XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA DE MEXICO
(XOCHIMILCO)

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRIA DE MEDICINA SOCIAL

T
51

LA EDUCACION PARA LA SALUD EN REPUBLICA DOMINICANA

124419
NS
20605

TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRA EN MEDICINA SOCIAL.

PRESENTADO POR:

ROSA MARIA BORRELL BENTZ.

1984

DEDICATORIA

A María Isabel y María del Carmen, por su esfuerzo en pos de mi incorporación al área de salud; por su contribución con mi formación y por depositar en mí su confianza.

A mis padres por su constante apoyo, solidaridad y ánimos brindados para culminar esta labor.

A Tony, gracias a su apoyo y solidaridad en mis estudios.

A la generación futura.

AGRADECIMIENTOS

De manera especial a:

- Dora Cardaci, asesora y amiga quien se integró de manera decidida aportando valiosos comentarios y sujerencias.

- Hugo Mercer, profesor y amigo, de quien obtuve apoyo y dedicación en el período de estudios y elaboración de tesis.

- A los profesores de la Maestría de Medicina Social por su influencia en mi formación.

- A mis compañeros de trabajo por su incansable apoyo y dedicación.

- A los funcionarios de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), especialmente al equipo de Dominicana y a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, por darme la oportunidad de especializarme en el área de la salud.

INTRODUCCION

Este trabajo sobre Educación para la Salud en República Dominicana constituye un esfuerzo de sistematizar la labor realizada en un área específica de los servicios de salud de este país, área relativamente reciente e importante para el desarrollo de algunos servicios a la población.

Este esfuerzo, parte de la inquietud de aportar a mi país, a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, un primer intento de organizar la información disponible acerca de los educadores en salud (número, títulos obtenidos, adiestramientos recibidos, becas, funciones), labor que realizan, su incorporación al sistema de servicios de salud, y muy especialmente la tarea desarrollada como intelectuales que trabajan con la comunidad. Este primer intento se hace indispensable debido a la carencia de información sistematizada, a la vez que intenta formular un marco conceptual diferente, que permita responder a los vacios interpretativos de la Salud Pública convencional.

Para desarrollar esta información fue preciso el diseño de instrumentos y estrategias metodológicas adecuadas a la situación de estudio. Se elaboró un cuestionario de recolección de información, el cual se aplicó a los educadores para

la salud de todo el país, incluyendo los del nivel central, con los cuales se trabajó de manera directa para el suministro de información adicional.

La historia de esta División pudimos completarla a - través de las memorias de Salud Pública publicadas en las diferentes épocas históricas. Como las mismas dejaron de ser publicadas en algunos años recurrimos a realizar una entrevista con la Dra. Matilde Candelario, quien fuera la primera directora de la División de Educación para la Salud y la que organizó prelimarmente las actividades realizadas por la División.

Para explicar el desarrollo de la educación para la - salud, consideramos necesario caracterizar al país en el primer capítulo, en cuanto a su desarrollo político, económico y social, entendiendo que, parte de las políticas de esta área están determinadas por el contexto socio-económico en el cual se insertan. De igual forma, esbozamos de manera general en el segundo capítulo, la práctica médica dominicana, el estado de salud de su población, la conformación institucional que da respuesta a los - problemas de salud - enfermedad de la misma, haciendo alguna referencia histórica de la organización y desarrollo de los organismos institucionalizados de salud de América Latina y la asimilación de rasgos y características comunes de los mismos por parte de Dominicana. De la misma forma, en el tercero, caracterizamos el surgimiento de los programas de educación para la sa

lud, su constitución y afianzamiento como servicio, la importancia atribuída a los mismos tanto en los países desarrollados como los subdesarrollados, la metodología educativa aplicada y la incorporación de tecnología educativa. Comparamos así el surgimiento de esta especialidad en Dominicana, que de manera especial sigue las pautas trazadas a nivel internacional. Este capítulo fue completado con la encuesta antes mencionada, con algunos datos de interés acerca de la formación, incorporación y funciones realizadas por los educadores en salud.

Consideramos importante ofrecer algunas ideas acerca del contenido ideológico de los programas de educación para la salud, definidos en términos de objetivos generales y específicos,con el propósito de demostrar cómo los mismos responden a una determinada manera de plantear los problemas de salud-enfermedad y las formas para dar solución a dichos problemas. Si bien es cierto que esta temática reciente requiere todavía de algunas profundizaciones, sostenemos sin embargo, que constituye un aporte preliminar sujeto a otras consideraciones teóricas-metodológicas.

A lo largo de los cuatro capítulos tratamos de establecer una metodología de análisis que sirviera para comparar el desarrollo histórico del país, sus etapas y avances socio-políticos económicos, como producto del cambio de una dictadura a un mo-

delo tradicional desarrollista, a una apertura política-ideológica, con los diversos desequilibrios (Golpes de Estado, Revolución de Abril de 1965), acontecidos en los últimos cincuenta años. Esto así, porque sostenemos que el desarrollo de los programas de atención a la población, en las cuales incluímos a educación para la salud, están determinados básicamente por el nivel de complejidad de la organización social de una población y muy especialmente por el desarrollo del Estado.

Creemos necesario establecer a modo de conclusión, algunas recomendaciones que permitan el avance de los programas educativos y la mayor y mejor incorporación de los educadores en salud a los programas de servicios establecidos por la Secretaría de Salud Pública y a la detección de las necesidades reales de la población a la que dirigen sus servicios.

C O N T E N I D O

INTRODUCCION i

CAPITULO I :

- Descripción General de la Formación Social Dominicana..... 1

CAPITULO II :

- Estado Actual de la Salud en República Dominicana..... 28
- Los Sistemas de Salud en América Latina..... 35
- Los Sistemas de Salud en República Dominicana..... 48

CAPITULO III :

- Surgimiento de los programas de Educación para la Salud en América Latina.. 58
- Surgimiento de los programas de Educación para la Salud en República Dominicana..... 67

CAPITULO IV :

- Contenido Ideológico de los programas de Educación para la Salud..... 96
- Contenido Ideológico..... 101
- Selección y Descripción de los temas tratados..... 105
- Valorización de los Temas e Interpretación de los mismos..... 106
- Enfoque Problemática de Salud-Enfermedad..... 110
- Participación Activa de la Comunidad.. 117
- Formación del Educador en Salud: Políticas y Estrategias..... 123
- Funciones definidas para el Educador en Salud..... 123

CONCLUSION..... 133

REFERENCIAS

ANEXO #1.

CAPITULO I.

Descripción General:

La formación social dominicana actual, comenzó a conformarse en sus aspectos esenciales a fines del siglo XIX con la aparición de relaciones capitalistas de producción y la inserción creciente en el mercado mundial (1). El aspecto determinante según Cassá, en la formación social dominicana ha sido el dominio de relaciones capitalistas de producción con ciertas especificidades como la continuidad de relaciones precapitalistas articuladas a sectores capitalistas dominantes. Es decir, que el modelo de establecimiento del capitalismo en Dominicana no se ha dado en función de la evolución interna, sino de los estímulos del contexto internacional determinado por necesidades de las zonas centrales y no por el mercado interior como en los países de capitalismo industrial, resaltando con esto su carácter dependiente o periférico.

Así, sus características han sido el bajo nivel de desarrollo de las fuerzas productivas, concebidas para fines de exportación de alimentos o materias primas a los centros imperialistas, aunque con una estructura no muy moderna, articulada -

---

(1) Cassá, Roberto. Modos de Producción, Clases Sociales y Luchas Políticas: República Dominicana, Siglo XX/ Roberto - Cassá.--Santo Domingo: Alfa y Omega, 1978. Pág.15.

con relaciones precapitalistas que operan hasta la actualidad.

El sector pre-capitalista se ha caracterizado fundamentalmente por la pequeña tenencia campesina regida por las leyes del modo de producción mercantil simple, consistente en la pequeña producción para el mercado, con un esquema de control de los medios de producción por el trabajador directo, el campesino. Este sector logró mantener vigencia indefinida en función no de su propia fortaleza sino de las contradicciones y limitaciones que tenía el sector capitalista (2).

Pero la articulación de las relaciones capitalistas y las pre-capitalistas pudo establecerse sobre la base del dominio de las primeras. Por medio de un proceso de acumulación originaria permanente se daba un traslado de recursos desde los sectores pre-capitalistas que posibilitó en gran medida el surgimiento del capitalismo local y siguió siendo crucial para los avances del mismo. Ese vínculo entre un sector atrasado y otro modernizado se mantuvo como relación motora del modelo en su conjunto, le dió estabilidad y aportó a sus recomposiciones.

Veamos lo que sucede dentro del sector agrario en particular, en él la heterogeneidad de las relaciones de producción

---

(2) Ibid. Pág.19.

estuvo determinada por el avance lento, parcial y contradictorio de la economía capitalista, por su contribución a la perpetuación o sostenimiento de las relaciones mercantiles simples y de las relaciones de tipo feudal. Las limitaciones de la producción capitalista agraria señaladas por Cassá, determinó la racionalidad en los esquemas de explotación de clases del modelo comercial-usurario propio del modo de producción mercantil simple. El avance de las relaciones capitalistas no se apoyó entonces exclusivamente en la reproducción ampliada del capital, sino que requirió también sustentarse en la subordinación de los sectores precapitalistas. Hasta mediados de la dictadura de Trujillo el capitalismo local tuvo un carácter primordialmente agrario exportador. Recién después de la segunda guerra mundial apareció un destacado sector industrial orientado al mercado interno y se modernizaron en sentido capitalista algunos sectores del agro.

Cuadro #1

PRODUCTO BRUTO INTERNO POR SECTORES DE ORIGEN A PRECIOS DE MERCADO

Agrupaciones	1950 %	1951 %	1952 %	1953 %	1954 %	1955 %
Total	100	100	100	100	100	100
Agricultura	20.6	19.2	20.2	21.4	21.5	19.2
Ganadería	6.1	5.7	5.5	6.7	6.2	6.5
Silvicultura y Pesca	0.6	0.5	0.5	0.6	0.6	0.7
Minería	0.2	0.2	0.3	0.2	0.3	0.3
Industria	17.2	18.9	18.3	15.9	16.6	15.0
Construcción	3.3	4.1	5.6	4.9	4.6	6.0
Comercio	20.3	22.5	20.3	20.1	19.9	20.3
Transporte	3.1	2.9	3.3	3.3	3.7	3.7
Comunicaciones	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4
Electricidad	0.5	0.5	0.5	0.6	0.5	0.6
Finanzas	1.3	1.2	1.2	1.3	1.5	1.8
Propiedad de Viviendas	8.6	7.4	7.4	7.8	7.8	7.8
Gobierno	7.1	6.7	6.7	6.6	6.5	7.7
Otros Servicios	10.8	9.9	9.9	10.3	10.0	10.0

Cont. Cuadro #1.

Agrupaciones	1956 %	1957 %	1958 %	1959 %	1960 %
Total	100	100	100	100	100
Agricultura	18.3	16.8	18.5	17.8	19.9
Ganaderia	6.0	5.3	5.7	6.0	6.2
Silvicultura y Pesca	0.6	0.5	0.5	0.5	0.5
Minería	0.7	0.6	0.3	1.1	1.6
Industria	16.4	18.7	15.4	14.8	17.5
Construcción	6.2	5.9	6.1	4.1	3.0
Comercio	20.3	21.4	19.8	20.4	18.5
Transporte	4.2	4.2	4.4	4.5	4.1
Comunicaciones	0.3	0.4	0.4	0.5	0.5
Electricidad	0.8	0.8	1.1	1.0	1.0
Finanzas	1.5	1.6	2.0	1.7	1.4
Propiedad de Viviendas	7.4	7.0	7.4	7.9	7.0
Gobierno	7.9	7.9	8.8	10.3	9.9
Otros Servicios	9.4	8.9	9.6	9.4	8.9

Si analizamos el Producto Bruto Interno por Sectores en la última década de esta dictadura, observamos el peso relativo importante del sector agropecuario (agricultura, ganadería, silvicultura y pesca), que componen el 26.0% del Producto Bruto Interno total del país de esos años.

Es de destacar que el otro sector predominante en esta estructura es Comercio con el 20.3%, lo que reafirma las características dependientes del Sistema por cuanto la comercialización se efectúa sobre la base de productos de importación.

Recordemos que los primeros días de Trujillo coincidie

Fuente: Banco Central, Cuentas Nacionales de la República Dominicana, 1950-1964. en Cassá Capitalismo y Dictadura/ Santo Domingo, Alfa y Omega, 1982. Pág. 501 y 502.

ron con la crisis mundial iniciada en 1929, la cual produjo una disminución en los precios de los cuatro productos de exportación tradicionales (azúcar, café, cacao y tabaco), con lo que la capacidad de compra del país al exterior se redujo abruptamente y la dinámica general del funcionamiento de la economía dominicana resultó agudamente alterada (3). El consumo de todos los sectores sociales disminuyó bruscamente, se incrementó el desempleo, bajaron los precios de los productos locales y (en proporción inferior) también de las importaciones.

Dado que la formación social dominicana no tenía en este momento un mercado interno desarrollado, casi todo el funcionamiento de la economía de mercado estaba mediado por la relación exportación-importación, esa inmadurez del mercado interno se reflejaba también en la persistencia de una producción campesina de auto-consumo; por otra parte el nivel de vida de las grandes masas era muy bajo en general y no existía un sector industrial que constituyera la base fundamental de un verdadero mercado interior.

Ante esta crisis el Estado dispuso de controles estrictos, tomando medidas que intensificaran la sustitución de importaciones e imponiendo por medio de la violencia y el terror político las reglamentaciones necesarias acordes con la nueva situa-

---

(3) Cassá Roberto. Capitalismo y Dictadura/ Roberto Cassá - Santo Domingo: alfa y Omega, 1982. Pág.21.

ción.

A través de las relaciones financieras con el imperialismo, Trujillo logró impedir el déficit presupuestario. Se trazan amplias directrices para el cultivo y la manufactura y se fomenta la producción agrícola para sustituir las importaciones, lo cual se realiza ligado a un conjunto de planes que incluían el crédito en pequeña escala, elevación del nivel de vida de la población, reparto de tierras a campesinos, cambios en los sistemas impositivos y programas de extensión agrícola y técnica. La coyuntura económica empezó a variar levemente en sentido positivo a lo largo de 1934 hasta los años 40 y 41 cuando el país sufre los efectos negativos de toda confrontación internacional en materia de escasez, inflación, dificultades de comercio, etc. A partir de 1942 se fortalece el Estado y el emporio trujillista en materia económica-financiera. Se aceleró el proceso de acumulación de capitales por parte de Trujillo, sus familiares, la burguesía burocrática y el resto de la burguesía, lo cual establece una nueva dinámica económica a partir de la post-guerra condicionada por la dominación imperialista y el predominio interno del capitalismo dependiente.

El desarrollo del capitalismo industrial dominicano chocó necesariamente con profundas contradicciones en todas las órdenes, agravadas por la persistencia del precapitalismo, de un mercado interno sumamente restringido y de profundas contradiccio

nes en su estructura tradicional por su dependencia frente al sistema imperialista en general. La miseria de las masas trabajadoras se recrudeció en los años de guerra, tanto por la inflacción como por la poca capacidad de ingresos.

El temor generalizado por el despliegue del enfrentamiento político en la zona del Caribe contribuyó a paralizar el desenvolvimiento de la economía, lo que llevó al descontento contra Trujillo, tanto de parte de la pequeña burguesía urbana y clase obrera como también de parte de importantes sectores de la burguesía ligada al presupuesto estatal. El rompimiento político de los sesenta, alentó a que algunas compañías norteamericanas a través de la CIA se constituyeran como uno de los motores principales de la conspiración.

Ni la conmoción bélica ni el desplazamiento de Trujillo se constituyen en factores de una inmediata transformación de la estructura productiva. El edificio económico seguía basándose em el atraso de las fuerzas productivas del sector agropecuario, caracterizando el subdesarrollo global de la economía; también se perfilaba el mantenimiento de relaciones de producción atrasadas como expresión de la dinámica profunda del sistema, de su necesidad de sustentarse en la reproducción de lo arcaico y de no poder dar lugar al desarrollo de un capitalismo bien definido que se reprodujece sobre sus propias bases. Esta interrelación entre relaciones de producción precapitalistas con un capi-

talismo poco definido que, a excepción del sector azucarero y arrocero, condiciona en lo más profundo la compleja interacción de relaciones de producción diversas y niveles diferentes en torno a una dominante, capitalista, deformada, atrasada y exportadora dependiente.

Los cambios históricos que se observaron no hicieron variar cualitativamente dichas relaciones, sino que las resituaron de manera más compleja mediante mecanismos de modernización que no alteraban el componente determinante del sector agropecuario: el atraso en el desarrollo de las fuerzas productivas, su característica de sustentarse en relaciones de producción arcáicas y su función condicionada por un esquema internacional de división social del trabajo al servicio de los centros hegemónicos del imperialismo mundial.

La acumulación en el agro, señala Cassá, a excepción del azúcar, se caracterizó por una acumulación originaria y de recreación de relaciones precapitalistas. A lo largo de la era hubo incorporación de nuevas tierras en base a la reproducción del minifundio, lo que trajo una progresiva subordinación del sector mercantil simple de pequeña parcela campesina al sector capitalista.

Señalamos anteriormente que durante este período se destacan cuatro tipos de relaciones de producción fundamentales:

las capitalistas, las semi-capitalistas, las variantes feudales y la pequeña producción mercantil simple campesina. Siguió siendo típico también la reproducción de la pequeña parcela campesina, importante porque abarcaría la mayoría de la fuerza de trabajo, la mayoría de las tierras bajo cultivo y una parte considerable del producto agrícola, ubicándose dentro de la relación de producción mercantil simple pre-capitalista.

La particular interrelación del precapitalismo y el capitalismo en el agro dominicano, fue la base principal para la configuración durante la dictadura del esquema estructural latifundio-minfundio, el cual expresaba la subordinación del precapitalismo y daba como resultado la pauperización absoluta y relativa de la gran masa campesina por medio de la agudización de la tenencia minifundista y el avance de las relaciones capitalistas con la ampliación del latifundio.

Cuadro #2.

NUMERO DE FINCAS Y SUPERFICIE
SEGUN REGIMENES EXPLOTACION

Régimen	No. de Fincas	1950 %	Superficie (Tareas)	%	No. de Fincas	1960 %	Superficie (Tareas)	%
Totales	276,848	100.0	37,022,748	100.0	447,098	100.0	32,899,577	100.0
Propias	166,652	60.2	21,437,383	57.9	262.679	58.8	24,046,763	73.1
Arrendadas	4,594	1.7	353,761	0.9	16,474	3.7	2,471,532	4.5
Aparcería	12,460	4.5	540,643	1.5	30,782	6.9	1,376,318	4.2
Colonato	4,390	1.6	219,587	0.6	8,716	1.9	569,856	1.7
Beneficiario Gratis	36,122	13.0	1,555,015	4.2	81,893	18.3	3,375,424	10.3
Concesión	17,507	6.3	1,263,890	3.4	39,596	8.9	1,737,563	5.3
Otros	8,580	3.1	4,000,573	10.8	6.652	1.5	322,121	1.0

Fuente: Censo Agropecuario 1950-1960.

Cuadro #3.

PROMEDIO SUPERFICIE NO. FINCAS SEGUN

REGIMEN DE EXPLOTACION

1950-1960

Régimen	1950	1960
Totales	-	-
Propias	128.4	91.4
Arrendadas	77.0	89.3
Aparcería	43.0	44.8
Colonato	50.0	65.3
Beneficiario Gratis	43.0	41.2
Concesión	43.0	43.9
Otros	72.19	48.4

En relación a la estructura de la tenencia de la tierra, si se observan los datos comparados de los años 1950 y 1960 presentados en el cuadro #3, se puede llegar a inferir una tendencia a la transferencia del régimen latifundista en minifundista.

Esta afirmación quedaría corroborada por una marcada disminución en el promedio de tareas por fincas que de 128.4 calculada para el año 1950 disminuye a 91.4 en el año 1960 para el ré

gimen de tenencia propia.

Esta situación tiende a equilibrarse con el promedio de superficie por arrendatario que en el año 1960 se aproxima al valor promedio del régimen de propiedad.

De manternerse esta tendencia incrementada por la política redistributiva a partir de la reforma agraria propiciada por el gobierno balaguerista, se está en condiciones de afirmar que la estructura agropecuaria en cuanto al régimen de tenencia está sufriendo un proceso evolutivo de adecuación a la propia presión transformadora de la sociedad.

En la pequeña unidad campesina jugó un papel importante la existencia del trabajo familiar no renumerado que permitirá la subsistencia del minifundio.

Habrá que hacer una excepción del sector azucarero tradicional y del arrocero hasta la post-guerra, ya que éstos aportaban crecientemente al producto agrícola global, entre otras cosas por incorporar población y tierras de las otras modalidades de producción.

Además, para el 1960 la población asalariada constituirá el 44% y los no asalariados el 55%, siendo la fracción restante la de empleadores. Los obreros rurales y semi-proletarios -

son aún una fracción minoritaria de la población trabajadora del campo. El crecimiento de la población obrera fue lento, lo cual se podría atribuir a que el desarrollo del capitalismo en el agro estaba mediado por la persistencia del pre-capitalismo y por procesos más definidos como la migración a la ciudad que absorvía parte de la población rural proletarizada y pauperizada.

En relación al aumento de asalariados hay que tomar en cuenta la persistencia de la importación de braceros haitianos, la utilización de presos y otras modalidades de trabajo forzado.

