públicas, representan y/o cuestionan el trabajo del Estado y de la institución a la que sirven, a favor de los adultos mayores. En la tercera se examina las estrategias que

llevan a cabo los cuidadores familiares para atender a sus parientes mayores. Y en la última sección, se presenta una discusión alrededor de los alcances del principio de la corresponsabilidad entre las familias y el Estado frente a las necesidades de cuidado de los adultos mayores.

METODOLOGÍA

Con miras a plantear un estudio colaborativo y reflexivo, se aplicó una metodología cualitativa y de corte etnográfico, mediante las técnicas de entrevistas semi-estructuradas y observación participante. Esta elección se justifica puesto que ambas permiten un acercamiento profundo y situado a las auto-representaciones y vivencias, de cada colaborador y colaboradora que integra la muestra del estudio. En este punto es factible hablar de colaboradores porque como bien lo menciona Kunhlmann (1992), citado por Robben & Sluka (2012), el trabajo de campo implica una actitud por parte del etnógrafo. Su labor y sus relaciones con las personas se rigen por su compromiso con éstas, para trabajar a la par *con* ellas, no para ni sobre ellas. Éste énfasis distingue a una investigación colaborativa como aquella en la que las jerarquías son reemplazadas con reciprocidad en el contexto de un proyecto mutuamente diseñado desde los intercambios más horizontales.

Es así como, en primera instancia, las entrevistas semi-estructuradas según Carmona, Siavil, & Ribot de Flores (2007), “se producen en un contexto de interacción directo, personalizado, flexible y espontáneo, en el que se busca conocer motivaciones profundas y se obtiene respuestas libres, afectivas y comprometidas” (pág. 13). A partir de esto, cabe notar que para este estudio, esta técnica facilitó una aproximación profunda a los significados e interpretaciones que las personas dan a su propio contexto de acción social. Por lo tanto, se identificaron actores clave que fueron seleccionados por estar vinculados al tema de los adultos mayores y su cuidado de formas distintas. Con relación al tiempo

otorgado para el trabajo de campo, se efectuaron alrededor de veinte y siete entrevistas a profundidad. Así, los grupos poblacionales entrevistados fueron los siguientes:

- 23 miembros auto-identificados como cuidadores de parientes de edad avanzada, pertenecientes a distintas unidades familiares de nivel socioeconómico medio, ubicadas en la ciudad de Quito.
- 8 funcionarios públicos que laboran en el MPS, el MIES, el CNII y el CPD-DMQ; y que conocen cómo ha integrado la institución a la que sirven las temáticas de la vejez y envejecimiento en sus ejes de acción.

Dado que hay personas que encajan en más de una categoría simultáneamente y que la lista de entrevistados se ampliaba a medida que se avanzaba con el trabajo de campo, se estableció un formulario de consentimiento informado general, aprobado antes de iniciar la etnografía por el Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito, que funcionó para todos los actores.

En segunda instancia, se empleó también a la participación observante como método de recolección de datos, por cuanto esta técnica me ayudó durante la investigación a sentir cómo están organizadas y priorizadas las cosas, cómo se interrelaciona la gente, y cuáles son los parámetros culturales que intervienen. Además, esta técnica tiene la ventaja de mostrar al investigador lo que los miembros de la cultura estiman que es importante en cuanto a comportamientos, liderazgo, política, interacción social y tabúes (Schensul, Schensul, & LeCompte, 1990). En virtud de esto, la observación participante en este estudio se dio en distintos espacios dentro de la ciudad: medios de transporte público, zonas de circulación pública en calles y avenidas, el espacio de ejercicio y bailoterapia con adultos jubilados organizados al aire libre por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en el dispensario el Batán, la sala de espera y de atención a emergencias de este mismo dispensario, del Hospital Eugenio Espejo y del Hospital del Adulto Mayor. Estos sitios se

presentaron como los más adecuados para apreciar e interpretar directamente las interacciones y negociaciones entre las personas mayores y otras generaciones. Al mismo tiempo, la observación de espacios como la casa o el trabajo de los cuidadores familiares, y el compartir actividades cotidianas (como una comida) fueron etapas claves del trabajo de campo. En estos diversos momentos de encuentro no solo se obtuvo información valiosa que alimentó la recolección de datos, sino que fundamentalmente se tejieron relaciones de confianza que impulsaron y facilitaron el intercambio de vivencias en medio del entorno colaborativo propiciado por el trabajo etnográfico.

Ahora bien, es importante resaltar que antes de iniciar el trabajo de campo, se tuvo contacto con integrantes de unidades familiares del tipo requerido para realizar esta investigación, y con personal de las instituciones públicas señaladas previamente, quienes fueron el punto de partida para referir a otras familias y a otras personas relacionadas con el tema de este estudio. De forma similar, a medida que se realizaron observaciones participantes en los lugares mencionados antes, se identificaron a actores clave para la investigación. Por tanto, el muestreo estuvo diseñado bajo la metodología bola de nieve, en la que los actores identificados preliminarmente colaboraron al recomendar a otras personas en su misma situación u otros participantes vinculados al tema.

El trabajo etnográfico se llevó a cabo durante los meses de junio y julio del 2016. Con respecto a los cuidadores familiares, las entrevistas se realizaron en algunos casos, en los lugares de trabajo de las personas. La mayoría de ocasiones, se entrevistó a los colaboradores en sus hogares, debido especialmente, a su imposibilidad de dejar solo al familiar adulto al que cuidan. En ambas situaciones, las conversaciones estuvieron marcadas por un clima de confianza y respeto. No obstante, es posible afirmar que las entrevistas realizadas en los espacios directos de cuidado de las personas, me permitió advertir directamente las estrategias de la familia para atender a su pariente mayor, e

incluso las tensiones en las dinámicas cotidianas de cuidado. Por su parte, a los funcionarios públicos se los entrevistó, en su mayoría en las instituciones en las que laboran. Con antiguos trabajadores de dichas entidades, se conversó en espacios públicos de encuentro. Este clima de diálogo posibilitó una exteriorización más espontánea y menos rígida del trabajo realizado por las entidades del Estado en torno a la adultez mayor.

Adicionalmente, cabe mencionar que el estudio etnográfico se complementó con la revisión de fuentes estadísticas primarias y secundarias, a fin de contextualizar las condiciones socioeconómicas en las que ocurren los procesos demográficos de la vejez y envejecimiento en Ecuador y concretamente en la ciudad de Quito.

Para finalizar, considero necesario reconocer las motivaciones que me llevaron a interesarme por el tema de la adultez mayor y por lo asuntos que tienen conexión con la distribución de responsabilidades en su cuidado. Desde hace tres años, toda mi familia se ha visto inmersa en las decisiones complejas sobre el cuidado de mi abuela, quien luego de ser diagnosticada con demencia senil, también vio reducida su movilidad por una fractura de cadera. Durante los dos años y medio en los que ella vivió en Quito, las tensiones y preocupaciones en la familia aumentaban con cada decisión sobre cómo dividir las tareas de cuidado, con cada episodio de delirio, con cada nueva caída y con cada intento de ella por escaparse de casa.

Todo esto me permitió notar que cuidar no es nada fácil y que el amor es trascendental pero no es suficiente para garantizarle al receptor de cuidados su derecho a una vida digna en medio de sus constantes demandas. Las cuidadoras de mi familia continúan sintiéndose solas, impotentes y desamparadas. Muchas familias como la mía, tienen la voluntad para cuidar, pero no cuentan con las capacidades y recursos apropiados para esa tarea. El cuidado en ese sentido no es un asunto doméstico solamente, sino una cuestión pública que

también le corresponde a otros ámbitos. Desde esta posición y vivencia, surgen las reflexiones y preguntas que expongo en este trabajo.

1 LA EXPERIENCIA DEL ENVEJECIMIENTO Y LA VEJEZ EN EL ECUADOR

1.1 Construcciones biológicas y sociales en torno a la vejez y el envejecimiento

La vejez es una condición humana inevitable. Quienes han logrado prolongar su vida por muchos años deben enfrentar al final de su existencia el envejecimiento no solo en términos biológicos sino también sociales.

Partiendo desde los aspectos biológicos que definen al envejecimiento, Morales (1994) menciona que la forma en la que las células, los tejidos y los órganos responden a los agentes nocivos a los cuales están continuamente expuestos es limitada. Por consiguiente las “estructuras funcionales y las alteraciones bioquímicas pueden resultar de una diversidad de causas, relacionadas o no con factores de enfermedad” (Morales, 1994, pág. 49). Teniendo en cuenta esas limitaciones, biológicamente el envejecimiento es:

un proceso universal (ocurre en todos los miembros de las mismas especies); es intrínseco, es decir, independiente de los factores ambientales; progresivo pues ocurre gradual y acumulativamente, y delétreo, es decir, continúa con la disminución de la capacidad funcional hasta llegar a la muerte (Morales, 1994, pág. 49).

Esta condición de desgaste progresivo en las capacidades y funciones físicas de las personas mayores, desemboca en el hecho de que las construcciones dominantes sobre la vejez hacen “que este periodo de vida se convierta en un terreno social y cultural donde se disputan variadas concepciones de lo que es ser viejo o más bien de lo que se pierde con la vejez” (Robles, 2003, pág. 50). En el centro del debate se coloca a la vejez como un “estado asociado a la condición de decrepitud, vulnerabilidad y marginalización” (Robles, 2003, pág. 50).

Las construcciones sociales de la vejez se materializan en imágenes que diseñan al “ser viejo” como la etapa más próxima a la pérdida, el declive y la muerte. Estos imaginarios influyen directamente en la experiencia de los adultos mayores. Robles (2003) indica que “dichas imágenes se erigen en base a referentes sociales de diferente índole y cuya función es señalar cómo se operan las transformaciones durante el proceso de envejecimiento en términos de decrepitud” (pág. 50). Para esta autora, estos referentes se emplean como marcadores del “funcionamiento” del cuerpo biológico, social, económico y político, los cuales identifican el momento en el que empieza la vejez, cómo se desarrolla el proceso de envejecimiento y en qué grado se es un viejo (Robles, 2003).

Igualmente, para Urbano & Yuni (2011) la vejez vista como una edad cronológica que responde únicamente a un ciclo del curso vital, es un dato biológico socialmente manipulado y manipulable y, por tanto, capaz de adquirir nuevos significados y ser investida de nuevos sentidos” (pág. 49). Así, como bien lo explican estos autores, establecer el valor que se atribuye a la edad, a la experiencia de envejecer y la autopercepción subjetiva de ser/estar viejo, en relación a atributos concernientes a la potencialidad de la vitalidad, la estética e imagen de sí en relación a los otros; estaría condicionada por intereses y actitudes de los distintos grupos sociales, políticos y culturales propios de cada época y contexto (Urbano & Yuni, 2011).

Sobre este asunto, en el transcurso del trabajo etnográfico se profundizó en las percepciones diseñadas por las personas sobre la adultez mayor. Todos los testimonios se encontraron en un punto que evidencia lo que mencionaron los autores anteriores sobre las construcciones sociales de lo que es ser viejo. Los entrevistados describieron a las personas de edad avanzada como individuos que van en declive y de quienes se puede esperar muy poco, en cuanto a su aporte productivo y/o económico para la sociedad. Martha recalcó esta idea en su testimonio:

Ya el mismo hecho de que el cuerpo se va debilitando, de que la persona ya no produce como cuando es más joven, va quebrantándose su salud, ya no se podría esperar ninguna ayuda. Mejor ellos necesitan de la ayuda de los familiares, ya sus piernas se debilitan, su mente ya ve desgastándose. No diría es una carga, pero necesita del cuidado de la familia y si no es de la familia de una institución que le pueda cuidar y dar todo lo que necesita (Martha Medina, 07 de junio 2016).

Así, aunque la entrevistada reconoció que no todos los adultos mayores pasan por las mismas condiciones durante su vejez, ella resalta que “lo más regular” es encontrar personas de edad avanzada que dependen en mayor grado de sus familiares. Igualmente, la idea de un proceso vital que de a poco se va convirtiendo en poco funcional y que con mayor frecuencia necesita de apoyo, en la medida en que la también se pierde autonomía; es también recurrente en los comentarios de los entrevistados. Danny en torno a esto explicó lo siguiente:

Creo que el tema de envejecer para todo ser humano debe ser complicado. Sentir que tus facultades físicas y psicológicas van disminuyendo de a poco debe ser algo muy frustrante. Llegar a tener una edad como para sentirse un estorbo o una carga para tu familia es muy complicado. Con el tema de Alzheimer y muchas cuestiones que a la gente le vuelve un poco delicada, los tratos que se deberían dar a estas personas deben ser especiales (Danny Guerra, 08 junio 2016).

Incluso al preguntarles a los entrevistados sobre el rol social que cumplen sus parientes adultos, varios contestaron que no desempeñan ningún papel en particular. Elza por ejemplo indicó que su mamá, quien necesita de cuidados duraderos por la fractura de su pierna que le impide movilizarse con autonomía, “no cumple ningún rol en la sociedad, en la familia ella es la compañía, la mamá de la casa, toda nuestra vida gira a lo que ella quiere, y le gusta e intentamos que ella participe, pero ahora ya no le gusta. Ella mismo se aísla y no quiere participar de nuestras reuniones, le da vergüenza” (Elza Vivar, 08 de junio de 2016). Marianita por su parte fue más enfática en recalcar el nulo papel social de su padre de 98 años: “Él no puede hacer nada, yo le saco para caminar y él no quiere. El no hace otra actividad más que coger el bastón, sentarse a tomar el sol y dormir. Yo sé que algunos adultos tienen otra manera de vivir, en cambio mi papi no tiene nada. Él con tal de que le den de comer y le atiendan está tranquilo” (Marianita Salcedo 03 de julio 2016).

Estos testimonios dan cuenta que la adultez mayor es una etapa en la que los procesos físicos y mentales no se advierten como diferentes, sino más bien como el camino al deterioro. Por tanto, para ciertos entrevistados, pensar en los adultos mayores no significa considerar a personas que viven otra etapa de su vida, sino que vienen a “ser” en función de lo que han dejado de aportar o no socialmente. Como bien lo sugiere Barros (1994), en sociedades donde predomina una forma de organización cuyo horizonte es la producción de bienes y servicios, el trabajo aparece como la categoría primaria de identificación de las personas. Es así como un ethos o modelo cultural que valoriza al hombre por sus logros y efectividad económicas y encuentra que el retiro de la actividad laboral es, “culturalmente, sinónimo de <<no hacer nada>>, lo cual equivale a no ser nadie socialmente” (Barros, 1994, pág. 60). De esto se deriva que la jubilación representa una pérdida de identidad social y desemboca en una imagen social de inutilidad.

De tal modo, los testimonios de los entrevistados han demostrado que el cuerpo de los adultos mayores viene a ser valorado atendiendo a su escaso protagonismo en la esfera de producción de la sociedad. Cuando se advierte a un adulto mayor como “la carga”, “el centro del cuidado”, el “receptor de un trato delicado”, el lenguaje empleado indica que su caracterización como un ser individual se extinguió en el momento en el que no puede ser reconocido por una especialización, profesión o actividad en particular. Su caracterización en la vejez se reduce a todo lo que no implica ganancia social, sino más bien un retraso mediado por condiciones naturales. Es justamente en este punto en el que el cuerpo de la persona adulta, regresa nuevamente a su estado natural pero esta vez de quebranto. El adulto mayor deja de ser parte de la cultura que inventa, crea y construye para formar parte de la naturaleza que sigue un proceso vital fuera del ámbito transformador de la vida.

Precisamente, en conexión a lo anterior, cabe mencionar que los estereotipos de “carga”, “pérdida”, “decadencia” y “muerte” se han llegado a interiorizar con tanta firmeza que

incluso el avizorar la vejez para algunos entrevistados es un sinónimo de miedo. Por ejemplo, Sonia manifestó al respecto:

¡Uy! a la vejez yo le tengo un poco de miedo, con la experiencia de mi mami digo que tenemos que prepararnos para la vejez, yo no quisiera llegar a vivir tanto tiempo. Mis hijos son médicos y me han contado que en los hospitales cómo se ve el abandono, hay muchos viejitos enfermos que están con cáncer, los dejan ahí botados, no los ven, no los visitan sino a los 6 meses. Es una soledad terrible. Eso yo no quiero vivir (Sonia Espinoza, 15 de junio 2016).

De modo muy parecido, Consuelo indicó que “he pensado en la vejez por mi abuelita que ahora tiene 103 años y la tú la ves y es una persona que ya no tiene muchas de sus facultades y desde hace rato ya no quiere vivir. Entonces si me asusta vivir mucho y aunque no estés súper grave si resultas en una carga o en un problema para la familia (Consuelo, 20 de julio 2016). En efecto, el temor de estar más próximo al fin de la vida, o de percibir la soledad o la indiferencia como el futuro más cercano de un adulto mayor, desencadena incluso una valoración de la vejez como un periodo invivible y definitivamente tortuoso. Con relación a esto, se deduce entonces, que el temor instaurado al avizorar la vejez como un futuro rigurosamente avasallador, no solo se debe a la idea general de decadencia física y mental, sino que dicha alteración da por sentado a los entrevistados, que se necesitará pasar a un estado de dependencia en el que ninguna iniciativa o muestra de autonomía será legítima, porque no corresponde a la naturalización que socialmente se ha generado con respecto a la agencia del adulto mayor.

En ese sentido, Ángela Aimar (2009), señala que Occidente, y sus políticas neoliberales, considera los saberes y habilidades del adulto mayor como anticuados para la época, por lo que propicia a través del rito jubilatorio la <<incapacidad de ver>> a estas personas, condenándolas al olvido familiar y social, a la difamación social y a miserias y pobrezas en sus condiciones de vida” (2009, pág. 20). Al respecto, la autora opina que “simbólicamente la cultura del anciano actúa como una auténtica anticultura, y que las contradicciones sociales y culturales que van más allá del viejo afectan a la sociedad toda” (Aimar, 2009,

pág. 20). De tal manera, pareciera en forma implícita que el adulto mayor, para una sociedad “<<que hace un culto a la juventud y la homogeneidad estereotipada>>, refleja parte de lo que no quiere ser, ni ver, ni sentir” (Aimar, 2009, pág. 20).

Por ello es claro que, desmitificar las etiquetas con las que se han asignado a los adultos mayores es un paso trascendental para resignificar su rol y liberar a otras generaciones y a las instituciones más amplias de prejuicios, que desencadenan una serie de prácticas que transforman al proceso de envejecimiento en un periodo difícilmente llevadero por su penalización y devaluación. Con el horizonte puesto en tratar de iniciar una comunicación intersubjetiva para producir conocimiento sobre la longevidad, o para decidir sobre políticas sociales y acciones concretas referidas al colectivo de personas de edad, Norma Tamer (2008) explica que ya existe consenso acerca de que “el envejecimiento, en cuanto proceso histórico-social o individual, es dinámico, extremadamente heterogéneo y particularmente contextualizado, tanto como para afirmar que cada uno envejece como ha vivido, como ha llevado el propio proceso existencial, singular, único, de <<hacerse a sí mismo>>” (pág. 95). Por ello, si bien se advierte la necesidad de re-pensar, re-significar la vejez a la luz de los cambios socio-culturales de la época, Tamer (2008) menciona que “para lograrlo, acertadamente, debemos entenderla en el ciclo vital en su conjunto, en sus significados y construcciones socioculturales” (pág. 95). En consecuencia, “reflexionar sobre el envejecimiento y la vejez es reflexionar sobre la vida entendida como un continuum. Así, una vejez saludable y activa dependerá de una niñez, adolescencia, juventud y adultez también saludables y activas” (Tamer, 2008, pág. 95).

1.2 Envejecimiento en el Ecuador: una aproximación a la situación de los adultos mayores en la ciudad de Quito

Los adultos mayores conforman un segmento poblacional sumamente heterogéneo. Ni siquiera en un país relativamente pequeño como el Ecuador, las personas de edad avanzada logran constituir un grupo más o menos parecido en condiciones físicas y sociales. Incluso

el marcador de edad que define el paso a la etapa adulta, que no conforma una categoría universal, puede aplicarse con facilidad en el país.

En el Ecuador, según la Ley del Anciano promulgada el 6 de noviembre de 1991, se consideran como adultos mayores a las personas que tienen 65 años o más (Asamblea Nacional del Ecuador, 1991). El país se ubica en la fase plena de transición demográfica, como se ha denominado “al proceso gradual mediante el cual una sociedad pasa de una situación de fecundidad alta/mortalidad alta a una situación de fecundidad baja/mortalidad baja” (Kinsella, 1994, pág. 4). En ese marco, el Ecuador cuenta con una tasa de fecundidad del 2,6, una esperanza de vida de 75 años y una proporción del 5,7% de adultos mayores (Freire, Jácome, Pazmiño, Rojas, & Ortiz, 2012). Esto implica que en Ecuador, la menor tasa de muerte y de fertilidad, acompañada de la extensión de la expectativa de vida ha ocasionado que la pirámide poblacional sea “cada vez más estrecha en su base y más amplia en los cohortes de edad más avanzada” (Freire, Jácome, Pazmiño, Rojas, & Ortiz, 2012, pág. 35).

