



APROXIMACIONES
EPIDEMIOLÓGICAS AL DENGUE
Y ZIKA VIRUS DESDE LA
PERSPECTIVA DE GÉNERO EN
REPÚBLICA DOMINICANA

CONVENIO OXFAM /
MÉDICOS DEL MUNDO



Equipo de Investigación: RESUMEN: El presente estudio tiene por objeto describir y analizar la oferta de servicios sanitarios de los sistemas locales de salud pública en el abordaje epidémico del Zika Virus y otros Arbovirus prevalentes especialmente el Dengue en las provincias de Santo Domingo, Monte Cristi, Elías Piña y San Cristóbal en República Dominicana. Asimismo, buscando una comprensión de los determinantes sociales de la salud-enfermedad, a partir de las relaciones de género en la producción de perfiles epidemiológicos diferenciales entre varón y mujer ante las enfermedades transmitidas por mosquitos, y su posible relación con los condicionantes de la reproducción social de la vida en determinados conglomerados urbanos y su vínculo con los índices aéricos registrados. Por último, desde este abordaje descriptivo de la oferta de servicios y el perfil de determinados colectivos sociales, especialmente mujeres en edad reproductiva, reflexionar sobre los modelos y matrices conceptuales-metodológicas vigentes en los servicios, políticas y sistema de salud en sus aproximaciones de respuesta a la incidencia de los Arbovirus prevalentes, especialmente en los casos de Zika Virus y Dengue en este país del Caribe.

Investigador principal:
- Gonzalo Basile
(gonzalo.basile@mdm.org.ar)

Equipo de investigación:
- Nora Sassenhagen
- Prasedez Polanco

Palabras Claves:

Enfermedades Transmitidas por Mosquitos(ETM) - Dengue - Zika - Género - Epidemiología - República Dominicana

Revisión:

Zobeyda Cepeda,
Oficial de Derechos de las Mujeres, Oxfam
Carlos Arenas,
Responsable Acción Humanitaria, Oxfam
Alejandra Aguilar,
Oficial de Comunicación, Oxfam
Jimena Marro
Investigadora Instituto Nacional de Epidemiología
"J. H. Jara" - ARGENTINA / Consejo Directivo
Médicos del Mundo REGIONAL
Adelaida Oreste
Directora Instituto de Investigaciones en Salud
FCS-UASD Universidad Autónoma de
Santo Domingo
Elsie Campos, Verónica Fonseca,
Mirador Comunicación Estratégica

Diseño:

Verónica Fonseca,
Mirador Comunicación Estratégica

Este documento se ha realizado con el financiamiento de la Dirección General de Ayuda Humanitaria y Protección Civil de la Comisión Europea (ECHO); en el marco del proyecto “Institucionalización del género en contexto de emergencia: creando puentes entre políticas y prácticas en el sistema de la Acción Humanitaria”

El mismo en ningún momento refleja la opinión de La Dirección General de Ayuda Humanitaria y Protección Civil de la Comisión Europea (ECHO). La Dirección General de Ayuda Humanitaria y Protección Civil de la Comisión Europea (ECHO), realiza sus operaciones de ayuda para víctimas de desastres y conflictos fuera del territorio de Unión Europea. La ayuda se canaliza de manera imparcial, directamente a las personas necesitadas, sin importar su raza, grupo étnico, religión, género, edad, nacionalidad o afiliación política.



Financiado por
la Unión Europea
Ayuda Humanitaria
y Protección Civil



OXFAM

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción y Breve Contexto.....	8
Marco Conceptual.....	14
Perspectivas y Trayectorias desde la Medicina Social	14
Género y Salud Colectiva: la dimensión como determinante social de la salud-enfermedad.....	17
Capítulo 1: Diseño de Estudio de Caso: “aproximaciones epidemiológicas del Dengue y Zika Virus desde la perspectiva de género en República Dominicana”	22
1.1 Antecedentes	23
1.2 Caracterización del escenario: Caso República Dominicana.....	34
1.3. Caracterización de las Provincias en Estudio.....	41
Capítulo 2: Escenario Epidemiológico de los Arbovirus en República Dominicana 2014-2016	45
2.1 Zika Virus y Arbovirus en América Latina y Caribe: un problema de salud colectiva permanente	46
2.2 Dengue y Zika Virus en República Dominicana: Implicancias, escenarios y desafíos al estudiar Arbovirus	54
2.2.1 Zika Virus, SGB y Microcefalia en Republica Dominicana: diferenciales por sexo...57	
2.2.2. Chikungunya: epidemia 2014 y alta tasa de ataque en RD.....	62
2.2.3 Dengue: el Arbovirus por excelencia de República Dominicana	66

Capítulo 3: Perfil de mujeres en 4 conglomerados urbanos y perspectiva de género en relación a ETM	73
3.1. Selección de 4 conglomerados urbanos de Santo Domingo, Elías Piña, Monte Cristi y San Cristóbal.....	74
3.1.2. Selección y encuesta de 400 mujeres en los conglomerados urbanos priorizados	75
3.1.3. Perfil de mujeres en 4 conglomerados urbanos y perspectiva de género en relación a ETM	76
3.2. Observaciones participantes sobre los conglomerados urbanos	99
3.2.1 Grupos focales en los 4 conglomerados urbanos seleccionados de Elías Piña, Monte Cristi, San Cristóbal y Santo Domingo(Oeste).....	103
Capítulo 4: Análisis de Informantes claves de Servicios Públicos de Salud en República Dominicana y revisión sistemática de modelos conceptuales–metodológicos sobre ETM	112
4.1. Entrevistas semi estructuradas a informantes clave del sistema local de salud pública y tomadores de decisión provinciales y nacionales	113
4.2. Conceptualizando las prácticas y marco teórico de los informantes claves de los servicios locales del Sistema de Salud y los actores tomadores de decisiones en Salud Pública.....	119

A- El componente de “Gestión Integral de Vector” (llamado “Control vectorial”)	119
B- El componente del Modelo de “Atención”	121
C- El componente social de salud colectiva y epidemiológico.....	121
Capítulo 5: A modo de conclusiones y aproximaciones: perspectivas, nudos críticos y propuestas de intervención	124
BIBLIOGRAFÍA.....	133

SIGLAS

CIE – 10: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión

CHIKV: Chikungunya

DEN: Dengue

DPS: Dirección Provincial de Salud Pública

DIGEPI: Dirección General de Epidemiología

ENDESA: Encuesta Nacional de Salud

ETM: Enfermedades Transmitidas por Mosquitos

MAC: Métodos Anticonceptivos

MSP: Ministerio de Salud Pública

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONE: Oficina Nacional de Estadísticas de República Dominicana

SGB: Síndrome Guillaen Barré

SNS: Sistema Nacional de Salud

SNS: Servicio Nacional de Salud

UNAP: Unidad de Atención Primaria

ZIKV: Zika Virus

INTRODUCCIÓN Y BREVE CONTEXTO

La declaración de Emergencias de Salud Pública de importancia internacional (ESPII), sobre Zika Virus¹ en el marco de Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el pasado 1ro de febrero 2016, puso en el centro de la agenda de la salud internacional este tema.

Es una enfermedad descubierta en 1947 en el bosque de Zika, en Uganda (África), con una incidencia principalmente en África² y brotes en algunas zonas de Asia. En 2007, una gran epidemia fue descrita en la Isla de Yap (Micronesia), donde cerca del 75% de la población resultó infectada. El 3 de marzo de 2014, Chile notificó a la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) la confirmación de un caso de transmisión de fiebre por virus del Zika en la isla de Pascua (se registraron un total de 173 casos). En mayo de 2015³, el Ministerio de Salud de Brasil⁴ confirma la transmisión de virus del Zika en el nordeste del país. En este marco, la situación de patrones epidemiológicos de Zika Virus en República Dominicana no sólo tienen importancia de salud colectiva nacional, sino que por la dimensión poblacional (más de 20 millones de habitantes en la Isla con grandes urbanizaciones que nuclean a más del 60% de la población) es de suma importancia sanitaria y científica para la Isla y para las acciones de salud pública nacional, binacional y regional.

Las enfermedades denominadas arbovirosis son transmitidas por diferentes vectores como el *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus*, entre otros. Cada uno de estos con una ecología, comportamiento y distribución geográfica diferentes. Los brotes de estas enfermedades no se distribuyen uniformemente en la geografía nacional de República Dominicana ni en la Isla Hispaniola. Existen provincias, áreas geográficas que muestran mayores tasas de índices aélicos y entomológicos y otras muestran una mayor velocidad en sus tasas de ataque.

La presencia y distribución de los vectores (mosquitos) son un factor importante en la dinámica de los brotes y la presencia o persistencia de estas enfermedades, aunque no se dispone de estudios sistemáticos sobre los patrones espaciales del fenómeno en el país. El caso del mosquito *Aedes aegypti* -siendo el "vector principal"- está ampliamente distribuido en todo el territorio nacional de la República Dominicana como a nivel binacional (Dominicana-Haití) por las condiciones de clima, temperatura y humedad de los países tropicales del Caribe; pero sobre todo por las condiciones de vida de millones de personas en urbanizaciones inequitativas, generadoras masivas de desechos y carentes de acceso a agua en amplios grupos poblacionales (con acopio de agua para consumo en recipientes

EPIDEMIOLOGÍA

"La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud", OMS.

1 Organización Mundial de la Salud (OMS) <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/1st-emergency-committee-zika/en/> [En Internet]

2 Fagbami, A. H. (1979). Zika virus infections in Nigeria: virological and seroepidemiological investigations in Oyo State. *Journal of Hygiene*, 83(02), 213-219.

3 Organización Panamericana de la Salud (OPS) - www.paho.org Alerta Epidemiológica. Infección por virus Zika. 7 de mayo de 2015.

4 Zanluca, C., Melo, V. C. A. D., Mosimann, A. L. P., Santos, G. I. V. D., Santos, C. N. D. D., & Luz, K. (2015). First report of autochthonous transmission of Zika virus in Brazil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 110(4), 569-572.

informales), generando así reservorios perfectos para reproducción vectorial en contextos de lluvias y temperaturas propicias. De allí, la facilidad para que novedades virémicas (Zika Virus) transmitidas por Aedes tengan impactos epidemiológicos rápidos a nivel país. República Dominicana tiene una circulación del vector (el mosquito Aedes Aegypti) con tasas por domicilio ascendente en temporadas ciclónicas y de lluvias como lo marca por ejemplo el índice breteau de 58 y 60 domicilios positivos cada 100 inspeccionados en los barrios de Buenos Aires o Enriquillo en municipio de Santo Domingo Oeste. Los índices de infestación aérea disponibles (Índice de Recipiente, Índice de Vivienda e Índice de Breteau) alcanzaron valores superiores a los considerados por la OPS-OMS de bajo riesgo para la transmisión (Ver Capítulo 3).

En este contexto, República Dominicana viene siendo afectada año tras año por brotes epidémicos de Dengue (DEN), y recientemente por Chikungunya (CHIKV) y ahora Zika (ZIKV), eventos que afectan la vida y la salud colectiva de la población (Ver Capítulo 3). El dengue, con un comportamiento trianual, se caracteriza por tener dos años con alta incidencia, seguido de otro de baja incidencia. Chikungunya, fue epidemia durante el año 2014, con una tasa de ataque que fluctuó entre 60% y 80% según diversos estudios y análisis, y por ende causando gran ausentismo laboral y escolar durante su fase epidémica y cronicidad de altralgias/artritis especialmente en adultos mayores.

En 2016 la enfermedad por el virus del Zika, que muestra un comportamiento en la dinámica de la epidemia similar al Chikungunya, tuvo un promedio de duración del brote de entre 26 y 30 semanas epidemiológicas. El Zika causó alerta y mucha preocupación en la población, no por el cuadro clínico de la enfermedad en sí, sino más bien por los eventos de complicaciones que esta trae, como lo son el Síndrome de Guillain Barré (SGB) y malformaciones como la microcefalia.

El ZIKV siendo una novedad virémica (virus nuevo circulante) en el país, tuvo un escenario de propagación posible en "toda" la población expuesta al vector principal (Aedes Aegypti), incluso en aquella que tuvo Dengue y Chikungunya en años anteriores en distintos brotes y epidemias en el país y esta inmunizada para el serotipo de DENGUE que contrajo (DEN1, DEN2, DEN3 y DEN4) en el pasado. Incluyendo aquí a miles de posibles casos de Dengue "asintomático" que pudieron contraer la enfermedad pero nunca tuvieron sintomatología y están inmunizados de hecho para algunos de los serotipos de Dengue circulante en Dominicana. Toda esa población (que tuvo DENGUE y CHIKV y la que nunca tuvo) fueron susceptibles de ser afectados por Zika Virus. Es importante destacar que una persona al tener Zika Virus,

ARBOVIRUS

“El término hace referencia a una serie de virus que son transmitidos por vectores artrópodos. En este caso los agentes transmisores son insectos denominados artrópodos que contagian el virus al picar a una persona o animal”.

queda inmunizada. Estudios previos como caso de Polinesia Francesa la tasa de ataque se describe en un 11 %⁵ total de la población. En la Isla de Yap, Micronesia con epidemia en 2007⁶, la tasa de ataque fue descrita hasta de un 75 %. Otros estudios describen en Yap tasas de ataque de 3.6 por 1000 personas en los municipios Kanifay; y en Gilman fue de 21.5 por 1000. La tasa de ataque por género fue de 17.9 por 1000 en mujeres y 11.4 por 1000 varones. El escenario de tasa de ataque de Zika Virus en República Dominicana al ser novedad virémica pudo haberse asemejado a la epidemia de Chikungunya del 2014.

En este sentido, deseamos puntualizar la dimensión de análisis sobre el Zika Virus y las enfermedades transmitidas por mosquitos en especial por el *Aedes Aegypti* (DEN / CHIKV) desde una revisión breve de las características epidemiológicas y clínicas de ZIKV en la región. Considerando investigaciones epidemiológicas disponibles, tomando lo estudiado en la epidemia en la Isla de Yap⁷ (Micronesia) y el actual comportamiento de la epidemia en los países de referencia en especial la Polinesia Francesa, Brasil y en 47 países que confirmaron casos de ZikV por transmisión vectorial⁸, es necesario reforzar algunos aspectos:

- **Microcefalia**⁹: Las investigaciones realizadas por el Instituto de la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) de Brasil, donde se realizó la detección del genoma de ZIKV en líquido amniótico de dos mujeres embarazadas con fetos con microcefalia, seguidas de la detección de ZIKV por IEC en un neonato (caso fatal) con microcefalia, fueron la base para que la ciencia internacional (ver *The Lancet*¹⁰) asumiera el reconocimiento de la asociación entre ZIKV y casos de microcefalia. Luego la propia revista *New England Journal of Medicine*, publica en marzo del 2016 sobre la asociación entre zika y la probabilidad de desarrollar microcefalia durante los primeros meses de embarazo¹¹.

5 Besnard, M., Lastère, S., Teissier, A., Cao-Lormeau, V., & Musso, D. (2014). Evidence of perinatal transmission of Zika virus, French Polynesia, December 2013 and February 2014. *Euro Surveill*, 19(13), 20751.

6 Duffy, M. R., Chen, T. H., Hancock, W. T., Powers, A. M., Kool, J. L., Lanciotti, R. S., ... & Guillaumot, L. (2009). Zika virus outbreak on Yap Island, federated states of Micronesia. *New England Journal of Medicine*, 360(24), 2536-2543.

7 Duffy, M. R., Chen, T. H., Hancock, W. T., Powers, A. M., Kool, J. L., Lanciotti, R. S., ... & Guillaumot, L. (2009). Zika virus outbreak on Yap Island, federated states of Micronesia. *New England Journal of Medicine*, 360(24), 2536-2543.

8 Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) - www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11599:zika-epidemiological-alerts-and-up-dates&Itemid=41691&lang=es

9 Ventura, C. V., Maia, M., Bravo-Filho, V., Góis, A. L., & Belfort, R. (2016). Zika virus in Brazil and macular atrophy in a child with microcephaly. *The Lancet*, 387(10015), 228.

10 Ventura, C. V., Maia, M., Bravo-Filho, V., Góis, A. L., & Belfort, R. (2016). Zika virus in Brazil and macular atrophy in a child with microcephaly. *The Lancet*, 387(10015), 228.

11 Jernej Mlakar, M.D., Misa Korva, Ph.D., Nataša Tul, M.D., Ph.D., Mara Popović, M.D., Ph.D., Mateja Poljšak-Prijatelj, Ph.D., Jerica Mraz, M.Sc., Marko Kolenc, M.Sc., Katarina Resman Rus, M.Sc., Tina Vesnaver Vipotnik, M.D., Vesna Fabjan Vodusek, M.D., Alenka Vizjak, Ph.D., Jože Pizem, M.D., Ph.D., Miroslav Petrovec, M.D., Ph.D., and Tatjana Avšič Županc, Ph.D. Zika Virus Associated with Microcephaly. *N Engl J Med* 2016; 374:951-958 March 10, 2016 DOI: 10.1056/NEJMoa1600651

BRASIL ANUALMENTE HASTA 2014, TENÍA UN PROMEDIO DE PREVALENCIA DE MICROCEFALIA DE 160 CASOS ANUALES APROXIMADAMENTE. EL SALTO A 8165 CASOS NOTIFICADOS, Y 1638 CONFIRMADOS DE ZIKA, PONEN CLARAMENTE LA DIMENSIÓN DEL PROBLEMA.

El 28 de noviembre de 2015, el Ministerio de Salud de Brasil estableció la relación entre el incremento de microcefalia en el nordeste del país y la infección por Zika. De acuerdo al análisis preliminar de la investigación realizada, probablemente el mayor riesgo de aparición de microcefalias y malformaciones está asociado con la infección en el primer trimestre del embarazo.

Desde noviembre y diciembre del 2015 el Ministerio de Salud de Brasil definió un “Protocolo de Vigilancia y Respuesta a la ocurrencia de Microcefalia relacionada a la infección de Zika”¹² y un “Protocolo de Atención en Salud para Respuesta a la ocurrencia de Microcefalia relacionada a infección de Zika Virus”¹³, impulsando así un sistema de vigilancia, respuesta y atención desde un Comité Operativo de Emergencia en Salud Pública para Microcefalia/Zika que diseñaron las autoridades nacionales de salud pública brasileñas.

Actualmente, el Informe Epidemiológico Número¹⁴ (2016) de la Semana Epidemiológica(25/06/2016), sobre el Monitoreo de casos de microcefalia en Brasil demarca algunas informaciones útiles:

- El total de casos acumulados sospechosos notificados 2015/2016 de Microcefalia asociado a Zika son 8165 casos. De ese total, 39% de los casos (3.174) fueron notificados en 2015 y 61% (4.991) en el año 2016.
- De ese total, sólo 1638 casos fueron investigados y confirmados como Microcefalia asociado a Zika, es decir el 20 % de los casos totales notificados sospechosos.
- El 74 % de los casos notificados son de los Estados del Nordeste de Brasil (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe). La incidencia más alta son en Tocantins de la Región Norte y Mato Grosso. De los 1638 casos confirmados, 87 % son del Nordeste (1417).

12 Ministerio de Salud de Brasil - <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/09/Microcefalia---Protocolo-de-vigilancia-e-resposta---vers--o-1---09dez2015-8h.pdf> [En Internet] “Protocolo de Vigilancia y Respuesta a ocurrencia de Microcefalia relacionado a Zika”, Brasil, 2015.

13 Ministerio de Salud de Brasil - <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/14/PROTOCOLO-SAS-MICROCEFALIA-ZIKA-vers--o-1-de-14-12-15.pdf> [En Internet] - “Protocolo de Atención en Salud para Respuesta a la ocurrencia de Microcefalia relacionada a infección de Zika Virus”. Brasil, 15 de Diciembre, 2015

14 Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública sobre Microcefalias del Ministerio de Salud de Brasil - Informe Epidemiológico Número 13 (2016) de la Semana Epidemiológica 06(07/02/2016 A 13/02/2016) - http://combateaes.saude.gov.br/images/pdf/Microcefalias_Informe_Epidemiologico_13_SE_06_2016_17fev2016.pdf [En Internet]. Brasilia, Febrero 2016.



Promotoras de salud
Comunidad Peñón,
Barahona, República Dominicana
© Fran Afonso / Oxfam

- Brasil anualmente hasta 2014, tenía un promedio de prevalencia de microcefalia de 160 casos anuales aproximadamente. El salto a 8165 casos notificados (acumulados entre 2015 y 2016), y 1638 confirmados de Zika, ponen claramente la dimensión del problema.

En general, las investigaciones disponibles y los protocolos de casos en Brasil permiten dar suficiente evidencia científica a la asociación entre *Zika Virus y Microcefalia* en la República Federal de Brasil, aunque la dimensión de la incidencia y prevalencia sobre mujeres embarazadas sigue siendo aún baja como los indicadores lo demuestran (Ver Capítulo 2). Tomando las estimaciones públicas y extraoficiales sobre circulación de Zika Virus en Brasil (asumiendo que las confirmaciones por Laboratorio solo se realizan en proporciones de vigilancia virológica), los casos de Zika estuvieron entre 500,000 y 1.5 millones de afectados/as. Es decir, tomando una base epidemiológica de 500,000 a 1 millón de casos de Zika Virus en Brasil, habría que analizar la cantidad de mujeres en etapa gestacional(embarazadas) que contrajeron el ZIKV para estimar una tasa de incidencia de Microcefalia/Zika. Al no tener un número definitivo de mujeres embarazadas que tuvieron Zika en el total acumulado (solo las mujeres embarazadas con microcefalia fueron registradas), es difícil asumir la tasa de incidencia de la microcefalia sobre el total de mujeres embarazadas que tuvieron Zika Virus, y la ausencia de estudios de caso-control o de riesgo.

SEROTIPO

“Categoría en la que se clasifican los microbios o los virus según su reacción en presencia de suero que contiene anticuerpos específicos”.

- **Síndrome de Guillain Barré (SGB)¹⁵**: En los países y zonas donde se constataron brotes epidémicos y/o epidemias de Zika Virus en los últimos dos años, se evidenciaron incrementos de casos de personas con síndrome de Guillain-Barre (SGB)¹⁶. La co-infección (Zika-Dengue), se mantiene en estudio como una de las posibles asociaciones causales para los casos de SGB en escenarios endémicos y epidémicos de ambas enfermedades vectoriales transmitidas por arbovirus.

El caso y estudios de la Polinesia Francesa¹⁷ en 2013, y en Brasil 2015¹⁸, como actualmente también lo expresaron las autoridades sanitarias del Ministerio de Salud de El Salvador en 2016¹⁹, en los ministerios de Venezuela, en Colombia y República Dominicana, en las etapas de transmisión activa de Zika Virus durante brotes epidémicos, se constataron un aumento de incidencia de casos de SGB en dichos países (ver Capítulo 2). Sin embargo, aún no son concluyentes las investigaciones científicas que marcan una relación de asociación entre la infección por virus del Zika y SGB. Existen otros factores, como la infección previa por Dengue o factores genéticos que podrían contribuir y/o influir sobre el aumento de casos del SGB. En estos momentos, se están realizando varios estudios para establecer mejor la asociación entre el Zika y el SGB.

15 Farbu E, Rudolph T, Stefansdottir S. Guillain-Barré Syndrome Incidence and clinical course in Southern Rogaland, Norway. Clin Neurol Neurosurg.2016; 141:33-37

16 Guía de referencia rápida: Diagnóstico y tratamiento de Síndrome de Guillain Barré en el primer nivel de Atención. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, Gobierno Federal México, 2009.

17 Oehler, E., Watrin, L., Larre, P., Leparc-Goffart, I., Lastere, S., Valour, F., ... & Ghawche, F. (2014). Zika virus infection complicated by Guillain-Barre syndrome--case report, French Polynesia, December 2013. Euro Surveill,19(9), 20720.

18 Organización Mundial de la Salud - SGB en Brasil
<http://www.who.int/csr/don/8-february-2016-gbs-brazil/en/> [En Internet]

19 Ministerio de Salud de El Salvador - Ver Boletines Epidemiológicos 2015 y 2016 <http://www.salud.gob.sv/> [En Internet]

MARCO CONCEPTUAL

PERSPECTIVAS Y TRAYECTORIAS DESDE LA MEDICINA SOCIAL

La medicina social (IRIART, C.; WAITZKIN, BREILH, J. y MERHY, E. 2002)²⁰ y salud colectiva (ALMEIDA FILHO y JAIRNILSON PAIM, 1999)²¹ latinoamericana, retomando los antecedentes europeos, es un campo de conocimiento y práctica -praxis- que tiene un desarrollo histórico desde los años '70 en nuestra región, pero a veces poco reconocido aún en quiénes ejercen, se forman u operan en el campo de las ciencias de la salud.

La medicina social y/o salud colectiva latinoamericana nacen de expresiones críticas del modelo de la biomedicina hegemónica (MENÉNDEZ, E. 2005)²² comprendiendo esta concepción como puramente biologicista, de corte individual donde la clínica aparece como única forma de producir cuidado, de preeminencia de la atención asistencial-curativa con respuestas medicamentosas-tecnológicas y en gran medida en los últimos 50 años fuertemente vinculada al lucro y la acumulación de capital generando un imponente mercado de negocios con las enfermedades y la salud de las personas. Asimismo, también este paradigma de medicina social parte de miradas diferentes a la crisis de la salud pública tradicional de los años '60 y '70, consecuente con aquel paradigma del "desarrollismo" latinoamericano, entendiendo que esa salud pública para Edmundo Granda se había transformado en una "enfermología pública" (GRANDA E. 2004)²³ como expresiones del control social y cierto verticalismo de Estado que a su vez década tras década fue empobreciendo sus atribuciones, capacidades creativas y objetivos estratégicos. Incluso capturada según Antonio Ugalde por una especie de división social del trabajo entre organismos financieros internacionales multilaterales en su mayoría Bancos (*responsables del diseño hoy de las reformas políticas y de financiamiento de los sistemas de salud y seguridad social*) y las remanidas reduccionistas "Funciones Esenciales de la Salud Pública" (FEO, O. 2004)²⁴ como únicas atribuciones para los Ministerios de salud, organismos internacionales vinculados a la salud como OPS/OMS, entre otros actores públicos claves.

Este "encuentro" entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales se desarrolla por la "formación de grupos de académicos, practicantes e investigadores del campo de la salud que se unieron a los movimientos de trabajadores y de estudiantes y a las organizaciones populares disconformes con el modelo económico denominado desarrollista, que se implementó con intensidad en la década de los sesenta en América Latina y el Caribe" (IRIART, WAITZKIN, BREILH, MERHY, 2002). Referentes como Juan César García, Miguel Márquez y María Isabel Rodríguez desde la propia OPS en aquellos tiempos, como también

20 Iriart, Celia, Howard Waitzkin, Jaime Breilh, Alfredo Estrada, y Emerson Merhy. "Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos." *Revista Panamericana Salud Pública* 12, no. 2 (2002): 128-136.

21 Filho, Naomar Almeida, y Jairnilson Silva Paim. "LA CRISIS DE LA SALUD PÚBLICA Y EL MOVIMIENTO DE LA SALUD COLECTIVA EN LATINOAMERICA." *Cuadernos médico sociales* 75 (1999).

22 Menéndez, Eduardo L. "El modelo médico y la salud de los trabajadores." *Salud colectiva* 1.1 (2005): 9-32.

23 Granda, Edmundo. "A qué llamamos salud colectiva, hoy." *Revista Cubana de Salud Pública* 30, no. 2 (2004): 0-0.

24 Feo, Óscar. "La salud pública en los procesos de reforma y las funciones esenciales de salud pública." *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 22, no. 99 (2004): 61-71.

académicos e investigadores que asumían además implicación e involucramiento político como social en sus sociedades: Asa Cristina Laurell, Edmundo Granda, Jaime Breilh, Sergio Arouca, Rojas Ochoa, Mario Testa, Saúl Franco, Catalina Eibenschutz, Pedro Luis Castellanos, Oscar Feo, entre otros. En Brasil, México, Ecuador, Argentina, Colombia, Cuba, Venezuela y casi todos los países de la región se vitalizaba este proceso crítico en el campo de la salud.

Este paradigma es dinamizador de un conjunto de instancias de formación de grado y posgrado en universidades del continente, impulsor de reflexiones, aportes teóricos y praxis referidas a la salud poblacional, la epidemiología, a los sistemas y políticas de salud, a la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos, a la salud internacional, a la planificación y pensamiento estratégico en salud, la interculturalidad, la violencia, a los procesos de trabajo y gestión en salud, entre otras perspectivas de estudio.

La medicina social y salud colectiva asume un enfoque profundamente cuestionador de las relaciones generales de poder de la sociedad de mercado, que integra el análisis de los modos de vivir históricamente estructurados de clase social, etnia y género y de sus perfiles de salud, con la estructura de propiedad y de acumulación, las políticas de Estado y sus relaciones culturales.

Es en este sentido, que el paradigma nos permite pensar procesos sociales complejos como es la "Migración" y sus vinculaciones con la "Salud Colectiva" asumiendo algunas bases conceptuales y técnico-políticas que atraviesan el análisis del presente estudio a lo largo de todos los capítulos aquí presentados:

- *Proceso de Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado(PSEAC)*: La medicina social conceptualiza la salud-enfermedad (CASTELLANOS, P. 1990)²⁵ como fruto de un proceso social histórico dinámico y dialéctico, con dimensiones sociales, políticas, económicas, culturales, ambientales y claro también biológicas. Es decir, se aleja de las categorías de la "salud" como un "estado" (CANGUILHEM G. 1997)²⁶ de equilibrio (estático) y la dicotomía de presencia y ausencia de enfermedad en un monocausalismo, recupera una mirada colectiva-poblacional por la eminentemente individual-clínica de la biomedicina (MENÉNDEZ, E. 1990)²⁷. Asimismo, la antropología médica y la sociología de la salud hacen aportes sustanciales para comprender que la salud colectiva es un campo "relacional" determinando por las relaciones de reproducción social en nuestras sociedades.

25 Castellanos, Pedro Luis. "Sobre el concepto de salud enfermedad." *Descripción y explicación de la situación de salud. Bol Sanit Panam* 10, no. 4 (1990): 1-7.

26 Canguilhem, Georges. "Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud." *História, Ciências, Saúde—Manguinhos* 4, no. 2 (1997): 287-307.

27 Menéndez, Eduardo L. "El modelo médico hegemónico." *Morir de alcohol. Saber y Hegemonía Médica* (1990): 83-117.

- *Determinación Socioambiental*: las condiciones sociales e históricas incluyendo las relaciones de poder como las condiciones de vida, son consideradas como determinantes estructurales de la salud colectiva como de los grupos sociales de estudio, es decir, que existen antes del problema analizado, y su comprensión permite especificar-comprender-analizar las dimensiones del mismo. Los determinantes del proceso salud-enfermedad-atención y su complejidad, no son simplemente la incorporación de la “variable” nivel socio-económico y educativo en los estudios multi-causales de riesgo (BREILH J. 2008)²⁸. La determinación implicó también poner en debate crítico la epidemiología clásica y sus diferentes paradigmas (unicausalismo o multicausalismo) y sus concepciones lineales, trabajando sobre una nueva epidemiología que algunos denominan crítica, sociocultural, entre otras.

Fenotipo

“Manifestación aparente del patrimonio hereditario (genotipo, ver este término) del individuo más o menos modificado por el medio ambiente”.

Genotipo

“Patrimonio hereditario del individuo, que depende del conjunto de los genes de las células reproductoras del cual ha nacido, bien que este patrimonio sea o no aparente.”.

La salud colectiva latinoamericana según Jaime Breilh elaboró:

“La construcción integral del objeto salud, con una práctica integral de transformación. No la transformación de “riesgos” aislados o “factores determinantes”, sino la incidencia sobre procesos de determinación que implican modos históricos estructurales”... “interrelacionar tres transformaciones complementarias: el replanteo de la salud como un objeto complejo, multidimensional y dialécticamente determinado; en segundo lugar, la innovación de categorías y operaciones metodológicas, y tercero, la transformación de las proyecciones prácticas y relaciones de las fuerzas sociales movilizadas...”

- *La Salud como Derecho Humano Universal*: En los años de apogeo del neoliberalismo, el discurso primero de la privatización terminando con el Estado como proveedor de servicios públicos, el ajuste estructural y el eficientismo del gasto social; la reforma del Estado, luego el gerenciamiento del riesgo social, la conversión de los derechos sociales en la monopolización, privatización y mercantilización de la oferta de los bienes y servicios, y la focalización de acciones configuraron una ofensiva que intentó convertir a la salud en una mercancía de mercado para acumulación acelerada del lucro.

La concepción de la salud como un derecho social esencial de los pueblos y el deber de su garantía por los Estados con principios rectores como la universalidad, integralidad, igualdad y equidad, de carácter público; sin segregaciones ni estratificaciones ni desigualdades evitables, injustas e inequitativas resulta un objetivo y principio regente de la medicina social y salud colectiva latinoamericana asumida en este estudio.

²⁸ Breilh, Jaime. “Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud.” (2008).

GÉNERO Y SALUD COLECTIVA: LA DIMENSIÓN COMO DETERMINANTE DE LA SALUD-ENFERMEDAD

La perspectiva de género puede abordar aspectos centrales de la explicación de los procesos de salud-enfermedad, porque permite descifrar determinaciones complejas derivadas de las relaciones entre mujeres y varones en nuestras sociedades. Los problemas que afectan a las mujeres, resultantes de la sociedad, suelen ser poco priorizados en el marco de la agenda de políticas públicas, de la salud pública de nuestros Estados sobre todo en el cuidado integral de su salud con perspectiva de género e igualdad, respetando la diversidad socio-cultural.

El enfoque de género puede explicar los daños que sufren las mujeres (trabajadoras y cuidadoras), por diversos aspectos que van desde la segregación en la incorporación al mercado de trabajo, la exigencia de la mujer con el rol de cuidadora y madre, las condiciones de discriminación por su condición de género y étnico-racial, que en resumen resultan la confluencia de determinantes de su propia salud colectiva y patrones de enfermedad-muerte.

En gran medida como lo planteaba Juan Samaja (SAMAJA, J. 1976)²⁹, las explicaciones que biologizan las relaciones sociales pretenden validar y naturalizar las desigualdades sociales e inequidades. Desde esta perspectiva se sitúan las desigualdades en la naturaleza de los individuos y no en las estructuras de la sociedad. Considerando que las diferencias entre las personas son el resultado de habilidades, conductas y méritos intrínsecos, en parte incluso incorporados en sus genes, llegando a la conclusión que las jerarquías y diferenciales sociales son inevitables.

La perspectiva teórica de género surge de las propuestas del feminismo (MATAMALA, MI. y PORTUGAL, AM. 1993)³⁰ respecto a las desigualdades que afectan a las mujeres en el sentido de sus derechos como humanas, mostrando esas diferencias y asumiendo una posición política respecto de la búsqueda de equidad entre las mujeres y varones.

LA DISTINCIÓN ENTRE SEXO Y GÉNERO

Retomando la discusión sobre lo biológico por sobre las determinaciones socioambientales, estas definiciones del biologicismo marcan que las diferencias corporales también justifican las jerarquías sociales. La distinción entre sexo y género aquí parece fundamental.

SEXO

Se define como el conjunto de características físicas, fenotípicas y genotípicas diferenciales, relacionadas básicamente a funciones corporales de la reproducción biológica, a las que asocian características biológicas no reproductivas.

GÉNERO

Se comprende como el conjunto de cualidades económicas, sociales, psicológicas, políticas y culturales atribuibles a los sexos, las cuales mediante procesos sociales y culturales constituyen a los particulares y a los grupos sociales, es decir el género es una construcción social que es susceptible de cambios y transformaciones.

29 Samaja, Juan. "Lógica, biología, sociología y métricas." *Rev. Centroamericana de Salud* 6-12 (1976=: 1976-1979.

30 Portugal, Ana María, y Matamala, María Isabel. "Movimiento de salud de las mujeres: una visión de la década." In *OPS. Publicación Científica*, no. 541, pp. 292-304. Organización Panamericana de la Salud, 1993.

Androcéntrica

“El androcentrismo es la visión del mundo que sitúa al hombre como centro de todas las cosas.”

La importancia de este enfoque consiste en la comprensión de la construcción social de los “géneros”, y ser el resultado de la crítica a la versión hegemónica tradicional que supone que las mujeres deben ocupar el polo dominado en la relación con los varones. El enfrentar esa versión supone criticar el proceso de inclusión y de exclusión de conductas, tareas y actitudes, que se basan en un determinismo biologizado y supone la dominación de lo masculino sobre lo femenino como un fenómeno universal e invariable. La vida androcéntrica de la división de la actividad sexual, de la división sexual del trabajo y de ahí la dominación del patriarcado. A partir de estos argumentos de superioridad basada en los rasgos biológicos se justificó el patriarcado, la ideología que alimenta las posiciones de dominio como una forma de racionalizar la sensación de impotencia o inferioridad frente a la autonomía y poder de la mujer.

El sexo forma parte de la biología humana: nacemos varones o mujeres. Los hombres fecundan y las mujeres conciben, dan a luz, amamantan al niño/a. Ahora la identidad de género implica explicar desde una perspectiva nueva las diferencias entre los varones y mujeres, y las relaciones entre ambos. Las características asignadas al sexo como sabemos, son aprendidas en el proceso de socialización en la familia, escuela o en los distintos grupos e instituciones, así se nos enseña a convertirnos en “mujer o varón”. Históricamente, se consideró, como algo natural que las mujeres eran inferiores y los hombres superiores. Un hecho biológico inmutable que explica y justifica las discriminaciones y desigualdades que afectan a las mujeres por el hecho de serlo. Se las caracterizó como dependientes incapaces de su autonomía, de decidir, por tanto, de ser sujeto de derechos y de participar de los asuntos públicos.

Las relaciones de género son relaciones de poder que se sitúan al conjunto de las mujeres en una posición de desigualdad respecto a los varones, es decir, a la subordinación y dominación. Estas relaciones se expresan a nivel individual, familiar y colectivamente, tanto en el ámbito privado como en lo público. Las condiciones concretas de la vida de la mujer en el ámbito del hogar pueden no tener acceso y control independiente sobre los medios de vida y recursos económicos o ser objeto de violencia de género, pueden no tener acceso y control a métodos anticonceptivos o sobre su propio cuerpo, entre muchas situaciones. En lo institucional, aún hoy las políticas (incluidas las de salud), suelen estar poco representados los intereses de las mujeres o no tener voz. Claro que esto no significa que cada mujer concreta este sometida a un varón, sino que la organización social de las relaciones de género sitúa al conjunto de las mujeres en una situación de inferioridad.

En cuanto a la salud, resulta evidente que varones y mujeres tienen una biología y fisiología diferenciadas, y que estas influyen sobre los procesos de salud-enfermedad de cada uno. Ahora bien, estas diferencias no son las únicas que explican los diferenciales y

desigualdades en los patrones de enfermedad y muerte, a pesar que en gran medida así lo vienen entendiendo tradicionalmente las ciencias médicas o la biomedicina (MENÉNDEZ, E. 2005)³¹. Como se planteó antes, al analizar los procesos sociales y en especial el de salud-enfermedad desde una perspectiva de género, nos permite comprender y problematizar que existen diferencias que se construyen en lo social y cultural, y que es clave para entender de forma integral el origen de los patrones de salud-enfermedad diferenciados en varones y mujeres.

La dimensión del género aquí resumidamente enunciada resulta sustancial para comprender que la mujer, sufre inequidades naturalizadas que deben ser reconstruidas.

El rol de la mujer como cuidadora de la salud de la familia y responsable “natural” y excluyente de ella, es un ejemplo. Esta situación conlleva una triple explotación de la mujer trabajadora (*primero como parte de los/las trabajadores/as, segundo por la “doble jornada” como cuidadora del hogar/hijos-as y tercero cumplir con el lugar de primer agente de salud en la respuesta del “sistema” de salud a nivel nuclear-familiar y autocuidado*).

La tendencia a la “feminización” de la pobreza se da por evidentes segregaciones ligadas a la condición de género en lo laboral, roles en la familia, salud reproductiva y sexual, entre otros. Las mujeres en general ligadas al trabajo doméstico como intersección de las relaciones de poder en el género, hacen proclive el control social sobre sus cuerpos y sus condiciones son aparentemente irrenunciables, por estar relacionadas con la maternidad que se supone extrapola su carácter de hecho biológico “invariable” a todo aquello relacionado con la vida de las mujeres en el cuidado y en el servicio.

Los Estudios de Salud y Género:

El estudio de los procesos relativos a las desigualdades de género en salud es campo de investigación en expansión y crecimiento. La constatación de diferencias en los indicadores de salud entre hombres y mujeres tanto en lo que se refiere a morbi—mortalidad y uso como acceso a los servicios sanitarios, o bien a los hábitos y perfiles de salud, en general se intentan explicar desde perspectivas biomédicas u sociales a maneras específicas de enfermarse, morirse, curarse, pero en general desconociendo u tomando muy poco en cuenta las contribuciones de los estudios feministas.

Etiología

“Como término médico la etiología es el estudio de las causas de las enfermedades”.