El dominio Trujillista a lo largo de treinta años de represión dió lugar a la ampliación de las relaciones de producción capitalista en la sociedad dominicana. Esta política estatal, concentrada en el poder de una familia, entró finalmente en contradicción con el proceso de formación de clases sociales dado que el régimen "impidió la expresión organizacional de las clases que materialmente se habían conformado en la división misma del trabajo" (4). El régimen entró en contradicción no sólo con los sectores burgueses desarrollados en el período, para los cuales el poder unipersonal era una traba política-económica -

---

(4) Gómez Luis. Relaciones de Producción Dominantes en la Sociedad Dominicana 1875-1975/ Luís Gómez.-- Santo Domingo: Universidad Autónoma de Santo Domingo, 1977. Pág. 159.

sino también con las masas, y con los intereses transnacionales norteamericanos a los cuales les estaban reduciendo el espacio económico.

La articulación de este abanico de opositores define la heterogeneidad de los grupos y clases que participaban en la crisis de la dictadura, lo que no tardó en traer como consecuencia una lucha por la hegemonía del aparato del Estado, provocando serias tensiones en el seno de las clases dominantes, una creciente participación de la pequeña burguesía y un inicio de organización de parte del proletariado.

El período de 1961-1965, podríamos llamarlo de transición. Se inicia con la muerte de Trujillo y se caracteriza básicamente por la gran inestabilidad política, social y económica. Pese a esta situación, el Estado aumenta su participación directa en la economía mediante la expropiación de los bienes de Trujillo, lo cual modifica la estructura de propiedad, en particular de la tierra y crea las condiciones para una renovación del campesinado, el cual acelera dicho proceso a través de sucesivas invaciones de tierras, ante la desesperada necesidad de subsistir.

Dicho período se caracteriza además, por la ausencia de un mecanismo centralizado que asegurara la coherencia necesaria a una formación social naciente porque el ejercicio del

poder político e ideológico durante este período no asume de manera clara y definida las representaciones de clase que le son inherentes. La lista de factores de desestabilización durante el período, es baja e ilustrativa del caos en que se sumía a la sociedad dominicana: la crisis de los partidos políticos, la tensión en las instituciones empresariales y en los mandos militares; incoherencia en la dirección política del Estado, ausencia de respaldo social en las capas medias del régimen, creciente oposición popular; incapacidad del imperialismo para detectar la real situación de crisis y la magnitud de la misma, elevados niveles de conspiración político-militar y la desorientación en los propios sectores derechistas en cuanto a las medidas económicas a ser implantadas (5). Todo lo anterior revela una crisis generalizada que forzó una ausencia de apoyo social, agravada por la existencia de una línea económica y política por parte de las clases dominantes, a la cual se pretendió dar solución mediante el régimen constitucional de 1963 encabezado por el profesor Juan Bosch. Esta forma política, aglutinadora de consenso es derrocada al séptimo mes de dirección estatal, ya que los puntos básicos del programa de gobierno eran claramente contradictorios con los de la burguesía importadora, la burguesía agraria, los terratenientes y con el capital trans

(5) Oviedo Jose. "Economía y Política en República Dominicana,1966 -1978. El Régimen Balaguerista: Tendencias y Crisis". Revista Realidad Contemporánea. (11): p.p. 191. 1981. Págs. 248 y 249.

nacional por las nacionalizaciones realizadas y la búsqueda de relaciones económicas con países europeos (6). Los canales de hegemonía de la nueva organización política, representada por el Triunvirato, evidencian progresivamente puntos de fisura a través de los cuales hará efecto la presión popular. Esta crisis produce un sistema espontáneo de alianza en el bloque dominado, en el que participan grupos pequeños-burgueses, capas medias, marginados, clase obrera y sectores liberales pertenecientes al Partido Revolucionario Domincano (PRD). Los centros urbanos, especialmente la ciudad capital, son el espacio de un movimiento protestario que lucha por el retorno a la constitucionalidad, abatida por el golpe de Estado de 1963, el cual produce la escisión del aparato militar y la emergencia de un grupo de militares constitucionalistas que se agregan a la alianza popular. De esta manera, se presenta un panorama político de crisis económica que provoca el estancamiento de la producción nacional, el descenso de las ganancias del sector exportador; crisis de hegemonía política dada la desarticulación del Estado y las clases dominantes, además del desequilibrio del poder y crisis de la ideología estatal, producto del avance de las ideas democráticas y socialistas en el contexto de un país vecino a la revolución cubana y a las propias contradicciones de dominación de dichos sectores.

---

(6) Ibid.

Esta crisis orgánica, provocan en 1965 un movimiento revolucionario que deviene en una guerra civil de carácter heterogéneo con serias limitaciones de espacio y apoyatura de clases. La posibilidad de una nueva Cuba, impulsa la intervención norteamericana directa con 42,000 marines, con el posterior apoyo de una "fuerza de paz" que enviara la OEA, reforzando de este modo el aparato militar dominicano y con ello el dominio estatal y obligando a las fuerzas insurreccionales a establecer negociaciones. Se constituye un gobierno provicional, el de García Godoy, desde septiembre del 1965 a julio del 1966, el cual prepararía las bases para el proceso electoral que habría de ganar en 1966 el Dr. Joaquín Balaguer, intelectual orgánico de varias décadas de participación en la dirección del Estado durante la dictadura de Trujillo y en que contaría con el apoyo de la burguesía nacional y del imperialismo. Este régimen parte de una rearticulación de fuerzas, necesarias para la superación de la crisis política del 1965, instaurando diversos mecanismos como la mediación burocrática y reorganización del Estado que llevaría a una ampliación de los mecanismos de dirección y a una profundización de la relación Estado-economía, fundamentada en la expansión de los grupos locales y del capital transnacional, en el mantenimiento de los altos niveles de explotación de la fuerza de trabajo y en la represión sistemática que habría de limitar los procesos de organización democrática, especialmente los sindicatos y grupos de izquierda.

El Estado dominicano en esta época, guiado con la teoría keynesiana de la economía, corresponde a la etapa imperialista del capital donde la lógica de reproducción del dominio amerita la intervención de lo público en los procesos de acumulación, dada la profundización de las contradicciones internas del modo de producción. En la primera fase del régimen balaguerista los bajos niveles de inversión privada causados por la anterior crisis de acumulación, exigen del Estado su conversión en gestor del proceso económico. El Estado agiliza sus mecanismos de ahorro mediante la rebaja de los sueldos de sus empleados y la disminución de la burocracia, lo cual permite incrementar la inversión pública, dirigida básicamente hacia la construcción, constituyendo de esta manera una fuente de acumulación que formaría un importante núcleo burgués directamente beneficiario por el Estado y un vehículo de elevación del nivel de vida de las capas medias que constituirán un grupo de apoyo al régimen.

El período de expansión del régimen balaguerista configura un modelo de acumulación sobre la base de los renglones ligados al llamado sector externo y de un cierto proceso de sustitución de importaciones. Las ramas productivas que intervienen como factor determinante en este proceso son las exportaciones tradicionales (azúcar, café, cacao), la minería, las construcciones, la industria manufacturera de exportación y mercado interno

y los servicios. (7).

Los factores dinamizadores de este crecimiento del volumen productivo nacional, incremento de los valores de cambio, de la masa de plusvalía y por ende del capital fueron: el aumento de los precios en los productos globales de exportación en el mercado mundial, el auge de la inversión extranjera, la expanción del capital bancario, el programa de inversiones públicas, el progresivo endeudamiento externo y los altos niveles de explotación de la fuerza de trabajo.

Cabe resaltar el creciente desarrollo de la industria no azucarera tanto para el mercado interno como para el externo, en particular la producción manufacturera y los bienes alimenticios. Sin embargo, la industria (con ecepción de la azucarera), la materia prima extranjera supera por mucho a la materia prima nacional, en relación inversa al sector azucarero, donde la materia prima nacional es muchísimo mayor que la materia prima extranjera, lo que implica la profundización de la dependencia y el establecimiento de contradicciones a nivel industrial que obstaculizan el ritmo de crecimiento en este sector.

Este período de expansión económica lograda por la polí-

---

(7) Ibid. Pág.275.

tica balaguerista a partir de 1969, que colocó la tasa de crecimiento del producto bruto interno en 11% de este año a 1973, "fue producto de una organización de los aparatos de Estado - que acelera los mecanismos de acumulación originaria y produjo las premisas necesarias para el tránsito definitivo hacia la - acumulación capitalista como forma dominante y predominante de reproducción del capital" (8), organización que en gran parte estuvo delegada en un grupo burocrático-militar pequeño burgués presidido por el mismo Balaguer, quien actuó como mediador económico-político.

Para dinamizar al máximo el crecimiento de la clase burguesa, este régimen tuvo como una de sus principales características, la utilización directa de los aparatos de Estado para el desarrollo de la inversión y la acumulación, con métodos irracionales en cuanto a su organización y administración y donde la corrupción y el desorden público-administrativo, fueron expresiones fundamentales. El Estado actuó en este período como "proveedor de fondos, información asistencia técnica, influencia, recursos humanos y materiales para la iniciación o la prosecusión de una carrera exitosa en la industria, los servicios, el comercio, sin exigir más que la lealtad política de los beneficiarios hacia

---

(8) Oviedo José. "Apuntes Sobre el Nuevo Proyecto Burgués y Transformaciones del Estado en República Dominicana". Revista - Realidad Contemporánea, (10 y 11): p.p. (18), 1979. Pág.22.

el titular del Poder Ejecutivo y su más inmediato entourage" (9). Al mismo tiempo, la ampliación del empleo público, especialmente en los escalones inferiores de la pirámide administrativa central y en las empresas del Estado, en una economía privada con reducidas posibilidades de empleo, apareció como una de las pocas perspectivas de ingreso para las masas urbanas y pequeña burguesía.

Como nos interesará posteriormente destacar la relación entre los mecanismos estables y la gestión asistencial, resulta indicado recurrir aqui a la caracterización gramsciana de ese vínculo. Entre las funciones que realiza el Estado, está la del mantenimiento de la "ley y el orden": a través de la acción represiva o bien del fomento del consenso respecto al orden social existente por medio de la acción ideológico-cultural (10). Este último constituye el momento en que las clases subordinadas aceptan la concepción del mundo y los valores de las clases opresoras y se integran dentro del estilo de vida de éstos. Cuando la dominación de una clase sobre otra se expresa en este segundo nivel se puede decir que la clase dominante se ha convertido en clase hegemónica. Algunos autores sostienen que el gobierno balaguerista creó las condiciones, más por medio de la coersión po

---

(9) Vilas Carlos María."Clases Sociales, Estado y Acumulación Periférica en la República Dominicana (1966-78)" en Revista Realidad Contemporánea. Año II. No.10-11. p.p.-11. 1979. Pág.37.

(10) Miliband, Ralph. Marxismo y Política/ Ralph Miliband.-- México: Siglo XXI, 1978. Pág.117.

lítica que ideológica y se cuestionan hasta qué punto este gobierno ha logrado manipular - alienar la conciencia de los sectores populares a través tanto de la represión política como de los programas asistenciales (11).

Pero las formas de organización del Estado del período balaguerista, que habían servido a los procesos de acumulación de capital, entraban para 1978 en contradicción con las nuevas formas de acumulación necesitadas por el capital nacional y transnacional. Se establecía históricamente, por primera vez, la posibilidad de lograr una dominación social fundamentada, tendencialmente, en la hegemonía, en el convencimiento y no en la represión, pudiendo tomar una mayor estabilidad la lucha de clases dentro - del orden capitalista. (12).

El partido social demócrata, con prestigio por su participación en el régimen del 1963 y en la guerra de abril, se convertiría en un instrumento político que defendería los intereses de los sectores burgueses, pero que canalizaría las aspiraciones democráticas de amplios sectores dominados.

La fundamentación de un nuevo modelo de dominación bur-

---

(11) Duarte Isis y Pérez José F. "Consideraciones en Torno a - la Política Represiva y Asistencial del Estado Dominicano. 1966-78." Realidad Contemporánea. Año 2. (10 y 11): p.p.-17, 1982. Pág. 62.

(12) Oviedo, José. Op. Cit. Pág.25.

guesa en República Dominicana a partir del 1978, a través de un proyecto de hegemonía capáz de producir situaciones de apertura en el aparato estatal y un nuevo equilibrio de fuerzas - dentro de las relaciones clasistas en el país (13), responde - también a la estrategia imperialista internacional trazada por la Trilateral (Estados Unidos, Canadá, Europa Occidental y Japón), que plantea la hegemonía o consenso como arma nodal dentro del capitalismo actual y el reforzamiento de los Estados Nacionales mediante la ayuda a los aparatos militares y la no intervención militar, estrategia que fundamentan un proyecto imperialista sobre la base del reconocimiento de que ha habido un - cambio sustancial en la correlación internacional de fuezas (14).

El triunfo del PRD en 1978 no es casual, dada la profunda crisis de representatividad del gobierno balaguerista por un lado, los acuerdos internacionales señalados anteriormente, la incorporación de dicho partido dos años antes del triunfo a la Internacional Socialista y su acercamiento a la administración de Carter y el establecimiento por otra parte de una alianza con - sectores importantes de la burguesía local, principalmente con el grupo industrial y financiero de la provincia de Santiago. De

---

(13) Discurso de Peña Gómez, Secretario General del PRD, del 10 de Junio de 1980.

(14) Ruiz García, Enrique. En Período El Sol, 12 de Julio de 1980. "La Comisión Trilateral: -Explicación de un proceso - de Poderes" citado por Catrain y Oviedo en Estado y Crisis Política. (República Dominicana, 1980), Santo Domingo. Ed. Alfa y Omega. 1981. Págs. 230-235.

esta manera, el PRD se convierte en una alternativa de poder para la clase dominante.

La nueva forma de Estado permite una nueva reordenación del poder que determina un mayor grado de democratización, manifestándose la dominación principalmente mediante el consenso. Esta nueva reordenación del poder Catrain la sintetiza en las consideraciones siguientes:

"- La diferencia de los poderes parece ser un hecho consolidado al desplazarse el predominio del ejecutivo, eliminándose así el desarrollo de una tendencia centralizadora.

- La burguesía ha dado muestras por medio de sus fracciones más importantes de utilizar la legalidad para resolver las contradicciones en el bloque de poder.

- El aparato militar ha consolidado un proceso de institucionalización como el partido del orden alternativo sólo para los períodos de crisis de representatividad, lo cual es un importante indicador del perfeccionamiento de la máquina estatal, ya que la violencia institucionalizada debe estar separada del capital individual en el Estado Moderno". (15).

---

(15) Catrain, Pedro."Estado, Hegemonía y Clases dominantes en República Dominicana, 1966-1978" en Realidad Contemporánea/. No.18-19. Vol.II. Santo Domingo. Ed. Alfa y Omega. 1982.Pág.32

La efectividad política que logra alcanzar el PRD en la producción de consenso popular se relaciona directamente con su consigna de institucionalizar el Estado encerrando la práctica estatal en los límites de la constitucionalidad y las leyes y utilizando en su discurso político, categorías referidas a la legitimidad estatal: institucionalidad, democracia, legalidad, voluntad ciudadana, voluntad popular, paz y seguridad, derechos humanos, etc. (16), lo cual revela la importancia que otorga hoy la burguesía a su discurso ideológico, como forma de conciencia organizativa, tema que volverá a tocarse más adelante cuando analicemos los programas de educación en salud.

El nuevo proceso de reordenamiento en la estructura del poder ha determinado una nueva modalidad de la intervención del Estado en la economía, ya que los límites del modelo keynesiano balaguerista se han agotado y la crisis económica mundial del capitalismo es hoy más profunda. Esto obliga a la burguesía extranjera y local a hacer sacrificios para poder establecer mediaciones frente a la sociedad civil, como lo fue la nacionalización de las minas de oro dominicanas que estaban en manos de la multinacional norteamericana Rosario Mining Corp.

Con la nueva forma de dominación, los costos sociales de

---

(16) Oviedo, José, "Estado y Clase Subalterna" en Realidad Contemporánea. No. 18-19. Vol.II. Santo Domingo. Ed. Alfa y Omega. 1982. Pág.67.

berán formar parte importante de los gastos generales del Estado. Así, señalan Catrain y Oviedo que en los dos primeros años de gobierno del PRD, los gastos del Estado propiciaron la modernización del agro y contemplaban mejoras de salarios para los empleados del gobierno, articulando su política económica a los sectores populares como revelan los gastos en salud, educación, comedores económicos y aumentos de puestos de trabajo. (17). En tal sentido, el presidente Guzmán señaló en su discurso de mayo de 1980 que entre los logros del 1979 estuvo la creación de 28,000 nuevos puestos de trabajo, otorgamiento de jubilaciones, nombramientos de médicos servidores públicos por un monto de 28.9 millones de pesos, erogación de 74.8 millones de pesos más que en 1978, 76 millones más en educación y 42 más en el área de la salud. Esto demuestra en gran parte la vigencia del PRD, que ha logrado establecer una política estatal que articula en su interior no sólo el interés de la fracción dominante sino también ejercer una función mediadora en relación a la clase subalterna. En tal sentido, los discursos del secretario general del partido oficial en junio de 1980 plantean explícitamente la necesidad de un nuevo modelo capitalista en República Dominicana sobre la base de un proyecto hegemónico o consensual, con una apertura del aparato estatal productora de una nueva relación entre Estado y clases sociales, a partir de la cual la

(17) Catrain, Pedro y Oviedo, José. Estado y Crisis Política/ Santo Domingo. Ed. Alfa y Omega, 1981. Pág.50.

representatividad de la burguesía sea mayor en las instituciones del Estado, propiciando la integración de los sectores medios de la burguesía con los directorios de toma de decisiones y al mismo tiempo la asimilación corporativa de la clase obrera. (18).

---

(18) Ibid. Pág. 107-108.

CAPITULO II

LA PRACTICA MEDICA EN REPUBLICA DOMINICANA

Estado Actual de la Salud en República Dominicana:

Para tener una idea del nivel de salud-enfermedad de la población dominicana, es preciso recurrir a las memorias oficiales y boletines de la SESPAS, previa aclaración de que "los indicadores de salud sufren la influencia negativa del subregistro y del inadecuado proceso de estadística que existía y que esperamos que con el nuevo sistema de información en salud se presenten correcciones a los valores de los indicadores". (19). A pesar del cambio que esa declaración oficial supone cabe acotar - que la situación de la información sigue siendo precaria.

Con esta aclaración previa acerca de las reservas que habría que contemplar por el subregistro, se mencionan algunos indicadores de salud importantes para 1981:

Cuadro # 4

Indicadores	Tasas
- Esperanza de vida al nacer	65 años
- Mortalidad general	7.1 por habitantes.
- Mortalidad Infantil	31 por mil nacidos vivos.
- Mortalidad Infantil de niños de 1 a 14 años	3.2 por mil.
- Mortalidad Interna	0.8 por mil.

(19) SESPAS. Cuatro Años de Gobierno.(1978-1982). Santo Domingo. Talleres Offset. 1982. Pág.52.

* Fuente: Cuatro Años de Gobierno. Op. Cit. Pág.52.

Las diez primeras causas de muerte en orden descendente corresponden a:

Cuadro #5

Causas	No. de Defunciones	Porcentajes
Enteritis y otras enf. diarréicas	1,535	6.0
Enferm. Cerebrovasculares	1,160	4.5
Enferm. Isquémicas del Corazón	1,029	4.0
Avitaminosis y otras def. nutric.	653	2.5
Cirrosis Hepática	473	1.8
Bronquitis, Enfisema y Asma	397	1.5
Enferm. Hipertensivas	377	1.5
Diabetes Mellitus	351	1.4
Accidentes de Vehíc. de Motor	350	1.4
Tuberculosis del aparato respirat.	336	1.3
Todas las demás causas	19,096	74.1
Total	25,757	100.0 *

Las mismas autoridades de Salud sostienen que en 1969 se realizó la encuesta nutricional SEDREL (20), en el país que reveló que el 75% de la población infantil menor de 5 años, sufría de algún modo de desnutrición, encontrando que el 48% eran desnutridas en tercer grado. Igualmente, los estudios bioquímicos demostraron que un 32% tenía niveles de protección muy bajos, que el 10% de los menores de 5 años estaban afectados de bocio endémico, un 2% mostró déficit de vitamina "B", un 10% -

*Fuente: Sección Estadísticas Vitales
División de Estadística de la SESPAS.

(20) SESPAS. Cuatro Años de Gobierno. Op. Cit. Pág.82.

mostraba déficit de vitamina "A" y que el 68% de dicha población evidencia signos de anemia. Durante los años 1978-1979, la División de Nutrición de SESPAS en colaboración con la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), estudiaron 3,670 - niños de zonas urbanas periféricas y rurales y observaron que el promedio de desnutrición global era de 65% con variaciones según ciertas áreas; en barrios de Santo Domingo corresponde un promedio de 50-70%; suroeste rural un 70%; y en el este del país un 80%.

El encargado del área de planificación de la SESPAS, Dr. Víctor Suero, sostuvo en 1981 tras haber realizado una investigación que "la enfermedad más frecuente en República Dominicana, la de mayor incidencia y prevalencia, y posiblemente la de mayor dificultad diagnóstica es hoy día, la malnutrición en cualesquiera de sus manifestaciones y grados". (21).

Algunos autores llamativamente, sostienen que el estado nutricional de un pueblo depende de la disponibilidad de los alimentos, la capacidad adquisitiva de los individuos y las demandas biológicas de nutrientes de la población y que múltiples variables geo

---

(21) Suero, Víctor. "Situación Nutricional y Salud Pública en la Rep. Dom." Malnutrición/ Tomo III. Universidad Católica Madre y Maestra. Area Medicina Social. Santiago, República Dominicana.

gráficas, climáticas, biológicas, económicas, tecnológicas y culturales afectan a cada uno de los factores antes mencionados. (22).