Otro proceso poblacional clave en el Ecuador es la migración masiva. A partir de la crisis financiera de 1999-2000, el país experimentó varias olas de migración transnacional, que según Villamar (2004) citado por Freire, Jácome, Pazmiño, Rojas, & Ortiz (2012), fue de aproximadamente 700 000 personas solo entre 1999 y 2004. Esta población muestra un patrón claramente diferente respecto a la población total, en la que según Schoklnick (2007) citado por Freire, Jácome, Pazmiño, Rojas, & Ortiz (2012) “hay una pronunciada selectividad en favor de las personas en edades económicamente activas y una baja proporción de menores de 15 años y de mayores de 64 años, con predominio de hombres frente a mujeres” (pág. 35).

Si según el Censo de Población y Vivienda del 2010, hoy por hoy existen alrededor de 1.3 millones de adultos mayores que representan el 9,3% de la población total del país, la

influencia de los factores demográficos mencionados antes, desencadenarían para el año 2050, “que la población mayor de 60 años en el Ecuador llegue a más de tres millones de personas. Además, la proporción de personas de más de 60 años se incrementaría de 8,1% en 1950 a 12,6% en el 2025” (Freire, Jácome, Pazmiño, Rojas, & Ortiz, 2012, pág. 35).

En el ámbito nacional esta situación implica un gran desafío. La doble carga de enfermedad, porque por un lado persisten las afecciones propias de la infancia y por otro surgen nuevos problemas de salud propios del envejecimiento y que derivan en el incremento de las enfermedades crónicas (Freire, Jácome, Pazmiño, Rojas, & Ortiz, 2012). Estos cambios en la demografía del país, significan que el Ecuador debe planificar para una sociedad de personas envejecidas, en la que se debe prever por un lado normativas, políticas, servicios y programas que respondan adecuadamente a la nueva composición poblacional, y por otro, mecanismos para enfrentar el fin progresivo del bono demográfico, en el que el aumento del número de población joven que ingresa a la fuerza laboral conduce a la reducción de las tasas de dependencia. Para el 2050 en el país, las tasas de dependencia de las personas de edad avanzada ascenderán mientras la fuerza laboral que suministra recursos para sostener la población dependiente se reducirá ampliamente (Cavallo, Frisancho, & Karver, 2016).

En el caso del DMQ, la información estadística sobre los adultos mayores de la ciudad que se expone a continuación es la que fue sistematizada en el Boletín Estadístico Mensual N° 17 del Instituto de la Ciudad de Quito, publicado en el año 2013. Estos son los datos más actuales que se ofrecen de forma desagregada para adultos mayores en la ciudad.

Según el Boletín, el grupo de adultos mayores alcanza las 205.639 personas (9,2% de los 2,2 millones de habitantes de la capital), lo que significa que 9 de cada 100 habitantes de Quito son adultos mayores a 60 años. De estos, el 45% son hombres y el 55% mujeres,

hecho que tiene que ver con una esperanza de vida mayor entre las mujeres: 78,7 años frente a 72,7 años para los hombres (Instituto de la Ciudad de Quito, 2013).

Además en el Boletín se explica que en los últimos veinte años, la población adulta mayor en el DMQ, ha pasado de representar el 6,3% de la población total en 1990 al 9,2% en 2010. Según este documento, atendiendo a las proyecciones poblacionales del INEC al 2020, se estima que en los próximos veinte años, los adultos mayores representarán algo más del 14% de la población del DMQ (Instituto de la Ciudad de Quito, 2013). Esto envuelve desafíos significativos para las autoridades y habitantes de la ciudad, no solo por la pérdida del bono demográfico, sino por los requerimientos en cuanto al diseño y planificación que exige un medio urbano accesible para todas las edades.

Respecto a las características scioeconómicas de las personas mayores, el Instituto de la Ciudad de Quito (2013), añade en el Boletín los siguientes datos:

En cuanto a las condiciones familiares, un 59% de los adultos mayores son jefes de hogar y un 22% son cónyuges del jefe de hogar, mientras que apenas el 11% vive con sus hijos y/o yernos o nueras. Esto muestra que la gran mayoría de adultos mayores (más del 80%) no dependen de terceros en el hogar, lo cual en algunos casos, como bien lo explica el Boletín, puede generar una situación de vulnerabilidad vinculada a las secuelas de la sensación de soledad, abandono y falta de redes sociales de apoyo estables y cercanas.

El 17% del total de la población adulta mayor en Quito tiene algún tipo de discapacidad, es decir, 33.968 adultos mayores de Quito padecen discapacidad leve, moderada o severa, lo que limita de una u otra forma su calidad de vida.

Con respecto a la afiliación a la seguridad social, se ha reportado que un 17% de adultos mayores aporta al seguro del ISSFA, ISSPOL o al IESS; un 26% es jubilado de uno de estos seguros y un 57% no aporta. Es decir que apenas el 43% de los adultos mayores se encuentran protegidos por la seguridad social. De los 116.219 adultos mayores que no

aportan (57%), apenas 10.810 (9%) tienen seguro de salud privado, lo que significa que alrededor de 100.000 personas mayores a 60 años en el DMQ se encuentran en una situación de extrema vulnerabilidad y desprotección en el ámbito de la seguridad social y atención a la salud.

Por otra parte, la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento-SABE I Ecuador, realizada entre el 2009 y 2010 (Freire, Jácome, Pazmiño, Rojas, & Ortiz, 2012), y que también proporciona otros de los datos más recientes sobre los adultos mayores en Quito, determinó que en la capital, el 56.6% de las personas mayores encuestadas mencionó vivir en buenas condiciones socioeconómicas, mientras que el 39.4% reportó vivir en condiciones regulares y malas.

SABE además estableció que Quito es la zona del país que presenta las mayores proporciones en cuanto a accesibilidad de los adultos mayores a servicios básicos. Esto se afirma debido a que el 100% de los encuestados manifestó tener acceso en su hogar a electricidad, el 98% a alcantarrillado y el 97.5% a servicios higiénicos con conexión de agua.

Al respecto, cabe notar que así como la información estadística de la ciudad refleja posiblemente las condiciones generalizadas en todo el país en cuanto elementos que auman vulnerabilidad y brechas sociales como tipos de discapacidad o protección social básica; hay otros aspectos como los índices de condiciones sociales o el acceso a servicios básicos, que reflejan las particulares ventajas que pueden constatarse en el contexto que rodea a la población mayor en razón de su residencia en una ciudad como Quito. Esto implica considerar que la situación de este grupo etario en la ciudad no es equivalente a la de otros adultos mayores en todo el país. En virtud de ello, conviene aplicar un análisis interseccional para entender cómo la transversalización de marcadores identitarios como

lugar geográfico de residencia, puede convertirse en un factor que determina el incremento de oportunidades y ventajas.

Aún así, las circunstancias que relativamente favorecen al escenario que rodea a las personas mayores en la capital, no son igualmente incorporadas en la sistematización y actualización de sus datos sociodemográficos. Específicamente, dado el ritmo acelerado en el que crece la población mayor en el país, no resulta útil ni idóneo basar estudios académicos, formulación de política pública, ni el diseño de normativas y demás, sobre vejez y envejecimiento con base en evidencia cuantitativa de hace 6 años. El hecho de que no existan datos actuales sobre este grupo poblacional, es un indicador sobre la falta de congruencia de ciertos análisis cualitativos con una realidad concreta y sobre todo de la escasa conciencia de cómo han variado las condiciones de los adultos mayores a la fecha y cómo se han transformado y/o incrementado sus demandas.

2 LAS REPRESENTACIONES DEL RÉGIMEN DE BIENESTAR ECUATORIANO

Durante el proceso de trabajo de campo, al preguntar a los funcionarios y ex funcionarios de las distintas instituciones públicas sobre el rol del Estado en torno al aseguramiento de la calidad de vida de este segmento poblacional, el denominador común en las respuestas estaba orientado hacia el mandato constitucional que establece al Ecuador como un Estado garante de derechos. De ahí que, su papel en el aseguramiento de bienestar para las personas mayores se deriva de las implicaciones de ese principio constitucional que marca, para los entrevistados, notables avances con respecto a constituciones anteriores. Por ejemplo, para Francisco Carrión, ex Secretario Técnico del CNII:

Este país es un Estado garante de derechos, quizás esa es una de las características que si hace diferencia entre lo que pudiera ser una visión más liberal o neoliberal o una visión más socialista de lo que es la sociedad y el Estado. Históricamente el Estado se preocupó de marginalidades. Si en la desbandada, claro nadie está protegido, aunque sea los guaguas. Pero en un Estado de derechos hay que proteger a todo el mundo, con prioridad en los

guaguas. Por eso yo creo que el Estado tiene que ser lo suficientemente fuerte para resolver en orden de prioridad los temas quizás más importantes en el aseguramiento de los derechos, empezando por los grupos de atención prioritaria (Francisco Carrión, 10 junio 2016)

Tal cual lo expresó Francisco, esa necesidad de un “Estado fuerte” que cuente con las capacidades y recursos para asegurar los derechos de sus habitantes, está dada por un Aparato Constitucional en el que 73 de los 444 artículos que contiene, están dedicados a exponer un catálogo de derechos para todos los ciudadanos; y 152 artículos están dirigidos a garantizarlos (Arias, 2008).

Entre los derechos que reconoce la Constitución se encuentran los de las personas y grupos de atención prioritaria, dentro de los cuales, como se mencionó en la sección anterior, se incluyen a los adultos mayores. En el artículo 37 y 38 se describen respectivamente, los derechos que el Estado garantizará a las personas de edad avanzada y las medidas que tomará para asegurar su cumplimiento. Específicamente, el artículo 38 indica que para garantizar los derechos de las personas de edad, el Estado “establecerá política públicas y programas de atención a las personas adultas mayores...y fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición de estas políticas” (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2008).

Bajo este marco, en esta sección se examinará el rol del Estado ecuatoriano como garante de los derechos de los adultos mayores, a través de las auto-representaciones y de las críticas externas localizadas en la serie de discursos que se manejan en las instituciones nacionales y locales en el DMQ, responsables de diseñar, formular y llevar adelante los programas y políticas públicas que garantizarán los derechos de la población adulta, en especial aquellos que tienen que ver con su cuidado. Particularmente, la función garantista de derechos del Estado se analizará en el trasfondo de su configuración como un Régimen de Bienestar, que desde el 2006 pretende hacer una importante ruptura con el pasado en lo que se refiere a gasto público social, planificación y rectoría estatal de las políticas públicas, y efectivización de un modelo de bienestar centralizado. No obstante, al analizar

específicamente bajo qué discursos se brinda bienestar y se garantiza derechos a las personas adultas, es factible notar que la reapropiación de las responsabilidades sociales del Estado, evidenciada en la construcción de más institucionalidad pública y más gasto social, no ha dejado de lado, paradójicamente, la idea de fomentar la auto-organización y autonomía de otros actores involucrados en la provisión de bienestar.

El Estado de bienestar surge en el siglo XX, luego de la transferencia de las competencias entendidas como privadas a las instituciones públicas (Eguren, 2001). Esta situación se vio favorecida por un insólito desarrollo económico y social. Funciones tradicionalmente familiares como la instrucción, el cuidado de la salud o el apoyo económico frente a la necesidad, tuvieron como respuesta el nacimiento de los sistemas de educación, salud, pensiones, y garantía ante el desempleo, construyendo los pilares del Estado de bienestar (Eguren, 2001).

Ahora bien, la literatura especializada ha denominado como regímenes de bienestar a los diferentes arreglos establecidos entre el ámbito estatal, el del mercado y el de las familias. En otras palabras, al “modo en que esas esferas se entrelazan y producen arreglos diferenciados, en cada uno de los cuales el ámbito de las familias y el estatal adquieren distinto grado de intensidad y predominio o dependencia respecto del mercado” (Campana, 2015, pág. 29). Para Esping-Andersen, (1993) este asunto es analizado partiendo de dos macro-conceptos. El primero es el criterio de desmercantilización, concepto que “se produce cuando se presta un servicio como un asunto de derechos y cuando una persona puede ganarse la vida sin depender del mercado” (Esping-Andersen, 1993, pág. 41). El segundo es el criterio de la estratificación, el cual explora la idea de que el Estado del Bienestar “no es solo un mecanismo que interviene en la estructura de la desigualdad y posiblemente la corrige, sino que es una fuerza activa en el ordenamiento de las relaciones sociales. De esta forma las políticas pueden (o no) generar problemas de estratificación (por clases y status),

es decir formas de desigualdad y diferencia” (Esping-Andersen, 1993, pág. 44). En otras palabras, al tiempo que el mercado provee tanto oportunidades de sobrevivencia como de movilidad social ascendente, en los regímenes de bienestar es la política social la que genera un piso de condiciones de vida accesible a todos los individuos, independientemente de su inserción en el mercado. (Campana, 2015).

Ahora bien, apuntando estas definiciones en un contexto más local, dado que América Latina es considerada una de las regiones más desiguales del mundo, la noción de regímenes de bienestar suele despertar desconfianza, y más aún la idea de Estado de bienestar (Campana, 2015). Debido a eso, Martínez Franzoni, (2008) encuentra que, los regímenes de bienestar deben ser comprendidos como constelaciones en las que se ejercen distintas prácticas que dirigen y asignan los recursos. Por ello, estos regímenes pueden como no incluir Estados de bienestar en su garantía mínima adecuada de este principio. En consecuencia, el estudio de los regímenes de bienestar tendría que ser abordado desde la distribución de los recursos, sea ésta o no llevada a cabo por el Estado.

Como resultado de lo anterior Martínez Franzoni (2007) introduce el concepto de familiarización en el análisis de los Regímenes de Bienestar en América Latina. Para la autora la familiarización da cuenta de la “disponibilidad de trabajo femenino no remunerado en la división social del trabajo” (Orloff, 1993, citado por Martínez, 2007, pág 12). Así, como lo señalan Minteguiaga & Ubasart-González (2013) en la literatura académica de final de siglo “se empezó a considerar fundamental incorporar la dimensión de los cuidados en la generación de bienestar.” Esta dimensión es “realmente importante tenerla en cuenta para el caso de América Latina, donde las esferas familiar y comunitaria han sido históricamente indispensables en la prestación de tales cuidados” (pág. 47). El concepto de (des)familiarización nos acercaría por tanto “al estudio de la provisión de bienestar y cuidados que permiten la reproducción de la vida, analizando así los actores

sobre los que recae esta, sus formas, sus intensidades, e inclusive las actividades asociadas, entre otros” (Minteguiaga & Ubasart-González, 2013, pág. 47). Según estas autoras, no se puede continuar elaborando estudios sobre temáticas relacionadas con las políticas sociales sin tener en cuenta la participación de las familias y, en concreto, de las mujeres en un modelo de bienestar particular (Minteguiaga & Ubasart-González, 2013).

Con todo, ahondando en la formación del Ecuador, como un Estado de bienestar, conviene notar que en el país, desde enero del 2007 con la llegada de Rafael Correa a la presidencia de la República, se buscó revertir las condiciones materiales y simbólicas heredadas de la implementación de más de dos décadas de políticas neoliberales derivadas del Consenso de Washington (Minteguiaga & Ubasart-González, 2013). El gobierno de Correa buscó “desmontar el núcleo duro de la agenda neoliberal y recuperar ciertas funciones de bienestar social y regulación económica, como se venía realizando aunque de modo muy desigual, en los años previos al ajuste estructural” (Ramírez, 2006, citado por Minteguiaga & Ubasart-González, 2013, pág. 15). Con el propósito de vencer la crisis de la “hegemonía neoliberal”, Correa llevó adelante la elaboración, sanción y aprobación popular de un nuevo texto constitucional que a la par de la instrumentalización de políticas y leyes, pretendía “bajo un discurso de representación del interés general y con vocación universalista” un “retorno del Estado como campo de las decisiones colectivas y un retraslado de la acción política desde el ámbito social/mercantil hacia la interfaz estatal/pública” (Minteguiaga & Ubasart-González, 2013, pág. 16).

Estas dinámicas de transformación estatal procuraron verse reflejadas, entre otras cosas, principalmente en la fuerte inversión social y la extensión de políticas del bienestar, en especial, aquellas que han sido incorporadas para satisfacer las demandas de la población de atención prioritaria. Pensando entonces en el objetivo de reafirmar la reapropiación de recursos y el reestablecimiento de la capacidad de planificación del Estado ecuatoriano,

las instituciones públicas encargadas del bienestar de los diferentes grupos sociales, como los adultos mayores, han incorporado un conjunto de discursos sobre la construcción de políticas estructurales de bienestar, el aumento de cobertura y la calidad de servicios públicos, que hacen efectivos los derechos sociales de éste y otros conjuntos poblacionales.

2.1 Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional: el nacimiento de una institucionalidad específica para población adulta.

El artículo 156 de la Constitución de Montecristi dispuso la creación de los Consejos Nacionales para la igualdad, los cuales “ejercerán atribuciones en la formulación, transversalización, observancia, seguimiento y evaluación de las políticas públicas relacionadas con las temáticas de género, étnicas, generacionales, interculturales, de discapacidades y de movilidad humana” (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2008). Con este antecedente y con la aprobación en julio del 2014 de La Ley Orgánica de los Consejos Nacionales para la Igualdad, nace el Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional (CNII), el cual tiene el rol de ejecutar las atribuciones señaladas en la Constitución “para asegurar la plena vigencia y el ejercicio de los derechos de los grupos generacionales, con prioridad en niñas, niños, adolescentes, jóvenes y personas adultas mayores” (Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, 2016).

Para avanzar en el ejercicio de sus funciones, el CNII, elaboró en 2013 la “Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional 2013-2017”. Este instrumento promueve un marco de planificación y acción directa en 6 ejes que han de ser aplicados en los contextos de desarrollo de niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos mayores para lograr la igualdad intergeneracional: vida saludable, educación, protección, participación y espacios, vivienda y hábitat y trabajo. Para Francisco Carrión, ex Secretario Técnico del CNII uno de los mayores avances que ha alcanzado el país y el Consejo en sí, en temas de vejez y envejecimiento es precisamente que en esta agenda intergeneracional,

se ha logrado visibilizar los derechos, las políticas y las cosas que requieren los adultos mayores con tanta fuerza como con los jóvenes, niños y adolescentes. El tema del reconocimiento no tiene quizá la complicación que puede tener la protección y el cuidado, porque al final si las personas se concientizan de la valía que tienen los adultos mayores por el solo hecho de existir es fundamental, porque uno de los temas más difíciles de llevar para las personas adultas mayores es la invisibilización y el irreconocimiento (Francisco Carrión, 10 junio 2016).

Con esta percepción coincide Jorge Pozo, Analista de Protección Integral del CNII, quien especificó que “los principales avances se relacionan con la identificación del problema. Se ha puesto en la mesa que los adultos mayores hoy se encuentran en una situación lamentable. Eso te pone a pensar políticas desde esa situación y cualquier cosa que hagas va a ser positiva. Por eso el logro en cualquier espacio al que vamos es posicionar el tema de adultos mayores” (Jorge Pozo, 06 de junio 2016).

Tal como lo aseveran estos funcionarios, el hecho de que se ponga en discusión los temas de los adultos mayores y que a partir del 2008 se haya logrado una institucionalidad que lleve adelante la búsqueda de mecanismos que garanticen sus particulares derechos y necesidades, constituye un signo esperanzador para los colaboradores, más allá de que las metas no sean iguales a las que la Constitución manda ni lo que las personas quisieran.

Uno de las acciones más significativas que ha emprendido el CNII es la creación de espacios de participación denominados Consejos Consultivos y que según Jorge “son espacios de consulta al que debe acceder el CNII para la formulación de la política pública” (Jorge Pozo, 06 de junio 2016). En el segundo semestre del 2015 se creó el Consejo Consultivo Nacional de Adultos Mayores después de haber conformado Consejos Consultivos a nivel provincial. Con ellos el CNII ha venido trabajando y apoyándose en el ejercicio de sus funciones para difundir y proteger los derechos de las personas de edad avanzada. Sin embargo, en palabras del propio Analista de Protección Integral, el Consejo no ha logrado aprovechar al máximo el poder de participación localizado en las personas mayores. Esto a pesar de que,

los adultos mayores tienen más interés en participar de la vida activa del país porque tienen más tiempo, más paciencia y mucha más experiencia que el resto. Ellos pueden hablar contigo por mucho tiempo y contarte las cosas, tienen el tiempo mucho más holgado. Éste se debería utilizar positivamente (Jorge Pozo, 06 de junio 2016).

En este testimonio es factible identificar la influencia de la imagen social de los adultos mayores para la afirmación de prioridades y de cómo deberían ser emprendidas las acciones desde el Estado. La idea generalizada de que los adultos mayores disponen de más tiempo y paciencia, más allá de cuán verdadera sea, da luces de la forma en la que se debería aprovechar los espacios de participación, antes de apreciar la importancia de la intervención de las personas mayores, por ser sujetos titulares de derechos.

