

IDEAS, CREENCIAS Y PRACTICAS SOBRE SALUD-ENFERMEDAD. LOS GUANDULES DE SANTO DOMINGO.

DR. JORGE CHAHIN HERRERA
DR. CESAR MELENDEZ ESPINAL

1.-INTRODUCCION.

El presente trabajo es una síntesis muy apretada de nuestra tesis de grado presentada en el 1983 en la Universidad Autónoma de Santo Domingo para optar por el doctorado en medicina.

Su pretensión fundamental es aproximarse al estudio de la complejidad ideología-hegemonía y proceso salud-enfermedad.

Originalmente, es un trabajo de 175 páginas, 36 cuadros, además de los anexos, dividido en cinco capítulos, pero sin embargo queda aquí plasmada la esencia de esta investigación a manera de resumen, teniendo como escenario la realidad del barrio de Los Guandules de Santo Domingo.

2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El barrio de Los Guandules tiene ya veintiocho años enclavado en la periferia de la ciudad de Santo Domingo. Actualmente, "más del 50 por ciento de su población es menor de 18 años y un 32 por ciento de la misma está compuesta de emigrantes de los campos dominicanos"¹, es decir, que hoy día, son más los nacidos en la ciudad que los que han llegado, realidad muy diferente a la que vivió el barrio en sus primeros años.

Pero, la salud-enfermedad ha existido siempre y las maneras como las poblaciones humanas la experimentan y la sienten han variado según los momentos históricos, teniendo sus determinantes específicos. La población de Los Guandules no escapa a este hecho.

En el presente momento histórico de Los Guandules, ¿cuáles serán las formas predominantes de concebir el proceso salud-enfermedad por parte de sus habitantes? y ¿qué condicionamientos principales tienen estas concepciones?

Y "... como en toda sociedad dividida en clases, predomina por sobre todas las formas de concebir el proceso salud-enfermedad, la concepción de la clase dominante..."² ¿Será la concepción del proceso salud-enfermedad de la clase dominante la que predomine en los habitantes del barrio de Los Guandules?

La población de Los Guandules, tiene acceso para atender sus necesidades de salud a un hospital general estatal que dista aproximadamente dos kilómetros del centro del barrio, a un centro de salud estatal materno-infantil en el barrio San Lorenzo de Los Minas y muchos se desplazan a otro hospital general estatal, a casi cuatro kilómetros de la comunidad. A pesar de la existencia de estos centros de salud estatales, los mismos para toda la población de la parte alta de la ciudad capital, la zona está inundada de centros médicos privados, clínicas de poca y mediana capacidades, dispensarios tipo "planes sociales" de instituciones benéficas, eclesiales y hasta universitarias, constituyendo junto a otras organizaciones barriales los "centros populares de salud" (C.P.S.).

La barriada de Los Guandules cuenta además con las influencias de las acciones directas de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), a través de los "promotores de base de apoyo a la salud", organizados a partir de la zona 37 del Partido Revolucionario Dominicano (P.R.D.), partido oficial.

El mismo barrio gesta en su seno, a instancias de las comunidades cristianas eclesiales de base, un proyecto de salud popular que lleva casi cinco años funcionando y del que somos asesores, a punto de cristalizar la apertura de una unidad dental, consecutivamente a un programa de educación para la salud bucal y con la ayuda de una universidad privada dominicana.

En medio de esta realidad, es válido que nos cuestionemos ¿Satisface el Estado dominicano las necesidades de salud de la población de Los Guandules? ¿Cuál es la verdadera génesis de las acciones de salud implementadas por la comunidad? ¿Hasta qué punto las acciones de salud de las organizaciones

populares contribuyen a alcanzar una práctica en salud auténticamente popular? o ¿Serán necesarios cambios más profundos en el orden de la estructura sociopolítica y económica?

Como parte del problema, quizás lo más fundamental, queremos poder arrojar luces a la gran tarea histórica que tenemos quienes queremos una nueva sociedad dominicana en sentido global.

3.—MÉTODOS Y TÉCNICAS EMPLEADAS.

La comprobación empírica de las hipótesis se efectuó directamente en la realidad socioeconómica y cultural estudiada.

El universo de estudio consistió en 2,719 casas, según el Censo Parroquial³. El método empleado fue el del muestreo sistemático. Trabajamos con el 7 por ciento de las casas censadas, siendo la muestra total de 200 casas. Buscamos la fracción de muestreo dividiendo el universo, o sea 2,719 entre 200, que es la muestra representativa y nos dio 14.

Procedimos a entrevistar de la siguiente manera: ubicamos las manzanas del barrio y partiendo siempre desde la casa de la esquina que da frente a la salida del sol comenzamos las entrevistas, a partir de esta casa fuimos encuestando de 14 en 14, dándole la vuelta a cada manzana, hasta completar la muestra total, quedando peinado todo el barrio, guiándonos de un plano del barrio elaborado con la ayuda de la comunidad.