Lo primero que habría que diferenciar es que las repercusiones a nivel de salud y nutrición en la población difieren radicalmente entre aquellos países altamente desarrollados y segundo, que el problema de desnutrición mundial y en especial el de República Dominicana, es básicamente una consecuencia de la organización social y económica que prevalece y no como han venido insistiendo las autoridades de salud, que depende básicamente de hechos como escasez de alimentos, condiciones geográficas o climatológicas desfavorables, sobre-población, etc.; estos argumentos reflejan la persistencia de enfoques tradicionales acerca de la determinación de la salud-enfermedad y la carencia de una información integral y actualizada de los sistemas de registros de salud. Escudero (23), ha señalado con razón, que "la existencia de sesgos en el sistema vigente de la determinación de la causa básica de muerte tiende a subestimar significativamente el papel causal de la desnutrición en ellos; y que procesos como la desnutrición, que son parte del perfil -

---

(22) Pérez Mera, Amiro. "Salud Educación y Nutrición: Estrategia para la Acción". Malnutrición. Tomo III. Universidad Católica Madre y Maestra. Area Medicina Social. Santiago, 1983. Pág.1.

(23) Jose Carlos, Escudero. "Desnutrición en América Latina". Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales. México, UNAM. 1977. Pág.13.

de vida de los grupos sociales más impactados, subyacen como elementos de la mortalidad, que no siempre llegan a consignarse como datos en los registros estadísticos".

En cuanto a la morbilidad, los datos obtenidos corresponden a las diez principales enfermedades de pacientes egresados de los establecimientos de la Secretaría de Salud Pública y a las diez principales enfermedades transmisibles de notificación obligatoria.

Cuadro # 6

Enfermedades	Número	%
Partos sin otras complicaciones	167,877	41.0
Enteritis y otras enfermedades diarréicas	32,010	7.8
Otros abortos y los no especificados	21,695	5.3
Otras complicaciones del embarazo	17,450	4.3
Neumonías sin especificaciones del germen	9,731	2.4
Bronquitis, Enfisema y Asma	6,335	1.5
Partos con otras complicaciones	6,419	1.6
Avitaminosis y otras deficiencias nutricion	4,245	1.0
Otras caídas accidentales	2,880	0.7
Toxemia del embarazo y parto	2,248	0.5
El resto de las enfermedades	138,940	33.9
Total	409,830	100.0 *

De la misma fuente obtuvimos que las enfermedades causadas por desnutrición, las venéreas y las enfermedades preve

* Fuente: SESPAS. Política de Salud del Gobierno de Concentración Nacional, 1983-1986. Santo Domingo. 1983. Pág.39.

nibles por vacunación, siguen ocupando los primeros lugares en la lista de enfermedades de notificacion obligatoria.

Cuadro #7.

Enfermedades	Tasa por 100,000 Hbtes.
Gastroenteritis	1,919.0
Sífilis	289.2
Blenorragia	233.8
Sarampión	60.4
Paludismo	49.2
Disentería	45.7
Hepatitis Infecciosa	35.7
Tuberculosis Pulmonar	31.5
Parotiditis	22.3
Tifoidea y Paratifoidea	18.6
Las demás enfermedades	48.8
TOTAL	2,754.3

Las autoridades de Salud clasifican en dos grandes grupos los factores que inciden en la situación de salud de la población: generales y específicos. Entre los generales consideran el alto crecimiento de la población, la alta concentración de grupos de edades más vulnerables, el proceso acelerado de migración interna, los bajos niveles educativos, de empleo y de la mayor parte de la población. (24).

En cuanto a los factores específicos, son considerados

Fuente: SESPAS. Política de Salud del Gobierno de Concentración Nacional, 1983-1986. Santo Domingo. 1983. Pág.39.

(24) Ibid. Pág. 42 y 43.

como los que mayor influencia ejercen en la situación de salud, las condiciones ambientales imperantes, la falta de un sistema de suministro de agua potable, contaminación del suelo y del agua, la situación nutricional que hace más suceptible al individuo de enfermar. A todo esto se le agrega la falta de definición de una política de salud y los factores ligados a la organización de los recursos que según las autoridades no han estado coherentes con el objetivo de satisfacer las necesidades de salud de la población. (25).

Podemos observar claramente que los datos oficiales de morbilidad ofrecidos por el aparato de Estado de Salud dominicano presentan la distribución de la enfermedad y causas de muerte de manera general, sin tomar en cuenta las clases sociales o las diferencias entre zonas urbanas y rurales. De esta manera, las estadísticas del sector oficial no establecen diferencias de la morbimortalidad como fenómeno que se presenta en grupos sociales que trabajan y viven en determinados ambientes físicos y sociales, con desigual disponibilidad de alimentos y acceso a los servicios de salud.

Las interpretaciones del Estado acerca del proceso de salud-enfermedad toman en consideración fenómenos aislados que

---

(25) Ibid. Pág. 42,43,44 y 45.

condicionan el surgimiento y desarrollo de las enfermedades, pero que de ninguna manera permiten una comprensión y explicación más profunda de dicho proceso, al margen de las condiciones socio-históricas en las que se encuentra inmerso.

De esta manera el aparato de Estado de Salud, como estructura institucional de vocación ideológica y de control estatal parcial manifiesta a través de los indicadores que utiliza una concepción de la salud-enfermedad que responde a los intereses del capitalismo en tanto biologiza al hombre cuando se refiere sólo a su carácter natural, dejando a un lado su carácter histórico-social y su pertenencia a determinada clase social y en tanto transmite una concepción errónea acerca de los determinantes de la salud-enfermedad, creando y consolidando un modelo de análisis que mantiene una autonomía relativa respecto a las condiciones reales de existencia. Esta forma encubridora de tratar la problemática lleva implícita una ideología, una concepción de vida, de la enfermedad que responde a los intereses de la clase dominante, hipótesis en la cual abundaremos en los siguientes capítulos.

Los Sistemas de Salud en América Latina:

Las soluciones a los problemas de salud-enfermedad han sido abordadas de diversas formas por las sociedades, dependiendo básicamente de los intereses de las clases hegemónicas

que controlan el Estado. No pretendemos hacer una diferenciación exhaustiva de las formas como los Estados abordan dichos problemas, más bien dedicaremos un espacio para analizar de forma bastante general como en América Latina las soluciones que se proponen obedecen a necesidades emanadas de la práctica social. Es importante establecer nuestra consideración de estudiar la práctica médica entendiendo que dicha práctica no es más "que la estructura institucional y organizativa a través de la cual el Estado manifiesta su accionar en salud" (26), por lo que analizaremos las transformaciones experimentadas en la misma a partir de las transformaciones generales de las relaciones de producción, de las posiciones asumidas por el Estado con respecto a la atención a la salud, su adecuación a las transformaciones económicas y políticas y a la ideología o concepción del mundo del grupo social dirigente en los países como dominicana, capitalista y dependiente.

En estos países gran parte de las acciones establecidas por la práctica médica han estado encaminadas funcionalmente a negar las determinantes sociales e ideológicas y orientadas a proyectar una visión autónoma de su práctica.

La práctica médica en este siglo experimenta cambios -

---

(26) Fassler, Clara. Transformación Social y Planificación de Salud en A.L. México. Mimeografiado Uam-xochimilco. Enero 1979. Pág. 4.

de gran importancia que se expresan tanto a nivel de la organización de la misma, como del conocimiento que de ella surge y sólo podrá comprenderse a través de las modificaciones socioeconómicas experimentadas en las sociedades latinoamericanas a lo largo de este siglo.

La práctica médica comienza su articulación con la estructura económica en el período del capitalismo competitivo - con acciones sanitarias de saneamiento de puertos, demandadas de problemas de salud producto de la ampliación del comercio - internacional y como medidas contra ciertas enfermedades en - el campo de la producción. La organización de estas actividades del campo de la salud, conlleva a los países latinoamericanos durante los primeros treinta años del presente siglo a crear unidades administrativas de servicios de sanidad dependientes - de los Ministerios de Gobernación o Interior, a los cuales les sucederá la creación de Ministerios de Salud, los que generalmente incorporarán las Direcciones de Sanidad y las creaciones de Direcciones de Beneficiencia o Asistencia Pública. (27).

El Estado con la creación de estos organismos define de una forma u otra las políticas en el área de la salud, políticas que más que de salud han sido políticas en contra de la enfermedad. Como diría Menéndez "nuestros Ministerios y Secretarías de

---

(27) Mier Aurelino. La Nacionalización de los Servicios de Salud: La Organización Sanitaria de los Países Latinoamericanos. - 1880-1930. Mimeografiado. Pág.5-6.

salud son realmente Ministerios y Secretarías de Enfermedad" (28).

A nivel central, el Estado en América Latina toma las acciones sanitarias realizando actividades fundamentales en el desarrollo de la Epidemiología, basado en indicadores puramente biológicos y negando de este modo las determinaciones de tipo económico-social e ideológicas de la enfermedad. También hace suyas algunas realizaciones directas de protección a la salud estableciendo políticas de seguridad social en función de los procesos sociales determinantes y de la propia funcionalidad del sistema capitalista.

Tanto esta práctica como el discurso que se da a nivel oficial en América Latina, están íntimamente relacionados con el desarrollo del capitalismo monopolista de Estados Unidos y su articulación con el capitalismo, ligado a la exportación de alimentos y materias prima. El desarrollo del capitalismo estimula en la práctica médica de estos países la atención médica o el consumo de servicios médicos, dado que la existencia de un mercado interno requiere al sistema la necesidad de mantener y reproducir su fuerza de trabajo. Dicha atención se desarro-

---

(28) Menéndez Eduardo. "El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores" en Franco Basaglia et. al La Salud de los Trabajadores. Ed. Nueva Magen, México, 1978. Pág.14.

lla básicamente mediante el hospital, en el cual confluyen diversos especialistas e instrumental de diagnóstico y tratamiento. Surge también la modalidad del Centro Médico, implicando no sólo la concentración de las actividades más prestigiosas - sino también la hegemonía de la atención médica sobre cualquier otro tipo de práctica en el campo de la salud, incluida la sanitaria.

Desde el punto de vista ideológico se genera un modelo basado en una concepción de tipo positivista y cientifisista - dentro del saber y la práctica médica. La lucha contra las enfermedades llevadas a cabo en América Latina por ejemplo, trató de establecer una serie de normas presentadas como de "interés general": el concepto de erradicación en la teoría de la lucha contra las enfermedades fue reemplazado por el concepto de control y el de vigilancia posteriormente, varianzas que respondieron a un cambio en la estructura económica y a una nueva concepción del espacio social y no a un progreso del conocimiento ni a la propia necesidad de erradicar las enfermedades. Las características de la práctica médica para este período corresponden a un enfoque teórico y técnico individual, que responden a cambios generales tanto en el nivel económico-político como a nivel de la propia práctica médica, se parte de concepciones biológicas y evolutivas, se niega los procesos históricos y por tanto las determinaciones socio-económicas e ideológicas respecto a - la enfermedad.

En el período iniciado a partir de los 30 se produce en América Latina el desarrollo de los Estados capitalistas caracterizados por un lado, por su intento de imitar a los gobiernos "desarrollados" especialmente el norteamericano y por otro por tener prácticas personalistas en el manejo de lo económico y lo social, donde la coersión funje como estrategia principal de dominación. La depresión de los treinta y la segunda guerra mundial hacen que el capitalismo monopolista de Estados Unidos se transforme en un capitalismo de Estado, lo que conlleva a que el Estado se convierta en el centro de decisiones en lo económico y lo social, cuya finalidad es mantener y expandir los intereses de una clase social y de sus monopolios económicos.

En este período de mayor centralización del poder del Estado en el espacio social y económico, también son centralizadas las acciones de salud, esta vez con programas y actividades realizadas a través de convenios bilaterales con empresas privadas, fundaciones y organismos internacionales, lo que refleja la transformación del capitalismo monopólico en capitalismo monopólico de Estado. Todas las acciones tienden además a afianzar la hegemonía de la atención médica, siendo el hospital y los centros de salud los espacios principales para lograr dicha hegemonía. Los programas de formación de personal en el área de la salud se fueron ajustando a este período de mayor tecnificación y complejización de los servicios de salud a los nuevos aparatos y técnicas, lo que implicó una nueva división del tra

bajo y por tanto nuevas demandas de profesionales. Surge de esta nueva ampliación de los servicios, la necesidad de institucionalizar y normatizar las acciones de educación sanitaria y con ella la carrera de Educación para la salud tanto en los niveles técnicos, de grado y de post-grado.

Es importante observar que si bien la atención médica se constituyó en la práctica hegemónica de este período, también es cierto que la misma estaba destinada a satisfacer necesidades en forma diferente según el grupo social al cual se dirigía: los grupos urbanos medios a través de la práctica privada y la seguridad social; el proletariado mediante los seguros sociales de enfermedad y el ejército industrial de reserva, y los campesinos a través de la asistencia pública. Esta separación de asistencia o de atención médica por clases sociales indica claramente el significado que se da a dicha atención cuando se dirige a los grupos subordinados: la práctica médica es concebida además como factor de aumento de la productividad de las masas trabajadoras.

En las últimas décadas se han ido dando algunos cambios importantes dentro de la práctica médica en los países latinoamericanos. La segunda guerra mundial trae un nuevo reacomodo del sistema capitalista mundial; se efectúa un proceso de rearticulación del poder, con la hegemonía de Estados Unidos, tanto a nivel económico como a nivel político-militar, lo cual va a -

tener a partir de entonces amplias repercusiones políticas, económicas e ideológicas en los países de América Latina. El período de post-guerra se caracteriza por la programación de actividades de salud y programas de erradicación de enfermedades infecto-contagiosas. Con los primeros intentos de programación, la práctica médica experimenta cambios significativos que se expresan tanto en la organización de dicha práctica, como en el conocimiento que de ella surge. (29).

Las transformaciones económicas en este período tienen su expresión tanto a nivel social como a nivel político. Los intereses de los nuevos grupos burgueses, generados y consolidados por el proceso de industrialización, entran en contradicción con los intereses de los sectores oligárquicos y también con el proletariado, clase que por el mismo desarrollo industrial crece de manera rápida, haciéndose sentir cada vez más fuerte en sus luchas reivindicativas. Esta lucha de sectores provoca transformaciones en el carácter del Estado el cual impulsará medidas de crecimiento tanto económico como social que le ayuden a ampliar su base de legitimación.

La acción en el área de salud, orientada hasta entonces

---

(29) Fassler, Clara. Transformación Social y Planificación de Salud en América Latina. México, 1979. Mimeografiado. Maestría Medicina Social. Uam-xochimilco. Pág.5.

en el saneamiento de las zonas urbano-exportadoras, a través de la ejecución de Campañas, control de epidemias y notificación de enfermedades transmisibles es reorientada hacia programas de salud rural -con finalidad de erradicar la fiebre amarilla y la malaria-, programas de asistencia y capacitación de recursos humanos, ésta última política con gran ayuda financiera de Estados Unidos, como forma de incorporar a los sectores medios de la sociedad dentro de su proyecto de gobierno.

El auge de la economía de post-guerra comienza a declinar, agudizándose el desempleo y subempleo, lo que hace que las luchas sociales en la década de los 60 se agudicen.

A partir de esta fecha se plantean abiertamente una serie de problemas directamente vinculados a la situación socioeconómica y a las limitaciones de la práctica médica para actuar sobre las mismas; se plantean además cuestionamientos a la concepción de la enfermedad expresada por el modelo médico y de su proceso curativo y se buscan otros factores explicativos acerca de la causalidad o determinación del proceso de salud-enfermedad tales como el proceso productivo y el problema político. Se reconoce la estrecha relación de la salud con el desarrollo económico y aparecen comentarios oficiales de la OPS que expresan que las inversiones de capital humano con respecto a los gastos mejoran la calidad de la población, la productividad del esfuerzo humano (trabajo), por lo que el rendimiento será producti-

vo (30). De esta manera el sistema capitalista para readecuar el capital e imponer su hegemonía en este período de crisis - de los 60 necesita recomponer sus propias estructuras las cuales cumplirán nuevas funciones requeridos por los propios procesos sociales y productivos.

Las soluciones alternativas globales que posibilitaron tanto la dinamización económica como la estabilidad social tuvieron su expresión formal en la carta de Punta del Este, en - Uruguay en 1961, donde se establece una alianza entre los gobiernos latinoamericanos (exceptuando Cuba), para poner en marcha - un proyecto de desarrollismo transnacional mediante el cual se proponían reformar para el conjunto de las sociedades latinoamericanas, en torno a una ideología de modernización y proceso. A partir de la carta de Punta del Este, la salud y la educación ocuparían un lugar importante dentro del discurso y planes del Estado, siendo la planificación el arma estatal básica para implementar el "cambio social" deseado. Dicha planificación también llega al sector salud como arma de mediatización social, basada en principios de eficiencia y justicia distributiva y con finalidad de nacionalizar el uso de los recursos.

---

(30) Horwitz, Abraham. Director OMS. Publicación Científica/ Año 4. Vol. LIII, No.2. Ginebra, 1962.

La dinamización del sistema capitalista a través del proceso de planificación se estructura en formas organizativas en torno al Estado, del cual se difunden no sólo las técnicas que solucionarían los problemas de salud sino básicamente una ideología en torno a dicha problemática, que oscurece en muchas ocasiones las raíces estructurales que determinan la problemática de salud, desplazando la atención hacia problemas de tipo técnico y de escasos recursos.

Se plantea el aumento de los servicios de salud para mejorar la salud de la población, específicamente a través de programas de prevención como las inmunizaciones y mejoramiento de ciertas condiciones como agua potable, letrinización y alcantarillado; con ello el aumento y complejidad del personal sanitario y la especialización, lo que a su vez incrementa la organización social del servicio sanitario.

El fracaso de la planificación estratégica propuesta por el CENDES/OPS, los efectos de la recesión económica de los años 70, la deuda externa y las contradicciones políticas generadas en los países latinoamericanos, hacen que en 1972 en la reunión de Ministros de salud de las Américas (31) se reconozca

---

(31) Plan Decenal para las Américas. Informe final de la III Reunión especial de Ministros de Salud de las Américas. Documento oficial No.116. Pág.75, 76 y 81.

el derecho a la salud de los pueblos y la responsabilidad del Estado de velar por ella, ya que se estima que una gran parte de la población de estos países carecen de cualquier tipo de servicio de atención de salud. Se proponen como objetivo fundamental extender la cobertura a las zonas rurales, racionalizar el sistema de atención médica en función de su multiplicidad y a través de la coordinación y regionalización de los servicios; enfatizando por un lado, el papel del Estado como responsable inmediato de la problemática e incorporando por otro, la participación de la población en la organización y ejecución de tareas en el área de salud.

El problema de extensión de cobertura se ha constituido a partir de la fecha del Plan Decenal para las Américas de 1973 en la meta central de todos los discursos oficiales, tanto de los organismos internacionales, rectores de política de salud como la OPS, así como los propios gobiernos latinos. Si entendemos que el Estado es un medio esencial de dominación de clase, que no es un árbitro neutral que decida entre intereses opuestos, al contrario, es una parte de la sociedad profundamente interesada de forma tal que no puede ser el representante común de los intereses de todas las clases (32). Podríamos -

---

(32) Miliband, Ralph. Marxismo y Política. México. Siglo XXI. - 1978. Pág. 87.

concluir que las metas propuestas han respondido por un lado, a las demandas expresadas por los grupos subalternos y por otro, a la necesidad del Estado de crear consenso en la población a - través de la satisfacción de ciertas necesidades para legitimar su dominio frente a sí mismo y frente a las clases subalternas.

La clase dirigente se muestra como representante de los intereses colectivos y para establecer su hegemonía programa - proyectos de tipo social a través de organizaciones o conjunto de instancias de dirección orgánica las cuales establecen las - reglas de juego para dirimir los conflictos entre las clases. Como diría Gramsci "el terreno esencial de la lucha contra la - clase dirigente se sitúa en la sociedad civil; el grupo que controla la sociedad civil es el grupo hegemónico y la conquista - de la sociedad política remata esta hegemonía extendiéndola al conjunto del Estado (que no es más que la sociedad civil más la sociedad política) (33).

La práctica médica desarrollada por los países latinoamericanos se ha ido adecuando a las necesidades del capital y de la clase dirigente, por lo que el sector salud para la construcción de su propia hegemonía ha ido proponiendo proyectos es

---

(33) Portelli, Hugues. Gramsci y el Bloque Histórico. Siglo XXI. México. 1981. Pág.70.

pecíficos de atención médica que incorporan por un lado intereses de orden económicos, ideológicos y políticos de la clase dominante, que en su discurso aparecen como intereses colectivos, e incorporando por otro, intereses mínimos de la clase dominada a través de ciertas estrategias; diversidad de medidas e instrumentos que dan cuenta de "las posibilidades que tiene el Estado en cada coyuntura de provocar modificaciones de la práctica médica requeridas, dadas las correlaciones de fuerza dentro de la sociedad civil y las características del sistema político imperante" (34).

Los Sistemas de Salud en República Dominicana:

Las acciones de salud en Haití*, antes de la llegada de los españoles estaban basados en una medicina popular, respondiendo de esta manera al grado de desarrollo económico-social de su sociedad.

Con la llegada de los españoles en 1492 surge un nuevo modelo socio-económico, acorde con los objetivos de la colonización, por lo que el proceso de salud-enfermedad estará determi-

---

(34) Fassler, Clara. Política Sanitaria de la Junta Militar Chilena. 1973-1980. México, UAM. xohimilco, Mimeografiado, 1980. Pág.3.

* Así llamaban los primeros habitantes a la Isla.

nado por éste y por las características generales del Imperio Español en este momento. El Estado Monárquico tendría la responsabilidad de la salud de los nobles sacerdotes y militares, mientras que la Iglesia Católica la de los pobres.

A partir de la Independencia Nacional en 1844 se redefine una nueva organización de la sociedad y con ella una nueva organización de la Salud Pública, que comienza a dejar de ser una responsabilidad de la Iglesia para ser considerada de interés público, por su estrecha relación con el desarrollo económico y el poder. La misma no se institucionaliza, sino que pasa a ser responsabilidad de los ayuntamientos, los cuales, ante la precaria situación socio-económica se dedican a acciones sanitarias, tales como saneamiento de los puertos, regulaciones sobre el sacrificio de los animales y algunas campañas de vacunación.