Por otro lado, un aspecto crucial en las tareas emprendidas por el Consejo, es que aunque su creación emana del Cuerpo Constitucional, sus políticas y decisiones no son vinculantes. Por eso Jorge admite que los lineamientos de la Agenda del CNII son “sumamente generales, porque sirven como referencia para que puedan ser más profundizadas por otras instituciones”. En ese sentido, el Consejo propone, más no dispone, las políticas y la vía más adecuada para llevarlas a cabo de tal manera que se reduzcan los niveles de desigualdad y de discriminación para los grupos generacionales. Como lo sugiere el ex Secretario Técnico del CNII, “eso es un reto porque nos lleva a pensar en cómo asegurar que la institución que tiene la obligación con las temáticas de política pública que hemos seguido, sepa qué hacer. Es decir que lo nosotros proponemos llegue a las instancias que tiene que hacer las cosas que la agenda dice” (Francisco Carrión, 10 junio 2016). De ahí que, las atribuciones que ejecuta el Consejo se vuelven sumamente complejas porque en vista de su no obligatoriedad, es necesario buscar estrategias de persuasión que lleven a las instituciones correspondientes a incorporar las políticas formuladas en su agenda. Esto, según Francisco, es trascendental porque “asegurar los derechos de los distintos grupos de ciclo de vida pasa por estar pendientes de la aprobación

de leyes en la Asamblea hasta la aprobación de ordenanzas en el Municipio más lejano del país. Porque lo que tu ganas con una ley aprobada lo puedes perder con cualquier ordenanza de algún Municipio o al contrario” (Francisco Carrión, 10 junio 2016). Por lo tanto, esto impone un reto mayor al Consejo, el cual, como lo expresa Francisco:

tiene que apropiarse de la mejor información, y establecer la mejor calidad del planteamiento, con propuestas realmente útiles, que eviten decir obviedades, por ejemplo proponer que los adultos mayores necesitan atención de calidad, es algo evidente que todo mundo quiere. Eso no dice nada y desgasta una carta con un ministerio planteando algo inútil. (Francisco Carrión, 10 junio 2016).

Consecuentemente, alcanzar la factibilidad para la realización de las propuestas de políticas emanadas en la Agenda del CNII, dependerán tanto de la capacidad del Consejo para converger a la institucionalidad pública de su importancia, como de la voluntad política de estas instituciones para considerar cruciales temas específicos sobre la población adulta.

Aunque una de las ventajas del CNII es su externalidad frente a otras instituciones, lo cual le otorga una visión más independiente e inclinada hacia los intereses de los titulares de derecho bajo su responsabilidad, las constantes trabas burocráticas que se sostienen sobre todo en la influencia de los imaginarios sociales sobre el envejecimiento y la vejez que preponderan de forma distinta en cada institución pública es una constante que dificulta el trabajo prioritario a favor de este grupo etario. En este sentido el trabajo del Consejo está ampliamente limitado por las diversas agendas políticas que circulan y por el orden de prioridad que ha ganado cada grupo generacional en las mismas. Básicamente, si no se ha trabajado en una sensibilización previa a las instituciones, sobre las necesidades y demandas de los adultos mayores en el contexto demográfico que atraviesa el país, es poco probable que la predisposición de las autoridades para llevar a cabo ciertas políticas surja de forma espontánea, antes que, como la respuesta a escenarios políticos.

2.2 El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES): ¿un giro del asistencialismo a la garantía de derechos?

Los servicios orquestados por el MIES en torno a la población adulta mayor, se sostienen en dos políticas claves. La primera busca “garantizar la protección especial universal y de calidad, durante el ciclo de vida, a personas en situación de vulneración de derechos” (MIES, 2016, pág. 23) . Atendiendo a esto, el ministerio asigna a las personas adultas mayores de 65 años de edad un beneficio monetario mensual de \$50, el cual está priorizado para los adultos mayores que se encuentran bajo la línea de la pobreza.

En palabras de Andrés Mideros, ex Viceministro del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, “estas pensiones si han tenido un efecto directo en la reducción de la pobreza: 0,8 puntos porcentuales en diciembre de 2015, es decir más de 128 mil personas (de la tercera edad y quienes viven con ellas) superaron la línea de pobreza por ingresos gracias a esta pensión” (Mideros, 2016) Esto ha permitido que la cobertura total de pensiones sociales haya subido de 45,4% en diciembre de 2007 a 71,8% en diciembre de 2015 (Mideros, 2016). De ahí que, esta política de alguna manera se encamina al cumplimiento de los artículos 34, 37 y 367 de la Constitución del Ecuador en los que se garantizan la seguridad social como derecho irrenunciable y la jubilación universal para personas adultas mayores.

La segunda política pretende “garantizar la atención especializada durante el ciclo de vida a personas y grupos de atención prioritaria, en todo el territorio nacional, con corresponsabilidad entre el Estado, la sociedad y la familia” (MIES, 2016, pág. 23) . Para esto el MIES ha establecido los siguientes servicios y prestaciones (MIES, 2016):

- 1) Centros Gerontológicos de atención directa: Infraestructura Gerontológica construida directamente por el MIES o intervenida por el mismo. En total existen 14 centros de atención directa a nivel nacional, con una cobertura aproximada de 1.350 personas.

- 2) Convenios para cuidado y atención de personas adultas mayores: el MIES ha suscrito un total de 428 convenios con instituciones privadas en todo el país, para atender a personas adultas mayores a través de diversas modalidades de atención.
- 3) Norma técnica: el MIES, estableció las normas técnicas o los estándares mínimos de calidad, bajo las cuales deben operar los centros gerontológicos de todo el país.
- 4) Modalidades de atención: Todos los servicios de atención a personas adultas mayores sean directos o por convenios, operan bajo un sistema de modalidad que puede ser:
 - Residencial: Servicios de acogida para la atención y cuidado ofrecidos a personas adultas mayores que no pueden ser atendidos por sus familiares o que se encuentran en situación de abandono y que manifiesten su voluntad de ingresar.
 - Diurna: Servicio de atención diaria que brinda una atención integral sin internamiento a personas adultas mayores con dependencia leve, intermedia o moderada.
 - De atención domiciliaria: Servicio para personas adultas mayores que se encuentran en situación de dependencia o discapacidad temporal que les impide moverse fuera de su hogar.
 - De espacios alternativos diurnos: Son espacios para el encuentro y socialización de las personas adultas mayores, donde se realizan actividades recreativas y de integración.

Cabe notar ahora que, en el 2015 el Estado invirtió un total de \$ 23 152. 508, 67 para atender a 72.345 personas a través de estos servicios. De ellas 51.519 reciben Bonos y Pensiones no contributivas (MIES, 2015). En el 2014 se invirtió \$ 18 214.157,33 (MIES, 2014). En el 2011 el presupuesto invertido se reducía más de la mitad a \$5 885 416,88. Esto a comparación del 2007, en el que el presupuesto apenas alcanzaba \$1 009 959,68 (MIES, 2012) demuestra, al menos en la creciente inversión presupuestaria del MIES, las intenciones del ministerio por cristalizar a través del fortalecimiento de sus servicios, las normas constitucionales que dictan la atención prioritaria a adultos mayores.

Según las personas entrevistadas para este estudio etnográfico, la implementación de la política pública a favor de los adultos mayores a través de los servicios descritos anteriormente, ha tenido un cambio de enfoque que se instauró con la Constitución del 2008. Antes, la política se caracterizaba por brindar servicios de atención asistencial, con ayuda que simulaba una especie de caridad para adultos mayores indigentes y abandonados. Para Yolanda Arias, funcionaria de la Dirección de la Población Adulta Mayor “antes le atendían al adulto mayor, porque a las autoridades le daban pena porque pobrecito no tiene familia, pobrecito tiene sus achaques propios de la edad, a este viejito le vamos a atender solamente de esta manera” (Yolanda Arias, 20 de junio 2016). Bajo ese paraguas, Nilka Pérez ex Subsecretaria de Atención Intergeneracional argumenta que el nuevo modelo de gestión institucional del MIES, se fundamenta en un enfoque integral de derechos y de ciclo de vida para “toda la población adulta mayor” planteando la readecuación del concepto de inclusión social a fin de ofrecer servicios que se adapten a la realidad demográfica del país y de las condiciones de vida de este grupo etario.

Ahora bien, como se ha podido apreciar en la descripción de las políticas implementadas por el MIES, tanto las pensiones no contributivas como todas las modalidades de atención se ofrecen a personas bajo la línea de la pobreza o sin alguna referencia familiar. Sobre todo la focalización de los servicios está justificada en palabras de Yolanda, en el hecho de que,

Todas las instituciones del país deben ofrecer sus servicios con prioridad. Los servicios del Estado son gratuitos. Por lo tanto la gratuidad debe estar orientada a la población que cumple los parámetros de vulnerabilidad que establece el Ministerio, por ejemplo los adultos mayores abandonados, los que tienen escasos recursos, los que están en condiciones de indigencia, etc. (Yolanda Arias, 20 de junio 2016).

Esta focalización se da en gran parte por la falta de recursos que impiden ampliar la población adulta mayor beneficiaria de los servicios del MIES. En sus testimonios ambas entrevistadas han admitido que si el presupuesto fuese más amplio, la cobertura podría alcanzar a segmentos poblacionales más extensos. Sin embargo, con los recursos

disponibles actualmente es necesario priorizar a los receptores de los servicios. Para ejemplificar el asunto Yolanda explica que:

En la modalidad de residencia el Estado aporta \$8 por día por cada adulto mayor. Con ese presupuesto se debe orientar el servicio a las personas que son pobres, abandonadas e indigentes. Porque no sería justo que una persona que si tiene referente familiar y que si tiene un ingreso económico pueda estar recibiendo una gratuidad total frente a otra persona que no tiene nada (Yolanda Arias, 20 de junio 2016).

De manera que, el MIES, especialmente para establecer la población que se beneficiará de las distintas modalidades de atención identifica en el país, a través de un mapeo por zonas, a la población más pobre según nivel de ingresos. La determinación de esta frontera para separar a los destinatarios o no de las políticas, corresponde a una visión tradicional de políticas de lucha contra la pobreza. Como lo sugiere Rodríguez (2016), el reconocimiento de la heterogeneidad y complejidad de situaciones socioeconómicas y culturales que están en la base de la vulnerabilidad supone pues la reformulación del criterio unidimensional de focalización de la pobreza entendida como insuficiencia de ingresos, para introducir múltiples fuentes y dimensiones de vulnerabilidad social, que se traduzcan en diseños de programas con diversas acciones estrategias y criterios empíricos de focalización.

Para Rodríguez (2016) los indicadores de medición de resultados al estilo necesidades básicas insatisfechas o línea de pobreza, como los que utiliza el MIES, suelen terminar en clasificaciones dicotómicas y estáticas, que describen atributos de personas, familias u hogares, pero no dan cuenta de los procesos causales por los cuales se llegan a tales situaciones. Por eso, este autor sugiere que complementar el enfoque de pobreza con el de vulnerabilidad social permite capturar aspectos multidimensionales de los cambios en las condiciones de vida de los grupos más desfavorecidos, y de esta forma se alcanza una mejor comprensión de los procesos por los cuales la gente se mueve dentro y fuera de la pobreza y la exclusión (Rodríguez, 2016).

Tomando en cuenta esto, la forma en la que se procede con la focalización de la política social del MIES constituiría una contradicción con el enfoque no asistencialista, que ahora distingue al modelo de gestión de la institución según las funcionarias entrevistadas. Empero la idea de que las modalidades de atención ahora están disponibles para personas que antes no hubieran tenido la posibilidad de costearlas, y de que la pensión no contributiva ofrece un piso de protección social, es un avance significativo a criterio de Yolanda y Nilka, en la prevención o reducción de pobreza de los adultos mayores del país. Sumado al logro anterior, Yolanda destaca que un factor importante en los resultados del ministerio es la garantía de la atención de calidad y calidez que brindan sus servicios a las personas de edad avanzada. Esto se ha conseguido porque, como lo señala Nilka, “hoy se exige que se atienda no solo porque eres buena gente, sino porque eres trabajador social, psicólogo, fisioterapeuta, médico, porque tienes una especialidad para la atención para adultos mayores” (Nilka Pérez, 15 junio 2016).

Frente a estos avances, las entrevistadas reconocen que aún quedan pendientes muchos asuntos para garantizar los derechos de las personas de edad. Para Yolanda particularmente, es un desafío

Que se inicie una valoración geronto-geriátrica al adulto mayor, porque si no se hace así se deja a un lado la valoración técnica y se hace una solamente empírica. Esto lleva a pensar que los adultos mayores solo necesitan una cama en donde dormir, unas cuatro paredes en donde vivir y un plato de comida y eso no es atender al adulto mayor. Se necesita trabajar en el aspecto cognitivo, afectivo, integral, en la utilización del tiempo libre. Por eso se debe trabajar en la prevención. Justamente para evitar que por la inactividad el adulto mayor vea deteriorada su capacidad cognitiva o pase a niveles altos de depresión (Yolanda Arias, 20 de junio 2016).

Adicionalmente, para enfatizar en la significación de alcanzar una política de atención integral, Nilka considera que otro de los desafíos para el Estado es buscar estrategias que permitan darle más importancia al tema de la adultez mayor en la sociedad. “En general falta concientizar más en las personas sobre el valor de las personas mayores” dice ella. Así, para ambas entrevistadas, existe una calificación positiva a las políticas emprendidas

por el MIES. Con la modificación en su enfoque, la institución según las funcionarias, está trabajando en gran medida a favor de la inclusión, participación y protección social, así como el tema de los cuidados. A pesar de que se reconoce la falta de políticas sociales que a más de tratar y dar respuesta a los escenarios de la vejez, también tiendan a asegurar el bienestar en los años previos en los que se comienza el proceso de envejecimiento, el tema de la ampliación de la población destino de los servicios, aunque es considerado un asunto que debería aplicarse si se dispusiera un mayor presupuesto, no se avizora como uno de los desafíos más urgentes para desarrollar una política social integral en beneficio de la población adulta mayor del país.

2.3 Ministerio de Salud Pública (MSP): cuando la ausencia de políticas intersectoriales se convierte en un obstáculo

En este Ministerio no existe una dirección específica de adultos mayores puesto que el enfoque actual es brindar una atención integral en salud a toda la población desde antes de la concepción hasta la muerte. Para María José Mendieta, funcionaria de la Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud del MSP el no crear direcciones para cada grupo etario en este momento del país se debe a el riesgo que implica la no institucionalización de las políticas o programas que pueden surgir desde el ministerio y desaparecer con el próximo gobierno si éste así lo dispone. Alrededor de esto, en el 2007 el MSP elaboró y promulgó cuatro instrumentos técnico-normativos para la atención especializada y gratuita de las personas adultas mayores:

- 1) Políticas de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor.- Contiene políticas sobre salud, participación y seguridad, de conformidad con el perfil epidemiológico de la población adulta. (Dirección de Normatización del Sistema Nacional del Salud, 2007).

- 2) Programa Nacional de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor.- Estructurado en tres sub-programas de salud que tienen como objetivo mejorar la calidad de vida del adulto mayor en diferentes niveles de atención.
- 3) Guías Clínicas Geronto-geriátricas de Atención Primaria de Salud.- Están dirigidas a profesionales y técnicos del área de la salud, y abordan la valoración clínica, funcional, mental-emocional, nutricional, social, y de rehabilitación de los adultos mayores. (Alvarez & Martínez, 2008).
- 4) Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de los y las Adultos Mayores.- es un instrumento técnico, científico, ético y legal para estandarizar y reglamentar la asistencia continua y progresiva e integral a las personas adultas mayores. (Álvarez, Pazmiño, Villalobos, & Villacís, 2010)

De forma paralela a la aplicación de estos instrumentos, el MSP elaboró “El Plan de Acción Interinstitucional para personas adultas mayores”. Éste fue presentado en el año 2011, y tenía la meta de potenciar la acción colectiva de las instituciones que trabajan con y para las personas adultas mayores y de adaptar el sistema socio-sanitario a las necesidades de esta población hasta el 2013 (MIES, 2012).

Como es posible advertir, estos instrumentos que continúan en vigencia hasta el día de hoy (exceptuando el Plan de Acción Interinstitucional) constituyen un esfuerzo coordinado y vinculante, sobre todo en el caso de las normas y protocolos, para fortalecer las acciones de promoción, prevención y recuperación, que contribuyan a la atención integral y de calidad de las personas adultas mayores. No obstante, pensando en todas las dimensiones físicas, mentales y emocionales que implica la salud, para el MSP ha sido complejo abordar todas esas áreas, ya que no todas dependen de las políticas que el MSP pueda implementar. Esto lo indica María José de la siguiente manera:

Para garantizar la integralidad de la salud al adulto mayor no basta con darle medicamentos ni curarle las enfermedades, también existen otros factores. Si mi adulto mayor es pobre a

pesar de darle todos los medicamentos si no tiene para comer se me va a morir. Yo le puedo decir a mi adulto mayor que tenga cuidado cuando camine para que no se tropiece. Pero si la vereda tiene demasiadas irregularidades se me va a caer y se va a fracturar y eso representa un gasto para mí” (María José Mendieta, 22 de julio 2016).

Partiendo entonces de los determinantes sociales, ambientales, físicos, económicos, etc. que condicionan el bienestar de la población adulta mayor, el MSP, junto con el MIES, el Ministerio de Trabajo y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social iniciaron una mesa de trabajo intersectorial hacia finales del 2015 a fin de establecer una política integral que tome en cuenta todos los factores que inciden en la calidad de vida de la población y las variaciones en el contexto demográfico del país. La idea era establecer las responsabilidades y competencias comunes y avanzar en ejes de acción conjuntos. Sin embargo, la funcionaria del MSP aclara que “la llegada del terremoto paró ese trabajo y lo dejamos en stand by, porque para generar líneas estratégicas se necesitan recursos y eso es lo que ahora no tenemos” (María José Mendieta, 22 de julio 2016).

Precisamente, la unión de esfuerzos y capacidades entre las instituciones que ejecutan la política pública que tiene que ver con las personas de edad es uno de los aspectos que facilitarían la atención integral a las necesidades de los adultos mayores. El trabajo aislado, sin competencias transversales es lo que hoy dificulta atender con eficacia y calidad a la población envejecida. Sobre esto María José indica que:

Nosotros tenemos un gran dilema con el MIES, que dice que ellos no se pueden hacer cargo de personas con enfermedades mentales porque no son especialistas en tratar enfermos, pero nosotros decimos que si podemos tratar enfermedades pero no podemos darles alimentación, vestimenta y cuidados generales porque esa no es la competencia del MSP. Por eso yo les digo que no debemos pensar en la competencia de cada uno sino trabajar juntos porque lo que necesita es un sistema integrado (María José Mendieta, 22 de julio 2016).

El riesgo que implica la falta de articulación entre las instituciones es para María José uno de los asuntos que debería inquietar a todas las autoridades. Sin embargo, los tomadores de decisiones o bien no están conscientes de que la población adulta mayor crece a un ritmo

acelerado o no tienen la voluntad política de ampliar las prioridades y planificar de manera más global con una visión a largo plazo. Así, el no planificar para sociedades envejecidas, constituye un problema de salud pública en cuanto, como lo advierte María José, “con el envejecimiento se vienen muchísimas enfermedades crónicas y una de ellas es la demencia. Por eso hay que pensar en sistemas de cuidado a largo plazo”. Estos sistemas “implican a todas las actividades llevadas a cabo por otros para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca o corren riesgo de tenerla puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos” (Organización Mundial de la Salud, 2015, pág. 135). De modo que, tal cual lo transmite la funcionaria del MSP, la garantía de estos derechos básicos cuando se presentan pérdidas importantes de la capacidad, dependen de un tipo de atención intersectorial, no solo la que el MPS puede brindar.

Por consiguiente, tomando en cuenta cuán complejo resulta brindar una atención especializada y completa en salud a la población adulta mayor, cuando su aseguramiento obedece también a la agencia de otros actores institucionales, el MSP ha centrado sus prioridades en garantizar el acceso a los servicios de salud. Según María José “eso se refleja en las cifras. El número de atenciones a población adulta mayor ha incrementado. Por eso en salud tenemos indicadores orientados al tema biológico. Nosotros te podemos decir cuántas consultas a adultos mayores ha habido en el año y se nota que este número se ha ido incrementando” (María José Mendieta, 22 de julio 2016). Por su lado, la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud del MPS (2016) confirma la aseveración de María José. En el 2006 el total de adultos mayores atendidos en servicios de salud pública no llegaba a 500 000. En el 2011 esa cifra aumentó a aproximadamente a 1 500 000. En el 2014 se logró atender a 2 775 578 personas mayores y en el 2015 la cifra llegó a los 3 453 759.

Aunque, como se mencionó antes, esta no es la única dimensión que asegura mejores estándares en salud en la población, el trabajo en las otras áreas no puede ser monitoreado ni tampoco abordado por el MSP debido al trabajo aislado de competencias que impiden captar cuánto han mejorado los niveles de calidad en la atención de salud a las personas mayores. Por eso María José dice al respecto que “saber el número de consultas no me dice nada sobre la calidad de la salud de esa población, solo me está diciendo que va más al médico, lo cual también puede significar que está más enferma y que por eso va más seguido” (María José Mendieta, 22 de julio 2016).