31 Menéndez, Eduardo L. *El modelo médico y la salud de los trabajadores*. Universidad Nacional de Lanús, 2005.

Es decir, existe cierta perpetuación de ópticas deterministas y biologicistas de la realidad de las mujeres, donde subyace la definición biomédica de las enfermedades, la doctrina de que existe una etiología específica de las enfermedades, que las enfermedades son universales y la ciencia biomédica es neutral, la clasificación donde tienen toda la prioridad los esquemas “hormonales” y reproductivistas de la fisiología femenina, la idea que la distinción “masculino-femenino” refiere a diferenciales epidemiológicos para explicar la dimensión de género, entre otros.

En gran medida las relaciones entre género, salud y epidemiología implican replantear y encontrar alternativas a muchos de estos supuestos. Aquí reside la cuestión central a tener en cuenta en los estudios de género y salud en la distinción entre conceptos de sexo y género, en un intento de discernir entre lo que es biología y lo que es cultura.

El concepto de género (proviene del término inglés “*gender*”), donde el feminismo desde los años ‘70 buscó utilizar el término “sexo” para designar las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas de hombres y mujeres, que se relacionan, sobretodo, a su capacidad de procreación, mientras que “género” suponía un nivel de abstracción mediante el cual se aludía a la jerarquización de espacios y funciones sociales y la diferenciación en el acceso al poder implícito en las ideas, representaciones y prácticas de hombres y mujeres. Este enfoque tuvo por objetivo hacer una crítica a la bioideología occidental acerca de la subordinación de las mujeres³².

Desde la antropología feminista –social y física-, la historia y sectores médicos feministas, se está subrayando el carácter de construcción social y cultural como histórica de la noción de “sexo”³³ dominante en nuestras sociedades. Es decir, para esta perspectiva, son las desigualdades sociales –el género- las que interpretan y explican las diferencias biológicas –el sexo- de una única manera, y no al revés.

Aunque casi siempre el “género”, es identificado como lo masculino y femenino en nuestras sociedades.

32 Stolke V. La mujer es puro cuento: la cultura del género. Quaderns de l’Institut Català d’Antropologia. 2003; 19: 69-95.

33 Laqueur T. La construcción del sexo. Madrid: Cátedra-Feminismos; 1994.

“EL GÉNERO ES UN CONJUNTO DE NORMAS Y PRÁCTICAS QUE REGULAN LA IDENTIDAD E IMPONEN UN MODELO DE HETEROSEXUALIDAD OBLIGATORIA, PERO LAS IDENTIDADES FEMENINA Y MASCULINA NO SON NI UNIFORMES NI ESTABLES, SINO QUE SE ENCUENTRAN EN PERMANENTE PROCESO DE CONSTRUCCIÓN, Y POR CONSIGUIENTE, PUEDEN SER RESIGNIFICADAS. EL GÉNERO ES ALGO QUE SE HACE EN VEZ DE SER ALGO QUE SE ES” .

Autoras como Judith Butler desafían la noción estática de la identidad de género. Butler plantea que *“el género es un conjunto de normas y prácticas que regulan la identidad e imponen un modelo de heterosexualidad obligatoria, pero las identidades femenina y masculina no son ni uniformes ni estables, sino que se encuentran en permanente proceso de construcción, y por consiguiente, pueden ser resignificadas. El género es algo que se hace en vez de ser algo que se es”*³⁴.

Aún en América Latina y el Caribe, el cuidado a personas que no pueden valerse por si mismas -tanto en la crianza como en la atención social a la enfermedad, continúa siendo un trabajo y responsabilidad social absolutamente de la mujer, aunque siga siendo invisibilizado y poco problematizado:

- El hecho que sea en el ámbito de la familia y el hogar la principal institución social donde se llevan adelante, quedando estas funciones asociadas al ámbito “de lo privado”.
- La no definición como “trabajo”, por sus componentes afectivos y de contenido moral, hacen que estas actividades no se las reconozca que suponen tiempo, dedicación, y requieren un conjunto de saberes y técnicas aprendidas a lo largo de la vida.
- La naturalización y estereotipo tradicional, donde la mujer por serlo se la supone posee naturalmente los saberes y habilidades, desconectándolo de la determinación directa de la división sexual del trabajo dentro de un sistema de género³⁵.

³⁴ Stolke V. La mujer es puro cuento: la cultura del género. Quaderns de l’Institut Català d’Antropologia. 2003; 19: 69-95.

³⁵ Comas d’Argemir D. Mujeres, familia y estado de bienestar. En: del Valle T. editora. Perspectivas feministas desde la antropología social. Barcelona: Ariel; 2000. p. 187-204.



CAPÍTULO 1

DISEÑO DE ESTUDIO DE CASO: “APROXIMACIONES EPIDEMIOLÓGICAS DEL DENGUE Y ZIKA VIRUS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN REPÚBLICA DOMINICANA”

1.1 ANTECEDENTES

La probabilidad que las personas y poblaciones sean sanas y saludables esta condicionada por las estructuras y sistemas sociales. El análisis de los factores de riesgo tuvo un impacto importante en la comprensión del proceso de salud enfermedad a nivel individual, pero insuficiente para la transformación de la salud de las poblaciones y grupos sociales así como para abordar integralmente las desigualdades en salud. El informe del 2008 de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud presentó un conjunto significativo de evidencias, demostrando que los procesos sociales, económicos, y las inequidades en el poder y el acceso a recursos impactan en los resultados de salud. Los sistemas y las políticas de salud desempeñan un papel en esto. No sólo tienen impacto en la salud, sino que son en sí mismos sistemas sociales o determinantes sociales que reflejan, reproducen, enfrentan o dan formas a condiciones sociales más generales. Los sistemas de atención en salud, en tanto instituciones sociales, se construyen a partir de las estructuras sociales existentes en nuestras sociedades.

Reflejan las desigualdades sociales, pero también pueden ser dispositivos exitosos de cómo enfrentarlas. Por lo tanto los sistemas de salud pueden desempeñar un papel en el empoderamiento social y ciudadano, siendo un dinamizador para mejorar el bienestar. Esto no es una cuestión tan sólo de garantizar cobertura o mejorar el acceso a servicios, la disponibilidad de personal y establecimientos de salud, sino también en cómo los sistemas organizan la información, las acciones, programas, modelos programáticos de intervención, la forma de participación en el proceso de toma de decisiones, los roles y funciones, la comunicación, liderazgo y desarrollo de capacidades, la innovación metodológica, entre otros. Los sistemas de salud y servicios de salud en especial de salud sexual y reproductiva son esferas que pueden reflejar, y no mitigar ni confrontar, las diferencias en el poder y los recursos.

Aquí podríamos decir que el desempeño de la condición socioeconómica y de género pueden ser factores determinantes de patrones de enfermedades y muertes de las personas, familias, grupos sociales y poblaciones que podrían ser reflejados y reproducidos por los servicios de salud pública. La investigación en oferta de servicios desde sistemas locales de salud pública, con la ejecución de ciertos servicios y sus funciones, intereses, valores y marcos conceptuales-metodológicos de actores claves, puede poner al descubierto sesgos, supuestos, prácticas, saberes. Esto trabajado desde una perspectiva de género puede visibilizar determinantes sociales que muchas veces son desatendidos y olvidados. En este sentido, la perspectiva de género puede abordar aspectos centrales de la explicación de los procesos de salud-enfermedad, porque permite descifrar determinaciones complejas derivadas de las relaciones entre mujeres y varones en nuestras sociedades.

LOS SISTEMAS DE SALUD Y SERVICIOS DE SALUD EN ESPECIAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA SON ESFERAS QUE PUEDEN REFLEJAR, Y NO MITIGAR NI CONFRONTAR, LAS DIFERENCIAS EN EL PODER Y LOS RECURSOS.

Los problemas que afectan a las mujeres, resultantes de la sociedad, suelen ser poco priorizados en el marco de la agenda de políticas públicas de nuestros Estados, sobre todo en el cuidado integral de su salud con perspectiva de género e igualdad, respetando la diversidad socio-cultural. El enfoque de género puede explicar los daños que sufren las mujeres (trabajadoras y cuidadoras), por diversos aspectos que van desde la segregación en la incorporación al mercado de trabajo, la exigencia de la mujer con el rol de cuidadora y madre, las condiciones de discriminación por su condición de género y étnico-racial, el no acceso a servicios de salud especialmente servicios de salud sexual y reproductiva, que en resumen resultan la confluencia de determinantes de su propia salud colectiva, y su relación posible con la incidencias y prevalencias de enfermedades como Zika y otros Arbovirus.

En gran medida como lo planteaba Juan Samaja (SAMAJA, J. 1976)³⁶, las explicaciones que biologizan las relaciones sociales pretenden validar y naturalizar las desigualdades sociales e inequidades. Desde esta perspectiva se sitúan las desigualdades en la naturaleza de los individuos y no en las estructuras de la sociedad. Considerando que las diferencias entre las personas son el resultado de habilidades, conductas y méritos intrínsecos, en parte incluso incorporados en sus genes, llegando a la conclusión que las jerarquías y diferenciales sociales son inevitables. La perspectiva teórica de género surge de las propuestas del feminismo (MATAMALA, MI. y PORTUGAL, AM. 1993)³⁷ respecto a las desigualdades que afectan a las mujeres en el sentido de sus derechos como humanas, mostrando esas diferencias y asumiendo una posición política respecto de la búsqueda de equidad entre las mujeres y varones. Retomando la discusión sobre lo biológico por sobre las determinaciones sociales, estas definiciones del biologicismo marcan que las diferencias corporales también justifican las jerarquías sociales.

La distinción entre sexo y género aquí parece fundamental. La importancia de este enfoque consiste en la comprensión de la construcción social de los “géneros”, y ser el resultado de la crítica a la versión hegemónica tradicional que supone que las mujeres deben ocupar el polo dominado en la relación con los varones. El enfrentar esa versión supone criticar el proceso de inclusión y de exclusión de conductas, tareas y actitudes, que se basan en un determinismo biologizado y supone la dominación de lo masculino sobre lo femenino como un fenómeno universal e invariable.

36 Samaja, Juan. “Lógica, biología, sociología y médicas.” *Rev. Centroamericana de Salud* 6-12 (1976-: 1976-1979).

37 Portugal, Ana María, y Matamala, María Isabel. “Movimiento de salud de las mujeres: una visión de la década.” In *OPS. Publicación Científica*, no. 541, pp. 292-304. Organización Panamericana de la Salud, 1993.

OXFAM y Médicos del Mundo, instituciones humanitarias y sanitarias de larga experiencia y trayectoria vinculadas al campo de la gestión de riesgos de desastres y el desarrollo, la salud colectiva, salud internacional y epidemiológica desde la producción del conocimiento y la investigación/acción, consideramos que es imperativo frente a los recurrentes brotes y epidemias de enfermedades vectoriales (Arbovirus) en la Isla Hispaniola, realizar un estudio transversal descriptivo sobre las capacidades y modelos metodológicos de intervención en la oferta de los servicios de los sistemas de salud pública, desde una perspectiva de género frente al desarrollo del nuevo Zika Virus(ZIKV) y la incidencia recurrente de los otros Arbovirus circulantes (Dengue y CHIKV) en la República Dominicana.

Sobre la búsqueda en diferentes buscadores de ciencias de la salud y revistas de salud pública en la región de América Latina y Caribe (Ej: scielo.org, medline, otros), se encontraron escasos artículos e investigaciones que trabajan sobre la dimensión de género y las enfermedades transmitidas por mosquitos. En algunos de estos trabajos podemos observar y analizar sus principales objetivos, métodos, hallazgos y resultados en:

TABLA 1: ARTÍCULOS E INVESTIGACIONES QUE TRABAJAN SOBRE LA DIMENSIÓN DE GÉNERO Y LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS

Título	Objetivos	Métodos	Resultados
Pérez-Guerra, C. L., Zielinski-Gutierrez, E., Vargas-Torres, D., & Clark, G. G. (2009). Community beliefs and practices about dengue in Puerto Rico. Revista Panamericana de Salud Pública, 25(3), 218-226.	Prevención del Dengue: enfoque en las actitudes hacia el Dengue en relación con el sexo/género	11 grupos focales, entrevistas	Mujeres más preocupadas que los hombres por la implementación de métodos de prevención: recolección de basura, tanques de agua, entre otros Conclusión: aumentar el sentimiento de responsabilidad por la prevención de Dengue: más educación.

<p>Tipayamongkholgul, M., & Lisakulruk, S. (2011). Socio-geographical factors in vulnerability to dengue in Thai villages: a spatial regression analysis. <i>Geospatial Health</i>, 5(2), 191-198.</p>	<p>Estudiar factores sociogeográficos que influyen en la vulnerabilidad al dengue a nivel local en aldeas y el espacio territorial.</p>	<p>Se aplicaron los métodos de regresión para analizar, durante un período de 5 años, la, incidencia acumulada específica de cada pueblo. Entre los casos de dengue en 437 aldeas en Prachuap Khiri Khan, provincia semi-urbana de Tailandia.</p>	<p>Era el método utilizado para definir las escalas de Barrios. El análisis mostró un efecto significativo barrio ($p = 0,405$, $P < 0,001$), que implica que los pueblos con proximidad geográfica comparten un nivel similar de vulnerabilidad al dengue. Los dos factores sociales independientes, asociados a una mayor incidencia de dengue estaban a una distancia corta para el "área urbana más cercana ($B = -0,133$, $p < 0,05$) y un menor tamaño medio de la familia ($\beta = -0,102$, $p < 0,05$). Estos resultados indican que la tendencia de aumento de ocurrencia de dengue en Tailandia rural surgió en las zonas bajo fuerte influencia de las zonas urbanas que en zonas rurales remotas. Las condiciones de sexo en incidencia fueron 54.5 en hombres y 45.5 en mujeres.</p>
<p>Anker, M., & Arima, Y. (2011). Male-female differences in the number of reported incident dengue fever cases in six Asian countries. <i>Western Pacific Surveillance and Response Journal</i>, 2(2), 17-23.</p>	<p>Analizar si los factores demográficos, como la edad y el sexo, están asociados con la probabilidad de exposición a <i>Aedes aegypti</i>, vector del dengue. Sin embargo, los datos de dengue desglosados por sexo y edad no se reportan rutinariamente o no son analizados por los sistemas nacionales de vigilancia. En este estudio se analizó el número de casos de dengue y la incidencia por edad y el sexo en seis países de Asia.</p>	<p>Los datos para República Popular Democrática Lao, Filipinas, Singapur y Sri Lanka se obtuvieron a partir DengueNet; el número de casos de dengue masculinos y femeninos estaba disponible para los cuatro grupos de edad (<1, 1-4, 5-14 y 15 años) durante un período acumulado de seis a 10 años. Datos para Camboya (2010) y Malasia (1997-2008) eran obtenidos a partir de sus respectivos Ministerios de Salud.</p>	<p>Un exceso de varones se encontró entre los casos de dengue notificados ≥ 15 años de edad. Este patrón se observó constantemente a lo largo de varios años en seis países culturalmente y económicamente diversos. Estos datos indican la importancia de la presentación de datos estratificados por sexo y edad, ya que a través del colapso de los datos de todas las edades se han enmascarado algunas de las diferencias entre hombres y mujeres. Con el fin de dirigir las medidas preventivas apropiadamente, la evaluación de género por edad es importante para el dengue debido a que factores biológicos o relacionados con el género pueden cambiar durante la vida humana y los factores relacionados con el género pueden variar según el país.</p>

<p>Arenas-Monreal, L., Piña-Pozas, M., & Gómez-Dantés, H. (2015). Aportes y desafíos del enfoque de género en el estudio de las enfermedades transmitidas por vector. <i>Revista Salud Pública de México</i>, 57(1), 66-75.</p>	<p>Contribuir a la reflexión sobre el enfoque de género en el análisis de los riesgos a través de un modelo y marco conceptual propio.</p>	<p>Determinantes examinados: definiciones sociales, acceso diferencial, aprendizajes, oferta/demanda), participación y promoción de la salud (gráfico).</p>	<p>1-Diferencias entre género en la percepción, exposición, detección y tratamiento de las ETV. 2- Implementar (conocimiento en las diferencias) en la influencia, control y prevención de enfermedades.</p>
<p>Anker, M., & World Health Organization. (2007). <i>Addressing sex and gender in epidemic-prone infectious diseases</i>.</p>	<p>Mostrar cómo al tener en cuenta la adopción de las diferencias entre hombres y mujeres, es posible mejorar la comprensión de la epidemiología y el curso clínico y pronóstico de enfermedades., ya que ayuda en su detección y tratamiento, y a aumentar la participación de la población y la eficacia de las actividades de prevención y control de enfermedades infectocontagiosas.</p>	<p>Meta-análisis Diferencias entre hombre y mujer en: el conocimiento científico sobre el tratamiento, la asistencia sanitaria recibida , la responsabilidad del cuidado de los animales de granja , la responsabilidad de cuidar a los enfermos , el tiempo pasado en casa (S.6)</p>	<p>*Mujeres y hombres representan diferentes síntomas (Cobra et al., 1995). * Se han encontrado patrones inconsistentes de las tasas de incidencia de dengue en varones y mujeres. Algunos estudios reportan tasas de incidencia similares para hombres y mujeres, algunos han encontrado altas tasas de incidencia en las mujeres; en su mayoría debido a la mayor exposición al Mosquito (Kaplan et al, 1983 (Thaug y otros, 1975 , Halstead ., 1980) ; Guzmán et al , 1984a ; da Cunha et al , 1997) , mientras que otros han encontrado que las tasas de incidencia son más altas en los hombres (Goh y Yamazaki , 1987; . Ooi , 2001) *Hay pocos datos sobre las diferencias entre hombres y mujeres en el comportamiento de diagnóstico /tratamiento específicamente para el Dengue. Esta información es importante porque en algunas zonas del mundo las mujeres no tienen acceso al tratamiento fuera del hogar o bien, en otros casos los hombres son susceptibles de acceder a su tratamiento más tarde</p>

Objetivo General

· Caracterizar y describir el comportamiento epidemiológico de Dengue y Zika Virus desde una perspectiva de género en 4 conglomerados urbanos de República Dominicana

Objetivos Específicos

- 1- Describir la dimensión de género en las tasas de incidencia y letalidad del Zika Virus y otros Arbovirus (Dengue y Chikungunya) en la República Dominicana en periodo 2013-2016.
- 2- Describir perfil epidemiológico y percepciones de 400 mujeres habitantes de 4 conglomerados urbanos y su relación con prevalencia de Arbovirus en especial Zika Virus de 4 provincias en República Dominicana.
- 3- Evaluar los índices de infestación vectorial (índices larvales) y su posible relación con las condiciones de vida de las mujeres, varones y niños/as de 100 viviendas de un conglomerado urbano en Santo Domingo Oeste en República Dominicana.
- 4- Describir y analizar los servicios, acciones, rutas de referencia-contrareferencia, programas y estrategias de salud que se llevan adelante desde 4 Direcciones Provinciales de Salud del Ministerio de Salud Pública y 2 Gerencias del Servicio Nacional de Salud en abordaje utilizado sobre la epidemia de Dengue y la novedad virémica de Zika Virus en República Dominicana.

Diseño y métodos

Es un estudio transversal descriptivo. Con una estrategia metodológica cuali-cuantitativa. Incorporando análisis de datos de fuentes secundarias y recolección de datos primarios. Se evaluó de forma sistemática, comprensiva y comparativa como también la construcción discursiva socio-cultural.

Este estudio trabajó sobre población de mujeres y hogares de conglomerados urbanos priorizados, y sobre los actores claves de la oferta de servicios de salud de las provincias establecidas en relación al Zika Virus y Arbovirus prevalentes en República Dominicana.

Conglomerados urbanos seleccionados según fuentes secundarias epidemiológicas y socio demográficas (densidad poblacional, tasa prevalencia arbovirus 2014-2015-2016 e índices larvales/vectoriales) y servicios de salud pública de referencia de las provincias de Santo Domingo Oeste, Elías Piña, Montecristi y San Cristóbal.

Con respecto a las mujeres, se evaluaron características generales incluyendo aspectos demográficos, laborales, familiares, sociales y educativos, así como sus conocimientos y actitudes frente al problema de Zika y Arbovirus, a las acciones de control específicas

y a su implementación a través de los servicios y el personal de salud pública, el acceso a servicios de salud, roles sociales intra hogar, entre otros.

Por otro lado, en las viviendas seleccionadas, se trabajó sobre producción de indicadores entomológicos en 100 hogares donde habitan directamente las mujeres en el conglomerado de Buenos Aires en Santo Domingo Oeste.

Las características tanto de las mujeres como de las viviendas -en especial los índices vectoriales- se analizaron de forma geo-espacial para identificar posibles asociaciones entre ellas. Asimismo, para visualizar las acciones efectivas en el caso de los servicios de salud sobre la población objetivo de los conglomerados urbanos.

Tanto para la selección de los servicios de salud de atención primaria como para la selección de las mujeres y viviendas se tomaron áreas de alta y baja de incidencia de casos de Arbovirus (Zika, Dengue) y de alta y baja tasa de notificación de casos.

Para cada provincia se confeccionó una lista de los servicios de salud y actores claves tomadores de decisión y hacedores de políticas a ser entrevistados y observados, los que fueron clasificados según su grado de implicación en un modelo de intervención pre-establecido, aplicación o no de una estrategia, utilizando como criterio las definiciones de la Estrategia Nacional del país sobre las enfermedades de Arbovirus. Se calculó el tamaño de muestra y se realizó un muestreo aleatorio simple dentro de cada grupo de servicios de salud (Ej: en las Unidades de Atención Primaria).

Las mujeres y viviendas estudiadas fueron todas aquellas elegidas aleatoriamente dentro de los conglomerados urbanos seleccionados según una matriz de análisis sobre perfil demográfico, indicadores epidemiológicos y tasas de infestación vectorial.

Para la descripción de las características de los servicios de salud se empleó una guía de visita para observaciones que contempló aspectos de infraestructura del servicio, ubicación, funcionamiento, recurso humano, recurso físico e insumos. Incluye la verificación de los aspectos básicos de implementación de la estrategia sobre Arbovirus incluidos en el Programa Nacional, y contempla además una guía de entrevista semiestructurada con los informantes y actores claves de los servicios de salud y tomadores de decisión que permitió evaluar las percepciones y actitudes frente al problema y su control. Para la confección de la guía de visita y de entrevista se tomaron en cuenta las guías ya existentes en el Programa Nacional y en los Programas Provinciales, las mismas fueron revisadas por el grupo de investigación que fue conformado de forma interdisciplinaria incluyendo diferentes profesionales del área de salud (médicos, científicos sociales, epidemiológicos, entomólogos).

Una vez que se cuente con la guía revisada para la visita a los servicios de salud se realizó una prueba de campo de la guía mediante la visita a servicios seleccionados que no pertenecían al área de estudio. Lo mismo se hicieron con la guía de entrevistas. Los resultados de la aplicación de esta prueba fueron procesados y analizados para identificar posibles problemas que no surjan durante la ejecución de las visitas pero que dificulten la sistematización de los datos. Concluida la prueba de campo se realizaron los ajustes y correcciones necesarias y se elaboró un instructivo para la aplicación de la guía. La aplicación de la guía de visita y de entrevista fue realizada, siempre que fue posible, por dos integrantes del equipo de investigación contemplando la presencia de un profesional del área social. Para unificar los criterios de aplicación de la guía se realizó un taller de análisis y discusión de la aplicación del instrumento. Para la descripción de las características de las mujeres también se empleó una guía de la encuesta que contempló aspectos demográficos, socio-económicos, laborales, culturales, étnicos, familiares y educativos.

La entrevista también incluyó aspectos relacionados con el conocimiento de las mujeres de la enfermedad y de las medidas de control, y con la actitud y percepción que tienen de los mismos en general y, en particular, en su aplicación a través del servicio y personal de salud, en especial de servicios de salud sexual y reproductiva.

Para la confección de la guía de encuesta se realizó una revisión bibliográfica que permita identificar antecedentes similares y se elaboró una versión preliminar que fue objeto de una prueba de campo, de manera similar a lo ya mencionado con respecto a la guía de visita a los servicios de salud. También en este caso la prueba de campo incluyó el procesamiento de los datos que surgieron y la posterior revisión de la guía con base en los hallazgos. La aplicación de la guía de encuesta fue consultado con especialistas en sociología.

En el caso del diseño y prueba de las fichas entomológicas para el barrio “Buenos Aires” de Santo Domingo Oeste para uso de evaluación de índices larvales en los hogares y peridomicilios, se probaron en el mismo sentido descrito en los otros instrumentos y casos. Se utilizaron las fichas y guías del propio órgano rector para abordaje de Arbovirus, que en el caso de República Dominicana es el Centro de Control de Enfermedades Tropicales (CENCET-MSP), también se consultaron especialistas de entomología de Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).

Los resultados obtenidos tanto de la aplicación de la guía de visita a los servicios de salud, las entrevistas a tomadores de decisión y hacedores de políticas, como de la guía de encuestas a las mujeres, fueron tabulados, grabados y procesados, para lo cual se confeccionaron bases de datos específicas y programas de procesamiento. Se obtuvieron frecuencias simples, para cada una de las características que se evaluaron.

En la realización del trabajo se combinaron dos estrategias metodológicas y técnicas de investigación. Así se utilizaron un conjunto de fuentes secundarias cuantitativas y se obtuvo información cualitativa con base al trabajo de campo en las provincias de Santo Domingo Oeste, Elías Piña, San Cristóbal y Montecristi se obtuvieron:

- 400 Encuestas de perfil epidemiológico y de percepción a mujeres.
- 4 Grupos focales en los conglomerados urbanos.
- 6 Observaciones participantes en los conglomerados urbanos (barrios) priorizados.
- 18 Entrevistas a informantes claves de los servicios de salud pública provinciales (*responsable de Epidemiología de Hospital provincial, Director/a de DPS del MSP, responsable de Epidemiología de DPS del MSP, y Gerencias regionales*) y tomadores de decisión nacional (MSP, CENCET).
- A través del análisis de contenidos de fuentes secundarias y recolección de datos primarios, se realizaron los procesos de sistematización y análisis para enunciación de los resultados y consideraciones significativas de la evaluación de la información producida.

Para la identificación de los perfiles demográficos en República Dominicana se utilizó información procesada específicamente en el IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 de República Dominicana (Oficina Nacional de Estadísticas-ONE) y ENDESA 2014.

El abordaje de análisis de Dengue y Zika Virus desde una perspectiva de género implicó el desarrollo de las siguientes estrategias para la obtención de datos:

1. Análisis de registros de fuentes secundarias del propio sistema de salud (Direcciones Provinciales de Salud Pública, Gerencias Regionales, DIGEPI del Ministerio de Salud Pública) y de las direcciones y departamentos de epidemiología.
2. Revisión de registros clínicos de los casos de muertes por Dengue (2015) y Guillaén Barré (2016).

3. Entrevistas a informantes clave de los hospitales de referencia, direcciones provinciales y gerencias provinciales y UNAP para reconocer, contemplar, registrar y analizar sus puntos de vista, narrativas, opiniones y percepciones en abordaje del Dengue y Zika Virus.

4. Entrevistas a informantes comunitarios claves, con el fin de registrar sus puntos de vista, opiniones y concepciones sobre Dengue y Zika Virus en especial en mujeres y niños/as.

5. Desarrollo de los grupos focales que solicitaron atención integral en periodo 2015/2016 por síndrome febril inespecífico diagnosticado clínicamente como Dengue o Zika Virus.

6. Diseño y aplicación de instrumentos de encuesta rápida con muestreo aleatorio para elaboración de perfil epidemiológico de mujeres de conglomerados urbanos seleccionados, según criterios de selección geo-territorial.

7. Diseño y aplicación de Ficha entomológica de evaluación de índices de infestación vectorial (índices larvales) en domicilio de mujeres de conglomerados urbanos seleccionados de forma aleatoria.

De esta manera, se busca tener un análisis sobre quienes son proveedores de servicios públicos y productores de información epidemiológica oficial y pública a través de:

- Los registros efectivos de los casos “*que llegan*” al sistema de salud y el sistema de información en salud.
- El punto de vista de los actores involucrados e indicadores del propio sistema de salud pública.

Pero también contemplar las características de la demanda de la población objetivo a considerar en este trabajo (mujeres, niños/as), considerando:

- Su perfil epidemiológico y condiciones de sobrevivencia.
- Los nudos críticos en la accesibilidad a los servicios de salud, a servicios preventivo-promocionales, otros.
- El comportamiento vectorial en conglomerados urbanos.
- La dimensión de género como determinante de la salud-enfermedad.

La producción y análisis de información cualitativa como su validación son diferentes a la cuantitativa. Se priorizó un abordaje desde la metodología de “*punto de vista del Actor*”³⁸ propio de la Antropología Sociocultural –en especial antropología médica–³⁹ para trabajar sobre las percepciones, representaciones socioculturales, saberes-conocimientos y prácticas de los propios grupos y colectivos de mujeres, y también de los profesionales de la salud pública de los Hospitales de referencia provinciales.

Las técnicas de investigación cualitativa (MINAYO, MC. 2010)⁴⁰ que se utilizaron fueron:

- *Entrevista a informantes claves
- *Observación participante
- *Grupos focales

Información cuantitativa: Se priorizó la recolección de información/registro epidemiológico y notificación obligatoria en la región de fuentes secundarias como:

- *Indicadores Epidemiológicos de UNAPs (Unidades de Atención Primaria) en año 2013-2016 sobre Dengue, Chikungunya y Zika.
- *Indicadores Epidemiológicos de la DPS (Dirección Provincial de Salud) y Gerencias regionales del MSP (Ministerio de Salud Pública de República Dominicana) en año 2013-2014-2015-2016.
- *Boletines epidemiológicos de la DIGEPI (Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública de República Dominicana) en año 2013-2014-2015-2016.
- *Indicadores Epidemiológicos disponibles de Hospitales de referencia provincial como: Hospital Rosa Duarte (Elías Piña), Hospital Padre Fantino (Montecristi).

38 Menéndez, Eduardo. *De la Reflexión metodológica a las prácticas de la investigación*. Revista Relaciones, volumen 22, número 88, pp. 119-164. El Colegio de Michoacán, Zamora, México. 2001.

39 Menéndez, Eduardo. Antropología Social como práctica y como representación. Revista Alteridades, Enero-Julio, año/ vol.15, N°029, pp.65 a 80. Universidad Autónoma de Metropolitana de Iztapalapa, Distrito Federal, México.

40 Minayo, MCS. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. Revista Salud Colectiva. 2010;6(3):251-261.

1.2 CARACTERIZACIÓN DEL ESCENARIO: CASO REPÚBLICA DOMINICANA

República Dominicana es un país caribeño, en el archipiélago de las Antillas Mayores. Su extensión territorial es de 48 670.22 kilómetros cuadrados y su población total es de 9 445 281 habitantes según el censo de 2010⁴. Se localiza en América y limita al norte con el océano Atlántico, al sur con el mar Caribe o mar de las Antillas, al este con el Canal de la Mona, que la separa de Puerto Rico y al oeste con la República de Haití. Comparte la isla Hispaniola con la vecina República de Haití.

TABLA 2
POBLACIÓN SEGÚN SEXO Y AMBIENTE DE
REPÚBLICA DOMINICANA, 2013

	Población	%
Población Total	10 290 549	100%
Hombres	5 146 113	50.0%
Mujeres	5 144 436	50.0%
Urbano	7 916 745	76.9%
Rural	2 373 804	23.1%

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE. Estimaciones y proyecciones. ****

TABLA 3
POBLACIÓN SEGÚN SEXO Y AMBIENTE DE RESIDENCIA EN HAITÍ Y LA
REPÚBLICA DOMINICANA, 2014

	Población	%
Población Total	10 415 565	100%
Hombres	5 206 660	50.0%
Mujeres	5 208 905	50.0%
Urbano	8 111 616	77.9%
Rural	2 303 949	22.1%

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE. Estimaciones y proyecciones. ****

El país se ubica en el borde Norte de la Placa del Caribe, en el corredor de los huracanes del Atlántico Norte y también influenciado, en determinadas estaciones del año, por masas de aire frío provenientes del norte. Su accidentada topografía favorece el desarrollo de fenómenos gravitacionales. Además, por su gradiente altitudinal, determinadas cuencas desarrollan fenómenos de inundación repentina ante precipitaciones intensas. Igualmente, la disposición Noroeste-Sudeste de los sistemas montañosos provoca que las vertientes con orientación Sudoeste (a sotavento de los alisios) presenten estacionalidad contrastada, con desarrollo de períodos secos entre febrero y marzo, los cuales favorecen a su vez que las quemadas para la preparación de tierras se propaguen como voraces incendios forestales de alta peligrosidad. Su clima es tropical húmedo, con una temperatura media anual de 25 grados centígrados y precipitación media anual de 1,500 mm. Morfoestructuralmente, gracias a la interacción de las placa Caribe y Norteamericana, el país se compartimenta en bloques entre los que destacan las cordilleras Central y Septentrional y Oriental, así como las sierras de Bahoruco y Neyba; entre cada cadena se emplazan los valles del Cibao, San Juan y Neyba. Si bien estos extremos generan condiciones ambientales excepcionales que suponen el principal activo económico de los territorios, también crean accidentes geomorfológicos y ecosistemas frágiles (Ministerio de Medio Ambiente y PNUMA, 2010).

Vulnerabilidad frente a Desastres Socioambientales

La isla en su conjunto es vulnerable ante eventos naturales con potencialidad de causar desastres, fundamentalmente los sismos, huracanes, inundaciones, deslizamientos, sequías e incendios.^{41 42}

La ubicación geográfica de la República Dominicana en la zona subtropical la hace susceptible al paso de los fenómenos atmosféricos que se producen en el Atlántico norte y que se originan fundamentalmente frente a las costas de África. De forma incidental también afectan al país fenómenos que se desarrollan en las aguas cálidas del Golfo de México.

Grandes eventos generadores de desastres, han marcado la historia de la República Dominicana, tanto hidrometeorológicos, geodinámicos, sanitario y sociales, provocando la pérdida de vidas humanas, destruyendo sus medios de vida e infraestructura

41 Alba y Luciano 2008, 3

42 Gómez de Travesedo y Ramírez 2009

Meyreles y Ruiz 2011, 11-12

Woodging y Morales 2016, 45-46, 51-52, 55

Cocco Quezada 2007.

Dunn 2009, 3

física, afectando gravemente los servicios esenciales y la economía, generando una desaceleración en los procesos de desarrollo del país. Históricamente los eventos hidrometeorológicos, más significativos han sido los Huracanes Zenón en 1930, David y Federico en 1979⁴³, George en 1998⁴⁴; Jeanne en el 2004⁴⁵; Tormentas Tropicales Noel y Olga en el 2007⁴⁶. Geodinamicamente se reportan la presencia de seis devastadores sismos, ocurridos en 1562, 1783, 1842, 1887, 1904 y 1946 los cuales han destruido importantes ciudades de la República Dominicana, principalmente en la región norte; dichos sismos han tenido un periodo de frecuencia y recurrencia de 59, 45, 17 y 42 años. Desde el punto de vista sanitario se reportan brotes epidemiológicos de cólera, Dengue, Leptospirosis, Hepatitis, Tifoidea, Influenza Estacional H3N2, Influenza Tipo A H1N1 y últimamente Chikungunya, Zika.

Otro evento que ha generado grandes pérdidas afectando los medios de vida, bosques, fauna y flora son los incendios forestales, cita el Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales⁴⁷ que la totalidad de los incendios forestales son de origen antrópico, generados intencionalmente para la ampliación de la frontera agropecuaria o por negligencia al no tomar las precauciones adecuadas, sobre todo en las quemas agrícolas; por descuido o accidentales caídas de líneas eléctricas sobre vegetación o roce de las mismas con árboles.

La temporalidad anual de los fenómenos climáticos extremos se produce entre los meses de junio y noviembre, y se denomina temporada ciclónica al período que va del 1 de junio al 30 de noviembre, aunque algunos fenómenos pueden producirse en el mes de diciembre. Además de los factores latitudinales que tienen un impacto en la frecuencia y la recurrencia de estos meteoros, se ha determinado que los fenómenos del Niño y la Niña también tienen un impacto. El primero produce una reducción de dichos meteoros y el segundo un aumento de su actividad. Entre los años 1871 y 2000 se registraron más de 100 tormentas tropicales y huracanes.

Las zonas de afectación de las tormentas tropicales y ciclones son fundamentalmente las costas del sur y este de la República Dominicana; en este sentido se observa que el punto de mayor interés sería ese litoral costero, que se extiende a lo largo de unos 1.576 kilómetros lineales.

43 Huracanes de la República Dominicana, Antonio Cocco Quezada, Meteorología, Clima y Desastres, acqweather.com

44 Desastres ocurridos en las República Dominicana 1966-2000, Santo Domingo 2001

45 Los efectos socioeconómicos del huracán Jeanne en la República Dominicana, CEPAL 2004

46 Estudio de la Unidad Asesora de Análisis Económico y Social de la Secretaría de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo (SEEPyD) sobre el "Desempeño Económico de República Dominicana durante el año 2007"

47 Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales, <http://www.ambiente.gob.do/IA/Bosques/Paginas/IncendiosForestales.aspx>

El patrón de entrada de estos fenómenos se produce por el sur y el este del país, con una serie de zonas que se consideran de impacto variado. Aunque el país es vulnerable a los huracanes, los desastres socioambientales más frecuentes son las inundaciones (emergencias hidrometeorológicas especialmente). Las regiones más vulnerables están cerca de las cuencas de los ríos Yaque del Norte, Yaque del Sur, Yuna y Soco, así como también en los márgenes de los ríos de las ciudades de Santo Domingo y Santiago.

Según Gómez de Travesedo y Ramírez (2009: 55), la categorización según la probabilidad de impacto sería: "Zona de impacto alto: todo el litoral suroeste y sureste, desde la provincia de Pedernales hasta La Altagracia; Zona de impacto medio: el litoral norte, desde la Provincia de Monte Cristi hasta del Seibo; Zona de impacto bajo: toda la parte central del país, porque al entrar en las tierras, los ciclones tropicales se debilitan y desaparecen". Los cambios en la intensidad de los fenómenos habrían de atribuirse a dos aspectos fundamentales: (1) el patrón de distribución de la población hacia las zonas urbanas y costeras de la parte sureste de la República Dominicana, que son las zonas de mayor población; y (2) el turismo como la actividad económica de mayor relevancia en la matriz productiva dominicana, que con su localización en las costas induce no solamente una mayor población sino que reproduce una serie de infraestructuras susceptibles de ser destruidas por los meteoros.

Los desastres que han tenido mayor impacto en la República Dominicana son:

- Huracanes: San Zenón (1930); Flora y Edith (1963); Inés (1966); David (1979) y Georges (1998) y Jeanne (2004); Sandy (2012).
- Inundaciones: en Puerto Plata/Santiago (2004); en Jimaní del Río Blanco (2004).
- Tormentas tropicales: Frances (1961); Frederick (1979); Isabel (1985); Debby (1994); Mindy (2003); Odette (2003); Alpha (2005); Olga (2007); Noel (Octubre 2007).

Las inundaciones son un tipo de desastre ambiental que ocurre con frecuencia en la República Dominicana, no tienen una periodicidad establecida, pero tienen mayor incidencia en los períodos de lluvia. La afectación de las inundaciones está relacionada con el poblamiento de zonas bajas, próximas a las riberas de lagos, ríos, arroyos y cañadas, y en el caso de la República Dominicana es una realidad humana e histórica (Portorreal, 2011).

Las causas de las inundaciones acaecidas en el país entre los años 1966 y 2000 son diversas, pero las lluvias (242 inundaciones producidas) y los desbordamientos de ríos (178) acumulan el 90% de los casos. La distribución espacial de las inundaciones está determinada por la complejidad de la red hidrográfica, que comprende 14 cuencas y más de 400 ríos. Cuando se analiza el fenómeno de las inundaciones, se observa que para el período 1966-2000, alrededor del 46% afectó a las zonas urbanas del Distrito Nacional, Puerto Plata, Santiago de los Caballeros, Concepción de la Vega, Bonao, Cotui, Nagua y San Francisco de Macorís. Los casos restantes, se produjeron de forma dispersa en el resto del territorio nacional con fuerte incidencia en el área rural.

Los aspectos antrópicos, con mayor impacto en los efectos negativos de las inundaciones son: la pérdida de cobertura boscosa en las zonas altas, los asentamientos precarios en las zonas bajas de mayor exposición, el crecimiento no planificado de las aglomeraciones urbanas, el desmonte de los bosques de galería en los cursos de agua y la intensificación de las tormentas y lluvias. También cabe destacar el error humano en determinados casos, como los relativos al vaciado de las represas sin las debidas previsiones de lugar.

Además de las inundaciones, en los datos del histórico de 2010 se destacan dos amenazas: la crecida de ríos y la sequía. Las primeras aislaron a cientos de miles de personas, mientras la segunda afectó a millones de personas en las principales ciudades del país, como Santo Domingo y Santiago, y en los municipios de la provincia de Santo Domingo. Una amenaza que se retoma en el Documento País de 2014 es la desertificación, un problema silente que pone en peligro los lugares de nacimiento de las principales fuentes acuíferas de la isla. Esta amenaza es fomentada por la práctica de la agricultura de quema y roza o itinerante en cuatro de los más importantes parques nacionales de montaña del país: Armando Bermúdez, Valle Nuevo, José del Carmen Ramírez y Nalga de Maco. Se destaca también el incremento de los desastres en las zonas urbanas del país y la necesidad de prestarle atención a este fenómeno, que ya había sido señalado en el Documento País anterior. Por último, se señala la amenaza que representa la crecida sostenida del lago Enriquillo, fenómeno que se viene registrando desde 2009. Estas crecidas se incrementaron durante el 2010 y entre sus efectos tuvieron la inundación de un número considerable de tareas de tierra, con graves consecuencias para las actividades agropecuarias. Al mismo tiempo este fenómeno incrementó la vulnerabilidad de algunas de las poblaciones humanas situadas en la ribera del lago.