A nivel de la salud pública no ocurre nada transcendente hasta la Intervención Norteamericana de 1916: se da una redefinición socio-económica, la sociedad dominicana se incorpora al mercado capitalista y el nuevo orden Estatal capitalista trae una nueva reorganización de las acciones de atención de acuerdo con el modelo y objetivos de la ocupación. Se organiza la sanidad terrestre para los trabajadores de los ingenios azucareros, la sanidad militar para la salud del ejército, las campañas públicas para la vacunación para la población, además de que se -

normatizarán las acciones de salud a través de un código y se creará la Secretaría de Estado de Sanidad (35).

Es a partir del 1930 con el inicio de la época Trujillista que la salud pública se articula coherentemente con el desarrollo económico y de acuerdo con los planes gubernamentales, dentro de un proyecto nacional, donde la organización de las acciones de salud a nivel privado en cuanto a práctica profesional, el proceso de formación y el surgimiento del Seguro Social estarían acordes con el modelo y los intereses trujillista y por lo tanto no responderían a los intereses de la mayoría del pueblo dominicano. Esta nueva secretaría llevaría programas de prevención de enfermedades contagiosas, control marítimo, programas de defensa y protección del niño, programas que irían definiendo la imperiosa necesidad de crear una escuela de salud pública que preparase de manera eficiente el personal sanitario encargado de dichos programas (36).

Hasta la segunda guerra mundial se siguen intensificando las campañas sanitarias contra el paludismo y tuberculosis y se da énfasis a la extensión de cobertura de los servicios médicos en las provincias y a los programas de protección a la mater

---

(35) SESPAS. Cuatro Años de Gobierno.(1978-1982). Op. Cit. Santo Domingo. Talleres Offset-Fotomecánica, 1982. Págs. 1 y 2.
(36) SESPAS, Memoria Oficial de 1927. Santo Domingo.

nidad y a la infancia.

A partir de 1942 se construyen pequeñas obras de ingeniería (acueductos), para el abastecimiento de agua potable, se establece la política de mantener la salubridad del país bajo los preceptos de la higiene por el cual se inicia la capacitación de maestros en el área de educación sanitaria (37).

Los discursos de la política oficial de salud de la época trujillista están adecuados a las consignas sanitarias de los organismos internacionales para el hemisferio occidental, tales como la lucha y control sobre enfermedades transmisibles en especial polio, fiebre amarilla y malaria.

La caída de Trujillo en 1961 y los acontecimientos sucedidos a partir de entonces hasta la revolución de abril de 1965, hacen que con la llegada al poder del Dr. Joaquín Balaguer en 1966 se reordene la sociedad dominicana dentro de un modelo socio-económico de tipo desarrollista el cual genera un desequilibrio permanente que repercute en el mantenimiento de altos índices de mortalidad general e infantil, así como una elevada prevalencia de enfermedades infectocontagiosas y otras causas de muerte influidos principalmente por la desnutrición.

---

(37) SESPAS, Memoria Oficial de 1947. Santo Domingo.

En este período se aplicó una política basada casi exclusivamente en acciones de tipo curativo, concentrados en reducidas áreas urbanas, por lo que no se le aseguró una adecuada atención de salud a la población, caracterizada entonces - por una rápida evolución demográfica. Hasta el 1978 se podría señalar que la cobertura del sistema nacional de salud era sorprendentemente baja, estimándose en no menos de un 40% la proporción de la población total sin protección médica alguna. (38).

El gobierno Social-demócrata que ascendió en 1978 traza nuevas pautas de políticas de salud para enfrentar las dificultades conyunturales y estructurales del aparato estatal de la salud, en las que define dar respuesta a los problemas inmediatos, ampliar la cobertura de las necesidades de salud de la población no satisfecha, implementar estrategias nuevas para - ampliar dicha cobertura, como es la extensión de los servicios de salud al área rural, y la participación activa de los sectores populares.

El gobierno definió en el año 1978 la educación como - el vehículo más idóneo para promover la participación consciente de la población y a la salud pública como un componente in

---

(38) SESPAS. Cuatro Años de Gobierno (1978-1982). Op. Cit. Santo Domingo. Pág.3.

dispensable del bienestar económico-social y como rubros prioritarios del desarrollo. Así en el discurso de poseción del 16 de agosto de 1978, el presidente Don Antonio Guzmán Fernández, expreso que:

"En el campo de la salud mi gobierno no escatimará esfuerzo alguno para que los servicios médicos, fundamentados en programas contínuos de medicina preventiva, principalmente, y asistencial en segundo lugar, pueden llegar a las más apartadas regiones".

"El PRD tiene el compromiso fundamental de llevar salud a todos y cada uno de los habitantes de nuestro territorio"

En base a estas consideraciones generales se definió una Política Nacional de Salud en el cual:

- El Estado reconoce a todo ciudadano dominicano el derecho a la salud integral y obliga a su protección, fomento, prevención y promoción.

- La salud se concibe como parte integral del desarrollo - económico-social y como producto conjunto intersectorial a nivel nacional.

- Se le asigna la más alta prioridad a la atención integral de la salud de la población rural y de la urbana marginal y dirigir sus acciones con carácteres predominantes de los

servicios hacia la medicina preventiva.

- Se le confiere a la participación organizada de la comunidad un rol de primer orden en la solución de los problemas de salud.

- Dentro de una visión integral en relación a los diferentes niveles de atención se tomará como punto de partida la ampliación y mejoramiento de los servicios básicos de salud y la atención materno-infantil.

- La formulación y ejecución de las políticas de desarrollo de Recursos Humanos en Salud y de Investigación, gozarán de alta prioridad dentro de los planes y programas del sector.

En base a estas políticas en estos 4 años se ampliaron las redes de los establecimientos de salud, especialmente las clínicas rurales, se priorizó la formación de los recursos humanos en los niveles auxiliares y post-grado y por primera vez se comienza a cuestionar la problemática de salud-enfermedad enfocada desde el punto de vista clínico, ofreciéndose cursos de epidemiología, planificación e investigación en salud con una nueva concepción y permitiendo la publicación de bibliografía que ofrecen nuevos planteamientos sobre el proceso salud-enfermedad y la forma de abordarse.

La cobertura de salud fue ampliada de 420,000 habitantes en 1977 a 1,970.000 personas en 1982, pasando del 14% al 69% en la tarea de brindar servicios de salud a la población (39).

La constitución de la República reconoce a las personas y a la comunidad el derecho a la salud, estableciendo la obligatoriedad de las actividades estatales tutelando la salud de la población especialmente de grupos subalternos, prestando servicios de diversas índole y controlando las actividades privadas de acuerdo con la regulación legal que se establezca.

El Sistema de Salud Dominicano puede ser considerado en dos grandes sectores: el público y el privado, escasamente relacionados entre sí.

El Sector Público tiene una cobertura estimada oficialmente para el 90% de la población dominicana y está constituido por tres grandes instituciones que son: 1) La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social a la cual corresponde prestar servicios a la totalidad de la población dominicana con énfasis en la más vulnerables aunque las estimaciones realizadas por la misma Secretaría basadas en la distribución de servicios,

---

(39) Ibid. Pág. 3-7.

refieren que en la realidad sólo atiende a un 60% de la población (40), 2) El Instituto Dominicano de Seguro Social, creado en 1946 y cuyo objetivo es dar atención en salud a obreros asalariados, empleados públicos de sueldo mínimo, otros empleados públicos previstos en las leyes de pensiones y retiro y otros trabajadores retribuidos únicamente en especie, protegiendo solamente al 5.3% de la población total del país (41); los servicios médicos de las Fuerzas Armadas, proporcionan asistencia médica a miembros de las Fuerzas Armadas y a la población civil de bajos recursos económicos dentro del plan de acción cívica que desarrolla, estimándose su cobertura alrededor de un 3 al 4% de la población total del país. El sector privado está constituido por las instituciones de salud estrictamente privado e instituciones semi-autónomas, las cuales gozan de suficiente autonomía ya que, a pesar de que la SESPAS tiene todos las atribuciones legales para normatizar y fiscalizar sus acciones, en la práctica no se cumplen. Este sector cubre un 10% aproximado de la población.

La SESPAS es el organismo rector del sector y en el código de salud pública se expresa que sus disposiciones regulan todos los asuntos relacionados con la salubridad e higiene pú-

---

(40) SESPAS. Memoria 1983. Santo Domingo. Ed. Nivar, C x A. 1983. Pág.16.
(41) Ibid. Pág.29.

blica del país y determinan las normas para el funcionamiento de los organismos del Estado que se ocupan de la promoción, - protección y reparación de la salud de la población, así como también de las funciones, obligaciones y atribuciones para su ejecución.

Contempla un sistema administrativo de regionalización sanitaria, el cual dispone un proceso de centralización administrativa-operativa. Este sistema de regionalización santiaria - se inició en el año 1962, pero no fue sino hasta el 1972 que se adoptó en forma oficial como sistema organizativo mediante un - convenio con las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y la Oficina Panamericana de la Salud (OPS).

Como puede observarse el Sistema de Salud en Dominicana no cubre la totalidad de la población, la distribución de servicios está además dividida por clases sociales y en el Sistema - Público se presentan dificultades de carácter presupuestario que no permite cubrir satisfactoriamente las necesidades de los Hospitales y Centros de Salud, presentándose en general el panorama de manera caótica y deficiente.

CAPITULO III.

SURGIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACION PARA LA SALUD EN - AMERICA LATINA.

La forma de transmitir conocimientos en el área de salud se ha realizado de diferentes maneras entre los miembros de una sociedad. Desde mecanismos informales de pasaje generacional, de manera más organizada y sistemática a través de la religión o de códigos morales (42). La Educación en Salud surge en íntima relación con la Salud Pública, imbuida por las ideas del humanismo liberal y preocupada por la situación de salud de las clases trabajadoras surgidas con el capitalismo industrial europeo. Tras verificar que la salud no sólo se resolvería con los cuidados médicos, saneamiento básico y mejores - condiciones de vida entendió que, era necesario combatir la ignorancia, además de ofrecer tratamiento médico.

El término Educación en Salud se propuso por primera vez en Estados Unidos, en 1919, durante la conferencia de la Organización de la Salud Infantil. Los profesionales que participaron en la estructuración de esta disciplina provenían de las áreas -

---

(42) Cardaci, Dora. "Comentarios Sobre la Evolución Histórica de la Educación para la Salud . Santo Domingo. Colección - SESPAS, 1980. Pág.13.

de medicina, enfermería, propaganda y su contribución fue el aporte de elementos básicos para la formulación de un cuerpo de conocimientos y técnicas que permitieron delimitar paulatinamente un campo específico dentro de la Salud Pública (43). No es hasta finalizada la primera guerra mundial y con posterioridad a la creación de la Oficina Sanitaria Panamericana*, hoy Oficina Panamericana de la Salud (OPS), que surge el Parlamento Mundial de Educadores Sanitarios; la Unión Internacional para la - Educación Sanitaria, cuya labor durante su primera etapa fue estrictamente organizativa (44), El Primer Curso de Educación Sanitaria se realiza recién el 1924 en Massachussets. (45).

El nuevo reordenamiento económico y social producto de - la Segunda Guerra repercute también en la acción del Estado en el área de salud, lo que trae como consecuencia diferentes tipos de programas y campañas promovidos por parte de los Estados Unidos, con el objeto de incorporar a los sectores medios de la sociedad dentro de su proyecto de gobierno y ganar consenso en la población de modo tal que permita ser hegemónico.

---

(43) Cardoso De Melo Joaquín Alberto. "A Práctica Da Saúde e a Educaõ". Tesis de doctorado presentado en el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Ciencias Médicas, 1976. Pág. 23.

* La Oficina Sanitaria Panamericana fue fundada en 1902.

(44) Op. Cit. "Wat is the IIHEP?. Inst. Journal of Hepth Education. Vol. No.1, 1958.

(45) Cardoso De Melo. Op. Cit. Pág.

Es importante, para fines del presente estudio, considerar que entenderemos las acciones organizadas por el Estado en el área de la salud como aparato de hegemonía, ya que aceptamos que dicho concepto se refiere al "conjunto complejo de instituciones, de ideologías, de prácticas y de agentes (entre los que encontramos a los intelectuales), el cual no encuentra su unificación sino en una expansión de clase" (46).

El aparato de salud, aparato de vocación ideológica y de control estatal parcial y ocacional, cumple de esta manera funciones que ayudan a la readecuación del capital y a la consolidación de una clase en el poder a través de sus programas y discursos.

De esta menera nos planteamos demostrar como los programas de Educación para la Salud, especialmente los de Dominicana, responden de una determinada manera a las necesidades del Estado de ganar consenso en la población a través de la incorporación en los programas de las demandas de satisfacción de ciertas necesidades mínimas de la población.

Ya en el período de la post-guerra se inician una serie de planteamientos más sistemáticos, en artículos publicados en los boletines de OPS, acerca de los beneficios de la Educación en

---

(46) Buci -Gluscksmann C. "Gramsci y el Estado". México. Siglo - XXI. 1979. Pág.66.

Salud y se dan las primeras discusiones sobre definiciones y - funciones en el área.

Se funda oficialmente la Unión Internacional de Educación Sanitaria en 1953 y en ese mismo año comienza a señalar - objetivos concretos de la educación sanitaria:

a) "Conseguir que los individuos y las comunidades lleguen a interesarse por el conocimiento y utilización de los medios que los ayuden a conservar su salud.

b) Buscar los medios para estimular a los individuos, familias y grupos,de modo que estudien y conozcan sus - problemas de salud, tomando parte activa, responsable y permanente en la solución de los mismos.

c) Buscando la cinculación permanente e integral de la - comunidad con los individuos y las entidades oficiales y particulares que trabajan por el mejoramiento del medio en todos sus aspectos." (47).

En este mismo año se celebra la Primera Conferencia Regional sobre Educación Sanitaria en las Américas, en México, en la cual participó Dominicana y en la que se recomendó adaptar los -

---

(47) OPS/OMS. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. "La - Aplicación del Método de Educación Higiénica en Zonas Rurales de la América Latina". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Informe de la Comisión. Vol. XXXVII. No.6. 1954. Pág. 807.

programas a las necesidades, intereses, costumbres, y posibilidades de mejoramiento de la colectividad afectada, dándole - participación a la comunidad en la preparación y ejecución de los mismos. (48).

A partir de 1956 se definen los primeros acuerdos generales en torno a la normatización de las acciones educativas - futuras y en 1958 se crea la Revista Internacional de Educación Sanitaria y, a través de ésta y de los encuentros auspiciados - por la UIES, se comienza a observar una tendencia a normatizar dichas acciones, y las prácticas de interés para los grupos dominantes "comienzan a aparecer como intereses universales-científicos" (49).

La economía de post-guerra comienza a declinar en los - finales de los cincuenta y principios de los sesenta; se agudizan las luchas sociales por el desempleo e inflación y como respuesta a estos hechos en casi todos estos países disminuye el - presupuesto destinado al rubro salud, lo cual dificultaba la expansión de la medicina hospitalaria de relativa complejidad, al tiempo que aumentaba la demanda de asistencia médica. Ante esta situación se hizo necesario buscar nuevas formas para superar las contradicciones que el sistema estaba generando.

---

(48) OPS/OMS. Conferencia Regional Sobre Educación Sanitaria. - "Orientaciones para la Evaluación de Programas". Boletín - OPS. Vol.XXXVI. No.4. 1954. Pág.476.
(49) Cardaci, Dora. Op. Cit. Pág.21.

Sosteníamos en el capítulo anterior, que muchas de las soluciones globales alternativas para los países latinoamericanos en este período de post-guerra fueron esbozados en el acuerdo de Punta del Este, Uruguay, en el cual se proponían reformas en torno a una ideología de modernización y progreso. La salud ocuparía un área importante para experimentar un "cambio social" deseado (entendido éste como la finalidad de los Estados de lograr hegemonía); y dentro de esa área, el discurso ideológico de la Educación para la Salud incorporaría también el mensaje político de dicho acuerdo.

Así, se señala en la reunión de Educación Sanitaria celebrada en Filadelfia en 1962 que "la educación sanitaria representa el esfuerzo de la humanidad para adaptarse a nuevas situaciones. La situación actual en comparación con la de cualquier época pasada, se caracteriza por el miedo y la angustia. La Educación Sanitaria se esfuerza en inicar un cambio, cuya realización es siempre penosa, porque tal cambio amenaza cientos de intereses, se enfrenta con creencias arraigadas que se han convertido en prejuicios. El arte de la educación sanitaria consiste en realizar este cambio con el mínimo de violencia y tensión"(50).

En 1965, en la 6ta. Conferencia de Educación Sanitaria,

---

(50) Chisholm,B. "Man in his Environment. UIES".Ginebra. Pág.112. citado en Cardaci, Dora. Op. Cit. Pág.25.

salud y educación son concebidas como factores capaces de producir cambios en la estructura económica, apareciendo la necesidad de centrar las acciones sanitarias en la comunidad.

Los temas de discusión, desde la primera reunión a la séptima, fueron variando de acuerdo a las circunstancias y problemática de los países, centrándose las últimas reuniones en discusiones sobre problemas sociales y en "la búsqueda de mecanismos efectivos para involucrar a los grupos subalternos en la solución de sus problemas de salud logrando con ello un mayor control de los mismos y de las tensiones sociales crecientes" (51). Para lograr la hegemonía de la sociedad civil, los programas de educación para la salud de los Estados latinoamericanos, tras acuerdos internacionales y recomendaciones de organismos como la OPS, retoman soluciones técnicas a través del uso de la tecnología educativa y, en este caso particular, en el proceso de comunicación, el cual se suponía iba a ofrecer la información pertinente que produciría los cambios deseados en los individuos y en las colectividades. Estas soluciones, sostenemos que, ocultan de alguna manera los determinantes de los problemas sociales de la población, en particular los determinantes de los perfiles epidemiológicos y, "los cambios esperados en los individuos" se reducen a su consentimiento o asimilación de los valores, ideas e ideología descritos

(51) Cardaci Dora. Op. Cit. Pág.29.

en los programas oficiales del sector salud, entendiendo que la función objetiva de la ideología, en última instancia es asegurar la reproducción de las relaciones de producción existentes y de las relaciones que se derivan de ellas, pero que de alguna manera las representaciones ideológicas responden a "necesidades" (esto es, a intereses) sociales. (52).

La década de los setenta presenta hechos significativos; durante su transcurso se reconoce el derecho a la salud de los pueblos, derecho que debería ser satisfecho por el Estado y para lo cual se propone como objetivo fundamental la extensión de cobertura en base a las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad (53), estrategias que, sin abundar demasiado en su análisis, incorporan en su enunciación intereses de orden económico, ideológico y político de la clase dominante. Es necesario reconocer que asimila también ciertos intereses mínimos de la clase dominada, tales como la estrategia de participación de la comunidad, la que se realiza de manera parcial, sin lograr una participación activa y decisisoria en la determinación de los conocimientos científicos que se brindan en la solución de problemas reales de su propia vida y del desarrollo de su comunidad.

---

(52) Ipola de Emilio. Tecnología y Discurso Populista. México. Folios Ediciones. 1982. Pág.35 y 43.
(53) Tercera Reunión de Ministros de Salud de las Américas. Chile, 1972.

Para esta época la educación sanitaria tiene como objetivo el logro de una mejor "calidad de vida" de los individuos, función que se daría de manera independiente de las reales condiciones económicas y sociales de los mismos. La mejor calidad de vida se alcanzaría con el cambio de "conductas higiénicas" de los individuos. Desde esta perspectiva los medios de comunicación, mantendrán una tendencia creciente al control de la comunidad, delimitando el centro de acción en la familia, a través de la mujer y los hijos principalmente.

Conviene señalar que las acciones educativas en salud - se centran en esta década en el apoyo a las políticas imperialistas de control demográfico y en catalizar los conflictos sociales que se van agudizando en los países capitalistas dependientes de América Latina.

Finalmente, los informes de la última reunión del Comité de Expertos de la OMS sobre nuevos criterios de Educación Sanitaria en la Atención Primaria en Salud, celebrado en Ginebra en - 1982, observan que en "el pasado la Educación Sanitaria se ha dedicado a la prevención de la salud y más recientemente a su promoción, haciendo mayor hincapié en la participación de la población. No obstante, la práctica de la educación sanitaria ha permanecido en muchos casos en una situación estática, sin evolucionar sufi-

cientemente con el paso del tiempo" (54). El mismo Comité reconoce la necesidad de una evaluación crítica de los numerosos modelos y estructuras coexistentes que han aparecido a lo largo del tiempo, con el objetivo de plantear modificaciones y seleccionar los que parecen constituir una base sólida para la aplicación eficaz de "la atención primaria en salud", prestando especial atención a cuatro sectores relacionados con la educación en salud: la tecnología, recursos, modelos y funciones.

SURGIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACION PARA LA SALUD EN REPUBLICA DOMINICANA.

Son pocas las informaciones que tenemos acerca del surgimiento de los programas de Educación para la Salud en Dominicana dado el escaso material impreso de la época y la falta de un archivo eficiente en la Secretaría de Salud.

Sin embargo, hemos recolectado algunos datos que nos permiten identificar la creación de la División de Educación para la Salud a fines de 1954, con el nombramiento de la Dra. Matilde Candelario*, quien laboró sola en este cargo por varios años. Si recordamos en 1953 se había creado la Unión Internacional de

(54) Standard, R. y Kaphin, A. "Educación Sanitaria: nuevas tareas y nuevos criterios" en Crónica de la OMS. Vol.37, No.2. 1983. Pág.79.

* Realizamos una entrevista a la Dra. Matilde Candelario, donde obtuvimos datos referidos al desarrollo de la educación para la salud en Dominicana.

Educación Sanitaria y celebrándose además en 1954 la primera - conferencia regional de Educación Sanitaria de la región de las Américas, es posible inferir que la creación de esta División - obedeció más a la necesidad de cumplir recomendaciones internacionales sobre el impulso que debía darse a este campo que a un interés nacional por el asunto.