En definitiva, el testimonio de María José demuestra que no existe medidas de monitoreo y evaluación que permitan saber cuán efectivos han sido los instrumentos implementados por el MSP en 2007 para la atención integral y especializada en salud de la población mayor. La única certeza es que se han incrementado en número de pacientes adultos que acceden a los servicios de salud públicos; sin embargo esas cifras tampoco han podido ser desglosadas en números específicos que demuestren la calidad de la atención y cómo han mejorado las condiciones de salud de la persona. Esto sumado al trabajo poco articulado con otras instituciones, refleja la escasa previsión para explotar las posibles sinergias entre las intervenciones ya existentes, y para realizar una exhaustiva labor de coordinación intersectorial a fin de evitar la duplicidad de intervenciones y la superposición de competencias.

2.4 Consejo de protección de derechos del Distrito Metropolitano de Quito (COMPINA en transición) (CPD-DMQ): ¿cómo ver las prioridades más allá de la línea de pobreza?

El Consejo Metropolitano de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia (COMPINA) desde el 2014 se encuentra en un proceso de transición hasta constituirse definitivamente en el Consejo de Protección de Derechos del DMQ, cuyo trabajo consiste en proteger los

derechos humanos de todos los habitantes del Distrito con énfasis en los grupos de atención prioritaria y en situación de vulnerabilidad definidos en la Constitución del 2008.

Verónica Moya, actual Secretaria Ejecutiva (E) del COMPINA en transición, explica que, de acuerdo al art. 598 del Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización (COOTAD), esta institución tiene como competencias la formulación, transversalización de enfoques, observancia, seguimiento y evaluación de las políticas públicas para la protección de derechos de los Grupos de Atención Prioritaria (GAP) y en situación de vulnerabilidad. En esta medida, cumple sus funciones bajo ciertos niveles de coordinación con las diferentes entidades públicas y privadas del nivel local y nacional desconcentrado, organizaciones de la sociedad civil y comunitarias que actúan en el Distrito Metropolitano de Quito, además de los cinco Consejos Nacionales para la Igualdad: Intergeneracional, Género, Discapacidades, Interculturalidad y de Movilidad Humana. Así el “CPD-DMQ” tiene competencia solo en Quito.

Entre los GAP se encuentran los adultos mayores, en esta medida,

“este Consejo tiene que definir directrices de políticas públicas (acciones afirmativas) tendientes a reducir las brechas de desigualdad, mismas que deben ser ejecutadas por los organismos rectores (MIES, Municipio de Quito, ONGs, etc.) Además, “debe hacer observancia a estas entidades y a los consejos nacionales y estudiar si lo que están dictaminando se ajusta a la realidad local.” (Verónica Moya, 15 de julio 2016).

Al igual que los Consejos Nacionales, las políticas que formula el CPD-DMQ no son vinculantes, pero si “tienen un valor ético, político y técnico”, según lo señala la Secretaria Ejecutiva, que se acentúa en el trabajo intersectorial del Consejo con otras instituciones públicas y privadas involucradas en la garantía, protección y restitución de derechos.

Paralelamente, tal como se han estructurado los Consejos Nacionales para la Igualdad, en el CPD-DMQ también se conformarán consejos consultivos para la consulta a la ciudadanía en la formulación de políticas públicas. Éstos en total serán 10 en representación de cada grupo de atención prioritaria y en situación de vulnerabilidad.

Adicional a esto, tomando en cuenta que este Consejo aún se encuentra en una etapa de transición, se han llevado a cabo acciones específicas en alusión a sus funciones con algunos de los grupos de atención prioritaria, incluidos los adultos mayores, entre las que se mencionan las Agendas de Protección de Derechos -a nivel local- para cada uno de estos segmentos poblacionales. El objetivo de estas agendas es “definir acciones afirmativas para cada uno de los grupos que permitan la concreción de las políticas que puedan ser aplicadas desde las instancias ejecutoras” (Sol Vallejo, 21 de julio de 2016).

Ahora bien, el proceso de desarrollo de estas agendas se ve marcado por la inclinación hacia un ejercicio de focalización dentro del grupo poblacional de atención prioritaria. Con respecto a la población adulta mayor en el DMQ, esta entidad realizó un ejercicio de transversalización de enfoques a fin de priorizar el campo de acción de sus políticas. Así, en palabras de Sol Vallejo, Analista de Políticas Públicas del COMPINA en transición:

Luego de la transversalización se encontró que en Quito, las condiciones para construcción de igualdad en el marco de lo que se refiere geográficamente lo urbano y lo rural, hay una situación mucho más vulnerable en la población rural adulta mayor, y dentro de ésta son más vulnerables las mujeres que los hombres, y dentro de esta población son más vulnerables aún las mujeres indígenas o afro que el resto. Entonces cuando nosotros logramos ver estas condiciones, las acciones afirmativas de la agenda van dirigidas a esta población que es la más vulnerable dentro del grupo de atención prioritaria (Sol Vallejo, 21 de julio de 2016).

Como se puede advertir, la metodología empleada para la focalización en la formulación de políticas, parte de un enfoque distinto al empleado por el MIES. En el Ministerio la línea de pobreza marca la población prioritaria que será la destinataria de los servicios. En cambio el COMPINA en transición, emplea la interseccionalidad (Symington, 2004) como herramienta analítica que profundiza en las experiencias individuales que resultan de la convergencia de diferentes marcadores de identidad.

Como lo señala Symington (2004), cuando se revelan las variadas identidades que se superponen en una persona, la metodología interseccional permite entender y establecer “el impacto de su convergencia en situaciones de oportunidades y acceso a derechos, y al

mismo tiempo visualizar cómo las políticas, los programas, los servicios y las leyes que inciden sobre un aspecto de nuestras vidas inexorablemente están vinculadas a los demás” (pág. 2). Bajo esta premisa, la focalización en la población objetivo de la Agenda de protección de derechos del COMPINA en transición, pretende reducir las disparidades desde la garantía de derechos sostenida en un paraguas más amplio en el que se tiene conciencia de que el incremento de identidades de una persona no aumenta la propia carga de riesgo, sino que produce experiencias sustantivamente diferentes (Symington, 2004).

En este marco, y luego de haber realizado un estado de situación general de la población adulta mayor en Quito, junto con un trabajo colectivo de consulta con los titulares de derechos, actualmente en el COMPINA en transición, se está elaborando la Agenda de Protección de derechos para adultos mayores en base a 5 ejes principales: Servicios (acceso a salud, educación, etc.), Participación (espacios de intervención social que superen la recreación), Seguridad Integral (protección contra todo tipo de violencias) y Prevención y Sensibilización (en torno al rol social de los adultos mayores).

Particularmente, los últimos dos ejes abordan aspectos no planteados por las otras instituciones públicas analizadas en esta sección. La formulación de políticas orientadas a proteger integralmente a los adultos mayores de todo tipo de violencias y a recuperar su rol social, tienen que ver en gran parte con re-direccionar los temas de la agenda no solo a los titulares de derechos, sino también al resto de la población, quienes también comparten otros grados de responsabilidad en la garantía de derechos de las personas de edad avanzada. Por ejemplo Sol indica que:

Todos quienes utilizamos el transporte público vemos que el bus no para, así sea parada oficial, cuando ve que hay un adulto mayor solo. Y si se llega a subir ya no somos sensibles a ceder el puesto así le veamos con bastón y sin fuerza a sujetarse. Por eso es necesario sensibilizar al resto de la población, pero no desde un sentido paternalista de pobrecito no puede hacer sus cosas debo ayudarlo, sino desde la igualdad y el respeto mutuo (Sol Vallejo, 21 de julio de 2016).

Esta perspectiva amplía la mirada desde la que se entiende la protección y garantía de derechos. Si uno de los motivos que provocan que los adultos mayores no dispongan de niveles apropiados en su calidad de vida, son los prejuicios, estereotipos y falta de empatía hacia la situación de la vejez y el envejecimiento, trabajar sobre la prevención y sensibilización le faculta al Consejo apuntar directamente a una de las tantas causas del problema. Esto es un avance frente a políticas centradas en lineamientos extremadamente generales que disipan parcialmente los contextos adversos.

En síntesis, en esta sección se ha podido determinar que desde el inicio del régimen de bienestar impulsado por el Gobierno de Rafael Correa, particularmente con las garantías de derechos incluidas en la Constitución del 2008, se ha propiciado cierto avance, sobre todo en el reconocimiento de la falta de sistemas institucionalizados que procuren mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor. Con base en la identificación de estas falencias, las cuatro instituciones analizadas en esta investigación han llevado a cabo propuestas y ejecuciones de políticas y programas de atención específica a personas de edad avanzada, aunque con fórmulas de focalización que en algunos sectores, están lejos de un análisis más profundo sobre las condiciones que se sobreponen cuando una persona envejece. Simultáneamente, se ha evidenciado poca organización y sobre todo voluntad política para el trabajo intersectorial que desemboque en una política verdaderamente integral para la población más envejecida. Inclusive, este vacío es más notorio cuando se advierte la superposición de competencias y la poca convergencia de fortalezas para lograr objetivos comunes. A esto se le debe adicionar la ausencia de mecanismos para monitorear y evaluar la realización y el impacto de los programas y servicios ofrecidos por las instituciones ejecutoras de política pública, en la calidad de vida de los adultos mayores.

A la vez se identificó que todos los ejes de acción de estas 4 instituciones están orientados directamente a solventar las demandas de la población adulta. No se encontró ningún plan

o política, sugerida o llevada a cabo, con el propósito cubrir las necesidades de los cuidadores familiares de las personas mayores integrándolos, al mismo tiempo, a los procesos de participación para la formulación de políticas. Esto sugiere que desde el Estado, la situación de bienestar de los adultos mayores tiene que ver solamente con sus requerimientos particulares, mientras se suprime la influencia de las redes sociales ofrecidas a nivel familiar, que también concentran gran parte de las respuestas a la situación de salud y bienestar de este grupo etario.

3 LAS FAMILIAS AL CUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES

Diego es un joven de dieciocho años que vive al cuidado de su abuelita Clementina, una adulta mayor de ochenta y tres años. Él la llama “mami” y la considera “una pieza fundamental de su vida” a pesar de no compartir con ella ningún lazo genético. Resulta que Clementina decidió hacerse responsable de Diego, luego de que la pareja del hijo de ella, la madre de Diego, se lo solicitara. Clementina garantizaría la vivienda, la educación y la alimentación para el joven y su mamá se haría cargo de la parte económica. En una entrevista, Diego señaló que la relación con su abuelita “nace de ese momento en el que yo necesitaba a alguien que me cuide, que me ayude a crecer, que sea como mi madre y mi padre. Y ella también necesitaba de una persona que entre a su vida porque se había quedado viuda. Entonces los dos nos acoplamos” (Diego Moreno, 03 de julio 2016). Es así como por más de ocho años, ambos han vivido juntos. Fue Clementina quien ayudó a Diego a demandar a su mamá por no cumplir con las pensiones alimenticias que había prometido a su hijo y ha sido Diego, quien ha tenido que hacer de frente a los “celos” de los otros hijos de su abuelita en las contextos cotidianos del cuidado de ella.

El caso de este muchacho me llevó a cuestionar y repensar los vínculos familiares y los valores afectivos, obligaciones y responsabilidades que supuestamente se forman a partir

de las relaciones biológicas entre los integrantes de una familia. El cuidado que se brindan Diego y Clementina no se subsume a las implicaciones tradicionales de las relaciones consanguíneas que compromete a los miembros de una familia a proveerse cuidados. Este caso permite entender que el rol de cuidadores se construye socialmente, y puede basarse o no en lazos biológicos. No obstante, como se analizará en esta sección, esa construcción social del cuidado ha tendido a vincular a la familia con funciones protectoras, y sobre todo a las mujeres, como las proveedoras naturales de cuidados. En este sentido, la sexualidad y el parentesco son esenciales para analizar la vinculación entre cuidado y género. La sexualidad proporciona el lenguaje de la biología para explicar las diferencias entre hombres y mujeres; el parentesco proporciona el lenguaje de la genealogía para ubicar a las personas en funciones y obligaciones diferenciadas (Comas d'Argemir, 2014). Y justamente, el papel de cuidadoras se asume por una suerte de imperativo social, oculto en la naturaleza afectiva y de actitudes recíprocas interiorizada dentro de las familias en los procesos de socialización, el cual a la vez disimula, la carencia de las posibilidades materiales y físicas para cuidar.

3.1 El parentesco y la sexualidad: lenguajes que vinculan cuidado y género

Tradicionalmente, los modelos de parentesco han utilizado “la sangre como metáfora para expresar los vínculos entre ascendientes y descendientes, que son los que se consideran más fuertes e inamovibles” (Comas D'Argemir & Roca, 1996, pág. 60). La familia en cambio “es el contexto institucional en que tales vínculos se concretan y en el que se definen derechos y obligaciones” (Comas D'Argemir & Roca, 1996, pág. 60). Sin embargo, puesto que el parentesco también ha sido definido como un sistema de significados culturales (Schneider, 1968), es importante notar que la obligación moral y el afecto, como en el caso de Diego, no siempre derivan de la reproducción sexual y la contribución de los parientes que responden a relaciones biológicas. Estos son un componente importante pero no el único, puesto que existen diferentes concepciones

culturales que intervienen para que un individuo se desarrolle y convierta en una persona socialmente completa (Kelly en Peletz, 1995). En este sentido, las relaciones sociales y las funciones que se propician en una familia, deben entenderse como una construcción social, que más allá de los vínculos consanguíneos, están dotados de significados, roles y símbolos otorgados por los propios individuos y que pueden variar en contextos específicos.

No obstante, a pesar de que las dinámicas y vínculos dentro del modelo de parentesco tradicional puedan ser concebidos, superando los límites biológicos de los lazos entre individuos, el lenguaje de la geneología si tiene efectos visibles al ubicar a las personas en posiciones y funciones diferenciadas (Comas D'Argemir & Roca, 1996). Sobre esta idea Yaganizako y Collier (1987) mostraron cómo el parentesco utiliza el lenguaje de la biología para facilitar la naturalización de roles de género. Según estas autoras, el parentesco como relación social regula la reproducción humana, distribuye a hombres y mujeres en una red genealógica con diferentes atributos, derechos y roles en tanto que padres o madres, hijos o hijas, etc. Con base en estos mismos principios “se regulan las divisiones del trabajo en la familia, así como en las formas de dar y recibir asistencia” (Comas d'Argemir, 2014).

Esta relación entre género, sexualidad y parentesco contribuye a que la división del trabajo entre hombres y mujeres se perciba como algo basado en diferencias naturales e inevitables que difícilmente pueden ser contestadas. Por ello se encuentran fuertemente arraigadas y son difíciles de contradecir (Del Valle, 2010).

La división sexual del trabajo, es desde este punto, uno de los marcos en los que se sitúa y a partir de los cuales se analiza el desarrollo de los trabajos de cuidados. Cuidar en sí, es una construcción social y está influenciada y conformada por los valores sociales, así como por las respuestas de los individuos (Bazo, 2008). Con esto en mente, y tomando en cuenta

los diferentes escenarios en el que toma lugar el proceso de cuidar, en esta investigación se utilizará la definición de Commas d'Argemir (2014) sobre el cuidado, quien lo define como “el conjunto de actividades dirigidas a proporcionar bienestar físico, psíquico y emocional a las personas. Estas actividades se realizan en unas determinadas relaciones sociales y económicas, que es donde se enmarca la división sexual del trabajo y la reproducción de desigualdades” (pág. 1). Así, el trabajo de cuidado cumple una función esencial en las economías capitalistas: la reproducción de la fuerza de trabajo. Sin esta labor cotidiana “que permite que el capital disponga todos los días de trabajadores y trabajadoras en condiciones de emplearse, el sistema simplemente no podría reproducirse” (Rodríguez C. , 2015, pág. 34). El punto es que, en el análisis económico convencional este trabajo,

se encuentra invisibilizado y, por el contrario, la oferta laboral se entiende como el resultado de una elección racional de las personas (individuos económicos) entre trabajo y ocio (no trabajo), determinada por las preferencias personales y las condiciones del mercado laboral (básicamente, el nivel de los salarios). De esta forma, no se tiene en cuenta ni el trabajo que esa fuerza laboral tiene incorporada (al estar cuidada, higienizada, alimentada, descansada), ni el trabajo del cual se la libera al eximirla de responsabilidades de cuidado de aquellos con quienes convive (Rodríguez C. , 2015, pág. 34)

La división del trabajo que se consagra en el desarrollo del capitalismo y la separación entre familia y trabajo, ha llevado a la vinculación automática de cuidado con las mujeres y la producción de mercancías a los hombres (Comas d'Argemir, 2014). La familia, “que es una construcción ideológica, se configura como una institución básica a la que se atribuye la responsabilidad del cuidado de sus miembros. Este hecho, que oculta la dimensión social del cuidado, resulta funcional para la reproducción de una sociedad desigual” (Comas d'Argemir, 2014, pág. 1). Efectivamente, en el capitalismo quienes por distintas razones no pueden trabajar o que carecen de ingresos suficientes tienen en la familia una malla de protección social que permite su acceso a recursos y cuidados necesarios para sobrevivir (Comas d'Argemir, 2014). Con esto, “se privatiza de hecho la reproducción social, que se

restringe a la familia y se asienta en el trabajo no remunerado de las mujeres” (Comas d’Argemir, 2014, pág. 1) . Es así como se naturaliza el papel de la familia y de las mujeres frente a los cuidados. Esta asociación entre familia, mujeres y cuidados se da en el marco de una determinada estructura capitalista que da lugar a la dinámica antónima entre producción y reproducción.

Volteando entonces la mirada al cuidado familiar de un adulto mayor, como lo afirma la teoría antropológica, en el trabajo etnográfico fue sencillo percatarse de que son las mujeres las que asumen ciertos papeles fundamentales para atender al familiar de edad avanzada. A través de los testimonios se detectó que, a pesar de que las familias estén conformadas por una diversidad genérica, la constante estructura social ha facultado que hombres y mujeres internalicen los papeles que parecerían asignados naturalmente.

De esta forma, los testimonios de los entrevistados dan cuenta de la reproducción sexista de tareas para atender las necesidades del adulto mayor. Esto no significa que todas las mujeres se dedican únicamente a actividades domésticas para la atención de su familiar de edad avanzada. Contrario a eso, las mujeres aparecen con roles diversos que incluyen actividades en ambas esferas sociales: pública y privada. Sin embargo, las actividades que realizan en relación exclusiva al cuidado de su familiar adulto, son las que responden a una estructura eminentemente patriarcal. Una muestra de ello es el denominador común en todos los testimonios de los entrevistados: siempre es una hija la que vive cerca o con el adulto de edad avanzada. Muchos entrevistados perciben la situación como una coincidencia que finalmente es beneficiosa para todos, porque es esta hija quien vela por su madre o padre adulto de manera permanente. Sobre ella recaen los esfuerzos inmediatos para superar contratiempos, solventar gastos urgentes o prestar apoyo y atención en cualquier circunstancia. A pesar que se insista en que la participación integral de toda la familia, son estas hijas las que permanentemente están “más disponibles” para cuidar.

A la par, cuando los hijos y nietos de un adulto mayor establecen los criterios para los roles que cada uno tendrá en el cuidado, actividades como preparar la comida, comprar los medicamentos, acompañar al doctor, etc. son ejecutadas generalmente por hombres y mujeres sin inconvenientes. Sin embargo, cuando se tienen que delegar actividades más específicas como: cambiar pañales, asistir al adulto en el baño o en la ducha, cambiarle de ropa, etc. se despliegan una serie de tensiones que finalmente desembocan en un resultado absolutamente esperado: son las hijas, las nietas o incluso las nueras quienes “por tratarse de cuestiones más íntimas”, están o deberían estar más prestas a colaborar. Martha trasluce esta situación así:

 Todos los hijos, de una u otra manera estamos pendientes. Participamos en el cuidado de ella. Tenemos un hermano mayor que de alguna manera si colabora. Somos tres mujeres y un hombre, y las funciones están distribuidas según nuestra disponibilidad. Yo personalmente no he pensado en la opción de que mi hermano le cambie de pañal o le haga la comida. Pienso que esa labor es de una mujer. Incluso hay más confianza. Hay ese acercamiento más entre madre e hija. (Martha Medina, 07 de junio 2016).

Como se puede apreciar, Martha distingue entre las labores propias de mujeres y propias de hombres. Cambiar el pañal o preparar la comida, no es una labor propia de un hombre, según la distribución de responsabilidades asignadas en lenguaje del parentesco y de la distribución sexual de roles entre los hermanos de Martha. De ahí que, la feminización del cuidado se asienta en la idea de la sexualidad que vincula la biología con la capacidad de cuidar, y se fundamenta en la idea de que el papel de las mujeres en la reproducción de la vida y en las primeras etapas de la crianza les dota de un instinto y capacidad especial para ocuparse de los cuidados (Ortner y Whitehead, 1981).