Perfil socioeconómico y sociodemográfico ⁴⁸

La República Dominicana es la economía más grande de la región del Caribe, con un producto interno bruto (PIB) en 2012 estimado en US\$98.74 mil millones (tres veces más que el de Guatemala).

**TABLA 4:
INDICADORES DE DESARROLLO SOCIAL REPÚBLICA DOMINICANA**

REPÚBLICA DOMINICANA (%)	
Analfabetismo	9,1
Acceso agua potable en la vivienda	95,0
Acceso a servicio sanitario en la vivienda	94,0
Nivel de instrucción	100
Sin instrucción	9,6
Primaria	50,7
Media	25,9
Superior	13,9
Incidencia de la pobreza	41,1
Incidencia de la pobreza extrema	10,0
PIB per cápita (dólares)	US\$5,879

Fuente: Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo (ENFT), BCRD; IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 de Rep. Dom., MEPLYD. Dimensión Espacial de la Pobreza Monetaria, 2011.

⁴⁸ Fuentes consultadas:
· CEPAL2012.
· USAID 2013, 6-10.
· Schwab 2012.

El país presenta, como otros de América Latina, una alta tendencia a la urbanización, con un 78% de personas viviendo en zonas urbanas, efecto más notorio en la ciudad de Santo Domingo con altos niveles de densidad poblacional. El índice de Desarrollo Humano de 2010 fue de 0,663, lo que coloca al país en el puesto 88 de 192. Diversas fuentes reportan un 45% de la población debajo de la línea de pobreza, agravado por inmigrantes haitianos viviendo mayoritariamente en condiciones de pobreza y en situación de vulnerabilidad. Los indicadores macroeconómicos sitúan al país como la segunda economía más importante del Caribe, con un marcado crecimiento del sector servicios, especialmente turismo, zonas francas, telecomunicaciones y construcción. Es de importancia la agricultura, especialmente para el consumo interno, y existe un crecimiento notable de la minería. Las remesas representan un rubro importante de divisas. Todo esto contrasta con el déficit en la provisión de energía eléctrica y recientes problemas de estabilidad bancaria en proceso de recuperación.

La República Dominicana está clasificada como una Nación con ingresos de clase media. Sin embargo, el progreso económico del país encubre altos niveles de desigualdad que permean la sociedad dominicana. El 40% de la población recibe menos del 10% de las riquezas del país, mientras que el 10% de los más ricos representan más del 40% de los ingresos del país. Más del 40% de los dominicanos vive en pobreza. El coeficiente de Gini, método que mide la igualdad de ingresos de un país (en una escala de 0-100, mientras más alto el número más desigualdad), fue de 47.24 en el 2012 para la República Dominicana, mejor que el número 52 que ocupó en el año 2000, pero peor si se compara con 5 otros países en América Latina: El Salvador 46.9; Perú 46.0; Argentina 45.8; Nicaragua 40.5.

En el 2011, el 14.6% de los 4.5 millones de trabajadores del país, o 668 000 personas, estaban desempleadas. En el 2012, la tasa nacional de desempleo se redujo ligeramente a un 13%, pero el desempleo entre los jóvenes superó el 30%.

1.3. CARACTERIZACIÓN DE LAS PROVINCIAS EN ESTUDIO

PROVINCIA DE SAN CRISTÓBAL

La provincia San Cristóbal limita con las provincias Monseñor Nouel (norte), Monte Plata (noreste), Santo Domingo (este), Peravia (oeste) y San José de Ocoa (noroeste). El Mar Caribe bordea la provincia por el sur. La capital provincial es la ciudad de San Cristóbal. Su perfil demográfico:



SUPERFICIE (KM2)

1240.6

HABITANTE KM2

459

POBLACIÓN **569 930**



Fuente: Elaboración basada en el Censo 2010 (ONE, 2010a).

San Cristóbal cuenta con 1 hospital regional y 6 municipales, y 46 establecimientos de salud. Tiene el 84.3 por ciento(%) de hogares con acceso a fuentes mejoradas de agua para uso doméstico, el 32

PORCENTAJE DE HOGARES EN POBREZA Y POBREZA EXTREMA

Provincia	Pobreza general	Pobreza extrema
San Cristóbal	36.2%	6.4%
Total país	40.4%	10.4%

Fuente: Atlas Nacional de Pobreza 2010 (MEPyD, 2013c)

ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO PROVINCIAL (IDHP)

Provincia	IDHp	Posición	Clasificación
San Cristóbal	0.419	16	Medio bajo

Fuente: Mapa de Desarrollo Humano (PNUD, 2013a).

por ciento(%) de los hogares no tiene servicio de recolección de residuos, y el 11.3 por ciento(%) de población analfabeta. Entre 2013-2014, la provincia tuvo 6409 casos de desnutrición crónica en menores de 5 años, y 409 casos de niños/as bajo peso al nacer(MSP 2014- Indicadores Básicos de Salud)..

La provincia tiene 12.6 médicos/as por cada 10.000 habitantes, 4.5 enfermeras/os por cada 10.000 hab., y 10.5 camas por cada 10.000 habitantes, y 13 hospitales públicos y privados. El 63% esta afiliada al Seguro Familiar de Salud(MSP 2014- Indicadores Básicos de Salud).

PROVINCIA DE ELÍAS PIÑA



La provincia Elías Piña forma parte de la región El Valle y cuenta con una superficie de 1,395.47 km². Limita al norte con las provincias Dajabón y Santiago Rodríguez, al este con San Juan, al sur con Independencia y al oeste con la República de Haití, comuna de Belladere. Está conformada por 6 municipios, 7 distritos municipales, 47 secciones, 336 parajes, 33 barrios y 49 sub-barrios.

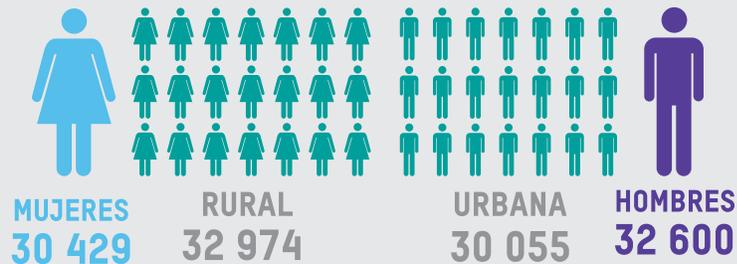
SUPERFICIE (KM2)

1 395.5

HABITANTE KM2

45

POBLACIÓN 63 029



Fuente: Elaboración basada en el Censo 2010 (ONE, 2010a).

Según el IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, la provincia cuenta con una población de 63,029 habitantes, de los cuales 32,974 son hombres y 30,055 son mujeres. La densidad poblacional es de 45.2 hab. /km².

Para el año 2010, el 74.6% de la población de Elías Piña sobrevive en condiciones de pobreza y pobreza extrema (MEPYD 2011)⁴⁹. La provincia cuenta con 3 Hospitales Generales y 20 unidades de atención primaria (UNAPs), lo que significa una distribución de 26.8 camas por cada 10,000 habitantes (MSP, 2013). La distancia promedio desde las viviendas hasta el hospital más cercano, es de 7.7 kilómetros, de acuerdo al IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 de República Dominicana.

Dentro de los indicadores de recursos humanos en salud, Elías Piña tiene una tasa de 15 médicos por cada 10,000 habitantes (MSP, 2013)⁵⁰. La tasa de enfermeras Licenciadas y Auxiliares es de 1.1 y 18.7, respectivamente, por cada 10,000 habitantes.

Para el año 2011 el 29.3% de los nacimientos registrados en la provincia Elías Piña correspondieron a madres menores de 20 años. Cifra ligeramente por encima del promedio nacional que fue de 21.8%. El 10% de las personas de Elías Piña vive con algún tipo de discapacidad o dificultad. Para todo el país ese porcentaje es de un 12% promedio.

Las viviendas de Elías Piña según el material de construcción son en un 27.0% de madera y el 19.6% de tabla de palma, según IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 (ONE 2010)⁵¹.

49 Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo República Dominicana, MEPYD. Dimensión Espacial de la Pobreza Monetaria, 2011.

50 Ministerio de Salud Pública República Dominicana, MSP. Indicadores Básicos de Salud 2013.
51 Oficina Nacional de Estadísticas República Dominicana, ONE. IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 de Rep. Dominicana.

El 20.9 por ciento(%) del abastecimiento de agua para uso doméstico es de origen manantial, río, arroyo, canal, pozo lluvia. El tamaño promedio de los hogares de Elías Piña es de 4.04 personas, por encima del promedio del país es de 3.53 personas por hogar. De los cuales, el 26.8 por ciento(%) vive en hacinamiento extremo. El 24.3 por ciento(%) no tiene servicio sanitario, por encima del total del país 6.2 por ciento(%). El porcentaje de hogares sin servicios de basura es de 59.8 por ciento(%). Un 59% de los hogares de Elías Piña usa carbón o leña como combustible para cocinar, muy por encima del dato nacional que es del 11.5 por ciento(%).

De la población de Elías Piña de 15 años y más de edad, el 35.8% (de este porcentaje el 33.6% es hombre y 38.2% son mujeres) no sabe leer ni escribir, por encima del total del país que es 12.8 por ciento(%).

La magnitud de la migración y los descendientes de migrantes haitianos/as en Elías Piña se estima en 14,566 personas, representando el 23.3 por ciento(%) de la población total de la Provincia, según datos de Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana (ONE 2012)⁵². El 74.8% de la población migrante son trabajadores ocasionales y por ajuste.

La población de origen extranjera de 5 años y más de edad, en un 49.4% alcanzo el nivel básico o primario de escolaridad, sólo el 15.3% tuvo acceso al nivel secundario y el 32.0% de esta población en situación de analfabetismo. Los migrantes de 5 años o más el 37.9% habla poco o nada de español.

De las vivienda de la población migrante haitiana de la región del Valle el 18.8% es de madera y el 24.3% de tabla de palma (ENI-2012). El 21.3% del abastecimiento de agua para uso doméstico es de origen manantial, río, arroyo, canal, pozo o lluvia en los hogares migrantes haitianos.

El porcentaje de hogares de origen migrante con jefatura de hogar femenina es 30.3%, con un promedio 3.9 de personas por hogar, según la Encuesta Nacional de Inmigrantes en Dominicana.

Dentro de las facilidades sanitarias de la región del Valle, el 46.6% tiene letrina y 21.4% no posee servicio sanitario. Asimismo, el 97.0 por ciento(%) de la población inmigrante no tiene seguro de salud. Por otro lado, de la población de origen extranjero el 20.5 por ciento(%) no asistió a establecimientos de salud donde recibió atención de salud cuando la necesitaba. El 58.2% recibió atención médica gratuita.

52 Oficina Nacional de Estadísticas República Dominicana, ONE. Primera Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana- 2012. (ENI-2012).

PROVINCIA EL GRAN SANTO DOMINGO

La provincia el Gran Santo Domingo pertenece a la Región Ozama y tiene una extensión territorial de 1,300.07 km². Limita al Norte con la provincia Monte Plata, al Este con la provincia San Pedro de Macorís, al Sur con el Mar Caribe y al Oeste con la provincia San Cristóbal. Según la división territorial vigente al 2008, Santo Domingo está constituida por 7 municipios y 8 distritos municipales.



El Gran Santo Domingo es la provincia que concentra la mayor cantidad de población equivalente a 2, 374, 370 de habitantes del país. No obstante, a pesar que el Distrito Nacional cuenta con una superficie de 91.6 km², este posee la mayor densidad poblacional de la región al alcanzar los 10, 538 de habitantes por km². Esto significa que el 100% de su población vive en zonas urbanas. Los residentes en la provincia representan un 21.27% de la población total del país.

SUPERFICIE (KM2)

1302.2

HABITANTE KM2

1823

POBLACIÓN 2 374 370



Fuente: Elaboración basada en el Censo 2010 (ONE, 2010a).

La provincia Santo Domingo forma parte de la región Ozama-Nizao y cuenta con una superficie de 1,395.47 km². Limita al norte con las provincias Dajabón y Santiago Rodríguez, al este con San Juan, al sur con Independencia y al oeste con la República de Haití, comuna de Belladere. Está conformada por 6 municipios, 7 distritos municipales, 47 secciones, 336 parajes, 33 barrios y 49 sub-barrios.

Según el IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, la provincia cuenta con una población de 2.374.370 habitantes, de los cuales 1.163.857 son hombres y 1.210.413 son mujeres. La densidad poblacional es de 1.823 hab. /km². En Santo Domingo Oeste son 137,574 varones y 146,802 mujeres, con 34,445 menores de 5 años.

Tiene el 89 por ciento(%) de hogares con acceso a fuentes mejoradas de agua para uso doméstico, el

20 por ciento(%) de los hogares no tiene servicio de recolección de residuos, y el 8.5 por ciento(%) de población analfabeta.

Entre 2013-2014, la provincia tuvo 22646 casos de desnutrición crónica en menores de 5 años, y 638 casos de niños/as bajo peso al nacer. En el mismo año, notificadas 60 muertes maternas, y 974 muertes infantiles(MSP 2014- Indicadores Básicos de Salud).

La provincia tiene 26.7 médicos/as por cada 10.000 habitantes, 2.2 enfermeras/os por cada 10.000 hab., y 6.6 camas por cada 10.000 habitantes, y 46 hospitales públicos y privados. El 30 por ciento(%) esta afiliada al seguro familiar de salud(MSP 2014- Indicadores Básicos de Salud).

PROVINCIA DE MONTECRISTI

La provincia Montecristi forma parte de la región del Cibao Noroeste y cuenta con una superficie de 1,885.8km². Está limitada al Norte por el Océano Atlántico, al Este por las provincias de Valverde y Puerto Plata, al sur por las provincias de Santiago Rodríguez y Dajabón. Y al Oeste por el Océano Atlántico y la República de Haití. Está constituida por 6 municipios MonteCristi, Castañuelas, Guayubín, Las Matas de Santa Cruz, Pepillo Salcedo y Villa Vásquez; y 4 distritos municipales Palo Verde, Villa Elisa, Hatillo Palma y Cana Chapetón.



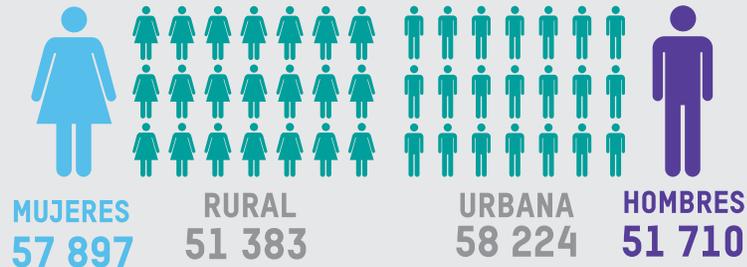
SUPERFICIE (KM2)

1885.8

HABITANTE KM2

58

POBLACIÓN 109 607



Fuente: Elaboración basada en el Censo 2010 (ONE, 2010a).

Según el IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, la provincia cuenta con una población de 109,607 habitantes, de los cuales 57,897 son hombres y 51,710 son mujeres. La densidad poblacional es de 58.12 hab. / km².

Para el año 2010, el 50.6% de la población de Montecristi vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema (MEPYD 2011)⁵³, muy por encima del portaje total del país el 32.5%. La provincia cuenta con 5 Hospitales Generales y 36 unidades de atención primaria (UNAPs) (MSP 2014)⁵⁴, lo que representan unas 21.3 camas por cada 10,000 habitantes (MSP, 2013). Dentro de los indicadores en recursos humanos de salud, la provincia Montecristi tiene una tasa de 12.6 médicos por cada 10,000 habitantes (MSP, 2013)⁵⁵.

53 Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo República Dominicana, MEPYD. Dimensión Espacial de la Pobreza Monetaria, 2011.

54 Ministerio de Salud Pública República Dominicana, MSP. Departamento de Estadísticas. Centros y Servicios de Salud. Actualizado a diciembre 2014.

Disponible en: www.sespas.gov.do/centros-salud

55 Ministerio de Salud Pública República Dominicana, MSP. Indicadores Básicos de Salud 2013.

La tasa de enfermeras Licenciadas y Auxiliares es de 0.9 y 14.0, respectivamente, por cada 10,000 habitantes.

El 9.74% de las personas de Montecristi vive con algún tipo de discapacidad o dificultad. Las viviendas de Montecristi según el material de construcción en un 44.75% son de madera y el 3.24% de tabla de palma, según IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 (ONE 2010)⁵⁶.

El 7.45% del abastecimiento de agua para uso doméstico es de origen manantial, río, arroyo, pozo o lluvia. El tamaño promedio de los hogares de Montecristi es de 3.2 personas, por debajo del promedio del país es de 3.53 personas por hogar. De los cuales, el 14.91% vive en hacinamiento extremo y hacinado. El 9.7% no tiene servicio sanitario, por encima del total del país 6.2%.

56 Oficina Nacional de Estadísticas República Dominicana, ONE. IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 de República Dominicana.

PORCENTAJE DE HOGARES EN POBREZA Y POBREZA EXTREMA		
Provincia	Pobreza general	Pobreza extrema
Monte Cristi	61.3%	23.5%
Total país	40.4%	10.4%

Fuente: Atlas Nacional de Pobreza 2010 (MEPyD, 2013c)

El porcentaje de hogares sin servicios de basura es de 48.5 por ciento(%). Un 23.74% de los hogares de Montecristi usa carbón o leña como combustible para cocinar, muy por encima del dato nacional que es del 11.5%.

La población de Montecristi de 15 años y más de edad, el 22.39% no sabe leer ni escribir, por encima del total del país que es de 12.8 por ciento(%).

La magnitud de los migrantes y los descendientes de migrantes haitianos/as en Montecristi se sitúa en 22,179 personas, representando el 18.9 por ciento(%) de la población total de la Provincia, según datos de Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana (ONE 2012)⁵⁷. El 48.5% de la población migrante son trabajadores ocasionales y por ajuste en la región del Cibao Noroeste.

La población de origen extranjera de 5 años y más de edad, un 55.2 por ciento(%) solo alcanza el nivel básico o primario escolaridad y el 31.8 por ciento(%) de esta población se encuentra en situación de analfabetismo. Los migrantes haitianos/as de 5 años o más en un 43.5% habla poco o nada de español.

De las viviendas de la población migrante de la región del Cibao Noroeste el 59.1 por ciento(%) es de madera y el 2.1 por ciento(%) de tabla de palma (ENI-2012). El 5.7 por ciento(%) del abastecimiento de agua para uso doméstico es de origen manantial, río, arroyo, canal, pozo o lluvia.

El porcentaje de hogares de origen migrante haitiano con jefatura de hogar femenina es de 33.5%, con un promedio 3.3 de personas por hogar, según la Encuesta Nacional de Inmigrantes en República Dominicana.

Dentro de los servicios sanitarios y de saneamiento de la región del Cibao Noroeste, el 67.9 por ciento(%) tiene letrina y 22.5 por ciento(%) no posee servicio sanitario. Asimismo, el 95.4 por ciento(%) de la población migrante no tiene seguro de salud. Por otro lado, de la población de origen extranjero el 10.2% no asistió a un establecimiento de salud para atención de salud cuando lo necesito. De la población de origen extranjero el 85.5% recibió atención médica gratuita.

⁵⁷ Oficina Nacional de Estadísticas República Dominicana, ONE. Primera Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana- 2012. (ENI-2012).



CAPÍTULO 2

**ESCENARIO
EPIDEMIOLÓGICO DE LOS
ARBOVIRUS EN REPÚBLICA
DOMINICANA 2014-2016**

2.1 ZIKA VIRUS Y ARBOVIRUS EN AMÉRICA LATINA Y CARIBE: UN PROBLEMA DE SALUD COLECTIVA PERMANENTE

PAÍSES CON TRANSMISIÓN VECTORIAL DE ZIKA: REPÚBLICA DOMINICANA, 2013



PAÍSES CON TRANSMISIÓN SEXUAL DE ZIKA:



Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Bonaire, San Eustaquio, Saba; Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curazao, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guadalupe, Guatemala, Guayana Francesa, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, Martinica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, San Bartolomé, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis, Sint Maarten, Suriname, Trinidad y Tabago, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, las Islas Vírgenes Británicas, Venezuela (República Bolivariana de).

Argentina, Canadá, Chile, Estados Unidos de América y Perú.

**TABLA 5:
CASOS ACUMULADOS DE ZIKA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
2015 - 2016 (6 DE OCTUBRE) ⁵⁸**

País	Casos sospechosos	Defunciones
Brasil	196 976	6
Colombia	95 412	
Venezuela	57 717	
Martinique	36 270	
Honduras	31 530	
Guadeloupe	29 850	
Puerto Rico	24 127	
El Salvador	11 215	3
Guayana Francesa	9740	
Jamaica	5747	
República Dominicana	5135	17
México	3784	
Haití	2955	
Surinam	2730	
Ecuador	2695	
Guatemala	2535	
Isla de San Martin	2350	
Costa Rica	2278	
Nicaragua	1970	
Argentina	1804	
Panamá	1692	
Dominica	1138	
Santa Lucía	790	
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	803	
San Bartolomé	725	
Barbados	592	
Paraguay	543	
Trinidad y Tobago	488	

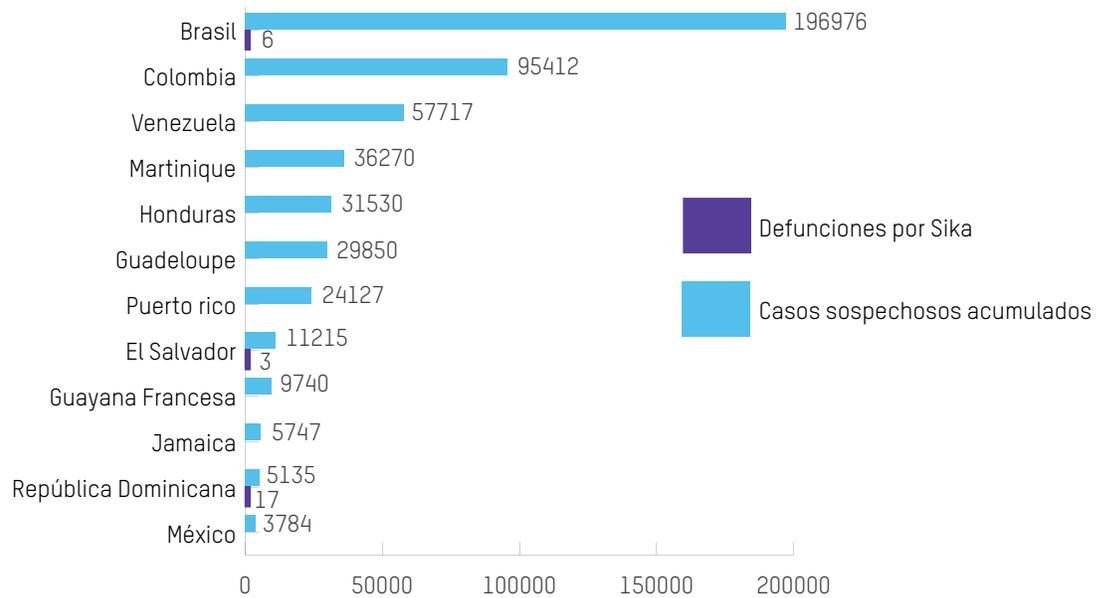
⁵⁸ PAHO 2015-2016 http://ais.paho.org/hip/viz/ed_zika_cases.asp

Curazao	322	
Granada	322	
San Vicente y las Granadinas	156	
Bolivia	597	
Perú	110	
San Martín (St. Marteen)	47	
Bonaire	63	
Aruba	26	
Anguila	25	
Guyana	6	
Belice	5	
Cuba	3	

Fuente: Elaboración propia en base a informe de situación de OPS-OMS ⁵⁹

GRÁFICO 1 CASOS ACUMULADOS DE ZIKA POR PAÍSES EN AMÉRICA LATINA Y CARIBE 2015 - 2016

CASOS ACUMULADOS DE SIKA 2015-2016



Fuente: Elaboración propia.

59 PAHO - 6 de Octubre - Ver: [En Internet] http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12390&Itemid=42090&lang=es

Resulta importante clarificar que la definición de “caso sospechoso”, y la acumulación de casos de Zika Virus (como de otros Arbovirus) en los países de América Latina y Caribe en general no reflejaron ni reflejan la circulación viral total y tasa de incidencia real de la enfermedad, especialmente en ciclos epidémicos de propagación activa.

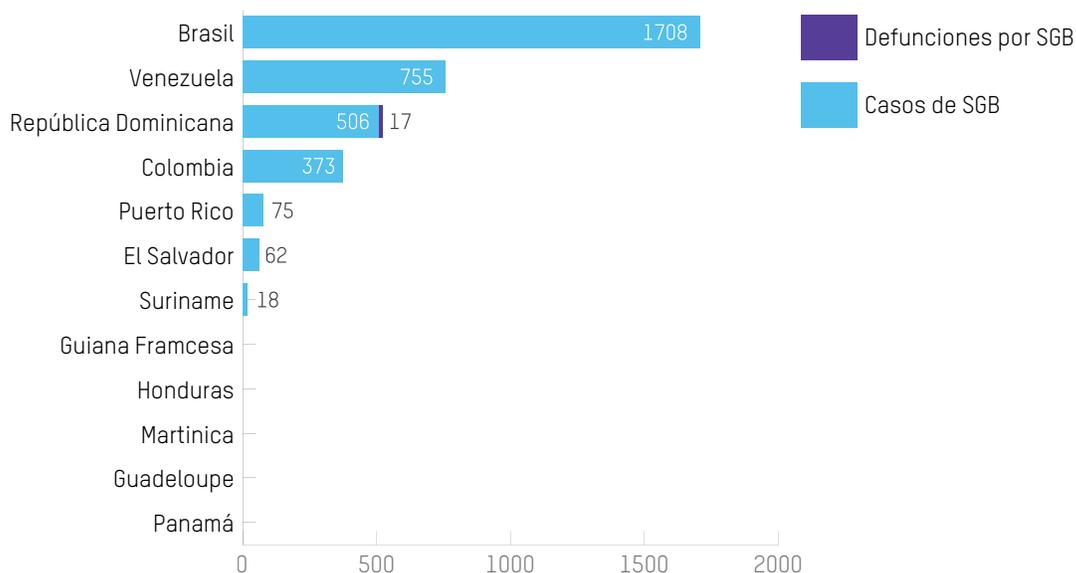
TABLA 6 - CASOS DEL SÍNDROME GUILLAIN-BARRÉ EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE 2015 - 2016⁶⁰

País	Casos	Defunciones
Brasil	1708	
Venezuela	755	
República Dominicana	506	17
Colombia	373	
Puerto Rico	75	
El Salvador	62	
Suriname	18	
Guiana Francesa		
Honduras		
Martinica		
Guadeloupe		
Panamá		

Fuente: Elaboración propia en base a informe de situación de OPS-OMS

**GRÁFICO 2
CASOS ACUMULADOS DE SGB EN AMÉRICA LATINA Y CARIBE (PRIMEROS PAÍSES)**

CASOS DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ 2015-2016



Fuente: Elaboración propia.

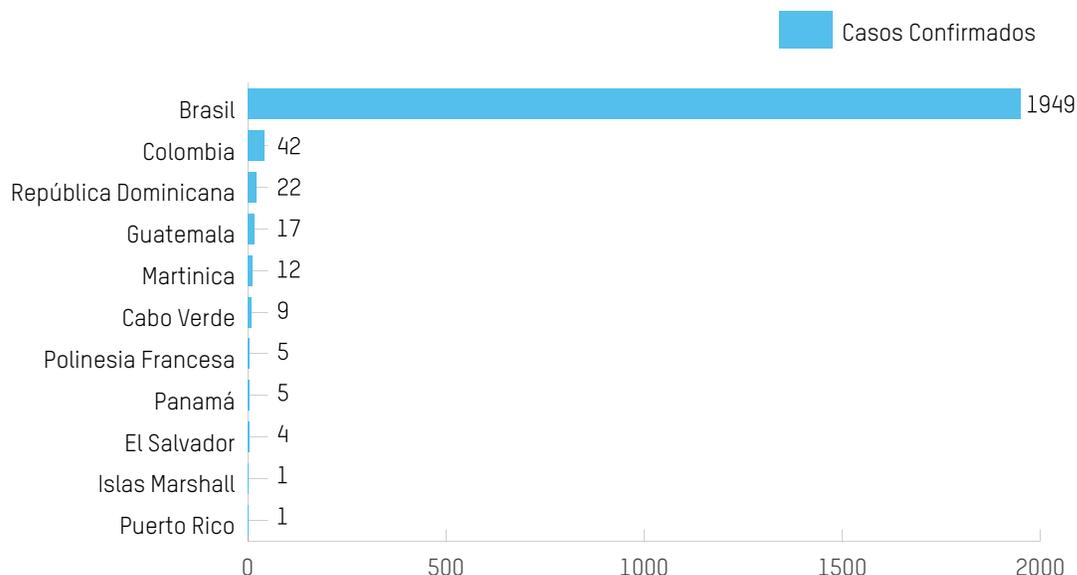
Tal como se observa en los gráficos 1 y 2, los mismos países con elevado número de casos sospechosos acumulados de Zika en el período 2015-2016 coinciden con los que presentan elevado número de casos acumulados de SGB en dicho período. Esto podría estar indicando una asociación entre ambos eventos.

TABLA 7 - CASOS CONFIRMADOS DE MICROCEFALIA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (2015-2016)⁶¹

País	Casos confirmados
Brasil	1949
Colombia	42
República Dominicana	22
Guatemala	17
Martinica	12
Cabo Verde	9
Polinesia Francesa	5
Panamá	5
El Salvador	4
Islas Marshall	1
Puerto Rico	1

Fuente: Elaboración propia en base a informe de situación 6 de octubre de OPS-OMS.

**GRÁFICO 3
CASOS ACUMULADOS CONFIRMADOS DE MICROCEFALIA EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y CARIBE (2015-2016)**



Fuente: Elaboración propia con base a informe de situación 6 de octubre de OPS-OMS.

61 PAHO - Zika cases and congenital syndrome associated with Zika virus reported by countries and territories in the Americas, 2015 - 2016. Cumulative cases. Ver: [En Internet] http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=36429&lang=es Data as of 6 October 2016 2:00 PM EST.

En el caso de síndrome congénito asociado a Zika Virus (denominado “*Microcefalia*”), también se constata en la región una clara vinculación entre los ciclos epidémicos expansivos de ZIKV y la aparición de casos de microcefalia en mujeres embarazadas/ gestantes. Lo que comenzó siendo una situación identificada en Brasil, hoy existen casos registrados y confirmados de esta asociación en Colombia, Guatemala, Polinesia Francesa, Martinica, entre otros.

Toda América Latina y el Caribe se prepara año tras año para la circulación viral del Dengue, ya que el vector principal transmisor de DEN (*Aedes aegypti*), es el mismo (Fiebre Amarilla), está diseminado en toda Latinoamérica, siendo Dengue de las endemias de enfermedades vectoriales más importantes de la región en la última década. Con brotes-epidemias recientes y recurrentes en Paraguay, Brasil, Argentina, Perú, Bolivia, Colombia, Centroamérica, y Caribe. La reinfestación vectorial en los últimos treinta años en la región de América Latina y Caribe, puso nuevamente al Dengue dentro de las endemias con mayor generación de muertes acumuladas, especialmente como lo expresa el caso de República Dominicana.

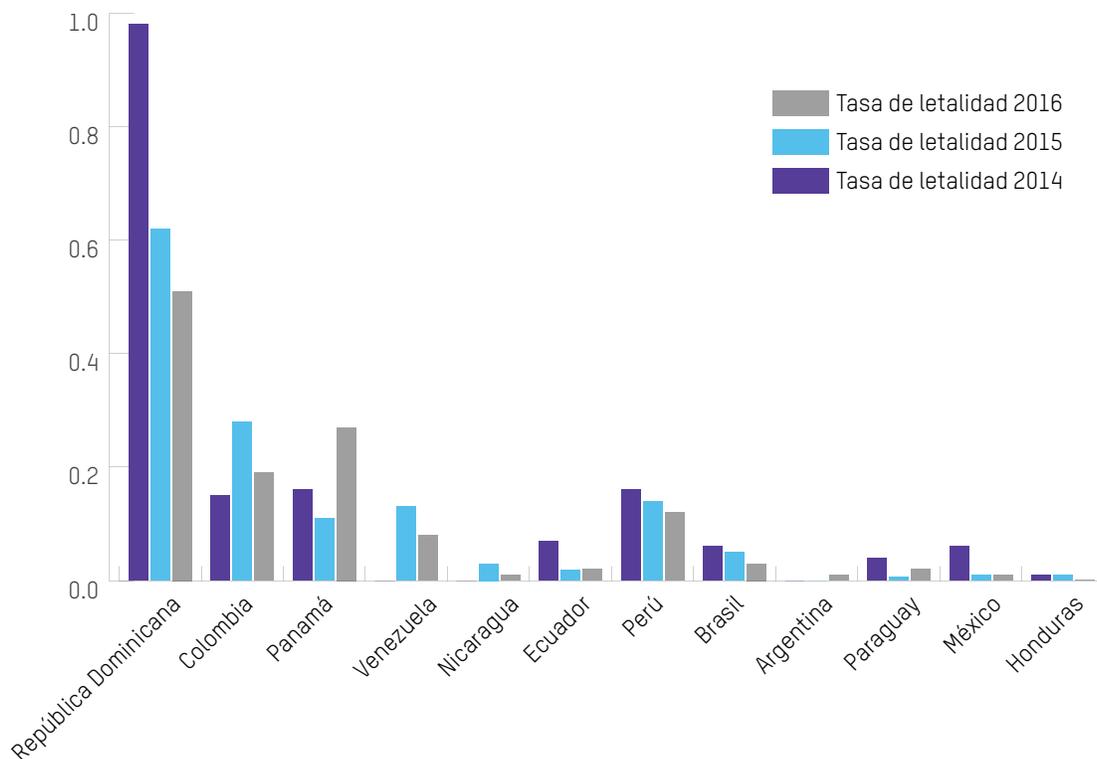
TABLA 8 - TASA DE LETALIDAD POR PAÍSES EN LATINOAMÉRICA Y CARIBE (2014-2016)

País	*Casos sospechosos de Dengue 2016	Casos sospechosos de Dengue 2015	Casos sospechosos de Dengue 2014	Número de defunciones por Dengue 2016	Número de defunciones por Dengue 2015	Número de defunciones por Dengue 2014	Tasa de letalidad 2016 (x 100)	Tasa de letalidad 2015 (x 100)	Tasa de letalidad 2014 (x 100)
República Dominicana	5772	17048	6274	30	107	62	0,51	0,62	0,98
Colombia	87774	57226	105356	167	161	166	0,19	0,28	0,15
Panamá	3332	3347	5517	9	4	9	0,27	0,11	0,16
Venezuela	29405	68389	75020	25	90	0	0,08	0,13	0
Nicaragua	61573	49323	35430	11	15	0	0,01	0,03	0
Ecuador	12663	42667	15446	3	8	12	0,02	0,018	0,07
Perú	27777	35837	19043	36	52	31	0,12	0,14	0,16
Brasil	1426005	1649008	591080	509	863	410	0,03	0,05	0,06
Argentina	76898	4774	3270	11	0	0	0,01	0	0
Paraguay	68025	68652	10010	16	5	5	0,02	0,007	0,04
México	67809	219593	124943	10	42	76	0,01	0,01	0,06
Honduras	188811	44834	43456	2	5	5	0,001	0,01	0,01
Bolivia	27607	27013	23726	0	0	0	0	0	0
Puerto Rico	34524	1867	8880	0	0	0	0	0	0
Costa Rica	15169	17394	11140	0	0	0	0	0	0
El Salvador	7043	50169	53460	0	6	6	0	0,01	0,01
Guatemala	5847	18058	19791	0	9	13	0	0,04	0,06

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO 4 TASA DE LETALIDAD POR DENGUE PRIMEROS 12 PAÍSES EN AMÉRICA LATINA Y CARIBE

TASA DE LETALIDAD DENGUE EN LATINOAMÉRICA Y CARIBE (2014-2015-2016)



Fuente: elaboración propia

Algunas consideraciones regionales:

- La pandemia de Zika Virus en la región de América Latina y Caribe tuvo una rápida propagación en 47 países en 30 semanas epidemiológicas aproximadamente, aunque las tasas de incidencia y prevalencia no reflejan realmente las tasa de ataque y la totalidad de casos de la enfermedad en cada país con brotes epidémicos y/o epidemias claramente desarrolladas.
- Tanto los eventos asociados a Zika Virus, como son el SGB y Microcefalia, tuvieron incidencia además de Brasil, especialmente en Colombia, Venezuela y Republica Dominicana en caso de SGB, y en Microcefalia Guatemala, Polinesia Francesa y Martinica tienen un comportamiento especial a resaltar y estudiar.
- Como se puede observar, existen evidencias de las relaciones entre la circulación de la novedad virémica del Zika Virus en los países con escenarios de tasas de ataque y prevalencias más elevados, y la incidencia asociada de SGB y Microcefalia en esos países con brotes epidémicos y/o epidemias en curva ascendente.



Promotoras de salud
República Dominicana
© Fran Afonso / Oxfam

- Las referencias sobre el DENGUE(DEN) en lo regional, especialmente su letalidad, demuestra ciertas vinculaciones entre los países con letalidad por DEN y los países con confirmación de Zika Virus (y SGB y Microcefalia). Es decir, está claro que la circulación de las enfermedades transmitidas por mosquitos especialmente Arbovirus en América Latina y Caribe continúan siendo un problema de salud pública y la epidemiología regional.
- Como se visualiza en las tablas y gráficos, en general las bases de datos regionales reconstruidas difícilmente aparecen referencias siquiera de la distribución de morbilidad por Arbovirus desagregado por sexo (masculino-femenino). Muchos menos referencias de análisis de género y arbovirosis.
- Los datos y registros epidemiológicos disponibles (con sus subregistros implícitos) caracterizan en lo regional una evolución de tasas de incidencia y prevalencia ascendentes por ciclos y periodicidad (caso "DENGUE"), y con tasas de ataque realmente elevadas en caso de novedad virémica de arbovirus (Chikungunya 2013-2014, Zika Virus en 2015-2016).

2.2 DENGUE Y ZIKA VIRUS EN REPÚBLICA DOMINICANA: IMPLICANCIAS, ESCENARIOS Y DESAFÍOS AL ESTUDIAR ARBOVIRUS

Para estudiar las enfermedades transmitidas por mosquitos en especial al Arbovirus a nivel epidemiológico, es una cuestión pendiente contextualizar el escenario donde analizar pormenorizadamente cada dimensión de la determinación socio-ambiental de la salud y la vida⁶² en República Dominicana, incluso el género como determinante de la salud-enfermedad. Podemos constatar que algunos indicadores *tradicionales* disponibles nos pueden ayudar a realizar una primera aproximación. Desde un enfoque tradicional de los determinantes sociales de la salud-enfermedad⁶³ como mediadores, nos demarcan situaciones evidentes que potencian crisis epidemiológica como Chikungunya en 2014, Dengue 2015 e incluso Zika en 2016:

La población en República Dominicana esta estimada en 10 135 105 de personas, un *"74.3% es urbana, donde el 25.1% de los hogares no cuenta con recolección y tratamiento adecuado de los residuos y el 26% no cuenta con fuentes mejoradas de agua segura para uso doméstico, siendo el 49.9% de los hogares a nivel país considerados pobres"*⁶⁴. Aunque en los diferenciales y brechas, esos indicadores oficiales se transforman en un 82,5% de los hogares *"pobres"* en provincias como Elías Piña, o el 31.2 % de los hogares en San Cristóbal no cuentan con recolección y saneamiento sobre residuos, o bien el 72.6 % en la Altagracia no cuenta con fuentes de agua segura para uso doméstico. La pobreza por ingresos y/o con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) no es homogénea, hay diferenciales y estratificaciones a su interior. Digamos que siempre se puede estar peor, incluso en el subsuelo de la pobreza que es la exclusión social⁶⁵. Mario Bronfman plantea su tesis de *"Como uno vive, se enferma y se muere"*⁶⁶, algo que puede explicar cómo las condiciones de vida generan reproducción social, distribución regresiva del ingreso, la riqueza y el poder, y su impacto en la salud colectiva y calidad de vida de los sujetos, familias y poblaciones.

Los escenarios de Cambio Climático en República Dominicana⁶⁷, resultan muy útiles para la comprensión histórica de procesos que tienen impactos en nuestras realidades sanitarias y sociales actuales y futuras. El documento de *Simulación Escenarios Climáticos Proyecto de la Tercera Comunicación Nacional de la República Dominicana (TCNCC) para la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre Cambio Climático* indica bajo el análisis de la información climática histórica 1984-2013 de República Dominicana, los siguientes resultados:

62 Breith, Jaime. *Epidemiología: economía política y salud*. Bases estructurales de la determinación social de la salud Editores: Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional. Año: 2010.

63 Marmot M.; Friel S.; Bell R.; Houweling TA.; Taylor S.; Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Lancet 2008.

64 Ministerio de Salud Pública de República Dominicana - Indicadores Básicos de Salud República Dominicana 2013 - Ver: file:///C:/Users/Gonzalo/Downloads/indicadores--basicos-de-salud-2013%20(2).pdf [Internet].

65 Sojo, Carlos. "Dinámica sociopolítica y cultural de la exclusión social". Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe(2000).

66 Bronfman, Mario. "Como se vive se muere. Familia, redes sociales, y muerte infantil". (Buenos Aires: Editorial Lugar). 2001.

67 Simulación Escenarios Climáticos Proyecto de la Tercera Comunicación Nacional de la República Dominicana (TCNCC) para la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre Cambio Climático 2016. GEF, PNUD RD, Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales de RD y Consejo Nacional para el Cambio Climático y Desarrollo de Mecanismo Limpio de Presidencia de la Nación de República Dominicana.

“LAS TEMPERATURAS MÍNIMAS Y TEMPERATURAS MÁXIMAS MUESTRAN UN INCREMENTO EN SUS VALORES PROMEDIO ANUALES, DONDE EXISTE UN INCREMENTO TENDENCIAL GENERALIZADO DE ENTRE 2°C Y 3°C EN LOS VALORES PROMEDIO ANUALES ... IMPLICANDO CONDICIONES CADA VEZ MÁS CÁLIDAS QUE EVIDENCIAN UN CICLO HIDROLÓGICO MAS INTENSIFICADO. LO ANTERIOR, FACILITA LA OCURRENCIA DE EVENTOS EXTREMOS DE LLUVIA Y CON ELLO MAYOR PROPENSIÓN A INUNDACIONES REPENTINAS”.

“HAY MAYOR OCURRENCIA DE EVENTOS EXTREMOS DE LLUVIA INTENSA DE ENTRE 20% Y 30% MAYOR A LOS PRESENTADOS EN LAS ÚLTIMAS DOS DÉCADAS ENTRE LOS MESES DE MAYO A OCTUBRE”.

“LAS TEMPERATURAS MÁXIMAS TENDRÁN UN INCREMENTO MÁS MARCADO, GENERALIZADO Y PODRÁN AUMENTAR DE ENTRE 2°C Y 3°C HACIA EL 2050 Y DE 3°C A 5°C HACIA EL 2070”.

“LA TEMPORADA DE SECAS (DICIEMBRE-ABRIL) PODRÁ INTENSIFICARSE AÚN MÁS HACIA EL 2050 Y 2070”.

“EL INICIO DE LAS LLUVIAS PODRÍA PRESENTAR UN AUMENTO SÚBITO EN LA LLUVIA TOTAL ACUMULADA TANTO HACIA EL 2050 Y 2070”.

La incorporación de Cambio Climático⁶⁸ y lo que algunos autores denominan “crisis civilizatoria”⁶⁹ es una dimensión crucial a considerar en los actuales impactos epidemiológicos^{70 71} nacionales y regionales en el caso de Zika Virus (como también para el Dengue, Chikungunya y otras arbovirosis). El actual fenómeno del Niño⁷² demuestra los impactos en salud durante este año en la región Latinoamericana y Caribeña.

La generación de eventos climáticos extremos (*aumento de temperaturas, lluvias intensas, huracanes, ciclones, sequías, entre otros*). Todos ellos producen cambios de comportamientos⁷³ epidemiológicos también extremos (*ver mapas del avance década a década de las fronteras del Dengue, Malaria⁷⁴, Cólera, CHIKV, ahora Zika, modificaciones en Infecciones Respiratorias Agudas, Enfermedades Diarreicas, Malnutrición, entre otros*).

68 Conde-Álvarez, Cecilia, y Sergio Saldaña-Zorrilla. “Cambio climático en América Latina y el Caribe: impactos, vulnerabilidad y adaptación”. Ambiente y desarrollo 23, no. 2 (2007): 23-30.

69 Cumbre Extraordinaria de Jefas y Jefes de Estado y del Gobierno del G77 + China – “Por un Nuevo Orden Mundial para Vivir Bien”. Ver: <http://www.g77bolivia.com/es/declaracion-de-santa-cruz> [Internet]. Santa Cruz, Bolivia, 2014.

70 Ballester, Ferran, Julio Díaz, y José Manuel Moreno. “Cambio climático y salud pública: escenarios después de la entrada en vigor del Protocolo de Kioto”. Gaceta Sanitaria 20 (2006): 160-174.

71 Ballester, Ferran. “El impacto del calor extremo en la salud: nuevos retos para la epidemiología y la salud pública”. Rev Esp Salud Pública 82, no. 2 (2008): 147-151.

72 Organización Mundial de la Salud – Ver: http://www.who.int/hac/crisis/el-nino/who_el_nino_and_health_global_report_21jan2016.pdf?ua=1

73 Ingersoll, Robert Green. “Cambio climático y sus consecuencias en las enfermedades infecciosas”. Revista Facultad Medicina UNAM 51, no. 5 (2008).

74 Sáez Sáez, Vidal, Jean Martínez, Yasmín Rubio-Palis, y Laura Delgado. “Evaluación semanal de la relación malaria, precipitación y temperatura del aire en la Península de Paria, estado Sucre, Venezuela.” (2007).

Morbi- mortalidades

"Mortalidad por causa de una enfermedad. enfermedades causantes de la muerte en determinadas poblaciones, espacios y tiempos".

Asimismo, las emergencias y desastres socioambientales^{75 76} siempre afectan más a las poblaciones, grupos y personas en situaciones de precariedad, con condiciones malsanas de sobrevivencia. No podemos desconocer -como la literatura científica- que siempre los que padecen año a año este tipo de emergencias son los más empobrecidos y excluidos de nuestros países. No podemos desconocer el escenario de problemas de salud-enfermedad potenciados por condiciones de vida desiguales y el Cambio Climático.

Desde la medicina social latinoamericana⁷⁷, se planea que el análisis de las determinaciones⁷⁸ (siendo las causas de las causas) y determinantes sociales de la salud-enfermedad son fundamentales para comprender los procesos estructurantes de las morbi-mortalidades desiguales en las formas de enfermar y morir de las poblaciones, grupos sociales, familias, individuos.

La dimensión del Urbanismo y las Desigualdades⁷⁹, conceptualizando el "Derecho a la Ciudad"^{80 81}, nos permite pensar en una nueva Epidemiología de la Ciudades, donde los conocimientos y saberes tradicionales de la salud pública quedaron de alguna forma impotentes y en muchos casos incompetentes para un abordaje e inteligencia epidemiológica sobre el urbanismo, la determinación socioambiental de la salud colectiva y la vida urbana. Pareciera impostergable, redefinir y diseñar nuevos marcos conceptuales y metodológicos de la Salud en las Ciudades⁸².

Según JAIME BREILH lo define como urbanizaciones⁸³ caóticas, inequitativas y malsanas, presentes en nuestras grandes ciudades de América Latina y el Caribe, donde Santo Domingo(RD) y otras Ciudades de República Dominicana no son la excepción, significan pensar como esas situaciones socio-demográficas producen impactos ambientales con la generación masiva de desechos (con aún deficitarios sistemas de gestión integral de residuos sólidos), la sobredemanda de infraestructura social y pública (*carencias de acceso*

75 Lavell, Thomas Allan. "Ciencias sociales y desastres naturales en América Latina: un encuentro inconcluso". Revista EU-RE-Revista de Estudios Urbano Regionales 19, no. 58 (1993).

76 Macías, Jesús Manuel. "Significado de la vulnerabilidad social frente a los desastres". Revista Mexicana de Sociología (1992): 3-10.

77 Celia Iriart, Howard Waitzkin, Jaime Breilh, Alfredo Estrada y Emerson Elías Merhy. "Medicina Social Latinoamericana: aportes y desafíos". Revista Panamericana Salud Publica/Pan Am J Public Health 12(2), 2002.

78 Breilh, Jaime. Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud Editores: Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional. Año: 2010.

79 David, Harvey. "Urbanismo y desigualdad social." Edit. Siglo XXI, España(1973).

80 Lefebvre, Henri. El derecho a la ciudad. Península, 1976.

81 Harvey, David. Ciudades rebeldes: del derecho de la ciudad a la revolución urbana. Ediciones Akal, 2013.

82 ABRASCO - "Ciudades Saludables y Sustentables" <https://www.abrasco.org.br/site/2016/02/carta-de-alerta-da-abrasco-cidades-saudaveis-e-sustentaveis-este-e-o-desafio-urgente/>

83 Breilh, Jaime. "La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano". Salud Colectiva 6, no. 1 (2010): 83.

“EL MERCADO COMO SIEMPRE ASUME QUE ÉL NO TIENE RESPONSABILIDADES SOCIALES SINO DE NEGOCIOS, Y DEJA AL ESTADO COMO ÚNICO RESPONSABLE FRENTE A LAS DINÁMICAS POBLACIONALES Y SOCIETALES”.

a agua potable, servicios de saneamiento, redes cloacales, entre otros), espacios públicos que impulsan patrones de consumo malsanos (con preponderancia de producción de plásticos), destrucción de espacios verdes y de inseguridad alimentaria.

Nuestras grandes, medianas y pequeñas Ciudades, son urbanizaciones que reproducen modelos urbanísticos-rentísticos, generan emprendimientos inmobiliarios privados para ganancia lucrativa/financiera pero sin provisiones-planificaciones de planeamiento urbano saludable y protector, con inversiones en servicios públicos universales necesarios (servicios de agua, tratamiento de basura, entre otros). El propio DAVID HARVEY lo expresa en sus trabajos describiendo que *“el Mercado como siempre asume que él no tiene responsabilidades sociales sino de negocios, y deja al Estado como único responsable frente a las dinámicas poblacionales y societales”.*

Así para pensar las endemias o epidemias como Zika Virus hoy (Chikungunya y Dengue), aparecen los nudos críticos “país” de República Dominicana tradicionales pero no menos importantes como son:

- Saneamiento y Gestión Integral de Residuos
- Agua
- Pobreza /Condiciones de Vida
- Vivienda
- Espacio público y Cuidado del Ambiente

2.2.1 ZIKA VIRUS, SGB Y MICROCEFALIA EN REPUBLICA DOMINICANA: DIFERENCIALES POR SEXO

EL 23 de enero del 2016, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) informa que resultaron positivas al virus del Zika (ZIKV) 10 de 27 muestras de sangre de igual número de casos sospechosos en República Dominicana. Estos casos fueron confirmados mediante técnicas de reacción de cadena de polimerasa en tiempo real (PCR) demostrando así la circulación del virus del Zika en el territorio dominicano. La fecha de inicio de los síntomas de los casos confirmados correspondían al período del 3 y 18 de enero del 2016.

La presencia del virus del Zika se detectó en el Distrito Nacional y los municipios *Santo Domingo Norte; Jimaní de provincia Independencia; y Santa Cruz de Barahona*. Ocho de los 10 casos confirmados correspondieron a personas con edades entre 15 y 57 años, mientras que dos son niños menores de 5 años. Se detectó transmisión activa en el municipio Jimaní, mientras en los demás territorios el patrón de transmisión es disperso (casos aislados y pequeños conglomerados).

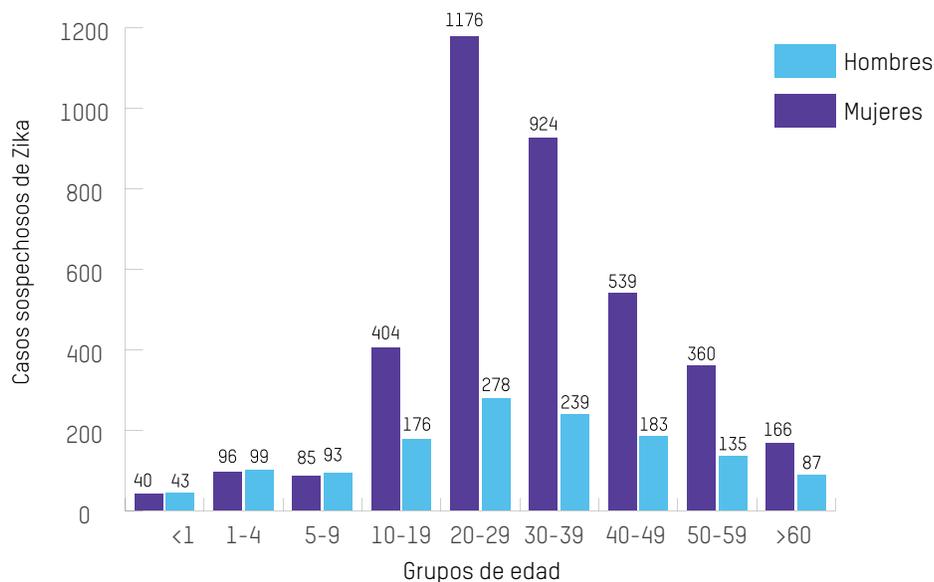
TABLA 5 - CASOS DE ZIKA POR GRUPO DE EDAD Y SEXO EN LA REPÚBLICA DOMINICANA (SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 1-32)

Grupo de Edad	Casos sospechosos Zika / MUJERES	Casos sospechosos de Zika / HOMBRES	
<1	40	43	
1-4	96	99	
5-9	85	93	
10-19	404	176	
20-29	1176	278	
30-39	924	239	
40-49	539	183	
50-59	360	135	
>60	166	87	
Totales:	3790	1333	5123

Fuente: Elaboración propia.

**GRÁFICO 5
CASOS SOSPECHOSOS DE ZIKA POR GRUPO DE EDAD Y SEXO EN LA REPÚBLICA DOMINICANA (SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 1-32 2016)**

CASOS DE ZIKA POR GRUPO DE EDAD Y SEXO EN LA REPÚBLICA DOMINICANA SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 1-32 2016



Fuente: Elaboración propia.

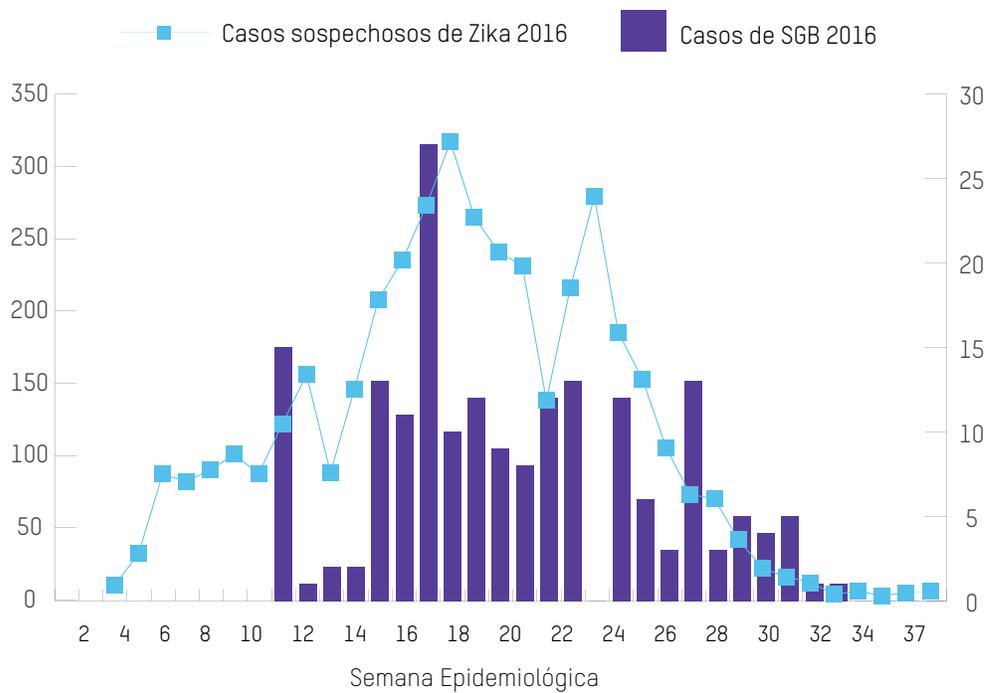
TABLA 6 - CASOS DE ZIKA Y SGB SEGÚN EN LA REPÚBLICA DOMINICANA (SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 1-36)

Semana Epidemiológica	Casos sospechosos de Zika 2016	Casos de SGB 2016
1	0	0
2	0	0
3	10	0
4	32	0
5	87	0
6	82	0
7	90	0
8	101	0
9	87	0
10	122	15
11	156	1
12	88	2
13	146	2
14	208	13
15	235	11
16	273	27
17	317	10
18	265	12
19	241	9
20	231	8
21	138	12
22	216	13
23	279	0
24	185	12
25	153	6
26	105	3
27	73	13
28	70	3
29	42	5
30	22	4
31	16	5
32	12	1
33	4	1
34	6	0
35	3	0
36	5	0
37	6	0
TOTALES	4106	188
Según BOLETIN DIGEPI	5174	274

Fuente: Elaboración propia según Boletines DIGEPI y base de datos de casos.

GRÁFICO 6 CASOS DE ZIKA Y SGB EN LA REPÚBLICA DOMINICANA (SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 1-36)6)

ZIKA Y SGB EN LA REPÚBLICA DOMINICANA 2016



Fuente: Elaboración propia según Boletines DIGEPI y base de datos de casos.

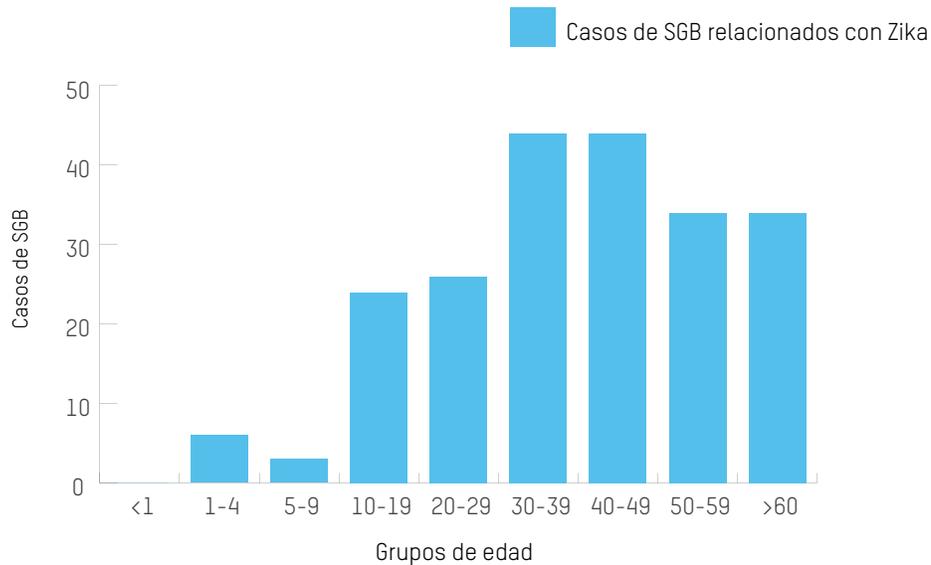
TABLA 7 - CASOS DE SGB RELACIONADOS CON ZIKA POR GRUPO DE EDAD Y SEXO EN LA REPÚBLICA DOMINICANA 2016

Grupo de Edad	Casos de SGB relacionados con Zika
<1	0
1-4	6
5-9	3
10-19	24
20-29	26
30-39	44
40-49	44
50-59	34
>60	34
total	215
Femenino = 124	57,67%
Masculino = 91	42,33%

Fuente: Elaboración propia según Boletines DIGEPI y base de datos de casos.

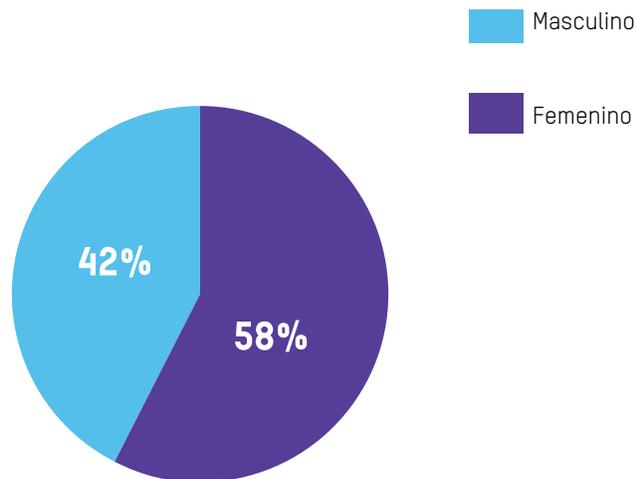
GRÁFICO 7 CASOS DE SGB RELACIONADOS CON ZIKA POR GRUPO DE EDAD EN LA REPÚBLICA DOMINICANA 2016

CASOS DE SGB RELACIONADOS CON ZIKA (2016)



Fuente: Elaboración propia según Boletines DIGEPI y base de datos de casos.

GRÁFICO 8 CASOS DE SGB RELACIONADOS CON ZIKA POR SEXO EN LA REPÚBLICA DOMINICANA 2016



Fuente: Elaboración propia según Boletines DIGEPI y base de datos de casos.

2.2.2. CHIKUNGUNYA: EPIDEMIA 2014 Y ALTA TASA DE ATAQUE EN RD

En los finales del año 2013, la epidemia de Chikungunya⁸⁴ (palabra que proviene del idioma Makonde de África que significa “*aquel que se encorva*”) comenzó en la sub-región del Caribe identificado en la Isla francesa San Martín en diciembre del 2013 según información oficial de la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS), y existieron casos confirmados por lo menos en 17 países y territorios caribeños, y en Centroamérica en El Salvador⁸⁵. Parte de América Latina y el Caribe tuvo circulación viral, ya que el vector transmisor de CHIKV (*Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*), es el mismo que el Dengue (y Fiebre Amarilla) diseminado en toda Latinoamérica.

Es una enfermedad descubierta en 1952 en el sur de Tanzania, hasta el momento en más de 60 años no se habían registrado casos locales en Latinoamérica. Si brotes epidémicos en Asia y África, incluyendo a Europa en Italia⁸⁶ en el año 2007. En República Dominicana tuvo una incidencia, prevalencia y tasa de ataque de las más importantes de la región de América Latina y Caribe, en algunas estimaciones del 60 al 80% de tasa de ataque en la población dominicana.

TABLA 8 - CASOS DE CHIKUNGUNYA ACUMULADOS POR GRUPO EDAD Y SEXO EN REPÚBLICA DOMINICANA (2014 HASTA SE 32, 2016)

Grupo de Edad	Casos sospechosos CHIKV/ MUJERES	Casos sospechosos CHIKV / HOMBRES	
(1) <1	357	405	
(2) 1-4	162	190	
(3) 5-9	146	160	
(4) 10-19	425	355	
(5) 20-29	894	436	
(6) 30-39	669	325	
(7) 40-49	525	245	
(8) 50-59	441	194	
(9) >60	397	263	
Totales:	4016 (61%)	2573 (39%)	6589

Fuente: Elaboración propia según Boletines DIGEPI y base de datos de casos.

84 OPS-OMS. Chikungunya: nuevo virus en la región de las Américas. Ver: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9724%3Achikungunya-un-nuevo-virus-en-la-region-de-las-americas&Itemid=1926&lang=es [Internet].

85 OPS-OMS. Número de casos reportados en países o territorios con transmisión autóctona de Chikungunya en las Américas (2013-2014) – Casos acumulados SE 26. Ver: file:///C:/Users/Gonzalo/Downloads/2014-jun-27-cha-CHIKV-casos-autoc-import-se-26.pdf [Internet]

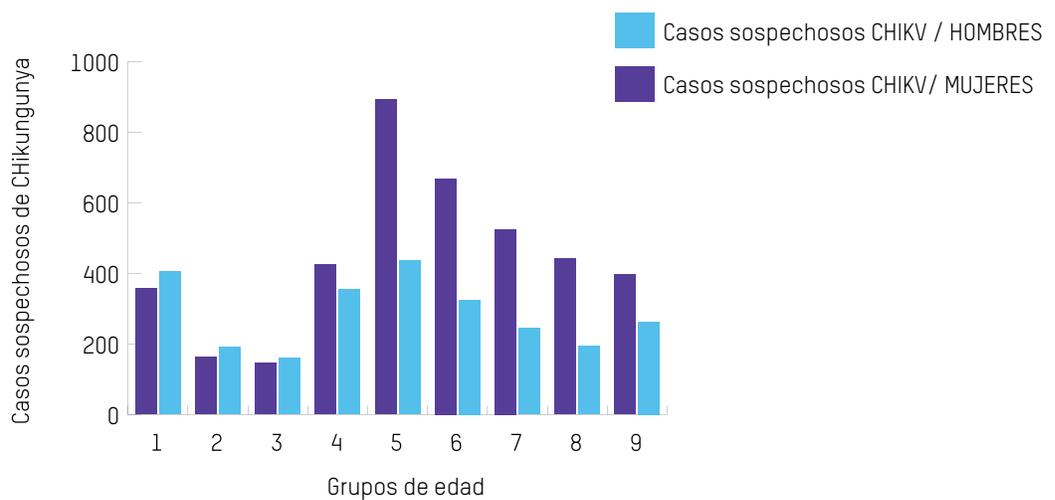
86 Rezza, G., L. Nicoletti, R. Angelini, R. Romi, AC Finarelli, M. Toma panorámica, P. Cordioli et al. “La infección con el virus de chikungunya en Italia: Un brote en una región templada” The Lancet 370, no. 9602 (2007): 1840-1846.



EN REPÚBLICA DOMINICANA LA EPIDEMIA DE CHIKUNGUNYA TUVO UNA INCIDENCIA, PREVALENCIA Y TASA DE ATAQUE DE LAS MÁS IMPORTANTES DE LA REGIÓN DE AMÉRICA LATINA Y CARIBE, EN ALGUNOS ESTUDIOS Y ESTIMACIONES DEL 60 AL 80% DE LA POBLACIÓN DOMINICANA.

Promotoras de salud
Comunidad Peñón,
Barahona, República Dominicana
© Fran Afonso / Oxfam

GRÁFICO 9
CASOS DE CHIKUNGUNYA POR GRUPO DE EDAD Y SEXO EN LA REPÚBLICA DOMINICANA (2014-2016)



Fuente: Elaboración propia según Boletines DIGEPI y base de datos de casos.

TABLA 9 - CASOS CHIKUNGUNYA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA 2014

Semana epidemiológica 2014	Casos sospechosos	Defunciones
SE 9-15	7520	
SE16	2431	
SE 17	8058	
SE 18	4839	
SE 19	6329	
SE 20	9421	1
SE 21	13299	
SE 22	20382	2
SE 23	19469	
SE 24	30591	
SE 25	28598	
SE 26	32598	
SE 27	41829	
SE 28	30606	
SE 29	26312	
SE 30	23700	3
SE 31	18482	
SE 32	13336	
SE 33	12385	
SE 34	9020	
SE 35	6962	
SE 36	5660	
SE 37	5128	
SE 38	4403	
SE 39	3606	
SE 40	4362	
SE 41	4681	
SE 42	3896	
SE 43	3125	
SE 44	3579	
SE 45	2275	
SE 46	2010	
SE 47	2143	
SE 48	1681	
SE 49	1430	
SE 50	1409	
SE 51	1032	
SE 52	634	
SE 53	160	
Total	539.099	6

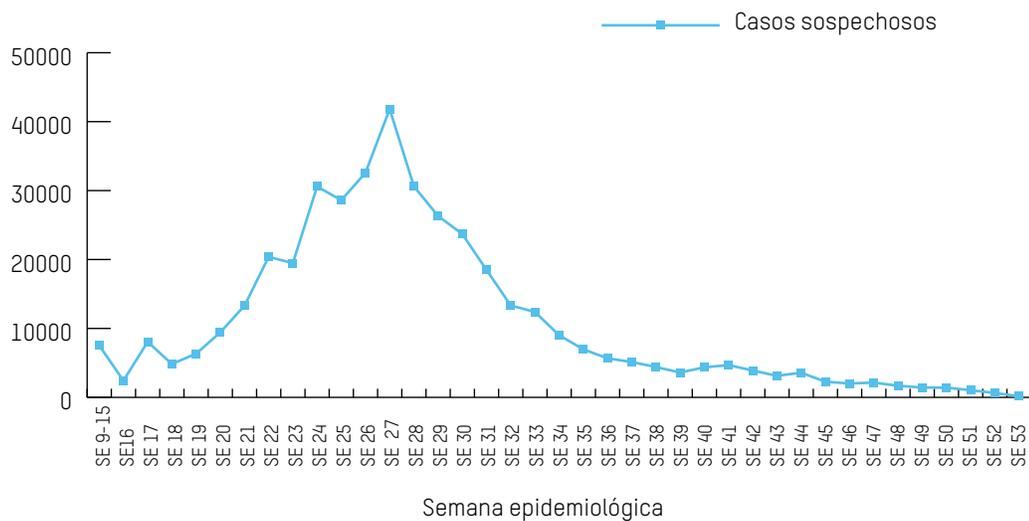
Fuente: Elaboración propia según Boletines DIGEPI 2014 y base de datos de casos.

DE LOS CUATRO SEROTIPOS EXISTENTES DE DENGUE CONOCIDOS (DEN1, DEN2, DEN3 Y DEN4), EN REPÚBLICA DOMINICANA EXISTE LA CIRCULACIÓN DE LOS 4 SEROTIPOS EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS.

Promotoras de salud
Apolinar Perdomo
República Dominicana
© Fran Afonso / Oxfam



GRÁFICO 10
EPIDEMIA CHIKUNGUYA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA 2014



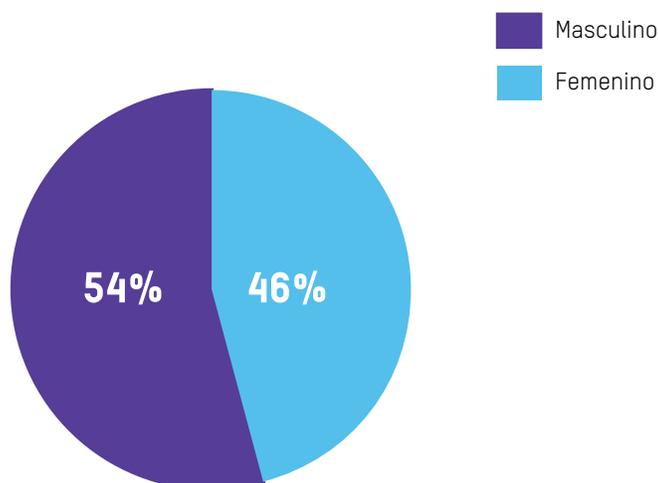
2.2.3 DENGUE: EL ARBOVIRUS POR EXCELENCIA DE REPÚBLICA DOMINICANA

El virus del dengue(DEN), con un comportamiento trianual, se caracteriza por tener dos años con alta incidencia, seguido de otro de baja incidencia. De los cuatro serotipos existentes de Dengue conocidos (DEN1, DEN2, DEN3 y DEN4), en República Dominicana existe la circulación de los 4 serotipos en los últimos 3 años.

TABLA 10 - CASOS DE DENGUE ACUMULADOS POR GRUPO EDAD Y SEXO EN REPÚBLICA DOMINICANA(2013 HASTA SE 32, 2016)

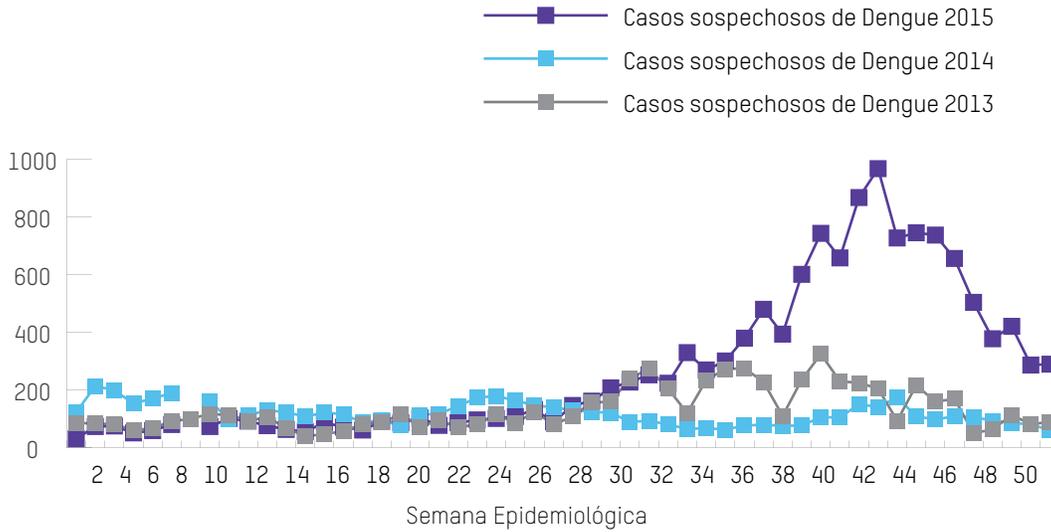
Grupo de Edad	Casos sospechosos Dengue MUJERES	Casos sospechosos Dengue HOMBRES
<1	1293	1427
1-4	3048	3097
5-9	4890	4604
10-19	7380	9308
20-29	1968	2806
30-39	847	1151
40-49	522	816
50-59	514	624
>60	618	901
Totales	21080	24734 (N= 45814)

**GRÁFICO 11
CASOS DE DENGUE ACUMULADO**



Fuente: Elaboración propia según Boletines DIGEPI y base de datos de casos acumulados.

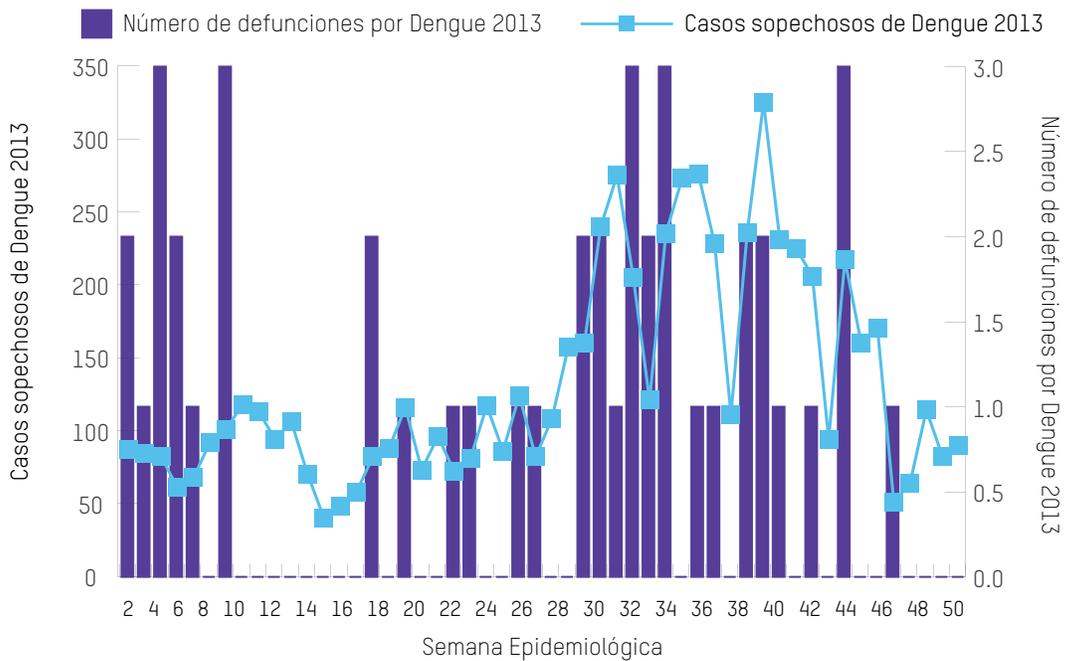
GRÁFICO 12
CASOS DE DENGUE ACUMULADOS POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA EN REPÚBLICA DOMINICANA (2013 HASTA 2015)



Fuente: Elaboración propia según Boletines DIGEPI MSP.

GRÁFICO 13
CASOS DE DENGUE ACUMULADOS Y DEFUNCIONES POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA EN REPÚBLICA DOMINICANA (2013)

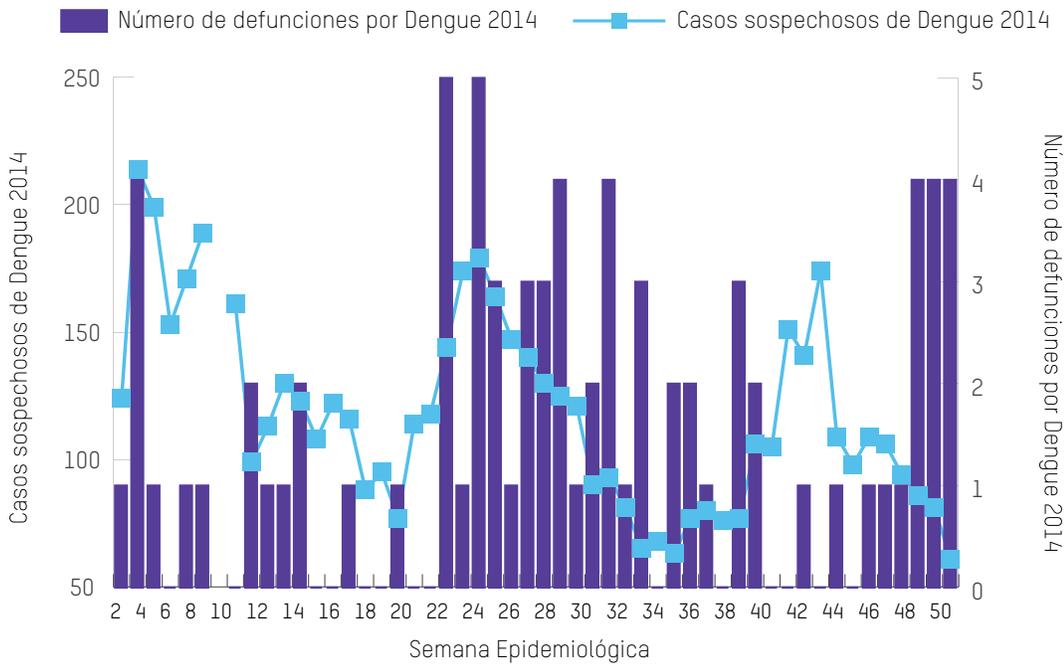
DENGUE EN LA REPÚBLICA DOMINICANA 2013
SEROTIPOS CIRCULANTE: DEN 1, 2, 4



Fuente: Elaboración propia según Boletines DIGEPI MSP.

GRÁFICO 14 CASOS DE DENGUE ACUMULADOS Y DEFUNCIONES POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA EN REPÚBLICA DOMINICANA (2014)

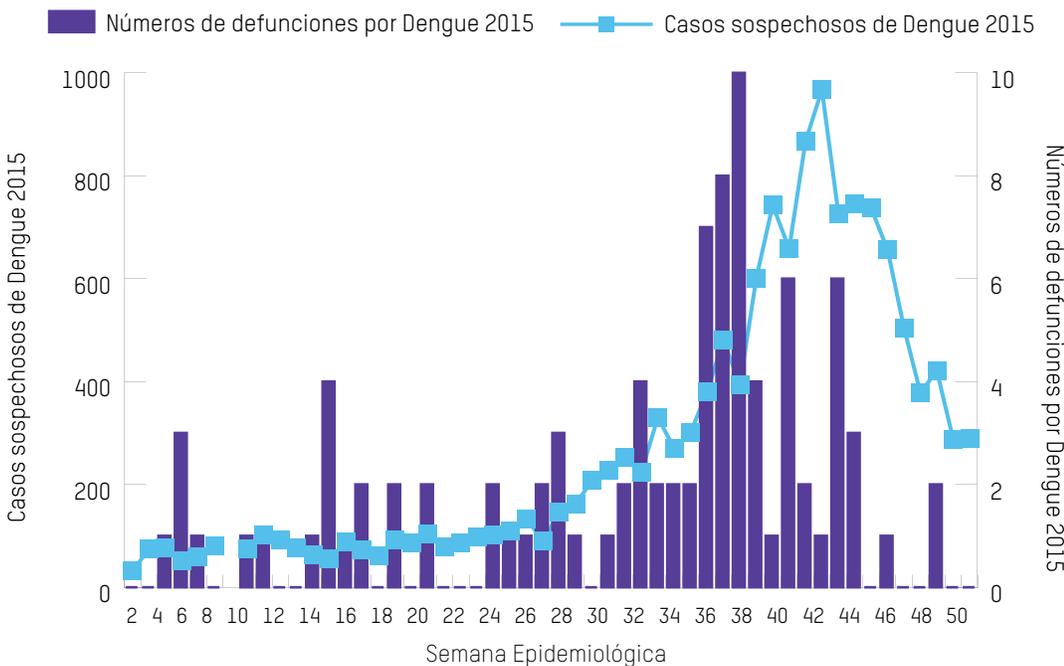
DENGUE EN LA REPÚBLICA DOMINICANA 2014 SEROTIPOS CIRCULANTE: DEN 1, 2, 4



Fuente: Elaboración propia según Boletines DIGEPI MSP.

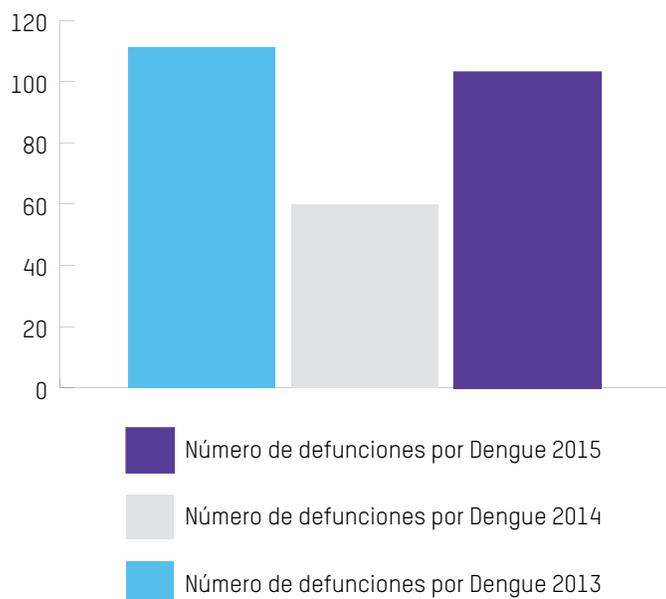
GRÁFICO 15 CASOS DE DENGUE ACUMULADOS Y DEFUNCIONES POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA EN REPÚBLICA DOMINICANA (2015)

DENGUE EN LA REPÚBLICA DOMINICANA 2015 SEROTIPOS CIRCULANTE: DEN 1, 2, 4



Fuente: Elaboración propia según Boletines DIGEPI MSP.

GRÁFICO 16 DEFUNCIONES POR DENGUE (2013 / 2014 /2015)



Fuente: Elaboración propia según Boletines DIGEPI y base de datos de casos acumulados.

TABLA 11- DEFUNCIONES POR DENGUE (2013 / 2014 /2015)

Defunciones DEN 2013	Defunciones de DEN 2014	Defunciones de DEN 2015	Defunciones de DEN 2016 (SE 37)
111	60	103	30

Fuente: Elaboración propia según Boletines DIGEPI y base de datos de casos acumulados

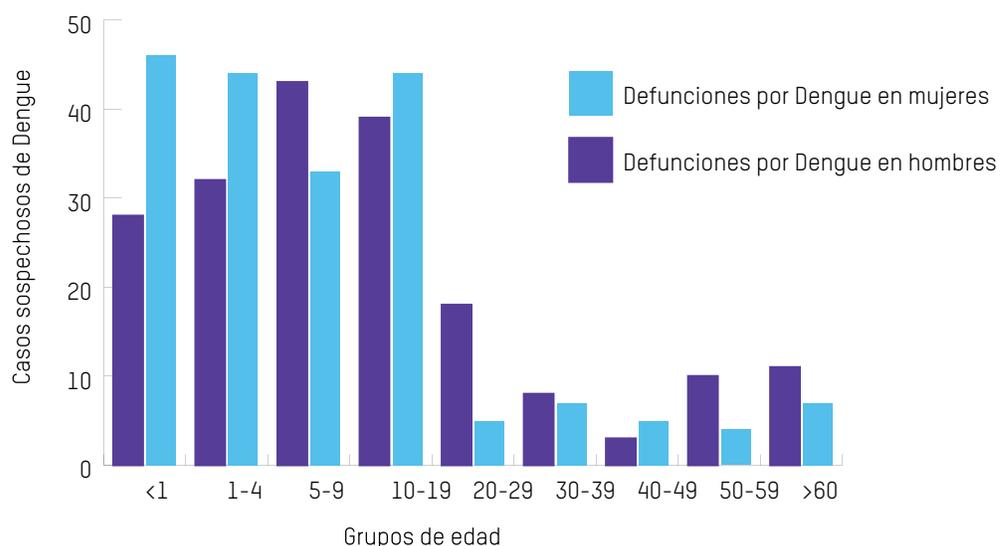
TABLA 12- DEFUNCIONES ACUMULADOS POR DENGUE POR GRUPO DE EDAD Y SEXO EN LA REPÚBLICA DOMINICANA (2013 HASTA SE 37 2016)

Grupo de Edad	Defunciones por Dengue MUJERES	Defunciones Dengue HOMBRES
<1	46	28
1-4	44	32
5-9	33	43
10-19	44	39
20-29	5	18
30-39	7	8
40-49	5	3
50-59	4	10
>60	7	11
Total:	195	192 (N=387)

Fuente: Elaboración propia en base a datos oficiales

GRÁFICO 17
DEFUNCIONES ACUMULADO POR DENGUE POR GRUPO DE EDAD Y SEXO
(2013 HASTA SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 32 2016)

DEFUNCIONES ACUMULADO POR DENGUE POR GRUPO DE EDAD Y SEXO EN LA REPÚBLICA DOMINICANA (2013 - 2016)



Fuente: Elaboración propia en base a datos oficiales.

Aproximaciones epidemiológicas según análisis de fuentes secundarias del sistema de información en salud y evidencias disponibles sobre indicadores antes descriptos:

- Con respecto al Zika Virus en República Dominicana, los casos notificados por Boletín Epidemiológico del Ministerio de Salud Pública y base de datos de casos del Servicio Nacional de Salud muestran curvas epidémicas entre Semanas Epidemiológicas 15 a la 21 del 2016. Así la curva de casos de Zika Virus coincide en mismas semanas con aparición y tendencia ascendente de casos de SGB en el país.

- El total de casos sospechosos registrados y notificados en el Boletín Epidemiológico sobre Zika Virus en República Dominicana fueron de 5123 (según definición de caso de la OPS-OMS). Comparativamente la totalidad de 539.099 casos sospechosos registrados de CHIKV en 2014, o de los brotes epidémicos de Dengue totalizando 17.141 casos en 2015, y 16.879 casos en el 2013; pensamos que el cuadro clínico inespecífico asociado a Zika Virus (muchos casos sin fiebre, sólo con mialgias y "rash" leves) pudiera ser un factor explicativo de los pocos casos sospechosos registrados en sistema de información en salud en el periodo epidémico de República Dominicana. Así la poca cantidad de casos registrados no permiten sacar análisis concluyentes en otros aspectos de este Arbovirus.

- El registro de casos de Zika desde la distribución por sexo demuestra una tendencia a la “feminización”. De los 5123 de casos de ZIKV notificados oficialmente en Boletín Epidemiológico hasta SEMANA 36 del 2016, el 74 por ciento(%) fueron de sexo femenino (3790). Tan sólo un 16 por ciento(%) de los casos de Zika en República Dominicana tuvieron que ver con sexo masculino(1333). Los factores explicativos podrán ser analizados en el Capítulo 3 de este Estudio al abordar la dimensión de género y ETM.

- En cuanto al comportamiento del Zika Virus según grupos etáreos, la franja etaria comprendida entre 20 y 39 años da cuenta del 55% del total de casos en mujeres y del 39% en varones. Por otro lado, el 18% de los casos en varones se presentan en menores de 9 años, mientras que este porcentaje para las mujeres es menor al 6%. En todos los grupos etáreos entre jóvenes y adultos, la tendencia es mayoría de casos femeninos.

- En la asociación Zika Virus con la incidencia de Síndrome de Guillaen Barré(SGB), queda evidenciado en las curvas epidémicas como en el periodo de mayor transmisión de casos de Zika Virus en República Dominicana, existe asociación entre la incidencia y frecuencia de casos de SGB confirmados en las semanas de mayor cantidad de casos de Zika Virus. Con respecto a la distribución por sexo, la última información disponible de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública de Dominicana confirma a la Semana 32 un total de 501 casos de SGB de los cuales hay asociación confirmada de 266 en SGB, donde el 52 por ciento son masculinos y un 48 por ciento(%) es femenino. En cuanto al grupo de edad, el 84 por ciento (%) fueron mayores de 20 años (los rangos con más casos son de 30-39 y 40-49 años).

- La asociación de Zika Virus con incidencia de Microcefalia en mujeres gestantes, con un acumulado de 22 casos a la SE46 en República Dominicana, resulta ser el tercer país con mayor incidencia de la región.

- El caso de la epidemia de Chikungunya del año 2014 en República Dominicana, muestra en indicadores epidemiológicos oficiales también una tendencia de “feminización” en los registros. El 61 por ciento(%) de los casos fueron mujeres, y el 39 por ciento(%) fueron masculinos. Los grupos de edad con mayor porcentaje de casos fueron el rango de 20-29 años en un 20 por ciento(%) del total, el 15 por ciento(%) son del rango de edad de 30-39 años, y el rango de edad de 10-19 años representa al 12 por ciento(%) de casos sobre el total. Las semanas epidemiológicas con curva epidémica ascendente fueron entre la SE 25 a la SE 28.

- En el caso del Dengue, los últimos 3 años muestran brotes epidémicos en carácter bianual (en 2013 y 2015), y caída de casos en 2014. En los años 2013 y 2014 circulación de serotipos de DEN1, DEN2, DEN4; y en año 2015 serotipos DEN2, DEN3 y DEN4.

- Sobre los casos acumulados de Dengue en años 2013, 2014 y 2015 (Total: 45814), en la distribución por sexo es del 54 por ciento (%) de casos masculino(N=24734) y 46 por ciento(%) femenino(N=21080). En este Arbovirus existe una leve masculinización de los casos.
- En tanto el análisis por grupos de edad de casos acumulados de Dengue(periodo 2013-2015), el 36 por ciento(%) es en rango 10-19 años en jóvenes, el 21 por ciento(%) en niños/as de rango 5-9 años, el 13 por ciento(%) de casos DEN es en rango edad de 1-4 años, el 10 por ciento(%) en rango de edad de 20-29 años y 6 por ciento(%) en menores de 1 año. Es decir, existe una evidente significancia de casos de DENGUE sobre la población de niños/as y adolescentes (del rango entre <1 a 19 años), donde se dieron el 76 por ciento(%) de los casos acumulados en República Dominicana entre 2013 al 2015. Válido resaltar que el 36 por ciento del total de casos acumulados de Dengue se dio en población juvenil (10-19 años).
- En cuanto a defunciones, como demuestran los datos de tasas de letalidad regionales de Dengue, República Dominicana durante el 2015 tuvo una tasa de letalidad del 210 por ciento(%) promedio más que la segunda tasa de letalidad más alta de América Latina y Caribe que fue la de Colombia. Es decir, la letalidad de Dengue en República Dominicana es más del doble que la media más alta regional.
- En cuanto al comportamiento epidemiológico de la letalidad por Dengue en el país, República Dominicana lleva 304 muertes por Dengue en el periodo 2013 a la SE 32 del 2016. Aunque base de datos disponibles registran 387 muertes en el mismo periodo.
- De las bases de datos disponibles, sobre el total de muertes acumuladas por DENGUE entre 2013 y 2016, se encuentra que 50.4 por ciento (%) de defunciones fueron mujeres, y el 49.6 por ciento(%) en hombres. La "feminización" de la letalidad por Dengue es leve. La distribución es casi por mitades.
- En cuanto a los grupos de edad en las defunciones por Dengue (periodo 2013 al SE 32 2016), el 21 por ciento(%) de defunciones es en grupo de edad de 10-19 años, el 20 por ciento(%) de defunciones es en el rango de edad de 1-4 años, también el 20 por ciento(%) de defunciones son en rango edad de 5-9 años y el 19 por ciento(%) de defunciones es en menores de 1 año de edad. Vale decir, el grupo etario de menores de 19 años explica el 80% de las defunciones por dengue en República Dominicana.
- Ahora bien, cuando se desagrega las defunciones acumuladas de Dengue analizando sólo los rangos de edad entre <1 a 19 años, es decir niños/as y adolescentes, resulta que la distribución por sexo es 54 por ciento(%) femenino y el 46 por ciento(%) es masculino. Es decir, aunque en el total de los casos acumulados es mayor en hombres que en mujeres, en defunciones en el rango de edad de mayor incidencia se observa una tendencia "feminización" de las muertes por Dengue en niñas y adolescentes de República Dominicana.



CAPÍTULO 3

**PERFIL DE MUJERES EN 4
CONGLOMERADOS URBANOS Y
PERSPECTIVA DE GÉNERO EN
RELACIÓN A ETM**

3.1. SELECCIÓN DE 4 CONGLOMERADOS URBANOS DE SANTO DOMINGO, ELÍAS PIÑA, MONTE CRISTI Y SAN CRISTÓBAL

Las provincias priorizadas en Estudio fueron seleccionadas de acuerdo a la presencia operacional de las instituciones autoras y gestoras de esta investigación (viabilidad operativa) y también de acuerdo a los indicadores epidemiológicos de fuentes secundarias de tasas de incidencia en Arbovirus en los últimos 3 años (en Santo Domingo y San Cristóbal).

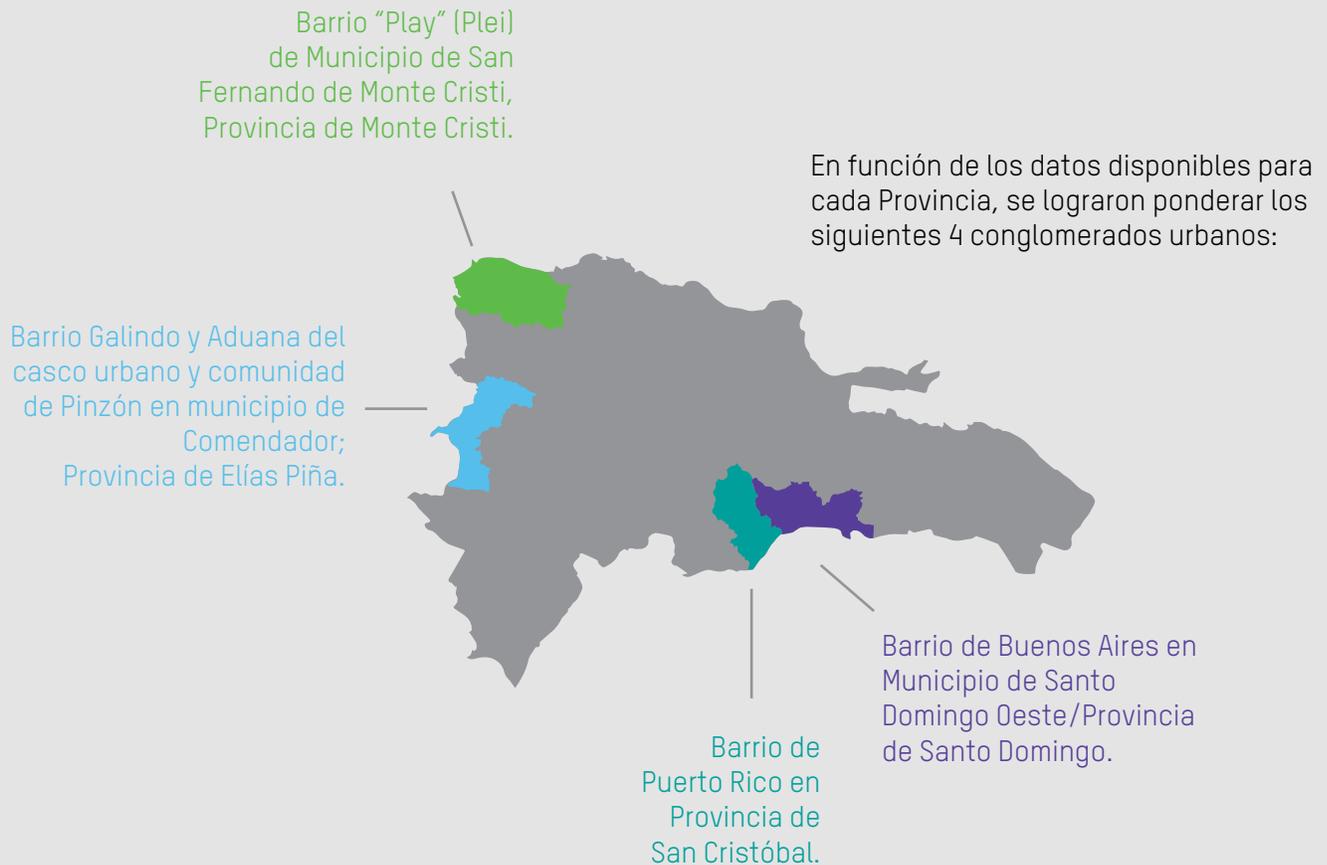
Los Conglomerados urbanos fueron seleccionados según fuentes secundarias epidemiológicas y socio demográficas (*densidad poblacional, tasa prevalencia Arbovirus 2015-2016 e índices larvales/vectoriales disponibles*) y la presencia de servicios de salud pública de referencia en las provincias de Santo Domingo, Elías Piña, Monte Cristi y San Cristóbal.

TABLA 12 – EJEMPLO MODELO INDICADORES PARA PONDERACIÓN DE CONGLOMERADO URBANO (SELECCIÓN DE LOS BARRIOS)

Sectores	Zika 2016 (SE25)	Dengue 2015	Dengue 2016 (SE 25)	índice de Breteau (2016) *	Cantidad de Habitantes (Demografía km2)

- 1º cantidad de casos:
 - 2º cantidad de casos:
 - 3º cantidad de casos:
- 1º índice Breteau:
 - 2º índice Breteau:
 - 3º índice Breteau:
- 1º cantidad habitantes km2:
 - 2º cantidad habitantes km2:
 - 3º cantidad habitantes km2:

* Índice Breteau: número de recipientes positivos por cada 100 viviendas inspeccionadas (OMS).



3.1.2. SELECCIÓN Y ENCUESTA DE 400 MUJERES EN LOS CONGLOMERADOS URBANOS PRIORIZADOS

Las mujeres encuestadas, fueron seleccionadas desde un punto al azar (sorteo de una "calle"), y de manera aleatoria contabilizando 1 vivienda cada 5 hasta llegar a las 100 en cada conglomerado urbano (barrio) seleccionado. Cada mujer encuestada fue informada de su derecho a la confidencialidad y a la solicitud de consentimiento informado.

De esta manera, se diseñó y aplicó un modelo de encuesta rápida para la elaboración del perfil epidemiológico de mujeres de los conglomerados urbanos elegidos según criterios de selección geo-espacial.

Se estableció la realizaron 400 encuestas a mujeres de diferentes edades (rangos de 20-29, 30-39, y 40-49), las cuales fueron registradas, sistematizadas y analizadas para este estudio un total de 396 encuestas (hubo 4 encuestas de Monte Cristi descartadas por errores de registro):

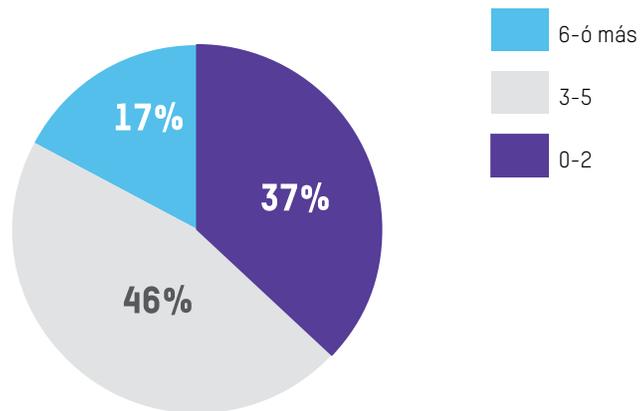
- 101 en Buenos Aires (Santo Domingo Oeste).
- 95 en "Play" (San Fernando de Monte Cristi).
- 100 en Puerto Rico (San Cristóbal).
- 100 (distribuidas 25 en barrio Galindo, 25 en Aduana, y 50 en Pinzón) en Comendador (Elías Piña).

La encuesta identifica características generales del hogar y de la mujer incluyendo aspectos demográficos, laborales, familiares, sociales y educativos, así como sus conocimientos y actitudes frente al problema de Zika y Arbovirus, a las acciones de control específicas y a su implementación a través de los servicios y el personal de salud pública, el acceso a servicios de salud, roles sociales intra hogar, a dimensiones de género, entre otros (Ver ANEXO).

3.1.3. PERFIL DE MUJERES EN 4 CONGLOMERADOS URBANOS Y PERSPECTIVA DE GÉNERO EN RELACIÓN A ETM

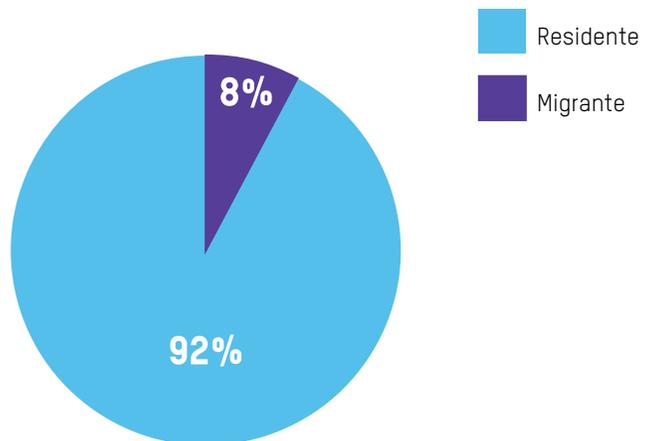
De las 396 encuestas a mujeres de viviendas de los barrios antes descritos, el perfil de las encuestadas fue:

GRÁFICO 18
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CANTIDAD DE HIJOS POR MUJER. CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016.



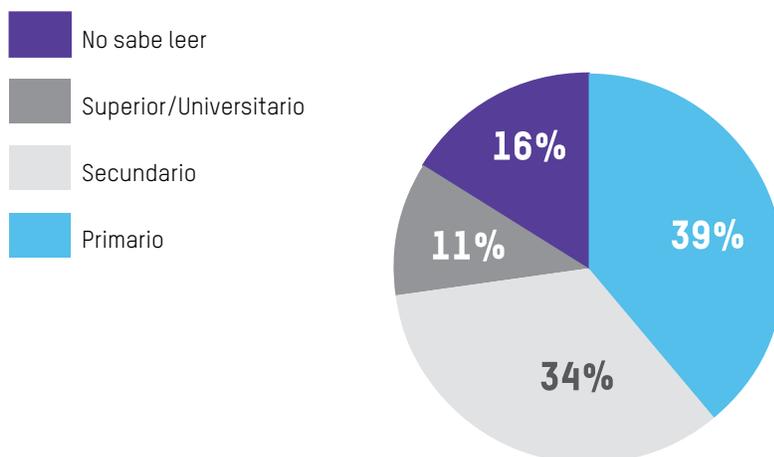
Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 19
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ESTATUS MIGRATORIO. CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016.



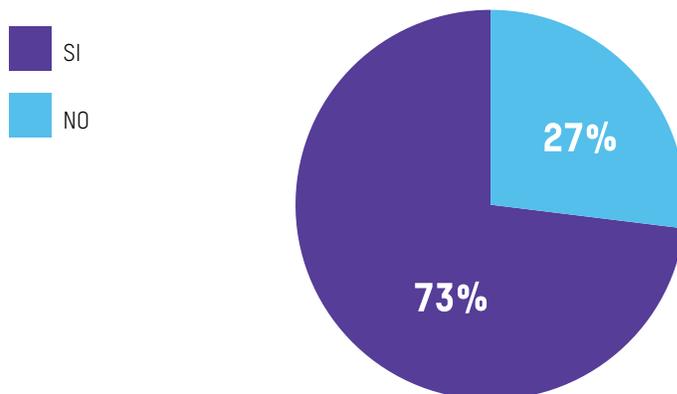
Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 20
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN NIVEL EDUCATIVO.
CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016.



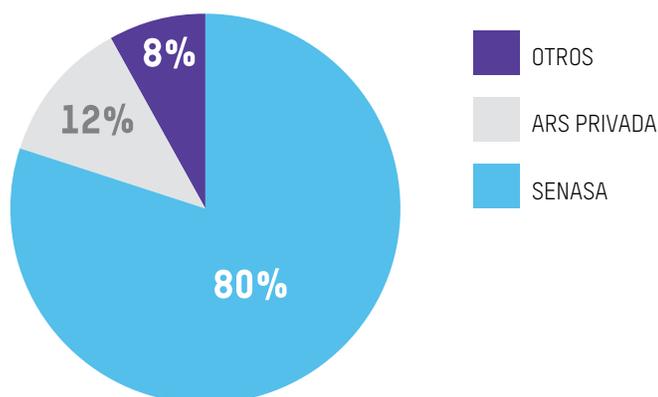
Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 21
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN COBERTURA DE SALUD.
CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016.



Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 22 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN TIPO DE COBERTURA DE SALUD*. CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016.



Fuente: Elaboración propia

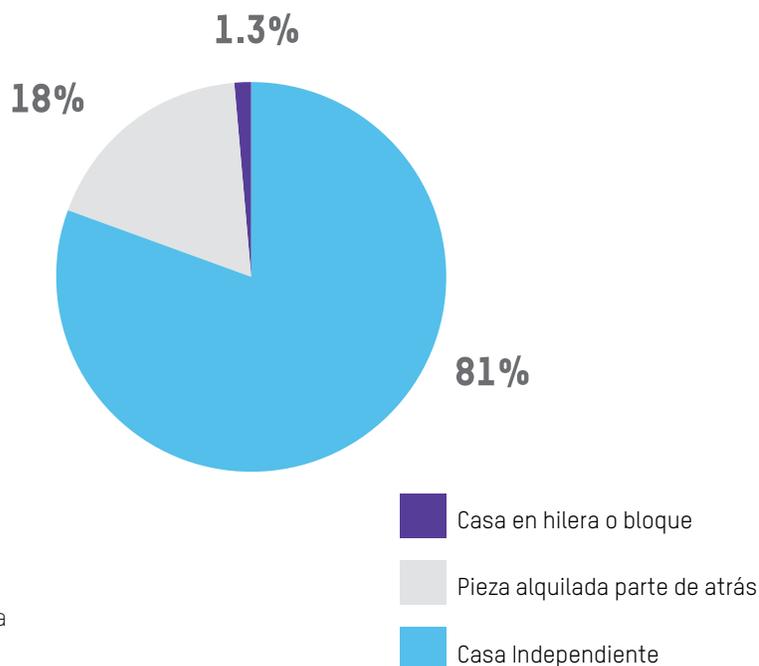
* La cobertura en salud en República Dominicana se define de acuerdo a si la persona y/o núcleo familiar cuenta con un "seguro de salud" o no. Existen dos grandes seguros: - Contributivo (Aseguradores de Riesgos de Salud) y -Subsidiado (Seguro Nacional de Salud-Público).

En el perfil de mujeres entrevistadas según los rangos de edad antes descritos se puede observar que:

- El 46% tiene entre 3-5 hijos/as y el 17% tiene 6 o más, resultando que 63% de las mujeres encuestadas presentan más de 3 hijos/as promedio por vivienda visitada.
- En cuanto al estatus migratorio, el 92% son residentes de ciudadanía dominicana y sólo el 8% se consideran migrantes (el total "haitianas"). Es decir, 9 de cada 10 encuestadas en este estudio eran de residencia dominicana.
- En el nivel educativo, el 16% no sabe leer ni escribir, y el 39% tiene estudios primarios. Sólo el 11% tenía estudios universitarios y el 34% en secundaria. Casi 2 de cada 10 mujeres entrevistadas en los hogares visitados no puede leer ningún material preventivo-promocional ni pautas escritas que se utilizan para acciones sobre Prevención de Enfermedades.
- Por último, un dato importante para este estudio es la cobertura de salud de las mujeres en cada hogar seleccionado de forma aleatorio. El 73% cuenta con algún tipo de cobertura (especialmente SENASA público). Aunque el 27% restante no tiene ningún tipo de cobertura de salud, es casi 3 de cada 10 mujeres entrevistadas al no disponer de "cobertura" (seguro de salud) esto se transforma en si mismo en una barrera de acceso a los servicios de salud incluso "públicos".

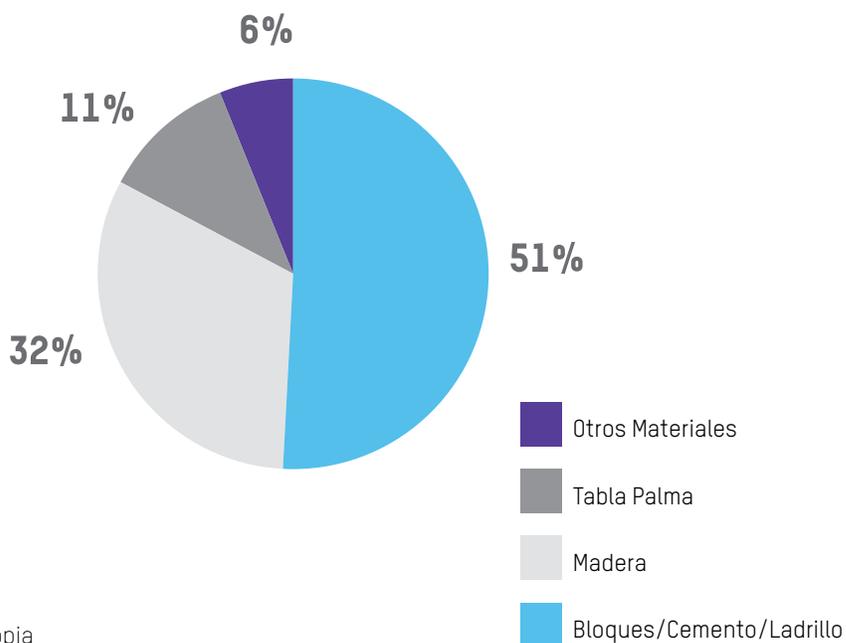
VIVIENDA, AGUA Y SANEAMIENTO BÁSICO

GRÁFICO 23
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN TIPO DE VIVIENDA.
CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016.



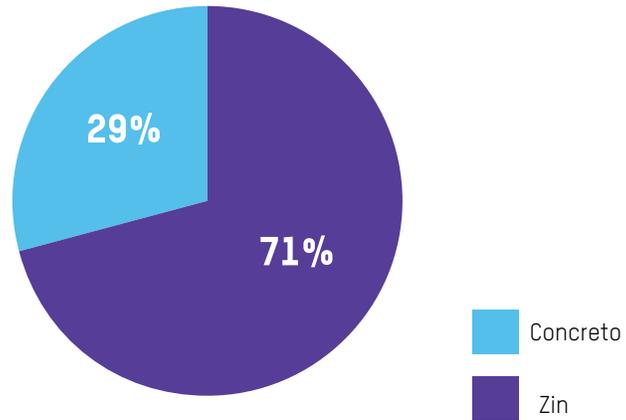
Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 24
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN MATERIALES PREDOMINANTES EN PAREDES EXTERIORES DE VIVIENDA.
CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



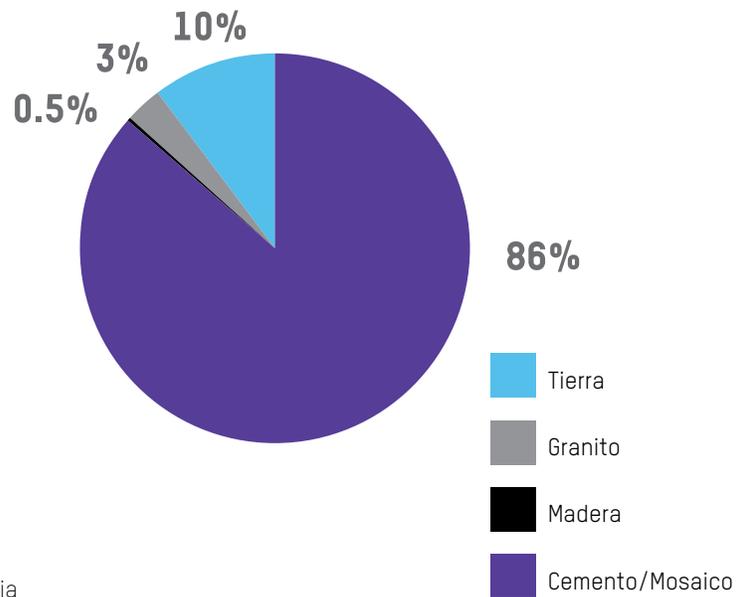
Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 25
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN MATERIAL
PREDOMINANTE EN TECHO DE VIVIENDA.
CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



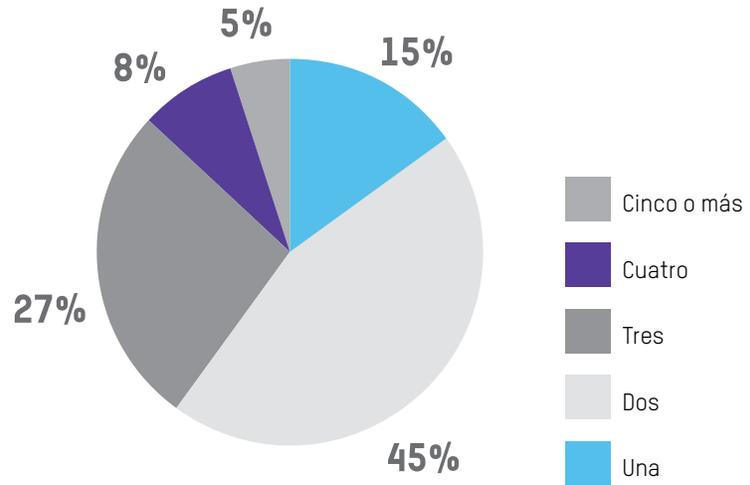
Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 26
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN MATERIAL
PREDOMINANTE EN PISOS INTERIORES VIVIENDA.
CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



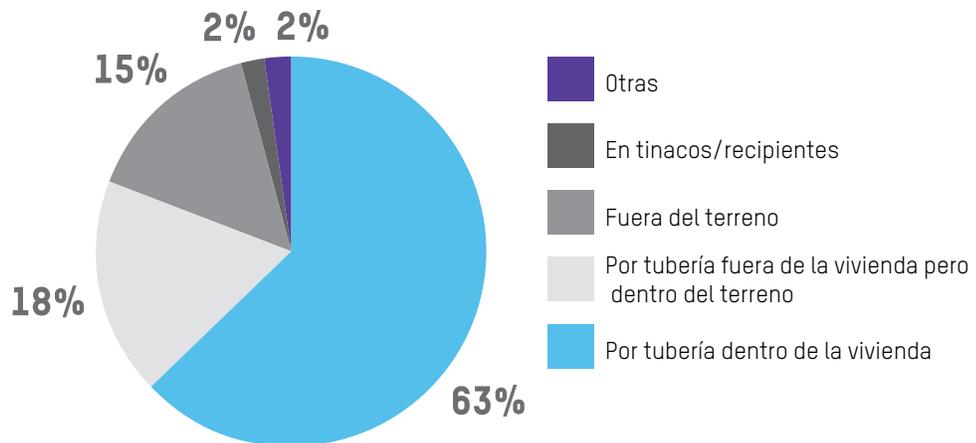
Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 27
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN CANTIDAD DE HABITACIONES EN VIVIENDA.
CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



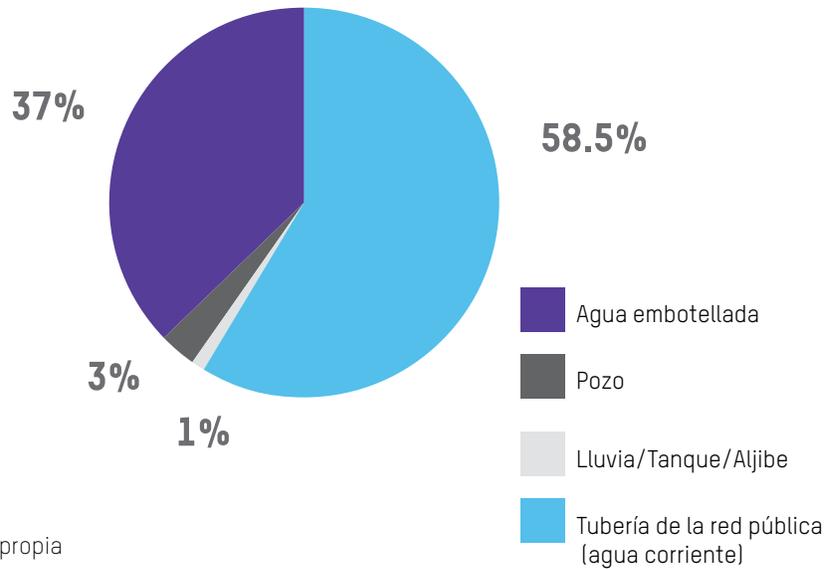
Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 28
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ACCESO A AGUA.
CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



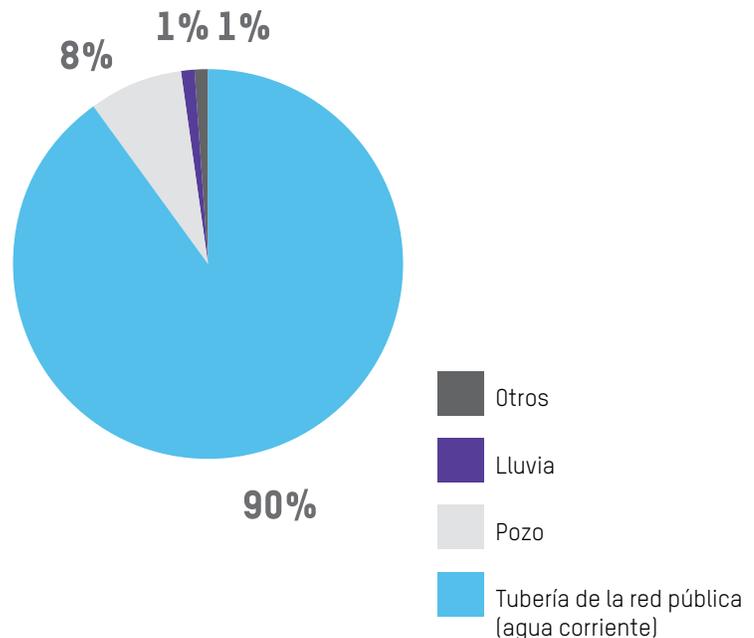
Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 29
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN PROCEDENCIA DEL AGUA PARA CONSUMO (1-BEBER /2-COCINAR).
CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



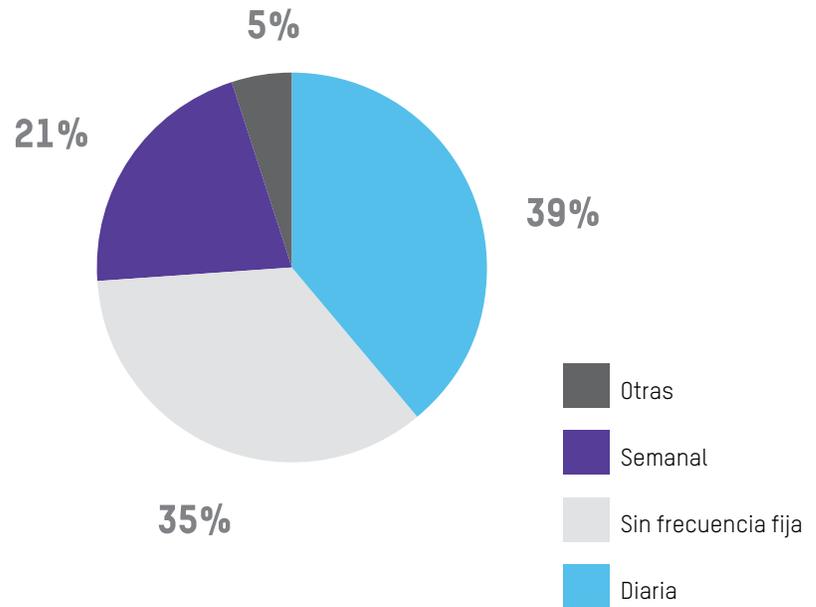
Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 30
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN PROCEDENCIA DEL AGUA PARA USO DOMÉSTICO (1-LIMPIEZA /2-OTROS).
CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



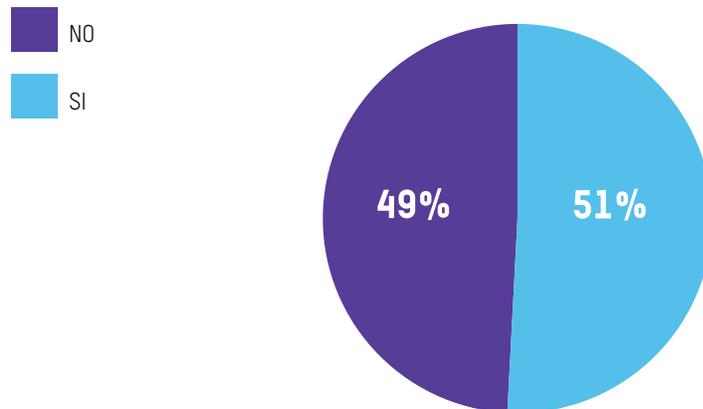
Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 31
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN FRECUENCIA DE ACCESO A AGUA.
CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



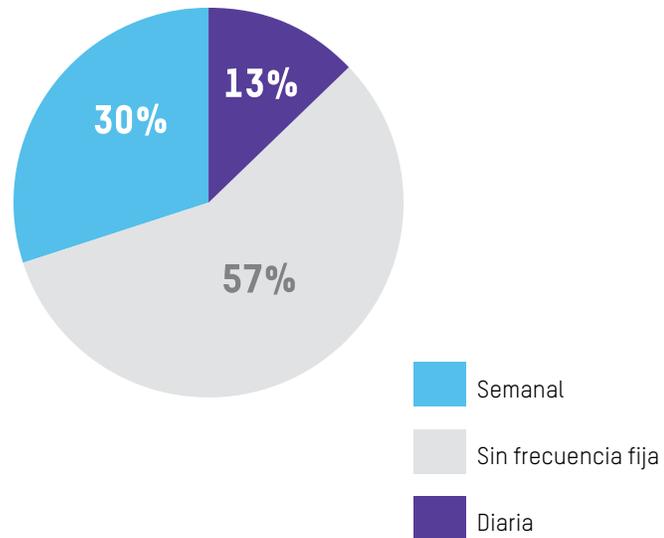
Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 32
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN SERVICIO DE RECOLECCIÓN DE RESIDUOS.
CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



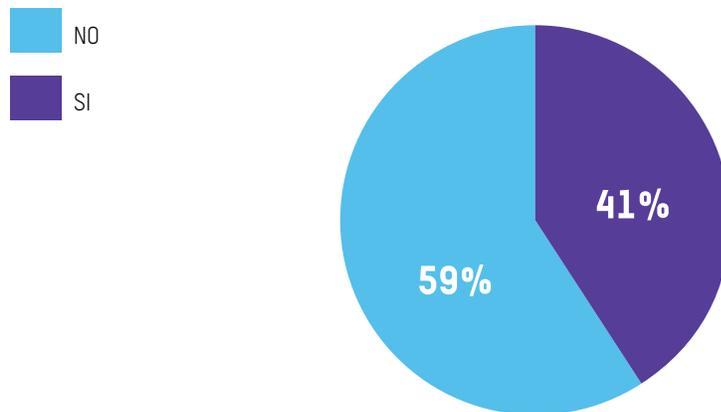
Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 33
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN FRECUENCIA DE
SERVICIO DE RECOLECCIÓN DE RESIDUOS.
CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



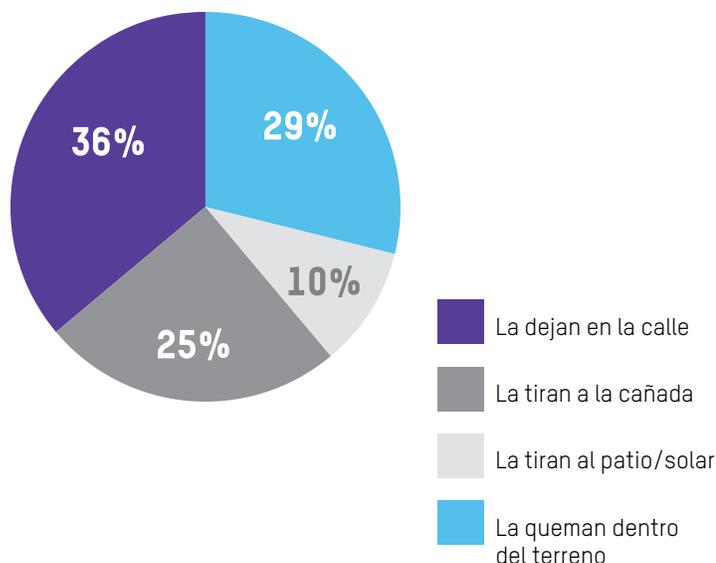
Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 34
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN DE EXISTENCIA BASURALES
A CIELO ABIERTO ("VERTEDEROS" EN BARRIO)).
CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 35 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN GESTIÓN DE RESIDUOS DEL HOGAR. CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



Fuente: Elaboración propia

- El tipo de viviendas de las 396 mujeres encuestadas, en general son casas independientes (81%) y piezas rentadas (18%), donde las proporciones de paredes externas son de "bloques-cemento"(51%) y de madera(32%), donde en su mayoría son techos de "zinc"(71%) y pisos de material cemento(86%).

- Un dato relevante sería el análisis sobre la cantidad de habitaciones de las viviendas. En su mayoría el 45% tienen 2 habitaciones, el 27% 3 habitaciones, y el 15% una habitación. Es decir, el 87% de las viviendas de las mujeres encuestadas tienen de 1 a 3 habitaciones donde existen un 63% de viviendas con más de 3 hijos/as y dos a cuatro adultos. Cabe pensar que el hacinamiento en el espacio de las viviendas es un problema relevante a destacar.

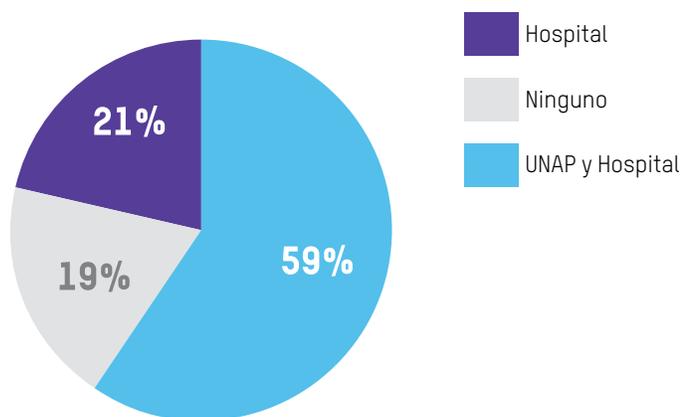
- Con respecto al acceso al agua, el 81% cuenta con agua por tubería (dentro o fuera de la misma vivienda), y para el consumo humano se accede vía tubería en un 58% y 37% lo compra en agua embotellada. El 90% del agua para uso en la vivienda es por tubería, sólo el 9% es de pozo.

- La frecuencia del acceso al agua merece un análisis especial, porque en las viviendas de las mujeres encuestadas, a pesar que en su mayoría tienen agua por red (tuberías), en un 35% no hay frecuencia "fija" de disponibilidad y en un 21% es semanal aproximadamente. Eso implica que el 56% de esas mujeres y familias aprovisionan agua en fuentes (recipientes, tinacos, otros) por la frecuencia del agua (no por falta de infraestructura ni del servicio).

- En cuanto a la gestión de residuos (basura) en cada barrio, la situación aparece con muchos problemas. El 49% de las mujeres encuestadas no cuenta con servicios de recolección de residuos en sus viviendas, y la frecuencia de la recolección en el 51% que cuentan con servicio es en un 57% "sin frecuencia fija" y el 30% de forma semanal. Es decir, la mitad de las viviendas de las mujeres encuestadas no cuenta con recolección, y en la otra mitad que cuentan el servicio es esporádico y en el mejor escenario de manera semanal.
- Para el 41% de las mujeres encuestadas sus viviendas tienen a menos de 100 metros un basural a cielo abierto y acumulación de basura en forma inadecuada("vertederos").
- En cuanto a la gestión de los residuos sólidos (tema clave para los reservorios de vectores), el 36% la deja en la calle, el 25% la tira a la cañada, y el 10% la arroja en patio. Es decir, el 71% de la mujeres encuestadas afirman que cuentan con basura acumulada en sus viviendas y peridomicilio de forma diaria y semanal.

USO Y ACCESO A SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD DE SISTEMA LOCAL DE SALUD PÚBLICA PROVINCIAL:

GRÁFICO 36
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA.
CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



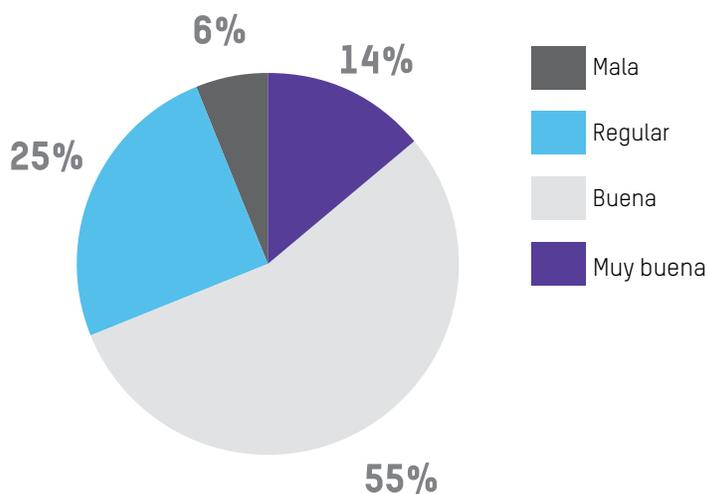
Fuente: Elaboración propia

VARIABLES DE PERCEPCIÓN SOBRE SERVICIOS PÚBLICOS DEL SISTEMAS LOCAL DE SALUD

Las categorías identificadas para ver las percepciones de las mujeres encuestadas sobre los servicios de salud pública tanto en el hospital provincial como en las UNAP (Unidades de Atención Primaria) fueron: **Muy buena, *Buena, *Regular, *Mala.*

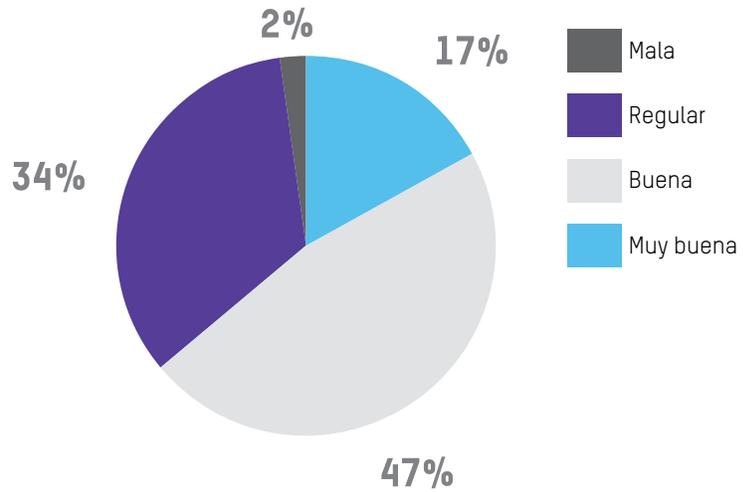
- *En el presente estudio, definimos a las categorías “Muy buena” y “Buena” como diferentes grados de percepción satisfactoria por lo cual las consideramos como percepciones positivas.*
- *Consideramos a la variable “Regular” no como una apreciación neutra entre “buena” y “mala sino como la expresión de un cierto grado de insatisfacción, por tanto es un concepto que inducimos hacia una valoración de carácter de tipo negativo ya que expresa la valoración de algo que no está demasiado bien, por tanto puede ser mejorable.*
- *Estimamos de “Mala”, como categoría definitivamente de insatisfacción por los cual la establecemos dentro de valoraciones negativas.*
- *El análisis de las variables de satisfacción se realizó sólo sobre los encuestados que calificaron el sistema de salud (no sobre aquellos que no respondieron).*

GRÁFICO 37
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN CALIFICACIÓN DE ATENCIÓN EN HOSPITAL.
CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



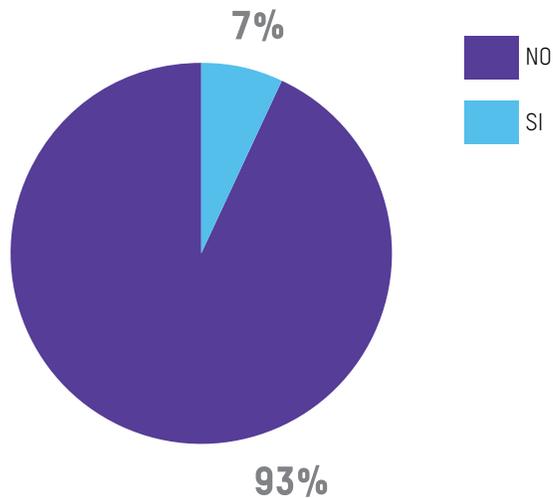
Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 38
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN CALIFICACIÓN DE ATENCIÓN EN UNAP.
CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 39
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN SITUACIONES IDENTIFICADAS
COMO "MALTRATO" EN HOSPITAL Y/O UNAP.
CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016

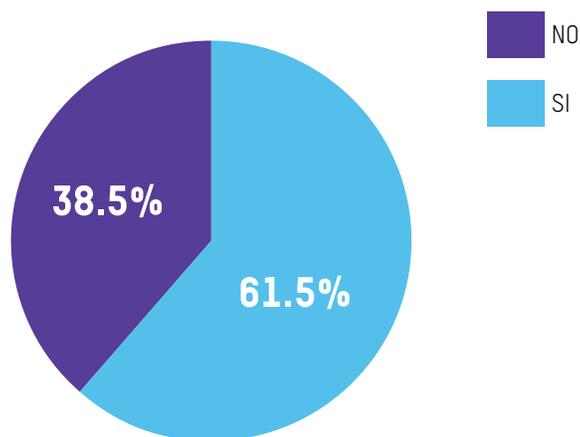


Fuente: Elaboración propia

- El 80% de las mujeres asisten y buscan atención en los servicios públicos de salud locales como el Hospital y las Unidades de Atención Primaria(UNAP).
- En un 31% las percepciones sobre el Hospital es "negativa"(Mala-Regular), y un 69% es "positiva". En el caso de las UNAP el 36% es de tipo "negativa" (Mala y Regular) y el 64% tiene una percepción positiva (Muy Buena-Buena).
- En cuanto a situaciones de "maltrato" en la atención en servicios públicos de salud (Hospital-UNAP), el 7% registro casos de maltrato expreso.

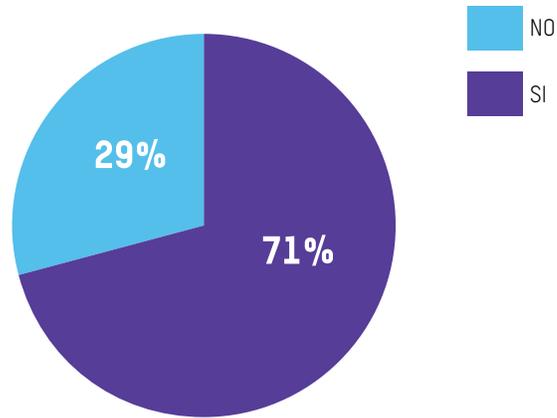
LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS(ZIKA-DENGUE) Y LAS ACCIONES DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA LOCALES

GRÁFICO 40
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ACCESO A INFORMACIÓN CLAVE PARA PREVENCIÓN DE ZIKA-DENGUE Y PROTECCIÓN DESDE UNAP (Y/O DPS/ÁREA DE SALUD MSP) EN SU BARRIO. CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



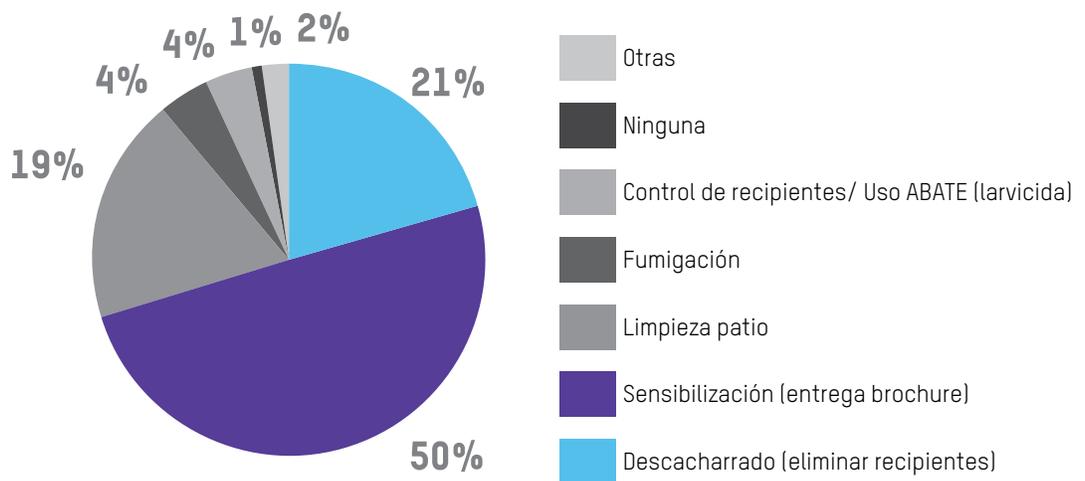
Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 41
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN VISITA DOMICILIAR DESDE EQUIPO DE SALUD PÚBLICA (UNAP / DPS/ÁREA DE SALUD MSP).
CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



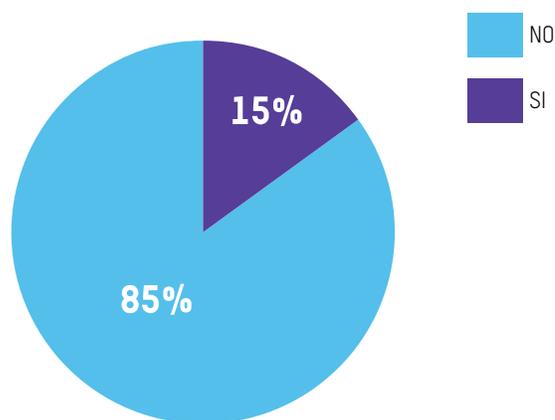
Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 42
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ACCIONES LLEVADAS ADELANTE DURANTE VISITA DOMICILIAR DESDE EQUIPO DE SALUD PÚBLICA.
CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 43
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ACCESO A INFORMACIÓN DE
LOS RIESGOS DE ZIKA DURANTE EMBARAZO DESDE EQUIPOS DE SALUD PÚBLICA.
CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



Fuente: Elaboración propia

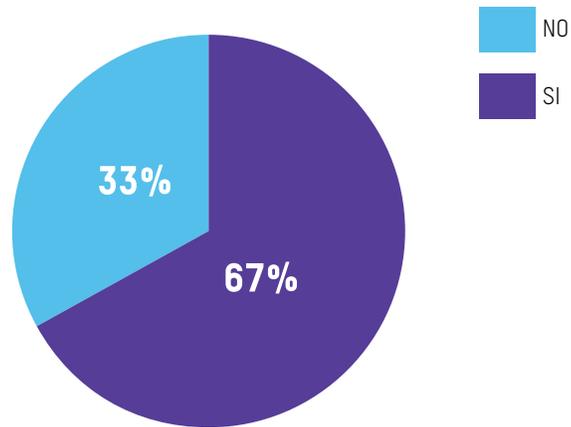
- El 71% de las mujeres encuestadas refieren haber recibido una visita de equipo de salud pública (UNAP /DPS/Área de Salud MSP) en el domicilio, y el 61.5% considera disponer de la información clave de prevención del Zika-Dengue y las medidas de protección y promoción de salud. Aunque 3 de cada 10 mujeres encuestadas dice no tener la información clave y suficiente sobre Zika y Dengue.

- En este mismo sentido, aunque sólo un 9% de las mujeres encuestadas estaban embarazadas al momento de la entrevista, el 85% de las mujeres encuestadas en edad reproductiva todas explicaron que no tenían la información suficiente y oportuna sobre los riesgos del Zika Virus durante Embarazo.

- 7 de cada 10 viviendas visitadas por equipos de Salud Pública(MSP) locales, el 50% fue para sensibilización (básicamente entrega de "Brochoure"), el 21% para "descacharrado" (eliminación de recipientes) y un 19% para limpieza del patio. En control químico tanto vía Fumigación como en Larvicidas en recipientes con agua fue en un 4% de las mujeres y sus viviendas.

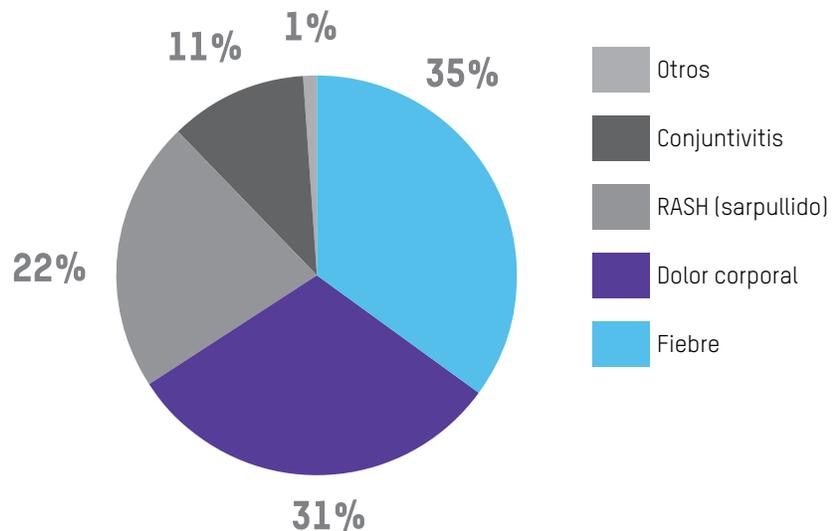
PERCEPCIÓN SOBRE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS, ESPECIALMENTE ZIKA VIRUS

GRÁFICO 44
PERCEPCIÓN RESPECTO DE LA SOSPECHA DE HABER PADECIDO ZIKA VIRUS.
CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016.



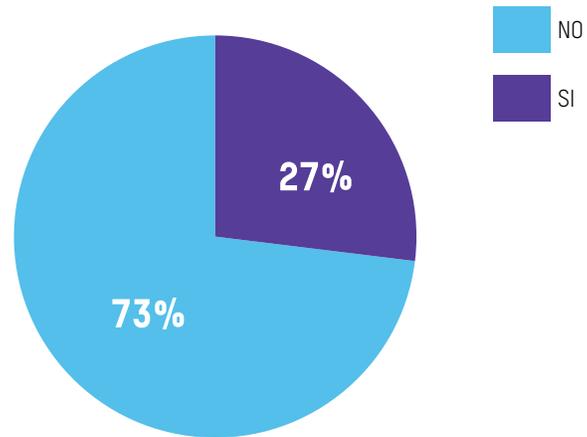
Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 45
PERCEPCIÓN RESPECTO DE SÍNTOMAS PREDOMINANTE
DE HABER PADECIDO ZIKA VIRUS.
CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016.



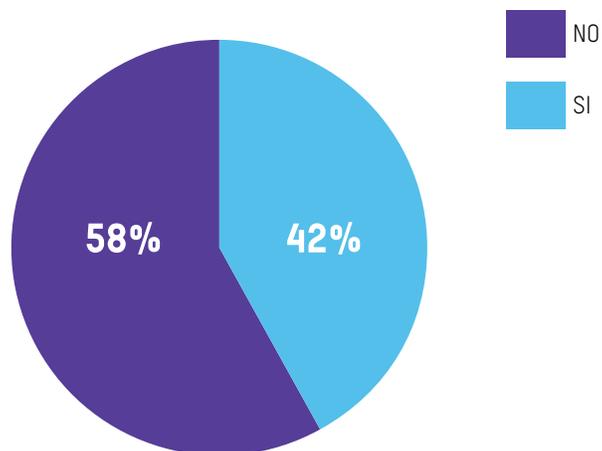
Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 46
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ATENCIÓN CASO SOSPECHOSO ZIKA EN HOSPITAL Y/O UNAP. CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 47
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y EDUCACIÓN SEXUAL Y REPRODUCTIVA DURANTE PERIODO EPIDÉMICO. CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



Fuente: Elaboración propia

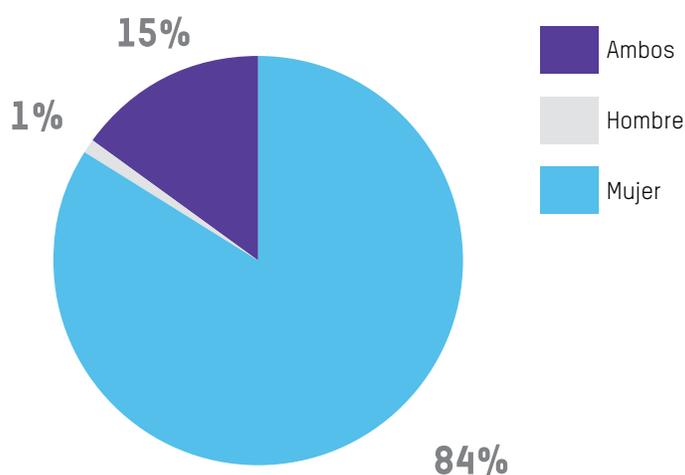
- El 67%, casi una proporción de 7 de cada 10, considera haber tenido Zika Virus justamente en las semanas epidémicas en el país; aunque como se marca luego casi la misma proporción (73 por ciento) no demandó atención sanitaria por el caso sospechoso de Zika Virus ni en el Hospital ni en Unidades de Atención Primaria de Salud. Es decir, de las 396 mujeres encuestadas, 289 de ellas sospechan haber tenido Zika Virus pero no demandaron atención sanitaria a los servicios de salud pública.

- En lo síntomas, sólo un 35% de los casos dice haber tenido fiebre, y un 31% con mialgias (“Dolor en cuerpo”), y un 22% el rash (sarpullido).

- Estando en periodo epidémico y conociendo los riesgos de Zika Virus en mujeres en edad reproductiva, el 58% de las mujeres encuestadas no tuvo acceso a métodos anticonceptivos ni tampoco a acciones de educación para la salud sexual y reproductiva en relación al Zika.

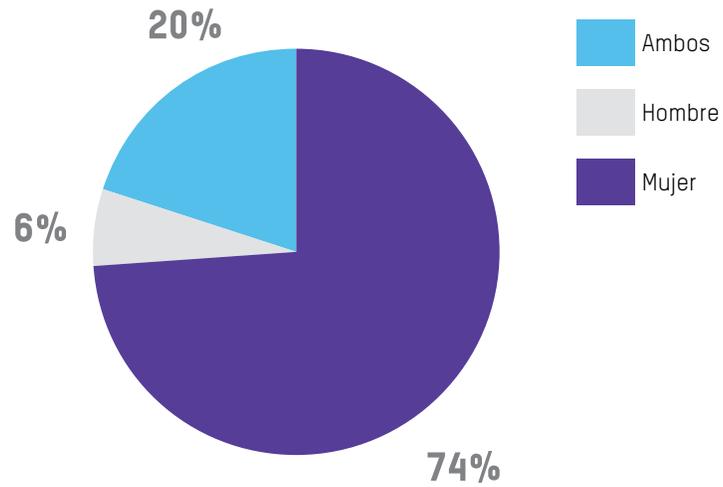
RELACIONES DE GÉNERO, ROL DE MUJER-HOMBRE EN HOGAR Y CUIDADO:

GRÁFICO 48
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN RESPONSABILIDAD Y REALIZACIÓN
DE LABORES Y TAREAS EN EL HOGAR (COCINAR, ORDENAR, LIMPIAR, OTROS).
CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



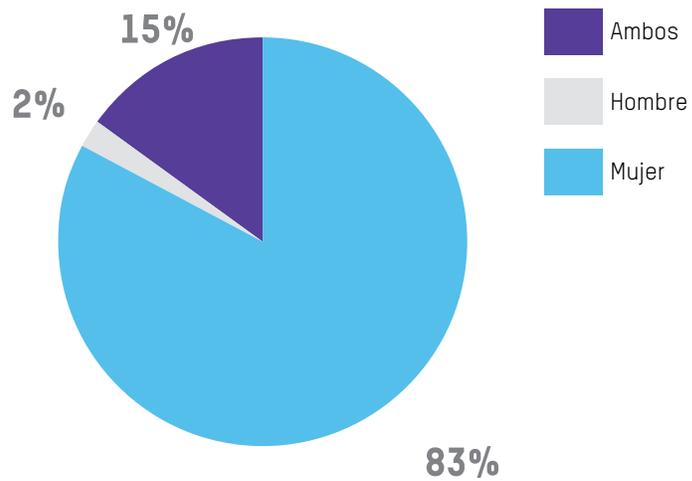
Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 49
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN "REALIZACIÓN DE GESTIÓN DE RESIDUOS, LIMPIEZA DE HOGAR Y PATIO, Y ACCIONES SANEAMIENTO COTIDIANAS". CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



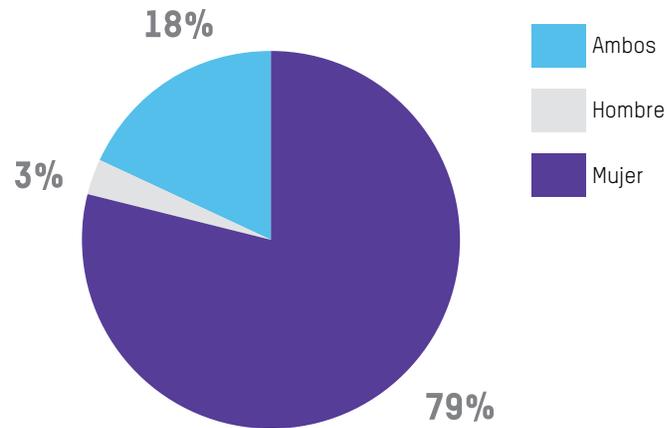
Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 50
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN CUIDADO DE NIÑOS/AS Y ANCIANOS/AS(ENVEJECIENTES) EN FAMILIA. CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



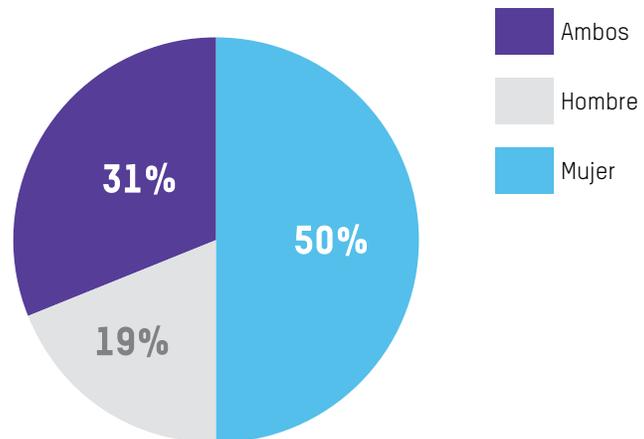
Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 51
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN CUIDADO DE PERSONA ENFERMA EN LA FAMILIA.
CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



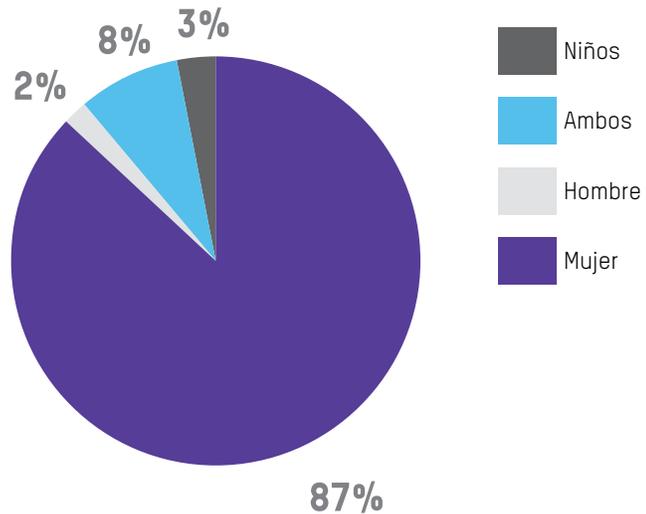
Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 52
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN PROVISIÓN, ADMINISTRACIÓN Y DECISIÓN SOBRE RECURSOS ECONÓMICOS EN LA FAMILIA.
CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



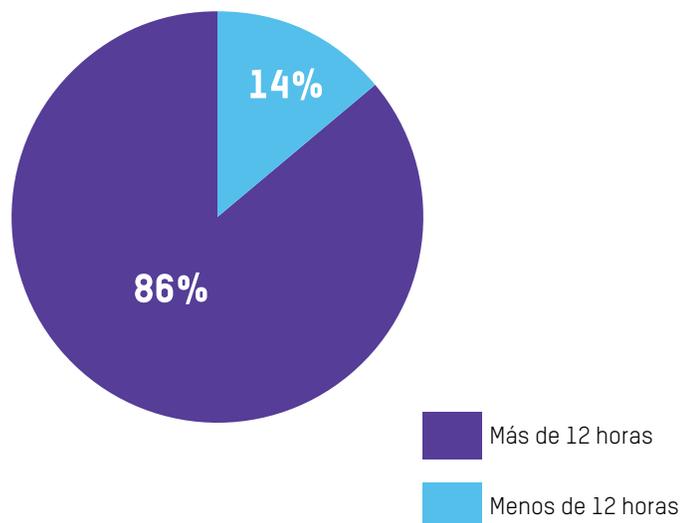
Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 53
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN MAYOR PRESENCIA DIURNA (MAÑANA Y MEDIODÍA-PRIMERA TARDE) EN VIVIENDA Y BARRIO. CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 54
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN CANTIDAD DE HORAS PROMEDIO DE LA MUJER EN EL HOGAR/PERIDOMICILIO. CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2016



Fuente: Elaboración propia

Sobre las relaciones de poder intrafamiliar y en las representaciones del rol social preestablecido, las encuestas a las mujeres entrevistadas marcan claramente que:

- El 84% de los casos de las mujeres encuestadas expresa que las labores y tareas de la casa (cocinar, limpiar, ordenar, entre otros) las realiza la mujer, evidenciando las desigualdades en el rol, responsabilidades y tareas de distribuidas inequitativamente entre mujer-hombre dentro de cada vivienda y familia.
- Un 74% de las mujeres en la vivienda son las responsables de la gestión de los residuos, la limpieza del patio y vivienda, como en las acciones de saneamiento básico. Así la mujer en estas viviendas y barrios son las que se mantienen más contacto con la basura y espacios de acumulación de residuos en el domicilio y peri domicilio.
- En el trabajo y rol del "cuidado" intrafamiliar y en la vida, el 83% de las mujeres son ellas exclusivamente quienes se dedican a cuidar a los niños/as y ancianos/as, y en un 19% es compartido varon-mujer. Sólo el 1% de las entrevistadas expresa que el hombre lleva la carga del cuidado.
- Igualmente en el "cuidado" de la persona enferma en la familia, la mujer en un 79% de los casos son las responsables de asumir la responsabilidad del cuidado al enfermo/a.
- Ahora bien, cuando se interroga y analiza la dimensión económica de la relaciones sociales hombre-mujer en la vivienda, la mujer en un 50% es la proveedora, administradora y decisora de los recursos económicos para la sobrevivencia de la familia, en un 31% son ambos tanto hombre-mujer. Y sólo el 19% de las viviendas de las mujeres entrevistadas es el "hombre" el "proveedor-administrador-decisor" de la materialidad económica de la vida. En definitiva, esto podría evidenciar que el viejo patrón del "varón" proveedor en los hogares de las mujeres encuestadas no tendría predominancia hoy día.
- Por último, al sistematizar los tiempos (medidos en "horas") que la mujer tiene presencia en el domicilio y peridomicilio en etapa diurna del día, resulta que en un 84% son las mujeres las que se encuentran más tiempo presente durante las mañanas y tardes tempranas. Promediando más de 12 horas al día en un 84% de los casos.

3.2. OBSERVACIONES PARTICIPANTES SOBRE LOS CONGLOMERADOS URBANOS

Fechas: se realizaron durante mes de agosto del 2016.

Marco conceptual y metodológico: Marco conceptual y metodológico: *Enfoque dramático. Observación del drama institucional. Se identifican las escenas como interacciones que se realizan en un ámbito escenográfico.*

La observación de las escenas institucionales y/o barriales debe tener en cuenta:

- Descripción del espacio físico: ubicación del predio, características edilicias, mobiliario, objetos y sus inscripciones simbólicas, (señalética, cartelera, espacios, circulación, habitabilidad, confort estética, ubicación, formas viviendas, servicios públicos).
- Distribución de las actividades de vida en el tiempo real de qué viven las familias, actividades productivas significativas en el barrio, comercios, otros.)
- Descripción de escenas comunitarias: Quienes convocan o acompañan, que agrupamientos se observan, quienes interactúan, gestualidad y verbalizaciones, relaciones sociales, otros.
- Redes transferenciales y contra transferenciales: Percibir situaciones de índole subjetiva en las relaciones interpersonales (observador y observado) donde se verifiquen estas cuestiones, (gestos, conductas). Nos depositan, nos transfieren expresiones sobre nuestra aparición. Lo que le pasa al observador/a. Es la inclusión de lo subjetivo en lo objetivo. El observador reacciona. Crónica paralela que está compuesta por todas las miradas.
- Puntos de catástrofe o dificultades o nudos críticos relatados en el barrio.

Síntesis de la Observaciones participantes en Barrio Buenos Aires (Santo Domingo Oeste-SD):

(Transcripción literal de las hojas de observación)

Características del barrio

El distrito de Buenos Aires se extiende a una zona con varios cerros de por medio. La urbanización es desordenada, caótica, muchas casas no están directamente en las calles, sino sólo accesibles por pequeños caminos.

Las viviendas y servicios públicos:

Las casas son por lo general precarias de poco espacio y habitaciones, hay cañadas a su alrededor y problemas con acumulaciones de basura muy cercano a cada vivienda. La mayoría de las casas están hechas de cemento y zinc, aunque algunas tienen madera, cartón y materiales plásticos también. Hay muchas casas sin agua corriente, canillas en los espacios y el agua está disponible 1-2 veces en la semana. Por lo tanto hay en algunos casos agua comprada, y otras familias tienen recipientes y tinacos con agua.

Hay muchos sitios de construcción no terminada y un montón de basura a su alrededor, ya que esta es simplemente arrojada a la calle, hasta que lo recogen (2 veces a la semana). Especialmente se tira la basura en las cañadas, entonces allá se acumula mucho la basura y los residentes se quejan de las “plagas” (mosquitos, ratas).

Accesibilidad y Acceso a Servicios de Salud

El transporte es muy limitado, no entran transportes públicos. La UNAP y el Hospital no quedan muy lejos del barrio. La gente no se queja mucho de las distancias, en general dicen que hay demasiada gente que van al hospital así que uno siempre tiene que esperar mucho por la gran cantidad de demanda y turnos que son pocos.

Mujeres, hombres, condiciones sociales de vida

Muy pocas mujeres trabajan, son amas de casa. Incluso entre los hombres hay mucho desempleo y por eso mucha vida en “las calles”, ya que pasan su tiempo allí. Afuera de eso hay muchas tiendas pequeñas, no hay empresas ni comercios más grandes. Hay poco trabajo, mucha gente solo puede vivir con ayuda de la familia o de trabajos temporales.

Perspectiva de la observadora

La gente en general es muy sociable, cuando uno la está solicitando en la casa y en la caminata en el barrio. Pero también hubo un par de contactos con hombres, en los cuales una se sentía incómoda por la manera como hablan y demostrando cierta masculinidad agresiva hacia las observadoras del equipo. Sin embargo, nunca me sentí en peligro. Las mujeres que ya están acostumbradas a nuestros estudios, responden a las preguntas de buena gana.

Síntesis de la Observaciones participantes en Barrio “El Play (o Plei) de San Fernando de Monte Cristi (Monte Cristi):

(Transcripción literal de las hojas de observación)

Características del barrio

En la comunidad “El Play o Plei”, las residencias y las calles no mostraban basura, a pesar de la pobreza y que el ayuntamiento pasa una o dos veces al mes. Lo que obliga a residentes almacenar residuos en sus domicilios, lo que es una contradicción con las campañas que se realizan y se ven en los carteles de Salud Pública. En la comunidad hay varias cañadas donde también se tira la basura, sobre todo en lugares menos visibles o alejados de las residencias unos 100 metros, aunque el mal olor es fácil de percibir.

El favoritismo con el partido de gobierno en varias viviendas es notorio. Durante una de las observaciones hubo operativos de autoridades locales para prevención, donde varias mujeres del barrio estaban participando en los mismos. La recolección de residuos y gestión no se visualiza permanente. En la comunidad el agua no llega dos días a la semana y la basura se recoge por el Ayuntamiento como una vez al mes.

Viviendas, Servicios Públicos y Saneamiento

El tipo de viviendas en el barrio, son casas bajas y precarias, casi la mitad con materiales de madera y techos de zinc, y otra mitad de material de bloques-cemento y también los techos de zinc. En algunas viviendas se observan pisos de cemento pero sin cerámica ni terminaciones. En general se observa que las construcciones tienen dos o tres espacios (habitaciones) dentro de la vivienda. En las viviendas en su mayoría se constata el acceso al agua por tubería dentro del domicilio o fuera, aunque en su mayoría se consume agua embotellada.

Acceso a Servicios de Salud y Prevalencia de Enfermedades

Hay carteles sobre Zika en el lugar. La gente enfoca la propagación del dengue, zika como un asunto de educación y sensibilidad de la población, "tenemos que aprender...tenemos que educarnos...", con pocas opciones de relacionarlo con condiciones de vida y almacenamiento de la basura. Reconocen que quemar la basura es perjudicial para la salud y el medio ambiente pero que no tienen otra salida.

Especialmente las mujeres son las que hablan y se vinculan con el equipo de observación. Algunas vecinas con la visita de observación comentan que son frecuentes las infecciones vaginales, las nombran como "infecciones de ahí abajo"; el "cáncer de seno" (cáncer de mama), "las mujeres sufren de los senos". Algunas mujeres lo decían con mucha discreción.

La UNAP queda más cerca del barrio que el Hospital, y las mujeres especialmente refieren que les parece mejor la atención de la UNAP. Los comentarios sobre los servicios de salud pública remarcan mucho sobre la decepción porque no hay acceso a medicamentos en ninguno de los dos.

Mujeres, hombres, condiciones sociales de vida

Los roles de género observados son tradicionales: las mujeres son las que se observan haciendo actividades dentro del hogar o en el peri-domicilio. O bien cuidando de los niños/as y en presencia siempre en el hogar, permanecen por lo regular mayor número de horas en la casa. En muchos hogares las mujeres son madres solteras. En general es la mujer la que aparece en el barrio durante los horarios de observaciones, en compañía de 3 a 4 niños/as promedio, comprando en colmado y dentro de las viviendas. En el barrio se notan pocas oportunidades laborales, el Estado es una de las principales fuentes de empleo.

Síntesis de la Observaciones participantes en comunidad de Pinzón de Comendador (Elías Piña)

(Transcripción literal de las hojas de observación)

Características del barrio

La zona de Pinzón, es justo el territorio fronterizo por excelencia. Queda pegado a Carrizal, donde esta la aduana y migraciones Dominicana hacia Haití. De la aduana a Haití hacia la derecha es todo el corredor rural fronterizo entre cerros y una zona bastante árida y seca, con mucho polvo. La urbanización es de típicas viviendas rurales alrededor del camino central pedregoso de tierra. Hay viviendas encima de algunas pendientes tipo cerros y otras más al llano del camino.

Las viviendas y servicios públicos:

Las casas son por lo general de madera y pisos de tierra con techos de zinc, de poco espacio y habitaciones. Aunque no se visibilizan basurales, en general la basura se quema o se acumula en el patio sin que sea visible en el camino ni en basurales o cañadas. En la comunidad no hay agua, una gran problemática ya que la gente aprovisiona agua de lluvia, de los pequeños arroyos, o bien en compra de agua.

Accesibilidad y Acceso a Servicios de Salud

No se ven transportes públicos ni ningún tipo de medio de transporte, salvo el alquiler de "motores" (motos) con costos a veces elevados. La UNAP está a unos 10 a 15 minutos a pie en el camino, aunque las personas no la consideran como un establecimiento de salud efectivo donde demandar cuidado de la salud. En general las personas explican que si tienen un problema van al centro de Comendador, al Hospital o bien a una consulta médica privada. El centro de Comendador queda a una hora a pie, unos 25 minutos en motor.

Mujeres, hombres, condiciones sociales de vida

La mayoría de las mujeres son amas de casa, pero además ayudan en agricultura de subsistencia y al mercadeo popular dos veces a la semana en la venta del mercado binacional. Justo uno de los días de observación las mujeres salen caminando, y otras en "motores" para ir a vender al mercado. No se notan fuentes de empleo estable ni empresas o comercios. Todo depende del centro de Comendador como le dicen. Las restricciones económicas se visibilizan en las cocinas, donde en general se hacen tortillas o algún vegetal (maíz, aguacate), para la alimentación familiar para el día entero.

Perspectiva de la observadora

Las familias en general son muy amenas, amistosas, ya que conocen la labor de Médicos del Mundo desde hace años en la zona. No se visualiza ni restricciones al acceso a las familias ni otro tipo de barreras para observar la vida cotidiana y la comunidad.

3.2.1 GRUPOS FOCALES EN LOS 4 CONGLOMERADOS URBANOS SELECCIONADOS DE ELÍAS PIÑA, MONTE CRISTI, SAN CRISTÓBAL Y SANTO DOMINGO(OESTE):

“Los grupos focales son un técnica de recolección de datos mediante una entrevista grupal semi estructurada, la cual gira alrededor de una temática propuesta por el investigador” (Bonilla y Escobar: S/F).

Este dispositivo de carácter cualitativo se utilizó para implementar dinámicas de grupos barriales en cada conglomerado urbano seleccionado, buscando detectar los puntos de vista más significativos, según su importancia poblacional y sanitaria sobre Género, Salud y Enfermedades Transmitidas por Mosquitos en Puerto Rico(San Cristóbal, “El Play”(Monte Cristi), Aduana (Comendador-Elías Piña) y Buenos Aires (Santo Domingo Oeste).

Aspectos metodológicos

GENERALIDADES

- Tamaño del grupo focal: 3 a 12 personas
- Localización del lugar, horario y cantidad de participantes
- Duración de la sesión: entre una y dos horas
- Cantidad de preguntas: hasta 12
- Establecer objetivos con el grupo

LOCALIZACION

- El lugar para realizar la sesión de los grupos focales debe ser privado; sólo deben tener acceso los participantes y el equipo de investigadores; además, este sitio debe estar ventilado, iluminado, no debe haber ruidos y debe ser cómodo.
- El lugar de reunión debe ser neutral; es decir, que no tenga un significado en especial para ninguno de los participantes y que no interfiera con el tema del estudio.

PARTICIPANTES

- Datos de los participantes: edad, sexo, ocupación, nivel educativo, lugar de residencia.
- Para seleccionar los participantes se tuvo en cuenta la proporción por edad, el sexo, las condiciones socioeconómicas, el nivel educativo, el estrato social, las actitudes y el lugar de residencia (urbana o rural).

PREGUNTAS

- Las preguntas deben ser concretas, estimulantes y flexibles y, en lo posible, deben guiar la discusión de lo más general a lo específico.
- Hacer énfasis en la formulación de las preguntas más generales a las más específicas, de lo más fácil a lo más difícil, y de lo positivo a lo negativo.
- Usar preguntas de cierre para llevar al grupo a conclusiones finales y a resumir sus comentarios.

MODERADOR/A

- El moderador/a que se seleccione debe ser miembro del equipo de investigación involucrado en el desarrollo del grupo focal
- La función principal del moderador es propiciar la diversidad de opiniones en el grupo.
- Es indispensable que el moderador/a conozca bien el tema para poder crear controversia. Puede ser un experto o un investigador contratado, que conozca bien sobre el tema en cuestión y esté en la capacidad de crear controversia.
- El moderador se debe sentar en un lugar no prominente, de manera que se confunda con el resto del grupo.
- Al inicio del grupo focal, el moderador/a deberá describir el protocolo de la discusión e indicar que la conversación puede ser grabada. Además, les debe asegurar a los participantes que habrá confidencialidad y que los nombres no serán revelados en las citas que se utilicen para los reportes posteriores debe ser capaz de controlar a los participantes dominantes y motivar a aquellos que dudan en participar.
- La sesión tiene una introducción, en la que el moderador incorpora una lista de puntos a tratar.
- Se puede utilizar un equipo de dos personas, donde una modera la discusión y otra lleva la relatoría o hace un trabajo de observación del comportamiento y dinámica de los participantes. El relator toma nota del comportamiento global del grupo, en términos de reacciones, actitudes o comportamientos por parte de los participantes; no debe centrarse en el contexto verbal del grupo, sino más bien en dominar todos los aspectos secundarios, tales como la expresión corporal de los participantes.

Objetivos vinculados al Grupo Focal:

Describir impacto de las Enfermedades Transmitidas por Mosquitos en especial Zika-Dengue desde una perspectiva de Género

Preguntas:

- 1- *¿Qué es ser “Mujer” para tu Cultura (en Comunidad/Barrio, Familia)?*
- 2- *¿Cuáles son los 10 problemas/necesidades prioritarias de las Mujeres en tu barrio sobre su salud y calidad de vida?*
- 3- *¿Cómo evalúan Capacidad de Atención y Respuesta del Sistema de Salud al Dengue, Zika y otras enfermedades?*
- 4- *¿El Sistema de Salud Pública tiene en cuenta a las “Mujeres” y Niños/as especialmente?*
- 5- *¿Por qué ocurren Enfermedades transmitidas por Mosquitos en el Barrio?*

Grupo Focal de Santo Domingo Oeste

En el grupo focal en Buenos Aires, Santo Domingo Oeste, participaron 18 personas. El grupo se compuso de 13 mujeres y 5 hombres que tenían entre 16 y 63 años con un promedio de 31.8 años. La dinámica duró 2 horas. La mayoría del grupo estaba sin un trabajo con salario y con un nivel educativo de primaria completa.

Resultados

Se manifestó una idea de las mujeres basado en sus roles como “esposa” y “madre”, pero también con mucho orgullo y una idea de importancia de la maternidad y del rol de cuidadora.

“Somos lo más importante: Madres, compañeras, amigas, luchadora, trabajadoras en la comunidad, tenemos muchas responsabilidades, ponemos las reglas, un orden, educación de los niños”

“Ser mujer es ser esposa, madre, trabajadora, honesta/ tenemos la mente bien desarrollada.”

En su barrio se ven principalmente problemas de la política social y de las condiciones económicas que se vinculan a las necesidades y problemas de la salud colectiva y calidad de vida:

“Necesitamos más empleo, más oportunidades para estudiar, más compañías, ayuda con medicamentos y recursos, basura y limpieza, más consultorios médicos gratis y sin esperar tanto, espacio recreativo, parques, infraestructura, capacitación, educación y orientación, más prevención y guarderías para los niños.”

También es necesario mejorar el sistema de salud. Aunque los participantes evitan hacer críticas abiertas o simplemente quejas, con el plazo para reflexionar, se muestran muchos problemas, hasta maltratos por parte de los miembros de los equipos y servicios de salud pública:

“Tratan mal a los pacientes, como no tenemos mucho dinero no hacen nada hasta que pagas”.

“La calidad es mala, hacen errores en diagnosticar, no te dicen nada solo te mandan a otro servicio”.

“No hay educación sobre enfermedades, no daban charlas nunca”.

“Yo fui muy maltratada, me dejaron ensuciada y con mis partes íntimas expuesta después de parir y sin noticias como estaba mi hijo”.

“Los médicos nos tratan como perros”.

“No me puedo quejar”.

Por otro lado, el conocimiento sobre las Enfermedades Transmitidas por Mosquitos se muestra bastante avanzado y claro sobre las enfermedades como Dengue y Zika:

"Ocurren porque no hay higiene, no limpian, hay mucha basura (cañada cerca) y se acumula el agua".

"Uno tendría cuidar más el agua".

"También se transmite por sexo el Zika."

Grupo Focal en Puerto Rico en San Cristóbal

En Puerto Rico, San Cristóbal el Grupo Focal se componía de 15 personas: 11 mujeres y 4 hombres que tenían entre 14 y 73 años con un promedio de 36,6 años. En su mayoría amas de casa y estudiantes con un nivel educativo desde primero hasta licenciaturas.

Resultados:

Sobre el rol de las mujeres y la dimensión de género pensaban, en toda la dinámica aparece con la idea de un "rol fuerte e importante" pero siempre vinculado al "hogar y al cuidado":

"La mujer es un género, un sexo, la que más está en la casa somos mujeres"

"Soporte para la sociedad, la que más se esfuerza, base de la vida de la familia"

"Muchas veces el hombre se descuida, le deja todo a la mujer, todos deberían colaborar en la casa."

Los problemas principales son presentados sobre el campo de salud colectiva y calidad de la vida en el barrio como las condiciones de vivir, trabajar y acceso a la educación. Pero también el mismo grupo, especialmente las mujeres, se "auto-culpabilizaron" por sus condiciones de vida. Los problemas más graves que plantearon y detallaron fueron:

1. Nunca hay medicamentos.
2. Salud mental y emocional en los adolescentes.
3. Embarazos en adolescencia.
4. Problemas de agua y basura.
5. Muchos deben salir para trabajar y dejan a los niños solos.
6. El nivel de educación aquí es baja.
7. La cañada es un desastre y genera ratas y enfermedades.
8. Infecciones por agua contaminada tenemos todo el tiempo.
9. "Falta de comunicación, no hay conocimiento ni conciencia, no depende de las autoridades, es una cadena de los vecinos, deben cooperar y mantener la higiene para prevenir las enfermedades".

"Creo que ya tenemos mucha información sobre las Enfermedades Transmitidas por Mosquitos. Hay que concierna y concientizar a las mujeres, no es cuestión de responsabilidad de salud pública, sino de cada una".

El grupo también tuvo en cuenta la difícil situación de la salud de las mujeres en relación con los servicios y sistema de salud:

“La salud pública no toma en cuenta a las mujeres, se unieron a un operativo de descacharrización porque la comunidad lo coordinó y organizó, sino no hubieran hecho nada”.

“No daban atención a dos mujeres que estaban en labor de parto en el hospital de Juan Pablo Piña y ellos dieron la luz en el pasillo en el hospital de forma totalmente anti higiénica y peligrosa”.

Grupo Focal de Monte Cristi

El Grupo Focal de Francisco Javier, Monte Cristi, estuvo formado por 12 personas: 8 mujeres y 4 hombres. La edad promedio era 64,5 años con un rango de 40 a 90 años. La mayoría eran amas de casa con educación primaria.

Resultados:

En su percepción sobre el rol de la mujer hubo una narrativa y constante repetición sobre la maternidad y el cuidado:

“El rol de la mujer es el papel más importante en la creación, porque, somos las que damos vida”.

“La mujer en el hogar desempeña un papel importante y es quien está más tiempo en el hogar y con los hijos”.

“Los hijos y el hogar son el rol de la mujer, eso es nuestra mayor fortaleza”.

Asimismo, expresaron su importancia como actor clave en la sociedad, pero siempre girando en cierta dependencia del hombre:

“La mujer ocupa cargos importantes en la sociedad, es quien se encarga de todo en la casa”.

“La mujer es un ser privilegiado. Dios creo a la mujer para que el hombre no estuviera solo, la mujer desde que se levanta hasta que se acuesta esta trabajando, fajada con todo y a veces los hombres no toman en cuenta cuando ellas están cansadas”.

“El trabajo de la mujer es infinito, es la que más trabaja y tiene más compromiso con la familia y la comunidad”.

Además, cuatro mujeres plantearon su timidez a enseñar su cuerpo a los equipos de atención sanitaria (médico(/a, enfermería) . Tienen *“miedo a desnudar su cuerpo ante los médicos, por eso el diagnóstico se hace tardío”*. No se pudo establecer cuál era la razón (si por experiencias de maltrato), porque no quisieron seguir con el tema. En cuanto a las necesidades y problemas de salud y calidad de vida, en general el grupo lo vinculó más a la descripción de las *“enfermedades”* que a la salud y condiciones de vida determinantes sociales:

- 1- *Infecciones vaginales son muy recurrentes.*
- 2- *Cáncer de mama muchas mujeres.*
- 3- *Cáncer vaginal.*
- 4- *Diabetes.*
- 5- *Presión Alta.*
- 6- *Zika y Chikungunya porque aquí se murieron 2 personas.*

En cuanto a salud, en el barrio Francisco Javier se remarca sobre todo el problema de la *“basura”* y la gestión de los residuos que se asocian a enfermedades y problemas de salud básicos.

En lo referido a la atención y respuesta del sistema local de salud pública se resalta mucho que en este sector no hay una UNAP, tienen que ir al barrio de Las Flores y el Albimar. Además hay muchos proyectos pendientes:

“El hospital no sirve, está obsoleto, tiene más de 60 años, no se está haciendo nada, todo lo refieren a Mao o Santiago. No hay cirujano y la distancia es mucho de Monte Cristi a Santiago. Si no se envía especialistas a resolver el problema será difícil la situación para nosotros. En el hospital no hay incubadora para los recién nacidos”.

“Las juntas de vecinos se han reunidos con autoridades de Salud Pública para la solicitar la construcción de la UNAP, pero no le han dado curso a su petición. Es una prioridad en este sector”.

“El agua contaminado es el principal foco de infecciones y brotes de dengue y Zika en la comunidad.”

“La terminación de la las calles es una prioridad para mejorar la calidad de vida. La fuente de empleo, hay muchos desempleados.”

Grupo Focal en Comendador (Elías Piña)

En el Comendador, Elías Piña se hicieron dos Grupos Focales con 26 personas. En total eran 9 hombres y 17 mujeres, de edades desde 16 hasta 80 con un promedio de 28,8 años. La mayoría eran jóvenes todavía en la escuela (primario), pero también había 7 con un título de Bachiller.

Resultados:

La representación de las mujeres se basa constantemente en las referencias en su rol como ama de casa y madre y también tienen en cuenta sus necesidades especiales:

“Ser mujer viene con muchas responsabilidades, realizar las tareas cotidianas del hogar, mantener el orden, luchar por el desarrollo individual, profesional y social, dan consejos.”

“Se sufren porque somos débiles ante la delincuencia.”

“Siempre pendiente de su familia e hijos. Se queda en la casa, cuidando a los hijos y respetando a su marido.”

Los problemas y necesidades en la vida y la salud, se enfocaron en el grupo especialmente en las mujeres y su vulnerabilidad en el barrio:

- *“El desempleo y la prohibición de educarse es algo que siempre pasa en las mujeres sufrimos aquí”.*
- *“La falta de atención médica, son malos realmente de lo que disponemos en esta provincia siempre terminamos en la Capital”.*
- *“Hay mucha violencia familiar y en la calle, falta de orientación y apoyo de qué hacer, abuso psicológico, falta de conciencia social”.*
- *“Muchas madres solteras y adolescentes que están solas e indefensas”.*
- *“Hay discriminación por ser mujer”.*
- *“La falta de medicamentos cuando necesitamos es siempre ocurre”.*

En cuanto a las referencias y opiniones grupales sobre los servicios de atención y la respuesta del sistema local de salud pública, se expresan claramente:

“En los hospitales no tratan bien a los pacientes”.

“Hay una falta de atención médica y muchas veces no hay medicamentos, que es peor porque la comunidad es sumamente pobre y no se lo puede comprar en otro lugar”.

Además critican a los médicos en la atención sanitaria:

"Mantienen poca higiene en la consulta y el hospital o en la UNAP".

"Los doctores no tienen ética, muchas mujeres son víctimas de violencia, discriminación por género y estatus social y economía".

Como las "causas" de las Enfermedades Transmitidas por Mosquitos, la dinámica de ambos grupos presentaron un conocimiento muy amplio de los diferentes factores que aporten a aquellas epidemias:

"Por defensa muy baja, falta de higiene, agua sucia, no hay hidrante, cañada con agua, medio ambiente contaminado, mucha basura, falta de fumigación, falta de prevención para evitar a los criaderos de mosquitos, falta de seguros económicos".

"La basura es una constante, además no tenemos agua y la tenemos que recolectar en tinacos".

"Nadie hace control del mosquito ni nos ayuda con las cosas de la casa".

En resumen estaban felices y motivadas a mejorar su situación y trabajar juntos:

"El encuentro fue muy bueno porque compartimos conocimiento, evaluamos nuestra comunidad".

"Las mujeres son las pilas de la sociedad".

Algunas consideraciones sobre los grupos focales y la metodología utilizada:

- En todos los conglomerados urbanos se desarrollaron los grupos focales con disponibilidad de dos personas para la dinámica. En dos casos (Elías Piña y Santo Domingo) los coordinaron equipos técnicos de Médicos del Mundo y en los otros dos (San Cristóbal y Monte Cristi) lo hicieron personal de OXFAM.
- Los grupos focales refuerzan una concepción y representación hegemónica de la mujer en cada uno de los barrios seleccionados. Básicamente ligada a la maternidad, la crianza y el cuidado.
- En cuanto a la dimensión de género, claramente se expresa en las narrativas, puntos de vista y reflexiones de los grupos que la mujer está al servicio del hombre, la familia y el

cuidado. Plasmando muy claramente en mandatos que fueron expresados como “madre”, “trabajadora doméstica”, “cuidadora” y “esposa”. El tema de la violencia y maltrato sólo aparece parcialmente.

- La gestión de residuos y tratamiento de basura y el acceso al agua, son identificados como vinculaciones directas a las Enfermedades Transmitidas por Mosquitos y otras endemias. Como fue trabajado en cada grupo, el nivel de información y conocimiento teórico de las enfermedades como Dengue y Zika son aceptables.
- Los servicios y acciones del sistema local de salud pública en general se visualizan como ineficaces, escasos, que no responden a las demandas y problemas del barrio y comunidad, y que no es escuchada ni tenida en cuenta la voz, saberes y conocimientos de las propios vecinos/as. Los servicios de salud pública son vistos como buenos y necesarios, pero en gran medida insuficientes para las necesidades que se desean abordar.
- Se destaca en varios relatos la instalación de una lógica sobre la prevalencia de ciertas enfermedades (ETM y otras), como una cuestión social ligada exclusivamente a los hábitos, conductas personales y estilos de vida. Es decir, la “responsabilización” de los grupos sociales y personas sobre su salud y su vida (Ej: limpieza, descacharrado, otros). Esto que es reproducido como marco metodológico por los equipos y servicios públicos de salud y otros actores sanitarios en un tipo de promoción de salud de matriz “conductista” que fue incorporada por las propias poblaciones, grupos sociales, familias y personas; invisibilizando de cierta forma las determinaciones y determinantes de la salud.



CAPÍTULO 4

**ANÁLISIS DE INFORMANTES
CLAVES DE SERVICIOS
PÚBLICOS DE SALUD EN
REPÚBLICA DOMINICANA Y
REVISIÓN SISTEMÁTICA DE
MODELOS CONCEPTUALES –
METODOLÓGICOS SOBRE ETM**

4.1. ENTREVISTAS SEMI ESTRUCTURADAS A INFORMANTES CLAVE DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD PÚBLICA Y TOMADORES DE DECISIÓN PROVINCIALES Y NACIONALES

Metodología⁸⁷

Es una herramienta de la investigación cualitativa consistente en la realización de entrevistas semi estructuradas a informantes clave que desarrollan sus actividades relacionadas al campo de la salud y epidemiología en las provincias de Elías Piña, Monte Cristi, San Cristóbal y Santo Domingo Oeste como a nivel nacional sobre enfermedades transmitidas por mosquitos.

Fechas: Realizadas en el mes de julio y agosto de 2016.

Condiciones de las entrevistas:

Los/as entrevistados/as fueron seleccionados con anticipación. El criterio para su selección se basó en la relación de dichos actores con el campo de la salud, la epidemiología de las enfermedades transmitidas por mosquitos (especialmente Zika y Dengue) y con la gestión de salud pública a nivel local, teniendo en cuenta el objetivo principal de nuestro estudio.

Todas las entrevistas fueron realizadas con base a una cantidad de preguntas semi-estructuradas elaboradas con anticipación por el equipo de investigación. Las mismas se realizaron individualmente, en espacios elegidos por los/as entrevistados/as, fueron grabadas con consentimiento de los mismos y también se tomaron apuntes manuscritos. Asimismo se solicitó a los entrevistados/as documentos pertinentes a determinados temas de gestión concernientes al campo de la salud y la epidemiología de las ETM y de las políticas y acciones de salud pública, para sumar al análisis como datos de tipo secundarios provistos por los propios entrevistados/as. En cuanto a la duración de las entrevistas, se procuró realizarlas en un tiempo recomendable, estimado en no más de una hora.

Se eligieron como informantes clave a 18 referentes en 4 provincias y actores a nivel nacional sobre ETM:

- (1)Coordinación Nacional del Programa de Prevención y Control del Dengue, Chikungunya y Zika en Ministerio de Salud Pública.
- (2)Dirección Ejecutiva y Dirección de Entomología de CENCET (Centro de Control de Enfermedades Tropicales).
- (2)Gerentes de Área de Salud en Elías Piña y San Cristóbal.

⁸⁷ Ver preguntas en Anexo 5

- (3)Directores del DPS de Elías Piña, San Cristóbal, Monte Cristi.
- (3)Directores del Hospital provincial de Elías Piña, Santo Domingo Oeste y Monte Cristi.
- (2)Epidemiólogos/as del Hospital provincial en Elías Piña y Santo Domingo Oeste.
- (2)Médica/o en UNAP de Buenos Aires (SD Oeste) y Las Flores (Monte Cristi).
- (3)Coordinador de Epidemiología de las Direcciones Provinciales y Áreas de Salud Pública de Santo Domingo Oeste, Elías Piña y Monte Cristi.

Extracto de las entrevistas y preguntas a los informantes claves

En total eran 5 preguntas:

- La primera “¿Qué rol y función tiene su “organismo-institución-establecimiento de salud pública” frente a las ETM especialmente Zika-Dengue? ¿Sobre qué planes, programas, documentos se basa su mandato?”.
- En segundo lugar, “¿Cuál es el “Modelo” Metodológico de trabajo para enfrentar las Enfermedades Transmitidas por Mosquitos? es decir, ¿Qué hace la Salud Pública frente a las ETM especialmente Dengue /Zika?”.
- Entomología: “Indicadores entomológicos: ¿Cómo es el levantamiento de índices larvales y de infestación vectorial? Explique ¿cómo lo hacen y los indicadores disponibles actualmente por Provincia?”.
- Control vectorial: “Realizan “control químico” sobre la infestación domiciliar y peri-domiciliar con uso de larvicidas y adultocidas(nebulizaciones aéreas-.fumigaciones. ¿Qué productos se utilizan?”).
- Al final la dimensión de género: ¿Tienen en cuenta la dimensión de género en el abordaje como en la prevención de ETM y la promoción de salud? ¿Encuentra diferencias en las tasas de incidencia, prevalencia y letalidad del Zika-Dengue entre hombres y mujeres? Si es que SI, ¿qué explicación tiene?”.

Breve síntesis de las respuestas:

1. Pregunta: ¿Qué rol y función tiene su “organismo-institución-establecimiento de salud pública” frente a las ETM especialmente Zika-Dengue?. ¿Sobre qué planes, programas, documentos se basa su mandato?.

“Hacemos prevención y control de vectores, coordinamos los actores/organismos, la comunicación de riesgos, gestionamos un laboratorio y el manejo clínico”.

“La gerencia garantiza que se presten los servicios (de médicos, farmacéuticos, enfermería) en los diferentes centros de atención de la provincia y que lo hacen con calidad. Pero

estamos más preocupados por los servicios y la atención, que por la epidemiología”.

“Velamos desde la DPS para que los comunidades estén prevenidas y promoción de salud. Hacemos alianzas con las diferentes organizaciones para continuar haciendo énfasis a nivel preventivo”.

“Vigilancia, Investigación de casos, entomología para control vectorial, cooperaciones con otros servicios de salud, vigilar que cumplan el protocolo (fichas, atención al cliente)”.

“Atención clínica: Recibir pacientes, diagnosis, tratar, enviar a especialista”.

“Notificación, prevención, educación”.

“Captamos los pacientes y les damos manejo clínico, luego reportamos los hallazgos al sistema [Dirección General de Epidemiología MSP]”.

“Detectar a tiempo y prevenir. Hicimos jornadas casa por casa, usando Abate, cloro, descacharrizando, dando charlas. Las instrucciones que damos del Abate es mantenerlo dentro del tanque. Pedimos dejarnos pasar al patio en cada casa, quienes participan en la jornada hacen los hoyitos para usar el químico. Dan las instrucciones que no se use en agua de consumo. No se ha demostrado el daño que causa el Abate”.

“Hemos aplicado las normas diseñadas por el Ministerio de Salud Pública. Tenemos una sala sólo para pacientes con dengue. Han disminuido en los últimos meses. La Gobernación ha hecho operativos, han creado conciencia en la población. En los operativos usan ABATE, un producto muy efectivo”.

“Prevención en la comunidad, Educación, Información, Cooperación con ONGS, vigilar que cumplan el protocolo (fichas, atención al paciente)”.

“Realizamos programas de prevención a través de charlas, acciones directas a través de jornadas en coordinación con organizaciones sociedad civil, juntas de vecinos, promoviendo educación para la salud”.

“El servicio regional da seguimiento a la parte asistencial. Aunque es parte rectora, también se involucran con prevención. Hay un equipo técnico designado para Chikungunya, Dengue y Zika, capacitados por la OPS y el MSP, para las redes de servicios en todos los niveles”.

2. Pregunta: ¿Cuál es el “Modelo” Metodológico de trabajo para enfrentar las Enfermedades Transmitidas por Mosquitos? Es decir, ¿qué hace la Salud Pública frente a las ETM especialmente Dengue /Zika)?

“Manejo clínico de los casos, garantizar que se da atención adecuada vía elaboración de guías para el manejo clínico, pautas para los establecimientos, inducción y capacitación al personal de salud desde la gerencia regional, al personal médico, especialistas y del tercer nivel. Incluye capacitación en uso de las guías y protocolos, tanto para Dengue y Zika en base a orientaciones de OMS y OPS dados a RD. Garantizar manejo integral de vectores, encuestas entomológicas, eliminación de brotes, fumigación”.

“La gerencia de área realiza actividades de promoción de la salud y participación social a través de las Unidades de Atención Primaria que funcionan en toda la provincia. También participa en acciones de prevención y control de las enfermedades transmitidas por mosquito junto a otras instituciones del Estado, sobre todo a partir del Zika”.

“Prevención, educar a las comunidades, dar charlas, campañas, asistencia y consultas, control vectorial: entregamos insumos, Abate y volantes”.

“Encuesta entomológica: en cada barrio para decidir donde intervenir (aunque en realidad decidimos más según los casos sospechosos); nuestra intervención es: limpiar, educar; “mini-foros” semanales para cooperar y ver donde hay más casos”.

“El principal objetivo es el cambio de conducta, a pesar de que salud pública tiene 20 años y la gente no entiende”.

“Mi metodología personal es que el paciente se cura estando “encima”. Es estar encima del paciente, no se refieren pacientes por dengue, mantenerlo bien hidratado, tomándole la presión cada cierto tiempo, estabilizando los líquidos. El dengue dura de 3 a 5 días con signos de alarma y grave. El paciente puede tener mejoría y de ahí es que hay que darle seguimiento”.

“Inducción y capacitación al personal de salud pública desde la gerencia regional, al personal médico, especialistas y del tercer nivel. Incluye capacitación en uso de las guías y protocolos, tanto para Dengue y Zika en base a orientaciones de OMS y OPS dados a RD. El seguimiento a pacientes se realiza con servicios de 24 horas en el centro de salud tomando signos vitales, el balance, con indicaciones de qué administrar y qué no. Como encargado, voy directo a vigilar si se está cumpliendo la guía con seguimiento continuo al paciente. Está prohibido referir pacientes con Dengue. Auditamos los expedientes clínicos, el check list va de 0 a 100, en la Provincia el promedio es de 95% de cumplimiento”.

“Utilizamos anuncios de prevención en medios de comunicación locales, la gente se ha educado. Nos dicen cuando vamos a las casas que “vamos mucho”, casi a diario estamos”.

*“Ir casa a casa para hacer charlas, fumigación, tratamiento con cloro, Abate, y consulta” ...
“charlas educativas, fumigaciones, abate, encuestas entomológicas”.
“Garantizar el manejo integral de vectores”.*

3. Pregunta: Indicadores entomológicos: ¿Cómo es el levantamiento de índices larvales y de infestación vectorial? Explique ¿cómo lo hacen? y los indicadores disponibles actualmente por Provincia.

"Indicadores son índice de viviendas positivas, índice de breteau e índice de recipientes, cada uno con una fórmula, levantamos los encuestas entomológicas 3-4 veces al año. Se selecciona el sector según índice de casos, se aplica un formulario que está prediseñado, se tabula y se envía a nivel de infestación central".

"Los índices hemos vuelto a realizarlos sobre todo a partir de la epidemia de Chikungunya del 2014. Aunque tenemos mucho problemas en las provincias y áreas de salud por falta de personal entrenado".

"El departamento de Malaria lo levanta/ la provincial maneja esto/ DPS lo hace / área de salud se encarga de eso" la mayoría no se sienten/no son responsables de eso.

"Eso la maneja la Provincial de Salud, se determinan los barrios desde ahí, no todos se hace".

"Tenemos problemas con los índices, porque algunos agentes capacitados con formación en entomología rellenan las encuestas siempre igual sin hacer la visita ni la actualización que les pedimos. Son indicativos estos índices pero sabemos que tienen bastante problemas aún".

"En algunas provincias no tenemos gente capacitada, eso nos dificulta mucho en algunos casos no tenemos índices confiables ni actualizados, necesitamos fortalecer la formación entomológica en cada Provincia".

"Elegir casas al azar, buscan por tanques que acumulan agua (hasta gomas), exterior y interior de la casa".

"La vectorial la sigue la Dirección Provincial. Hacen estudios para ver criaderos y lo reportan al CENCET. El personal de oficina va los viernes a las comunidades a descacharrar y a distribuir Abate, sensibilizando. La prueba del Zika se manda al laboratorio nacional, le llega a la Dirección Provincial. A veces dura varios días".

4. Pregunta: ¿Realizan "control químico" sobre la infestación domiciliar y peri-domiciliar con uso de larvicidas y adultocidas (nebulizaciones aéreas-fumigaciones)? ¿Qué productos se utilizan?

"Si no hay casos usamos como Abate (Temefhos) y si hay muchos casos usamos para las fumigaciones: permetrina, dentemetrina".

“Elegimos los barrios de mayor necesidad de educación, intervención: ahí aplicamos larvicidas (temefos) si no hay casos, y las fumigaciones (deltamentrida) si hay casos”.

“La instrucción es uso de Abate, Cloro y Fumigaciones cuando hay casos, aunque eso lo maneja directamente DSP”.

“Lo realizamos juntos con la Defensa Civil siempre con Abate y Fumigación”.

“Se usa el Abate y la fumigación”.

“Nosotros no lo hacemos, sino la DPS. Las instrucciones son: limpiar el tanque, untar el cloro y mantenerlo tapado. Regalamos la tapa a los tanques que no tienen”.

5. Pregunta: ¿Tienen en cuenta la dimensión de género en el abordaje como en la prevención de ETM y la promoción de salud? ¿Encuentra diferencias en las tasas de incidencia, prevalencia y letalidad del Zika-Dengue entre hombres y mujeres? Si es que SI, ¿qué explicación tiene?

“No tenemos la dimensión de género en cuenta, solo levantamos los datos sin diferencias”.

“Aún no hay diferencia por género en la promoción, no encontramos diferencias a pesar de las diferencias de la exposición al mosquito por diferencias en el rol de cada uno”.

“No, trabajamos igual con toda la población”.

“No hay diferencia en las tasas, pero es algo importante por la amenaza para la mujer de tener microcefalia”.

“Vienen más mujeres porque se cuidan más”.

“No tomamos en cuenta dimensión de género pero creo que afecta a mujeres y hombres por igual estas enfermedades”.

“Femenino tenemos más casos porque se mantienen más en la casa y el mosquito es urbano”.

“Más mujeres tenían Dengue, Zika aún no sé si es cierto pero igual las mujeres vienen más, porque ellas traen a los niños y después medican también a los hombres”.

“No hay establecido nada sobre el género en este tema”.

4.2. CONCEPTUALIZANDO LAS PRÁCTICAS Y MARCO TEÓRICO DE LOS INFORMANTES CLAVES DE LOS SERVICIOS LOCALES DEL SISTEMA DE SALUD Y LOS ACTORES TOMADORES DE DECISIONES EN SALUD PÚBLICA:

De la sistematización y análisis de las 18 entrevistas a los informantes clave y a su vez complementando con la metodología de revisión sistemática sobre 4 documentos, 2 planes y 20 textos de diversos organismos, actores y servicios tanto del Ministerio de Salud Pública como del Servicio Nacional de Salud de República Dominicana, surgen algunas caracterizaciones de un modelo “conceptual-metodológico” que primordialmente se desarrolla en el plano teórico y práctico en el país.

Este modelo conceptual-metodológico descrito en la revisión sistemática de la literatura nacional disponible y los puntos de vista de los informantes clave de la salud pública local y nacional, se identifican 3 componentes.

A- EL COMPONENTE DE “GESTIÓN INTEGRAL DE VECTOR” (LLAMADO “CONTROL VECTORIAL”):

- Los documentos, planes y enunciados de los informantes claves sobre las Estrategias de Gestión Integral de Vectores y de Control del Dengue (CHIKV y Zika ahora) hacen foco en el “vector”, dejando fuera de foco a las dimensiones ambientales, de saneamiento y agua, y las condiciones de vida saludables de las poblaciones, grupos y familias más afectadas por la prevalencia e incidencia de las Arbovirosis. No se encontraron diseños metodológicos ni conceptuales asumiendo estas dimensiones.
- La mayoría de los documentos, planes y materiales sobre ETM con mandato de acción para los actores de salud pública e informantes claves entrevistados, dan centralidad al modelo de “control vectorial” (la “guerra”, el “combate”, la “eliminación” al mosquito Aedes), que desde hace mas de 45 años se viene impulsando como abordaje a las enfermedades transmitidas por mosquitos especialmente las transmitidas por el Aedes Aegypti.
- Se visibiliza una práctica de campo primordialmente de “control químico” intensivo (*uso de adulticidas y larvicidas*) con productos organofosforados y piretroides utilizados para enfrentar las enfermedades vectoriales prioritarias de la salud pública (Arbovirus como Dengue y Zika), siendo en algunos casos- como es reconocido por la literatura científica- de consecuencias neurotóxicos⁸⁸ para el sistema nervioso central y periférico.

88 ABRASCO [Asociación Brasileña de Salud Colectiva] – Nota Técnica sobre Microcefalia y Enfermedades Vectoriales relacionadas con Aedes Aegypti. <https://www.abrasco.org.br/site/2016/02/nota-tecnica-sobre-microcefalia-e-doencas-vectoriais-relacionadas-ao-aedes-aegypti-os-perigos-das-abordagens-com-larvicidas-e-nebulizacoes-quimicas-fumace> [En Internet]

Organofosforados

“Compuesto orgánico degradable que contiene enlaces fósforo-carbono (excepto los ésteres de fosfato y fosfito), utilizados principalmente en el control de plagas como alternativa a los hidrocarburos clorados que persisten en el ambiente.”

- No se encontraron dictámenes ni informes técnicos ni del Comité de Especialistas en Plaguicidas de la OMS (WHOPES, por sus siglas en inglés) a nivel global como tampoco de las áreas de seguridad y evaluación de tecnología sanitaria del Ministerio de Salud Pública de República Dominicana, sobre una revisión sistemática y nuevos estudios sobre larvicidas como insecticidas organofosforado como Temephós (conocido comercialmente como ABATE®), organoresistentes y piretroides, los reguladores de crecimiento como el Diflubenzuron y Novaluron, el Pyriproxyfen, el Malathion⁸⁹ agrotóxico organofosforado considerado por la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC) como potencialmente cancerígeno para los seres humanos; entre otros utilizados para nebulización aérea y larvicidas en el país, siendo que algunos de estos químicos se encuentran en necesidad de conocer sus impactos sobre la salud colectiva y la salud humana.
- Los informantes claves continúan haciendo hincapié en el control químico, con intentos de cubrir todas las áreas identificadas como infestadas pero los propios actores claves explican que carecen de recursos para hacerlo. No se dispone de un sistema de vigilancia de los Arbovirus con cierta sofisticación y innovación que permita detectar el aumento de su incidencia y respuestas precoces y oportunas en micro-áreas y a nivel local, las acciones que todos los informantes describen son acciones enfocadas sobre los brotes, pero por lo general descritas con faltas de recursos y reconociendo lo tardío para cambiar de manera significativa el curso de una epidemia.
- Tanto los informantes tomadores de decisión, gestores o dedicados al trabajo de campo describen un modelo metodológico que implementa y ejecuta acciones con cierta espontaneidad, fragmentaciones y desconexión entre distintos actores del sistema nacional de salud.
- No se encontraron análisis críticos en documentos, textos y planes de la institucionalidad gubernamental pública sobre los diferenciales de cobertura, acceso a servicios y calidad en la atención atravesados por demarcadores de una triple inequidad: socio-económica/geográfica, de género y étnica.
- Los informantes describen una lógica de intervención de los servicios de salud (pública) que continúan siendo símbolos de segmentación/estratificación social del espacio urbano-rural y dentro del urbanismo sin visibilización ni problematización sobre las posibles desigualdades sociales y sanitarias de cada conglomerado urbano.

89 IARC - <https://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/pdf/MonographVolume112.pdf> [En Internet]

LOS EQUIPOS DE SALUD PÚBLICA DESCRIBEN A LA AUTO-MEDICACIÓN CON AUTO-ATENCIÓN Y MALA MEDICACIÓN/MALA PRAXIS OBVIANDO DISPOSICIONES DEL PROPIO MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y OPS-OMS EN EL PAÍS COMO RAZONES DE LA ALTA LETALIDAD EN EL CASO DE DENGUE Y LA BAJA EFICACIA PARA ENFRENTAR LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS A NIVEL CLÍNICO-SANITARIO EN LA ATENCIÓN.

Piretroides

“Moléculas con actividad insecticida que se aplican a cosechas, plantas de jardines, animales domésticos y también directamente a seres humanos.”

B- EL COMPONENTE DEL MODELO DE “ATENCIÓN”:

- En las entrevistas, referido al modelo de atención sobre Arbovirus en los servicios de salud (Hospital, UNAP, Centros de salud), aparece una cultura de corte asistencial-curativa de abordaje clínico-individual biomédico⁹⁰. No es objeto de este estudio ver las implicancias de este modelo.
- El punto de vista de los informantes claves tomadores de decisión y actores claves de servicios de salud pública sobre las prácticas de los sujetos, familias, grupos y poblaciones, en general prima la “culpabilización” hacia estos por la ineficiencia e ineficacia de las medidas adoptadas en los periodos pre-epidémicos y epidémicos sobre Arbovirus (caso Dengue, Zika y/o en la epidemia de Chikungunya).
- A partir de los trabajadores/profesionales y equipos de salud pública entrevistados (de UNAP y Hospitales) como de las observaciones participantes⁹¹ a nivel del sistema metropolitano del Gran Santo Domingo (República Dominicana), se visualizó en picos epidémicos la generación de una sobredemanda poblacional de servicios asistenciales hospitalarios, con barreras de acceso evidenciadas aunque no estudiadas en este trabajo.
- Los equipos de salud pública describen a la auto-medicación⁹² con auto-atención⁹³ y mala medicación/mala praxis obviando *disposiciones*⁹⁴ del propio Ministerio de Salud Pública y OPS-OMS en el país como razones de la alta letalidad en el caso de Dengue y la baja eficacia para enfrentar las enfermedades transmitidas por mosquitos a nivel clínico-sanitario en la atención.

C- EL COMPONENTE SOCIAL DE SALUD COLECTIVA Y EPIDEMIOLÓGICO:

- En los equipos de áreas ministeriales de salud pública con expertise y actores claves de los servicios públicos de salud locales y provinciales se evidencia una centralidad en estrategias y practicas sobre la comunicación de “riesgos, comportamientos individuales y estilos de vida”, cuestión suficientemente estudiada y evidenciada sobre dicha

90 Menéndez, Eduardo L. “El modelo médico y la salud de los trabajadores”. Salud colectiva 1.1 (2005): 9-32.

91 De Souza Minayo, María C. “El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud”. Lugar Editorial, Buenos Aires, (2008).

92 Menéndez, Eduardo. “La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud”. Cuadernos médico social-es 21 (1982): 25-42.

93 Tezoquiqa, Isabel Hernández, María de la Luz Arenas Monreal, y Rosario Valde Santiago. “El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana”. Revista Saude Publica 35, no. 5 (2001): 443-50.

94 MSP (Ministerio de Salud Pública de República Dominicana) – Guía de Manejo Clínico para la Infección por el virus de Chikungunya(CHIKV) Ver: file:///C:/Users/Gonzalo/Downloads/guia_chikv2.pdf (En Internet)

RECONOCIENDO QUE ZIKA VIRUS POR CUESTIÓN DEL EVENTO MICROCEFALIA EN EMBARAZO ERA UN TEMA EMINENTEMENTE DE LAS MUJERES, RESULTA AÚN MÁS SORPRENDENTE NO ENCONTRAR ABORDAJES DE GÉNERO.

Behaviorismo

“estudio psicológico basado en la observación y análisis objetivo de la conducta humana”.

metodología de corte y de responsabilidad individual⁹⁵ en cuanto a su fiabilidad y efectividad para enfrentar las endemias y epidemias vigentes especialmente en Arbovirus. Es importante puntualizar que en el componente preventivo-promocional el modelo conceptual-metodológico expuesto por los informantes claves está en línea con el “*behaviorismo*” radical.

· Respecto de los sistemas de información en salud,⁹⁶ no se identificaron sistemas abiertos de información para ser guías puntales en la reducción de las desigualdades e inequidades de salud a nivel local. En este sentido, tampoco se encontró información epidemiológica desde perspectiva de género ni tampoco en algún tipo de ponderación sobre distribución de carga de enfermedad por sexo (masculino-femenino) ni estudios o hipótesis explicativas de la incidencia diferencial de las Arbovirus sobre mujeres y niños/as. Reconociendo que Zika Virus por cuestión del evento microcefalia en embarazo era un tema eminentemente de las mujeres, resulta aún más sorprendente no encontrar abordajes de género.

· La epidemiología es entendida como descripciones instrumentales de eventos de enfermedad (estadísticas, frecuencias, medianas, tasas, riesgos, etc); más que como conocimiento científico-sanitario sobre procesos de salud-enfermedad poblacional, grupal, familiar e individual con triangulaciones metodológicas.

· En cuanto al rol de las poblaciones y el lugar identificado de la participación ciudadana, se describen modelos fuertemente asociados a acciones masivas de movilización ciudadana, y perspectivas de participación comunitaria vertical (del Estado “*mandatando*” a la sociedad civil), reproduciendo la “comunidad movilizadora” las mismas acciones de “control vectorial” y lógica de abordaje antes descrita pero a través de actores comunitarios (“Promotores/as”, referentes de Campañas, división social de la labor preventivo-promocional, entre otras).

95 Matos, M. A. (1995). Behaviorismo metodológico e behaviorismo radical. Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas, 27-34.

96 Alazraqui, Marcio, Eduardo Mota y Hugo Spinelli. “Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local”. Cadernos Saúde Pública 22, no. 12 (2006): 2693-702.

MATRIZ CONCEPTUAL-METODOLÓGICA DESCRIPTIVA DEL “MODELO “UTILIZADO EN REPÚBLICA DOMINICANA EN ETM

Campo	Marco conceptual	Metodología	Acciones-Prácticas
<i>Modelo de Atención</i>	Biomedicina	Atención clínica-curativa y respuesta farmacológica. Aparece cuestión clínica deformada (dehumanización).	Asistencial intra muros en establecimientos de salud.
<i>Gestión del Vector</i>	Control del vector. La “guerra” o “combate” al Mosquito.	Entomología tradicional sobre vector.	Descacharrado aleatorio. Limpieza de patios.
<i>Control Químico</i>	Eliminación/Erradicación del vector.	Nebulizaciones aéreas con organofosforados y piretroides. Uso de larvicidas en recipientes con agua acumulada (tanques, tinacos, entre otros).	Fumigaciones masivas. Uso de “ABATE” en Agua de los barrios sin servicios regulares.
<i>Promoción de Salud / Protección</i>	Estilos de Vida - Comunicación de Riesgo	Abordaje y responsabilización individual. Centralidad en cambios de comportamientos, conductas y hábitos individuales.	Charlas-Talleres aleatorios, campañas de sensibilización masivas, materiales gráficos informativos clásicos, otros.
<i>Participación Ciudadana</i>	Modelo de “movilización” masiva y transferencia de conocimientos biomédicos (dimensión clínica de la enfermedad, medidas de protección individual, entre otros).	Convocatoria a movilización ciudadana desde el Estado (y/o actores sociales). En general modelo “vertical”. Puede existir formación transferencial.	Jornadas masivas de movilización barrial y local aleatorias. Capacitación de “Promotores”. Visitas a las casas.
<i>Epidemiología de ETM</i>	Descriptiva. Instrumental. Enfocada a los eventos de morbilidad y mortalidad (enfermedad-muertes).	Registro y notificación de ETM sobre criterios de confirmación clínica y/o “sospechosos” según definición de caso.	Boletines epidemiológicos y Sala de Situación a nivel nacional. A nivel local información fragmentada y desarticulada según actores gubernamentales y no gubernamentales.
<i>Redes (Integradas e Integrales) de Salud</i>	No se encuentran conceptualización referida a Redes y abordaje de ETM.	Sólo articulación y coordinación de acciones intersectoriales.	Actividades exclusivamente de rutas de referencia-contrareferencia tradicionales de la organización de servicios de salud pública
<i>Perspectiva de Género</i>	No se encuentran conceptualización referida a Género, Salud y ETM. En la práctica se refuerzan estereotipos patriarcales de biomedicalización.	No se encontraron.	Se refuerza en las movilizaciones masivas o locales a la “mujer” como “cuidadora”.

Fuente: Elaboración propia con base a entrevistas informantes claves y revisión sistemática documental



CAPÍTULO 5

**A MODO DE CONCLUSIONES
Y APROXIMACIONES:
PERSPECTIVAS, NUDOS
CRÍTICOS Y PROPUESTAS
DE INTERVENCIÓN**

A modo de conclusiones y nudos críticos del presente estudio:

1- En primer lugar, resulta evidente que este tipo estudios de género y enfermedades transmitidas por mosquitos en especial Arbovirus como Zika Virus y Dengue, aún siguen siendo aproximaciones que nos llaman a ahondar en la relación entre los determinantes de género en los procesos de salud-enfermedad, como en los sistemas y políticas de salud y la epidemiología. La revisión sistemática realizada en este trabajo permite demarcar aún vacíos en la literatura científica y la investigación disponible sobre esta dimensión y campo a nivel nacional en República Dominicana, como en gran medida en la región de América Latina y Caribe.

2- En América Latina y Caribe con respecto al Zika Virus y Dengue, la caracterización epidemiológica realizada demuestra que son problemas de salud pública prioritarios de las sociedades latinoamericanas y caribeñas, y particularmente para República Dominicana contando con la tasa letalidad por Dengue más alta regional. La incidencia y prevalencia de Arbovirus en las últimas décadas se multiplicó en la región con una tendencia ascendente, y la aparición de Zika Virus adquirió una relevancia en este escenario por las evidencias constadas a nivel clínico como epidemiológico de la asociación con SGB y Microcefalia.

- Desde 2015 y hasta el 6 de octubre del 2016, 47 países/territorios de América Latina y Caribe confirmaron casos por transmisión vectorial del virus del Zika y cinco países notificaron casos de Zika transmitidos sexualmente. La pandemia de Zika Virus en la región tuvo una rápida propagación en 47 países en 30 semanas epidemiológicas aproximadamente, aunque las tasas de incidencia y prevalencia no reflejan realmente las tasa de ataque y la totalidad de casos de la enfermedad en cada país con los brotes epidémicos y/o epidemias claramente desarrolladas.

- Los eventos asociados a Zika Virus, como son el SGB y Microcefalia, tuvieron incidencia además de Brasil, especialmente en Colombia, Venezuela y Republica Dominicana en caso de SGB, y en Microcefalia en República Dominicana, Guatemala, Polinesia Francesa y Martinica tienen un comportamiento especial a resaltar y estudiar. Como se puede observar, existen evidencias de las relaciones entre la circulación de la novedad virémica del Zika Virus en los países con escenarios de tasas de ataque y prevalencias más elevados, y la aparición de las complicaciones asociadas de SGB y Microcefalia en esos mismos países con brotes epidémicos y/o epidemias en curva ascendente.

CON RESPECTO A LA CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ARBOVIRUS EN REPÚBLICA DOMINICANA, EN LO QUE REFIERE A LOS CASOS DE ZIKA Y CHIKUNGUNYA SE ENCONTRARON EN LAS INFORMACIONES CONSOLIDADAS DISPONIBLES TENDENCIA A LA “FEMINIZACIÓN” (PROPORCIÓN FEMENINA MAYOR QUE MASCULINA) EN LA TASA DE PREVALENCIA ACUMULADA DE CASOS

- Las referencias sobre el DENGUE(DEN) en lo regional, especialmente su letalidad, demuestra ciertas vinculaciones entre los países con letalidad por DEN y los países con confirmación de Zika Virus (y SGB y Microcefalia). Es decir, está claro que la circulación de las enfermedades transmitidas por mosquitos especialmente Arbovirus en América Latina y Caribe continúan siendo un problema de salud pública y la epidemiología regional.

- En cuanto a defunciones, como demuestran los datos de tasas de letalidad regionales de Dengue, República Dominicana durante el 2015 tuvo una tasa de letalidad de más del doble (210 %) promedio más que la segunda tasa de letalidad más alta de América Latina y Caribe que fue la de Colombia. Es decir, la letalidad de Dengue en República Dominicana duplica a la media más alta regional.

3- Con respecto a la caracterización epidemiológica de las Arbovirus en República Dominicana, en lo que refiere a los casos de Zika y Chikungunya se encontraron en las informaciones consolidadas disponibles tendencia a la “feminización” (proporción femenina mayor que masculina) en el total acumulado de casos, y en los rangos de edad especialmente en adultos y adolescentes. En lo que respecta a Dengue, también existe “feminización” constatada en la tasa de letalidad (muertes), y la acumulación del 80 por ciento de las muertes en los rangos de edad especialmente en los niños/as y adolescentes.

· Los casos de Zika Virus notificados por el Boletín Epidemiológico del Ministerio de Salud Pública y la base de datos de casos del Servicio Nacional de Salud muestran curvas epidémicas entre Semanas Epidemiológicas 15 a la 21 del 2016. Así la curva de casos de Zika Virus coincide en las mismas semanas con aparición y tendencia ascendente de casos de SGB en el país.

· El total de casos sospechosos registrados y notificados en el Boletín Epidemiológico sobre Zika Virus en República Dominicana fueron de 5123 casos total (según definición de caso de la OPS-OMS). Comparativamente con la tasa de ataque de la epidemia de Chikungunya del 2014 e incluso con la totalidad de 539.099 casos sospechosos registrados de CHIKV, o de los brotes epidémicos de Dengue por ejemplo totalizando 17.141 casos en 2015, y de 16.879 casos en el 2013; pensamos que el cuadro clínico inespecífico asociado al Zika Virus (muchos casos sin fiebre, sólo con mialgias y “rash” leves) podría ser un factor explicativo de los pocos casos sospechosos registrados en sistema de información en salud en el periodo epidémico de República Dominicana.

· El registro de casos de Zika desde la distribución por sexo muestra una tendencia a la “feminización”. De los 5123 de casos de ZIKV notificados oficialmente en Boletín Epidemiológico hasta SEMANA 36 del 2016, el 74% fueron de sexo femenino (3790). Tan

sólo un 16% de los casos de Zika en República Dominicana tuvieron que ver con sexo masculino(1333).

- En la asociación de Zika Virus con la incidencia de Microcefalia en mujeres gestantes, queda la confirmación de 22 casos en República Dominicana siendo el tercer país en incidencia luego de Brasil y Colombia.

- En la asociación Zika Virus con la incidencia de Síndrome de Guillain Barré (SGB), queda evidenciado en el periodo de mayor transmisión de casos de Zika Virus en República Dominicana, existiría asociación entre la incidencia y frecuencia de casos de SGB confirmados en las semanas de mayor cantidad de casos acumulados de Zika Virus.

- El caso de la epidemia de Chikungunya del año 2014 en República Dominicana, muestra en indicadores epidemiológicos oficiales también una tendencia de “*feminización*” en los registros. El 61% de los casos fueron mujeres, y el 39% fueron masculinos.

- En tanto el análisis por grupos de edad de casos acumulados de Dengue (periodo 2013-2015), existe una evidente significancia de casos de DENGUE sobre la población de niños/as y adolescentes (del rango entre <1 a 19 años), se dieron el 76% de los casos acumulados en República Dominicana entre 2013 al 2015.

- En cuanto a los grupos de edad en las defunciones por Dengue (periodo 2013 al SE 32 2016), el 21% de defunciones es en grupo de edad de 10-19 años, el 20% de defunciones es en el rango de edad de 1-4 años, también el 20% de defunciones son en un rango de edad de 5-9 años y el 19% de defunciones es en menores de 1 año de edad. Vale decir, el grupo etario de menores de 19 años (niños/as y adolescentes) explica el 80% de las defunciones por dengue en República Dominicana. Cuando se desagrega las defunciones acumuladas de Dengue analizando sólo los rangos de edad entre <1 a 19 años, es decir niños/as y adolescentes, resulta que la distribución por sexo es 54% femenino y el 46% es masculino. Es decir, en defunciones en el rango de edad de mayor incidencia se observa una tendencia a la “*feminización*” de las muertes por Dengue específicamente en niñas y adolescentes de República Dominicana.

4- A partir del trabajo de campo de este estudio tanto en las 396 encuestas realizadas como los 4 grupos focales y observaciones en los conglomerados urbanos priorizados, se evidencia que existe una determinación de espacios, mandatos y funciones sociales hacia la mujer claramente delimitados sobre: la *maternidad, el cuidado y la responsabilidad total en el trabajo doméstico*. Demostrando una carga desigual sobre la mujer y posibles impactos en los procesos de salud-enfermedad.

(...) SE EVIDENCIA QUE EXISTE UNA DETERMINACIÓN DE ESPACIOS, MANDATOS Y FUNCIONES SOCIALES HACIA LA MUJER CLARAMENTE DELIMITADOS SOBRE: LA MATERNIDAD, EL CUIDADO Y LA RESPONSABILIDAD TOTAL EN EL TRABAJO DOMÉSTICO. DEMOSTRANDO UNA CARGA DESIGUAL SOBRE LA MUJER Y POSIBLES IMPACTOS EN LOS PROCESOS DE SALUD-ENFERMEDAD.

· En el trabajo y rol del “cuidado” intrafamiliar y en la vida, el 83% de las mujeres son quienes exclusivamente se dedican a cuidar a los niños/as y ancianos/as, y en un 19% es compartido varon-mujer. Sólo el 1% de las entrevistadas expresa que el hombre lleva la carga del cuidado.

· Igualmente en el “cuidado” de la persona enferma en la familia, la mujer en un 79% de los casos encuestadas son las responsables de asumir la responsabilidad del cuidado al enfermo/a.

5- En cuanto a la jerarquización en el acceso al poder implícito en las ideas, representaciones y prácticas de hombres y mujeres; los grupos focales refuerzan la concepción de la “mujer” como subsumida al hombre y a la familia, reforzando una perspectiva “patriarcal” y de cierta inferioridad. En relación al género como potencial determinante de las ETM, en este estudio se identifica que la mujer a diferencia del varón es quién se mantiene en largas jornadas de trabajo doméstico (más de 12 horas) sobre todo en etapa diurna en la vivienda (con calidad de vivienda deficitaria) expuesta a los periodos de mayor actividad del *Aedes Aegypti* (vector principal de ETM), condicionada por determinantes sociales como domicilio y peri domicilios con restricciones al acceso a agua y con gestión de basura inadecuadas conviviendo con “vertederos”; y donde ellas son las que llevan en sus espaldas las cargas desiguales tanto en la limpieza, tareas domésticas como en la gestión de residuos en el hogar, el manejo del agua, y el cuidado en la crianza, los enfermos/as y adultos mayores.

Sobre las relaciones de poder intrafamiliar y en las representaciones del rol social preestablecido, las encuestas a las mujeres entrevistadas marcan claramente que:

· El 84% expresa que las labores y tareas de la casa (cocinar, limpiar, ordenar, entre otros) la realiza la mujer, evidenciando las desigualdades en el rol, responsabilidades y tareas de distribuidas inequitativamente entre mujer-hombre dentro de cada vivienda y familia.

· Un 74% de las mujeres en la vivienda son las responsables de la gestión de los residuos, la limpieza del patio y vivienda, como en las acciones de saneamiento básico. Así la mujer en estas viviendas y barrios son las que se mantienen más contacto con la basura y espacios de acumulación de residuos en el domicilio y peri domicilio donde justamente son los reservorios de criaderos de reproducción vectorial.

- Al sistematizar los tiempos (medidos en “horas”) que la mujer tiene presencia en el domicilio y peridomicilio en etapa diurna del día, resulta que en un 84% son las mujeres las que se encuentran más tiempo presente durante las mañanas y tardes tempranas.
- El 87% de las viviendas tienen de 1 a 3 habitaciones donde existen un 63% de viviendas con más de 3 hijos/as y dos a cuatro adultos. Es decir, el hacinamiento en el espacio de las viviendas es un dato relevante a destacar.
- Un análisis especial merece la frecuencia del acceso al agua, a pesar que en su mayoría tienen agua por red (tuberías), el 56% de esas mujeres y familias aprovisionan agua en fuentes (recipientes, tinacos, otros) por la frecuencia del agua (no por falta de infraestructura ni del servicio).
- Con la cuestión de la gestión de residuos (basura) en cada barrio, la mitad de las viviendas de las mujeres encuestadas no cuenta con recolección, y la otra mitad que cuentan el servicio es esporádico y en el mejor escenario de manera semanal. El 41% de los casos sus viviendas tienen a menos de 100 metros un basural a cielo abierto y acumulación de basura en forma inadecuada (“vertederos”). En cuanto a la gestión de los residuos sólidos (tema clave para los reservorios de vectores), el 71% cuentan con basura acumulada en sus viviendas y peridomicilio de forma diaria y semanal.

6- Según el análisis de fuentes primarias de encuestas, entrevistas a informantes claves como grupos focales y observaciones, se identificaron barreras de acceso a los servicios de Salud Pública locales (léase UNAP y Hospitales, SNS) como a acciones preventivo-promocionales y de salud sexual y reproductiva vinculados a Zika Virus. Las barreras descritas estuvieron especialmente vinculadas a la fragmentación de las acciones del sistema de salud, al tipo de organización de los servicios en el país (tener o no “seguro” de salud para garantizar la atención), a la falta de recursos financieros y deterioro de infraestructura vital como escasez de recursos humanos suficientes y oportunos en condiciones de trabajo saludables y seguras.

- El 73% cuenta con algún tipo de cobertura (especialmente SENASA público) aunque el 27% restante no tenía ningún tipo de cobertura de salud, es casi 3 de cada 10 mujeres entrevistadas al no disponer de “cobertura” (seguro de salud) esto se transforma en sí mismo en una barrera de acceso a los servicios de salud incluso “públicos”.
- Las mujeres encuestadas estando en periodo epidémico y conociendo los riesgos de Zika Virus en edad reproductiva, el 58% no tuvieron acceso a métodos anticonceptivos ni tampoco a acciones de educación para la salud sexual y reproductiva en relación al Zika.

(...) DE LAS 396 MUJERES ENCUESTADAS, 289 DE ELLAS SOSPECHAN HABER TENIDO ZIKA VIRUS PERO NO DEMANDARON ATENCIÓN SANITARIA A LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA.

7- De acuerdo al perfil de las mujeres en los conglomerados urbanos priorizados, se constata que los casos percibidos como sospechosos por las propias mujeres (“cuidadoras”), en su mayoría no demandaron atención en los servicios de salud pública locales. De aquí la hipótesis probable también del escaso registro de casos sospechosos en el Servicio Nacional de Salud y en el sistema nacional de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública. Asimismo, aunque el nivel educativo de las mujeres y grupos focales era “medio-bajo” (más de mitad sólo contaba con primaria y una porción significativa analfabetismo), la información sanitaria disponible sobre las enfermedades Arbovirus (Zika y Dengue especialmente) era entre aceptable y suficiente en las mujeres encuestadas como en las personas participes en los grupos focales y observaciones en los barrios. Es decir, la hipótesis de *“falta de educación para la salud”, “falta de información clave”, “desconocimiento de las conductas de riesgos y hábitos ni saludables”,* no se constataron como válidos en este estudio.

· Resulta que 2 de cada 10 mujeres encuestadas no puede leer ningún material preventivo-promocional, y el 40 % tiene sólo estudios primarios.

· El 67 %, casi una proporción de 7 de cada 10, considera haber tenido Zika Virus justamente en las semanas epidémicas en el país; aunque como se marca luego casi la misma proporción (73%) no demandó atención sanitaria por el caso sospechoso de Zika Virus ni en el Hospital ni en Unidades de Atención Primaria de Salud. Es decir, de las 396 mujeres encuestadas, 289 de ellas sospechan haber tenido Zika Virus pero no demandaron atención sanitaria a los servicios de salud pública.

8- De las entrevistas a informantes claves de Salud pública y revisión sistemática de planes, documentos y materiales utilizados por equipos, servicios y gestores de salud, existe *“de hecho”* un Modelo conceptual-metodológico sobre la gestión integral de vectores y abordaje de ETM en República Dominicana. Dicho Modelo se inscribe en un conjunto de mandatos operacionales, métodos, prácticas empíricas y perspectiva conceptuales asumidas: *de corte vertical, biomédico, asistencial-curativo, basado en un intento de control vectorial y químico aleatorio sin indicadores de procesos ni resultados, y con un conjunto de hipótesis en las intervenciones en salud en los conglomerados urbanos que no se constatan en una evaluación de los resultados y efectividad epidemiológica sobre estas enfermedades ni en preventivas ni mitigatorias.*

9- Las desigualdades observadas y registradas por la metodología cualitativa y cuantitativa, se asocian a la edad, sexo y también al género. Tanto en la salud como en el riesgo a enfermar por ETM, pueden ser determinantes y explicativos de las desigualdades

de género en los procesos de salud-enfermedad. Las mujeres en este estudio tienen alta exposición al vector (y en etapa epidémica a la enfermedad como Zika o Dengue) por su rol, responsabilidades domésticas como almacenamiento de agua, contacto con residuos, limpieza, depósitos de agua, largas jornadas de trabajo doméstico diurnas, entre otras.

Algunos nudos críticos identificados y evidenciados en este estudio:

10- Se constatan brechas en el sistema de información de salud. Todas las medidas para articular de forma efectiva los diversos niveles de atención y la producción de información epidemiológica para la toma de decisiones de campo y de política pública local resultan factores fundamentales a tener en cuenta.

11- Existen dificultades evidentes en la mayoría de las 4 provincias para que la Atención Primaria de la Salud /Atención Básica de Salud sea pensada y practicada como una “estrategia integral” a partir del desarrollo de Redes Integradas e Integrales de Salud. Esta situación sumada a las deficiencias del primer nivel de atención con la centralidad de las UNAP (Unidades de Atención Primaria), con una alta rotación de equipos de salud por semestre (pasantes) y ausencia de modelos de atención y gestión democráticos, ejerce un impacto directo que impide que la APS se transforme en el “centro” de una red de servicios de salud con capacidad resolutoria, organizativa y co-responsable de la salud de las personas en cualquier punto de atención.

12- No se identifican aún programas ni estrategias públicas locales ni binacionales (caso provincias de frontera) destinadas al trabajo sobre la equidad de género, la salud en las ciudades y las enfermedades transmitidas por mosquitos. En general priman las acciones que se consideran “homogenizantes”, es decir, un plan de acciones que se repite en diversos conglomerados, contextos y poblaciones sin distinción por nivel socio-económico, etnia o género.

13- También se constata la inexistencia de instancias formativas-educativas destinadas a los equipos de salud pública con el fin de que desarrollen nuevas capacidades para enfrentar y resolver problemas de salud-enfermedad desde una perspectiva de género, y en particular la inexistencia de esta perspectiva en el abordaje sobre ETM (Enfermedades Transmitidas por Mosquitos).

14- *Redes*: asumir efectivamente el desafío de prevención, vigilancia y respuesta integral a ETM, sin duda implica repensar micro-reformas institucionales de los establecimientos, servicios y equipos de salud pública en clave local y de Redes, que tengan como

protagonistas a los “sujetos” de la salud (poblaciones/comunidades y trabajadores/equipos de salud).

Aunque en República Dominicana existe una frondosa literatura e innumerables documentos y planes sobre la necesidad del desarrollo del concepto de redes públicas de servicios de salud (incluso como mandato de ciertas lógicas de reformas de cobertura y acceso a la salud y seguridad social), el nudo crítico pareciera estar en el saber-hacer y la gestión. Cómo, para qué y por qué diseñar, gestionar y darle cuerpo a un proceso institucional de reforma que construya “Redes” desde una esfera pública son preguntas que necesitan de respuestas concretas y materiales con impacto sobre la vida y salud de las poblaciones.

La perspectiva de desarrollo de redes integradas e integrales de salud (RIIS) en República Dominicana (comenzado con hojas de ruta de microáreas para luego pasar a macroregiones) es un camino para atacar de forma integral los nudos críticos detectados en la atención a ETM y los determinantes de género sobre la salud de las mujeres y, en particular, de la incidencia diferencial del Arbovirus.

Rescatar buenas prácticas, aunque puntuales y no sistémicas, podría ser un camino importante a considerar. Por último, afrontar el desafío de un proceso de construcción de RIIS con rectoría pública y apoyo de actores sociales claves (agencias de cooperación, equipos técnicos de universidades y organizaciones sociedad civil preparadas) en una provincia piloto podría ser un proceso para producir conocimientos metodológicos-operacionales (saber-hacer) y un modelo de buenas prácticas que podría luego reproducirse en otros contextos de República Dominicana.

15- *Modelo de atención*: como resultado del trabajo de campo, se constata que los sujetos trabajadores y equipos de salud de los servicios de salud pública (hospitalarios, de UNAP, y direcciones provinciales o gerencias) requieren educación permanente, capacitación y re-diseño de su práctica clínica y de sus estrategias de cuidado en salud en especial sobre Arbovirus; en general sobre los perfiles epidemiológicos de sus ciudades, provincias y poblaciones. Nuevos modelos de atención centrados en la mujer y la familia desde abordaje de equidad de género e inteligencia epidemiológica.

En este sentido, resulta fundamental poder salir de la reproducción de enunciados y prerrogativas que por momentos se transforman en lemas sanitarios (“basado en la estrategia de APS”, o “responda a la demanda de la población”, entre otras frases repetidas) para problematizar los postulados conceptuales y prácticas de un nuevo modelo de atención a nivel local que responda a las necesidades y problemas de los grupos sociales, barrios, familias y personas.

BIBLIOGRAFÍA

Datos obtenidos Capítulo 1 de:

1. Banco Central. Estadísticas del sector Real. Disponible en: www.bancentral.gov.do/estadisticas_economicas/real
 2. PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2014. Disponible en: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-summary-es.pdf>
 3. Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, MEPYD. Dimensión Espacial de la Pobreza Monetaria, 2011. Disponible en: <http://economia.gob.do/mepyd/wp-content/uploads/archivos/uaes/textos-de-discusion/evolucion-determinantesydimension-espacial-pobreza-monetaria-rd.pdf>
 4. Oficina Nacional de Estadísticas, ONE. IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 de Rep. Dom. Disponible en: <http://censo2010.one.gob.do/>
 5. Oficina Nacional de Estadísticas, ONE. Primera Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana- 2012. (ENI-2012). Disponible en: <http://countryoffice.unfpa.org/dominicanrepublic/?publications>
 6. Ministerio de Salud Pública, MSP. Departamento de Estadísticas. Centros y Servicios de Salud. Actualizado a diciembre 2014. Disponible en: www.sespas.gov.do/centros-salud
- Anker, Martha, and Yuzo Arima. "Male-female differences in the number of reported incident dengue fever cases in six Asian countries." *Western Pacific Surveillance and Response Journal* 2.2 (2011): 17-23.
- Arber S, Ginn J. Gender and inequalities in health in later life. *Social Science and Medicine*. 1993;36(1):33-46.
- Arenas-Monreal, Luz, Maricela Piña-Pozas, and Héctor Gómez-Dantés. "Aportes y desafíos del enfoque de género en el estudio de las enfermedades transmitidas por vector." *salud pública de méxico* 57.1 (2015): 66-75.
- Asa Cristina Laurell, Joel Herrera Ronquillo, "La segunda reforma de salud. Aseguramiento y compra venta de servicios". *Revista Salud colectiva* vol.6 no.2 Lanús mayo/ago. 2010.
- Barbosa da Silva J, Berti Azevedo Barros M. Epidemiologia e Desigualdade: Notas sobre a teoria e a história. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2002;12(6):375-383.

Barradas Barata R, Almeida M, Valencia Montero C, Pereira Da Silva Z. Desigualdades en saúde segundo genero e etnia em maiores de 14 anos de idade, Brasil. En: Anais I Oficina de trabalhos sobre desigualdades sociais e de genero em saúde de idosos no Brasil. Ouro Preto: Núcleo de Estudos em Saude Publica e Envelhecimento (NESPE); CENEP/FUNAPSA/Ministerio da Saude; Centro de Pesquisa René Rachou da Fundacao Oswaldo Cruz (CPQRR-FIOCRUZ); Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2002.

Besnard, M., Lastère, S., Teissier, A., Cao-Lormeau, V., & Musso, D. (2014). Evidence of perinatal transmission of Zika virus, French Polynesia, December 2013 and February 2014. *Euro Surveill*, 19(13), 20751.

Bourdieu, Pierre. "Un gênesse dos Conceitos de habitus correo de campo." *O Poder simbólico* 3 (1989).

Breilh, Jaime. Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud Editores: Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional. Año: 2010.

Bronfman, Mario. "Como se vive se muere. Familia, redes sociales, y muerte infantil". (Buenos Aires: Editorial Lugar). 2001.

Canguilhem, Georges. "Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud." *História, Ciências, Saúde—Manguinhos* 4, no. 2 (1997): 287-307.

Castellanos, Pedro Luis. "Sobre el concepto de salud enfermedad." *Descripción y explicación de la situación de salud. Bol Sanit Panam* 10, no. 4 (1990): 1-7.

Checa, Susana. "La perspectiva de género en la humanización de la atención perinatal." *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá(Ciudad de Buenos Aires-Argentina)* 19, no. 4 (2000): 152-156.

Duffy, M. R., Chen, T. H., Hancock, W. T., Powers, A. M., Kool, J. L., Lanciotti, R. S., ... & Guillaumot, L. (2009). Zika virus outbreak on Yap Island, federated states of Micronesia. *New England Journal of Medicine*, 360(24), 2536-2543.

Ernoult S, Walters H, Alessandri JL, et al. *Chikungunya in paediatrics: epidemic of 2005–2006 in Saint-Denis, Reunion Island*. Arch Pediatr. 2008;15:253–62

Fagbami, A. H. (1979). Zika virus infections in Nigeria: virological and seroepidemiological investigations in Oyo State. *Journal of Hygiene*, 83(02), 213-219.

Farbu E, Rudolph T, Stefansdottir S. Guillian-Barré Syndrome Incidence and clinical course in Southern Rogaland, Norway. *Clin Neurol Neurosurg*.2016; 141:33-37

Feo, Óscar. "La salud pública en los procesos de reforma y las funciones esenciales de salud pública." *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 22, no. 99 (2004): 61-71.
Filgueira, Fernando. 1997. "Tipos de welfare y reformas sociales en América Latina. Eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada". Versión revisada y modificada del documento presentado en el marco del proyecto "Social Policy Citizenship in Central America", Social Science Research Council. Guadalajara, 1997

Filho, Naomar Almeida, y Jairnilson Silva Paim. "LA CRISIS DE LA SALUD PÚBLICA Y EL MOVIMIENTO DE LA SALUD COLECTIVA EN LATINOAMERICA." *Cuadernos médico sociales* 75 (1999).

Fleury, Sonia. *Un Estado sin ciudadanos, Seguridad Social en América Latina*. Lugar Editorial. Buenos Aires. 1997.

Fleury, Sonia y Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato. "Participación, Democracia y Salud". www.cebes.org.br, 2009 – 1ra Edición Buenos Aires/ Lugar Editorial, 2011.

Fleury, Sonia, y Carlos Gerardo Molina. "Modelos de Protección social." *Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). Diseño y gerencia de políticas y programas sociales. Washington: INDES (2002).*

Fourie, E. D., and J. G. Morrison. "Rheumatoid arthritic syndrome after chikungunya fever". *South African medical journal= Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde* 56, no. 4 (1979): 130-132.

Granda, Edmundo. "A qué llamamos salud colectiva, hoy." *Revista Cubana de Salud Pública* 30, no. 2 (2004): 0-0.

Hernández Álvarez, Mario. "El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización1." *Revista de Salud pública* 2.2 (2000): 121-144.

Hernández, Á. "El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina; The sociopolitical approach for the analysis of sanitary reforms in Latin American." *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 19.1 (2001): 57-70.

Huertas, B. F. "Planificar para gobernar: El método PES, Entrevista a Carlos Matus." *Buenos Aires: Universidad Nacional de La Matanza (2006).*

Iriart, Celia, Howard Waitzkin, Jaime Breilh, Alfredo Estrada, y Emerson Merhy. "Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos." *Revista Panamericana Salud Pública* 12, no. 2 (2002): 128-136.

Jaime Breilh Paz y Miño y Ylonka Tilleria Muñoz. *Aceleración Global y Despojo en Ecuador. El retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal*. Editores: Universidad Andina Simón Bolívar / Ediciones Abya-Yala. Año: 2009.

Jaime Breilh. *Epidemiología: economía política y salud*. Bases estructurales de la determinación social de la salud Editores: Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional. Año: 2010.

Jernej Mlakar, M.D., Misa Korva, Ph.D., Nataša Tul, M.D., Ph.D., Mara Popović, M.D., Ph.D., Mateja Poljšak-Prijatelj, Ph.D., Jerica Mraz, M.Sc., Marko Kolenc, M.Sc., Katarina Resman Rus, M.Sc., Tina Vesnaver Vipotnik, M.D., Vesna Fabjan Vodusek, M.D., Alenka Vizjak, Ph.D., Jože Pižem, M.D., Ph.D., Miroslav Petrovec, M.D., Ph.D., and Tatjana Avšič Županc, Ph.D. *Zika Virus Associated with Microcephaly*. *N Engl J Med* 2016; 374:951-958 [March 10, 2016](#) DOI: 10.1056/NEJMoa1600651

Josseran, Loïc, Christophe Paquet, Abdelkrim Zehgnoun, Nadège Caillere, Alain Le Tertre, Jean-Louis Solet, y Martine Ledrans. "Brote de enfermedad de Chikungunya, Isla la Reunión". *Emerging Infectious Diseases* 12, no. 12 (2006): 1994.

Laurell, Asa Cristina. "Impacto del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) sobre el acceso a los servicios, el gasto de bolsillo y el financiamiento del sector público de salud en México" - Programa CLACSO-CROP de Estudios sobre Pobreza / Serie documentos breves - Diciembre 2012.

Lemant J, Boisson V, Winer A, et al. *Serious acute chikungunya virus infection requiring intensive care during the Reunion Island outbreak in 2005–2006*. *Crit. Care Med*. 2008;36(9):2536–2541.

Lopez E, Findling L., Abramzon M. Desigualdades en Salud: ¿Es diferente la percepción de Morbilidad de Varones y Mujeres?. *Revista SALUD COLECTIVA*, Buenos Aires, 2(1): 61-74, Enero - Abril, 2006.

Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Social Science Medicine*. 1996;42(4):617-624.

Marmot M,; Friel S,; Bell R,; Houweling TA,; Taylor S,; Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Lancet 2008.

Matus C. 1980. *Planificación de Situaciones*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica. Matus C. 1985. Matus, Carlos en *Estrategia y Plan*. México .F.: Siglo Veintiuno Editores, 6ta. ed.

Meléndez, Eduardo L. "El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad". *Barcelona (España), Bellaterra* (2002)

Menéndez, Eduardo L. "El modelo médico hegemónico." *Morir de alcohol. Saber y Hegemonía Médica* (1990): 83-117.

Menéndez, Eduardo L. "El modelo médico y la salud de los trabajadores." *Salud colectiva* 1.1 (2005): 9-32.

Menéndez, Eduardo. *De la Reflexión metodológica a las prácticas de la investigación*. Revista Relaciones, volumen 22, número 88, pp. 119-164. El Colegio de Michoacán, Zamora, México. 2001.

Minayo, MCS. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Revista Salud Colectiva*. 2010;6(3):251-261.

Nimmannitiya S, Halstead SB, Cohen SN, Margiotta MR. "Dengue and Chikungunya Virus Infection in Man in Thailand, 1962-1964 I. Observations on Hospitalized Patients with Hemorrhagic Fever". *The American journal of tropical medicine and hygiene* 1969; 18:954-971.

Portugal, Ana María, y Matamala, María Isabel. "Movimiento de salud de las mujeres: una visión de la década." In *OPS. Publicación Científica*, no. 541, pp. 292-304. Organización Panamericana de la Salud, 1993.

Samaja, Juan. "Lógica, biología, sociología y médicas." *Rev. Centroamericana de Salud* 6-12 (1976=: 1976-1979.

Sánchez, Glenda Pérez, Graciela Ramírez Alvarez, Yalina Pérez Gijón, y Carmen Canela Lluch. "Fiebre de Chikungunya: enfermedad infrecuente como emergencia médica en Cuba." *MEDISAN* 18, no. 6 (2014): 859.

Sarkar JK, Chatterjee SN, Chakravarty SK. *Haemorrhagic fever in Calcutta: some*

epidemiological observations. Indian J Med Res 1964; 52:651–659.

Segato, Rita Laura. "El sexo y la norma: frente estatal, patriarcado, desposesión, colonidad." *Estudios Feministas* 22.2 (2015).

Segato, Rita. "Feminismo y poscolonialidad: descolonizando el feminismo desde y en América Latina." *Buenos Aires: Acción Feministas Editora* (2011).

Sissoko D, Malvy D, Ezzedine K, Renault P, Moscetti F, et al. *Post-epidemic chikungunya disease on Reunion Island: course of rheumatic manifestations and associated factors over a 15-month period*. PLoS Negl Trop Dis. 2009;3:e389.

Sojo, Carlos. "*Dinámica sociopolítica y cultural de la exclusión social*". Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe(2000).

Souza Minayo, María Cecilia de. "Investigación Social. Teoría, método y creatividad." *Salud Colectiva. Buenos Aires: Serie didáctica* (2003).

Staples, J. Erin, Tyler M. Sharp, and Subdivisión de Dengue. "*Virus del Chikungunya: Enfermedad emergente en las Américas.*" (2014).

Tezoquipa, Isabel Hernández, María de la Luz Arenas Monreal, y Rosario Valde Santiago. "*El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana*". *Revista Saude Publica* 35, no. 5 (2001): 443-50.

Tipayamongkholgul, Mathuros, and Sunisa Lisakulruk. "Socio-geographical factors in vulnerability to dengue in Thai villages: a spatial regression analysis." *Geospatial Health* 5.2 (2011): 191-198.

Ventura, C. V., Maia, M., Bravo-Filho, V., Góis, A. L., & Belfort, R. (2016). Zika virus in Brazil and macular atrophy in a child with microcephaly. *The Lancet*, 387(10015), 228.

Xavier Fritel, corresponding author Olivier Rollot, Patrick Gérardin, Bernard-Alex Gaüzère, Jacques Bideault, Louis Lagarde, Barbara Dhuime, Eric Orvain, Fabrice Cuillier, Duksha Ramful, Sylvain Sampériz, Marie-Christine Jaffar-Bandjee, Alain Michault, Liliane Cotte, Monique Kaminski, Alain Fourmaintraux. *Chikungunya Virus Infection during Pregnancy, Réunion, France, 2006*. Emerging Infectious Disease. 2010 March; 16(3): 418–425.

Zanluca, C., Melo, V. C. A. D., Mosimann, A. L. P., Santos, G. I. V. D., Santos, C. N. D. D., & Luz, K. (2015). First report of autochthonous transmission of Zika virus in Brazil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 110(4), 569-572.



APROXIMACIONES
EPIDEMIOLÓGICAS AL DENGUE
Y ZIKA VIRUS DESDE LA
PERSPECTIVA DE GÉNERO EN
REPÚBLICA DOMINICANA

CONVENIO OXFAM /
MÉDICOS DEL MUNDO