La labor realizada durante el primer año de trabajo de esta dependencia consistió en la difusión (especialmente en zonas rurales y en combinación con el personal de saneamiento), de principios higiénicos relacionados con la necesidad de crear conciencia en el uso de agua potable en el hogar, control de letrinas, condiciones mínimas del habitante, desparasitación, etc. Estos mensajes eran transmitidos con el auxilio de proyecciones de películas, cartelones ilustrativos y con la ayuda de los comités de vecinos, clubes de madres, asociaciones de jóvenes evangélicos y cristianos, unidades de alfabetización y personas de "buena voluntad". (55).

El servicio de Educación para la Salud surge de manera - oficial en 1956 mediante Gaceta Oficial No.4471, documento en el cual se explicitan los objetivos de esta División:

Art.179. Desarrollar métodos y poner en ejecución programas

---

(55) Sánchez, Anacaona. et. al. Tesis de Educación para la Salud.

para la Educación Sanitaria de la comunidad por todos los medios de divulgación que le sean posible, a fin de inculcar en el pueblo el conocimiento y la comprensión de los problemas de salubridad que tienen repercusión sobre la vida colectiva e individual y crear una conciencia pública para impedir la propagación de las enfermedades evitables.

Cooperar para ese efecto en forma estrecha con las autoridades educacionales por medio de consultas frecuentes que permitan asegurar una coordinación efectiva en el planteamiento del programa de educación sanitaria.

Art.180. Desarrollar programas de Educación Sanitaria para los profesionales cuyo trabajo tenga relación con la salud pública y para su propio personal a fin de mantenerlos informados sobre la evolución y los progresos de la ciencia sanitaria en el campo de sus respectivas especialidades o funciones.

Para ese objeto organizará periódicamente cursos de perfeccionamiento técnico para la divulgación de los conocimientos sanitarios.

Art.181. Impulsar con la colaboración de la Secretaría de Educación, Bellas Artes y Cultos, el desarrollo de

programas de higiene y de educación sanitaria, dentro del plan general de enseñanza de los planteles o establecimientos educacionales. La autoridad sanitaria local estará en estrecha cooperación con los profesores de instituciones públicas en todo lo que se refiere a higiene escolar.

Los objetivos propuestos en esta primera etapa de educación sanitaria en plena época trujillista, responden de manera similar a las líneas inicialmente desarrolladas en América Latina, ya que con la existencia de un modelo económico fundamentalmente agro-exportador, el comercio internacional imponía el control de las enfermedades transmisibles. Por otra parte es evidente la visión unidireccional que se tiene del proceso de enseñanza-aprendizaje: el personal de salud es el que posee el conocimiento adecuado y su visión es la de "vencer obstáculos" producto del supuesto atraso de la población; perspectiva ésta que ha sido muy difícil de superar.

Así, en la memoria de 1958 se dice que se debe lograr "el convencimiento del personal de que su principal misión es educar al público en prácticas de higiene, para obtener cambios favorables en hábitos y actitudes" (56). La afirmación de que

(56) SESPAS. Memoria 1958. "Actividades Realizadas por la División de Educación Sanitaria". Ciudad Trujillo, República Dominicana. Ed. del Caribe C. x A. 1959. Pág.163.

esta perspectiva ha sido difícil de superar se demuestra en un documento oficial de 1982 en el cual se señala que "los educadores en salud de todos los niveles tienen como función básica la de crear en la población una conciencia sanitaria tal que permita a las personas actuar con responsabilidad frenta a la salud" (57).

En este inicio se le da gran importancia a la capacitación a enfermeras y personal de saneamiento acerca de técnicas educativas y dinámica grupal: manejo de entrevistas, charlas, formulación de encuestas.

Esta etapa podríamos caracterizarla además como un momento de enlace con otras dependencias de la salud pública, de coordinación en trabajos comunes y de concientización de los demás componentes del equipo de salud acerca de la labor y ventajas de la educación sanitaria.

Se define la Educación Sanitaria en este período como "una parte del proceso educativo integral del individuo. Su contenido y su alcance son los mismos de la educación general reforzados en el importante aspecto de la salud", reconociendo en la palabra educación el significado de "conducir", "guiar" entendiéndola como "ensanchamiento del horizonte", "ampliación del pen

(57) SESPAS. División de Educación para la Salud. Documento Mimeografiado. Mayo de 1982. Pág.1.

samiento" (58).

Los pocos datos que se tienen sobre los primeros programas confeccionados por la División en la etapa comprendida entre la segunda mitad de los cincuentas y principios de los sesenta, iban dirigidos hacia el HOGAR por "la influencia poderosa y decisiva de los miembros que componene la familia; hacia la ESCUELA por su "capacidad de poner al niño condiciones de aplicar los principios conductuales que llevan hacia la conservación proceso de la vida humana" y hacia la COMUNIDAD, ya que "no podemos olvidar que la herencia de costumbres (supersticiones y prácticas empíricas), constituyen una barrera que impide el avance sanitario de grandes núcleos humanos". (59).

Ya Cardaci en "Evolución Histórica de la Educación para la Salud", demostraba el creciente interés por la comunidad, como una de las líneas prioritarias en el derrotero de la educación sanitaria, la comunidad constituía el último punto en la secuencia de objetos receptores de mensajes, precedido por el individuo y luego la familia. Esta visión señala dicha autora "distorsiona lo social al entenderlo como una suma de sujetos individuales y pretende hacernos caer en la creencia de que las

(58) Entrevista a la Dra. Matilde Candelario, ex-directora de la División en tesis de Anacaona Sánchez y Otros. Op. Cit. Pág. 10.
(59) Ibid. Pág.46 y 47.

situaciones injustas, producto de la estructura capitalista pueden ser transformadas por la visión voluntaria de los hombres re-modelados por un proceso superestructural: la educación. La secuencia individuo-familia-comunidad, nos permite ver como la ambiguedad de lo comunitario se concretiza en lo familiar centrándose todos los esfuerzos en la educación sanitaria en este nuevo eje a través de dos vías principales de acceso: la mujer y los hijos, especialmente los adolescentes".(60).

Como se señaló anteriormente, durante muchos años el personal de esta División se limitó a los esfuerzos de la Directora, lo que nos lleva a pensar que los objetivos propuestos no se cumplían en su totalidad. A partir de 1964, cuando se habían realizado ya cinco conferencias internacionales de Educación Sanitaria y luego de los intentos de propuestas para la integración económica latinoamericana, la cooperación económica exterior y las recomendaciones sobre planificación del desarrollo y aplicación de técnicas de programación enunciadas en 1961 en la Carta Punta del Este , y un año antes de la revolución de Abril de 1965*, se crean los primeros cinco cargos para educadores sanitarios auxiliares luego de haber organizado y realizado el primer curso para educadores en salud, auspiciado por la Secretaría de Salud. En 1966, año de inicio del período balaguerista, se crean

---

(60) Cardaci, Dora. Op. Cit. Pág. 39 y 40.
* Ver Cap.I. Pág.17.

diez cargos más y se organiza el segundo curso de entrenamiento para los nombrados en dichos cargos. La crisis política de estos años (caída de Bosch, Triunvirato, Revolución de Abril, Elección de Balaguer*), repercuten en la producción y publicación de las informaciones y registros de datos en el área de la salud, encontrando que la fuente principal de recolección: las memorias anuales de Salud Pública, dejan de ser publicadas desde el año 1964 hasta el 1967. No obstante, en la encuesta aplicada a todos los educadores en salud nombrados en la SESPAS** pudimos obtener el dato de que en el período balagüerista se nombran cada año uno y dos educadores en salud.

Cuadro #8

Número de Educadores nombrados en SESPAS por Períodos

Etapa Trujillo 1930 - 1961	Etapa Transit. 1961 - 1965	Etapa Balaguer 1966 - 1978	Etapa Guzmán 1978 - 1982	Actualidad 1982-1984
1	5	19	37	3

A partir de 1970 se observa un mayor desarrollo de programas, especialmente en las áreas de administración de servicios

* Ver Cap.I. Pág.14.
**Ver Anexo #1.

de salud y en planificación familiar con la participación de la Universidad de Puerto Rico, cuyos miembros son invitados como charlistas. Conviene recordar que la intervención de 42,000 marines estadounidenses en la guerra de abril de 1965 y la elección de un hombre propuesto por Estados Unidos, Balaguer, determinó las relaciones políticas con otros países, estableciéndose de esta manera que los primeros convenios de formación del personal dominicano del área de la salud se realizaran en cursos internacionales en la vecina isla de Puerto Rico. Estos cursos abarcaron las áreas materno-infantil, epidemiología, saneamiento ambiental y nutrición, especialmente en los tópicos de higiene oral, control prenatal, lactancia materna, planificación familiar, educación sexual, campañas contra polio, sarampión, tétanos, tifoidea, difteria y tuberculosis, venereología y problemas de saneamiento del ambiente. (61).

Los cursos y las charlas siguieron siendo la técnica educativa más utilizada por la División y la temática que se abordaba más frecuentemente era la planificación familiar. La política balaguerista contaba con la ayuda financiera de la Agencia Internacional de Desarrollo (AID), y por tanto coincidía con las líneas generales de la política imperialista sobre control demográfico, cuyos objetivos servirían para catalizar los

---

(61) SESPAS. Memoria 1968 y 1969.

conflictos que se iban agudizando progresivamente producto de los desequilibrios económico-sociales. La educación sanitaria pasa entonces a ser un componente específico del proceso de ideologización que acompaña estas medidas de control demográfico y, parte de las acciones encaminadas para este fin, son la formación de especialistas a nivel superior, los cuales eran enviados a la Universidad de Puerto Rico con financiamiento de esa misma agencia internacional. Así en 1974 se envían cinco educadores en salud a dicha Universidad, con el objetivo de realizar la maestría de Educación para la Salud. (62).

En estos últimos años se observa la introducción de otras técnicas educativas para llevar a cabo los programas de educación en salud, como son las entrevistas, el trabajo comunal, programas radiales, utilización de películas, demostraciones y la utilización de libros y folletos obtenidos a través de otras Divisiones y de la AID, la que desde años anteriores donaba folletos de historietas en colores donde se abordaba la planificación familiar y los principios higiénicos*.

En los últimos años correspondientes al período balaguerista se ofrece una beca adicional para el personal de Edu-

---

(62) SESPAS. Memoria 1974.

* La cifra de folletos donados en 1968 alcanzó los 2,600.000 ejemplares. Memoria de 1968.

cación para la Salud para realizar los mismos estudios de Maestría en la Universidad antes mencionada.

La influencia de la visión tecnocrática del proceso educativo, que produciría "cambios" en la conducta sanitaria de la comunidad de manera más efectiva, fruto de la euforia desarrollista de la década del setenta, es de crucial importancia en el caso particular de Dominicana, manifestándose en una mayor tecnificación de los trabajos con equipos audiovisuales: proyectores, películas sonoras, pantallas, vistas fijas y en una mayor comunicación masiva a través de la televisión y la radio. Se efectuaron además algunos intentos de coordinación con la Secretaría de Estado de Educación, para establecer programas de adiestramiento a los maestros primarios acerca de la aplicación de conocimientos de educación sanitaria en las escuelas, los cuales por diversas razones no llegaron a materializarse. (63).

De acuerdo a un documento publicado recientemente por la División de Educación para la Salud, desde su creación hasta el año 1978, esta División tuvo un apoyo poco significativo por parte de los responsables de definir la política de esos programas y de establecer las prioridades para el cumplimiento de las

---

(63) SESPAS. Memorias de 1975 y 1976.

metas que en conjunto contribuyera a mejorar la problemática de salud. Pese a la importancia que teóricamente se le atribuyó a esta área para la consecución de los objetivos de los demás programas, el "pequeño ejército" resultaba a todas luces insuficiente para contribuir efectivamente a crear en la población la necesaria conciencia sanitaria que ayudara principalmente a reducir la incidencia de muchas enfermedades evitables. En adición a esta situación, el programa carecía de equipos y materiales que facilitaran la captación de los mensajes educativos. (64).

La política nacional de salud en Dominicana a partir de 1978 tiene como objetivos primarios obtener un aumento de cobertura de los servicios de salud de la población en base a la atención primaria, participación de la comunidad y priorización de la zona rural. Para alcanzar dichos objetivos se reconoce que la educación será uno de los factores claves para impulsar el fomento de la salud. A partir de entonces se comienza a dar otra importancia a la Educación para la Salud: se remodela la planta física que aloja las oficinas de esta División, se inicia una nueva organización técnico-administrativa, se establecen los diferentes niveles con funciones y responsabilidades determinadas y se crean treinta nuevos cargos de educadores, elevándose su número total a setenta y cinco, a los cuales se

(64) SESPAS. División de Educación para la Salud. Santo Domingo. Marzo, 1982. Pág.2. Mimeografiado.

les dió un adiestramiento formal para capacitarlos en el desempeño efectivo de sus funciones.

Se compra además material educativo y equipo técnico y de transporte para las ocho regiones sanitarias del país y se establecen acuerdos importantes con la radio y televisión del Estado para "llevar mensajes sobre salud a la población" y para "exhortar a la población a emprender algunas acciones dirigidas principalmente a la prevención de las enfermedades" (65).

Para este período se define la División de Educación para la Salud como un servicio técnico "cuya finalidad es integrar y desarrollar el componente educativo en los diferentes programas. El componente educativo en la salud tiene la responsabilidad de promover cambios de conducta, prácticas y creencias de las gentes en relación con la salud" (66).

La Educación para la Salud es concebida como "un instrumento al servicio de la sociedad para ayudar a los individuos a gozar de los beneficios de la medicina moderna y de la salubridad pública. Les ayuda a entenderse así como organismos vivientes y a familiarizarse con los varios factores que afectan su -

---

(65) Secretaría de Salud Pública. División de Educación para la Salud. Santo Domingo. Mimeografiado. 1982. Págs. 2, 3 y 4.
(66) Castillo Fredy. "Definición de la División de Educación para la Salud". SESPAS. Santo Domingo. Mimeografiado. 1980. Pág.1.

salud. Los ayuda además, a resolver problemas sanitarios individuales y colectivos. La Educación para la Salud es, por lo tanto, una manera de obtener una amplia comprensión y una mejor utilización de los conocimientos modernos relacionados con el - estímulo de la salud y la prevención de enfermedades" (67).

En la actualidad la División cuenta con 72 educadores en salud, distribuyéndose de la siguiente manera:

Cuadro #9

Número de Educadores en Salud por Regiones Sanitarias.

Regiones	0	I	II	III	IV	V	VI	VII	Total
	17	8	13	7	5	9	7	6	72
Porcentaje.	23.6	11.1	18.1	9.5	6.9	12.5	9.5	8.4	

Inicialmente se pensó en un censo de la población de - Educación para la salud, pero debido a dificultades geográficas, se eligió al azar una muestra de 59 que representa el 82% del total, considerándose que la misma resulta bastante representativa del universo en estudio.

(67) Ibid. Pág.1.

La distribución de los educadores para la salud en el sistema regionalizado de salud se presenta de la manera siguiente:

Cuadro #10

- Número de Educadores en Salud por Regiones y Niveles.

Regiones	Nivel Central	Nivel Regional	Nivel Area	Nivel Local
0	2	1	5	8
I		1	2	5
II		1	5	7
III		1	5	2
IV		1	3	1
V		1	3	5
VI		1	3	3
VII		1	3	2
Total	2	8	29	33
Porcentaje	2.8	11.1	40.3	45.8

Observamos una distribución desigual de educadores por regiones; en aquellas de mayor desarrollo económico como la ciudad capital y la segunda ciudad de importancia, Santiago, existe una mayor número, mientras que las de escaso desarrollo tienen un personal más reducido, especialmente la zona fronteriza con Haiti, donde aparecen problemas de salud-enfermedad, como la ma-

laria, que constituye una elevada tasa de morbimortalidad.

La incorporación de los educadores a los programas establecidos por la División es ha realizado de manera pausada; el siguiente cuadro muestra la evolución de la mismas:

Cuadro #11.

Número de personas que ingresaron por años y No. de años en servicio

Años	No. Educadores ingresantes	No. años en Serv.
1966	3	18
1967	1	17
1970	3	14
1972	1	12
1973	1	11
1974	1	10
1975	2	9
1976	3	8
1977	4	7
1978	3	6
1979	20	5
1980	2	4
1981	3	3
1982	9	2
1983	1	1
1984	2	-

Sostuvimos en este mismo capítulo que en la época trujillista la División estuvo a cargo de una sóla persona y que la incorporación de otros educadores en salud se comienza a dar en 1964, época del Triunvirato. Observamos a través de las encuestas que en la época de Balaguer se nombran algunos educadores por año, llegando a una suma de 19 en los 12 años de gobierno. A partir de 1978, fecha de ascenso de la social-democracia es cuando, a nuestro juicio, se le dió mayor importancia a la salud y la educación*, y dentro de la primera, a los programas de educación para la salud, como medio de ampliar la cobertura, lograr participación de la comunidad, de modo tal que permitiera crear cierto grado de "conciencia sanitaria". Se nombran para estos fines 40 educadores más, lo que significó la duplicación del número de educadores en seis años.

La distribución por sexo de los Educadores encuestados se representa en el siguiente cuadro:

Cuadro #12.

Sexo

Masculino	%	Femenino	%
33	55.9	26	44.1

* Ver capítulo I. Pág.26.

Es interesante conocer que la mayoría de los educadores para la salud de todas las regiones y niveles de regionalización poseen algún título académico que los acredita para trabajar en el área. Exponemos esta situación en el cuadro siguiente:

Cuadro #13

Número de Educadores con diversos Títulos

Títulos	No.	%
Técnicos en Educación para la Salud	3	3.6
Maestros normal primario	24	28.9
Licenciados en Ciencias Educación	29	34.9
Maestría en Educación para la Salud	3	3.6
Otro tipo técnicos no especificados	11	13.2
Otro título no especificado	1	1.2
Educadores nombrados sin título	12	14.4

Si tomamos el número de títulos de los educadores en - salud obtenemos que exceden al número de la muestra encuestada. Esto así, porque existen algunos educadores que tienen más de un título, la mayoría de las veces maestro normal primario y licenciados en ciencias de la educación. Encontramos además, tres educadores que aparte de estos dos títulos poseen la maestría de Educación para la Salud, realizada en Puerto Rico. Conviene recordar

que, en la época de Balaguer se envían 6 licenciados en educación a realizar dicha maestría, por lo que deducimos que, a excepción de una de las educadoras enviadas, que se encuentra laborando en la Dirección General de Recursos Humanos, los otros dos están fuera del servicio de Educación para la Salud.

Tanto en el cuadro 13 como en el 14 vemos que el mayor porcentaje de títulos corresponde a maestros normales a nivel primario y a los licenciados en Ciencias de la Educación. A pesar de que existen tres universidades (la Universidad Central del Este (UCE), la Universidad Mundial y la Universidad Tecnológica de Santiago (UTESA), que ofrecen programas de formación de técnicos medios en Educación para la Salud, a la fecha sólo ha podido titularse un estudiante, ya que para la obtención del título se requiere de una práctica especializada en el área de servicio, lo cual ha sido difícil de lograrse, pese a los acuerdos por medio de convenio establecido entre las Universidades Central del Este y la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia social. Los egresados de esta Universidad ascienden a 79. Las otras dos Universidades no tienen convenios establecidos con SESPAS y a la fecha no han graduado técnicos en Educación para la Salud.*

---

* Estos datos fueron recopilados a través de la División de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, por Borrell, Rosa y Fermín, Elia.

Es importante observar el mismo número de educadores con y sin título de manera más específica por nivel regional:

Cuadro #14

Grados Académicos de los Educadores para la Salud por nivel Regional.

Títulos	Nivel Central	Nivel Regional	Nivel Area	Nivel Local
Técnico en Educ. para la Salud		2	2	6
Maestro normal primario	2	2	8	12
Licenciados en Ciencias Educ.	2	6	13	9
Maestría en Educ. para la Salud	2	1	-	-
Otro tipo técnicos no especific.			1	
Otro título			-	1
Educadores nombrados sin título			3	9

Los educadores nombrados sin títulos son todos bachilleres, regularmente estudiantes de las carreras antes señaladas o de medicina.

Independientemente de los títulos obtenidos en Instituciones de formación a nivel superior, la SESPAS ofrece un curso de adiestramiento a los educadores que ingresan al servicio, -

acerca de los diferentes programas que realiza la División con una duración de dos meses. Observamos en el cuadro siguiente que el 81.3% de la maestría recibió adiestramiento.

Cuadro #15.

Adiestramientos sobre Educación para la Salud realizados por - SESPAS y recibidos por los educadores encuestados para ejercer su labor actual.

No. de Educadores que recibió adiestramiento	%	No. Educadores que no recibió adiestramiento.	%
48	81.3	11	18.6

La fecha en que los educadores recibieron el adiestramiento varía en la medida de la incorporación de los mismos al servicio.

Cuadro #16.

Año en que recibieron adiestramiento sobre Educación para la - Salud y No. de educadores que lo recibieron por año.

Año del Adiestramiento	No. de Educadores
1966	3
1967	1
1970	5

.../...

1975	4
1977	5
1979	18
1981	11
1982	1

Aparte del adiestramiento reglamentario ofrecido por la División a los educadores, éstos han tenido la oportunidad de participar en otros adiestramientos de diversas áreas, lo cual se muestra en el cuadro siguiente:

Cuadro #17.

No. de Educadores que recibió otro tipo adiestramiento.

No. educadores que recibió adiestramiento	%	No. educadores que no recibió adiestramiento	%
46	83.8	9	16.2

Los adiestramientos corresponden a diversas especialidades dentro del campo de la salud y la educación y se han realizado en diferentes años. Obtuvimos el tipo de adiestramiento que con mayor frecuencia realiza la SESPAS y el número de -

educadores que han realizado dichos adiestramientos; esta relación se muestra a continuación:

Cuadro #18

Nombre de adiestramiento y No. de educadores que los han recibido.