En ese sentido, la distribución del tiempo entre las labores domésticas cotidianas y las del cuidado de adulto mayor, son percibidas como un acto de “sacrificio” de la pariente mujer abnegada, porque involucra la organización de su tiempo, reduciendo o eliminando otras actividades (descanso, ocio, formación). Como se mencionó antes, estas decisiones son vistas como elecciones racionales, que invisibilizan el tiempo y las responsabilidades de

las que son exonerados el resto de integrantes de la familia. El testimonio de Estefanía, refleja sobre esto, cierta inconformidad con el hecho de que sus hermanos no tomen conciencia sobre sus privilegios al no vivir y cuidar constantemente de su mamá:

La que está cuidando del adulto mayor hace que los demás tengan otro tipo de vida, les facilita las cosas. Ellos (sus hermanos) tienen más tiempo libre, no tienen que salir preocupados porque le dejan solita a mamá un rato. Tampoco tienen que lidiar con el carácter difícil de ella. Pasan tranquilos porque saben que mamá siempre está cuidada (Estefanía, 07 de julio 2016)

Atendiendo a lo anterior, los testimonios obtenidos en el trabajo de campo también dan una visión concreta sobre los roles de hombres al hablar de cuidado. Ellos generalmente efectúan las actividades que tienen que ver con la esfera pública (y que aumentan de por sí, la carga que sus parientes mujeres tienen dentro de casa): acompañar al adulto mayor a hacer trámites en la calle, comprar medicinas, conducir al médico, o colaborar con su parte mensual de la cobertura de necesidades para el familiar mayor. Consuelo en su testimonio menciona por ejemplo:

Cuando hospitalizaron a mi papá nos quedamos mis hermanos y yo. Yo diría más bien más a cargo mi hermana y yo. Porque obviamente había que quedarse en la noche y nosotros estábamos trabajando y todo. Y me acuerdo que estábamos en un café planificando cómo íbamos a hacer. Mi hermana y yo decíamos: tal día usted, tal día usted. Luego le preguntamos a mi hermano (aunque ya sabíamos que no se iba a quedar), ¿Andrés tu cuando te vas a quedar? Y mi cuñada dice: no le digas nada al Andrés porque él trabaja. Yo realmente me indigné. (Consuelo, 20 de julio 2016).

Tal cual lo ilustra este testimonio, las responsabilidades de Consuelo y su hermana no fueron objeto de negociación, como si pasó con su hermano. De modo que, en un ámbito en el que las relaciones entre los miembros están fuertemente marcadas por el afecto, el hecho de asumir o no las tareas del cuidado entra en resonancia con lo que se puede considerar como un “compromiso moral” socialmente determinado. En palabras de Valderrama (2006) este es un “<<compromiso implícito>> que la sociedad deposita en las mujeres para que las asuman” (pág. 7). En virtud de ello, es imposible separar de esta responsabilidad a la posible sanción afectiva o social que podría generarse en el caso de

que el compromiso impuesto no se efectúe o se lleve a cabo de una forma contraria a la estipulada por la unidad familiar. “Esto plantea interrogantes sobre su hipotética voluntariedad respecto de la asunción de esta tarea” (Valderrama, 2006, pág. 7). Justamente, esa coerción moral no suele percibirse, debido a la forma en la que ha sido internalizada en las interacciones cotidianas. Y todavía la familia continúa transmitiendo esos valores a las generaciones jóvenes.

3.2 La familia cuidadora como fuente de reciprocidad y afecto pero no siempre de capacidades y recursos

La sutil imposición familiar y el imperativo social que asigna las tareas del cuidado mencionadas con antelación, está muy relacionada con las motivaciones que encuentran las familias para cuidar a sus adultos mayores. Casi todos los entrevistados, coincidieron en que cuidar a su familiar adulto mayor es el mayor gesto de gratitud que pueden tener con esta persona. Por ejemplo Paulina expresó alrededor de esto: “Mi madre es un ejemplo, yo le agradezco mucho por lo que ella fue, pero cuando comenzó con el Parkinson empezó a perder el habla y el movimiento. Por eso así como ella me cuidó yo le estoy cuidando, así como ella me cambió de pañal, ahora lo hago yo. Por decir así, la tortilla se viró” (Paulina Páez, 03 de julio 2016). Como lo trasluce la experiencia de esta colaboradora, devolver en cierta medida, lo que la persona de edad avanzada hizo por sus hijos, es el factor central que mueve a las personas a demostrar a través del cuidado, la retribución que el familiar adulto mayor merece. Esta especie de deuda entre el flujo de cuidados entre padres a hijos y a la inversa, que no se paga de forma inmediata, sino que está diferida en el tiempo, tiene que ver con la obligación moral que guía la ética del cuidado (Comas d’Argemir, 2014). La moral consiste en cumplir nuestras obligaciones con los demás (Comas d’Argemir, 2014), por tanto el pago de la deuda de hijos a padres se compensa idealmente con la misma calidad de cuidados que éstos recibieron. La deuda “es hija de la reciprocidad, del

intercambio basado en la equivalencia, y la reciprocidad implica el regalo, la donación gratuita y generosa” (Comas d’Argemir, 2014, pág. 1).

Sobre este asunto, Mauss (1923) añade otras dimensiones. El autor advierte que la prestación de dones aparentemente voluntaria, gratuita y libre, se sostiene en tres tipos de obligaciones: la de dar, la de recibir y la de devolver. Por eso, para que estas obligaciones tengan lugar, el intercambio de dones ha de darse entre iguales. Sahlins (1977) se refiere al concepto de intercambio de Mauss a través del término reciprocidad. Este autor encuentra que cerca al polo de los deberes del parentesco se encuentra la reciprocidad generalizada, basada en transacciones cuya expectativa de retribución es explícita e indefinida. Por lo general, sucede que el tiempo y el valor de la reciprocidad no sólo dependen de lo que el dador ha entregado, sino también de lo que éste pueda necesitar y del momento en que lo necesite, y del mismo modo de lo que el receptor puede pagar y cuándo puede hacerlo.

Atendiendo a lo anterior en testimonios como los de Carmen, quien expresó que “un abuelito o una abuelita es una persona que dio su vida por cuidar a sus hijos y a sus nietos, y lo mínimo que podemos hacer por ellos como familia, es darles una vida digna, una vida en la que se respeten sus derechos, una vida en la que sean valorados, escuchados y atendidos” (Carmen Molineros, 13 de junio 2016), demuestran que el don es una cuestión que responde a relaciones interpersonales y que está apartada de intercambios que en el entorno familiar, buscan beneficios económicos. Los colaboradores, como Carmen, cuidan a sus adultos mayores porque sienten que deben ser recíprocos con ellos. Concebir a sus familiares de edad avanzada como medios al servicio de sus propios fines no es en absoluto una opción en la transacción de atenciones. De modo que “el don se basa en una ética y en una lógica que no son ni las del mercado ni las del beneficio” (Godelier, 1998, pág. 291). Esta manera de materializar los vínculos afectivos a través de relaciones de intercambio es el poder del don. No obstante, estas transacciones alejadas del cálculo,

esconden como se ha afirmado antes, la distribución desigual de tareas entre hombres y mujeres en medio de esas prestaciones, que encajan en la naturalización de las unidades familiares como las únicas “dadoras” de cuidado.

Uno de los principales argumentos emitidos desde los propios cuidadores familiares para validar la opción del espacio familiar como el más óptimo para brindar asistencia y cuidados se enmarca en la fuente de amor y cariño que otorga la familia y que es difícilmente reemplazable por otros ámbitos de la sociedad. Por eso, el hecho de que los cuidados brindados por la familia se hallen impregnados de afecto, que surge de un sentido de obligación moral, los establece como la opción más legítima por sobre otras fuentes de atención al adulto mayor. El testimonio de Israel, sirve para ejemplificar esta idea:

Muchos ancianitos que están en los asilos les cuidan y tienen la mejor atención del mundo pero si no les ven a sus hijos se van a sentir muy mal. Pueden tener la mejor atención, la mejor medicina pero si no tienen afecto se van a sentir mal. Entonces la mejor medicina para cualquier adulto mayor, tenga la enfermedad que tenga es estar con los hijos, es verse amados por todos (Israel Rosero, 03 de julio 2016).

Consecuentemente, el trabajo etnográfico demostró que el amor y el afecto aparecen como imaginarios sociales que se vinculan de forma automática a las nociones de familia. No obstante casos excepcionales como el de María traslucen que aunque la solidaridad intergeneracional pueda presentarse, esta no libera de tensiones y conflictos al espacio familiar. La infancia y juventud de María estuvo marcada por los constantes abusos y maltratos que recibió de su padre. En la actualidad, él tiene aproximadamente 75 años y luego de haber sufrido un infarto cerebral que ha complicado su intolerante carácter, esta mujer y sus dos hermanas han tenido que asumir la responsabilidad de su cuidado. A ellas solo las ha movido la obligación de hacerse responsables por “un ser humano” que ha sido rechazado en centros gerontológicos privados, debido a su complicada personalidad. María describe su experiencia de la siguiente manera:

Yo le lavo la ropa a mi papá, le baño. Estoy a diario con él. Pero para decir que yo siento cariño hacia él, la verdad no. Para mí, es un ser humano al que le tengo que cuidar, mi

mamá me dejó de herencia eso. Yo siento que como cristiana, como ser humano tengo que estar ahí cuidándole y nada más. De repente me da pena y digo bueno Señor ya que me diste esta cruz, apiádate de él. (María Cabezas, 03 de julio 2016).

Como la entrevistada lo demuestra, aunque se dé por sentado que en las relaciones familiares se da y recibe amor, los desazones, las pugnas y hostilidades que se originan de acercamientos violentos, demuestran que las fronteras entre el afecto y las expresiones de dolor y resentimiento son muy frágiles y tienden a instrumentalizar la manera en la que se brinda cuidado. Por eso, las hermanas de María han distribuido sus tareas en diferentes periodos del día y la semana, de modo que ninguna tiene que pasar con su papá más de 24 horas. Situación que aliviana la tensión pre-existente entre ellos. Considerando esto y resaltando la necesidad de explorar por qué las personas se sienten implicadas en dar respuesta a las demandas de los demás, como lo señala Scheper-Hughes (1992) es necesario “sobrepasar las distinciones entre afectos naturales y socializados, entre sentimientos profundos (privados) y superficiales (públicos), entre expresiones conscientes e inconscientes de las emociones” (pág. 341).

Por eso, regresando al tema de la naturalización de las mujeres como cuidadoras, en palabras de Esteban (2011) parece fundamental “desenmascarar esa asociación que se establece entre emociones y amor, por un lado, y asignación a las mujeres del trabajo de cuidar, basada en el hecho de que sean consideradas seres emocionales en mayor medida que los hombres” (pág. 70). Si el mejor cuidado, se piensa, es el mediado por los sentimientos, y las mujeres son definidas como las guardianas de los afectos, es lógico que sean ellas las que cuiden (Esteban, 2011).

Por ello es claro que, desnaturalizar a la familia como proveedora de afecto y a la mujer como la dadora fundamental de cuidado, implica también la ruptura de la acepción de los cuidados donde la emoción, el amor y los sentimientos son lo único que cuenta para brindar una atención de calidad al adulto mayor. Esta idealización del trabajo de cuidado

oculta las disputas que surgen entre los diferentes integrantes de las familias que responden en un primer plano a sus intereses y disponibilidad para cuidar. Por eso es urgente analizar cómo influyen el afecto y la obligación moral sobre todo en la agencia de las mujeres, y si la elección a favor de cuidar es una constante absoluta. La voluntad para cuidar a una persona de edad avanzada está subsumida a los patrones de género, a un sistema económico e incluso a las decisiones políticas en juego.

En correspondencia con el punto anterior, fue factible notar en los testimonios de los familiares cuidadores, la manera en que a pesar de resaltar la importancia del cariño como la distinción principal del trabajo de cuidado que puede proporcionar una familia, al mismo tiempo, muchas personas manejaban un discurso contrario que tenía que ver con la impotencia de no poder responder a ciertas necesidades o dificultades que surgían en la habitualidad del cuidado. Estos momentos de tensión dieron cuenta de que el atender con amor no es suficiente, porque también es indispensable contar con ciertas capacidades y recursos que no se aprenden fácilmente y a los que no se puede acceder por su costo o escasa disponibilidad. El caso de Elza, es un reflejo de esta situación. Ella vive con su mamá, Rosario, hace aproximadamente siete años. Hace tres años Rosario sufrió una fractura en su pierna derecha que le impide caminar, lo cual cambió rotundamente la vida de ella y la de los familiares a su cuidado. Elza, relata que al inicio de la etapa de dependencia de Rosario, brindarle cuidados era una tarea titánica:

Cuando mamá salió de la clínica luego de la operación de su pierna, nadie se imaginó lo que sería al llevarle a la casa. Yo tenía una persona que le cuidaba de lunes a viernes, pero sábado y domingo me dejaron a mi solita. En ese tiempo era súper complicado virarle a mi mamá. Yo ahí le llamaba al doctor y le decía qué hago con mi mamá, yo estoy solita. Yo no le podía mover y ella tenía que hacer rehabilitación. También había que hacerle rodar para cambiar la sábana. Yo ahora he aprendido mucho pero en ese entonces no sabía nada. Yo realmente me ponía a llorar. (Elza Vivar, 08 de junio de 2016).

Frenta a esta compleja situación Elza optó por contratar a una persona que asista los fines de semana a hacer la rutina habitual de limpieza a Rosario. La colaboradora admite que sin

la ayuda de terceros hubiese sido imposible atender de forma adecuada a su mamá, porque nunca tuvo una fuente de aprendizaje confiable sobre cómo proceder en ciertas circunstancias. Sin embargo, otros entrevistados no contaron con la misma capacidad de Elza para invertir recursos en cuidados profesionales externos. Ese es el caso de Paulina. Ella recibe un sueldo por parte de todos sus hermanos a cambio de ejercer los trabajos de cuidados permanentes para su madre que padece de Parkinson. Paulina no cuenta con ninguna formación en cuidados a largo plazo; sin embargo ella afirma que “cuando vamos al hospital ahí me decían que debo cambiarle de posición a mi mamá cada dos horas y que el aseo es fundamental por las escaras”. A parte de estos consejos, ella no ha recibido otro tipo de enseñanza para atender la condición de su mamá. Según Paulina, “con amor aprendí para poder ayudar a mi mamá” (Paulina Páez, 03 de julio 2016).

Ahora bien, cabe notar que no solo son habilidades para solventar las demandas físicas de ciertos adultos mayores que necesitan cuidados a largo plazo. Para aquellos que sufren algún tipo de demencia, los cuidadores familiares deben también contar con cierta experticia a fin de responder a los síntomas de estos padecimientos. Para ejemplificar esta situación me permito describir la experiencia de mi familia durante los dos años que cuidamos a mi abuela, Flor, quien padece de demencia senil severa. Con el paso del tiempo, en ella se acentuaban los episodios de confusión y falta de lucidez. Eso la conducía a buscar constantemente maneras para escaparse de mi casa. Estos momentos fueron realmente desesperantes, y nos llevaron incluso a demostrar dureza y enojo con ella. Como a muchas personas que sufren demencia senil, una táctica que implementamos, fue recurrir al engaño o “la idea de seguir la corriente” a las aparentes sinrazones que producía la mente de Flor. Esto lo resumo en el siguiente pasaje recuperado de mi diario de campo:

Esta tarde mi abuelita casi logra escaparse de mi casa. Por suerte nos dimos cuenta y la detuvimos cuando estaba abriendo la puerta del jardín, de la cual ella se aferró por casi una hora. Después de agotar todas los engaños, con mi mami decidimos prácticamente sujetar a mi abuela y obligarla a entrar. Mientras hacíamos eso ella gritaba y pateaba con todas sus fuerzas. Cuando ya estuvo dentro de casa continuaba gritando. Después de otra hora logró

calmarse. Durante todo ese tiempo no supimos que hacer para aliviarla (Patricia Celi, 25 de junio 2016).

Como lo traslucen estas experiencias, contar con voluntad y una buena predisposición para el cuidado no equivale a tener las competencias y recursos suficientes para que la atención se brinde con calidad. Ninguna de los integrantes familiares entrevistados mencionó que sabía de algún espacio en el que podían capacitarse en asuntos del cuidado. Para las personas que cuentan con ciertas ventajas y pueden invertir en servicios de atención externa la situación se torna más fácil. Pero para quienes no pueden hacer lo mismo es la experiencia del día a día lo que otorga cierta seguridad sobre la forma en la que se cuida. Sin embargo, las recomendaciones de los centros de salud o las sugerencias encontradas en fuentes bibliográficas o de internet no son suficientes. Ciertamente, la sensación de inoperancia o inutilidad de muchos cuidadores familiares, corresponde a la falta de asesoramiento disponible y especializado que garantice en cierta forma la prevención de otros padecimientos o el no agravamiento de uno ya existente en el adulto mayor.

Algo parecido sucede al abordar el tema de los recursos necesarios para atender al familiar adulto. Entre los colaboradores del estudio, fue posible encontrar diferencias marcadas en torno al acceso a recursos que permite a las familias mejorar en cierto modo, la calidad de vida de sus parientes mayores.

Por ejemplo, Sonia en su testimonio comentó que su mamá, Celia de 86 años, sufre de fibrosis pulmonar. Para su cuidado los 13 hermanos de Sonia invierten \$300 mensuales cada uno para cubrir: médicos a domicilio, dos empleadas domésticas, vitaminas, medicamentos, oxígeno, radiografías y electrocardiogramas, un colchón para facilitar la respiración, almohadones para evitar caídas desde la cama, la construcción de un baño dentro de la habitación de Celia, y una cámara instalada en ese mismo espacio para vigilar su respiración cuando duerme. Como se ha evidenciado, la ventajosa situación económica

de la familia de Celia, ha facilitado en gran medida, que la fibrosis pulmonar que la afecta no le haya ocasionado daños irreversibles. En cambio, los adultos mayores que van acompañados de algún integrante de su familia al centro de atención hospitalaria del seguro social IESS, ubicado en el barrio Batán de Quito, se insertan en un contexto totalmente diferente. Según las conclusiones de los momentos de observación participante que realicé en este lugar, no se puede afirmar categóricamente que reciben una atención deficiente, pero el proceso en general para recuperarse de una afección física puede implicar meses, si no es considerada grave. Así, todo el esfuerzo que implica el traslado, muchas veces en transportes no funcionales para alguna condición de salud, el tiempo de espera, las filas para acceder a la farmacia, la falta de información clara, etc.; conforman la serie de trámites previos y posteriores a la atención médica que un adulto mayor afiliado al seguro social debe soportar. Esta situación se complica aún más con las personas que no están afiliadas a este tipo de seguridad. Por ejemplo José María, el papá de Marianita de quien ya se habló antes en esta sección, solo cuenta con la pensión de \$50 para adultos mayores del MIES. De los 10 hermanos de Marianita, solo 2 mujeres le colaboran económicamente. Las condiciones se complican porque ella no trabaja y el único ingreso estable para su hogar es el de su esposo e hijo. Por todo lo dicho, Marianita ha optado por visitar a un doctor de su barrio cuando José María presenta alguna molestia en su salud. Ella lo lleva al consultorio en una vieja silla de ruedas. Como Marianita lo señala “el doctor solo le pone una inyección y con eso temporalmente le alivia. Pero él sigue con el dolor de su cuerpo. El doctor dice que como mi papá es viejito ya nada le hace efecto” (Marianita Salcedo 03 de julio 2016). Como se puede notar, las circunstancias en las José María es atendido, y las de otros pacientes adultos mayores que deben pasar, la mayoría de veces por largos y complejos procedimientos en los centros de atención públicos, difícilmente pueden compararse con el nivel de comodidad ofrecido por todos los

implementos y asesorías médicas que puede financiar una familia con ingresos económicos elevados.

De tal manera, estos testimonios demuestran una correlación entre el acceso a recursos económicos y el alcance de mejores niveles de vida para el adulto mayor. Parecería en este sentido obvio pensar que mayores ventajas en el acceso a servicios e instrumentos de salud por ejemplo, desembocarán en mayores beneficios que elevarán la calidad de vida del familiar adulto. Ahora bien, esta conclusión aparentemente evidente, debe considerar otros factores que particularmente en la adultez mayor impiden una asociación directa entre clase social elevada y mejor estado de salud. En la vejez esta equivalencia no es proporcional. Pensando en la vida como un contínuum, el estado de salud del familiar adulto estará mediado además, por su historial físico anterior. La falta de fortalecimiento de capacidades y alternativas, y las desventajas percibidas a lo largo del ciclo de vida, se acentúan en la adultez mayor incrementando los niveles de vulnerabilidad social en esta etapa del desarrollo humano.

4 LA PRÁCTICA DE LA CORRESPONSABILIDAD: ¿EL RÉGIMEN DE BIENESTAR EN ECUADOR FAMILIARIZA O DESFAMILIARIZA EL CUIDADO A LA POBLACIÓN ADULTA?

En el Ecuador, el principio de corresponsabilidad se encuentra instaurado en la Constitución del 2008 y en el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013. El numeral 5 del artículo 83 de la Constitución dispone la responsabilidad de “respetar los derechos humanos y luchar por su cumplimiento”, con lo que marca la corresponsabilidad de la sociedad y el Estado en el ejercicio de los derechos. Paralelamente, la Carta Magna establece en varios artículos la corresponsabilidad de la ciudadanía, entre hombres y

mujeres (Art. 333) y entre madre y padre (Art. 69), en diversos ámbitos (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2008).

