

**PODER, SABER Y SENTIDO DE LA
SALUD Y DE LA VIDA EN LOS
DISCURSOS DE LAS MADRES DE
FAMILIA DE LOS SECTORES
URBANO MARGINALES DE
GUAYAQUIL**

ELABORADO POR

Máximo Ponce

Facultad Latinoamericana de Ciencias

Sociales, FLACSO – Sede Ecuador

Quito - 2000

"Yo como digo una cosa digo otra."

La Chimoltrufia

"Si quieres entender las cosas de veras, solamente trata de cambiarlas."

Lewin, Kurt; citado por Alvaro Sáenz en Salman y Kingman. *Antigua modernidad y memoria del presente. Culturas urbanas e identidad*. 1999: 13

**PODER, SABER Y SENTIDO DE LA SALUD Y DE LA VIDA
EN LOS DISCURSOS DE LAS MADRES DE FAMILIA DE
LOS SECTORES URBANO MARGINALES DE GUAYAQUIL**

INDICE

INTRODUCCION /

CAPITULO I

EL CONTEXTO URBANO, ECOLOGICO Y SOCIOCULTURAL /

1.1. El contexto urbano /

1.2. El contexto ecológico, social y epidemiológico /

1.3. El contexto demográfico y cultural en las áreas del estudio /

CAPITULO II

EL PROBLEMA Y SU ENFOQUE /

2.1. Antecedentes sobre dengue y cólera en el Ecuador /

2.2. Las medidas de salud pública para combatir el cólera y el dengue /

2.3. El problema /

2.4. El enfoque teórico metodológico /

2.4.1. El debate en el campo de la salud pública /

2.4.2. La aproximación teórico-metodológica para esta investigación /

2.4.2.1. Acción comunicativa, mundo de la vida, horizontes de sentido y sujetos /

2.4.2.2. Sistemas, colonización, luchas sociales y emancipación /

2.4.2.3. Discursos y prácticas, poder y saber, lógica práctica /

2.4.2.4. Cultura popular híbrida e identidades /

2.4.2.5. Civilización y estructuración social /

2.5. Consideraciones sobre el método: hermenéutica doble /

CAPITULO III

Relaciones de poder entre grupos sociales en los discursos de las madres de familia de los sectores urbano marginales de Guayaquil /

3.1. El poder como relación social /

3.2. Relaciones de poder en el discurso de las mujeres madres de familia en el campo de la salud pública /

3.2.1. Es preferible aparentar... /

3.2.2. ...y presentar autoimagen negativa /

3.3. Aparentar y adjudicarse autoimagen negativa: dos elementos de una sola estrategia /

CAPITULO IV

Relaciones de saber en los discursos de las mujeres madres de familia en los sectores urbano marginales /

4.1. Saber, conocimiento y poder como prácticas de dominación y resistencia /

4.2. Saber cotidiano y saber científico /

4.3. El saber en el discurso de las mujeres madres de familia urbano marginales en el campo de la salud pública /

4.4. Estrategias de poder-saber y solapamientos culturales /

CAPITULO V

Sentido de la salud y de la vida en los discursos de las mujeres madres de familia de los sectores urbano marginales /

5.1. Complejidad social y diversidad discursiva /

5.2. Valores y horizontes de sentido en el discurso de las señoras /

5.2.1. El bien-valor familia /

5.2.2. El bien-valor Dios /

5.2.3. El bien-valor trabajo /

5.2.4. El bien-valor salud /

5.2.5. Bienes-valores secundarios /

5.3. Bienes-valores y estructura simbólica /

CAPITULO VI

Conclusiones /

INTRODUCCION

Con este trabajo de tesis el autor trata de aproximarse al universo simbólico de las mujeres madres de familia en las áreas urbano marginales de Guayaquil asumidas como sujeto social que interactúa con otros sujetos en el campo de la salud pública y en particular en torno a las medidas de prevención del cólera y el dengue.

La situación problema de la que parte es la creada por la persistencia de brotes epidémicos de esas enfermedades en áreas donde el Ministerio de Salud Pública, MSP, y otros organismos públicos y privados que realizan labores de salud pública, han venido ejecutando campañas informativas a través de los medios de comunicación masiva y visitas domiciliarias a través del personal del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria.

Tales actividades se han orientado a sugerir a la población de esas áreas la imperativa necesidad de introducir en su vida cotidiana un conjunto de nuevos conocimientos y nuevas prácticas para prevenir las enfermedades mencionadas. Los resultados de esas campañas no parecen haber sido exitosos ya que, si lo hubieran sido, no se continuarían presentando nuevos brotes epidémicos.

Algunos intentos de estudiar el proceso que llevó a estos resultados constataron que la población conocía las medidas sugeridas pero no las practicaba. Esto descartaba la ignorancia respecto a esas medidas como explicación de su comportamiento y abría un interrogante sobre el por qué de ese comportamiento.

Los estudios se habían realizado desde el punto de vista médico científico y ministerial, asumiendo a la población como objeto de estudio, como población-objetivo de las campañas cuyo comportamiento había que describir y explicar y no como sujeto social activo cuyo comportamiento había que comprender e interpretar culturalmente como relación social en la que juegan factores de poder, saber y sentido de la salud y de la vida.

La aproximación teórica de este trabajo apunta a recuperar para el análisis social la perspectiva de las señoras madres de familia de las áreas urbano marginales de Guayaquil, asumidas como sujetos social e históricamente situados, en su propio mundo de la vida, con sus propios habitus, su saber, su experiencia y reflexividad, sus intereses y expectativas, en fin, con su propio posicionamiento discursivo y práctico en el campo de la salud pública.

La aproximación metodológica recupera el discurso de las señoras como elemento clave para lograr la comprensión de sus prácticas. Para esto se tuvo que superar algunas dificultades técnicas y culturales.

Técnicamente se planteó la dificultad de reconstruir el discurso de las señoras en condiciones en que ellas no están acostumbradas y no esperan ser escuchadas por lo que, al parecer, les resulta difícil enunciar su pensar y sentir en cualquier ámbito e interacción social.

Culturalmente se planteó la dificultad de que los investigadores no estaban acostumbrados a considerar el punto de vista, las nociones con que las señoras

explican su comportamiento, como algo relevante para sus análisis, lo que hizo difícil incluso la percepción de esas nociones y puntos de vista.

Mediante la combinación de técnicas cuantitativas (encuesta y observación directa) y cualitativas (grupos focales, entrevistas e historias de vida), con énfasis en estas últimas, se espera haber superado esas dificultades, al menos en la medida suficiente para justificar este trabajo. Es evidente que aún queda mucho por hacer para lograr una comprensión suficiente en torno a las interacciones sociales en el campo de la salud pública en las áreas urbano marginales de Guayaquil pero, con el esfuerzo realizado, se espera haber contribuido al avance en tal dirección.

La información que en este trabajo se maneja se obtuvo de varios proyectos de investigación sobre el tema, auspiciados por la Universidad de Harvard, la Organización Panamericana de la Salud y la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Dichos proyectos fueron llevados a cabo por el autor de esta tesis como investigador; el Dr. Ricardo Cañizares como Director; y, la Lcda. María Cristina Ramos como investigadora, en el marco del Programa de Investigación en Salud Pública entre 1994 y 1998.

De manera individual y auspiciado por FUNDACYT, el autor tuvo que realizar trabajo de campo indispensable para completar la información necesaria. Dicho trabajo consistió en la realización de entrevistas e historias de vida de señoras seleccionadas de entre la población urbano marginal de Guayaquil, para profundizar acerca del sentido que para ellas tienen sus discursos y prácticas; y, de las relaciones de poder y saber en el campo de la salud pública implicadas en dicho sentido.

El autor deja constancia de su reconocimiento a los mencionados compañeros de labores, por haber suscitado y compartido algunas de las ideas básicas de éste trabajo; y, a las instituciones que financiaron y facilitaron las condiciones para que realizáramos esa labor en equipo. Deja constancia, también, de su agradecimiento a las señoras entrevistadas y a las que contaron sus historias de vida así como a la institución que financió ese trabajo.

En cuanto a la estructura de presentación de esta tesis, en el capítulo uno se describe el contexto urbano, ecológico y sociocultural en el que se realiza el estudio; en el capítulo dos se especifica el problema investigado y se articula un marco teórico y metodológico para abordarlo; el capítulo tres trata sobre las relaciones de poder y el capítulo cuatro analiza las relaciones de saber, ambas relaciones se asumen como involucradas en la interacción entre el personal médico, los investigadores y las señoras sujetos-objetos del estudio y enunciadas en los discursos de ellas, con énfasis en las estrategias que éstas enuncian y legitiman; el capítulo cinco se dedica al análisis del sentido de la salud y de la vida y la estructura simbólica que el discurso valórico de las señoras revela; por último, en el capítulo seis se hacen algunas reflexiones a manera de conclusión.

CAPITULO I

EL CONTEXTO URBANO, ECOLÓGICO, SOCIOCULTURAL

1.1. El contexto urbano

Guayaquil es la mayor ciudad del Ecuador tanto por el tamaño de su población cuanto por el de su economía, esta situación la alcanzó ya desde fines del siglo pasado y la consolidó a lo largo del presente (Rojas, Villavicencio, 1989).

El proceso de urbanización de Guayaquil ha sido marcado por rasgos comunes a este tipo de procesos en el llamado Tercer mundo, en América Latina y en particular en su región andina, rasgos que han sido sintetizados en la “problemática del subdesarrollo” (Kingman 1998: 73) que no sería una simple secuela de la urbanización sino un tipo específico de ella, aunque para el caso de Guayaquil parece más realista denominarlo de “suburbanización”.

Una de las características más sobresalientes de Guayaquil es su alto grado de segregación urbana. De manera general pueden distinguirse en su estructura dos tipos de zonas o sectores claramente diferenciados: una, compuesta por la zona central y barrios residenciales; y, otra conformada por zonas periféricas o urbano marginales denominadas barrios suburbanos o sectores populares. Cada una de estas zonas o sectores tiene su propia trayectoria y ha sido producida en distintas coyunturas, generando distintas condiciones de vida para sus habitantes. (Rojas; Villavicencio, 1988) (INEC 1996: 51-53)

Así, las áreas centrales y los barrios residenciales han sido diseñados de acuerdo a normativas urbanas modernas y, aunque con desigualdades entre ellas y muchas deficiencias, cuentan con los servicios urbanos básicos y conforman un medio ecológico mínimamente adecuado atendido, a la vez que controlado, por las autoridades municipales y habitado mayoritariamente por grupos sociales de medianos y altos ingresos.

Las áreas marginales en cambio, han sido producidas mediante invasiones (ocupación de hecho de terrenos por parte de la población) sin seguir las normas urbanas modernas sino las que circunstancialmente diseñaban y ejecutaban sus gestores.

Las áreas marginales actualmente están clasificadas por el municipio como áreas consolidadas y no consolidadas. Las áreas no consolidadas son las que no cuentan con algunos de los servicios urbanos básicos y conforman medios ecológicos inadecuados, no atendidos ni controlados en primera instancia por las autoridades municipales y habitados por grupos sociales de medianos y bajos ingresos. Las áreas no consolidadas tienen, desde 1994, un control relativo del municipio, especialmente en lo que se refiere a registros catastrales, permisos de construcción y otras normativas bajo el control municipal, incluida la higiene.

En su trayectoria, cada una de estas áreas creció con ritmos diferentes dependiendo de las coyunturas no solo locales si no nacionales y hasta mundiales. Las épocas de bonanza exportadora bananera y petrolera así como las de desarrollo de la industrialización por sustitución de importaciones, generaron crecimiento de la

población suburbana por la vía de la migración, primero inter regional (sierra-costa) y luego intra regional (costa-costa).

En estas épocas Guayaquil recibió migrantes en razón de su condición de capital económica, centro comercial y financiero y centro de incipiente industrialización, más dinámico que el resto del país, cuestión que sólo tuvo una relativa pausa cuando la exportación petrolera favoreció el desarrollo de otros polos urbanos -Quito, principalmente-, pero también algunas ciudades intermedias (Carrión, 1986) y regionales (la sierra y el resto de la costa).

Paradójicamente, las épocas de crisis de las exportaciones alimentaron también ese crecimiento, sobre todo porque produjeron un cierto despoblamiento del campo lo que principalizó la migración campo-ciudad. Además, ya desde la década de los setenta, se producen importantes desplazamientos intraurbanos por lo que sectores como el Guasmo nacen y crecen como asentamientos de una población que proviene, en buena medida, del centro y del suburbio tradicional de la propia ciudad de Guayaquil, formando de esta manera un nuevo suburbio (CES, 1984).

En los últimos años, la crisis de la agricultura tradicional y los efectos combinados del fenómeno de El Niño, la caída de las exportaciones y el colapso bancario han agudizado tanto la migración campo-ciudad intraregional como la movilidad intraurbana. Todo esto se manifiesta en el crecimiento de la ciudad mediante invasiones de áreas ubicadas al norte y oeste de la ciudad, cuyos gestores aprovechan las facilidades que prestan la vía perimetral y las políticas (o falta de

ellas) partidarias, municipales¹ y estatales, respecto al desarrollo urbano (INEC 1996: 52).

En la actualidad, la población de los dos tipos de áreas se reparte a partes casi iguales en la ciudad. La población suburbana abarca un poco más de la mitad de una población total de Guayaquil que se estima en casi dos millones y medio de personas.

1.2. El contexto ecológico, social y epidemiológico

El clima, caracterizado como tropical húmedo, presenta dos períodos diferenciados a lo largo del año: de diciembre a abril, conocido como invierno, con lluvias fuertes y temperaturas promedio de 35 grados centígrados; y, de mayo a noviembre, conocido como verano, relativamente seco con temperaturas de 25 grados centígrados en promedio (Cañizares et al 1995: 20).

El suelo donde se asientan las áreas marginales es el resultado de un largo proceso de relleno: con material pétreo procedente de los cerros aledaños a la ciudad, con basura y con arena. El nivel freático se encuentra muy próximo a la superficie, lo que dificulta la realización de obras de infraestructura sanitaria y la construcción en altura.

¹ Actualmente tanto las áreas marginales consolidadas como las no consolidadas forman parte de un programa de legalización de tierras que lleva adelante la administración municipal y que registra y da certificados de posesión y escrituras de propiedad, otorga permisos de construcción y establece zonas de afectación en las que no puede levantarse ninguna edificación o, de existir alguna, se paraliza la entrega de escrituras hasta no aclarar si esa zona pasa a ser expropiada o se realizan en ella obras para integrarla al área urbana en mejores condiciones. El programa avanza con lentitud debido a problemas de financiamiento.

En la actualidad ese suelo es pantanoso y sometido a la inundación por lluvias en sus sectores sur (Guasmo) y sur-oeste (Febres Cordero, Isla Trinitaria); y, de pequeñas colinas y partes bajas en sus sectores del nor-oeste (Mapasingue, Prosperina, Juan Montalvo, Francisco Jácome 1 y 2, Paraíso de la Flor, Bastión Popular).

Durante el período conocido como invierno, el calor y la humedad se combinan para producir una condición de clima y suelo muy favorable para la presencia de enfermedades tropicales. Esto, aunado con las deficiencias generales en toda la ciudad o ausencias específicas en sus áreas marginales de servicios urbanos básicos² como agua potable, alcantarillado, recolección de basura y pavimentación de calles e interior de las manzanas, potencia las condiciones de un entorno ecológico-social favorable para los brotes epidémicos de cólera y dengue entre otras enfermedades.

Factores culturales de la población como sus costumbres y comportamiento pueden contribuir o contrarrestar al mayor potenciamiento de las epidemias. Si se combinan en una localidad específica las peores condiciones de clima, suelo, servicios básicos, concentración y comportamiento de la población, la situación que se crea es de alto riesgo epidemiológico. Eso es, precisamente lo que, en alguna medida, ha ocurrido en el suburbio de Guayaquil (Ibid: 1).

1.3. El contexto demográfico y cultural en las áreas del estudio

² Según el INEC para 1996 en la ciudad de Guayaquil el 37.22% de la población no disponía de servicio de agua potable; el 47.02% no disponía de servicio de alcantarillado; y, el 45.64% no disponía de servicio de recolección de basura. Es evidente que esa población residía en los sectores urbano marginales.

En cuanto a las características de la población en el conjunto de las áreas de estudio y en cada área en particular, mediante encuesta se estableció que la gran mayoría de las madres de familia que en aquéllas habita, es de origen costeño. Tan solo el 7.7% de ellas han nacido en la sierra, el oriente o fuera del país. De las nacidas en la costa, cuatro de cada diez nacieron en la ciudad de Guayaquil y de las nacidas en otras provincias de la costa, cuatro de cada diez en la provincia de Manabí.

Al ser analizada por zonas la procedencia de las madres presentó una diferencia marcada: en la zona antigua (área de Febres-Cordero que se originó en la década de los treinta y creció hasta la de los setenta en la que se saturó), seis de cada diez mujeres nacieron en Guayaquil; en cambio, en la zona intermedia (área del Guasmo originada en la década de los setenta y que se saturó a fines de los ochenta) esa proporción es menor, un 46.7%; y, en la zona de más reciente asentamiento (área de Paraíso de la Flor conformada en los ochenta y actualmente en pleno crecimiento), es mucho menor aún, tan sólo de 18.3%.

De las madres migrantes, cerca del 60 % viven en Guayaquil desde hace diez años o más; una minoría de ellas, un 5.9% indicó que vive en la ciudad menos de un año. Al analizar por zona se encuentra que en la más antigua, como era de esperar, ocho de cada diez mujeres viven más de diez años, casi igual que en la zona intermedia 76%, mientras que en la zona nueva apenas dos de cada diez están en esa condición.

En cuanto a la escolaridad, más de la mitad de las madres tiene escolaridad baja y mediana, esto es, han cursado primaria y secundaria incompleta o completa, pero la instrucción superior completa e incompleta es muy escasa. El analfabetismo alcanza a un 4.9%. En este aspecto no hay mayor diferencia entre zonas. Sin embargo, las madres de la zona antigua son un poco más instruidas que las de las otras áreas.

La relación con el mercado laboral involucra al 40% de las mujeres encuestadas que encuentran ocupación sobre todo en el sector servicios y bajo relaciones de dependencia o por cuenta propia, informales en ambos casos. De estas mujeres, el 30% trabaja más de ocho horas diarias y entre seis y siete días a la semana. Las mujeres de la zona antigua son las que menos se articulan al mercado laboral, sin embargo, las que trabajan, en su mayoría lo hacen siete días a la semana.

En lo que toca a la estructura familiar se encontró que el tipo de familia nuclear, compuesto de padre, madre e hijos es el predominante y alcanza al 65.6% del total de familias; el tipo ampliado de familia, compuesto por miembros de tres generaciones o más, se encuentra en menor proporción, un 15%³. Además, un 11% de las familias tienen como jefe de hogar a la madre. En la zona nueva se encuentra un mayor porcentaje de hogares en los que la madre es la jefe de hogar y también mayor número de familias ampliadas.

La participación de las encuestadas en algún tipo de organización barrial es muy escasa, apenas un 3% de ellas la declara.

³ Estudios sobre la familia realizados con distintas metodologías presentan distintos resultados respecto a la estructura familiar en los sectores urbano marginales de Guayaquil, ver: García, M.; Mauro, A. 1992 pp. 24-26;

Resumiendo: se trata de una población en la que pese a que el componente local es alto, un poco más de 40%, resulta minoritario frente al componente migrante que alcanza casi un 60%. La parte migrante de la población proviene mayoritariamente de la costa, especialmente de las provincias de Manabí y Los Ríos y se concentra en mayor proporción en la zona nor-oeste, la de los nuevos asentamientos. La migración serrana y de otras regiones casi no tiene ningún peso social. Se trata de una población migrante con un promedio alto de años de residencia en la ciudad aunque esta característica varíe también de acuerdo a la antigüedad del asentamiento.

La escolaridad de la población y su participación en el mercado laboral es menor a la del conjunto de la ciudad; su relación de producción es mayoritariamente informal y con sobrecarga de horas laboradas. La organización familiar predominante es la nuclear aunque hay una relativamente fuerte presencia de la familia ampliada y de familias con jefatura femenina. Estas condiciones de vida que podrían ser caracterizadas como de "precariedad estructuralmente inducida" (Menéndez, 1986: 93-94), tienden a ser más frecuentes en los nuevos asentamientos.

Todo esto puede considerarse como un marco integrador de socialización básica y secundaria, de carácter urbano y específicamente guayaquileño, heterogéneo por su composición socio-cultural pero compartido en cierta medida por la mayoría de la población de las áreas marginales que hacen de sus barrios un escenario de aprendizaje y formación social y política y no un mero espacio físico-ecológico (Ibid: 44).

CAPITULO II

EL PROBLEMA Y SU ENFOQUE

“... sería ya un progreso considerable el hacer preceder todo discurso teórico [savant] sobre el mundo social de un signo que se leyera ‘todo sucede como si...’...”

Pierre Bourdieu. *El sentido práctico*. P. 53

2.1. Antecedentes sobre dengue y cólera en el Ecuador

En el Ecuador existe un registro de enfermedades de notificación obligatoria que permite a las autoridades de salud pública conocer la incidencia de las principales causas de morbilidad. Entre esas enfermedades destacan el cólera⁴ y el dengue⁵ que para 1998 se ubicaron en quinto y sexto lugar de mayor incidencia a escala nacional y en tercero y cuarto para la costa, respectivamente (MSP 1999: 6).

Desde 1.988, año de la gran epidemia de dengue clásico en Guayaquil, esa enfermedad ha estado presente en el Ecuador de manera continua. La epidemia se transformó en endemia⁶ y ha afectado ya a más de un millón de personas, especialmente en la costa, lo que ha producido un grave impacto no sólo en la salud

en ese contexto sociourbano.

⁴ Desde el punto de vista de la medicina occidental que será el que se usará para definir las enfermedades al menos que se indique lo contrario “El cólera es una infección intestinal aguda, grave, que se caracteriza por la aparición de evacuaciones diarreicas abundantes, con vómito y deshidratación que puede llevar al paciente a la acidosis y colapso circulatorio en el término de 24 horas y en los casos no tratados puede ocasionar la muerte. Es causado por un agente infeccioso; se trata de un bacilo aeróbio, Gram negativo, con un sólo flagelo que le da gran movilidad llamado *Vibrio cholerae*.” (<http://www.drscope.com/privados/consulta/colera/index.html>. 1999)

⁵ “El dengue es una enfermedad causada por cualquiera de cuatro virus estrechamente relacionados (DEN-1, DEN-2, DEN-3 o DEN-4). Los virus son transmitidos a los humanos por la picada de un mosquito infectado. El mosquito *Aedes aegypti* es el trasmisor o vector de los virus del dengue más importante en el hemisferio occidental.” (<http://www.infomed.es/cear/malocclus.html>. 1999)

⁶ Se denomina epidemia a una enfermedad que por alguna temporada aflige a un pueblo o comarca, afectando simultáneamente a un gran número de personas; y, endemia a una enfermedad que aflige permanentemente o en épocas fijas a ese pueblo o comarca.

de la población, sino también en los servicios de salud y en las actividades productivas y económicas de la región.

En la actualidad la situación es crítica, ya que existe la posibilidad de una epidemia de dengue hemorrágico -que a diferencia del clásico, es mortal-, especialmente para los sectores urbano marginales de la ciudad de Guayaquil, que son los que enfrentan situaciones de mayor riesgo.

El cólera se introdujo al Ecuador por la provincia de El Oro en marzo de 1991. A esa provincia llegó procedente de Perú, país al que, a su vez, llegó mediante el arribo de marineros chinos afectados por esa enfermedad que, poco antes, desembarcaron en Chimbote (Graupner 1991: 11).

Luego de su entrada al país el cólera se propagó rápidamente a otras provincias, especialmente a la del Guayas y en particular a Guayaquil donde se produjo una epidemia que afectó a cientos de miles de personas (Cifuentes; Sola 1992: 36). En la actualidad se ha transformado en una endemia presente no sólo en la región costa sino también en ciertas localidades de la sierra y el oriente (MSP 1999: 7-8).

Al momento de sus primeros brotes epidémicos tanto el dengue como el cólera se consideraron enfermedades nuevas en el país. El cólera se recordaba como la "peste" que azotaba de tiempo en tiempo a Guayaquil pero que había sido erradicado hacia fines del siglo pasado por lo que para la generación actual era, de hecho, desconocida. El dengue, en cambio, no se había presentado antes.

Las primeras reacciones de las autoridades de salud pública fueron de virtual pánico porque no había experiencia ecuatoriana reciente de cómo tratar con epidemias de esa magnitud. Entre la población circuló una serie de rumores sobre la peligrosidad de las dos epidemias lo que produjo mucho temor en los sectores populares asentados en las áreas marginales de Guayaquil, espacios urbanos donde se concentraba el mayor número de personas afectadas por esas nuevas enfermedades debido a las condiciones ecológicas, sociales y culturales ya mencionadas.

La experiencia internacional, sin embargo, era ya considerable especialmente en regiones del mundo como las asiáticas donde el cólera es una endemia que nunca ha sido erradicada y en regiones tropicales, sobre todo en sus áreas urbanas, donde el dengue ha sido un peligro permanente debido a la presencia del mosquito *Aedes Aegypti*.

Esa experiencia indicaba que la clave para combatir el cólera se tendría que centrar en el tratamiento del agua para beber y que para combatir el dengue, en cambio, la clave era evitar la proliferación del *Aedes*. Ambas acciones dependían del comportamiento de la población ya que se realizarían en el marco de su actividad cotidiana intradomiciliar y en su entorno físico inmediato.

Fue así como las acciones de comunicación para informar y persuadir a la población de las áreas más afectadas o en mayor riesgo de serlo, acerca de la necesidad de poner en práctica una serie de medidas de prevención, se convirtieron en los principales recursos para combatir las epidemias de dengue clásico y cólera. En

estas circunstancias el Ministerio de Salud Pública (MSP) en coordinación con otros organismos públicos y privados desarrolló sus campañas informativas.

2.2. Las medidas de salud pública para combatir el cólera y el dengue

Son conocidos los esfuerzos de las autoridades de salud pública para enfrentar las epidemias de cólera y dengue. En particular interesa analizar las campañas de prevención de esas enfermedades que incluyeron la difusión de mensajes a través de los medios de comunicación masiva.

Los mensajes tenían que ver con una serie de medidas preventivas que la población debía practicar, entre las que resaltamos para el caso del cólera: hervir el agua para consumo humano, tomar agua hervida, lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño; y, para el caso del dengue: usar abate en el agua para consumo humano, mantener tapado el tanque de agua, limpiar el patio, evitando la presencia de recipientes que puedan contener agua, facilitar la fumigación pública.

En conjunto, el cumplimiento de estas medidas preventivas implicaba cambios en los comportamientos cotidianos de las personas y grupos sociales a los que iban dirigidos los mensajes e implicaba, también, procesos de reflexión de esas personas y grupos sociales sobre sus propias razones para comportarse de la forma que lo hacían y sobre las razones que tendrían para alterar sus formas de pensar y de actuar con relación a las medidas que les proponían las autoridades de salud pública.

Se trataba pues, de todo un proceso de cambio cultural en el campo de la salud en la vida cotidiana de la población urbano marginal, campo en el cual el rol de la mujer madre de familia es determinante dadas las relaciones familiares y de género⁷ existentes en esos sectores sociales por lo que una investigación al respecto podía y debía centrarse en ella como actora principal de ese proceso.

2.3. El problema

Estudios realizados mediante encuestas y observaciones directas⁸ permitieron constatar que respecto a las medidas preventivas tanto del dengue como del cólera, el comportamiento de la población era complejo.

Se indagó sobre comportamientos definidos operativamente como declarados, reales y deseados. Comportamientos declarados eran aquellos que se pueden conocer como respuesta a las preguntas de la encuesta; comportamientos reales se consideraron aquellos que se pueden constatar por observación directa; y, comportamientos deseados aquellos que el MSP recomendaba en sus campañas para prevenir el cólera y el dengue.

Los resultados indicaron que los comportamientos declarados por las mujeres madres de familia en las áreas urbano marginales del estudio, eran casi idénticos a los comportamientos deseados por las autoridades de salud pública, pero que, en cambio, los comportamientos reales de la misma población eran muy diferentes a los deseados por el MSP.

⁷ Lo que ha sido señalado por estudios sobre familia y salud en sectores populares, por ejemplo, el realizado para CEPLAES por Mauro, A. (1992).

⁸ Ver: Anexo I. Nota técnica sobre encuesta y observación directa

El análisis estadístico de los resultados de las encuestas y observaciones directas reveló que había muy escasa concordancia entre lo que la población declaraba y lo que efectivamente hacía⁹. Parecía, además, que la población conocía lo que el MSP deseaba que se hiciera. No se trataba, por lo tanto, de ignorancia -en el sentido de no conocimiento- acerca de lo que, a juicio del MSP, se debía hacer para prevenir el cólera y el dengue, de otro modo sus comportamientos declarados no habrían concordado con los comportamientos deseados por el MSP.

Había, pues, que averiguar las razones de esas relaciones desfasadas y para lograrlo, la encuesta y la observación directa ya no resultarían útiles. Tampoco resultaría útil una línea de búsqueda centrada en las virtudes o defectos técnico operativos de las campañas. El reiterado fracaso de éstas llevó a considerar otras opciones, planteando que el comportamiento de la población es parte y consecuencia de sus condiciones económicas y sociales de vida.

Los estudios realizados en esta línea revelaron que, en el caso del cólera, las condiciones económico sociales tenían alguna incidencia y estaban estadísticamente asociadas con los comportamientos reales de la población respecto de las medidas preventivas (Cañizares, et al 1995: 32-42); sin embargo, no ocurre lo mismo en el caso del dengue (Cañizares, et al 1998:e10). En ambos casos, pero sobre todo en el segundo, se encontró que hay factores culturales que podrían ser más relevantes y que, aunque funcionarían conectados con aquéllas,

⁹ Para el caso del cólera : “Se estimó el grado de concordancia entre lo que las madres declararon que hacían y lo observado en el hogar , mediante estadístico Kappa. Los valores de concordancia encontrados son bajos (discrepancia alta), únicamente en el comportamiento de hervir el agua se evidencia que la concordancia es estadísticamente diferente a cero, pero aún así todavía es baja.” (Cañizares, et al. 1995: 30). Para el caso del dengue: “Al realizar la prueba de concordancia entre lo que las mujeres dijeron y lo que realmente ocurre, usando el coeficiente Kappa, se puede observar que los puntajes de concordancia son bajos. En ninguno de los comportamientos se alcanza una alta concordancia.”(Cañizares, R. et al. 1998: 9)

podrían tener eficacia específica y serían susceptibles de abordarse mediante una adecuada investigación.

Se hizo así necesario enrumbar la investigación hacia aspectos claves de la subjetividad de la población urbano marginal. Más precisamente, de las maneras de percibir y valorar las sugerencias de las autoridades de salud pública, de reflexionar sobre sus propios comportamientos, y de construir y usar discursos en el campo de la salud en el (su) mundo de la vida que tienen las mujeres madres de familia de esos sectores sociales. Para lograrlo había que utilizar técnicas de grupos focales, entrevistas e historias de vida¹⁰.

En esta perspectiva se plantearon algunas preguntas:

- ¿Cuáles son y cómo se relacionan los elementos de poder, saber y sentido que manejan las mujeres madres de familia en sus discursos sobre sus propios comportamientos en lo que a medidas preventivas del cólera y dengue, la salud y la vida se refiere?
- ¿Cuál es la lógica, la jerarquía valórica y simbólica implícitas y explícitas en esos discursos?
- ¿Cómo se relacionan esos discursos con el de las autoridades de salud pública?
- ¿Cuáles son las estrategias de acción que se derivan de esos discursos?

¹⁰ Ver Anexo 2: Nota técnica sobre grupos focales, entrevistas e historias de vida.

- ¿Es factible un diálogo entre esos discursos, sus matrices simbólicas y saberes?
Y, si lo es, ¿por qué vías?

2.4. El enfoque teórico metodológico

2.4.1. El debate en el campo de la salud pública

A grandes rasgos la salud pública, tal como ahora se diseña y ejecuta, tiene sus antecedentes en los procesos de constitución de la denominada medicina social ocurridos entre los siglos XVIII y XIX en el contexto del desarrollo de estados absolutistas, revoluciones industriales y urbanización en algunas sociedades europeas.

Foucault (1990: caps. VI, VII, VIII) y otros autores (Varela: Alvarez-Uría 1989; Pinzón et al. 1993: 195) han analizado dichos procesos y establecido su pertinencia para explicar la creciente normatización de los comportamientos de la población para hacer a ésta susceptible de control y uso racional en la producción industrial y la convivencia urbana moderna, para convertirla en conjunto de sujetos-individuos, objeto de acciones de gobierno, determinables por el biopoder y los dispositivos y reglas que permiten ejercerlo.

Las formas históricas concretas de estos procesos fueron diferentes en cada país pero en conjunto configuraron un modelo de salud pública que permitió el registro, vigilancia y control de la población, modelo que se exportó hacia América donde se lo adoptó y, además, extendió en su aplicación hacia ambientes tropicales -lo que

planteaba problemas específicos de conocimiento y acción- y como estrategia y dispositivo de neocolonización por la vía de las políticas higienistas y salubristas civilizatorias pro - occidentales de los nuevos estados criollos en América Latina.

En el plano de las orientaciones académicas que participaron y fundamentaron el desarrollo de la salud pública se encuentra que el llamado modelo Flexner-Welch-Howell, centrado desde el comienzo en la higiene patológica y fisiológica y que incorpora la inmunología después, es el que prevaleció hasta la década de los sesenta.

Con este modelo que puede denominarse epidemiología clásica, bajo predominio y conducción estadounidense, se daba un gran peso a la investigación del comportamiento de vectores, parásitos, bacterias y virus pero no se le concedía ninguna importancia a la investigación del comportamiento humano (Granda 1998: 62) lo que se manifestaba incluso en el curriculum de entonces en las escuelas de epidemiología de América Latina.

En el plano de la estructura social y política este modelo jerarquizaba inflexiblemente al personal que laboraba en los servicios de salud pública y privada. Les concedía a los médicos la preeminencia sobre el resto del personal y sobre los pacientes; al estado, el dominio de la estrategia y las acciones en ese campo en el conjunto de la sociedad (Rojas 1995: 27-30); y, no reconocía ningún otro saber aparte del científico médico-occidental basado en el desarrollo de las propuestas racionalistas, positivistas y naturalistas.

Contra este modelo se levantó la epidemiología crítica latinoamericana que propuso "... comprender los determinantes sociales, económicos y políticos de la enfermedad colectiva... importar el conocimiento y métodos de las ciencias sociales y económicas... [e] interpreta[r] el tiempo en cuanto historia, el lugar como espacio socialmente determinado y [así] la persona adquiere un estatuto económico-social en cuanto clase social..." (Granda *ibid*: 63).

En el Ecuador, aplicando este enfoque crítico, se hicieron muchos avances en las concepciones y prácticas de la salud pública "... encontrando importantes regularidades en la producción y distribución de la enfermedad..." (Granda *ibid*: 63) "... en el afán de analizar la "objetividad estructurada" susceptible de explicaciones histórico-genéticas." (Granda 1995: 26). Los trabajos realizados en la línea del Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS)¹¹ son paradigmáticos de este enfoque crítico y es notable su contribución al desarrollo de la investigación y el conocimiento científicos en el campo de la salud pública en el país e internacionalmente.

La crítica a la epidemiología crítica que se ha adelantado en los últimos años ha partido por señalar que los trabajos de esa corriente "... intentan **explicar** la realidad en su vector pasado-presente, esto es, como cristalización, como determinación, pero no posibilitan **comprender** la realidad como productora, como indeterminación, como espacio potencial para la acción." (Grupo de Desarrollo de la Teoría y Práctica en Salud Pública 1995: 11).

¹¹ Ver, por ejemplo: CEAS 1993; BREILH, J. 1992 a y b; BREILH, J. et al 1990, 1991; BREILH, J. : GRANDA, E. 1989. ESTRELLA, E. 1980.

Asumiendo esta crítica como acertada, se puede decir que, efectivamente, si bien la epidemiología crítica latinoamericana y ecuatoriana logró ampliar la visión acerca de la salud pública, no logró, en cambio, alterar la mirada a la realidad ya que obligaba, a quienes la practicaran, a ver el mundo como dado para siempre y al futuro como pre-dado, pura realización objetiva de determinaciones históricas que no tenía más remedio que llegar a existir en formas y contenidos perfectamente previsibles si se conocían sus leyes de desarrollo.

Esa mirada no podía, en consecuencia, aproximarse ni captar la capacidad de transformación social que se anida en el mundo simbólico, en la construcción de sentido, en los discursos y prácticas de la gente y que exige considerar a la realidad humana como permanente tensión de pasado, presente y futuro, como determinación y potencialidad, como comportamiento previsible e imprevisible, como lucha por realización de distintos mundos posibles, como construcción de historia.

Para superar los límites de la mirada crítica, la crítica actual plantea en el debate epistemológico en salud pública, en concordancia con los debates en curso en la filosofía y las ciencias sociales, la búsqueda de una práctica científica que "... tenga capacidad de conocer las determinaciones pero al mismo tiempo pueda asombrarse ante las indeterminaciones que surgen desde la propia práctica poblacional y comprenderlas..." (Granda 1998: 65).

Se apostaría así por una práctica científica que no sea una servidumbre ante, ni se quede prendada de, una razón instrumental que toma a la población como objeto y le impone su propio sentido, sino que esté abierta a otras opciones de razón que

tomen a la población como sujeto - objeto y respeten -o, al menos, se propongan respetar- su particular construcción de sentido e identidad.

En esta perspectiva es indispensable y conveniente "... partir desde las prácticas, verdades, eticidades e intereses de esa población llana y simple con miras a interpretar dichos saberes preteóricos para ampliar, a través de la ciencia, las posibilidades de llegar a un enriquecimiento de la objetividad, de la politicidad y al fortalecimiento de la personalidad de los individuos que se conforman como actores y avanzan en su constitución de sujetos del conocimiento y de la acción." (Granda ibid: 64).

2.4.2. La aproximación teórico-metodológica para esta investigación

2.4.2.1. Acción comunicativa, mundo de la vida, horizontes de sentido y sujetos.

En este trabajo se entiende a la población como conjunto de sujetos productos y productores de cultura, creadores de sentido mediante la acción comunicativa en el horizonte marcado por su propio mundo de la vida.

La noción de acción comunicativa que se asume es la de un proceso de interacción cooperativo entre sujetos capaces de lenguaje y de acción que entablan una relación intersubjetiva "... en que los participantes se refieren *simultáneamente* a algo en el mundo objetivo, en el mundo social y en el mundo subjetivo..." (Habermas 1992 b: 171) y "... coordinan sin reservas sus planes de acción individual sobre la

base de un consenso comunicativamente alcanzado... [mediante] actos de habla a los que el hablante vincula pretensiones de validez susceptibles de crítica." (Ibid. a: 391).

La acción comunicativa así concebida "... presupone el lenguaje como un medio dentro del cual tiene lugar un tipo de procesos de entendimiento en cuyo transcurso los participantes, al relacionarse con un mundo, se presentan unos frente a otros con pretensiones de validez que pueden ser reconocidas o puestas en cuestión... [y que] los participantes en la interacción movilizan expresamente el potencial de racionalidad... que encierran las tres relaciones del actor con el mundo, con el propósito cooperativamente seguido de llegar a entenderse." (Ibid a: 143)

El entendimiento que se logra mediante la acción comunicativa reclama, como condición de posibilidad, una triple validez para el habla de los participantes: "...verdad para los enunciados o para las presuposiciones de existencia, rectitud para las acciones legítimamente reguladas y para el contexto normativo de éstas y veracidad para las manifestaciones de sus vivencias subjetivas." (Ibid a: 144).

La acción comunicativa es posible, entonces, sólo si los participantes comparten entre sí referentes comunes, si viven en un mismo mundo, su propio mundo de la vida dentro del horizonte de sentido que éste les facilita e impone, ya que "... los agentes comunicativos se mueven siempre *dentro* del horizonte que es su mundo de la vida; de él no pueden salirse." (Ibid b: 179)

2.4.2.3. Discursos y prácticas, poder y saber, lógica práctica

En esta línea conceptual, el discurso y las prácticas de quienes participan en el campo de la salud pública -la población y el MSP, principalmente- pueden y deben ser estudiados como un devenir humano (hecho nuevo que surge de la propia acción del sujeto), un proceso que se desarrolla como "... concrecencia real de muchos potenciales..." (Whitehead 1978: 22; citado por Rojas 1994: 71), concrecencia de posibilidades previas realizadas y posibilidad de nuevas concrecencias producidas por la acción práctica de agentes (Giddens), actores (Bourdieu) o sujetos siempre históricamente situados que crean y manejan estrategias y dispositivos en determinadas relaciones de poder, saber y sentido y no por entidades, sustancias o fuerzas metafísicas.

Para analizar las relaciones de poder y saber en los discursos y las prácticas en salud de las madres de familia de los sectores urbano marginales de Guayaquil se apela a las nociones del discurso como práctica, como medio y fin de las luchas por el poder (Foucault s/f: 12), como dispositivo que atraviesa otros dispositivos donde los sujetos se constituyen (Murillo 1996: 99) y como signos de riqueza y autoridad, capital simbólico que compite en un mercado lingüístico por su reconocimiento y legitimación (Bourdieu 1985: 40-41).

Se apela también a las nociones de la necesaria relación del poder con el saber, del poder como régimen y regimentador de la verdad, como administrador y beneficiario del saber (Foucault 1995: 143-144); de que todo poder genera un contrapoder o

resistencias (ibid 1990:138-139; Bourdieu 1995: 51); y, de que el poder está diseminado en todas las relaciones sociales, por lo que, toda interacción social y toda relación entre personas, grupos, géneros y saberes supone una relación de poder (Elías 1994 a: 53-54), una relación de fuerzas que se ejerce mediante estrategias y dispositivos que las efectivizan en los cuerpos individuales y sociales (Foucault 1987: 113; 1979: 19).

Se considera que las nociones de campo social, habitus y lógica práctica aportadas por Pierre Bourdieu pueden incorporarse y articularse en este marco analítico porque se entiende al sentido como el significado de discursos y prácticas y se hace necesario reconocerle a éstas una lógica propia, lógica práctica distinta de la lógica formal ya que supone el sacrificio del rigor en provecho de la simplicidad y la generalidad; y, a aquéllos, una condición de posibilidad realizada como predisposición para reconocer un campo y actuar en él, socializada e incorporada en los individuos. (Bourdieu 1991: 146; 1995: 83-94).

2.4.2.4. Cultura popular híbrida e identidades

El análisis del discurso y las prácticas de las madres de familia de los sectores urbano marginales de Guayaquil puede hacerse, también, a la luz de las nociones de culturas populares y culturas híbridas (García 1986; 1990) o mestizas (Kingman; Salman 1999: 38-39), así como de sus estrategias para entrar y salir de la modernidad (García ibid). Esto permite una aproximación al tema desde el punto de vista de la o las identidades de la población urbano marginal.

2.4.2.5. Civilización y estructuración social

Las relaciones de poder, saber y sentido que se establecen entre los organismos de salud pública y la población urbano marginal en torno a las medidas de prevención de enfermedades se contextúan en el proceso civilizatorio y en el de estructuración social.

El proceso civilizatorio se entiende como proceso de largo plazo que implica cambios tanto en la emotividad como en las costumbres de las personas y grupos sociales, esto es, que abarca ámbitos objetivos y subjetivos de la realidad humana que aunque tienen una dirección determinada se realizan sin plan previo (Elías 1994 b: 449).

El proceso de estructuración social se asume como proceso de constitución, en la acción humana, de estructuras flexibles y agentes sociales activos que se realiza siempre de manera concreta, esto es, en la contextualidad específica de un espacio - tiempo en el que se incluyen: un escenario social donde interactúan actores copresentes y la comunicación entre ellos; e historicidad, entendida como proceso en el cual la contextualidad se va transformando como producto de la acción de los actores que incorpora el saber sobre sus propias acciones y sus consecuencias mediante la reflexividad que en este enfoque caracteriza la propia acción humana (Giddens 1987;1995).

Los actores, por su parte, se caracterizan por actuar con conciencia práctica, esto es, con un saber que no pueden expresar con palabras pero que no es inconsciente en sentido psicoanalítico; y, con conciencia discursiva, esto es, lo que los actores

son capaces de decir sobre su propia acción incluyendo sus motivaciones y cálculos. En la medida que actores e investigadores compartan el sentido de los acontecimientos, se logrará articular un saber mutuo entre ellos que hará factible definiciones válidas de la actividad social y acuerdos de consenso sobre qué hacer y hacia dónde avanzar (Ibid).

2.5. Consideraciones sobre el método: hermenéutica doble

En el mundo de la vida de la población "... la experiencia cotidiana que a la luz de conceptos teóricos y con la ayuda de instrumentos de medida puede, transformarse en datos científicos, está ya estructurada simbólicamente y no resulta accesible a la simple observación" (Cicourel, mencionado por Habermas 1992 a: 157) por eso, las ciencias sociales requieren comprender primero el objeto simbólicamente estructurado por parte del sujeto, para luego explicarlo teóricamente.

Esto exige una doble hermenéutica: hermenéutica 1 para interpretar el lenguaje de los objetos y de la biología y hermenéutica 0 para interpretar el lenguaje de los sujetos, cuestión en la que con distintos énfasis tienden a concordar las propuestas d Habermas y Giddens de análisis e interpretación social y con la que de manera general es compatible la propuesta de Bourdieu del habitus y la lógica práctica. (Habermas 1992 a y b; Giddens 1987: 151; 1995: 351,396; Bourdieu 1995).

En términos operativos, para estudiar el comportamiento de la población, para estudiar el comportamiento de un grupo local, hace falta un doble trabajo metodológico. Hace falta la hermenéutica 0 que permita comprender a los sujetos;

comprenderlos en su propio mundo de la vida, con su propia estructura simbólica y sus horizontes de sentido, en su propio modo de comportarse y en su propio modo de entender por qué se comportan así.

Si se logra realizar este trabajo metodológico de hermenéutica 0, hace falta entender sus resultados con relación a y en el contexto más global de lo que se denomina el mundo de la ciencia. Esto implica que la lectura que el científico hace del comportamiento de la población aunque debe necesariamente atravesar por la comprensión de la racionalidad de esos sujetos, no puede quedarse en esa racionalidad sino que tiene que enmarcar esa racionalidad en la racionalidad más general, más universalizante de la ciencia. A esto se denomina hermenéutica 1.

Es fundamental comenzar por la hermenéutica 0 para conocer cómo explican los propios sujetos sus comportamientos y entender la racionalidad con que les dan sentido. Luego se avanza con la hermenéutica 1 para que los conocimientos ofrecidos por la ciencia constituida puedan ampliar dicha racionalidad e integrarlos con aquéllos logrados por la precomprensión de los sujetos.

De esta manera el científico puede, a través de su conocimiento, penetrar y ampliar las razones que hacen aparecer las acciones e ideas de los sujetos como racionales, apoyando el entendimiento de lo que pudieron y pueden éstos querer decir y hacer, así como plantear nuevos espacios para construir nuevas propuestas de sentido y cambio en la forma de saber mutuo (Giddens 1995: 398).

Con este enfoque metodológico se analizó las relaciones de poder entre grupos sociales, saberes y géneros, así como el sentido de la salud y de la vida tal como se presentaron en los discursos de las madres de familia y en el contexto urbano marginal de Guayaquil.

Estos discursos se reconstruyeron metodológicamente a partir de los resultados de las encuestas, grupos focales, entrevistas e historias de vida realizadas en distintos momentos entre 1994 y 1999.

El proceso de reconstrucción de los discursos se hizo con el criterio de que todo sucedió como si las encuestas recogieran el discurso para “los otros”, extraños y externos¹²; los grupos focales recogieran un consenso limitado a la dinámica del grupo, “... una apreciación colectiva de determinada situación, una puesta en común si se quiere...” (Ramírez 1995: 40) que combina el discurso para “otras” pero pares con un discurso para sí mismas; y, las entrevistas e historias de vida recogieran el discurso para sí mismas, el que se constituye en su convicción íntima y personal aunque se manifiesta en presencia del entrevistador, esto es, “... frente a un *otro*,... [ante el cual] mantiene[n] su distancia y diferencia”; (Galindo 1998: 245; Rodrigo 1999: 153) pero en el contexto de una interacción interpersonal directa y con mayores posibilidades de exponer sus propias ideas a su propia manera y con su propio lenguaje.

¹² “Una encuesta trabaja con opiniones, aquello que la gente responde ante el estímulo de una pregunta. Las respuestas están cargadas de significados que no se agotan en la respuesta. Forman parte de un contexto simbólico que sólo es posible captarlo, aunque sea de forma parcial, en las asociaciones de significado que se da en el conjunto de información que arroja la encuesta. Estas asociaciones de significado nos permiten conocer el modo en que diversos sujetos sociales construyen de forma simbólica la realidad. Que tales construcciones se conviertan en prácticas específicas, cotidianas que normen su conducta, es otro asunto. Una encuesta poco puede decir sobre esto.” Arcos, C. 1999 : 13-14 .

Esta apreciación, sobre la dirección del discurso que cada técnica permite obtener, no pretende ser absoluta sino simplemente marcar lo que parece ser una tendencia que se presenta en la investigación científica social en general pero que, en todo caso, creemos haberla encontrado en nuestras investigaciones sobre el discurso de las mujeres en el campo de la salud en los sectores urbano marginales de Guayaquil.

RELACIONES DE PODER ENTRE GRUPOS SOCIALES EN LOS DISCURSOS DE LAS MADRES DE FAMILIA DE LOS SECTORES URBANO MARGINALES DE GUAYAQUIL

“...En muchos casos, el oprimido no puede hablar con franqueza. Debido precisamente a su opresión, la gente subordinada evita con frecuencia el discurso literal directo. Adoptan modos más oblicuos, con dobles significados, metáforas, ironía y humor.”

Renato Rosaldo. *Cultura y verdad. Nueva propuesta de análisis social*. 1991: 175

3.1. El poder como relación social

En la propuesta foucaultiana, la aproximación al análisis del poder pasa por un esfuerzo previo para redefinir éste en oposición a quienes lo consideraban una substancia, atributo o propiedad de algún sujeto, algo que ese sujeto podría transmitir o que se le podría arrebatar, algo que tenía una ubicación y se podía tomar y usar como instrumento para dominar o para destruir la dominación, algo en fin, que se ubicaba como epifenómeno de las relaciones económicas (Foucault 1979: 133-137; 1988: 3-7).

Así, resulta que para Foucault el poder es “... un tipo particular de relaciones entre individuos... El rasgo distintivo del poder es que algunos hombres pueden, más o menos, determinar por completo la conducta de otros hombres, pero jamás de manera exhaustiva o coercitiva... No hay poder sin que haya rechazo o rebelión en potencia” (Foucault 1990: 138-139).

Una consecuencia de esto es que "... no existe algo llamado el Poder, o el poder, que existiría universalmente, en forma masiva o difusa, concentrado o distribuido. Solo existe el poder que ejercen "unos" sobre "otros". El poder sólo existe en **acto**... en el fondo el poder es... una cuestión de gobierno... Gobernar, en este sentido, es estructurar el campo de acción de los otros." (Foucault 1988: 14-15). Por eso, lo que procede al analizar el poder es preguntarse: ¿cómo se ejerce el poder de unos sobre otros?

Si el poder es una relación, ésta relación debe entenderse como multiplicidad de relaciones de fuerzas que son muy inestables porque, en el juego de luchas y enfrentamientos sociales, esas relaciones de fuerzas se transforman o mantienen, por medio de rupturas o refuerzos mutuos que forman cadenas o sistema pero que siempre son ejercicios de poder de unos individuos sobre otros. Debe entenderse, también, como las estrategias, tácticas y dispositivos que tornan efectivas a las relaciones de poder, cuyo dibujo general o cristalización institucional toma forma en los aparatos del Estado, en la formulación de la ley, en las hegemonías sociales (Foucault 1987: 113).

Así considerado, las condiciones de posibilidad del poder, no deben buscarse "... en la existencia primera de un punto central, en un foco único de soberanía del cual irradiarían formas derivadas y descendientes; son los pedestales móviles de las relaciones de fuerzas los que sin cesar inducen, por su desigualdad, estados de poder, pero siempre locales e inestables." (Ibid: 113).

Como el poder no es posesión de ningún soberano y se realiza como acto, no debe ser concebido como algo unitario, un gran poder, sino que debe ser considerado como micropoderes que se ejercen en todo el entramado social. Las relaciones de poder son, pues, inmanentes a toda relación social; son "... coextensivas al cuerpo social..." (Foucault 1979: 170).

Las relaciones de poder son, a la vez, intencionales y no subjetivas. Son intencionales en la medida en que están atravesadas de parte a parte, por un cálculo, porque se ejercen con cierta mira y objetivos; son no subjetivas porque no resultan de la opción o decisión individual o de grupo (Ibid 115). Entre los objetivos pensados y las prácticas realizadas se encuentra un "relleno estratégico" que hace que las relaciones sociales funcionen por una adecuación mutua en el comportamiento de todos los actores.

De lo que se trata, entonces, es de analizar el poder "... en sus extremidades, en sus terminaciones..." (Foucault 1993: 26), en su ejercicio práctico, en el punto preciso en que la interacción social se produce, en el que se vinculan individuos concretos, históricamente situados y dotados de fundamentos y motivos para actuar (Giddens 1995: 43).

En esta perspectiva, "... el individuo no es lo dado sobre el que se ejerce y se aferra el poder. El individuo con sus características, su identidad, en su hilvanado consigo mismo, es el producto de una relación de poder que se ejerce sobre los cuerpos, las multiplicidades, los movimientos, los deseos, las fuerzas." (Foucault 1979: 120).

Así, pues, el poder no “sujeta” a unos sujetos con características preexistentes y predeterminadas, no es solamente una relación represiva o coactiva sino que es, también, “... activo y constructivo, en el sentido de que insinúa, alienta, a través de ideales, convicciones y deseos... más que “sujetar” sujetos, los “fabrica”, a través de dispositivos como la familia, la sexualidad, el trabajo, etc.” (Murillo 1996: 71).

Al interactuar socialmente, los individuos ejercen alguna relación de poder y el hecho de que otros ejerzan poder sobre ellos no implica que no tengan sus espacios de desenvolvimiento, de acción social, y que no puedan desplegar algún posible juego de respuestas, “... lo que define una relación de poder es que es un modo de acción que no actúa de manera directa e inmediata sobre los otros sino que actúa sobre sus acciones... se articula sobre dos elementos, ambos indispensables... que el “otro” (aquél sobre el cual ésta se ejerce) sea totalmente reconocido... y que se abra, frente a la relación de poder, todo un campo de respuestas, reacciones, efectos y posibles invenciones... El ejercicio del poder... siempre es una manera de actuar sobre un sujeto actuante o sobre sujetos actuantes, en tanto que actúan o son susceptibles de actuar... El poder se ejerce únicamente sobre “sujetos libres” y sólo en la medida que son “libres”... la relación de poder y la rebeldía de la libertad no pueden, pues, separarse ” (Foucault 1988: 14-16).

En esta perspectiva el sujeto o actor debe ser “... conocedor, activo, que problematiza sus situaciones, procesos de información y genera estrategias para tratar con otros. Esto va igual para individuos o grupos y para poderosos o débiles.” (Long 1989: 222-223).

El sujeto, agente o actor social (Giddens 1995; Touraine 1987) actúa dentro de procesos sociales dándoles forma y redefiniendo las relaciones sociales existentes, se constituye "... en base a la producción de específicas prácticas y discursos sociales."(Sánchez 1993: 6) Así, todos los actores, sin excepción, ejercen alguna clase de poder. No se puede hablar, entonces, de dominadores y dominados absolutos, es mejor entender las relaciones de poder como "... una máquina en la que todo el mundo está aprisionado, tanto los que ejercen el poder como aquéllos sobre los que el poder se ejerce... una maquinaria de la que nadie es titular." (Foucault 1989:18-19).

El poder es omnipresente "... porque se está produciendo a cada instante, en todos los puntos, o más bien en toda relación de un punto con otro... está en todas partes... no es una institución, y no es una estructura, no es cierta potencia de la que algunos estarían dotados: es el nombre que se le presta a una situación estratégica compleja en una sociedad dada." (Foucault 1987: 113).

Desde el punto de vista expuesto y sintetizando, el poder se considera una relación social específica que permite el gobierno de unos sujetos sobre otros de acuerdo a relaciones de fuerzas inestables e históricamente situadas. Que es creativa y no sólo represiva, ya que fabrica a los sujetos mediante su ejercicio a través de dispositivos sociales. Que es inmanente y omnipresente en toda interacción social. Que se ejercita como práctica intencional pero no subjetiva y tiene sentido sólo si se procesa como relación entre individuos libres lo que la convierte en una relación agónica entre poder y libertad y hace que si bien no existe relación social sin poder tampoco existe poder sin resistencia.

3.2. Relaciones de poder en el discurso de las mujeres madres de familia en el campo de la salud pública

Ya se mencionó que las encuestas revelaron un comportamiento declarado de las mujeres en cuanto a la aceptación y puesta en práctica de las medidas de prevención del cólera y el dengue que se acercaban al cien por cien y que, en consecuencia, concordaban casi perfectamente con el comportamiento deseado por el MSP y sugerido en los mensajes de sus campañas a través de los medios de comunicación masiva y su red de centros de salud.

Se mencionó, también, que las observaciones directas realizadas en una muestra de los hogares encuestados puso en evidencia, sin embargo, que el comportamiento real de esa población, de manera sistemática, no concordaba con las declaraciones.

La averiguación acerca de qué razones argumenta la población para explicar a otros y explicarse a sí misma la discrepancia entre lo que dice y hace y para hacer lo que hace respecto a las medidas de prevención del cólera y el dengue, llevó a plantear el asunto a consideración de mujeres madres de familia que habían sido encuestadas y observadas en las zonas del estudio.

Entre estas mujeres, la argumentación más repetida fue que habían declarado algo que no hacían, por la simple y llana razón de guardar las apariencias; y, que no hacían lo que declaraban, esto es, que hacían lo que hacían, principalmente porque eran irresponsables, quemeimportistas, ociosas y dejadas.

3.2.1. Es preferible aparentar...

Cuando se pidió a las mujeres urbano marginales una explicación de por qué ellas trataban de aparentar, el comentario fue que, con relación a la vida en general lo hacían por quedar bien ante los demás y que específicamente para los casos que se pedía que los comenten, esto es, en relación con la salud pública, podía ser, unas veces:

... por quedar bien, por compromiso. Cuando llega el encuestador a casa, no van a quedar mal, a decir que no hacen determinadas cosas, por el contrario, dicen que sí para que el encuestador o la equis persona que les pregunta se lleve una buena impresión.

Otras veces, como expresaron las señoras refiriéndose a la medida de hervir el agua para evitar el cólera:

...usted pregunta: ¿todos hierven el agua? Y dicen: sí, sí, por quedar bien, pero al rato de la hora... por solamente no quedar mal frente a las autoridades y ante las demás personas, ¿no?... o sea, dar una buena imagen frente... hagamos la comparación que estamos en medio de dos autoridades, ¿no? Nosotros queremos quedar bien... decir que somos bien aseados, bien educados, nos cuidamos...

...por quedar bien... por decir que sí cuidan su salud... porque tenemos temores que esas personas que nosotros decimos que no hervimos el agua nos vayan a criticar...

En otros casos la razón puede ser que las señoras aparenten:

...porque sienten vergüenza... y sienten vergüenza de ver que no hiervo [el agua]... para no sentir esa vergüenza, lo más práctico dice sí, sí la hiervo... porque muchas veces hay doctores que son bastante fuertes y cuando uno lleva un paciente enfermo... dicen: ¡Pero señora, si usted ya sabe que hay que hervir el agua!... para evitarse que el doctor le dé una sermoneada...
... también por vergüenza. Resulta que cuando van a hacerle la pregunta a casa o cuando le hacen la pregunta en el Centro Médico, hay siempre

personas a su alrededor, cuando le hacen la pregunta ella no va a caer en vergüenza delante de las personas que la conocen

Incluso puede ser:

... por el temor o el miedo a que la reten, sobre todo a que la repelen porque, generalmente, el médico adopta una actitud bastante superior y la hace pasar vergüenza y por eso no va a ser sincera con el médico o con el encuestador, porque siente que puede retarla, entonces, por orgullo propio no lo hará.

... para evitar que le estén llamando la atención... entonces hay madres que sabemos que nos van a llamar la atención y mejor decimos que sí hervimos el agua.

Quedar bien, causar buena impresión, vergüenza ante sus pares y temor ante las reacciones de alguien superior o fuerte que las puede retar o repelar, son argumentos que, en el contexto urbano marginal de Guayaquil, tienen interesantes implicaciones si se analizan como elementos de relaciones de poder entre individuos y grupos sociales. Ponen en evidencia el carácter asimétrico de esas relaciones entre las mujeres madres de familia de la población urbano marginal y el personal técnico de salud pública y los encuestadores.

Los médicos, que son los mencionados por las señoras en este caso, son asumidos como personas que adoptan una actitud "superior", son muy "fuertes" y esperan de ellos acciones de sanción, no de comprensión o explicación, mucho menos de solidaridad. Ellas mismas, por otra parte, se asumen como víctimas potenciales de un maltrato que deberían y tendrían que soportar, pero no se consideran víctimas inocentes porque no han hecho lo que debían hacer.

Es una asimetría que parece ser asumida sin cuestionamiento, al menos sin cuestionamiento discursivo explícito; como algo dado, establecido, natural, que ha

sido así desde siempre y que tiene que seguir siendo así para siempre. Algo que está ahí sin que ellas lo hayan pedido y sin que tampoco puedan evitarlo, algo con lo que, quieran o no, se han acostumbrado a vivir.

Frente al médico, por lo tanto -parece ser el razonamiento de las señoras- es conveniente disimular, es preferible no decir la verdad, ocultar lo que se hace y declarar lo que no se hace. Declarar lo que se sabe que él cree que se debe hacer, porque se calcula que eso es lo que espera escuchar y es mejor darle gusto para quedar bien con él y para no ser sancionada por él.

Frente a los encuestadores la declaración parece no tener como fuente el temor a la sanción, al menos no directamente, pero sí el deseo de quedar bien, de causarle buena impresión, de no quedar como ignorante respecto a lo que el MSP, los médicos y las promotoras de salud indican que se debe hacer para prevenir algunas enfermedades.

¿Por qué las mujeres madres de familia urbano marginales de Guayaquil se posicionan de esa manera ante quienes, de alguna manera, representan ante ellas a instituciones de servicio social, público, sin fines de lucro? ¿Se puede entender como estrategia, o, es simplemente el fruto de repentinas y casuales decisiones sobre su manera de comportarse?

Todo sucede como si el comportamiento de las señoras obedeciera a una estrategia que buscase ofrecer una respuesta aceptable ante requerimientos que, dadas sus condiciones sociales de pobladoras de un área urbano marginal, pertenecientes a

alguna cooperativa de vivienda o a alguna organización pro mejoras barriales y, usuarias de los servicios que ofrecen los Centro de Salud del MSP, resultan muy difíciles de evadir o rechazar.

Se trataría de un patrón de comportamiento -el aparentar- que permitiría satisfacer demandas de respuesta y conocimiento que organizaciones sociales como la Universidad Católica (que para el caso hacía la encuesta) y el MSP (a cuyo personal médico se referían) les hacen, mediante un procedimiento que no les cuesta nada, les permite evitar los riesgos de ser sancionadas y precautelar, al mismo tiempo, la posibilidad de lograr algún beneficio moral (causar buena impresión) o material (atención médica cuando la necesite) inmediato y salvaguardar la posibilidad de algún otro beneficio a mediano o largo plazo.

No es desdeñable, en este contexto, el beneficio de quedar bien con dirigentes comunitarios o promotores diversos que generalmente actúan como intermediarios en las interacciones entre la población y los organismos de salud pública y los investigadores universitarios y que, parecen estar más interesados que el mismo personal de salud, en que las señoras colaboren en los estudios y asistan a los centros de salud y hacen todo lo que pueden para que eso suceda. Este tipo de relación entre dirigentes, promotores de programas y bases de las organizaciones comunitarias genera compromisos e intereses comunes entre esos actores sociales.

Para las bases, esto es, para la población urbano marginal, esto se traduce en expectativas de beneficios potenciales para conseguir los cuales les luce evidente que deben y tienen que colaborar contestando las preguntas de la encuesta por

ejemplo y, además, contestándolas bien para no hacer quedar mal al dirigente o a la promotora y ya no sólo para no quedar mal la persona que contesta.

Así, en la perspectiva de las señoras, aparentar no tiene que ver con hipocresía o mentira, no se trataría de un problema de moral. Sería una forma, adecuada y pragmática, de resolver algunos problemas que, de no ser resueltos de esa manera, les traerían complicaciones a su existencia cotidiana ya que las pondrían en múltiples conflictos no sólo con médicos y encuestadores, sino también, con sus propios dirigentes, promotores y vecinos. Conflictos que, de producirse, las colocarían en situación de sufrir perjuicios morales y materiales, imaginarios o reales, que las afectarían no solo individual sino también colectivamente.

La relación con médicos y encuestadores es una relación que, al parecer, es percibida por las señoras como una relación con actores sociales que, como al fin y al cabo no conviven con ellas, no forman parte de su "nosotros", esto es, no son parte de un juego identitario que las considere como si fueran prolongaciones de sí mismas, de su propia identidad particular.

No hay, entonces, la posibilidad de que se produzca una integración que permitiría que los sentimientos referidos a ese "nosotros" puedan ser tomados como sentimientos referidos a ellas mismas, y, en cuanto tales, motivadores de los mayores sacrificios. (Heller 1977: 45, 87)

De esta manera, esos actores pueden ser percibidos como "otros" y extraños, como funcionarios de un sistema que interviene en sus vidas -en su mundo de la vida- de modo más o menos impersonal, representando instituciones sociales a las que se

debe atender porque no hay más remedio debido a que su presencia se impone, sin consulta, ni preparación, ni aprobación previa, como parte de la organización del estado y la sociedad, como mecanismo de un dispositivo social, de un diagrama de poder.

También debido a que, si llega a haber alguna necesidad, se les puede demandar algún servicio, lo que las condiciones generales de un entorno urbano marginal carente de servicios básicos y con las nociones políticas generalmente aceptadas entre las señoras¹³, convierten en un bien potencial de cierta importancia en sus expectativas de futuro¹⁴.

La relación con dirigentes, promotores y vecinos, en cambio, parece ser percibida como una relación con “otros” de distinto tipo. Se trataría de otros que, como conviven en su mundo de la vida, comparten su propio horizonte de sentido y forman parte de su “nosotros”, serían “otros” pero pares, al menos respecto a ciertos aspectos de su vida cotidiana, en especial aquéllos orientados a la convivencia colectiva y a la relación con la institucionalidad de la ciudad y el estado.

Una muy extendida noción de privacidad de la familia respecto a la comunidad barrial lleva a mantener reserva ante esos “otros” pares pero esas relaciones adquieren, también, rasgos de compromiso y complicidad percibidos como virtudes de la población ante los “otros” extraños y superiores, como autodefensa mutua ante posibles sanciones morales o materiales, como concertación de imágenes y

¹³ Nos referimos al llamado “populismo” con sus rasgos caudillistas y clientelares y que, en el caso de Guayaquil, y en especial sus sectores urbano marginales constituye toda una cultura o, al menos, una tradición política.

¹⁴ En este punto es interesante anotar que luego de las sesiones de grupos focales era común que las participantes solicitaran charlas o cursos al personal investigador.

voluntades para lograr algún beneficio colectivo, como “viveza” intersubjetivamente construida y legitimada, una ética pragmática y eficaz.

En el contexto urbano marginal, las condiciones materiales y las formas de socialización política predominantes se conjugan en imaginarios en los que el compromiso y la complicidad de los pares resultan esenciales para convivir cotidianamente, ya sea para disponer de fuerza para lograr la realización de expectativas de algún progreso en la dotación de servicios básicos; ya sea, a veces, para simplemente convivir en relativa armonía con los vecinos.

El discurso de las señoras se puede calificar de estratégico en la medida que hablando reflexivamente, esto es, procurando explicarlo, ellas lo presentan como necesario y conveniente en ciertas circunstancias y con objetivos muy claros desde su punto de vista.

En esa estrategia parece estar implícita una actitud ante el “otro” extraño, muy cerrada y muy desconfiada que se revela con miradas y gestos de incomodidad y con autorestricciones en el uso de la palabra, con respuestas imprecisas y exploratorias, con un afán de no contradecirlo, de no darle oportunidad ni pretexto para que las traten mal.

Con esa orientación estratégica, las señoras tratarían de construir, deliberadamente, un discurso que aparente un consenso, un discurso para los otros con quienes no se constituiría ni se desearía constituir un nosotros. Un discurso de la simulación legitimado por una ética de la viveza como fundamento de un “nosotros” para defenderse de los “otros” extraños, un ejercicio de resguardo de identidad.

Ante los "otros" pares la actitud implícita parece ser, en cambio, reservada e interesada, lo que se revela en menores restricciones comunicativas, mayores posibilidades de generar consensos, menor temor de maltrato, mucha apertura a prácticas de complicidad y, a veces, cierto grado de confianza y solidaridad mutuas.

Reserva e interés personal y familiar se traducirían en prudencia en la interacción con vecinos y dirigentes barriales para construir compromisos y complicidades que constituirían un "nosotros" legitimado por la ética de la viveza y concebido como necesario para defenderse de los "otros" extraños pero, también, para arrancarles a esos mismos "otros" extraños, algún bien valóricamente estimado como positivo a cambio de nada en términos monetarios y de algo de su tiempo y de su capacidad de actuación.

Estaríamos, pues, en presencia de una estrategia que, al parecer, sería concebida y practicada principalmente como defensiva pero que contendría elementos de estrategia ofensiva. El doble carácter de esa estrategia orientaría las acciones de las señoras hacia dos objetivos: por un lado, evitar el enfrentamiento discursivo directo con el personal de salud pública o con los investigadores sociales, mediante tácticas como las de apostar por la opacidad discursiva, por el silencio para la palabra propia y la reproducción de la palabra ajena; y, por otro lado, conservar o ganar acceso a potenciales beneficios materiales y morales mediante tácticas como las de colaborar con sus pares y responder adecuadamente a los requerimientos de los otros extraños.

El discurso de las mujeres urbano marginales resulta así tener un contenido manifiesto (Rodrigo 1999: 108) cargado de apariencias deliberadamente enunciadas para lograr los efectos analizados.

Al mismo tiempo, parece existir consenso entre estas mujeres acerca de que en el campo de la salud pública la relación de fuerzas es negativa para ellas y que, en consecuencia, esa estrategia es la única opción viable de que disponen, ya que en ningún caso se presentó la opinión o propuesta que fuera posible o conveniente intentar y realizar una estrategia diferente, por ejemplo: declarar lo que en realidad hacen, discutir con el médico argumentando sus propias razones para hacer lo que hacen, rechazar sus pretensiones de autoridad, sus aires de superioridad y sus prácticas sancionadoras.

El análisis de las relaciones de poder, aunque permite establecer indudablemente su carácter asimétrico con un polo grupal dominante: médicos en cuanto agentes del sistema de salud pública; y, un polo grupal dominado: las mujeres madres de familia urbano marginales; también permite establecer el carácter activo de las mujeres en esa relación de poder, no se trata de objetos inertes de la dominación sistémica.

Por el contrario, se comportan como sujetos activos, que perciben claramente el tipo de relaciones en las que participan y se posicionan en un campo de juego de poder (Bourdieu 1995:64-66) y en un mercado de lenguaje (Bourdieu 1985: 53) que saben que no son los suyos, que no dominan, cuyas reglas no han decidido, pero que penetran e imponen su presencia como efectos de poder en su mundo de la vida.

Sin embargo, en su mundo de la vida, ellas se desenvuelven con arreglo a patrones de comportamiento basados en convicciones de fondo aporoblemáticas, asumidas como garantía de entendimiento mutuo con sus pares y con su propia subjetividad, como horizonte de sentido que condiciona la percepción e interpretación de sus experiencias.

Situadas en ese campo, al parecer lo asumen como inevitable por lo que no se niegan a participar en ese juego pero, al mismo tiempo, no se resignan a renunciar a todo interés propio y se comportan de acuerdo a reglas no discutidas con los dominadores del campo y ni siquiera discutidas entre ellas. Estas reglas propias de las mujeres se configuran de manera compleja en su proceso de constitución como sujetos de su mundo de la vida y del mundo colonizado por los sistemas.

Por un lado esas reglas propias resultan de sus habitus, esa historia incorporada o "sistemas de *disposiciones* duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas..." (Bourdieu 1991: 92).

Los habitus incorporados en sus prácticas en el campo de la salud pública o historia objetivada, les han permitido interiorizar "... al término de un prolongado y complejo proceso de condicionamiento, las oportunidades objetivas que les son ofrecidas y saben identificar el porvenir que les corresponde, que está hecho para ell[a]s y para el cual ell[a]s están hech[a]s... mediante anticipaciones prácticas que les permiten reconocer de inmediato aquello que se impone sin mayor deliberación como "lo que

se debe hacer” o “lo que se debe decir”(y que, en retrospectiva aparecerá como “la única opción”)” (Bourdieu 1995: 89-90).

El habitus se vincula así en el juego de poder en el campo de la salud pública, con la violencia simbólica: “... aquella forma de violencia que se ejerce sobre un agente social con la anuencia de éste... [que] se verifica a través de un acto de conocimiento y desconocimiento situado más allá de los controles de la conciencia y la voluntad...” (Bourdieu 1995: 120, 123)

Por otra parte, las reglas también resultan de su capacidad de reflexionar sobre sus acciones e incorporar nuevas experiencias en su mundo de la vida y en su propia acción (Giddens 1987; 1995; Kley Meyer 1973: 253-283), de manejar las apariencias (Albo 1989), de persistir o adaptarse, de cambiar si es necesario, de entrar y salir de la modernidad (Canclini 1986: 29; 1990; Galo 1982: 232; Guerrero 1991).

Las mujeres de los sectores urbano marginales adaptan su discurso al discurso del dominador, procuran repetir en el momento, lugar y circunstancia adecuados, los términos de este discurso, ocupar el lugar social y político asignado por el actor dominante pero lo hacen como máscara, como (contra)dispositivo ideado para ocultar el discurso propio. Todo parece como si su discurso para el otro extraño fuera una forma de silencio sobre sus propias convicciones; y, que su silencio sobre sus propias convicciones fuera su discurso no enunciado.

En un esfuerzo de creatividad e ingenio diseñan y aplican una estrategia que las vincula complejamente, con sus pares en su mundo de la vida y con los agentes de

los sistemas colonizadores, resguardando espacios imaginarios, discursivos y prácticos, para construir su mundo y construirse a sí mismas como sujetos de conocimiento y acción en ese mundo, que evalúan lo que dicen, hacen, quieren y pueden con arreglo a criterios propios legitimados por su propia ética.

Son, pues, mujeres concretas, forjadas en el habitus y en la acción comunicativa concretos que se procesan en el campo de la salud pública. Mujeres capaces de actuar con reflexividad y transformar sus relaciones sociales de poder en su mundo de la vida y con los mundos sistémicos en los sectores urbano marginales de Guayaquil.

3.2.2. ...y presentar autoimagen negativa

Respecto a las razones por las que las mujeres no hacen lo que declaran hacer sino que hacen otra cosa, es decir para el caso, no ponen en práctica las medidas de prevención del dengue y el cólera, el comentario más frecuente fue, como ya se mencionó, que esas mujeres eran:

...dejadas, como se dice, les da un quemeimportismo al aseo, a la salud...

...porque no les importa la vida de los humanos... no les importa quién vive y quién no vive...

...uno, a veces por irresponsables, otro, quizá porque a veces no hay tiempo... pero siempre hay que darse para todo, eso debe ser por la responsabilidad más que todo...

...las madres que son jóvenes, porque somos dejadas, queremos estar conversando... porque no somos todavía responsables en el hogar...

Irresponsabilidad, quemeimportismo, dejadez, son términos que en los discursos de las señoras, serían elementos de valoración que conforman un perfil de autoimagen negativa de ellas que se relaciona coherentemente con la explicación de por qué algunas mujeres sí practican las medidas de prevención recomendadas por el MSP:

...porque les gusta ser responsables y son personas cultas que sí cumplen con su deber...

...porque ellas se preocupan que la familia esté bien... si lo hacen es que están aceptando que hay tantas epidemias, entonces es un bienestar que se quiere para la familia...

Todo sucede como si frente al encuestador y al médico las señoras se atribuyeran a sí mismas la peor de las imágenes, que se esforzaran por dibujar su perfil de motivaciones y actitudes del modo más negativo posible. Que les dieran la razón respecto a las virtudes que deben tener las madres para precautelar la salud de sus familias. Que se adelantaran al sermoneo del médico y quisieran tranquilizarlo respecto a su conocimiento y aceptación de las recomendaciones del MSP y la alta valoración que les asignan. Que se convirtieran a sí mismas en las malas de ese relato, que se percibieran y lo enunciaran así en su discurso.

3.3. Aparentar y adjudicarse autoimagen negativa: dos elementos de una sola estrategia

Aparentar y adjudicarse una autoimagen negativa ante médicos y encuestadores resultarían dos caras de una misma medalla, dos líneas de acción de una misma estrategia. Una y otra responderían al mismo propósito: presentar, con calculada intención, un discurso receptivo y reproductivo de los mensajes sobre medidas de prevención en salud pública que le llegan desde el MSP, demostrando su

conocimiento de ellos¹⁵, haciendo notar de la manera más ostensible que les conceden alta valoración positiva¹⁶ y afirmando que las practican en sus hogares.

Desde el punto de vista de las relaciones de poder la práctica discursiva de aparentar y la enunciación de un perfil negativo por parte de las mujeres son señales de que consideran que, ante los otros extraños, no solo no conviene sino que no se debe revelar lo que se piensa por los riesgos que se corren, si se lo hace, de sufrir en lo inmediato sanciones morales o materiales o de perder posibles beneficios en el futuro.

La viveza criolla parece ser, de este modo, la que le da fundamento ético a tal estrategia y las condiciones de vida del entorno urbano marginal las que les dan su motivo (Giddens 1995: 43-44). Se construye así la legitimidad de un comportamiento que los agentes sistémicos de la salud pública suelen considerar irracional y no solo irresponsable, pero que a la luz del análisis de las relaciones de poder realizado, resulta racional y responsable si se percibe con arreglo al horizonte de sentido en el que se procesa.

Así, la mayoría de las mujeres madres de familia de los sectores urbano marginales aparenta estar de acuerdo con el sistema de salud pública cuando les hace falta, por ejemplo, al contestar una encuesta o cuando van al centro de salud; se apocan y desvalorizan ante sus agentes cuando éstos les piden una explicación de su conducta diferente a la deseada por ellos, por ejemplo, al participar en grupos

¹⁵ Aunque, como revelan los resultados de las entrevistas ese conocimiento sea impreciso, incompleto y confuso desde el punto de vista de los requerimientos de la medicina moderna.

¹⁶ De manera general, ninguna de las mujeres declaraba abiertamente algo que implicara valoración negativa de las medidas de prevención del cólera y el dengue que recomienda el MSP.

focales o en talleres con médicos, promotores de salud o investigadores académicos.

Antes y después de esos momentos, sin embargo, en sus espacios familiares, a resguardo de la vigilancia y la dominación sistémicas directamente ejercidas por los agentes del sistema de salud pública, hacen su vida a su propia manera. Hacen lo que hacen y piensan lo que piensan en torno a la normativa de salud pública de acuerdo con su propio saber respecto a la manera adecuada de atender su salud y al sentido que, para ellas, tienen la salud y la vida.

Viven en su propio horizonte de sentido y en él enfrentan los intentos de colonización sistémica utilizando estratégicamente los recursos discursivos y extradiscursivos que tienen a su disposición. Todo sucede como si, en tanto grupo social, se asumieran dominadas pero, definitivamente, no parecen haber perdido toda iniciativa y, a su modo, construyen sus vidas de manera que escapa a la normalización del MSP y del estado.