Nombre Adiestramiento	No. Educadores.
Cursos Actualización Educación para la Salud	21
Planificación Familiar	16
Educación Sexual	11
Adiestramiento equipos audiovisuales	11
Adiestramiento Programa Ampliado Inmunización (PAI)	8
Nutrición	6
Técnicas aprendizaje	7
Salud mental	3
Metodología educativa	3
Curso Administración Programa Materno-Infantil	3
Curso Tecnología apropiada	2
Actualización Realidad Dominicana	2
Curso epidemiología	2
Seminario Medicina Folklórica y Atención Primaria	3
Seminario Medicina Salud Comunitaria	3
Curso Relaciones Humanas	1
Curso estimulación temprana	1
Educación para la vida familiar	1
Adiestramiento en desparasitación	2

.../...

Adiestramiento Enfermedades Transmisibles	1
Adiestramiento Saneamiento Ambiental	1
Adiestramiento Servicios Básicos de Salud	1
Adiestramiento Manipulación Alimentos	1
Adiestramiento Malariología	1
Curso Supervisores Promotores	1
Curso Administración Pública	1
Adiestramiento Salud Bucal	1
Adiestramiento Planificación y Ejecución Proyectos	1
Curso Auxiliar Enfermería	1
Adiestramiento Recursos Administrativos	1

Aparecen algunos educadores con dos, tres y hasta cinco cursos, adiestramientos realizados, mientras algunos apenas alcanzan a uno y otros ninguno. Resulta interesante el dato de la importancia dada a los cursos de actualización en Educación para la Salud, Planificación familiar (los cuales comienzan a introducirse con el modelo desarrollista de Balaguer), Educación Sexual y manejo de equipos audivisuales; éstos últimos realizados en esta última etapa social-demócrata, en la cual sostuvimos anteriormente, constituye una política prioritaria los programas de educación para la salud.

La mayoría de estos adiestramientos han sido ofrecidos

por la SESPAS, como parte de su política de capacitación continuada en el servicio, con fondos nacionales o internacionales a través de organismos como OPS, BID, Banco Mundial.

De manera especial algunos organismos internacionales han ofrecido becas para el área de educación para la salud a empleados de la SESPAS, las cuales resumimos en el cuadro siguiente:

Cuadro #19.

Becas Recibidas

No. educadores que recibieron becas de otras instituciones.	Inst. Beca.	Curso Realizado	Años	Duración
1	AID	Técnica en Superv.	1962	1 año
1	AID	Curso para Maestros	1962	2 mes
6	BID	Maestría Educ. Salud	1973, 1975, 1976	2 años.
1	INES	Curso Educ. Sexual	1978	

Con el fin de obtener datos sobre la producción global de los educadores en salud, investigamos las tareas que realizaban los educadores en un mes de trabajo, con la finalidad de comparar la labor real y la labor que en el discurso programático se contempla:

Cuadro #20

Funciones realizadas por los Educadores en Salud en un mes de trabajo.

Tipo de tareas	No. Educadores que la realiza en un mes de trabajo.
-Diversas charlas con temas de Educ. Salud.	50
-Visitas domicilarias	28
-Entrevistas a pacientes	28
-Reuniones con el equipo de salud	20
-Cursos o cursillos sobre temas de salud	20
-Jornadas educativas	19
-Cuñas y programas radiales	17
-Películas	17
-Trabajos coordinados con otras instituciones públicas o privadas	14
-Charlas a madres	13
-Charlas a estudiantes	13
-Supervisión labores otros educadores	12
-Confección y distribución folletos, afiches	10
-Trabajos con grupos organizados de la comunidad	8
-Charlas a los comités de salud	7
-Participación en campañas vacunación	6
-Charlas a personal de servicio	4
-Encuestas	4
-Preparación material didactico	4

.../...

-Planificación, desarrollo y evaluación programas servicios de salud	2
-Adiestramiento personal en técnicas y métodos de enseñanza	1

Lo primero que habría de observar acerca de las tareas llevadas a cabo por los educadores es que de las 21 tareas enunciadas menos de la mitad de los encuestados limitan sus respuestas básicamente a seis actividades que giran alrededor de charlas, visitas domicilarias, entrevistas a pacientes, reuniones con el equipo de salud y cursillos sobre temas de educación en salud, siendo la charla la de mayor frecuencia. Pero cuando se refieren a charlas no especifican los temas tratados, aunque algunos señalan que las ofrecen a madres, alumnos, pacientes, miembros de la comunidad, parteras empíricas y clubes.

Observamos cómo en los objetivos programáticos esbozados por la División aparecen algunas funciones importantes que difícilmente son cumplidas por los educadores. Suponemos que las razones por las cuales no se cumplen, obedecen a la realidad actual en la que se encuentran: carencia de transporte, equipos y materiales, ausencia de una política que unifique criterios para el desarrollo de ciertas actividades, etc. Las tareas a las que nos estamos refiriendo son aquellas relacionadas con investigación de campo acerca de los "factores de conducta que están de-

terminando los problemas de salud del área, determinar las necesidades educativas en salud de los diferentes grupos, estudiar conjuntamente con la comunidad sus problemas de salud y la acción requerida para buscar soluciones a dichos problemas, estudiar las necesidades de salud de los barrios y comunidades, sus intereses, costumbres, recursos y otras características que ayuden a planificar adecuadamente la labor educativa en salud; organizar esta información y suministrarla al resto del personal de la institución". (68).

Esta incapacidad de estudiar los problemas y necesidades de salud como problemas sociales de las comunidades, "se ocultan detrás de soluciones de tipo "técnicas", de tal manera que la llave para la superación de las dificultades educativas será el uso de la tecnología moderna en el proceso de comunicación" (69). En ese sentido afirmamos que, el objetivo principal de los programas de salud, no está tanto en tomar en cuenta las condiciones obvias de salud de las clases sociales, sino que subyase el predominio ideológico del grupo que detenta el poder de legitimar el orden establecido y para tal fin buscar concenso sobre sus actos a través de ciertos mecanismos que modifiquen la conducta del individuo, la familia, la colec

(68) SESPAS. División de Educación para la Salud. Funciones y Responsabilidades de los Educadores para la Salud. Mimeografiado.
(69) Cardaci Dora. Op. Cit. Pág.30.

tividad. Ese proceso de aprendizaje se logra de manera lineal, ya que el encargado de la transmisión, en este caso el educador para la salud, seleccionará los estímulos y temas a través de los cuales buscará producir determinados efectos en las conductas de sus receptores. Este proceso es lineal en tanto entendemos que el aprendizaje es un proceso dialéctico, de interacción entre dos y más miembros.

La ausencia de estas actividades, que a nuestro juicio constituyen un factor básico para la superación de los problemas de salud-enfermedad, demuestra el desprecio por el análisis de las condiciones materiales de nuestra sociedad, lo cual constituye una forma de ocultar la relación entre la base económica y la superestructura ideológica.

CAPITULO IV

CONTENIDO IDEOLOGICO DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACION PARA LA - SALUD.

Nos planteamos la necesidad de demostrar en este capítulo cómo los programas de Educación para la Salud seleccionados en la última etapa histórica (social-democrática), responden de una determinada manera a las necesidades del Estado de obtener consenso en la población.

Precisamos que la hegemonía como puesta en funcionamiento de mecanismos que aseguran el consenso de las masas con una política de clase no se reduce al simple control social por los agentes represivos y de persuación política. Consideramos que una clase es hegemónica cuando es una clase nacional que tiene "una función progresista en un momento histórico determinado, - que es capaz de hacer avanzar al conjunto de la sociedad y a la vez, que es clase dominante es también dirigente; dirigente en relación a las clases aliadas y dominante en relación a las clases adversarias". (70).

Para este análisis de contenido ideológico es importan-

---

(70) Buci Glucksmann Christine. Gramsci y el Estado. México. Siglo XX. 1979. Pág.82 y 83.

te señalar que la capacidad expansiva de la hegemonía de una clase no se limita únicamente a la dirección política, sino que se inscribe igualmente en los diferentes aparatos ideológicos y culturales de hegemonía. En este sentido la hegemonía sigue - dos líneas estratégicas: 1) una concepción general de la vida, una filosofía, que ofrece a los adherentes una dignidad intelectual, que provee de un principio de distinción y de un elemento de lucha contra las viejas ideologías que dominan por coerción y 2) un programa escolar, un principio educativo y pedagógico - original, que interesa y da una actividad propia en su dominio técnico, a la fracción más homogénea y numerosa de los intelectuales: los educadores, desde el maestro de escuela hasta los - profesores universitarios. (71).

Para entender la función de hegemonía que el grupo dominante ejerce en toda la sociedad, es preciso comprender el desarrollo de la sociedad civil, "formada por el conjunto de los organismos vulgarmente llamados privados.....y que corresponden a la función de hegemonía que el grupo dominante ejerce en toda la sociedad. (72).

La Sociedad Civil es una totalidad compleja puesto que

---

(71) Portelli Hugues. Gramsci y el Bloque Histórico. México. Siglo XXI. 1981. Pág.71.
(72) Gramsci Antonio. Los Intelectuales y la Organización de la Cultura. Buenos Aires. Ed. Nueva Imagen, 1982. Pág.16.

su campo de acción es muy amplio, pudiendo ser considerada bajo tres aspectos complementarios:

1. Como ideología de la clase dirigente, en tanto abarca todas las ramas de la ideología desde el arte hasta las ciencias, pasando por la economía, el derecho, etc.

2. Como concepción del mundo difundida entre todas las capas sociales a las que liga de este modo a la clase dirigente, en tanto se adapta a todos los grupos; de ahí sus diferentes grados cualitativos: filosofía, religión, sentido común, folcklore.

3. Como dirección ideológica de la sociedad, se articula en tres niveles esenciales: la ideología propiamente dicha, "la estructura ideológica" -es decir las organizaciones que crean y difunden la ideología- y el "material" ideológico, es decir, los instrumentos técnicos de difusión de la ideología (sistema escolar, medios de comunicación de masas, bibliotecas, etc.) (73).

Nos interesa particularmente la calificación gramscia-

---

(73) Portelli Hugues. Op. Cit. Pág.17 y 18.

na de "estructura ideológica" de la clase dominante en tanto es definida como la "organización material destinada a mantener, defender y desarrollar el frente teórico e ideológico" (74).

Esta interpretación gramsciana de la sociedad civil nos servirá de base para el análisis de este trabajo, ya que refleja la articulación concreta de los programas de Educación para la Salud del aparato ideológico de salud con el Estado, - entendiendo Estado en el sentido amplio señalado por el mismo autor: la mayor parte de la superestructura o la sociedad civil más la Sociedad Política, es decir, la esfera de la superestructura que ejerce el dominio directamente, a través de la coersión y la fuerza.

Parece más preciso ubicar nuestro objeto de estudio articulado a la sociedad civil y a los aparatos de hegemonía, considerando también la importancia de la vinculación dialéctica - entre infraestructura y superestructura, ya que todo acto o - ideología orgánica debe ser "necesaria" a la estructura, lo que significa que las ideologías deben organizar los grupos sociales y dirigirlos en conformidad con las condiciones socio-económicas. (75).

---

(74) Ibid. Pág.23.
(75) Ibid. Pág.49.

Creemos práctico considerar al aparato de hegemonía como aquel "que califica y precisa el concepto de hegemonía, entendido como hegemonía política y cultural de las clases dominantes" y tal como sosteníamos en el capítulo tres, se refiere al conjunto complejo de instituciones, de ideologías, de prácticas y de agentes (entre los que encontramos a los intelectuales), el aparato de hegemonía no encuentra su unificación sino en una expansión de clase". (76).

La hegemonía y el aparato de hegemonía aseguran una teoría de la eficacia de las ideologías y de su realidad material. En tal sentido, retomamos los planteamientos de Fossaert (77) - en cuanto a su clasificación de los aparatos de Estado. Según este autor existen los aparatos de Estado específicamente políticos, los aparatos de Estado que sirven a la vez al poder y a la ideología y que pueden escapar, en parte o en todo, al dominio del Estado y otros aparatos elementales de dominación ideológica que entran dentro de la órbita del Estado.

Hemos conceptualizado de manera general en el segundo capítulo el aparato de salud dominicano, considerándolo como - de "vocación ideológica y de control estatal parcial y ocasio-

---

(76) Buci-Glusckmann C. Gramsci y el Estado. México. Siglo - XXI. 1979. Pág.66.
(77) Fossaert Robert. Los Aparatos de Estado. México. UAM-Xochimilco. Pág.

nalmente". A nuestro juicio un estudio de esta naturaleza - hubiese requerido también incursionar en el aparato ideológico de educación, del cual emanan los principios teóricos - metodológicos en cuanto a la transmisión de conocimientos, filosofía de la educación y la elaboración de la dimensión intelectual y moral específica de adquirir el consentimiento activo de las - masas por medio de la auto-organización, a partir de la sociedad civil y a través de la organización y dirección ideológica de algunos otros aparatos de hegemonía a los cuales educación sirve de guía.

Contenido Ideológico:

Analizar la ideología o contenido ideológico de un texto, requiere elaborar algunas ideas generales acerca de las relaciones entre el discurso e ideología enmarcadas dentro del - marco conceptual del materialismo histórico; no sin antes señalar el poco desarrollo de dicha temática, lo reciente de su - surgimiento y que se trata más bien de una especie de movimiento constituído por diferentes tendencias teóricas más o menos convergentes, pero que carecen aún de sistematización global.

Estudiar el contenido ideológico de los programas ya sea sus temas, objetivos y metas del área de Educación para la Salud, nos lleva a introducir el concepto de "práctica discursiva" entendiendo que ésta "no es la actividad libre de un su-

jeto parlante, sino el conjunto de condiciones y reglas que lo envuelven desde el momento en que interviene en el discurso. La práctica discursiva se define, por lo tanto, en relación a un conjunto de condiciones y de reglas anónimas, históricas, siempre determinadas en el espacio y en el tiempo, que han definido en una época dada y para una era social, económica, geográfica y lingüística dada, las condiciones de ejercicio de la función enunciativa". (78).

Retomando a Robien, Jiménez plantea que:

- "Las ideologías no son elementos "neutros" sino fuerzas sociales. Los discursos no son reducibles a las ideologías, como éstas no se superponen simplemente a los discursos. Las formaciones discursivas son un componente de las formaciones ideológicas. Dicho de otro modo: las formaciones ideológicas rigen a las formaciones discursivas.

- Las formaciones discursivas no pueden ser aprehendidas más que en función de las condiciones de producción, de las instituciones que las implican y de las reglas constitutivas del discurso.

- Las formaciones discursivas deben ser referidas

---

(78) Cita de Foucault. "L'archeologie del Savoir". París. 1969. Pág.154 en "Linguística, Semiología y Análisis Ideológico de la Literatura" de Gilberto Jiménez. Pág.326 en Literatura, Ideología y Lenguaje. México. Grijalbo, 1976.

a las posiciones de los agentes en el ámbito de las luchas sociales e ideológicas...Las palabras sólo son analizables en función de las combinaciones y de las construcciones dentro de las cuales son empleadas". (79).

El discurso puede definirse aproximadamente como una concatenación de unidades propiamente linguísticas y se sitúa por definición en el plano del intercambio o de la circulación de significados entre un emisor y un destinatario.

Para el análisis en sí de algunos programas establecidos por la División de Educación para la Salud, seguiremos fundamentalmente la metodología usada por el grupo peruano DESCO (Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo) en su libro ¿Cuesta arriba o cuesta abajo?, del cual retomamos una gráfica que expresa cómo se presenta la ideología en los textos, y cómo tenemos que analizarla: (80).

---

(79) Jiménez. Op. Cit. Pág.328 y 329.
(80) Ana Boggio y otros. ¿Cuesta Arriba o Cuesta Abajo?. Santo Domingo. Editorial Alfa y Omega, 1979. Pág.133.

Nivel Oculto	Ideología	(estructura significativas básicas)
	↓	genera determinadas
	Representaciones	(estructuras significativas parciales).
	↓	genera determinados
Nivel Manifiesto	Enunciados	(el texto tal como lo leemos: estructura linguística)

El Análisis debe realizarse de manera contraria:

Lo que tratamos de reconstruir	Ideología	(estructura profunda: oposiciones básicas encontradas)
	↑	
	Representaciones	(estructuras intermedias: conceptos que se seleccionan y cómo se combinan).
	↑	
Lo que tenemos	Enunciados	(estructuras manifiestas: unidades de sentido; palabras, frases, párrafos, etc.).

El análisis ideológico consiste, entonces, en lo siguiente:

Reconstrucción de la ideología.	Ideología	Expresión de la Ideología.
	↓ ↑	
	Representaciones	
	↓ ↑	
	Enunciados	

Para llegar a la fase de interpretación fue preciso - usar un código de la siguiente manera:

1. Selección y descripción de los temas tratados en los documentos.

2. Valorización de los temas (qué valor se le da a cada tema, qué atributos se le asignan).

1. Selección y descripción de los temas tratados:

Los temas y objetivos propuestos en los programas dominicanos de Educación para la Salud, a partir de la apertura política lograda con el ascenso de la socialdemocracia, se pueden delimitar en tres niveles:

1.1. Hacia la prevención de riesgos de enfermar y morir, elevar el índice de salubridad de la población, reducir la incidencia de enfermedades evitables y lograr una mayor conciencia sanitaria y mejores hábitos.

1.2. Conseguir participación activa de las comunidades en el proceso de planeamiento y desarrollo de los programas de salud.

1.3. Promover la formación del personal de Educación para la Salud en varios niveles y de manera continuada.

2. Valorización de los temas e interpretación de los mismos:

Las autoridades de Educación para la Salud del Ministerio de Salud entienden que el mismo "ha creado nuevos programas y servicios con el objetivo de ayudar al ser humano a mantener su potencial físico, mental y social" (81). Sin embargo, argumentan que el control de las enfermedades de los problemas sociales no dependen exclusivamente de medidas promulgadas por los Gobiernos, ni tampoco de los servicios que se provean, sino más bien de los hábitos personales de salud que observe el individuo, lo que requiere cambios en la conducta de las personas y grupos de la comunidad.

La "conciencia sanitaria individual y colectiva" y los "buenos hábitos", temas que constituyen el elemento central y medular de los programas de educación para la salud son considerados como problemas fundamentalmente educativos. Se habla de lograr "un cambio de conducta; cambio que, no podría lograrse hasta tanto el educando no convierta en pautas y normas de su vida los conocimientos que se le imparten" (82).

El único obstáculo considerado para obtener una verdade

---

(81) SESPAS. Programa de la División de Educación para la Salud para desarrollar en 1983. Mimeografiado.
(82) SESPAS. Divisisión de Educación para la Salud. "La Conciencia Sanitaria". Mimeografiado. Pág.4.

ra y firme conciencia sanitaria es en lo relativo al "analfabetismo sanitario del individuo o de la comunidad",...que nada tiene que ver a su juicio, "con el analfabetismo considerado en sentido general". En este sentido definen dos tipos de analfabetismo: "el puro: que se refiere al individuo que jamás ha recibido nociones acerca de lo que debe hacer o no en lo referente a su salud; y el negativo: al individuo que sí ha recibido nociones educativo-santiarias, pero en sentido equivocado, es decir, se le ha enseñado hacer lo que para su salud no le conviene hacer". También incluyen la noción del "apático sanitario, que es aquella persona que sabiendo que las enfermedades deben ser tratadas por un médico en lugar de acudir a uno al sentirse enfermo, persiste en ir a un charlatán, brujo o curandero o quizás automedicarse". (83).

Uno de los postulados básicos que configuran la política de desarrollo del componente y actividades educativas de los programas de salud establece que "en cada programa deben determinarse las conductas específicas que se desean de la población para, en base a ellas, precisar la magnitud del cambio que se promueve y las normas metodológicas del trabajo educativo en salud" (84). "El componente educativo en salud tiene la responsabilidad de promover cambios de conducta, prácticas y creencias

---

(83) Ibid. Pág.5-9.
(84) SESPAS. División Educación para la Salud. "Política de Educación para la Salud" Mimeografiado. Pág.2.

de las gentes en relación con la salud". (85).

Esos cambios de conducta se refieren a distintas necesidades:

- "Necesidad de abandono de las prácticas con curanderos y la integración a las clínicas del servicio por parte de las madres embarazadas y los niños sanos y enfermos.

- Necesidad de convencer a las parejas de lo útil de espaciar los hijos para poder disfrutar de mayores oportunidades de vida en un ambiente que contribuya a mejorar los niveles de salud y bienestar de la familia.

- Cambio de conducta en el consumo del agua y la necesidad de la comunidad asuma la responsabilidad de resolver el problema.

- Necesidad de que la comunidad asuma su problemática en cuanto a la higiene de la vivienda: espacio, ventilación, limpieza de la comunidad, señalándole algunas fuentes de recursos capaces de ayudarlos.

- Cambios de conductas en cuanto a la importancia de un balance en la alimentación" (86)

---

(85) SESPAS. División Educación para la Salud. Mimeografiado. 1980. Pág.1.

(86) SESPAS. División Educación para la Salud. Varios Mimeografiados.

De esta manera observamos la necesidad del aparato de salud en sus objetivos, de concientizar a la comunidad acerca de cambios de conducta que serán dirigidos por la institución portadora del conocimiento y de las herramientas necesarias - para "producir un cambio en la salud-enfermedad de la población". Estos cambios en los programas no aparecen como soluciones a sus condiciones de vida, que, en última instancia, determinan su condición de salud, sino que, hacen referencia a - la toma de conciencia de los grandes avances que en materia de salud-enfermedad ha elaborado o construido la institución de - servicio en beneficio de la "comunidad" y a la cual habría que apoyar con una serie de normas en lo relativo a concepciones y conductas.

Estos cambios de conducta de la comunidad conllevarían a la socialización y masificación de un modelo ideológico general, obteniéndose por otra parte una reiteración periférica del mismo. "Cada vez que se acepta un argumento - sostiene Jiménez (87) - el receptor se adhiere a las opiniones dominantes que están en la base del proceso argumentativo. Al aceptar un argumento, el receptor se solidariza también con su ideología latente. No se advierte, al parecer, que al transmitir un argumento no sólo se consigue la inferencia ideológica de una conclusión, sino también de las representaciones del mundo que están en la

(87) Jiménez Gilberto. Poder, Estado y Discurso. México. Universidad Nacional Autónoma de México. 1981. Pág.141.

raíz de la inferencia. La argumentación desarrolla un raciocinio que nos permite simultáneamente llegar a una conclusión aceptable y reforzar la ilusión que la originó".

En ese sentido, un cambio de conducta logrado a partir del postulado básico de que la salud depende escencialmente de los buenos hábitos individuales y aún colectivos, implica necesariamente, la asimilación de ciertas proposiciones generales y particulares sobre la salud y la enfermedad, la práctica del Estado y de los servicios de salud en particular y la manera en que ésta soluciona los problemas de salud.

Enfoque problemática de Salud-enfermedad.

La problemática de salud-enfermedad en los programas - de educación para la salud en general se orientan a la:

- Prevención de riesgos de enfermar y morir.

- Elevación del índice de salubridad de la población.

- Reducción de la incidencia de enfermedades evitables.

Estos objetivos generales son estructurados en base a -

los cuatro programas básicos definidos en los programas de educación para la salud:* (88).

a) Materno infantil.

b) Atención Médica.

c) Enfermedades infecciosas y Parasitarias.

d) Saneamiento ambiental.

a) Los principales problemas que se presentan en el programa materno infantil se refieren a:

- Gastroenteritis.
- Desnutrición Infantil.
- Servicios de salud-escolar.
- Servicios maternos.

b) El programa de atención médica está referido a todas aquellas enfermedades que se demanden en los hospitales (gastroenteritis, enfermedades venéreas, desnutrición, parasitismo, hepatitis, difteria, sarampión, tifoidea, tuberculosis, problemas mentales, etc.).

---

* Estos cuatro programas fueron definidos a principios de los años 70 y siguen siendo utilizados en los programas actuales de Educación para la Salud.

(88) SESPAS. División de Educación para la Salud. "Programa de Educación para la Salud en base a los cuatro Programas Básicos". Mimeografiado.

c) En el programa de enfermedades infecciosas y parasitarias son tratadas: 1) Todas las enfermedades infecciosas capaces de producir epidemias: gastroenteritis, sarampión, tosferina, difteria, polio, tétano, tifoidea, varicela, parodi tis; 2) Enfermedades Parasitarias: ascariasis, uncinarias o anquilostomiasis, tricocefalosis, oxiurosis, bilharziasis; 3) Enfermedades infectocontagiosas: venéreas: sífilis, blenorragia o gonorrea, chancro blanco, linfogranuloma vené rea.

d) El programa de Saneamiento Ambiental enfoca el tratamiento de agua potable, disposición de excretas, control de alimen tos, vivienda y basura.

El enfoque del proceso de salud-enfermedad elaborado por la ciencia médica y orientado en su política y práctica de salud, está íntimamente relacionada con los diferentes modos en que las operaciones discursivas remiten implícita o explícitamente a los esquemas o paradigmas ideológicos preconstruidos que le sirven - de fundamento y punto de partida (tipos de valores, juicios, opi niones, imágenes, representaciones colectivas, etc.).

Desde esta perspectiva, la salud o más bien la enfermedad es concebida al margen de una realidad concreta que se presenta en individuos y grupos con determinadas características -

socioeconómicas y culturales, producto de sus condiciones reales de trabajo y de vida. La forma en que estos individuos - producen y se reproducen son obviadas, adoptando un modelo de análisis multicausal que deja sentir el nivel de comprensión de la enfermedad como fenómeno social en cuanto se consideran algunas variables que hacen mención de aspectos sociales, pero que , de ninguna manera, permiten una comprensión amplia del - verdadero significado de lo social, es decir, de la estructura y organización de la sociedad dominicana, la cual presenta a - nuestro juicio situciones diferenciales entre las clases sociales respecto al tipo, frecuencia y gravedad de la enfermedad, la esperanza de vida y muerte y el acceso real a los servicios de salud.

Presentar la problemática de salud - enfermedad y de - la práctica necesaria para enfrentar este fenómeno de manera - fragmentada y parcial, nos lleva a concluir que la misma está encargada de crear un conjunto de representaciones o ideas propias de quienes dirigen la política sanitaria, los que a su - vez responden a un proyecto político de dominación de clase. De esta manera, la información que se le presenta a la comunidad, grupos o sectores de clases a las cuales los programas llegan es una información ideologizada en la medida en que presenta el proceso salud-enfermedad como hechos aislados, individuales y propios de los miembros de una comunidad en general.

Como señalan Marx y Engels en la Ideología Alemana - (89), "Las ideas de la clase dominante son las ideas dominante de cada época; o, dicho en otros términos, la clase que - ejerce el poder material dominante de la sociedad es, al mismo tiempo, su poder espiritual dominante. La clase que tiene a su disposición los medios para la producción material dispone con ello al mismo tiempo de los medios de la producción espiritual, lo que hace que se le sometan, al propio tiempo por término medio, las ideas de quienes carecen de los medios necesarios para producir espiritualmente. Las ideas dominantes no son otra cosa que la expresión ideal de las relaciones materiales dominantes concebidas en ideas".

Esa clase dominante, que posee los medios de producción, ejerce su poder a través del Estado, el cual incide de manera positiva en la reproducción del modo de producción del que la clase en cuestión es el portador dominante. Esta reproducción va encaminada fundamentalmente hacia las relaciones de producción, el carácter del Aparato de Estado y la particular superestructura ideológica, con sus aparatos especializados de cualificación y sometimiento. (90).

---

(89) Marx C. y Engels F. La Ideología Alemana. México. Ediciones Quinto Sol, S. A. Pág.48.
(90) Therborn Goran. ¿Como Domina la Clase Dominante? México. Ediciones Siglo XXI. 1979. Pág.172.

Estas tres esferas se reproducen simultáneamente y tal como lo señala Ludovico Silva, más que un problema teórico es un problema práctico. Para Marx,"toda ideología es práctica, puesto que aunque se vista de mil encajes filosóficos, míticos o religiosos, tiene una función práctica, crasamente social, - de preservar el orden establecido" (91).

Es importante insistir en que la reproducción social no es un proceso especial de transmisión cultural o coerción física, sino el propio funcionamiento de la sociedad como un todo, en un proceso constante en el cual se producen, distribuyen y consumen bienes; se promulgan y aplican leyes y mandatos, se - despliega y se ejercita la violencia y se inculcan y viven ideas, las cuales moldean la personalidad del individuo y se transmiten de generación en generación.

Este conjunto de ideas o ideologías, sostiene Therborn interperla al individuo de tres formas fundamentales:

1. La formación ideológica dice a los individuos qué - es lo que exite; quienes son ellos, cómo es el mundo, qué relación existe entre ellos y ese mundo. De es ta manera, a las personas se les proporcionan dife-

---

(91) Silva Ludovico. "Teoría y Práctica de la Ideología" en Armando Cassígoli y otros. La Ideología de los Textos. México. Editorial Marcha. 1982. Pág.71.

rentes tipos y cantidades de identidad, de confianza, de conocimientos para la vida diaria. La manifestación externa de los modos de vida, la relación fáctica entre actuación y recompensa, la existencia, amplitud y carácter de la explotación y el poder están estructurados en modos de formación ideológica específicos de cada clase.

2. La ideología dice lo que es posible, y proporciona a cada individuo diferentes tipos y cantidades de autoconfianza y ambición, y diferentes niveles de aspiraciones.

3. La ideología dice lo que es justo e injusto, lo bueno y lo malo, con lo que determina no sólo el concepto de legitimidad del poder, sino también la ética del trabajo, las formas de entender el esparcimiento y las relaciones interpersonales, desde la camaradería al amor sexual. (92).

Este planteamiento suscita el problema de hegemonía o dirección, necesaria para dicha reproducción social, buscada a través de diferentes mecanismos que aseguren el consenso de las masas a la política de la clase dominante.

---

(92) Therborn. Op. Cit. Pág.207.

Participación activa de la comunidad.

El desarrollo de las actividades educativas de los programas de salud está basado en algunos postulados básicos que constituyen en conjunto una política de la clase dominante.

a) "Reconocer como una necesidad la participación consciente activa y organizada de la comunidad en los programas de salud, propendiendo a que los individuos sean sujetos y objetos de su desarrollo.

b) Precisar que esta participación está orientada fundamentalmente en tres aspectos:

b.1. Cuidar de la salud individual, familiar y colectiva.

b.2. Utilizar racionalmente los recursos y prestaciones que los programas ofrecen.

b.3. Aportar trabajo voluntario para elevar el nivel de salud de sus comunidades.

c) Reconocer que la Educación para la Salud es un componente indispensable en los programas y un instrumento eficaz para obtener la participación de la comunidad en ellos.

d) Destacar que la programación de actividades en salud debe basarse en un adecuado diagnóstico de los factores de conducta de la población que están influyendo en los problemas de salud del país.

e) Se establece que en cada programa deben determinarse las conductas específicas que se desea de la población para, en base a ellas, precisar la magnitud del cambio que se promueve y las normas metodológicas del trabajo educativo en salud.

f) Investigar y mantener un archivo cultural de la comunidad con los recursos educacionales, institucionales, de grupos educativos, líderes e información de actividades de promoción comunal.

g) Actualizar y orientar al personal de salud en el uso de la metodología del desarrollo de la comunidad, en los programas de los centros de salud.

h) Constituir comités de salud a nivel comunal como un medio concreto de participación organizada en los programas de los centros de salud.

i) Coordinar las actividades de los comités con las instituciones de promoción comunal, oficiales o -

privadas". (93).

El inicio del gobierno social-demócrata en el área de la salud pública se define previamente en 1978, con el enunciado de una meta específica de "lograr salud para todos los dominicanos", la cual es entendida como una conjunción de esfuerzos de todos los sectores y fuerzas vivas del país, identificando - la salud como un producto intersectorial de desarrollo económico-social que sea capaz de conseguir el mayor bienestar para cada una de nuestras comunidades. (94).

A nivel de discurso, para las autoridades sanitarias, "esta meta trasciende los límites de la salud como fenómeno estrictamente biológico (enfermedad - no enfermedad), para considerarla como parte del desarrollo general que convierte a la salud en la resultante social de cada comunidad nacional, lo cual reclama la presencia de cambios en el hacer económico - social de nuestro país, que se traduzcan no sólo en la asignación de - recursos y reorganización del funcionamiento de los servicios - de salud con una orientación de cambio hacia lo preventivo, educativo, participativo, curativo y social, sino también en lograr un cambio del nivel participativo de los habitantes de las po-

---

(93) SESPAS. División de Educación para la Salud. "Política de Educación para la Salud y Estrategias para desarrollar las Actividades de Educación para la Salud". Mimeografiados.

(94) SESPAS. Cuatro Años de Gobierno, 1978-1982. Santo Domingo, 1982. Editorial Offset. Pág.27. Op. Cit.

blaciones más desposeídas como la de los parajes y secciones* (95).

En el nuevo período de gobierno (1983-1986), la política de salud también le confiere una alta prioridad a:

- "La atención integral de la población no protegida o con difícil acceso a los servicios de salud, como es la población rural y urbana marginal, dirigiendo sus acciones con carácter predominante hacia la medicina preventiva, con énfasis en la vacunación, el saneamiento del medio ambiente, la educación sanitaria y la mejoría nutricional, especialmente para aquellos grupos más expuestos al riesgo de enfermar como son la madre y el niño.

- La participación organizada de la comunidad, a la cual se le confiere un rol de primer orden, en la solución de los problemas de salud, pero, involucrando en ella un proceso educativo para concientizar cada vez más a la población de los medios de solución de sus problemas". (96).

---

* Parajes y secciones se refiere a poblaciones rurales pequeñas.

(95) Ibid. Pág.27.

(96) SESPAS. Política de Salud del Gobierno de Concentración Nacional .1983-1986. Santo Domingo, 1983. Pág.81.

Hemos observado como se construyen estrategias que ayudan de alguna manera a mantener un orden social establecido a través de un sistema de codificaciones de la realidad esbozados en programas específicos institucionalizados o con dirección orgánica, los cuales establecen pautas de comportamiento a sus integrantes y por medio de ellas los controla y consigue su apoyo.

Estas pautas de comportamiento ayudan a establecer las reglas de juego que dirimen los conflictos entre las clases. Por un lado, dentro de los programas se incorporan intereses - de orden económicos, políticos e ideológicos de la clase dominante, pero a la vez incorporan intereses mínimos de la clase dominada, la cual aparece, como en el caso de la estrategia de participación de la comunidad - reiterada de manera sistemática en los últimos años por la División de Educación para la - Salud - incorporada al propio programa de la clase dirigente.

Aunque reconocemos que dicha participación está circunscrita a pequeñas actividades a nivel social, con un enfoque - parcializado de la problemática de salud de dicha comunidad, en las cuales no toda la "comunidad" participa activa ni decisivamente en las discusiones sobre la problemática sanitaria y sus soluciones y reconociendo la existencia de una concentración del poder decisorio en un sector de la población ligado a

la concentración de conocimiento técnico y poder político - creemos que esta estrategia responde a la necesidad de carácter político e ideológico del Estado de crear consenso en la población a través de la satisfacción de ciertas necesidades, de involucrar a líderes, políticos, amas de casa de la comunidad en un proyecto aparentemente común para todos.

El hecho de requerir que la "comunidad" asuma nuevas funciones y responsabilidades y participe directamente en la solución de sus problemas de salud es una estrategia que compromete a sus integrantes a apoyar programas, y proyectos que de ninguna manera explican la causa real de dichos problemas y que más bien esconden la verdadera causa de su problemática de salud. El apoyo a estos pequeños programas sectorizados repercute directamente en el apoyo de un proyecto político general, el cual es más "decoroso" llevarlo a cabo por la vía del consenso que por la vía de la represión, de acuerdo a los propios - planteamientos de la socialdemocracia. Este espacio de apertura necesita, a nuestro entender, programas no sólo en el sector salud, sino en todos los aparatos portadores de ideología - capaces de influir directa o indirectamente sobre la opinión - pública y de esta manera ganar consenso de la población para - mantener en orden social establecido y lograr su reproducción.

Formación del Educador en Salud: Políticas y Estrategias.

La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social a través de la División encargada de la Educación para la Salud, establece los siguientes postulados para llevar a cabo sus programas:

- Formar de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles, personal especializado de Educadores en Salud quienes, en cumplimiento de sus funciones, serán los responsables de la marcha de la División de Educación para la Salud.

- Coordinar con aquellas instituciones oficiales y privadas de formación y desarrollo social, la incorporación en sus programas de aspectos educativos en salud.

- Obtener la asistencia de agencias internacionales para el desarrollo de la disciplina mediante convenios o acuerdos al respecto. (97).

Funciones definidas para el Educador en Salud:

Siguiendo el esquema anterior, utilizamos un sistema -

(97) SESPAS. División de Educación para la Salud. "Políticas de Educación para la Salud". Mimeografiado. Pág.2-3.

de codificación en la cual agrupamos las funciones y responsabilidades que deben cumplir todos los educadores en salud en términos de los verbos programáticos y el destinatario de los mismos:

Verbos utilizados		dirigido a
Desarrollar Organizar Promover Programar Asesorar Estimular Orientar Mantener Velar Coordinar Presentar Dirigir Supervisar Lograr	Programar, acciones actividades, metas, objetivos y normas de Educación para la Salud.	la Comunidad

En terminos generales la División de Educación para la Salud sostiene que "los Educadores en Salud de todos los niveles tienen como función básica, la de crear en la población una consciencia sanitaria tal que permita actuar con responsa

bilidades frente a la salud" (98). "Tienen la responsabilidad de promover cambios de conducta, prácticas y creencias de las gentes en relación con la salud". (99).

Se le define como "un profesional de preparación básica pedagógica, que por formación y experiencia como miembro de un equipo de trabajo, conoce y determina los factores socio-psico-culturales que inciden en el comportamiento de la salud del individuo, grupo o colectividad, orientando el proceso educativo en salud para reforzar, modificar o cambiar dicho comportamiento"....."Para concretar dichos cambios, está preparado para planificar, organizar, ejecutar y evaluar con el equipo de salud, las actividades educativas de los diferentes programas que se desarrollan en el sector salud" (100).

Partimos en capítulos anteriores, de distinguir dos modos de dominación de clase: una dominación en la cual la organización ideológica acompaña a la fuerza que domina, y una dominación-dirección (en este caso hegemónica) asociada al consenso.

La hegemonía de la clase dirigente no se adquiere por

---

(98) SESPAS. División Educación para la Salud. Mimeografiado. 1982. Pág.1.
(99) Ibid. 1980.
(100) Ibid. Pág.2.

la fuerza ni al azar, se conquista a través de una dimensión intelectual y moral específica, de adquirir el consentimiento activo de las masas por medio de la auto-organización, a partir de la sociedad civil y en todos los aparatos de hegemonía: de la fábrica a la escuela o a la familia (101). Dirección y dominación, sostiene esta autora interpretando a Gramsci, no forman dos mundos aparte, pero la dirección política preliminar (política de alcanzar y de masas) es la condición sine qua non para el ejercicio de una dominación-dirección real- que no se limite únicamente a la fuerza material otorgada por el poder del Estado. (102).

Aunque sabemos que la hegemonía sigue dos líneas estratégicas: una concepción general de la vida, una filosofía y un programa escolar, creemos que la misma no se reduce al ámbito exclusivo de la escuela, sino que abarca un cierto número de instituciones de la sociedad civil: la iglesia, los sindicatos, algunas instituciones: salud, cultura, educación, las cuales - constituyen medios ideológicos de la hegemonía de la clase dirigente, reagrupados alrededor del Estado, cuyo poder detenta la clase dominante.

---

(101) Buci Christine. Del Consentimiento como Hegemonía: la estrategia Gramsciana "Revista Mexicana de Sociologia" UNAM. - Abril-Junio,1979. Pág.383.
(102) Buci-Glucksmann Christine. Gramsci y el Estado . México. Siglo XXI. 1979. Pág.83.

Estas dos líneas estratégicas, establecidas a través de mecanismos coercitivos o ideológicos tiene como fin último la supervivencia de un modo de producción, por lo cual es imposible insistir en la separación potencial (o real) entre el campo de la producción económica (aparato de producción), y el de la reproducción principalmente ideológica. Desde esta perspectiva, el eslabón principal de la reproducción ideológica estaría ubicado en el campo de la superestructura, en los aparatos ideológicos de Estado, reconociendo que exceden este campo superestructural en la medida en que las prácticas ideológicas surgen -como diría Gramsci- desde el aparato de producción económico; la fábrica.

La productividad y la racionalidad de esta reproducción implica entonces la necesidad de adecuar el sistema educacional a sus propósitos. Al sugerir modificaciones en la educación, sin embargo, no se llega a plantear cuestiones sobre su vinculación con los requisitos de productividad, sino que siempre aparece como vinculación con el desarrollo. En el caso específico de la formación de educadores para la salud y los programas de esta área aparecen vinculados al "derecho" de la población de gozar de buena salud a través de los servicios ofrecidos por el Estado.

Dicho de otra manera, la sociedad no suele mantenerse, como norma, exactamente como era en un período anterior; se con

servan su dinámica y estructura fundamentales, aún cuando el número, dimensión y formas concretas de las diversas posiciones y papeles puedan cambiar, junto con los individuos que han de ocuparlas y desempeñarlas. En tal sentido, cada Estado establece mediante numerosos mecanismos diferentes la reproducción de sus posiciones económicas, políticas, e ideológicas. Una de ellas y quizás la más importante es el proceso histórico de formación de las diversas categorías de intelectuales, las cuales han asumido dos formas importantes:

1. Todo grupo social que surge sobre la base original de una función esencial en el mundo de la producción económica, establece junto a él, orgánicamente, uno o más tipos de intelectuales que le dan homogeneidad no sólo en el campo económico, sino también en el social y en el político. El empresario capitalista crea consigo al técnico de la industria, al doctor en economía política, al organizador de una nueva cultura, de un nuevo derecho.

2. En la historia, todo grupo social "fundamental" que brota como expresión de la nueva estructura en desarrollo -la que a su vez surge de las precedentes estructuras económicas- ha encontrado hasta ahora, las categorías intelectuales preexistentes,

que más bien se mostraban como representantes de una continuidad histórica ininterrumpida hasta para las más complicadas y radicales transformaciones de las formas sociales y políticas. (103).

Gramsci sostiene que todos los hombres son intelectuales, pero que no todos los hombres tienen en la sociedad la función de intelectuales. (104).

Partiendo de estas premisas llamaremos intelectuales aquellos funcionarios de la superestructura al servicio de la clase que representan y con la cual mantienen una vinculación social y económica muy estrecha.

La relación entre los intelectuales y el mundo de la producción no es una relación inmediata, como ocurre con los grupos sociales fundamentales, sino que es "mediata" en grado diverso en toda la estructura social y en el complejo de la superestructura de la que los intelectuales son los "funcionarios". La organicidad de los diversos estratos intelectuales y su conexión con el grupo social fundamental o clase dominante, se podría medir fijando una gradación de las funciones y de las superestructuras de abajo a arriba (desde la base estructural

---

(103) Gramsci Antonio. La Formación de los Intelectuales. México. Editorial Grijalbo. 1967. Pág.21-23.
(104) Ibid. Pág.26.

hacia arriba).

A nivel de la superestructura las funciones que le corresponden tanto a la sociedad civil como a la política o Estado se vinculan a la hegemonía que el grupo dominante ejerce en toda la sociedad y la del dominio directo, funciones que son precisamente organizativas y de conexión.

Los intelectuales son pues, los "empleados" del grupo dominante para el ejercicio de las funciones subalternas de la hegemonía social y del gobierno político: funciones del "consenso" espontáneo que las grandes masas de la población dan a la dirección impuesta a la vida social por el grupo dominante, consenso que históricamente nace del prestigio (y por tanto de la confianza), detentada por el grupo dominante, de su posición y de su función en el mundo de la producción y funciones del aparato de coerción estatal que asegura legalmente la disciplina de aquellos grupos que no "consienten" ni activa ni pasivamente, pero que está preparado por toda la sociedad en previsión de los momentos de crisis en el comando y en la dirección, casos en que el consenso espontáneo viene a menos. (105).

La función organizativa de la hegemonía social y del do

(105) Gramsci Antonio. Los Intelectuales y la Organización de la Cultura. Op. Cit. Cuadernos de la Carcel #2.Mexico. Ed. Juan Pablos. 1975. Págs. 17-18.

minio estatal da lugar pues, a un cierta división del trabajo y con ello a toda una gradación de cualidades; en algunas están ausentes las atribuciones organizativas y directivas, ya que en el aparato de dirección social y estatal existe toda una serie de empleos de carácter manual y especializado, de sistema y no de concepto, de subalternos, no de jefes o funcionarios. La actividad intelectual debe diferenciarse en grados, pues la misma ofrece diferencias cualitativas: en el más alto grado se colocarán los creadores de las ciencias, de la filosofía, del arte, etc.; en el nivel más bajo los más humildes administrativos y divulgadores de la riqueza intelectual ya existente, tradicional y acumulada. (106).

En el mundo moderno la categoría de intelectuales se ha ampliado considerablemente no sólo para la atención de necesidades de la producción misma, sino también para cubrir necesidades políticas e ideológicas del grupo básico dominante.

Sin restar la importancia del educador en salud dentro de programas coherentes de atención de salud, creemos que este profesional, en el caso particular de nuestro capitalismo dependiente actual se transforma en elemento de movilización y organización de sectores claves de la sociedad, a los cuales trans-

---

(106) Ibid. Pág.18.

mite un determinado conocimiento de la realidad y a los que involucra en los programas, con el objetivo de generar y reproducir dichos mensajes. Si bien es cierto que los intelectuales, no son una clase, desempeñan un papel en la organización y la constitución de clase, en su papel dirigente sobre la función organizadora del consenso de las masas.

CONCLUSION

Elaborar algunas notas finales sobre este estudio, es una tarea que requiere esfuerzo en tanto trata de sintetizar -partiendo de lo particular a lo general- las tesis, ideas, conclusiones y recomendaciones principales del trabajo realizado.

Comenzaremos por señalar que algunas de las ideas esbozadas en los cuatro capítulos del mismo, ameritan profundización, en caso particular, las ideas sobre la formación social dominicana y la práctica médica en dominicana; en parte por no constituir el objeto directo de estudio de la presente investigación, otro, por no contar con la bibliografía necesaria y por el poco tiempo disponible para la dedicación requerida para dicha profundización.

Algunas reflexiones acerca del análisis de contenido ideológico pudieron ser completadas con otro tipo de análisis cuantitativo, aplicando quizás, algunas sugerencias de diferentes corrientes teórico-metodológicas que plantean puntos de partida, que varían desde los aspectos semánticos de la memorización, los problemas del contenido semántico, la predicación, la noción de presupuesto, los presupuestos como elemen-

tos de contenido, y otros axiomas más simples que se remiten a decires populares como "dime lo que dices y cómo lo dices y te diré quien eres" o "de quien eres, desde donde hablas y cuándo hablas y voy a poder analizar tu discurso".

De manera similar a estas dos últimas, partir del señalamiento de quién estable los programas, metas, objetivos y necesidades de servicio ofrecido a una población y qué tipo de personas lo reciben, indujo a que retomáramos una metodología de análisis que partiera de la reconstrucción de la ideología dominante, señalando las representaciones y conceptos enunciados; reconstruidos a modo de síntesis y empleando hojas de codificación. La síntesis de temas principales de los programas de educación para la salud y su valorización, condujo pues, a la interpretación ideológica de los mismos; el establecimiento del nivel manifiesto y el oculto y las necesidades reales, que, sin restarle importancia al programa en sí de servicio, responde en sus acciones y estrategias, al objetivo de demostrar un modo de vida establecido y una manera determinada de enfrentarla y adaptarse.

La incorporación de algunas soluciones a ciertos problemas de tipo social, referidos específicamente al área de salud-enfermedad, obedece, de acuerdo al análisis, tanto de los programas en término de contenido como de la evolución -

misma del área -nacimiento, incorporación de educadores, adiestramientos, temas prioritarios etc.- a criterios de orden político, consensual; de lograr consentimiento de la población en el tipo de proyecto político social implementado.

El tipo de proyecto político de Dominicana, se inserta dentro de un contexto socioeconómico capitalista de tipo periférico, dependiente, con variantes radicales acaecidos en este siglo que van desde intervención estatal norteamericana, dictadura sangrienta, desarrollismo y social-democracia. Dentro de estas variantes, comprobamos que, por razones de necesidad de apertura ideológica, en la última etapa es cuando el Estado a través de su aparato de salud, como difusor de ideología, le da mayor importancia a los programas de educación para la salud.

Datos como los señalados por los educadores para la salud en el cuestionario aplicado nos ayuda a confirmar nuestra hipótesis de trabajo: aumento del número de educadores a nivel general y por regiones sanitarias -de manera especial en el año 1989-, incorporación de políticas de educación para la salud en los planes y discursos del Estado, incorporación de políticas específicas de formación de recursos humanos en dicha área, a nivel de técnicos medios- acción que repercute en la apertura de tres carreras de nivel medio en Educación -

en Salud en tres universidades del país-, aumento del número de cursos o entrenamientos a los educadores, sobre educación para la salud de manera especial, y dentro de éstos,entrenamientos más específicos respecto a planes y políticas concretas como los correspondientes a planificación familiar, educación sexual, manejo de técnicas audiovisuales sofisticadas, y programa ampliado de inmunización; temas que, a nuestro juicio constituyen planes que responden a estrategias con un fondo político, algunas veces como controlador de crecimiento demográfico de masas hambrientas, otras, como utilizador de medios que ayuden a la población en pocas palabras, a entender el mensaje que se quiere emitir y con ello crearlo, aceptarlo y difundirlo, La cadena de ideas comunes se amplía en una sociedad, utilizando estos medios, y con ello se obtiene un conocimiento parcial de la realidad que limita la búsqueda de las reales condiciones de existencia y su posible solución.

En base a esas conclusiones preliminares podríamos hacer algunas recomendaciones con respecto al tipo de educador para la salud que requeriría este país en este período determinado. Es imprescindible que el mismo conozca de manera real, el tipo de población con la cual trabajará; sus problemas de vida, de salud-enfermedad, determinantes de su condición de existencia, calidad de vida etc., dentro de un contexto social que le permita visualizar de manera colectiva la problemática

y sus posibles soluciones. Esta sugerencia implica, a nuestro modo de ver, entre otras coasas, la incorporación de una determinada metodología de enseñanza -aprendizaje y la selección de contenidos, tomando como punto de partida investigaciones en el área. Esta sugerencia podría ser válida no sólo para los programas universitarios de formación de técnicos en Educación para la salud, sino que podría ser retornada por los cursos cortos de entrenamiento ofrecidos a los educadores en salud de la SESPAS. Al mismo tiempo que realizan una investigación sobre las"condiciones de salud de una región", por ejemplo, podrían ir conociendo y aplicando los pasos requeridos para llevar a cabo investigaciones cientificas, a la vez de obtener un marco de referencia acerca del tipo de enfermedad, síntomas manifiestos y posibles soluciones a las mismas.

Este método serviría para ir readecuando los programas de educación para la salud a las necesidades concretas demandadas por la población, de manera tal que las mismas sirvan de base para adecuar los servicios de atención y mejorar con ellos el alto índice de morbimortalidad.

Esta sóla propuesta podría constituir un estudio, sujeta a la profundización de algunas variables señalados en el presente estudio, al análisis de otras que no estuvieran incor

poradas, como motivacionales, presupuestales, organizacionales al estudio de otros datos estadísticos, aumento de la - muestra escogida, y a otros factores y aspectos que pudieran ser investigados para completar, ampliar, corregir, continuar con el estudio de la Educación para la Salud en Dominicana; su pasado, presente y las sugerencias que tanto para el presente como para el futuro pudiéramos emitir.

REFERENCIAS

1. Boggio, Ana. ¿Cuesta Arriba o Cuesta Abajo?/Ana Boggio et al.-- . Santo Domingo: Alfa y Omega, 1979.

2. Buci, Cristina. "Del Consentimiento como Hegemonía: la estrategia gramsciana". Revista Mexicana de Sociología, Abril-Junio, 1979.

3. Buci, Gluscksmann C. Gramsci y el Estado/ Gluscksmann - C. Buci.--. México: Siglo XXI, 1979.

4. Cardaci, Dora. Comentarios sobre la Evolución Histórica - de Educación para la Salud./Dora Cardaci.-- México. UAM. Xochimilco. 1979-- Mimeografiado.

5. Cassá, Roberto. Capitalismo y Dictadura/ Roberto Cassá.-- Santo Domingo: Alfa y Omega, 1982.

6. Cassá, Roberto. Modos de Producción, Clases Sociales y Luchas Políticas: República Dominicana, Siglo XX/ Roberto Cassá.-- Santo Domingo: Alfa y Omega, 1978.

7. Cassigoli, Armando. La Ideología de los Textos/ Armando Cassigoli.-- México: Marcha, 1982.

8. Castillo, Fredy. Definición de la División de Educación para la Salud/ Fredy Castillo.-- Santo Domingo: Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, 1980.

9. Catrain, Pedro. "Estado, Hegemonía y Clases Dominantes en - República Dominicana, 1966-1978". Revista Realidad Contemporánea, 2 (18 y 19): p.p. -41, 1982.

10. Catrain, Pedro. Estado y Crisis Política/ Pedro Catrain, José Oviedo.-- Santo Domingo: Alfa y Omega, 1981.

11. De Ipiola, Emilio. Tecnología y Discurso Populista/Emilio de Ipiola.-- México: Folios, 1982.

12. De Melo, Joaquín A. Cardoso. A Práctica da Saúde e a Educão/ Joaquín A. Cardoso de Melo.-- [Rio de Janeiro]: Universidad Federal de Rio de Janeiro, 1976.-- Tesis de doctorado.

13. Duarte, Isis; Pérez, José F. "Consideraciones en forma a la Política represiva y asistencial del Estado Dominicano, 1966-1978". Revista Realidad Contemporánea, Año 2 (10 y 11): p.p.-17, 1982.

14. Escudero, José C. "Desnutrición en América Latina". Revista Méxicana de Ciencias Políticas y Sociales, 1977. Mimeografiado.

15. Fassler, Clara. Política Sanitaria de la Junta Militar Chilena, 1973-1980/ Clara Fassler.-- México, UAM. Xochimilco, 1980.-- Mimeografiado.

16. Fassler, Clara. Transformación Social y Planificación de Salud en América Latina/ Clara Fassler.-- México: UAM, Xochimilco, 1979.-- Mimeografiado.

17. Fossaert, Robert. Los Aparatos de Estado/ Robert Fossaert.-- México: UAM-Xochimilco, [s.f.].

18. Gómez, Luís. Relaciones de Producción Dominantes en la Sociedad Dominicana 1875-1975/ Luís Gómez.-- Santo Domingo: Universidad Autónoma de Santo Domingo, 1977.

19. Gramsci, Antonio. La Formación de los Intelectuales/ Antonio Gramsci.-- México: Grijalbo, 1967.

20. Gramsci, Antonio. Los Intelectuales y la Organización de la Cultura/ Antonio Gramsci.-- Buenos Aires: Nueva Imagen, 1982.

21. Horwitz, Abraham. Director OMS. Publicación Científica/ Año 4. Vol.LIII, No. 2. Ginebra, 1962.

22. Jiménez, Gilberto. Poder, Estado y Discurso/ Gilberto Jiménez.-- México, UNAM, 1981.

23. "La Aplicación del Método de Educación Higiénica en Zonas Rurales de América Latina". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 37 (6) p.p. , 1954.

24. Marx, C. La Ideología Alemana/ C. Marx, F. Engels.-- México: Quinto Sol, [s.f.].

25. Menendez, Eduardo. El modelo Médico y la Salud de los Trabajadores/ Eduardo Menendez.-- México: Nueva Imagen, 1978.

26. Mier, Aureliano. La Nacionalización de los Servicios de Salud: La Organización Sanitaria de los Países Latinoamericanos: 1880-1930 [s.p.i.[.-- Mimeografiado.

27. Miliband, Ralph. Marxismo y Política/ Ralph Miliband.-- México: Siglo XXI, 1978.

28. "Orientaciones para la Evaluación de Programas". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 36 (4): p.p. 1954.

29. Oviedo, José. "Economía y Políticas en República Dominicana, 1966-1978: El Régimen Balaguerista: Tendencias y Crisis". Revista Realidad Contemporánea. (11): p.p. , 1981.

30. --------. "Apuntes Sobre El Nuevo Proyecto Burgués y Transformaciones del Estado en República Dominicana". Revista Realidad Contemporánea, (10 y 11): p.p. (18), 1979.

31. Oviedo, José. "Estado y Clases Subalterna". Revista Realidad Contemporánea, 2 (18 y 19): p.p. 67, 1982.

32. Peña Gómez, José F. Discurso Junio 10, 1980. En Periódico El Listín Diario. 1980.

33. Pérez Mera, Amiro. "Salud, Educación y Nutrición: Estrategia para la Acción". En: Valdez Marte, José, Malnutrición.-- Santiago de los Caballeros: UCMM, 1983--V3, - p.p. -7.

34. Portelli, Hugues. Gramsci y el bloque histórico/ Hugues - Portelli.-- México: Siglo XXI, 1981.

35. Reglas de Catalogación Angloamericanas/ 2 ed.; por Julia Vargas.-- San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica, 1984.

36. República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Cuatro Años de Gobierno (1978-1982)/ Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. -- Santo Domingo: La Secretaría, 1982.

37. --------. Memoria 1927/ Secretaría de Salud Pública y Beneficencia.-- Santo Domingo: La Secretaría, 1927.

38. --------. Memoria 1947/ Secretaría de Salud Pública y Previsión Social.-- Ciudad Trujillo: La Secretaría, 1947.

39. --------. Memoria 1958/ División de Educación Sanitaria: - Actividades Realizadas.-- Ciudad Trujillo: La Secretaría, 1958.

40. --------. Memoria 1968/ Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.-- Santo Domingo: La Secretaría, 1969.

41. --------. Memoria 1969/ Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.-- Santo Domingo: La Secretaría, 1968.

42. --------. Memoria 1974/ Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.-- Santo Domingo; La Secretaría, 1974.

43. --------. Memoria 1975/ Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.-- Santo Domingo: La Secretaría, 1975.

44. --------. Memoria 1976/ Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.-- Santo Domingo: La Secretaría, 1976.

45. --------. Memoria 1983/ Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.-- Santo Domingo: La Secretaría, 1983.

46. --------. Secretariado Técnico de la Presidencia. Oficina Nacional de Estadística. Número de Fincas y Superficie según Regímenes de Explotación: Censo Agropecuario 1950-1960/ Secretariado Técnico de la Presidencia. Oficina Nacional de Estadísticas.-- Santo Domingo: La Oficina. [s.f.].

47. --------. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. División de Educación para la Salud. Programa de la División de Educación para la Salud a desarrollarse en 1983/ Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.-- Santo Domingo: La Secretaría, 1983.-- Mimeografiado.

48. --------. Subsecretaría de Planificación. División de Estadísticas Vitales. Diez Principales Causas de Muerte en República Dominicana/ Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Subsecretaría de Planificación. --Santo Domingo: La Secretaría, 1981.

49. --------. La Conciencia Sanitaria/ Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.-- Santo Domingo: La Secretaría, [s.f.].

50. --------. Política de Educación para la Salud/ Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social.-- Santo Domingo: La Secretaría, [s.f.].

51. --------. Política de Educación para la Salud y Estrategias para Desarrollar las Actividades de Educación para la Salud/ Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.-- Santo Domingo: La Secretaría, [s.f.].

52. --------. Programa de Educación para la Salud en base a cuatro programas básicos/ Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.-- Santo Domingo: La Secretaría. [s.f.].

53. --------. Política de Salud del Gobierno de Concentración Nacional 1983-1986/ Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.-- Santo Domingo: La Secretaría. 1983.

54. Reunión Ministros de Salud de las Américas (3. 1972. Santiago, Chile) Informe Final: Plan Decenal de las Américas.-- Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1973. Documento Oficial, 116.

55. Ruiz García, Enrique. "La Comisión Trilateral: explicación de un proceso de poderes". El Sol/ Santo Domingo: Julio 12, 1980.

56. Sánchez, Anacaona. Educación para la Salud/ Anacaona Sánchez.

57. Standard, R.; Kaphan Annett. "Educación Sanitaria: Nuevas Tareas y Nuevos Criterios". Crónica de la OMS, 37. (2): p.p. 5, 1983.

58. Suero, Víctor. "Situación Nutricional y Salud Pública en la República Dominicana". En Valdez Marte, José. Malnutrición.-- Santiago de los Caballeros: UCMM, 1983.-- V.3, p.p. 6.

59. Therborn, Gorau. ¿Cómo domina la clase dominante?/ Gorau Therborn.-- México: Siglo XXI, 1975.

60. Toledo, Nunteforte. Literatura, Ideología y Lenguaje/ Nunteforte Toledo, Gilberto Jiménez et al.-- México: UNAM Grijalbo, 1976.

61. Vilas, Carlos M. "Clases Sociales, Estado y Acumulación - Periférica en la República Dominicana". Revista Realidad Contemporánea, Año 2 (10 y 11): p.p.29, 1979.

62. "What is the IUHEP? "Journal of Health Education. En Cardaci, Dora. Comentarios sobre la Evolución Histórica de Educación para la Salud.-- México: UAM.Xochimilco, 1979. -- Mimeografiado.

Anexo #1.

Cuestionario No._____

Región_____

Area_____

Localidad_____

CUESTIONARIO RECOLECCION INFORMACION PROYECTO OFERTA Y DEMANDA DE TECNICOS MEDIOS EN SALUD.

1. Datos Generales:

(Escriba sus nombres y apellidos completos, los años cumplidos e indique con una "X" la casilla que corresponda a su sexo).

a. Nombres_____

Apellidos_____

b. Edad:_____años

c. Sexo: M F

2. Distribución:

(Marque con una "X" el nivel en el que trabaja actualmente y describa las funciones que realiza).

a. A nivel local

b. A nivel de área

c. A nivel regional

d. A nivel central

Describa sus funciones:

1._____

2._____

3._____

4._____

5._____

3. Tiempo en el Cargo:

(Indique el mes y año en que empezó a trabajar como Educador en Salud; nombre del cargo actual, mes y año en que ingresó a la SESPAS; el nombre del cargo anterior que ocupó en caso afirmativo, y las funciones que realizó en ese cargo).

a. Fecha en la que empezó a laborar en el cargo actual:

_____ mes _____ año

b. Nombre del cargo actual: _____

c. Fecha en la que empezó a laborar en la División de Educación para la Salud:

_____ mes _____ año

d. Fecha en la que empezó a laborar en la SESPAS:

_____ mes _____ año

e. Nombre del cargo anterior: (Indique además las funciones que ejercía en dicho cargo)

Cargo _____

Funciones _____

_____

_____

_____

4. Formación:

(Indique con una "X" si posee o no título académico).

4.1. ¿Posee usted algún título que lo acredite para trabajar como Educador en Salud?

SI NO

Continue en preg. 4.2 Pase a preg. 4.3

4.2. Marque en la casilla de la izquierda los títulos que posee y en la raya de la derecha escriba la institución donde lo obtuvo.

	Títulos académicos	Institución	Año
____	Técn. Medio Educ. en Salud	_____	_____
____	Maestro Normal Primario	_____	_____
____	Lic. en Cienc. Educación	_____	_____
____	Maestría en Educ. Salud	_____	_____
____	Otro tipo de carrera técnica (especificar)_____	_____	_____
____	Otro tipo de licenciatura - (especificar)_____	_____	_____
____	Otro tipo de maestría (especificar)_____	_____	_____
____	Otro título (especificar)___		
	_____	_____	_____
____	Ninguno.		

4.3. ¿Recibió usted adiestramiento de la SESPAS para ejercer su labor actual?

SI — Continue en preg. 4.4

NO — Pase a preg. 4.5

4.4. ¿Cuando recibió ese adiestramiento y cuál fue su duración?

De _____ (mes) _____ (año) a _____ (mes) _____ (año)

4.5. ¿Asistió usted a cursos de actualización o adiestramiento durante el tiempo que ha estado trabajando en la SESPAS en calidad de Educador para la Salud?

SI

NO — Pase a preg. 5.1

En caso de contestar afirmativo escriba el nombre del curso y su duración, en pregunta #4.6

4.6 Nombre del curso y/o adiestramiento	Desde mes y año	Hasta mes y año	Lugar (ciudad)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

4.7 ¿Recibió usted alguna beca para realizar los estudios de Educación para la Salud o los cursos de adiestramientos señalados en preg. 5 y 6.

SI NO

Pase a preg. 5.1

En caso de contestar afirmativo escriba el nombre de la Institución que lo becó, nombre del curso, año en que lo realizó y la duración en días, meses o años.

Institución de Beca	Nombre del Curso.	Adiest. o Curso	Duración dias	meses	años

5. Funciones:

5.1 Escriba brevemente las funciones que realiza en un mes de trabajo.

5.2 ¿Realiza usted otra actividad fuera de las funciones de la SESPAS

SI NO

Indique cuales: _____

_____

_____

5.3 Indique las actividades que realiza con las organizaciones de tipo social, comunitaria, barrial (escuelas, clubes, cooperativas, etc.), con las cuales trabaja en relación a su función como Educador en Salud.

Tipo de Organización	Actividades