Por su parte, dentro de los ejes estratégicos del Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013, se ha señalado que se garantizará “la atención especializada durante el ciclo de vida a personas y grupos de atención prioritaria, en todo el territorio nacional, con corresponsabilidad entre el Estado, la sociedad y la familia” (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2009). En la Agenda para la Igualdad Intergeneracional 2013-2017 del CNII, se dice sobre este principio que “el país procura colocar a la sociedad como uno de los ejes de la organización nacional, promoviendo un alto protagonismo en la generación de las normas, valores y principios que rigen la vida de la comunidad política” (Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia, 2013).

Precisamente, ese es el discurso que las otras instituciones que velan por los derechos de los adultos mayores examinadas en este trabajo, manejan sobre la práctica corresponsable de la garantía de bienestar para este grupo etario, entre el Estado y las familias. En el horizonte de elevar el “protagonismo” de la sociedad en la resolución de los problemas sobre los derechos de las personas de edad, desde el Estado se ha legitimado las construcciones sociales tradicionales sobre las responsabilidades sustanciales de las familias y particularmente de sus integrantes mujeres, sobre todo en lo que tiene que ver con la provisión de cuidados. Es así como el régimen de bienestar ecuatoriano encuentra en las familias los espacios centrales de atención a las personas de edad avanzada. Por eso, para el Estado no es legalmente válido ni moralmente aceptable que los cuidadores familiares abandonen su máxima responsabilidad con las personas mayores. Incluso, estas representaciones sobre los roles familiares no han sido resistidas por las personas, porque desde las mismas familias dichas funciones se asumen bajo la sombra de la sanción social.

Con la atención puesta en estas presunciones, y tomando en cuenta, tal como se analizó en la sección anterior, que las necesidades de cuidado como las responsabilidades de brindar cuidados son ideológica y socialmente construidas y que no hay nada de natural en ellas y por tanto son cambiantes y dinámicas (Esquivel, 2011), ¿ es posible afirmar que el hecho de que el Estado ratifique la visión del cuidado del adulto mayor como una labor exclusivamente doméstica constituye una práctica corresponsable con las familias? ¿El Estado entonces debe exigir a los hijos o parientes de adultos mayores que se hagan cargo de su atención a pesar de que éstos no cuenten con los suficientes recursos o capacidades? ¿Cómo se garantizan integralmente los derechos de los adultos mayores si el tema del cuidado no aparece como un deber público antes que como una tarea privada?

En el horizonte de dar ciertas luces sobre las interrogantes anteriores, esta sección explora la familiarización del cuidado en la distribución desigual de roles, entre Estado y familia y entre hombres y mujeres dentro de las hogares, en la práctica corresponsable del aseguramiento de bienestar para la población mayor. La evidencia etnográfica ha permitido advertir, que el cuidado no es visto como un derecho humano en el que todos nos vemos involucrados de formas distintas (ya sea como receptores o proveedores del mismo) y que se puede intensificar en ciertas edades, como la adultez mayor. Al contrario, es entendido como una labor propia de ciertas esferas, cuya ausencia es la única razón para brindar ciertas asistencias, que poco o nada representan la diversidad de condiciones en las que se envejece y en las que se necesita atenciones específicas.

4.1 Las familias vistas desde el Estado como cuidadoras por naturaleza

Marianita Salcedo, una de las mujeres cuidadoras que colaboró conmigo en este trabajo, tiene 64 años. Según la Constitución ecuatoriana, a ella le falta solamente un año para convertirse en una adulta mayor. Incluso Marianita asiste al programa para personas mayores “60 y Piquito” de su parroquia. A diferencia de otras personas en las que

físicamente la llegada de la vejez es casi imperceptible, en ella el paso de los años se ha vuelto evidente, sobre todo porque su estado físico se ha visto agravado por las secuelas que implican en su cuerpo, las tareas del cuidado de su papá, José María, que tiene 89 años. Con referencia a esto, Marianita contó que “tengo artrosis, y sin embargo así le cuido. Pero cuando estoy mal si me hace sufrir, yo lloro y todo porque no le avanzo. A veces la enfermedad me hace sentir cansada, porque cuando se me inflaman las articulaciones yo me canso” (Marianita Salcedo, 03 de julio 2016).

Cuando la enfermedad de Marianita se complica, ella descansa y su esposo o hijo intervienen para cuidar a José María. En estos mismos momentos, ellos la atienden y acompañan a los servicios médicos que requiere. Como es factible notar aquí, la frontera que separa a la entrevistada entre su papel como cuidadora y su condición de receptora de cuidado es sumamente frágil. Su caso ilustra la complejidad de la definición estática de dependencia y autonomía en una relación de emisión y recepción de cuidados.

En efecto, es imposible clasificar a una persona como dependiente o independiente por su edad, y por su capacidad y predisposición para otorgar cuidado a los demás. Bajo esta premisa, recibir cuidado tampoco tendría que oponerse a la independencia o realización personal. Se trata pues de concebir el cuidado como parte de los vínculos cotidianos y asumir la vulnerabilidad y la dependencia de todas y todos como elementos constitutivos de la existencia y experiencia humana (Pérez & López, 2011).

El cuidado deja entonces de ser percibido como una actividad unidireccional, donde un cuidador “activo” independiente hace algo por un receptor “pasivo” dependiente y se presenta como una actividad que necesita de relaciones entre más de dos individuos (Cerri & Alamillo-Martínez, 2012). Así, como lo dicen Paperman & Laugier, 2011, citados por Cerri & Alamillo-Martínez (2012):

comprender la importancia del cuidado para la vida humana supone reconocer de manera más «realista», que la dependencia y la vulnerabilidad no son unos accidentes que se

presentan en el camino y que les llegan solo a los «otros», cualquiera esos sean: son rasgos característicos de la condición de todo el mundo, aunque los más favorecidos tienen la capacidad de atenuar o negar su intensidad (pág. 11).

A partir de lo anterior, el comprender que no es la concepción dualista e inflexible sobre cuidador autónomo y receptor de cuidados dependiente, sino la interdependencia lo que caracteriza las mutuas y constantes relaciones de cuidados de las personas; permite ampliar la mirada sobre las esferas en las que se sitúan el trabajo de cuidado así como los actores que intervienen en el mismo. Para Comas d'Argemir (2014) “se trata de considerar el cuidado como una forma de reciprocidad generalizada, como una deuda moral, no solo entre generaciones, sino entre todos los componentes de la sociedad” (pág. 1). Esta perspectiva “obliga a cambiar también las formas de acercarse al cuidado y enfocarlo no solo como actividades que hay que hacer sino también como un conjunto de necesidades que hay que satisfacer” (pág. 1).

Ahora bien, la forma en la que socialmente se asigna y se organizan roles para de las personas puede pensarse a través del concepto de organización social del cuidado. Éste se refiere “a la manera en que, de forma “interrelacionada, las familias, el Estado, el mercado y las organizaciones comunitarias producen y distribuyen cuidado” (Rodríguez C. , 2015, pág. 40). La noción de organización social del cuidado se emparenta con la de “diamante de cuidado” (Razavi, 2007) como representación de la arquitectura a través de la cual se provee el cuidado. El diamante de cuidado indica la estructura a través de la cual se proporciona atención e incluye a los cuatro actores mencionados anteriormente. Aunque hay importantes diferencias entre estos ámbitos, las relaciones que se establecen entre ellos puede producir su superposición (Razavi, 2007). Por tanto, la idea de diamante de cuidado implica entender que las cuatro instituciones involucradas en el aprovisionamiento de los cuidados interactúan de maneras complejas, que las fronteras entre ellas no son nítidas ni inamovibles y que su trabajo no se produce de manera aislada (Razavi, 2007).

Como consecuencia de lo anterior, Rodríguez (2015) sugiere hablar de “redes de cuidado” para aludir a los encadenamientos múltiples y no lineales que se dan entre los actores que participan en el cuidado, los contextos en los que se produce y las interrelaciones que establecen entre sí, y que inciden en lo densa o débil que resulta la red de cuidados. Las redes de cuidado “las conforman las personas que dan cuidado y las que lo reciben así como los actores institucionales, los marcos normativos y las regulaciones, la participación mercantil y también la comunitaria” (Rodríguez C. , 2015, pág. 41) .

Tal cual lo señala Rodríguez (2015), la evidencia existente demuestra que la organización social del cuidado, en su conformación actual en América Latina en general, es injusta, porque las responsabilidades de cuidado se encuentran desigualmente distribuidas en dos escalas diferentes. Por un lado, hay una distribución desigual de las responsabilidades de cuidado entre hogares, Estado, mercado y organizaciones comunitarias. Por otro lado, la desigualdad en la distribución de roles también está presente entre hombres y mujeres. En síntesis, la evidencia como lo advierte Rodríguez (2015) muestra que el trabajo de cuidado es asumido mayormente por mujeres, concentrándose particularmente dentro de los hogares.

Varios factores, analizados en las secciones anteriores de este trabajo, son los que concurren simultáneamente en esta distribución dispar. El primero tiene que ver con la división sexual del trabajo. El segundo se refiere a la vinculación de las mujeres con el cuidado y la asistencia considerada intrínseca a su propia existencia como personas, lo cual desencadena, que la familia constituya a su vez el marco natural en el que se ejerce el trabajo de cuidado (Comas D´Argemir & Roca, 1996).

El tercer factor implica entender al cuidado como “una experiencia socialmente estratificada” (Rodríguez C. , 2015). Justamente en el apartado sobre cuidadores familiares de esta investigación, se abordó cómo las familias que pertenecen a diferentes niveles

socioeconómicos cuentan con distintos grados de libertad, justificados por su acceso a recursos, para tomar decisiones sobre la forma de organizar el cuidado de sus miembros. (Rodríguez C. , 2015).

El cuarto factor resalta la forma que adopta la organización social del cuidado a la luz de los recorridos históricos de los regímenes de bienestar. Ya se había señalado que en el siglo XX, en la génesis de los Estados de bienestar, se produce el traspaso de competencias entendidas como privadas a la institución pública. Sin embargo, hoy por hoy, la familia sigue realizando una serie de funciones que aún no han sido corresponsabilizadas por Estado en la misma dimensión que otras responsabilidades. Así, cuestiones como el cuidado han sido considerada como una de las tantas funciones y servicios dispuestos por las familias, los cuales producen una particular sociedad del bienestar sobre la que se apoya el Estado de bienestar, dimensionado en función del rol asumido por los hogares (Eguren, 2001).

Justamente, todos los factores mencionados antes concurren simultáneamente en el trayecto que ha seguido en Estado ecuatoriano en su conformación como régimen de bienestar. En el país, el modo en el que desde las instituciones encargadas de formular, diseñar y ejecutar política pública se entiende los roles de la provisión de cuidados para sectores de atención prioritaria como los adultos mayores, es un indicador de cómo funciona el principio de corresponsabilidad en el ejercicio de estas funciones.

Sobre este principio, Verónica Moya, Secretaria Ejecutiva del CPD-DMQ, explica que la corresponsabilidad apunta a procurar el involucramiento de la sociedad en los procesos de desarrollo y cuidado de las personas, cuyos derechos son garantizados por el Estado. Al respecto Verónica menciona que:

Nuestra Constitución señala que el Estado es garantista de los derechos humanos. Por ejemplo si el Estado dice los adultos mayores son una población prioritaria y reconoce sus derechos tiene que garantizar que haya servicios adecuados para ellos, que si ellos no tienen familia, el Estado debe ofrecerles protección y cuidado, debe garantizar que haya medicinas, etc. Pero además, nosotros sabemos y lo dice la Constitución, que la familia es

la principal responsable del cuidado y protección de sus miembros, de la vida y del desarrollo. A falta de familia, el Estado asume esa responsabilidad. Pero mientras exista la familia, ésta es la responsable directa. Y la sociedad también está para dar sentido a la corresponsabilidad, fortaleciendo y apoyando al trabajo de la familia (Verónica Moya, 15 de julio 2016).

El testimonio de Verónica resume las representaciones que todos los funcionarios de las instituciones del Estado que colaboraron para este trabajo mantienen sobre el rol del Estado y la familia frente al cuidado de los adultos mayores. Con base en la norma constitucional, se percibe al Estado como la esfera macro que a través de la formulación de políticas públicas, de la provisión de servicios básicos, de la generación de marcos legales, etc., garantizará el bienestar de la población en lo que tiene que ver con el cumplimiento de sus derechos mínimos. El tema de brindar cuidados recae de forma fundamental y automática en el ámbito privado de la familia. Según estas autoridades, existen varias razones para considerar esta separación de funciones. La causa primordial se encuentra en la Constitución, la cual aunque no señala explícitamente que la familia es la proveedora directa de cuidados, si alude a esto cuando en el Art. 38 menciona que "la ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección." (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2008). Los otros argumentos coinciden con las motivaciones y el modo que emplearon los cuidadores familiares para describir lo que los mueve a cuidar y por qué es importante el cuidado de los adultos mayores en el hogar. Por consiguiente, temas como el afecto particular proporcionado por la familia, el cuidado como la deuda moral con los adultos mayores y cuidar como reconocimiento y gratitud al valor de las personas de edad avanzada son las causas en las que se sostiene, para los funcionarios, la representación de la familia como la institución natural de cuidados.

En concreto, Francisco Carrión, ex Secretario Técnico del CNII, advierte el papel central de la familia atendiendo a consideraciones más pragmáticas sobre las oportunidades que

están a disposición del Estado. “En el Ecuador por el gasto público que tiene que está muy lejos de otros países que pudieran tener sistemas de cuidado más robustos, se duda de la viabilidad de que el Estado se pueda hacer cargo del cuidado, es decir, de incrementar centros gerontológicos y pagar a las personas que trabajen en ellos” (Francisco Carrión, 10 junio 2016). Aun así, la percepción utilitaria para este entrevistado sobre la distribución de roles entre familia y Estado, no deja de estar impregnada de las posiciones comunes señaladas por los funcionarios, sobre la labor esencial de las familias como el ente que ampara y que se convierte en una muralla frente al abandono y la soledad, situaciones frecuentemente relacionadas a las vulnerabilidades que afectan al periodo de la vejez. Sobre esto, Francisco menciona que “no es deseable que el Estado se haga cargo del cuidado, porque la persona no debería morir aislada lejos del seno en el que compartió y sustentó en otras etapas de la vida, salvo el caso en el que no tengan referente familiar. Porque al final la privación del medio familiar podría ser una de las situaciones que hacen muy traumática la vida de los adultos mayores (Francisco Carrión, 10 junio 2016).

El punto de vista de Francisco permite entrever por ejemplo, cómo la política pública llevada a cabo por el MIES, en el que sus modalidades de atención sobre todo residenciales, si bien pretenden apoyar a los adultos mayores con menos recursos, también de cierta forma refuerzan la idea de apoyar además solo a quienes no tienen referente familiar, porque se supone que la unidad familiar existe como el núcleo insustituible de cuidado a sus miembros.

Ahora bien, a pesar de que el papel de la familia como cuidadora vital es constantemente recalado entre los funcionarios, casi ninguno reconoce o halla una respuesta concreta para dar cuenta del trabajo del Estado fortaleciendo capacidades y facilitando recursos y oportunidades para que los integrantes familiares puedan cuidar de manera eficaz y para que se reduzca, al menos, la carga de trabajo destinada en este sentido a la mujeres en el

ámbito doméstico. Según Acosta (2013) incorporar los cuidados como una responsabilidad social compartida produce beneficios generalizados. La consecuencia de ello son las políticas de cuidado o las políticas de conciliación con corresponsabilidad social, un paraguas que engloba acciones diversas que de una u otra forma impactan en la distribución del trabajo no remunerado. Se trata de “acciones orientadas a compatibilizar la vida laboral, personal y familiar al tiempo que se busca proteger los derechos de quienes necesitan de cuidado” (Acosta, 2013, pág. 16) . Así, dentro del esquema del diamante de cuidado, “el Estado es un actor muy importante en la distribución de roles y responsabilidades, por cuanto el peso que este tenga en la provisión de cuidado determinará la carga que se delega al resto de los proveedores de cuidados” (Acosta, 2013, pág. 17). No obstante, los testimonios reflejan una reducida intervención estatal, que más allá de sus funciones directas con los titulares de derechos como las personas de edad avanzada; no ha apoyado el trabajo de los actores familiares. Al fin y al cabo, estas intervenciones podrían ser consideradas como otro de los caminos para asegurar los derechos de la población de atención prioritaria, pero, a pesar de ello, son muy escasas.

En efecto, aunque se reconoce las dificultades siempre presentes en las tareas de cuidados a adultos mayores dentro de las familias, más allá del “Manual para cuidadores de la persona Adulta Mayor dependiente” elaborado por el MSP en el 2011, pero muy poco difundido entre la población (ninguno de los entrevistados aseveró conocer de su existencia), no existe una política o instrumento contundente para simplificar estos problemas y apoyar el trabajo familiar de cuidado. Más bien, parece que se ha construido una sensación de idealización del trabajo familiar, que llega a considerar a los hogares como los portadores de la suficiente autonomía y capacidad para resolver cuestiones como la calidad de la atención al adulto mayor. Por ejemplo, Yolanda Arias, funcionaria de la Dirección de la Población Mayor del MIES, encuentra que si es la familia quien debe velar

por el adulto mayor, es ésta quien debe buscar por sus propios medios, los mecanismos para asegurar su bienestar. Por eso, Yolanda explica que:

Lo que necesitaría la familia es acercarse a las instituciones del Estado a pedir asesoramiento sobre cómo atender a sus adultos mayores con calidad y calidez. Si nosotros como hijos contratamos a una cuidadora y queremos asegurarnos de que su atención sea adecuada, yo como hija me acerco a ella y le digo que se vaya a una residencia gerontológica a capacitar y vea cómo es el cuidado al adulto mayor (Yolanda Arias, 20 de junio 2016).

Este tipo de discurso es uno de los tantos argumentos que se identificó durante el trabajo etnográfico, a fin de legitimar la concentración de responsabilidades de cuidado en el entorno familiar y el desentendimiento de las atribuciones del Estado en estas tareas. La idea de la familia autosuficiente es útil desde esta perspectiva, entre tantas cosas, para reducir el aporte al sistema económico del trabajo no remunerado de cuidados y la contribución a la autonomía de la mujer, que implicaría un beneficio salarial a su labor como cuidadora.

No obstante, entrevistados como Francisco Carrión, si reconocen el gran vacío que representa no adecuar programas, políticas y normativas para el bienestar de las personas que proveen cuidado a sus familiares adultos. Él admitió que aunque las visitas domiciliarias del MIES pueden servir para el fortalecimiento de capacidades, en cuanto proporcionan apoyo técnico a las familias sobre cómo actuar, acompañar y convivir con adultos mayores,

Tampoco sería loco pensar en un futuro, dependiendo de la situación fiscal del país, en otro tipo de beneficios. Sería interesante pensar más allá de la visita domiciliaria y considerar algún tipo de compensación a la familia que también se hace cargo de una persona adulta (Francisco Carrión, 10 junio 2016).

Desde esta mirada, resulta valioso reflexionar sobre la forma en la que el Estado aprecia su responsabilidad como garante de derechos de la población adulta mayor. Si el bienestar de este grupo de atención prioritaria no involucra la satisfacción de las demandas de sus cuidadores, el análisis de prioridades no ha desembocado en un enfoque más integral que

supere la visión del titular de derecho, como un individuo aislado de interacciones con otros que también tienen roles en su bienestar.

Para Cerri & Alamillo-Martínez (2012), la nula inclusión de las familias con un blanco de políticas y servicios tiene que ver con las propias prioridades del Estado de bienestar. Para las autoras, estos regímenes, promueven el individualismo institucionalizado en la medida en la que convierte a los individuos, y no a los grupos, en beneficiarios de sus servicios. Y esto es así porque estatalmente es el individuo quien es considerado como el lugar en el que se toman las decisiones sobre el estilo de vida, no los colectivos a los que pertenece (familia, vecindario, clase, Estado, etc.). Esto ha desencadenado que la familia pase de ser una comunidad de trabajo, tensiones y necesidades continuas a una comunidad de sentimientos, basada en la afinidad electiva.

Empero, desde el marco normativo debe admitirse que de alguna manera las leyes ecuatorianas pretenden sujetarse al Art. 333 de la Constitución del 2008 en que el se advierte que el Estado promoverá un régimen laboral que funcione en armonía con las necesidades del cuidado humano, impulsando la corresponsabilidad de hombres y mujeres en el trabajo doméstico y en obligaciones familiares (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2008). Con base en esto, en el Art. 33 de la Ley Orgánica de Servicio Público se expresa que “las o los servidores públicos tendrán derecho a permiso de dos horas diarias para el cuidado de familiares, dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, que estén bajo su protección y tengan discapacidades severas o enfermedades catastróficas debidamente certificadas” (Asamblea Nacional del Ecuador, 2010). De hecho, tres entrevistados comentaron ser beneficiarios actuales de este permiso especial, el cual valoraban por las facilidades que les otorgaba en sus labores cotidianas de cuidado.

Sin embargo, esta ley aplica solamente para trabajadores públicos. Los empleados de empresas privadas tienen el respaldo de ciertos derechos incluidos en el Código de

Trabajo, pero ninguno se refiere exclusivamente a un tipo de permiso o licencia que la empresa tiene la obligación de conceder por el cuidado de algún familiar. Este aspecto en particular es punto de partida para analizar el papel que tiene el mercado en la organización social del cuidado en el país. Al parecer el hecho de que el principio de corresponsabilidad excluya al sector privado como un actor con ciertos deberes que cumplir en la garantía de los derechos de los ciudadanos, ha consentido la negligencia de este sector en el cumplimiento de sus roles y lo más preocupante aún, que las otras esferas (Estado, familia y comunidad) no tomen iniciativas más severas para propiciar su involucramiento y sancionar su ausencia.