Utilizamos encuestas directas en forma de cédulas para extraer los datos concretos que nos interesaba manejar. De ahí que la investigación es directa, transversal, nutriéndose de las verdaderas fuentes del pueblo. Para la aplicación de las encuestas contamos con la ayuda de cuatro jóvenes universitarios, miembros de una organización eclesial popular del barrio, con los cuales tenemos algunos años de trabajo juntos.

Al aplicar las encuestas ejercíamos la observación participante, técnica antropológica que nos sirvió de gran ayuda.

Obtenida la información necesaria se procedió al análisis. Nuestro método fue el del materialismo histórico.

Manejamos las variables socioeconómica y cultural como independientes y las de la situación de la salud-enfermedad como dependientes.

Utilizamos el método estadístico para la tabulación y la graficación de los datos.

Debemos anotar algunas precisiones metodológicas que tomamos en la tabulación de los datos. Al tabular el lugar de procedencia de los entrevistados los agrupamos en cuatro grandes regiones por provincias, a saber: Distrito Nacional, Cibao, Sur y Este.

En cuanto a las razones que dio la gente para enfermar, para su mejor comprensión fueron agrupadas en tres tipos de causalidades: 1.—socioeconómicas: que incluye las respuestas como pobreza, mala alimentación, falta de empleos, bajos ingresos, falta de hospitales, precio de las medicinas, mala atención médica, falta de educación, poca higiene y mala vida. 2.—bioecológicas: microbios y ambiente. 3.—mágicorreligiosas: espíritus y castigo de Dios.

Por igual, codificamos en dos categorías las diferentes enfermedades que mencionaron los entrevistados, así tenemos: 1.—enfermedades del dominio médico: cáncer, tuberculosis, asma, erisipela, polio, tétanos, reumatismo, hepatitis, epilepsia, etc... 2.—enfermedades del dominio popular: mal de ojos, resfriado, la madre, el padrejón, empacho, agito, un mal echado, chupada por una bruja, enfermedades supuestas, etc...

4.—OBJETIVOS GENERALES.

- 4.1. Conocer la situación socioeconómica, cultural y de salud del barrio de Los Guandules, de Santo Domingo.
- 4.2. Analizar la relación que existe entre la situación socioeconómica y cultural del barrio de Los Guandules y el proceso salud-enfermedad.
- 4.3. Comprender y profundizar en lo que los sectores populares creen, piensan y hacen sobre salud-enfermedad para poder orientar debidamente nuestras acciones en salud.

5.—OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 5.1. Determinar el tipo de ideas, creencias y prácticas predominantes que sobre el proceso salud-enfermedad tienen los habitantes del barrio de Los Guandules.
- 5.2. Determinar y analizar la participación que tiene el Estado dominicano en

la atención de salud de la población del barrio de Los Guandules y la relación que existe con las ideas, creencias y prácticas que sobre el proceso salud-enfermedad posee la misma.

- 5.3. Analizar la relación que existe entre la situación socioeconómica y cultural del barrio de Los Guandules y la génesis de las ideas, creencias y prácticas que sobre salud-enfermedad tienen sus habitantes.
- 5.4. Devolverles a las organizaciones populares de Los Guandules los resultados obtenidos por nuestra investigación como alternativas posibles de respuestas en salud.
- 5.5. Promover nuevos proyectos y organizaciones populares en salud para la implementación de respuestas auténticamente populares y que generen nuevas ideas, creencias y prácticas sobre salud enfermedad.

6.—HIPOTESIS.

- 6.1. La composición socioeconómica y cultural del barrio de Los Guandules determina el tipo de ideas, creencias y prácticas, que sobre el proceso salud-enfermedad tienen sus habitantes.
- 6.2. La concepción sobre salud-enfermedad que tienen los habitantes del barrio de Los Guandules es la concepción de la clase dominante.
- 6.3. Las ideas, creencias y prácticas sobre el proceso salud-enfermedad que tienen los habitantes del barrio de Los Guandules responden a necesidades concretas de salud.
- 6.4. La procedencia geográfica de los habitantes del barrio de Los Guandules está relacionada con el tipo de ideas, creencias y prácticas que tienen sobre el proceso salud-enfermedad.

7.—DESARROLLO.

7.1.—Datos generales de la investigación.

Ofrecemos los datos generales más relevantes de nuestra investigación, a partir de las 200 muestras tomadas.

El 91 por ciento de todos los entrevistados fueron mujeres, el 9 por ciento

restante, hombres. De todos los encuestados, hombres y mujeres, el 46 por ciento correspondió a una edad comprendida entre 16 y 35 años, siendo una población joven y en edad productiva. No hubo entrevistados menores de 16 años y sólo el 4 por ciento tenía más de 65 años de edad.

El 74 por ciento de la población encuestada provenía del Cibao y del Sur, siendo San Francisco de Macorís y San Juan de la Maguana respectivamente, las provincias que más migrantes tuvieron de cada región. El 38.5 por ciento correspondió al Cibao y el 35.5 por ciento a la región Sur. Al Este, fue la región a la que correspondió el menor porcentaje de migrantes con el 5 por ciento. El restante 21 por ciento correspondió a nacidos en la Capital.

El 28.5 por ciento de todos los entrevistados fueron analfabetos. El 51.1 por ciento tiene estudios primarios realizados. Estos datos se asemejan mucho a los del Censo Parroquial del 1982, publicados en el número 53 de esta misma revista.

Al relacionar lugar de procedencia con escolaridad, encontramos que los que proceden del Este tenían un menor nivel de escolaridad, ya que el 60 por ciento eran analfabetos. El grupo mejor preparado correspondió a los nacidos en la Capital, con un 16.7 por ciento de analfabetismo y con el 75 por ciento de todos los universitarios encuestados.

El 77 por ciento de nuestros entrevistados tenía como ocupación la de quehaceres domésticos. No debemos olvidar que el 91 por ciento eran mujeres. Sólo el 9 por ciento era empleado fijo en sentido general, sea privado o del gobierno.

Analizando la relación de la población encuestada con los medios de producción, el 96 por ciento era no-propietario de los mismos.

En cuanto a ingresos, el 59 por ciento tenía ingresos mensuales totales hasta 150 pesos. Sumando las categorías, el 74.5 por ciento llegaba a 200 pesos mensuales.

Sobre la marcha, en la investigación, al cuestionar a los entrevistados sobre los ingresos totales al mes, encontramos el dato de que en sentido general, gastan entre 5 y 7 pesos diarios. Dato importante, ya que muchas veces así es como miden sus entradas.

Considerando la ocupación y los ingresos de la población estudiada pode-

mos deducir que se trata de un sector social explotado, con bajo poder adquisitivo y perteneciente a la clase baja dada su relación con los medios de producción.

El 38.5 por ciento de la población encuestada tiene como mucho 5 años en el barrio. El 60.5 por ciento, sumando las categorías, correspondió a los que tienen hasta 10 años viviendo en el barrio.

Es muy grande la situación de movilidad del marginado. Constantemente, están sucediéndose entradas y salidas en el barrio, por razones socioeconómicas, políticas y culturales.

7.2.—Situación de la atención en salud.

El 68.5 por ciento de la población encuestada acude a los servicios de atención médica estatales cuando enferma (gráfico 1), lo que confirma que los servicios de Salud Pública están destinados a la sobrepoblación relativa, a desempleados y a sub-empleados.

Podemos afirmar que la población encuestada va al médico al enfermar. Esto lo confirmamos cuando el 84.5 por ciento opinó que la mejor medicina era la recetada por médicos y un 94 por ciento dijo que era al médico a quien más confianza tenía cuando enfermaba. Al venir a la Capital la gente ha aprendido a ir al médico para sus enfermedades. Aparte de tener centros de salud estatales y privados muy cerca, recibe la insistencia ideológica de los medios masivos de comunicación en favor de la atención médica estatal. Esto se ve claro cuando el 78.5 por ciento admitió que ha aprendido más sobre enfermedades al venir a vivir a la Capital. No se puede negar que muchos han experimentado la "relativa eficacia" del modelo médico estatal para resolver algunos de sus problemas de salud.

Pero, esa misma gente que acude a los servicios sanitarios estatales será quien sufrirá de las ineficiencias del mismo. Así, el 60.6 por ciento se siente insatisfecho de la atención médica recibida y se quejan de la poca atención que le prestan los médicos en los hospitales, de que se pierde mucho tiempo para recibir y de que sólo dan recetas.

Debemos hacer notar, que si bien se percatan de las ineficiencias del modelo médico oficial, porque las sufren en carne propia, ven en "lo médico" las razones de las mismas, no llegando a comprender la profundidad del problema, en cuanto es estructural y político.

Quizás, esta situación sea la que lleve al 15 por ciento de nuestros encuestados a buscar los servicios de las clínicas privadas (gráfico 1). Por eso, estos barrios están rodeados de clínicas privadas con sus famosos “planes médicos sociales”.

La incapacidad del Estado para resolver los problemas de salud de la población ha quedado suficientemente demostrada en otras ocasiones; así, cifras oficiales del 1982 revelan que “el 33 por ciento de la población dominicana no recibe atención médica y el 45 por ciento recibe atención estatal de pésima calidad”⁴.

Juan Ceballos, en un estudio de 11 hospitales estatales encontró que “sólo 4 hospitales no cobraban por los servicios de rayos X, laboratorio, sangre, hilos para cirugías, cesáreas y ligaduras de trompas. El resto cobra por uno u otros servicios y algunos hasta la consulta externa”⁵. A todo esto, hay que añadirle la crisis constante de material gastable. Si a estas poblaciones, con un bajo poder adquisitivo, se les cobra también por los servicios de atención en salud estatales, se les está casi privando de los mismos.

Encontramos una relación entre nivel de ingresos y atención en salud: de los que acuden a hospitales públicos, el 69.3 por ciento tiene ingresos totales hasta 150 pesos, mientras que los que van a clínicas privadas, el 36.7 por ciento tiene ingresos entre 0 y 150 pesos. Sin embargo, de esos mismos que van a clínicas privadas, el 70 por ciento tiene ingresos entre 101 y 250 pesos. Queda claro que la población de Los Guandules no resiste el costo de la medicina privada, por lo que sólo acuden a ella los de “mejor ingresos”.

No encontramos una relación significativa entre la escolaridad y la atención en salud. El que tiene dinero, no importa que no sepa leer y escribir, preferirá ir a una clínica privada.

Sólo un 3 por ciento de los entrevistados se beneficia de los servicios de la seguridad social (gráfico 1).

7.3.—Medicina tradicional.

Encontramos una presencia muy pobre de la atención en salud popular. Un 2.5 por ciento de todos los encuestados admitió que va donde el curandero cuando enferma, pero también iba al médico. Nadie va solo al curandero (gráfico 1). Es bueno hacer notar, que la gente que va al curandero no oponía las atenciones en salud dadas por él con las que da el médico, como creíamos que

aparecería, producto de nuestra formación, que opone "lo popular con lo científico". Por eso, de ese 2.5 por ciento que va al curandero, el 2 por ciento le tiene más confianza cuando enferma; igualmente, el 2 por ciento cree que la mejor medicina es la preparada por él.

La presencia del curanderismo es pobre, y es lógico. Primero, por el "bombardeo" sistemático en contra de este tipo de prácticas, tanto de sectores privados como oficiales, aunque la tendencia oficial actual sea la de retomar las prácticas populares en salud; y segundo, tantos hospitales y médicos alrededor del barrio. Se han acostumbrado a ir al médico y a comprar recetas. La gente de Los Guandules canalizará entonces sus necesidades de salud dentro del "modelo médico-científico", ya que se nota una disminución significativa de las prácticas en salud populares.

El 89 por ciento de los entrevistados dijeron que sabía preparar medicinas, pero, profundizando nos dimos cuenta de que lo que sabían preparar era té de plantas para la gripe y dolores de cabeza. Los que habían tomado "botellas", las mandaron a preparar. El 11 por ciento restante rechazó de plano el uso de remedios caseros, "botellas" y té de plantas.

No encontramos relación con nivel de ingresos, lugar de procedencia ni con la escolaridad entre los que saben preparar medicinas para curar enfermedades, de ahí que creemos que es cierto que sólo saben hacer té de plantas y que no resuelven muchos problemas de salud con lo poco que saben, por lo que sus conocimientos son insignificantes dentro de la medicina tradicional.

Seguimos investigando sobre la presencia del curanderismo en el barrio y preguntando a nuestros entrevistados para cuáles enfermedades no iban al médico: el 78.9 por ciento de todas las respuestas correspondió a enfermedades del dominio médico, en contra del 8.9 por ciento de todas las respuestas, que correspondió a las del dominio popular. También, preguntando sobre las enfermedades que creen no curan los médicos, el 67.2 por ciento de todas las respuestas era para las del dominio médico y 18.6 por ciento para las del dominio popular.

Analizando un poco más las contestaciones de la gente vimos cómo van dominando el "lenguaje científico" de las enfermedades. Ya el tétanos no es "pasmó", ni la epilepsia es "la gota". Han aprendido a llamar las enfermedades por sus nombres científicos. Se demuestra una vez más la incidencia del modelo médico "científico" en esta población.

Nadie respondió que acude al brujo al enfermar. Sólo un 0.5 por ciento respondió que le tiene confianza cuando enferma, pero que van al médico también. Nadie dijo que cree en las medicinas preparadas por brujos. Debemos considerar que se trata de una población eminentemente religiosa y que son precisamente las religiones las que más se han opuesto a las prácticas de hechicería o brujería, presentándolas como contrarias a los preceptos divinos y hasta como pecado.

Profundizando en la presencia de este tipo de creencias quisimos ver el uso de elementos preparados por brujos entre las personas entrevistadas, ya que debemos admitir que mucha gente dice que no cree, pero en el fondo tiene algo de este tipo de creencias y las pone en práctica. Así, medimos el uso de resguardos y amuletos.

Sólo el 14.5 por ciento admitió que cree en resguardos, en contra de 85.5 por ciento que dijo que no creía.

Encontramos una relación entre los que creen en resguardos y su lugar de procedencia, y su escolaridad. Así, los que provienen del Sur son los que más creen en resguardos. Los del Distrito Nacional y del Este son los que menos creen en resguardos. Asimismo, hay más analfabetos en los que creen y son del Sur que los que creen y son del Este o del Distrito, donde no hay ni uno. El 44.8 por ciento de los creyentes en resguardos son del Sur y el 38.5 son analfabetos. Sabemos de la importante presencia de las prácticas de hechicería en San Juan de la Maguana, provincia que representa la mayor parte de los migrantes del Sur.

7.4.— Conceptualización sobre Salud-enfermedad.

Para el 49 por ciento de nuestros encuestados la salud-enfermedad tiene una causalidad bioecológica y socioeconómica, con un predominio de lo bioecológico (cuadro 2). Nos llama poderosamente la atención la gran identificación que hizo la gente de lo socioeconómico como causa de enfermedad.

No encontramos ninguna relación entre la procedencia geográfica, la escolaridad ni el nivel de ingresos de los que contestaron que la gente se enfermaba por razones bioecológicas y socioeconómicas.

Quisimos ver, si el hecho de venir a vivir a la Capital había influido en algo en los conocimientos que tienen las personas entrevistadas sobre salud-enfermedad. Y en efecto, el 78.5 por ciento contestó que había aprendido más sobre las enfermedades al venir a vivir a la Capital. De los que contestaron que no habían

aprendido más, debemos tener en cuenta que el 32.5 por ciento son nacidos en el Distrito Nacional.

A pesar de que consideramos como fundamental en la conceptualización que hace la gente sobre salud-enfermedad a sus *necesidades concretas de salud*, debemos darle importancia a la imposición ideológica de lo biológico-individual por la clase dominante como causa de enfermedad, existiendo una coincidencia entre nuestros entrevistados y lo hegemónico.

Son tan objetivas y sentidas las condiciones de vida de los habitantes de Los Guandules, que es casi imposible que no las vean como causantes de enfermedad.

Nos llama la atención la presencia tan pobre de la causalidad mágico-religiosa, el 3 por ciento, junto a las socio-económicas como génesis de la salud-enfermedad (gráfico 2). Pero, encontramos razones en la efectividad del aparato ideológico dominante de imponer sus concepciones, de ahí la gran asistencia a los servicios de atención médica estatal y privado. Conocedores del trabajo comunitario eclesial, sabemos que desde allí se promueve también la "práctica médica científica" y lo que es más aún, a instancias de ella misma se gesta un proyecto de salud popular.

7.5.— Nivel de conciencia social.

A pesar de que el partido en el poder y la política oficial encuentran muchos seguidores en el barrio, el 81 por ciento de nuestros entrevistados respondió que el gobierno no resuelve los problemas de salud del barrio (cuadro 3) y daba como razones el hecho de que no hacía nada por los pobres, que alcanzó el 69.1 por ciento de todas las respuestas; porque no había medicinas en los hospitales, con el 19.8 por ciento de todas las respuestas y porque no daba empleos, con el 9.9 por ciento (cuadro 5).

Podemos ver que las razones que da la gente como incapacidad del Estado para resolver los problemas de salud son dadas en primer lugar a partir de sus necesidades inmediatas y en segundo lugar con una pobre comprensión de la variable estructural socio-económica, ya que sólo un 9.9 por ciento respondió que los problemas de salud no se resuelven porque la gente no tiene trabajo. De ahí que, a pesar de que nuestros entrevistados ven una presencia de lo socio-económico como causante de enfermedad, no lo relacionan con el sistema político dominante.

Por otro lado, los que respondieron que el gobierno resolvía los problemas

de salud, que fueron el 19 por ciento de todos los entrevistados (cuadro 3), daban como justificación el que vacunaba, daba medicinas y hacía centros de salud, ocupando el 73.7 por ciento de todas las respuestas (cuadro 4). La política oficial de salud, como respuesta del Estado al problema, encuentra de nuevo aceptación entre nuestros entrevistados. En el fondo, lo que existe es una misma conceptualización sobre la salud-enfermedad. Es un ejemplo clarísimo del papel de la ideología como garantía de la hegemonía.

Lo mismo vamos a encontrar cuando al preguntar sobre cuáles eran los problemas en el barrio actualmente, el 69 por ciento de todas las respuestas correspondió a deficiencias en los servicios públicos y el 19 por ciento a la falta de empleos (cuadro 6).

Otra vez, la identificación que hizo la gente de sus problemas fue a partir de sus condiciones materiales de existencia, pero dejan ver también la incapacidad de llevar el problema al plano político, no pudiendo reconocer que sus actuales condiciones de vida corresponden a un modo de producción dependiente, subdesarrollado, arcaico y de una explotación tal que los mantiene en la marginación total de las decisiones económicas y sociales.

No nos sorprendió entonces las soluciones que dieron a los actuales problemas. El 67.3 por ciento de todas las respuestas fueron a favor de mejorar los servicios públicos, el 20.1 por ciento a hacer centros de salud, farmacias y dar medicinas. Sólo el 9.7 por ciento de las respuestas correspondió a crear empleos como solución de sus problemas (cuadro 7). Es clara la coincidencia entre las soluciones que aporta la gente y las que ofrece el Estado.

Para la población encuestada, lo primero sería satisfacer sus necesidades primarias de existencia. Parten de lo concreto para hacer sus planteamientos. Es aquí donde vemos la dificultad de los proyectos populares de salud que ofrecen a la gente otra alternativa ideológica y política, pero sin satisfacer sus necesidades concretas de salud, que será el verdadero motor de sus acciones.

Las ideas, creencias y prácticas sobre salud-enfermedad responden a las necesidades de salud de la población estudiada y están bajo el poder ideológico de la clase dominante en cuanto a su manera de conceptualizar el problema.

No es de extrañar la presencia del Estado en este tipo de barrios repartiendo medicinas, haciendo jornadas de consultas médicas populares y operativos odontológicos; hasta haciendo dispensarios, "llevando al médico a la comunidad".

Encontrará el Estado hasta el momento la debida atención de parte de la población hasta que llegue el momento histórico en que a partir de una identificación real de sus intereses, las clases subalternas salgan de la marginalidad mediante esfuerzos organizados por un nuevo orden socioeconómico y político.

8.— CONCLUSIONES.

- 8.1.—Dada la participación de la población del barrio de Los Guandules en el modo de producción dominante de República Dominicana, tenemos que situarla dentro del bloque de clases dominadas y bajo condiciones de marginalidad socioeconómica y cultural.
- 8.2.—Queda comprobada nuestra hipótesis de trabajo en cuanto que las ideas, creencias y prácticas sobre el proceso salud-enfermedad que tienen los habitantes del barrio de Los Guandules, como sector de clase subalterna dentro de la estructura socioeconómica, responden a necesidades objetivas y sentidas de salud, en la medida en que conceptualizan el problema a partir de sus condiciones materiales de existencia, verificándose en la identificación que hicieron de sus problemas y las soluciones que dieron a los mismos.
- 8.3.—La conceptualización predominante sobre salud-enfermedad en la población estudiada corresponde a las causalidades bioecológicas y socioeconómicas, con un predominio de las bioecológicas, coincidiendo con la conceptualización que tiene la clase dominante de la enfermedad, como algo biológico-individual, verificado en las soluciones que el aparato especializado del Estado da a los problemas de salud; con lo que demostramos la segunda hipótesis de la investigación, evidenciándose la determinación ideológica a la que están sometidas las clases subalternas por el bloque dominante.
- 8.4.—La conceptualización que hizo la gente sobre salud-enfermedad no tuvo relación con su lugar de procedencia, escolaridad ni nivel de ingresos.
- 8.5.—La presencia de lo mágico-religioso es muy pobre dentro de la conceptualización que hicieron los entrevistados sobre salud-enfermedad.
- 8.6.—Quedó demostrado que las ideas, creencias y prácticas sobre salud-enfermedad estuvieron relacionadas con el lugar de procedencia geográfica, y así, los que provinieron del Sur del país creen más en resguardos y amule-

tos, quedando demostrada nuestra cuarta hipótesis. Asimismo, hubo una relación entre los que más creían en resguardos y amuletos con el nivel de escolaridad, teniendo éstos el mayor índice de analfabetismo.

- 8.7.—La población estudiada acude principalmente al médico cuando enferma y el 68.5 por ciento acude a los servicios de atención médica estatal, comprobándose que son destinados principalmente a la sobrepoblación relativa.
- 8.9.—La presencia de la medicina tradicional es muy pobre en el barrio y la del brujo como agente de salud popular prácticamente inexistente, frente al modelo médico asistencial estatal dominante.
- 8.9.—La población que buscó la atención médica privada tiene mejores ingresos que los demás grupos estudiados, estableciéndose una relación entre poder adquisitivo y atención en salud.
- 8.10.—La presencia del Estado como compromiso político dentro del barrio es deficiente ante las condiciones de insalubridad y de prácticamente inexistencia de los servicios públicos indispensables.
- 8.11.—El nivel de conciencia social está muy bajo en la población encuestada, lo que la incapacita actualmente de producir movimientos organizados reivindicativos que ofrezcan soluciones reales a los problemas de salud, en la medida en que sus concepciones son carentes de un contenido político estructural, haciendo fuertes a las organizaciones estatales y para-estatales existentes en el barrio, ante la ausencia de auténticas organizaciones populares de salud, encontrando el discurso estatal arraigo en la población a la vez que introyecta su modelo médico asistencial.
- 8.12.—El hecho de que un sector de la población estudiada tenga una visión clara sobre el problema de salud, por la identificación que hace del mismo y las soluciones que da, abre la posibilidad de integración de un proyecto auténticamente popular.

9.— RECOMENDACIONES

- 9.1.—Urge en el barrio de los Guandules la creación de verdaderas organizaciones populares de salud para la búsqueda de alternativas eficaces a los problemas, integrando esta lucha a la gran tarea transformadora de las estructuras sociopolíticas y económicas que les dan origen.

- 9.2.—A pesar de que los actuales “proyectos populares de salud” en el seno del barrio de los Guandules contemplan lo asistencial como objetivo principal, funcionando a manera de resistencia, hay que apoyarlos, aprovechando este espacio organizativo ya creado para poder dar el paso de la necesaria politización del problema.
- 9.3.—Como trabajadores de la salud nos parece una alternativa eficaz el luchar por hacer una realidad en el seno del pueblo una respuesta contrahegemónica en salud.
- 9.4.—Se hace necesaria la presencia de intelectuales orgánicos en el barrio de Los Guandules y de organizaciones políticas progresistas y revolucionarias a fin de que puedan ayudar en el proceso de concientización y organización populares.
- 9.5.—La Universidad Autónoma de Santo Domingo tiene en el barrio de Los Guandules un espacio más en el seno del pueblo hasta donde puedan llegar los beneficios de extensión de su Facultad de Ciencias Médicas.
- 9.6.—Recomendamos finalmente, que se inicien nuevas investigaciones sobre la relación entre ideología-hegemonía y situación sobre salud-enfermedad en nuestro país.

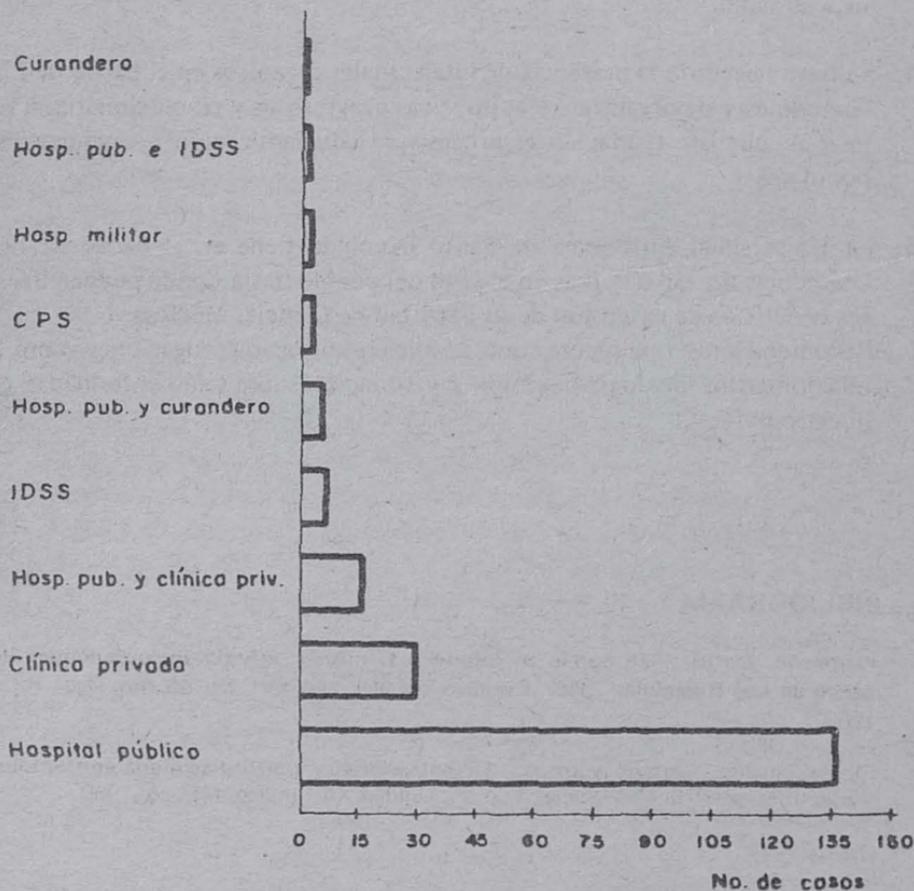
10.— BIBLIOGRAFIA

1. Pantaleón, David. “Un barrio se estudia a sí mismo: estudio socioeconómico del barrio de Los Guandules”, Rev. “Estudios Sociales”, año XVI, No. 53, Sto. Dgo., R.D., 1983.
2. Flores Sánchez, Gerardo y otros. “Organizaciones y política sanitaria en Córdoba, Veracruz”, maestría Med. Social, U.A.M., Unidad Xochimilco, México, 1980.
3. Op. Cit. “1”.
4. Asociación Médica Dominicana, Inc. “Memorias sobre la convención sobre Sistema Unico de Salud”, 1ra. edic., Sto. Dgo., R.D., 1983.
5. Ceballos, Juan. “Situación actual de los hospitales de R.D.”, A.M.D., edic. mimeografiada, Sto. Dgo., R.D., 1981.

GRAFICO No.1

IDEAS, CREENCIAS Y PRACTICAS SOBRE SALUD-ENFERMEDAD
LOS GUANDULES, STO. DGO., D.N., 1983

Asistencia para la atención en salud



IDSS- Instituto Dominicano de Seguros Sociales

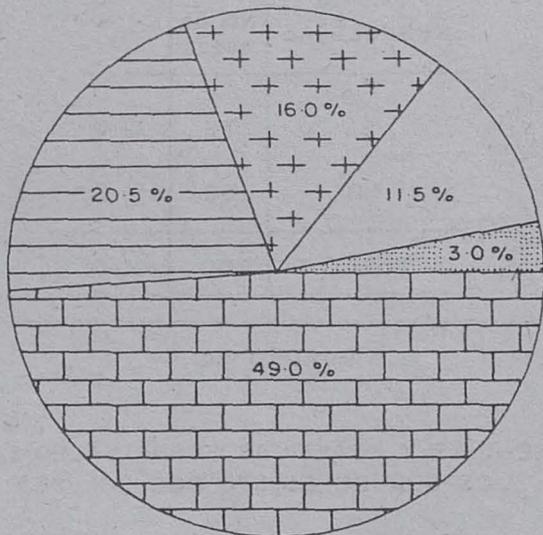
CPS - Centros Populares de Salud

Fuente: Elaboración personal.

GRAFICO No. 2

IDEAS, CREENCIAS Y PRACTICAS SOBRE SALUD-ENFERMEDAD
LOS GUANDULES, STO. DGO., D.N., 1983

Causas de las enfermedades



Socio-económica y mágico-religiosa



Socio-económica y bio-ecológ.



Socio-económica



Mágico-religiosa



Bio-ecológica



Bioecológica y mágico-relig.



Todas

CUADRO No. 3

IDEAS, CREENCIAS Y PRACTICAS SOBRE SALUD-ENFERMEDAD
LOS GUANDULES, STO. DGO., D.N., 1983

Respuestas gobierno resuelve o no problemas de salud

RESPUESTAS	No. de casos	%
SI	38	19.0
NO	162	81.0
TOTAL	200	100.0

CUADRO No. 4

IDEAS, CREENCIAS Y PRACTICAS SOBRE SALUD-ENFERMEDAD
LOS GUANDULES, STO. DGO., D.N., 1983

Razones gobierno resuelve problemas de salud

RAZONES	No. de casos	%
Vacuna y da medicinas	26	68.4
Ayuda a los pobres	10	26.3
Hace centros de salud	2	5.3
TOTAL	38	100.0

CUADRO No. 5

IDEAS, CREENCIAS Y PRACTICAS SOBRE SALUD-ENFERMEDAD
LOS GUANDULES, STO. DGO., D.N., 1983

Razones gobierno no resuelve problemas de salud

RAZONES	No. de casos	%
No hace nada por los pobres	112	69.1
Falta de medicinas en los Hospitales	32	19.8
No da empleos	16	9.9
No sabe	2	1.2
TOTAL	162	100.0

CUADRO No. 6

IDEAS, CREENCIAS Y PRACTICAS SOBRE SALUD-ENFERMEDAD
 LOS GUANDULES, STO. DGO., D.N., 1983

Principales problemas del barrio actualmente

PROBLEMAS	No. de casos	%
Deficiencias en los servicios públicos	218	69.0
Desempleo	60	19.0
Males sociales	31	9.8
Otros	4	1.3
No sabe	2	0.6
No contesta	1	0.3
TOTAL	316	100.0

NOTA: Cálculos hechos en base al número de respuestas

CUADRO No.7

IDEAS, CREENCIAS Y PRACTICAS SOBRE SALUD-ENFERMEDAD
LOS GUANDULES, STO. DGO. D.N., 1983

Soluciones que dan los entrevistados a problemas de salud

SOLUCIONES	No. de casos	%
Mejorar los servicios publicos	181	67.3
Hacer centros de salud	45	16.7
Dar empleos	26	9.7
Hacer farmacias	5	1.9
Dar medicinas	4	1.5
Otros	5	1.9
No contesto	3	1.0
TOTAL	269	100.0

NOTA: Cálculos hechos en base al número de respuestas