En la investigación efectuada en este trabajo sobre las políticas emprendidas desde el Estado a favor de la población adulta mayor, no se encontró ningún eje de acción que proponga distribuir explícitamente responsabilidades al sector privado así como sucede con la familia. Los convenios e inspecciones que realiza el MIES con centros gerontológicos privados, así como los protocolos de atención geriátrica y gerontológica dispuestos por el MSP para todos los centros de salud, no representan un llamado vinculante al compromiso del mercado en sí. Establecer normas y regulaciones para el sector privado no cubre la deuda social que éste mantiene. En virtud de eso, es importante considerar desde el sector público, estrategias de negociación que incorporen a la empresa privada a la red de roles en el trabajo de cuidado y, de forma más amplia, a la garantía del bienestar de la población adulta mayor. Posiblemente mecanismos como la generación de incentivos tributarios, pueden convertirse en herramientas que facilitan la integración del mercado en la red de competencias, no solo como un apoyo, sino como un actor activo con responsabilidades sociales propias.

4.2 Cuando los cuidadores familiares no reclaman apoyo porque reafirman sus roles como ineludibles

Durante las últimas décadas, las profundas transformaciones sociodemográficas han generado cambios en las familias de América Latina y el Caribe e incidido en el vínculo que éstas mantienen con la economía y los mercados laborales. Esto ha creado un nuevo balance de demanda y oferta de cuidados al interior de los hogares (OIT-PNUD, 2009). Primero, se observa que las formas tradicionales de familia se han visto desplazadas por familias más diversas. Hasta hace tres décadas, “en la región dominaba el modelo clásico de familia nuclear, en la cual sólo el hombre trabajaba con una remuneración. Este modelo ha perdido su importancia, así como también han disminuido las familias extensas, en las que además de madres y padres hay otras personas adultas en la casa” (OIT-PNUD, 2009, pág. 61). En cambio, han aumentado las familias con dos fuentes de ingreso, los hogares unipersonales y los monoparentales, en los que una sola persona adulta se hace cargo de la familia. Esta persona casi siempre es mujer (OIT-PNUD, 2009). Segundo, el tamaño medio de la familia se ha reducido. Esto se debe a tres razones: “se ha postergado la primera unión de pareja; ha disminuido el número de hijos/as y ha aumentado el tiempo que transcurre entre ellos.” (OIT-PNUD, 2009, pág. 62).

El trabajo etnográfico con cuidadores familiares de adultos mayores, ha permitido explorar cómo éstos han tenido que adecuar sus estrategias de cuidado a la luz de las nuevas estructuras en las que sus familias se encuentran inmersas. De los colaboradores entrevistados, solamente Marianita se dedicaba exclusivamente a atender su papá, sin recibir ningún tipo de remuneración extra. En cambio Mercedes y Lucía, ganaban un sueldo pagado por sus hermanos por cuidar a su familiar adulto mayor. Los otros cuidadores distribuían su tiempo entre su trabajo y el cuidado al interior del hogar. De estos casos, particularmente el de Mercedes y Lucía representan al tipo de familia liderado solo por una persona adulta. Ambas mujeres abandonaron sus empleos anteriores, desde

que se dedicaron a cuidar a sus mamás. La esencialización de su rol como cuidadoras a su cuerpo femenino ha contribuido a su sentimiento de satisfacción con la remuneración que reciben y el trabajo que realizan. Ellas representan la figura que sacrificó sus propias aspiraciones de realización personal para cuidar a su pariente mayor, porque los otros hermanos no tienen la posibilidad de hacerlo. En estos contextos, el sueldo que ellas reciben ha sido la única forma de reconocimiento a su labor de cuidado. A diferencia de Marianita que ha asumido sola y con creces el cuidado y los gastos de su papá, sin el respaldo de sus hermanos, el trabajo de cuidado de Mercedes y Lucía si ha sido reconocido, pero por causas más utilitarias desde la propia institución familiar. Parecería entonces, que solamente al interior de ciertos círculos familiares, es posible que la provisión de cuidados alcance visibilidad y algún tipo de compensación económica.

Lo anterior recuerda nuevamente la idea de la familia autosuficiente que le conviene al Estado. Como éste no tiene la capacidad ni voluntad para reconocer y remunerar el trabajo de cuidado al interior de los hogares, es preferible que las familias cumplan con esta función, bajo el pretexto de su responsabilidad moral frente al cuidado. Aun con todo, quedan casos como el de Marianita quien no cuenta con la misma fortuna de Mercedes y Paulina, pero que bajo el mismo principio de responsabilidad moral y naturalización de su tarea como cuidadora, no reclama algún tipo de reconocimiento y supera como puede los requerimientos que representa atender a su padre.

Paralelamente, están los casos de adultos mayores que pertenecen a familias en las que las mujeres comparten con los hombres el papel de proveer ingresos. No obstante, en estos escenarios, está pendiente que los hombres asuman de manera equivalente la corresponsabilidad en las tareas domésticas. Especialmente, las mujeres que tienen a su cargo el cuidado directo de su familiar adulto, deben distribuir su tiempo en participar en el trabajo remunerado, en realizar las labores domésticas dentro del hogar, y en cumplir, en la

mayoría de los casos, el rol de la persona dedicada completamente al cuidado de los otros miembros de la familia. Alrededor de esto, la rutina llevada a cabo por María, una de las mujeres entrevistadas, ilustra esta situación:

Yo a las 6 de la mañana ya estoy donde mi papá, le ayudo a asearse y vestirse, le doy el desayuno y hago todo lo que tengo que hacer y a las 8 de la mañana estoy de nuevo en mi casa como que aquí no ha pasado nada. Y vuelvo a hacer lo mismo en mi casa para que mi hijo desayune y luego irle a dejar a la universidad. Después llego a mi casa y en seguida entro a trabajar las ocho horas normales (Fernanda, 13 junio 2016).

María es una de las tantas mujeres que han tenido que asumir una doble ocupación, desplazándose continuamente de un espacio a otro, superponiendo e intensificando sus tiempos de trabajo remunerado y no remunerado. Probablemente, las circunstancias de ella se facilitarían si desde el sector público se aumentara de forma suficiente la provisión de infraestructura y servicios de apoyo para cubrir necesidades de personas que requieren cuidados. Por todo lo dicho, mientras los servicios públicos e incluso los horarios escolares no sean compatibles con los de una familia en la que todas las personas adultas trabajan (OIT-PNUD, 2009), las jornadas diarias de María siempre resultarán más largas que las del resto de integrantes en su hogar.

Al mismo tiempo, cabe recalcar que aunque las condiciones anteriores existiesen, no son suficientes para generar relaciones corresponsables entre hombres y mujeres en el trabajo de cuidados de personas mayores. Mientras socialmente no se cuestione la asociación innata del cuerpo de las mujeres a un rol de cuidadoras, se mantendrán la desigualdad en la distribución de responsabilidades en el ámbito doméstico.

Y justamente, esa vinculación que ha resultado además en la naturalización del entorno familiar como centro del cuidado a sus miembros, no solo ha tenido efectos en la construcción de roles del Estado en la red de cuidados, al margen del cuidado familiar, sino también, ha ocasionado que dentro de las mismas unidades familiares se multipliquen las tareas y se marquen las tensiones frente al cuidado del familiar adulto.

En el proceso de trabajo de campo con los cuidadores familiares fue posible notar que la naturalización de su entorno como un espacio de provisión de cuidados, no solo sale a flote cuando éstos determinaron las razones por las que cuidan a su familiar adulto, sino además, cuando establecieron sus criterios sobre el rol del Estado y sus expectativas en torno a sus funciones. Los temas de salud y recreación del adulto mayor fueron dos constantes en las respuestas de las personas sobre el papel del Estado. Para los cuidadores, a fin de garantizar el bienestar de los adultos mayores es urgente que el Estado mejore la calidad y calidez de la atención médica a las personas de edad avanzada y que a la vez, incremente el número de espacios a los que los adultos mayores puedan acudir para compartir con gente de su edad y ocupar su tiempo libre.

Aunque definitivamente, el acceso a sistemas de salud eficientes y a espacios recreacionales constituyen un apoyo valioso a la labor de cuidado de las familias, éstos son apreciados por los colaboradores familiares como mecanismos que incrementan directamente la calidad de vida de las personas mayores, pero no mencionan mayor cosa sobre considerarlos como mecanismos que favorecen su trabajo de cuidado. En ese sentido, de primera mano, los entrevistados señalan que el Estado ha hecho muy poco por los adultos mayores, porque aún es escasa la infraestructura y los recursos de salud, que pueden mejorar la calidad de vida de este segmento poblacional. A pesar de que los testimonios en torno a la falta de recursos para atender con calidad dentro de casa y sobre la serie de inconvenientes que ha representado para los familiares el no saber cómo responder a diversas circunstancias del cuidado, surgieron con regularidad; ninguno de los entrevistados indicó su malestar o inconformidad con el hecho de que el Estado simplifique esas falencias, ni mucho menos con la idea de que el mercado tampoco aparezca como una alternativa oportuna para solventar esas dificultades.

La noción de corresponsabilidad respecto al cuidado de las personas de edad avanzada surgió únicamente cuando se preguntó a los familiares sobre las responsabilidades que en ese tema, podría o debería asumir el Estado. Nadie admitió como posibilidad centrar en su totalidad, en esa esfera más amplia, las demandas de cuidado de los adultos mayores. De forma generalizada, se podía intuir poca confianza en las capacidades y voluntad del ámbito estatal para llevar adelante responsabilidades vinculadas al cuidado. Inclusive, esta percepción se vio fortalecida con el hecho de que nadie manifestó conocer sobre las modalidades de atención disponibles para personas mayores de escasos recursos en el MIES.

Para un grupo de entrevistados, la única alternativa de cuidado que no sea la familia, es la ofrecida por los centros gerontológicos privados, que para la mayoría tampoco son una opción no solo por su alto costo, sino también porque simbolizan todo lo contrario a lo que la familia puede suministrar: desatención, poco afecto, olvido, abandono, etc. El testimonio de Elza, evidencia esta percepción sobre estos lugares de atención privada:

Cuando mi mamá sufrió la fractura de su pierna, con dos hermanos recorrimos centros de cuidado del adulto mayor y realmente son una calamidad. A nosotros se nos iban las lágrimas. Entrás a esas casas huelen a orinas. Eran 12:30 del día y los viejitos estaban en el patio, con un chupete y una galleta. Les tienen completamente hacinados. No tienen habitaciones confortables sino que están en medias aguas húmedas en la parte de atrás de las casas (Elza Vivar, 08 de junio de 2016).

Más allá de cuestionar la veracidad de la afirmación de Elza, cabe mencionar que este tipo de imágenes son las que comúnmente se generalizan sobre la institucionalización del cuidado, y las que conducen, entre quienes han desacreditado el apoyo que los centros gerontológicos pueden brindar, que las mujeres cuidadoras y su entorno social, consideren que es más favorable para la persona mayor, que ellas renuncien a otras actividades, sacrifiquen tiempo, recursos y energías, en honor de la gratitud y sanción social que deben ilustrar y evitar respectivamente, a través de su rol como suministradoras principales de cuidado a sus parientes adultos.

Por su parte, otro grupo de entrevistados destacó la factibilidad del Estado como proveedor de cuidados, pero únicamente, cuando se trate de adultos mayores en condiciones de pobreza, que no han podido trabajar para recibir una jubilación adecuada, que han envejecido en soledad y no pueden solventar su cuidado, o bien aquellos que han sido abandonados por sus familiares. Sobre esto, Wilmer fue enfático al afirmar lo siguiente:

Supongamos que el adulto mayor no tiene familia, entonces el Estado debe hacerse cargo, pero mi papá que si tiene quien responda por él, no puedo decirle al Estado que se haga cargo. También hay casos de familias que teniendo posibilidades le dejan abandonados al adulto mayor. Las leyes tienen que estar claras. Cuando el adulto mayor tiene familia, no le pueden botar. Si está solo, el Estado le debe cuidar, no tiene por qué estar en la calle mendigando (Wilmer Tufiño, 01 julio 2016).

Así, las ideas sobre la incapacidad de ciertos actores para brindar cuidado de calidad, o la necesaria focalización de otros con la población objetivo de sus atenciones, reflejan el alcance de los efectos de los familiares sobre la naturalización del ámbito familiar como un ámbito suficiente, competente y único para desarrollar las tareas de cuidado. La asimilación de estos roles como invariables e inflexibles ha conducido a la normalización de la distribución desigual de responsabilidades en la organización social del cuidado. Para el Estado es útil manejar un discurso de corresponsabilidad, porque le faculta, por un lado, monopolizar en las familias las tareas para el aseguramiento del bienestar de la población adulta en alusión a las destrezas innatas de cuidado que se fortalecen en ellas, y por el otro, también le permite deslindarse de sus responsabilidades en inversión de recursos y capacidades para los cuidadores, argumentando que éstas no constituyen una prioridad puesto que ya han sido resueltas en los círculos domésticos. Mientras tanto, las familias han interiorizado su papel, ensamblando argumentos para defender el tipo de cuidado que éstas proveen, y para justificar la figura de la cuidadora competente a través de la división de roles entre sus propios miembros.

CONCLUSIONES

Este proyecto de investigación etnográfica exploró cómo interactúan las políticas destinadas a adultos mayores implementadas por el Estado ecuatoriano y la propia agenda de las familias integradas por parientes mayores en la ciudad de Quito, en el camino de su responsabilidad compartida para velar por los requerimientos de cuidado de este grupo etario. El proceso de trabajo etnográfico con los funcionarios de las instituciones públicas que trabajan en el diseño y aplicación de política social para la población mayor, y con los cuidadores familiares de personas de edad avanzada, permitió constatar las hipótesis planteadas al inicio de este estudio. El principio de corresponsabilidad entre el Estado y las familias para garantizar los derechos de las personas adultas mayores, señalado en la Constitución del Ecuador y en el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013, está lejos de cumplirse de forma integral, y libre de esencialismos que determinan la invariabilidad y los límites de los roles que le corresponden a los actores que intervienen en cada una de estas esferas.

Es posible afirmar lo anterior, dado que, con respecto a la distribución de los papeles en torno al cuidado y aseguramiento de bienestar a los adultos mayores, se encontraron dos niveles de brechas profundas. El primero se vincula con la distribución desigual de responsabilidades entre el Estado y de las unidades familiares. Y el segundo se relaciona con la distribución inequitativa de roles de los trabajos de cuidados entre hombres y mujeres al interior de los hogares. En otras palabras, son los círculos familiares a los que se les ha asignado la capacidad natural de la provisión de cuidados, y dentro de este espacio son las mujeres en quienes se ha centralizado la mayor carga del trabajo de cuidado.

En general, el Estado ecuatoriano, desde que Rafael Correa asumió la Presidencia de la República en el 2006, ha avanzado a pasos muy lentos en la consolidación de una política multiestratégica e intersectorial, con parámetros adecuados de seguimiento y evaluación,

destinada a la población adulta mayor. Aun así, cabe resaltar que la concreción de una institucionalidad específica, representada por el Consejo para la Igualdad Intergeneracional y por los Consejos Cantonales de Protección de Derechos, encargada de formular y transversalizar políticas públicas que beneficien a las personas de edad avanzada; es un avance importante en cuanto a la necesidad de un abordaje específico del contexto sociodemográfico de las personas mayores, en el marco de la garantía de derechos durante todo el ciclo de vida.

Aunque la política social ecuatoriana se ha enfocado en la reducción de la pobreza en la adultez mayor, ofreciendo un piso de seguridad básica y distintas modalidades de atención a las personas de edad de escasos recursos económicos y sin referente familiar, estos esfuerzos no han alcanzado a realizar una mirada holística e interseccional de todas las aristas que constituyen la provisión de bienestar para este grupo etario. Al priorizar la atención únicamente en el adulto mayor como el individuo titular de derechos, el Estado está negando e invisibilizando las demandas que surgen de los otros actores, como los cuidadores familiares, que también están inmersos, de forma incluso más intensa, a través de sus tareas de cuidado, en el aseguramiento de bienestar de la población adulta.

Simultáneamente, la construcción social del cuidado como una actividad propia de las familias ha devenido en la internalización con efectos duraderos de esta percepción en los integrantes familiares. Es así como al interior de los hogares se han ensamblado argumentos principalmente relacionados con la obligación moral de cuidar y con la tácita negligencia de otros ámbitos que brindan cuidados, con el horizonte de legitimar principalmente para las mujeres, la concentración de estas tareas, superando incluso los recursos y capacidades disponibles. Esto con el fin de sortear la sanción social generada por el abandono de las responsabilidades transmitidas de cuidado instrumental y apoyo afectivo y emocional al pariente mayor.

Por consiguiente, uno de los retos más urgentes por resolver en el análisis de la corresponsabilidad y la distribución de roles entre el ámbito estatal y familiar es ahondar en el análisis de la reciprocidad social no solo como un factor que mueve a los individuos a brindar cuidados, sino como un elemento que interviene en cada dimensión de la organización social del cuidado. Por ello es claro que se necesita abandonar la idea de que de la dependencia surge el cuidado como una actividad en la que los “más fuertes” protegen “a los más débiles”; para empezar a concebir a la interdependencia como un estado que caracteriza nuestro estar en el mundo y que nos afecta a todos en diferentes contextos y magnitudes. Entonces, si la dependencia es universal e ineludible, no se la puede resolver únicamente dentro del espacio privado. Debe convertirse en un asunto de carácter público y sobre todo colectivo, que faculte la distribución equitativa, flexible e intercambiable de funciones entre todas las dimensiones de la sociedad. En este punto también deben tomarse en cuenta las agendas políticas en juego, porque a través de éstas los gobiernos, el mercado, las unidades familiares y los grupos comunitarios negocian sus intereses y acceso a recursos.

Finalmente, con miras a apreciar los trabajos de cuidado como una responsabilidad colectiva, es importante también dismantelar los mitos analizados en esta investigación en torno al amor, la abnegación, el sacrificio y la deuda moral que se han incorporado de forma implícita en el entorno familiar y especialmente en los cuerpos femeninos. Justamente, son estas generalizaciones las que impiden que las personas que otorgan cuidados puedan combinar sus experiencias como cuidadoras y trabajadoras con independencia de su sexo. Sobre esto, es importante remarcar que la superación de la división binaria y estática de roles entre hombres y mujeres debe venir acompañada de una ardua labor por romper las estructuras injustas de desigualdad y poder propias de un sistema capitalista. Para éste es sumamente útil y favorable las disparidades en la

distribución de roles entre hombres y mujeres y la categorización del trabajo doméstico que se les ha asignado a éstas últimas como no remunerado, a fin de perpetuar su lógica de acumulación de riqueza y apropiación de la fuerza de trabajo.

Por lo tanto, develar estos estereotipos sobre el trabajo de cuidado de la familia y particularmente de las mujeres, facilitaría que la noción de reciprocidad social en las que se asientan nuestras dependencias, pueda extenderse de las fronteras familiares para ubicarse como un asunto público que debe incluirse como uno de los elementos para la garantía integral de bienestar de toda la población en todos sus etapas del ciclo de vida.

REFERENCIAS

- Acosta, M. (2013). *Conciliación con Corresponsabilidad: Fortaleciendo derechos y generando oportunidades de mejora en el ámbito laboral*. PNUD.
- Agencia Pública de Noticias de Quito. (12 de Enero de 2015). Propuesta para crear Consejo de Protección de Derechos se presentó a Comisión de Inclusión Social y Equidad. *Agencia Pública de Noticias de Quito*.
- Aimar, Á. (2009). *Desmitificando la vejez: hacia una libertad situada, una mirada crítica sobre la realidad del adulto mayor*. Argentina: Edivim.
- Alvarez, P., & Martínez, D. (2008). *Guías clínicas Geronto-Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor*. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Álvarez, P., Pazmiño, L., Villalobos, A., & Villacís, J. (2010). *Normas y Protocolos de Atención Integral de salud de las y los adultos mayores*. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Anderson, J. (2007). Políticas y programas orientados a las familias en los países andino. En I. Arriaga, *Familias y políticas públicas en América Latina: Una historia de desencuentros* (págs. 211-222). Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL.
- Arias, T. (Agosto de 2008). *Ecuador un estado constitucional de derechos*. Obtenido de sitio web del Instituto de Investigación y debate sobre la gobernanza: <http://www.institut-gouvernance.org/es/analyse/fiche-analyse-463.html>
- Asamblea Constituyente del Ecuador. (20 de Octubre de 2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Obtenido de sitio web de Asamblea Nacional del Ecuador: http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf

- Asamblea Nacional del Ecuador. (1991). *Ley del Anciano*. Quito: Asamblea Nacional del Ecuador.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2010). *Ley Orgánica de Servicio Público*. Quito: Asamblea Nacional del Ecuador.
- Barros, C. (1994). Aspectos sociales del envejecimiento. En E. Anzola, D. Galinsky, F. Morales, A. Salas, & M. Sánchez (Edits.), *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa* (págs. 57-67). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Bazo, M. T. (2008). Elderly Persons and Family Solidarity. *Política y Sociedad*, 73-85.
- Campana, M. (2015). Welfare Regimes in Latin America and Caribbean. *Trabajo Social Global. Revista de Investigaciones en Intervención Social*, 26-46.
- Carmona, V., Siavil, C., & Ribot de Flores, S. (2007). Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad. *Laurus: Revista de Educación*, 249-262.
- Carrasco, C., Borderías, C., & Torns, T. (2011). *El trabajo de cuidados: historia, teorías y políticas*. Madrid: Catarata.
- Cavallo, E., Frisancho, V., & Karver, J. (2016). En E. Cavallo, Serebrisky, & Tomás (Edits.), *Ahorrar para desarrollarse: Cómo América Latina y el Caribe puede ahorrar más y mejor* (págs. 25-51). Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Cerri, C., & Alamillo-Martínez, L. (2012). The organization of care. Beyond the dichotomy between public sphere and private sphere. *Gazeta de Antropología*, 1-23.
- Comas d'Argemir, D. (2014). Los cuidados y sus máscaras. Retos para la antropología feminista. *Mora (Buenos Aires)*.
- Comas D'Argemir, D., & Roca, J. (1996). El cuidado y asistencia como ámbito de expresión de la tensión entre biología y cultura. En D. Contreras, *Reciprocidad, cooperación y organización comunal* (págs. 57-69). Zaragoza.
- Comas d'Argemir, D. (2000). Mujeres, familia y estado del bienestar. En T. Del Valle, *Perspectivas feministas desde la antropología* (págs. 187-204). Barcelona: Ariel.
- COMPINA. (2014). *Sistematización de la experiencia del COMPINA. Período 2002-2014*. Quito: Consejo Metropolitano de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia.
- Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia. (2013). *Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional 2013-2017*. Quito: Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia.

- Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. (16 de Octubre de 2016). *Misión y valores institucionales*. Obtenido de sitio web del Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional: <http://www.igualdad.gob.ec/la-institucion/mision-y-vision.html>
- Del Valle, T. (2010). "La articulación del parentesco y el género desde la antropología feminista. En V. Fons, A. Piella, & M. Valdés, *Procreación, crianza y género. Aproximaciones antropológicas a la parentalidad* (págs. 295-319). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Dirección de Normatización del Sistema Nacional del Salud. (2007). *Políticas Integrales de salud adulto y adulto mayor*. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Eguren, N. (2001). Familia y Estado: el reparto del bienestar. *Centro de Iniciativas Culturales y Estudios Económicos y Sociales*, 101-111.
- Esping-Andersen, G. (1993). *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. Valencia: Alfons el Magnánim.
- Esquivel, V. (2011). *La Economía del cuidado en América Latina: Poniendo a los cuidado en el centro de la agenda*. El Salvador: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Esteban, M. L. (2011). *Crítica del pensamiento amoroso*. Barcelona: Bellaterra.
- Freire, W., Jácome, D., Pazmiño, L., Rojas, E., & Ortiz, P. (2012). *Encuesta nacional de salud, bienestar y envejecimiento: Sabe I Ecuador 2009-2010*. Quito: Ministerio de Inclusión Económica y Social.
- Godelier, M. (1998). *El enigma del don*. Buenos Aires: Paidós.
- Huenchuan, S., & Guzmán, J. (2007). Políticas hacia las familias con personas mayores: el desafío del cuidado en la edad avanzada. En I. Arriaga (Ed.), *Familias y políticas públicas en América Latina. Una historia de desencuentros*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL.
- Instituto de la Ciudad de Quito. (2013). *Boletín Estadístico Mensual ICQ N°17/abril de 2013. Adultos mayores: actores activos en la construcción de ciudad*. Quito: Instituto de la Ciudad de Quito.
- Kinsella, K. (1994). Introducción. En E. Anzola, D. Galinsky, F. Morales, A. Salas, & M. Sánchez (Edits.), *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa* (págs. 3-19). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Martínez Franzoni, J. (2007). *Regímenes de Bienestar en América Latina*. Madrid: Fundación Carolina.
- Martínez Franzoni, J. (2008). Welfare regimes in Latin America: capturing constellations or markets, families and policies. *Politics and Society*, 67-100.

- Mauss, M. (1971). *Ensayo sobre los Dones: Razón y Forma del Cambio en las Sociedades Primitivas*. En *Sociología y Antropología*. Madrid: Tecnos.
- Mideros, A. (24 de Octubre de 2016). *Seguridad social para la tercera edad: ¿Qué tan factible es una de las propuestas electorales de Lenin Moreno?* Obtenido de sitio web de Gkillcity.com: <http://gkillcity.com/articulos/el-mirador-politico/seguridad-social-la-tercera-edad>
- MIES. (2012). *Avance en el cumplimiento de los derechos de las personas adultas mayores*. Quito: Ministerio de Inclusión Económica y Social.
- MIES. (2014). *Gestión 2014*. Quito: Ministerio de Inclusión Económica y Social.
- MIES. (2015). *Informe de Gestión 2015*. Quito: Ministerio de Inclusión Económica y Social.
- MIES. (15 de Octubre de 2016). *Diseño de una política pública a favor de los derechos de las personas adultas mayores*. Obtenido de sitio web del Ministerio de Inclusión Económica y Social: <http://www.inclusion.gob.ec/category/el-ministerio/>
- Ministerio de Salud Pública. (16 de Octubre de 2016). *Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud - MSP Ecuador - Perfil*. Obtenido de sitio web del Ministerio de Salud Pública: <https://public.tableau.com/profile/andres.hualca8739#!/vizhome/ProduccindeatencionesyconsultasambulatoriasMSP2015V3COMPLETO/Men>
- Minteguiaga, A., & Ubasart-González, G. (2013). *Revolución ciudadana y régimen de bienestar en Ecuador (2007-2012)*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Morales, F. (1994). Aspectos biológicos del envejecimiento. En E. Anzola, D. Galinsky, F. Morales, & A. S. Salas (Edits.), *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa* (págs. 45-56). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- OIT-PNUD. (2009). *Trabajo y Familia: Hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad*. Santiago : Organización Internacional del Trabajo y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Organización Mundial de la Salud.
- Peletz, M. (1995). "Kinship studies in late twentieth century anthropology. *Annual Review of Anthropology*, 343-372.
- Pérez, A., & López, S. (2011). *Desigualdades a flor de piel: cadenas globales de cuidados. Concreciones en el empleo de hogar y políticas públicas*. Madrid: ONU Mujeres.
- Razavi, S. (2007). *The Political and Social Economy of Care in a Dvelopment Context*. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development.

- Robben, A., & Sluka, J. (2012). *Ethnographic Fieldwork: An Anthropological Reader*. Wiley-Blackwell.
- Robles, L. (2003). *La relación cuidado y envejecimiento: entre la sobrevivencia y la devaluación social*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Rodríguez, C. (2015). Economía feminista y economía del cuidado: aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *Nueva Sociedad*, 30-44.
- Rodríguez, R. (2016). *Vulnerabilidad y derechos de la niñez en América Latina*. El Salvador: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Sahlins, M. (1977). *Economía de la edad de piedra*. Madrid: Akal.
- Schensul, S., Schensul, J., & LeCompte, M. (1990). *Essential ethnographic methods: Observations, interviews, and questionnaires*. Walnut Creek: AltaMira Press.
- Scheper-Hughes, N. (1992). *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona : Ariel.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2009). *Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013*. Quito: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo.
- Symington, A. (2004). *Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica*. Toronto: Asociación para los Derechos de la Mujer y el Desarrollo.
- Tamer, N. (2008). La perspectiva de la longevidad: un tema para re-pensar y actuar. *Revista Argentina de Sociología*, 81-110.
- Urbano, C., & Yuni, J. (2011). *Esos cuerpos que envejecen: representaciones y discursos culturales de la vejez*. Argentina: Editorial Brujas.
- Valderrama, M. (2006). El cuidado, ¿una tarea de mujeres? *Vasconia*, 373-385.

ANEXOS

Anexo I: Lista de personas entrevistadas

1) Cuidadores familiares

- | | |
|------------------------|-------------------------|
| - Cristóbal Erazo | - Carmita Rosas |
| - Fernanda (seudónimo) | - Wilmer Tufiño |
| - Inés Sánchez | - Estefanía (seudónimo) |
| - Edison Mejía | - Romel Pérez |
| - Diego Moreno | - Paulina Páez |
| - Consuelo Fernández | - Israel Rosero |
| - Luis Cadena | - Marianita Salcedo |
| - Fabricio García | - Mayra Guerra |
| - Carmen Molineros | - Danny Guerra |
| - Mercedes Cárdenas | - Paúl Guerra |
| - Ariel Supliguicha | - Martha Medina |
| - Lucia Supliguicha | - María Cabezas |
| - Elza Vivar | |

2) Funcionarios de instituciones públicas

- Nilka Pérez
- Yolanda Arias
- Galo Cañas
- María José Mendieta
- Francisco Carrión
- Jorge Pozo
- Verónica Moya
- Sol Vallejo

3) Académicos y activistas que han trabajado el tema de la adultez mayor en Ecuador

- William Waters
- Wilma Freire
- Sonia Andrade
- Kléver Paredes

Anexo II: Herramientas metodológicas

1) Preguntas para cuidadores familiares:

Sobre las percepciones acerca de los adultos mayores:

- 1.- ¿Qué piensa usted acerca de la etapa de la vida a la que se denomina vejez? ¿Sus percepciones sobre la misma se han visto alteradas con el pasar de los años?
- 2.- ¿Cómo se visualiza usted cuando llegue a ser un adulto mayor? ¿Cómo le gustaría vivir esa etapa?
- 3.- ¿Qué le podría esperar a una persona adulta a la que por edad y/o condiciones físicas ya no se le permite continuar trabajando formalmente? ¿Qué opciones tiene para su futuro?
- 5.- ¿Qué relación tiene/tenía usted con su familiar adulto? ¿Es muy cercano o lejano a él o ella? ¿Cómo lo/la describiría (ocupación, talentos, estado de salud física y mental, etc.)?
- 6.- ¿Qué puede esperar su familia del adulto mayor? ¿Qué roles cumple/cumplía en su hogar?

Sobre el cuidado del adulto mayor:

- 7.- ¿Usted cumple/cumplía funciones específicas en el cuidado del familiar adulto? ¿Cuáles son/eran?
- 8.- ¿En su familia, qué personas están/estaban dispuestas a participar en el cuidado del adulto mayor? ¿Cuáles son las razones que predominan/predominaban para tomar esa decisión?
- 9.- ¿Existen/existían limitaciones entre cada miembro de la familia para la prestación de la ayuda? ¿Cuáles por ejemplo?
- 10.- ¿En base a qué criterios se distribuyen/distribuían las tareas que serán llevadas a cabo para la protección del adulto mayor? ¿Cuáles son estas tareas?
- 11.- ¿Cómo se han modificado los escenarios de la casa para el cuidado del familiar adulto? (Por ejemplo, una habitación propia, colocación de asideros, barandillas, etc.)
- 12.- ¿Existen/existían maneras para afrontar los gastos adicionales que implican el cuidado y atención del familiar adulto? ¿Cómo se ha organizado la familia al respecto?
- 13.- ¿Cuál es/era la relación que se mantiene/mantenía con los profesionales de la salud (médicos y enfermeras) y de los servicios sociales sobre las dudas, asesoramiento y apoyo para el cuidado del familiar adulto?
- 14.- ¿Han existido momentos de tensión e impaciencia cuando se trata de llevar a cabo una tarea para cuidar al adulto mayor? ¿Cómo se logran resolver o superar?

Sobre las percepciones alrededor de la responsabilidad del Estado:

15.- ¿Cuál es su opinión sobre el trabajo del Estado ecuatoriano para velar por el bienestar de los adultos mayores? ¿Por qué?

16.- ¿A partir del establecimiento de la Constitución del 2008 ha notado usted algún cambio en el aseguramiento de los derechos para adultos mayores en el Ecuador? ¿Qué fortalezas y debilidades podría resaltar al respecto?

17.-En la ciudad de Quito se ubican cuatro instituciones públicas encargadas entre tantas cosas, de diseñar políticas públicas a favor de los adultos mayores: el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), el Ministerio de Salud Pública (MSP) el Consejo para la Igualdad Intergeneracional (CNII) y el Consejo de Protección de Derechos del DMQ. ¿Usted ha escuchado de ellas? ¿En términos generales sabe qué funciones específicas cumplen? ¿Cuál es su percepción sobre la existencia de esta institucionalidad?

18.-Frente a la responsabilidad del Estado para proteger a las personas de edad avanzada, ¿las familias también tienen deberes que cumplir? ¿Por qué?

19.- Tomando en cuenta el rol de su familia al cuidado de su pariente mayor, ¿las demandas y situaciones más urgentes han sido atendidas como cuidadores han sido atendidas por los sectores públicos? ¿Por qué si o no?

2) Preguntas para actores clave de instituciones del Estado que trabajan asuntos de adultos mayores

1.- Desde la creación de la Constitución del 2008, ¿cuáles han sido los lineamientos del Estado en relación al aseguramiento de los derechos de los adultos mayores?

2.-En torno al tema anterior, ¿cuál es el trabajo en el que se ha enfocado su institución desde el establecimiento de la Constitución del 2008? ¿Cuáles son los avances y los asuntos pendientes?

3.-Desde su mirada, ¿por qué es importante plantear programas y servicios para adultos mayores? ¿Cuál es el tipo de atención diferenciada que se ofrece en relación a las estrategias destinadas a otros grupos generacionales?

4.-Con respecto a las políticas del Estado ecuatoriano a favor del bienestar y desarrollo de las personas de edad avanzada, ¿cuál ha sido la agenda en la que se ha sostenido su institución? 7.- ¿Su institución es regulada por algún organismo? ¿Cómo funciona el trabajo en conjunto con otros órganos del Estado que también se ocupan de la atención a personas de edad avanzada?

5.- ¿Cuáles son sus mecanismos institucionales para ejecutar, monitorear y evaluar la realización y el impacto de sus programas?

6.-En estos programas y políticas ¿cómo se ha caracterizado al adulto mayor ecuatoriano/quiteño y su contexto? ¿Cuáles han sido los instrumentos y categorías para hacerlo?

7.- Frente a la responsabilidad del Estado para proteger a las personas de edad avanzada, ¿las familias y comunidades también tienen deberes que cumplir? ¿Por qué?

8.- ¿Cuáles han sido los ejes de trabajo de su institución para consultar a las familias de adultos mayores previo a la creación de políticas y cómo se las integran en el camino de su aplicación?

3) Preguntas para académicos y activistas que han abordado el tema de la adultez mayor y la política social ecuatoriana

1.- ¿Qué factores se deben considerar para caracterizar a la población de adultos mayores quiteña en cuanto a sus condiciones sociales, económicas y de salud, incluyendo el acceso y uso de servicios?

2.- ¿Por qué es importante planificar para sociedades de adultos mayores? ¿La legislación de la Constitución de Montecristi ha contribuido a esa planificación en el Ecuador?

3.- ¿Cuál sería la manera más propicia para diseñar esa planificación? En el Ecuador se ha planteado la posibilidad de un Código de vida que maneja un eje intergeneracional en el que se relaciona las leyes de acuerdo a un ciclo de vida continuo. ¿Es conveniente pensar en las etapas de la vida de forma conjunta o es más factible tomar en cuenta las especificidades de cada periodo etario por separado?

4.- ¿Qué aspectos deben contemplar las políticas, estrategias y programas de atención oportunos a los adultos mayores, para fomentar un buen estado de salud y bienestar?

5.- ¿Cuál es el estado de las políticas públicas destinadas a adultos mayores? ¿Han evolucionado en comparación con otros gobiernos? ¿Qué les hace falta?

6.- De forma específica, ¿cuáles son los actores (institucionales y/o sociales) que intervienen en la oferta de los cuidados que se les brindan a las personas mayores y cuáles son sus responsabilidades?

7.- En el Ecuador la Constitución y el Plan Nacional del Buen Vivir marcan la corresponsabilidad como principio importante para asegurar la plena vigencia de los derechos de los grupos de atención prioritaria, entre los que se encuentran los adultos mayores. En ese sentido, ¿Cuál es el camino que el Estado debería procurar para colocar a la sociedad como protagonista en la generación de garantías para las personas de edad avanzada?

8.- Si uno de los elementos para que la corresponsabilidad se active es la participación ciudadana, ¿En el Ecuador se ha logrado el involucramiento, por ejemplo, de las familias que atienden a adultos mayores en la búsqueda de bienestar de este grupo generacional?

9.- ¿Cómo influye la imagen social negativa del envejecimiento y la vejez en la generación de entornos institucionales y familiares que favorezcan el ejercicio de los derechos de los adultos mayores?

10.- ¿Cuáles son las alternativas para promover la solidaridad entre generaciones de manera que las personas mayores tengan la oportunidad de prestar servicios a la comunidad si así lo quieren, a fin de fomentar una imagen realista de la vejez?

Anexo III: Formulario de consentimiento informado



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos

Universidad San Francisco de Quito

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: La corresponsabilidad del Estado ecuatoriano y la sociedad civil en el cuidado del adulto mayor: un análisis en la ciudad de Quito

Organización del investigador: Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal: Patricia Estefanía Celi Medina

Datos de localización del investigador principal: 2407744-0999260771-patriciaceli4@gmail.com.

Co-investigadores: No existen

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
Introducción
<p>Estimado(a) participante, usted ha sido invitado(a) a participar en una investigación sobre los adultos mayores en la ciudad de Quito, el cuidado dentro de sus familias y las políticas del Estado ecuatoriano destinadas a ese grupo generacional, porque se halla vinculado(a) al tema y por ende tiene los conocimientos que este estudio requiere. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas.</p>
Propósito del estudio
<p>Este trabajo examina la forma en la que interactúan las políticas implementadas por el Estado ecuatoriano y las familias de clase media-alta, para atender las necesidades y procurar el bienestar de las personas de edad avanzada. En general se busca entender cómo funciona la correspondencia y compromiso conjunto entre las instituciones públicas y las familias para asegurar la plena vigencia de los derechos de las personas de edad avanzada. Al ser este un tema poco explorado en el país, se espera que esta investigación amplíe el debate sobre la manera en la que se ajustan los servicios sociales a las circunstancias experimentadas por las familias quiteñas, para atender a un sector generacional cuyo rol en la sociedad ha sido anulado en distintos grados.</p>
Descripción de los procedimientos
<p>Yo tomé contacto con usted previamente a través de teléfono o correo electrónico y le expliqué la investigación. Usted pudo tomarse el tiempo que necesitó para consultar con su familia y/o amigos si</p>

desea participar o no. Finalmente, usted accedió a participar con una entrevista.

Tomaré 15 minutos para explicarle el propósito del estudio, este formulario en todos sus aspectos y responderé a todas sus preguntas.

La entrevista consta de 10-15 preguntas, es semi-estructurada así que será como una conversación y durará entre 1 hora y 1 hora y media.

Riesgos y beneficios

Usted podría sentirse incómodo(a) o nervioso(a) por contestar alguna pregunta de la entrevista, especialmente en lo que se refiere a información personal. Por esta razón, usted tiene total libertad de contestar las preguntas sólo si lo desea y abstenerse de hacerlo si no. Además le explicaré que soy una estudiante de la Universidad San Francisco de Quito y que la investigación se hace únicamente con fines académicos.

Para proteger su privacidad, no voy registrar su nombre en ningún momento, por lo cual se lo identificará con un código o seudónimo para identificar la información que usted ha brindado. Su nombre no será mencionado en ninguna publicación posterior (a menos que usted solicite explícitamente que sí se mencione su nombre).

La investigación no busca en ningún momento exponer las experiencias compartidas por usted, de tal manera que su participación represente algún perjuicio.

Terminada la fase de análisis, usted tendrá acceso a una copia del texto final (tanto en físico como en digital), que ha sido alimentado por sus experiencias y conocimientos.

Confidencialidad de los datos

Para mí es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaré las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales.

Los datos serán guardados físicamente durante el período que dure la investigación. Los datos electrónicos (como las grabaciones de audio) serán guardados sólo en mi computadora durante el período que dure la investigación. Luego de un año de concluida la investigación, todos los datos serán destruidos.

Para precautelar su confidencialidad, usted tiene la opción de usar su verdadero nombre si lo desea o puede escoger el anonimato con uso de un seudónimo.

Derechos y opciones del participante
<p>Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírmelo. Además aunque decida participar, puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.</p> <p>Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.</p> <p>Respecto al uso de grabación (audio), usted está _____de acuerdo o _____no de acuerdo.</p> <p>Respecto al uso de su nombre versus seudónimo o anonimato en las publicaciones relacionadas a este proyecto, prefiere el uso de _____su nombre o _____seudónimo/anonimato.</p>
Información de contacto
<p>Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame a los siguientes teléfonos 2407744/0999260771 que pertenece a Patricia Celi, la investigadora principal de este estudio, o envíe un correo electrónico a patriciaceli4@gmail.com</p>
<p>Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec</p>

Consentimiento informado	
<p>Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.</p>	
Firma del participante	20/06/2016 Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha