

# VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Facultat de Medicina i Odontologia

Departament de Pediatria, Obstetricia i Ginecologia

290E PEDIATRIA



## INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE UNA POBLACIÓN SEMI-RURAL DOMINICANA

**Autora:** Beatriz Tomás Aguirre

Licenciada en Medicina y Cirugía

Especialista en Pediatría y sus áreas específicas.

**Dirigida por:**

Profesor Francisco Núñez Gómez

Profesora Cecilia Martínez Costa

Profesor Juan Brines Solanes

**VALENCIA, 2015**



**Francisco Núñez Gómez**, Doctor en Medicina y Profesor Asociado del Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Valencia.

**Cecilia Martínez Costa**, Doctora en Medicina y Profesora Titular del Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Valencia.

**Juan Brines Solanes**, Doctor en Medicina, Catedrático de Pediatría y Profesor Honorario del Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Valencia.

CERTIFICAN:

Que el trabajo titulado “Influencia de un programa de intervención comunitaria sobre el estado de salud de una población semirural dominicana” ha sido realizado íntegramente por Doña Beatriz Tomás Aguirre bajo nuestra supervisión. Dicho trabajo está concluido y, en nuestro criterio, reúne todos los méritos necesarios para optar al Grado de Doctor por la Universidad de Valencia.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmamos la presente certificación en Valencia a 26 de octubre de 2015

Fdo.

Francisco Núñez Gómez

Fdo.

Cecilia Martínez Costa

Fdo.

Juan Brines Solanes



*Los niños son la belleza de Dios manifestada en el mundo*

*Teresa de Calcuta*



## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo recoge mucha vida, más de cuatro años de vida; de vida gastada, de vida recibida, pero sobre todo de vida compartida. Por eso, doy las gracias a todos los que han compartido conmigo esa vida:

A mis directores, por ser como Sísifo, empujando la roca que yo me empeñaba en hacer rodar montaña abajo una y otra vez y no perder la esperanza en que este trabajo pudiera ver la luz algún día.

A Juan, que nació poco antes que este proyecto, que crece *fuertote* y feliz como él, que tiene cientos de primos repartidos por el mundo y que nunca pierde la sonrisa impidiendo que una esté triste a su lado.

A Jesús, por compartir la pasión por construir un mundo mejor y porque éste pertenezca a sus legítimos propietarios (sean de la especie que sean).

A Paco, a quien siempre deberé respeto y obediencia, y que ha cuidado de nuestra casa para que yo me pudiera ir por el mundo a cuidar de otras. Y a Paloma, por su apoyo entusiasta e incondicional.

A Mónica, Purina y Javi, que atan mis pies al suelo, pero siempre con cuerdas elásticas. Y al resto de mi familia y amigos que me ven ir y venir, y que siempre me acogen y apoyan.

A mis maestros en la Pediatría, maestros en ciencia, pero sobre todo maestros en el trato a los niños, en el trato a las familias, en trabajar sin hora, en el estudio y en el respeto a lo que hacen.

A mis tíos enfermeros, Paco, Concha y Pepa y a todas las enfermeras y auxiliares con los que he tenido la suerte de trabajar; ellos me han enseñado que además de curar, hay que cuidar de los enfermos.

A los escolapios misioneros, que me acompañaron en este camino y que me acogieron con todo el calor local. Gracias especiales a la comunidad de padres y madres escolapios que fueron mi familia durante estos años, soñadores de varios países, unidos por un mismo sueño: la transformación de la sociedad desde la educación. A Javier, quien tiene gran parte de la culpa de todo esto, a Martina, que siempre está ahí en los momentos duros, a Rubén y Patricia, con quien compartimos sueños, proyectos, discusiones y mucha vida, y a Alberto.

A mi padre, quien me ha apoyado en los momentos clave, por encima de sus miedos y planes, conformándose con el cambio de la clínica Mayo por un dispensario de campo en un país perdido y que impulsó mi trabajo con esta frase “pero, ¿te vas a hacer algo útil o lavar caritas sucias?”. Espero haber hecho algo útil.

A mi madre de quien he aprendido mucho menos de lo que debiera, que una y otra vez me ha enseñado a tratar a los demás como estos necesitan ser tratados y que tiene la culpa, mal que le pese, de que mi lugar siempre esté un poco más allá.

A las mujeres dominicanas con las que he crecido en estos cuatro años; maestras en ingeniería económica; pero sobre todo maestras en ilusión y compromiso

Y sobre todo a los culpables, a los niños y niñas.



# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
1.1.- Indicadores básicos de salud infantil .....	6
1.1.1. Fuentes de información.....	6
1.1.2. Indicadores generales de salud .....	8
1.1.3. Antropometría como indicador básico de salud .....	9
1.1.4. Índice de Desarrollo Humano... .....	14
1.2.- Situación de la infancia .....	16
1.2.1. Situación global .....	16
1.2.2.- Situación en América Latina y el Caribe .....	21
1.2.3.- Situación en República Dominicana .....	24
1.2.4. Situación en la ciudad de La Romana .....	35
1.3. Atención Primaria e Intervención Comunitaria.....	42
1.3.1. Importancia de la Atención Primaria.....	42
1.3.2. Evaluación de programas de salud infantil .....	45
1.3.3. Educación para la salud como agente de cambio .....	48
<b>2. JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS</b> .....	61
2.1. Justificación del proyecto .....	61
2.2. Hipótesis .....	63
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	65
<b>4. MATERIAL Y METODOS</b> .....	69
4.1. Esquema general de las fases del estudio .....	69
4.2. Estudio inicial.....	71

4.2.1 Material .....	71
4.2.2. Método .....	72
4.2.2.1. Atención pediátrica: .....	72
4.2.2.2. Curso de Promotores de Salud .....	73
4.3. Programa preventivo de salud.....	74
4.3.1. Consideraciones generales .....	74
4.3.1.1. Material .....	74
4.3.1.2. Método .....	77
4.3.2. Programa de atención pediátrica .....	78
4.3.2.1. Material .....	78
4.3.2.1.1. Población diana .....	78
4.3.2.1.2. Instrumental .....	80
4.3.2.2. Método .....	81
4.3.2.2.1. Evaluación clínica.....	81
4.3.2.2.2. Evaluación antropométrica .....	84
4.3.2.2.3 Evaluación de la eficacia y viabilidad.....	87
4.3.3. Programa de Promotores de Salud.....	88
4.3.3.1. Material .....	88
4.3.3.1.1. Población diana y criterios de selección.....	88
4.3.3.1.2. Instrumental .....	88
4.3.3.2. Método .....	89
4.3.3.2.1. Itinerario formativo ....	89
4.3.3.2.2. Actividades.....	90

4.3.3.2.3. Valoración de la eficacia y viabilidad.....	91
4.3.4. Programa de gestión de medicamentos .....	92
4.3.4.1. Material .....	92
4.3.4.2. Método.....	94
4.3.4.2.1. Obtención de medicamentos.....	94
4.3.4.2.2. Distribución .....	95
4.3.4.2.3. Valoración de la eficacia y sostenibilidad.....	96
4.3.5. Programa de educación para la salud .....	96
4.3.5.1. Material .....	96
4.3.5.1.1. Población diana .....	96
4.3.5.1.2. Material docente .....	97
4.3.5.2. Método.....	98
4.3.5.2.1. Bachillerato.....	98
4.3.5.2.2. Educación para la salud en la escuela .....	98
4.3.5.2.3. Educación para la salud en la comunidad .....	98
4.3.5.2.4. Valoración de la eficacia y sostenibilidad.....	100
4.3.6. Programa de mejora del Dispensario médico .....	100
4.3.6.1. Material .....	100
4.3.6.2. Método.....	103
4.3.6.2.1. Remodelación del centro .....	103
4.3.6.2.2. Cartera de servicios.....	103
4.3.6.2.3. Valoración de la eficacia y sostenibilidad.....	105
4.4. Métodos estadísticos .....	105

<b>5. RESULTADOS</b> .....	111
<b>5.1. Estudio inicial</b> .....	111
5.1.1. Atención pediátrica.....	111
5.1.1.1. Evaluación clínica.....	111
5.1.1.2. Evaluación nutricional .....	117
5.1.2. Programa de Promotores de Salud.....	121
5.1.3. Seguimiento del programa en 2007 .....	122
<b>5.2. Programa preventivo de salud</b> .....	123
5.2.1. Programa de Atención pediátrica .....	123
5.2.1.1. Implantación .....	123
5.2.1.2. Eficacia .....	136
5.2.1.2.1. Índices antropométricos.....	136
5.2.1.2.2. Patologías detectadas. ....	143
5.2.2. Programa de Promotores de Salud.....	148
5.2.2.1. Implantación .....	148
5.2.2.2. Eficacia .....	151
5.2.3. Programa de gestión de medicamentos.....	152
5.2.3.1 Medicación recibida .....	152
5.2.3.2. Eficacia. Distribución .....	154
5.2.4. Programa de educación para la salud .....	156
5.2.4.1. Bachillerato de enfermería .....	156
5.2.4.2. Educación para la salud en la comunidad .....	158
5.2.4.3. Educación para la salud en la escuela .....	164

5.2.5. Programa de gestión del dispensario médico .....	166
<b>6. DISCUSION</b> .....	171
6.1. Estudio inicial.....	171
6.1.1. Atención pediátrica .....	171
6.1.2. Programa de Promotores de Salud .....	173
6.1.3. Evaluación en 2007 .....	174
6.2. Programa Preventivo de Salud .....	176
6.2.1. Atención pediátrica .....	179
6.2.1.1. Implantación.....	179
6.2.1.2. Eficacia.....	185
6.2.2. Programa de Promotores de Salud .....	191
6.2.3. Programa de Educación para la Salud .....	196
6.2.3.1. Bachillerato de enfermería .....	196
6.2.3.2. Educación para la salud en la comunidad .....	197
6.2.3.3. Educación para la salud en la escuela .....	200
6.2.4. Programa de gestión de medicamentos .....	203
6.2.5. Programa de gestión del Dispensario Médico .....	206
6.3. Viabilidad a largo plazo. ....	208
<b>7. CONCLUSIONES</b> .....	213
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	217
<b>ANEXO: Programa de Salud Calasanz</b> .....	233



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Índice de desarrollo humano en República Dominicana.....	29
Tabla 2. Morbilidad en República Dominicana (2007-2014).....	32
Tabla 3. Recursos sanitarios en República Dominicana (2007- 2014).....	33
Tabla 4. Evolución de la población infantil en La Romana .....	36
Tabla 5. Datos demográficos en La Romana y República Dominicana .....	37
Tabla 6. Morbilidad en La Romana y en República Dominicana (2007-2014)...	39
Tabla 7. Recursos sanitarios en La Romana y República Dominicana .....	40
Tabla 8. Ubicaciones geográficas del estudio.....	74
Tabla 9. Población estimada y calculada en La Romana.....	79
Tabla 10. Detalles de organización de la consulta pediátrica.....	83
Tabla 11. Clasificación del estado nutricional en niños y adolescentes basado en la antropometría.....	86
Tabla 12. Medicación utilizada en el programa de Atención Pediátrica.....	92
Tabla 13. Medicación utilizada en el programa de Promotores de Salud.....	93
Tabla 14. Medicación utilizada en el programa de mejora del Dispensario.....	93
Tabla 15. Distribución de los motivos de consulta en cada barrio (2006).....	112
Tabla 16. Distribución de los motivos de consulta según la edad (2006) .....	114
Tabla 17. Diagnósticos más frecuentes en verano de 2006 .....	115
Tabla 18. Valoración nutricional inicial.....	118
Tabla 19. Categorización nutricional de los niños visitados en 2006.....	121
Tabla 20. Niños incorporados al programa en el verano de 2006 y en el periodo 2006 - 2007.....	122
Tabla 21. Número de consultas por año y barrio y porcentaje respecto a lo previsto.....	123

Tabla 22. Promedio de visitas por consulta por año y barrio.....	124
Tabla 23. Niños incluidos en el programa en cada uno de los barrios.....	126
Tabla 24. Distribución por sexos de los niños incluidos en el programa .....	127
Tabla 25. Distribución por edades de los niños incluidos en el programa según su edad en la primera visita.....	128
Tabla 26. Lactantes incluidos en el programa en los tres primeros meses de vida, en relación a la población diana.....	130
Tabla 27. Porcentaje de adhesión de los niños incluidos en el programa en cada periodo según el barrio .....	132
Tabla 28. Valoración nutricional según la propuesta de clasificación de la OMS .....	138
Tabla 29. Evolución de la puntuación z del peso, longitud e índice de masa corporal en 30 niños seguidos desde el primer de vida hasta el año .....	141
Tabla 30. Motivos de consulta.....	144
Tabla 31. Diagnósticos más prevalentes en 2011 .....	145
Tabla 32. Diagnósticos más prevalentes en 2006 y 2011 .....	146
Tabla 33. Niños remitidos para atención especializada durante el periodo de intervención .....	147
Tabla 34. Datos de los cursos de iniciación para promotores de salud .....	148
Tabla 35. Datos de los cursos de formación básica para promotores de salud	149
Tabla 36. Actividades realizadas por los promotores de salud.....	150
Tabla 37. Material obtenido para el bachiller de enfermería.....	157
Tabla 38. Distribución demográfica de los niños evaluados en las bibliotecas .	159
Tabla 39. Índice de Masa Corporal para la edad según el año .....	161
Tabla 40. Distribución del IMC en las diferentes bibliotecas en las revisiones de 2012 y 2013 .....	162



Tabla 41. Distribución del perímetro braquial según los barrios.....	163
Tabla 42. Cumplimentación del calendario vacunal según refieren los padres	163
Tabla 43. Clasificación de anemia por el nivel de hemoglobina según la clasificación de la OMS .....	168



## ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1. Medición de perímetro braquial (MUAC) .....	12
Fig. 2. Portada del Informe sobre Desarrollo Humano de 2014) .....	15
Fig. 3. Distribución de las muertes infantiles globales por causa (2000) .....	18
Fig. 4. Población estimada en República Dominicana .....	26
Fig. 5. Índice de Desarrollo Humano en República Dominicana por provincias (PNUD, 2015) .....	31
Fig. 6. Esquema general de las fases del estudio .....	70
Fig. 7. Ubicación de los centros educativos y de salud donde se ejecuta el proyecto .....	76
Fig. 8. Apertura de historia clínica con entrevista al acompañante y cumplimentación de la cartilla de salud.....	84
Fig. 9. Peso de lactantes en balanzas adquiridas durante la intervención...	85
Fig. 10. Fragmento del listado de medicamentos publicado por PROMESE cal con los precios de 2015.....	94
Fig. 11. Plano del Dispensario médico Padre Cavalotto.....	102
Fig. 12. Plotter colocado en el dispensario en el que se recoge la cartera de servicios.....	104
Fig. 13. Distribución por edad de los niños visitados en 2006 .....	111
Fig. 14. Proporción de visitas para revisión de salud.....	112
Fig. 15. Distribución de los motivos de consulta más frecuentes en cada barrio.....	113
Fig. 16. Diagnósticos más frecuentes en verano de 2006 .....	116
Fig. 17. Distribución de la muestra respecto del peso para la edad comparada con el estándar de la OMS.....	117

Fig. 18. Distribución del peso para la edad.....	119
Fig. 19. Distribución del peso para la edad según el sexo .....	119
Fig. 20. Distribución de la talla para la edad .....	120
Fig. 21. Distribución del índice de masa corporal para la edad .....	120
Fig. 22. Distribución de las visitas realizadas según la edad de los niños.....	124
Fig. 23. Total de niños incorporados al programa entre 2007 y 2013 .....	125
Fig. 24. Niños incorporados al programa en cada uno de los barrios entre julio de 2006 y noviembre de 2013 .....	126
Fig. 25. Niños que acuden por primera vez antes de los 3 meses de edad .	128
Fig. 26. Niños que acuden por primera vez antes de los 3 meses de edad en cada uno de los barrios .....	129
Fig. 27. Proporción de niños que se han adherido al programa respecto al total de los niños incluidos entre 2006 y 2013 .....	131
Fig. 28. Proporción de adhesión de los niños reclutados durante la intervención (2008-2011) .....	132
Fig. 29. Proporción del número de visitas de los niños reclutados en su primer año de vida, según el año de incorporación al programa.....	133
Fig. 30. Proporción de adhesión de los neonatos reclutados durante la intervención(2008-2011) .....	134
Fig. 31. Proporción de adhesión de los neonatos reclutados después de la intervención (2012-2013) .....	135
Fig. 32. Distribución de los recién nacidos en función de su peso al nacer..	136
Fig. 33. Distribución de los recién nacidos del barrio de Caleta y Cucama en función de su estado nutricional según el peso al nacer .....	137
Fig. 34. Distribución del peso para la edad en 2006 y 2011 comparando con el estándar de la OMS.....	139

Fig. 35. Distribución del peso para la edad en 2006 y 2013 comparado con el estándar de la OMS.....	139
Fig. 36. Distribución de la talla para la edad en 2006 y 2011 .....	140
Fig. 37. Evolución de la puntuación z del peso, longitud e índice de masa corporal en 30 niños seguidos desde el primer mes de vida hasta el año	141
Fig. 38. Distribución de la puntuación z del peso, longitud e índice de masa corporal en 30 niños seguidos desde el primer mes de vida hasta el año .....	142
Fig. 39. Procesos patológicos como motivo de consulta.....	143
Fig. 40. Valorización de las donaciones de medicamentos recibidas.....	153
Fig. 41. Concesión de la subvención de PROMESE .....	153
Fig. 42. Ficha para los promotores con los medicamentos básicos del botiquín .....	155
Fig. 43. Enfermedades para las que se administra medicación .....	156
Fig. 44. Distribución del IMC en relación con el estándar de la OMS de los niños evaluados en las bibliotecas CNU .....	159
Fig. 45. Distribución del IMC en las diferentes bibliotecas .....	160
Fig. 46. Distribución del peso para la edad en relación con el estándar de la OMS.....	160
Fig. 47. Distribución del perímetro braquial según la edad en los niños de la escuela San Pedro.....	165
Fig. 48. Cartera de servicios y horario de atención del dispensario médico	167
Fig. 49. Cartel anunciador del 10º curso de promotores de salud en julio de 2015.....	192
Fig. 50. Planning trimestral de actividades de los Promotores de Salud.....	195



## ABREVIATURAS

AEPap	Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria
AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
DE	Desviación Estándar
EMPC	Estudio Multicéntrico de Patrones de Crecimiento
FRESH	Focusing Resources on Effective School Health. Recursos Efectivos en Salud Escolar
IDG	Índice de Desigualdad de Género
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IDH-D	Índice de Desarrollo Humano ajustado a la Desigualdad
LR	La Romana
MUAC	Mid-Upper Arm Circunference. Perímetro braquial
SENASA	Seguro Nacional de Salud
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONE	Oficina Nacional de Estadística
ONGDs	Organizaciones No Gubernamentales para el Desarrollo
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PAHO	Panamerican Health Organization. Organización Panamericana de la Salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RD	República Dominicana
SESPAS	Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

- SMART Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions.  
Seguimiento y evaluación estandarizados de la ayuda humanitaria y periodo de transición
- UNAP Unidad de Atención Primaria
- UNESCO United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.  
Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
- UNICEF United Nations International Children's Emergency Fund. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- UNU Universidad de Naciones Unidas





# INTRODUCCIÓN



## 1. INTRODUCCIÓN

“El futuro de un desarrollo sostenible comienza con la salvaguarda de la salud de cada niño”. Estas palabras del anterior secretario general de las Naciones Unidas, Kofi Annan (ONU, 2015) resumen como pocas el sentido de este trabajo y otros como este. Una vez experimentado sobre el terreno es innegable y patente cuan ciertas son. El futuro de cualquier sociedad está, bien es sabido, en la educación y en la salud de su infancia y “entre los innegables derechos de los niños destaca el derecho a la salud. Sin respetar este derecho ni proveer los recursos necesarios para asegurarlo, no podemos esperar alcanzar aquellos objetivos de desarrollo que el mundo ha recogido en la declaración de los derechos del milenio” (UNU, 2004). Esta declaración que fijaba objetivos concretos se ha evaluado este mismo año 2015 en la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (ONU, 2015), constituyendo una oportunidad histórica y sin precedentes para unir a los países y las personas para decidir y emprender nuevas vías hacia el futuro, y para mejorar la vida de las personas en todo el mundo.

Ahora bien cualquier planificación de un programa de salud comunitario debe fundamentarse en el conocimiento de las necesidades asistenciales existentes y de los recursos disponibles, humanos y materiales, y en el establecimiento de un orden de prioridades. Estos tres presupuestos son cambiantes en el curso del tiempo.

La experiencia en el tema ha permitido extraer conclusiones que modifican algunos planteamientos anteriores que han quedado obsoletos. Entre ellas la UNICEF citaba las siguientes:

- Los problemas que afectan a la infancia como la desnutrición, enfermedades o falta de instrucción están inexorablemente vinculados a los problemas básicos de la pobreza por lo que deben abordarse como problema global único y no por separado. El estudio de Winslow (1955) es esclarecedor en este sentido. La pobreza y la enfermedad forman un círculo vicioso. Hombres y mujeres enferman porque son pobres; vuélvense más pobres porque están enfermos, y más enfermos por su miseria; y las consecuencias afectan sobre todo a los más desvalidos, y entre ellos los niños.
- Las ayudas de suministros inmediatos de alimentos o medicamentos sirven únicamente para paliar el problema siendo imprescindible el cambio de la estructura de producción a fin de que la colectividad pueda abastecer sus necesidades por sus propios medios.
- La planificación sanitaria y educacional de la infancia debe inscribirse plenamente en el marco familiar y social en que se desenvuelven.
- Una planificación que tienda exclusivamente a incrementar la producción y el producto nacional bruto no va seguida necesariamente de una mejoría de las condiciones sanitarias del niño. Sin embargo es bastante probable que lo contrario sea cierto, es decir que los servicios que benefician a los niños pueden contribuir, y de hecho contribuyen, al futuro de la economía del país y el bienestar de sus ciudadanos. Esto supone (Winslow, 1975) la organización de servicios permanentes de sanidad, mejoras de nutrición de los niños, de las gestantes y de las mujeres que lactan, refuerzo del bienestar de la familia y del niño, elevación del nivel de enseñanza según programas de reconocida eficacia, formación del personal sanitario, etc (UNICEF, 1976).

Durante la última década del siglo XX y los primeros años del presente siglo, la generalización de la sociedad de la información hacer crecer el sentimiento de aldea global. Los problemas de los países, llamados entonces subdesarrollados, se convierten entonces en problemas globales y crece la conciencia de que las soluciones también deben ser globales.

La mejora en las comunicaciones, supone también un aumento considerable en los fenómenos migratorios. Esto supone una riqueza y acercamiento entre las diferentes culturas, pero también resulta en un aumento en la demanda de recursos a las sociedades occidentales, sobrecargando el sistema social y poniendo en riesgo, la llamada *sociedad del bienestar*.

Todas estas circunstancias favorecen la puesta en marcha de un gran número de proyectos de cooperación entre países como el nuestro y países en vías de desarrollo. Se fomenta pues el flujo de recursos, tanto económicos como humanos desde los países del norte hacia los países del sur. Este modelo de cooperación vertical norte-sur, que predomina en los primeros años conlleva una serie de riesgos, o amenazas:

- La dependencia creada por muchos países en desarrollo que basan casi el 100% de su economía en la exportación hacia los países donantes, lo cual supone una especie de *vasallaje* disfrazado y supedita su desarrollo a los intereses políticos y económicos de los países del norte.
- El fomento de la corrupción, quedando la mayor parte de los recursos derivados de los países del norte en manos de las pequeñas oligarquías locales, quedando la mayor parte de la población originariamente beneficiaria al margen de la cooperación.

- La *fuga de cerebros*, ya que los mejores profesionales locales deben dedicarse a trabajar para las multinacionales extranjeras o aprovechan las oportunidades formativas para migrar o en el peor de los casos, para lucrarse en la empresa privada, por lo que los recursos invertidos en su formación no repercuten en la mejora global de la sociedad de destino
- La proliferación de programas diseñados sin ningún tipo de coordinación ni con los agentes locales ni entre los propios organismos internacionales; y a la vez, sin una planificación de las acciones. Así pues, no es extraño ver diferentes organismos actuando sobre la misma población o sobre el mismo problema sin abordar soluciones globales
- La implementación de programas sin continuidad cuya dependencia de la ayuda externa los hace frágiles y fugaces, condicionando así mismo frustración en la población beneficiaria.
- El mantenimiento de un sentido de inferioridad de los países del sur sin generarse el empoderamiento necesario en esas sociedades, que les permita ser agentes de cambio de su propia realidad.

Así, pues, la brecha entre los países del norte y el sur sigue siendo inmensa, creciendo incluso la desigualdad, dada la dependencia generada por los mercados, que ahoga a los países en desarrollo con una deuda externa a un altísimo interés, manteniendo en los gobiernos a políticos complacientes con las políticas liberales. Sigue siendo enorme la proporción de la población de estos países cuyo único futuro se dibuja tras un largo camino migratorio. Es muy duro pensar que miles de personas arriesguen sus vidas a diario en yolas o pateras en aguas turbulentas, atravesando desiertos, en vagones de mercancías o saltando vallas y concertinas, porque más duro es aún su día a día.

Es pues momento de valorar los modelos de cooperación internacional. Parece ser que los modelos tradicionales de cooperación vertical norte-sur (basados en la exportación de recursos materiales y económicos a los países en desarrollo, sin confiar en las capacidades de la población local, considerándola únicamente beneficiaria), no han sido eficaces en la generación de cambios estables.

Por el contrario, existe otro modelo de cooperación, horizontal, basado en la certeza de que las personas beneficiarias pueden y deben ser generadoras de cambio, confiando en sus propias capacidades. En este sentido, la ayuda externa debe ser únicamente el catalizador de estos cambios, haciéndose rápidamente prescindible, sin que por ello se condicione una merma en la eficacia de los programas.

Con las consideraciones expuestas cabe plantearse una serie de preguntas: ¿tiene sentido el desarrollo de programas locales centrados en la intervención sanitaria y en la educación y promoción de la salud?, ¿son eficaces, eficientes y generadores de cambio?

En este sentido cobra cada vez más importancia el denominado, *pensamiento glocal*, basado en la máxima “piensa globalmente y actúa localmente” (Bolívar, 2001). Es decir, cada vez se consideran más valiosas las pequeñas iniciativas locales enmarcadas en estrategias globales comunes y siguiendo una filosofía de cambio general. Siguiendo la imagen que nos ofrecía Eduardo Galeano en “El libro de los abrazos” (1998), se impone encender ese *mar de fueguitos*, cada uno de ellos diferentes, pero capaces de encender el mundo.

Aun así, estas iniciativas deben buscar la máxima calidad en la asistencia, ya que “la atención de buena calidad en la primera infancia es un requisito indispensable para el desarrollo humano saludable” (Gil Antón, 2011).

## 1.1.- Indicadores básicos de salud infantil

La salud infantil en el mundo es un reflejo evidente de la desigualdad e injusticia global. Determinantes socioeconómicos, políticos o culturales permiten o dificultan el conocimiento objetivo de las necesidades, limitan o sesgan los recursos disponibles así como el acceso y el control a los mismos por parte de la población. Establecen, explícita o implícitamente, prioridades ajenas a los intereses generales obstaculizando de ese modo el ejercicio del derecho a la salud. Algunos de estos determinantes son el alimento, la vivienda, la educación, un ambiente saludable, la información, el acceso a las tecnologías o a los servicios (Riaño, 2011). Por eso, para poder mejorar la salud de un colectivo, es importante medir esos determinantes a fin de establecer unos indicadores básicos de la misma, que den noticia objetiva del estado de salud de la población.

### 1.1.1. Fuentes de información

Una cuestión cardinal que de entrada se plantea para conocer las necesidades asistenciales es la constituida por las fuentes de información. Es este un tema de especial interés, fundamentalmente en los países en desarrollo, en los que, muchas veces, el acceso a las nuevas tecnologías de la información es limitado. A esto se une la posibilidad de instrumentalización de estos datos o la desidia de la población, muchas veces defraudada por procesos repetidos de esta índole que no han supuesto mejoras en su día a día.

Entre las fuentes de información de mayor interés podemos destacar las siguientes:

- **Autoridades sanitarias:** en muchos casos, la información ofrecida por las autoridades puede venir condicionada por intereses políticos o contingencias circunstanciales. Resulta pues, más idóneo considerar la información ofrecida



por instituciones internacionales (ONU, OMS, PAHO) o por organismos cuya transparencia e independencia esté claramente contrastada. Estos sesgos informativos interesados son especialmente importantes en algunos de los países en vías de desarrollo y cuya financiación, depende en muchas ocasiones, de organismos internacionales a los que deben ofrecer resultados adecuados para mantener estas ayudas (de los Ríos, 2011).

- Agentes comunitarios: la información obtenida suele ser veraz, pero altamente condicionada por los recursos de los que estos agentes dispongan para la obtención de estos datos. En ocasiones, también puede estar directamente influida por el objetivo concreto que la haya motivado, sesgando así los resultados ofrecidos.
- Visitadores de viviendas: la recogida de información suele ser parcial y muchas veces orientada por las características de la población de las viviendas escogidas. La aleatorización en la selección de estas viviendas no suele ser la norma ya que hay múltiples condicionantes que la dificultan (horarios, accesibilidad, etc.). Por otra parte, los datos obtenidos mediante este método están sujetos a la subjetividad del visitador, lo que supone otro riesgo.
- Censos: presentan problemas similares a los del epígrafe anterior, añadiendo las dificultades que supone el frecuente rechazo de los encuestados a participar de dicho censo. En algunas ocasiones, como pudimos vivir durante nuestra estancia en República Dominicana, estos censos se realizan por estimación (mediante planos, estableciendo una “ratio” poblacional por vivienda). Evidentemente, los datos obtenidos a partir de estas estimaciones deben considerarse como tales.

- Seguimiento de brotes epidémicos: en este caso, depende de la capacidad de los servicios de salud pública para hacer un adecuado seguimiento y registro de estos brotes.

Con estas fuentes de información, entre otras, los países van construyendo sus estadísticas sanitarias. Desgraciadamente en muchos países, incluso hoy en día, no se dispone de estos datos aunque es importante destacar los esfuerzos de muchos de ellos por actualizarlos. A pesar de que muchos de estos datos pueden no ser del todo fiables, hemos de tener en cuenta “que las estadísticas son fundamentales y que la confianza del público en las estadísticas oficiales se basa en la independencia e imparcialidad profesionales de los estadísticos, por lo que el uso por éstos de métodos científicos y transparentes y la igualdad de acceso para todos a la información estadística oficial es necesario” (PNUD 2014).

### 1.1.2. Indicadores generales de salud

Entendiendo la salud desde una perspectiva holística, más allá de la dimensión puramente física o de la ausencia de enfermedad, existen una serie de datos que sirven de indicadores específicos de salud infantil:

- Indicadores demográficos: incluyen datos referentes a la población, proporción de población menor de quince años, razón de dependencia, tasa de fecundidad total, media anual de nacimientos, tasa cruda de natalidad y esperanza de vida al nacer. Este último indicador es el que más se tiene en cuenta, siendo uno de los componentes de los índices de desarrollo humano del PNUD.
- Indicadores socioeconómicos: incluye, entre otros, la razón cruda de escolaridad primaria, el porcentaje de población urbana o rural, el nivel de alfabetización en mayores de 10 años ...

- Indicadores de mortalidad: incluye la tasa de mortalidad infantil que incluye la mortalidad neonatal y postnatal y es uno de los mejores indicadores de salud materno-infantil. Además, la tasa de mortalidad estimada en menores de cinco años es uno de los mejores indicadores de progreso económico, ya que mide los resultados finales del proceso de desarrollo (salud nutricional, vacunación, acceso al agua y saneamiento, grado de salubridad del entorno...).
- Indicadores de morbilidad y factores de riesgo: en este grupo se incluye la prevalencia de bajo peso al nacer, prevalencia de lactancia materna exclusiva, prevalencia de déficit nutricional en menores de 5 años. En este caso es importante para nuestro trabajo descartar la importancia de la utilización de los índices nutricionales como indicadores de salud infantil.
- Indicadores de recursos, servicios y coberturas: Proporción de la población con acceso a: fuentes mejoradas de abastecimiento de agua, inmunización contra poliomielitis, sarampión, difteria, tétanos, tosferina o tuberculosis, embarazos y partos atendidos por personal capacitado en instalaciones adecuadas.

### 1.1.3. Antropometría como indicador básico de salud

La utilización de los datos antropométricos y nutricionales de los niños como indicador básico de salud infantil permiten:

- Demostrar que las privaciones y excesos coexisten, que ciertas políticas sanitarias favorecen la nutrición y otras la deterioran.
- Relacionar el crecimiento con la salud, reflejando tanto el estado de salud de los individuos como el bienestar de las sociedades
- Seleccionar a la población diana para futuras intervenciones

- Constituir métodos incruentos y poco costosos, aplicables de forma general y sistemática en todo el mundo
- Ser útiles para establecer el pronóstico de quienes se beneficiarán de la intervención, la identificación de las desigualdades tanto económicas como sociales y la evaluación de la respuesta a las intervenciones diseñadas (OMS 1995).

Existen múltiples indicadores antropométricos, por lo que es importante elegir bien aquellos a utilizar. La elección y el condicionamiento de los indicadores dependerán de las decisiones que se tomarán en base a la información obtenida. Así pues, podemos utilizar estos indicadores para la identificación de individuos o poblaciones expuestos a determinado riesgo, la selección de individuos o poblaciones para una intervención, la evaluación de esta intervención o incluso la exclusión de algunos individuos en caso de limitaciones de la misma (alto riesgo, condicionamientos económicos...).

Como indicadores de crecimiento se puede utilizar el peso para la edad, la talla para la edad, el peso para la talla y el índice de masa corporal (que también relaciona el peso para la talla). También, aunque es algo más complicado de estandarizar, podemos utilizar la medición del perímetro braquial (Mid-Upper Arm Circunference, MUAC) y de los pliegues cutáneos, mediciones que nos aproximan a la valoración de la composición corporal. Para comparar a un niño o un grupo de niños con una referencia (como por ejemplo los estándares de crecimiento de la OMS), es posible expresar estos indicadores en puntuaciones  $z$  o percentiles.

- “Percentiles (P) o escala ordinal. Usados generalmente en versión gráfica, indican qué tanto por ciento de la población de la misma edad y sexo se halla por arriba o debajo de la medición efectuada. Son aplicables a dimensiones que

no siguen una distribución totalmente normal, por lo que el  $P_{50}$  corresponde a la mediana. Habitualmente se representan los siguientes:  $P_3$  ( $P_5$ ),  $P_{10}$ ,  $P_{25}$ ,  $P_{50}$ ,  $P_{75}$ ,  $P_{90}$ , ( $P_{95}$ ),  $P_{97}$ .

- Puntuación  $z$  ( $z$  score). Expresa las unidades de desviación estándar que una determinada medida se separa de la mediana. Se obtiene un valor absoluto que permite un seguimiento más preciso, y es el único medio para hacer comparaciones entre niños de diferente edad y sexo” (Mataix & Martínez Costa, 2009).

Los indicadores antropométricos pueden ser utilizados para estudios transversales, pero también en procesos longitudinales. En este caso, al establecer un sistema de vigilancia del crecimiento se deben tener en cuenta consideraciones que afectan al mismo, ya que es muy probable que al estar incluidos dentro del programa de seguimiento, los individuos o poblaciones reciban una mayor atención a la salud de los niños y mejoras en el acceso a otros servicios como la detección temprana de enfermedades intercurrentes que pudieran incidir sobre el desarrollo.

El empleo de la antropometría en las poblaciones nos ayuda a valorar que las intervenciones tienen más éxito (desplazamiento global de las curvas de puntuaciones  $z$  de los indicadores) si se aplican a la población general y no únicamente a los individuos calificados de mayor riesgo por estar debajo de determinado valor límite.

Sin embargo, en países en desarrollo o en situaciones de emergencia en la que es necesario un diagnóstico antropométrico urgente para decidir intervenciones es importante que las mediciones sean adecuadas, estableciendo indicadores objetivos al caso. Iniciativas como la metodología SMART (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions) utilizada por Acción contra el Hambre (SMART, 2015) o los cursos de capacitación de la Organización Mundial de la Salud

como el *Curso de Capacitación sobre la Evaluación del Crecimiento del Niño* (OMS 2008) suponen un importante beneficio a la hora de instruir a todos los facilitadores de salud para obtener datos fiables y comparables con los de otros estudios. En este contexto, es importante pues establecer indicadores que sean fácilmente obtenibles y mediciones sencillas.

Una evaluación sencilla del crecimiento implica la medición del peso y la talla del niño y la comparación de sus valores con estándares de crecimiento. El propósito es determinar si un niño está creciendo normalmente, si tiene un problema de crecimiento o si presenta una tendencia que puede llevarlo a un problema de crecimiento que debe ser abordado.

En circunstancias de extrema pobreza o emergencias, la evaluación del crecimiento pretende identificar niños que necesitan intervenciones urgentes, como alimentación suplementaria o terapéutica, para prevenir la muerte. Es por ello que, por facilidad y rapidez se suele utilizar el MUAC (figura 1).



Fig. 1. Medición del Perímetro braquial (MUAC)

Tradicionalmente, y dando mayor importancia a los factores raciales y culturales, se han establecido patrones de crecimiento propios de cada país, o a lo sumo, propios de cada región, llevando a las autoridades sanitarias a tomar decisiones equivocadas en base a datos erróneos (considerando como normales valores que están por debajo de lo saludable) (de Onís et al, 2004). Por este motivo, la OMS decidió emprender la elaboración de unos patrones internacionales de crecimiento adecuados para evaluar tanto a grupos de población como a casos individuales.

El [Estudio Multicéntrico de Patrones de Crecimiento](#) (EMPC) de la OMS (de Onís et al., 2004) llevado a cabo en diferentes lugares del mundo (Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán y los Estados Unidos de América) con niños expuestos a situación saludable (lactancia materna hasta los dos años, ausencia de exposición al tabaquismo, cuidados y alimentación adecuados...) ha demostrado que el potencial de crecimiento de todos los niños (independientemente de su raza o cultura) es prácticamente el mismo, con lo que se han podido establecer unos patrones de crecimiento que suponen los valores deseables para todo niño sano.

Con este trabajo Mercedes de Onís y sus colaboradores establecen esos estándares de crecimiento saludable para todos los niños, permitiendo diseñar las políticas o intervenciones más adecuadas para alcanzar estos estándares en la población. Además, también suponen otros beneficios como el hecho de reconocer a los lactantes amamantados como modelo de desarrollo y crecimiento normal, la detección precoz de los niños con retraso de crecimiento u obesidad e incluso la identificación precoz de los niños en riesgo (OMS, 2008).

La utilización de estos patrones de crecimiento, así como del software diseñado por dicho equipo facilita la evaluación de los programas de salud implementados, pudiendo valorar los patrones de crecimiento de la población estudiada,

referenciados a los estándares de población infantil saludable. Además, se ofrece también la formación para los agentes de salud que se van a encargar de la antropometría. Estos patrones no indican únicamente cómo crecen los niños, sino cómo deberían crecer.

#### 1.1.4. Índice de Desarrollo Humano

Más allá de los indicadores básicos de salud, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) establece el llamado **Índice de Desarrollo Humano (IDH)**, que supone un resumen de los logros en dimensiones clave del desarrollo: una vida larga y saludable, un buen nivel educativo y un estándar de vida decente. El IDH es la media geométrica de los índices normalizados para cada una de las tres dimensiones.

La dimensión del estado de la salud se mide con la esperanza de vida al nacimiento; el componente educativo se mide por la media de años de escolarización de los adultos, los años esperados de escolarización en los niños y la edad de entrada a la escuela (datos estimados por la UNESCO); y el estándar de vida se mide por los ingresos per cápita (PNUD, 2014 b).

Entendiendo pues, desde una dimensión holística el concepto de salud en el niño, es importante considerar, a la hora de evaluar dicho estado, todos estos aspectos, tanto la salud física (representada por la evaluación del crecimiento y la esperanza de vida), como la emocional y social (que en la época infantil tiene un especial desarrollo en el ámbito educativo), que también vendrá condicionada por factores económicos. “De hecho, actualmente se dispone de abundantes datos que indican que esas desigualdades sociales son determinantes de las inequidades de salud: las desigualdades sociales persistentes generan desigualdades de salud



continuas” (PAHO, 2012a). En esos contextos es fundamental destacar la vertiente pedagógica de los pediatras y agentes de salud y la promoción de la salud desde los agentes educativos.

De forma más amplia, el Índice de Desarrollo Humano ajustado por la Desigualdad (IDH-D) da cuenta de las desigualdades en las dimensiones del desarrollo (salud, educación y economía) “descontando” el valor promedio de cada dimensión según su nivel de desigualdad. En este sentido, el IDH-D es el nivel real de desarrollo humano (considerando su desigualdad), mientras que el IDH puede considerarse como un índice de desarrollo humano “potencial” (o el nivel máximo del IDH-D) que podría lograrse de no haber desigualdad.

En esta línea se describe también el Índice de Desigualdad de Género (IDG) que refleja la desventaja de la mujer en tres dimensiones: salud reproductiva, empoderamiento y mercado laboral.

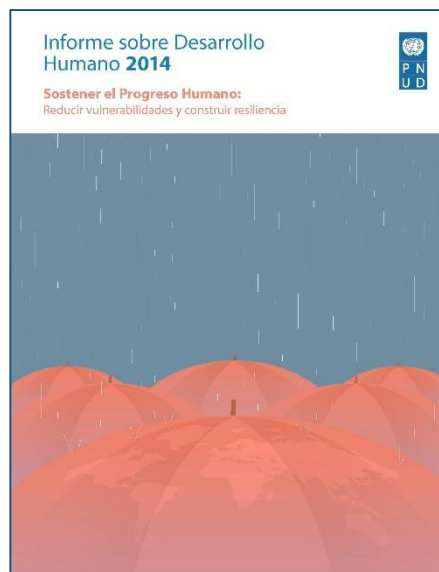


Fig. 2. Portada del Informe sobre Desarrollo Humano (PNUD, 2014)

## 1.2. Situación de la infancia

### 1.2.1. Situación global

“La salud infantil en el mundo es un reflejo evidente de la desigualdad e injusticia global” (Gil Antón, 2011). En los informes de UNICEF y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se destaca que todo aquello que los niños experimentan durante los primeros años establece una base trascendental para toda su vida.

Desde esta perspectiva, “intervenir en la primera infancia representa la inversión más poderosa que se puede realizar” (Irwin, Siddiqi & Hertzman, 2007), con retribuciones en el transcurso de la vida mucho mayores al importe de la inversión inicial. A pesar de tener conocimiento de ello, se estima que más de 200 millones de niños en países en vías de desarrollo no llegan a alcanzar su máximo potencial.

Según datos de la OMS, cada año mueren 7,6 millones de niños menores de 5 años, fundamentalmente por neumonía, diarrea, paludismo y problemas neonatales. Aproximadamente dos tercios de estas muertes podrían prevenirse con medidas sencillas y asequibles. El 40% de estos fallecimientos son en el periodo neonatal; y la gran mayoría de estos se dan en países en desarrollo. La mayoría de estos recién nacidos fallecen en el hogar y sin poder recibir cuidados profesionales adecuados (OMS, 2010).

El éxito en la promoción del desarrollo de la primera infancia no está sujeto a la riqueza de un país sino al establecimiento de estrategias adecuadas que tengan en cuenta la realidad y la potencia de los agentes comunitarios.

Antes de iniciar cualquier intervención es necesario activar medidas de diagnóstico previo capaces de establecer la situación socio sanitaria de cada región,

adecuándola a los estándares de salud que la OMS ha establecido a partir del estudio en diferentes regiones del planeta (de Onís, 2009), tanto en estándares somatométricos como criterios para definir la malnutrición de forma que se puedan diseñar políticas acordes a la realidad local. La importancia de conocer el estado nutricional y el establecimiento de programas centrados en el área de la nutrición ha demostrado su eficacia como instrumento para incidir sobre el resto de cuidados en salud (vacunación, higiene...), debido a la sensibilidad de los cuidadores en este aspecto y la buena relación coste-beneficio de las intervenciones nutricionales.

El Informe Mundial sobre Desarrollo Humano 2013, enfocado hacia el ascenso de los países del sur, revela que más de 40 países en desarrollo han efectuado mayores avances en desarrollo humano en las últimas décadas de lo que se había previsto. El informe explica que estos logros son atribuibles en gran medida a la inversión sostenida en programas sociales, de educación y de atención de salud, y al compromiso abierto con un mundo cada vez más interconectado. Igualmente, los países del sur están extendiendo el comercio, la tecnología y los lazos de políticas por el todo el norte (PNUD, 2015).

En todo el mundo, observamos un cambio en el modo de enfocar la salud, ya no sólo como ausencia de enfermedad, sino como el resultado de la interacción entre factores biológicos, el medio ambiente y los condicionantes sociales, económicos e incluso políticos (PAHO, 2012a).

Hemos de señalar que los propios sistemas de salud, incluidos los programas de salud pública, actúan también como determinante social. De hecho, en muchas ocasiones, los problemas de salud pueden agudizar las inequidades sociales, ya que, son los más ricos los que tienen acceso a servicios de salud de mayor calidad, y para los más pobres, una enfermedad puede suponer la ruina económica. Se

calcula que el pago directo de servicios sanitarios empuja a 100 millones de personas a la pobreza cada año (OMS, 2011).

“Cada vez más, los pobres entre los pobres tienen peor salud”, fenómeno que se da en todos los países del mundo (tanto en los de ingresos altos, medios o bajos). Los datos propios de cada país indican que cuanto más baja es la situación económica peor es el estado de salud, lo que se conoce como gradiente social de salud. Paralelamente, está también demostrado que un menor nivel educativo supone un factor de riesgo de muerte prematura (PAHO, 2012a).

La malnutrición energético-proteica primaria en general afecta a 168 millones de niños y, en su forma más grave, (definida por la OMS como disminución del peso para la talla < 70% y/o por debajo de 3 desviaciones estándares de la mediana de referencia, con/sin edema).

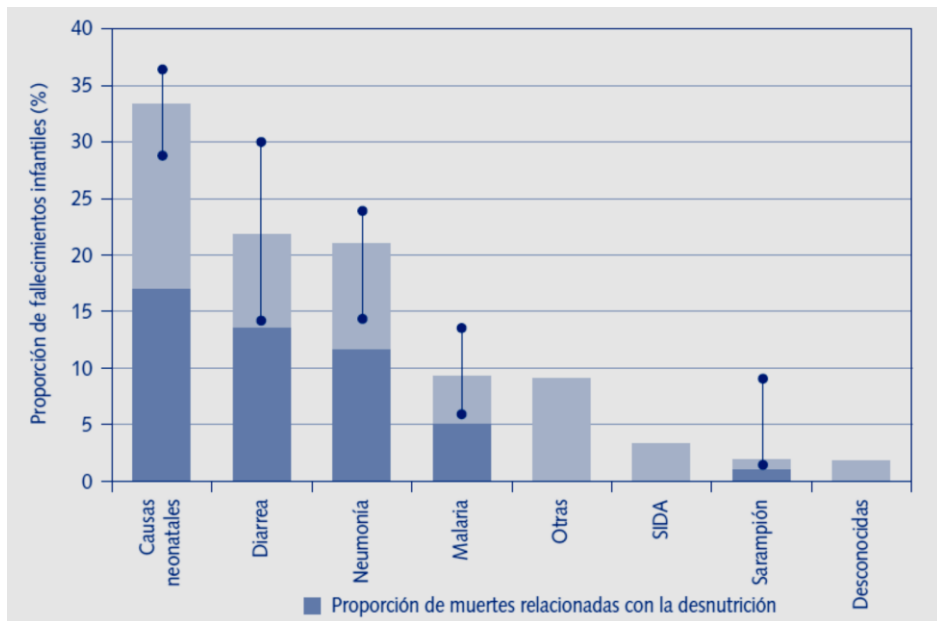


Fig. 3. Distribución de las muertes infantiles globales por causa (2000) (Black, Morris & Brice, 2003)

Se estima que puede implicar a cerca de 20 millones de niños menores de 5 años en el mundo, originando más de un millón de muertes anuales (Mataix y Martínez Costa, 2009), no solo por causa directa sino como agravante de otras enfermedades (de Aranzabal, 2004). La malnutrición se encuentra en una proporción elevada de los niños que fallecen por el resto de causas que se incluyen en lo que la OMS define como enfermedades prevalentes en la infancia, como podemos ver en la figura 3.

### **La doble carga de la malnutrición**

Recientemente la OMS ha introducido el concepto de la doble carga de la malnutrición refiriéndose al aumento de prevalencia de problemas de desnutrición en la primera infancia asociados a obesidad temprana con los problemas de salud de ella derivados. Se podría considerar que la obesidad es un problema que afecta principalmente a países desarrollados, pero la realidad indica que es un problema de alarmante crecimiento en los países en vías de desarrollo (OMS, 2013).

En el mundo hay 170 millones de niños con desnutrición, de los que 3 millones morirán cada año como consecuencia de ello. Por otra parte, en el mundo hay al menos 20 millones de niños menores de cinco años y más de mil millones de adultos con sobrepeso. El 23,8% de los recién nacidos vivos, presentan bajo peso al nacimiento; además en el 53% de los casos de muerte neonatal y el 35% de las muertes en menores de 5 años, subyace la desnutrición. Paradójicamente, el 75% de los niños con sobrepeso viven en países en desarrollo. Una dieta que no proporciona una cantidad suficiente de alimentos de calidad puede ocasionar tanto crecimiento insuficiente como un exceso de peso. Un niño deficientemente desarrollado en sus primeros años de vida puede convertirse en un adolescente

bajo pero con sobrepeso y, posteriormente, desarrollar enfermedades crónicas en su vida adulta.

Para entender este efecto conviene considerar la importancia de la nutrición en los llamados primeros 1000 días (desde el inicio del embarazo hasta los dos años de edad). Simplificando se podría pensar que un niño que se ha desarrollado en esos primeros días en un ambiente deficitario nutricional (como es frecuente en áreas deprimidas o en países en vías de desarrollo) estaría programado para subsistir en un ambiente con escasez de oferta nutricional. En estos casos, si este niño recibe una alimentación no escasa y, sobretodo, rica en grasas e hidratos de carbono, es de esperar que desarrolle con más facilidad obesidad y las enfermedades de ella derivadas (enfermedades metabólicas y cardiovasculares) (Possner, 2014).

En este sentido, el hecho de promocionar la lactancia materna como alimento ideal en los primeros meses está plenamente justificado, ya que va a suponer el alimento para el que ese niño esté mejor “programado”. Un exceso de proteínas (como las que tiene la leche de vaca) en estos primeros meses supondrá una alteración en esta programación, condicionando una mayor tendencia a la obesidad (un aumento del 1% de proteínas en la dieta condiciona un aumento de 0,029 Kg/m<sup>2</sup> del índice de masa corporal). Se sabe que cada mes de lactancia materna se asocia a una disminución del 4% del riesgo de obesidad. De hecho, la excesiva ganancia de peso durante los dos primeros años es el mejor predictor de sobrepeso en la edad escolar.

Todavía sigue siendo un grave problema, sobre el que no se tiene un conocimiento profundo y hay una falta de sensibilización por parte de la sociedad. Aún es difícil concienciar de los riesgos de la obesidad infantil. En este sentido, se están intentando diseñar políticas, en los diferentes estados, encaminados a tratar

esta doble vertiente de la malnutrición, buscando una mejoría en la salud de las embarazadas, un fomento de la lactancia materna y la alimentación en los primeros meses y una adecuada alimentación y estilo de vida en edades posteriores.

### 1.2.2. Situación en América Latina y el Caribe

América latina presenta características diferenciales en función de la zona, pudiendo establecer patrones propios de cada una de ellas. Concretamente en los países del Caribe (incluyendo las zonas costeras de países del área continental aparecen **realidades sociales muy polares** con porcentajes mínimos de la población con acceso a todos los recursos de los países desarrollados (incluyendo alimentación, sanidad, salubridad...) y un alto porcentaje que carece de servicios básicos de calidad.

La **atención primaria** constituye uno de los componentes claves de los sistemas de salud, con un impacto evidente sobre la salud y el desarrollo de la población. Debe ser adaptada al contexto sociocultural. En América latina y dada la escasez de recursos humanos bien formados, de recursos materiales y la dispersión poblacional, la distribución de una atención primaria profesionalizada de calidad es altamente difícil, y más aún en el ámbito pediátrico. Sin embargo, el tejido social permite implicar a la población y establecer estrategias de intervención y participación comunitaria ampliando la base del recurso humano disponible. Con medidas encaminadas a la implicación comunitaria, se facilita la asunción de los objetivos de toda atención primaria: universalidad, accesibilidad, sostenibilidad y calidad (PAHO, 2008).

En esta situación global, el colectivo con mayor vulnerabilidad es la población infantil que sufre además de la desprotección familiar motivada por la importante

migración. En este sentido, cobra importancia la labor de las Organizaciones No Gubernamentales para el Desarrollo (ONGDs) que trabajan en estos países (de los Ríos, 2011). Sin embargo, éstas no deben sustituir la responsabilidad de las autoridades y se debe realizar con criterios de eficacia y eficiencia y de desarrollo de las propias comunidades (Martínez, 2011).

Son especialmente importantes en estos contextos las intervenciones encaminadas a **promoción de la salud** y a la generación de cambios comportamentales en la población que supongan nuevos hábitos en el cuidado de los niños (Briscoe, 2012). En este sentido cobran especial importancia los cuidados en la primera infancia, periodo en el que todavía no se ha establecido la escolarización obligatoria. Probablemente, el establecimiento de planes de acción sobre estas edades sea la inversión más eficiente para la región (Treviño, 2011).

Los países de América Latina y del Caribe difieren mucho en las estimaciones de desnutrición, con la mitad de los países que han alcanzado los Objetivos del Desarrollo del Milenio y otro tanto que declaran que los progresos en este ámbito están estancados. El problema fundamental en la región sigue siendo la desigualdad entre las distintas colectividades de un mismo país, personas muy ricas con personas que viven por debajo del umbral de la pobreza. Esto supone una importante limitación para alcanzar el objetivo de reducir la pobreza a largo plazo.

Tradicionalmente, la salud se ha considerado en la región como un privilegio y la prestación de los servicios sanitarios como una opción de los gobiernos. El enfoque de la salud basada en los derechos supone “considerar a los gobiernos como portadores de obligaciones hacia los derechos y a los usuarios del sistema de salud como titulares de derechos”. Este enfoque “ha sido fundamental para exigir que los gobiernos rindan cuentas sobre el logro de la cobertura universal de salud de



manera equitativa en América Latina, una región marcada por profunda inequidad social, que se refleja en desigualdades en salud (ONU, 2012; Yamin, 2014)..

En estos países, los niños que viven en las zonas rurales tienen casi el doble de probabilidades de desarrollar bajo peso que los niños que viven en las ciudades. Este hecho que es habitual en los países en desarrollo es especialmente importante en los países del Caribe donde el 8% de los niños que viven en el medio rural tienen bajo peso, más del doble de los que viven en las zonas urbanas. De nuevo, se manifiesta pues, como uno de los mayores problemas, la desigualdad (PNUD 2015).

El Informe sobre el Desarrollo Humano del PNUD de 2013 que se centraba en el ascenso de los países del Sur refleja una mejora en estos índices en los países de América Latina, derivada, en gran medida, por la apertura a la colaboración entre las naciones de la región y el acceso a la sociedad de la información. Dentro de los países de América Latina y el Caribe, Barbados, Chile y Argentina son parte del grupo de países de muy alto desarrollo humano, mientras que Haití es el único país de la región que pertenece al grupo de desarrollo humano bajo. El grupo de países de desarrollo medio, está constituido por diez naciones de la región, y liderado por República Dominicana; los restantes se encuentran clasificados en el grupo de desarrollo humano alto (PNUD, 2013).

Un problema sobreañadido es el de la [migración](#). Los migrantes suelen afrontar dificultades particulares de salud. Uno de los principales problemas es el de comunicación. En muchos casos hay dificultades con el idioma (como le ocurre a la población haitiana, en la República Dominicana) que dificulta el acceso a los recursos sanitarios. Pero fundamentalmente lo que condiciona una mayor dificultad para este acceso es la situación de irregularidad que, por un lado les hace temer las consecuencias legales si acuden a organismos oficiales, y por el otro, se obstaculiza el conocer cuáles son sus necesidades en materia de salud. Las

dificultades económicas por la dificultad de acceso a trabajos bien remunerados agrava todavía más el problema.

Latinoamérica presenta también una gran desigualdad entre la situación de la población rural y la urbana. La distribución de los recursos sanitarios se concentra en las grandes ciudades, quedando la atención de las zonas rurales, generalmente, al cargo de personal peor formado y más inexperto. Así mismo, los residentes en zonas rurales siguen estando expuestos a más enfermedades transmisibles (en muchos casos por mayor exposición a los vectores) que los habitantes de las zonas urbanas (PAHO, 2012a).

### 1.2.3. Situación en República Dominicana

Periódicamente, el Ministerio de Salud Dominicano, con la colaboración técnica y el auspicio de la PAHO, publica informes con los indicadores básicos de salud en República Dominicana. Habitualmente estos datos se obtienen mediante censos realizados en zonas seleccionadas. El último censo poblacional se realizó en 2002. En el año 2011 se impulsó una iniciativa para la realización de un nuevo censo.

En Septiembre de 2011, el Ministerio de Salud Dominicano publicó el informe *Perfil de Salud Infantil ODM (Objetivo del Milenio 4)* (SESPAS, 2011) en el que se establece el [estado de morbilidad infantil](#) y los resultados de las políticas sanitarias. Supone un marco de referencia para el desarrollo de medidas de intervención. Con estos criterios, el gobierno dominicano establece unas políticas de intervención en atención sanitaria y promoción de la salud que en teoría abarcan a toda la población infantil. Sin embargo, en la realidad, el número de pediatras que se dedican a la atención en el sistema público de salud es prácticamente testimonial y la atención primaria pública está al cargo en la mayoría

de los casos de médicos generales recién licenciados que realizan un año de servicio comunitario, lo que dificulta la continuidad de la atención y supone un grave detrimento en la calidad de la misma.

Salvo alguna excepción (Oliver, 2014; MSPAS, 2014) las referencias bibliográficas sobre estudios realizados en República Dominicana son muy escasas, antiguas (Mendoza, 1996) y se centran en población infantil de fácil acceso para el personal investigador que se localiza en la capital, con una práctica ausencia de estudios en población semirural o en núcleos deprimidos de las ciudades. Por tanto son referencias que no se ajustan a la realidad de una parte importante del país.

De todos modos, a pesar de que se están realizando mejoras en la sanidad, intentando organizar un sistema jerarquizado de salud se cree prácticamente imposible lograr la meta de la reducción sobre la mortalidad infantil para el 2020, ya que el 80% de la mortalidad de la niñez está ligada a la mortalidad infantil y el 80% de ésta se explica por la mortalidad neonatal. Así pues, la consecución de este objetivo va ligada también a la mejora de las condiciones obstétricas y éstas no sólo a la mejora de las instalaciones sino a la cualificación del personal sanitario encargado de los cuidados materno-infantiles.

En 2006, República Dominicana era el sexto país de la región en mortalidad infantil con un 31.09 ‰, muy lejano de todos modos de las tasas de Haití que llegaban al 64.53 ‰. Sin embargo, la evolución no ha sido tan favorable como se pudiera esperar. En 2012, República Dominicana se situaba en el séptimo lugar con una tasa de 25.08‰, mientras que el país vecino había conseguido disminuir su tasa hasta el 43.58 ‰.

La población dominicana, que ya supera los diez millones de personas (contabilizando únicamente a las personas censadas, pero eso sí teniendo en cuenta a la población emigrada, que supera el millón de personas), está cambiando cualitativamente, con una tendencia al envejecimiento progresivo, motivado por el aumento en la esperanza de vida y un mayor control de la natalidad, como podemos ver en el siguiente gráfico que muestra la proyección de población en los últimos años (figura 4).

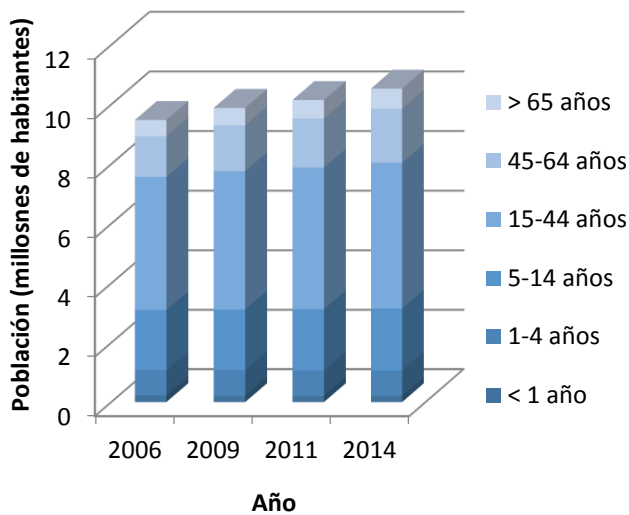


Fig. 4. Población estimada en República Dominicana (PAHO, 2012)

Como ya hemos destacado en otros puntos de este trabajo, estos datos omiten las características de la población migrante en situación irregular, que probablemente desviaría estos datos, reduciendo la edad media, ya que en su mayoría se trata de población joven y niños.

## Índice de Desarrollo Humano en República Dominicana

En los últimos años, y gracias a un aumento de transparencia en el país, el PNUD y la Organización Panamericana de la Salud (PAHO) han incrementado sus esfuerzos en apoyo a las autoridades dominicanas para favorecer este desarrollo. Sin embargo, República Dominicana sigue siendo uno de los países con mayor índice de desigualdad, por lo que muchos de los datos obtenidos (referidos a medias poblacionales), no recogen la realidad de una gran mayoría de la población que vive en el medio rural.

Conviene destacar también la situación de la población migrante de origen haitiano que no figura en los registros oficiales y que es muy numerosa y usuaria de los recursos socio-sanitarios (Oliver, 2014). Por esta razón, unos datos estadísticos aparentemente aceptables pueden camuflar una realidad bastante más grave. Así, por ejemplo, la dotación de plazas escolares o de personal médico que se establece en función de los censos o de los registros sanitarios, se demuestra altamente insuficiente e incapaz de acoger a la población infantil indocumentada por ser hijos de migrantes en situación irregular.

A pesar de ello, es innegable un avance generalizado en la sociedad dominicana, que “aumentó su índice de desarrollo humano de 0,689 a 0,702 entre 2011 y 2012, incrementando una posición en el ranking mundial de 187 países, pasando del 103 al 102 y ocupando la posición 23 de 33 países de América Latina y el Caribe” (PNUD, 2015).

En el informe sobre el desarrollo humano de 2013 (PNUD, 2013) se resalta que República Dominicana es uno de los países latinoamericanos con mayor aumento en su renta per cápita; sin embargo su ascenso en los índices de desarrollo humano se ven frenados por el lento avance en educación y sanidad, con unos

alarmantemente bajos niveles de escolarización, fundamentalmente de escolarización secundaria (con una media de 7,2 años frente a los 8,8 años de los países de desarrollo alto) (tabla 1).

A pesar de los avances de los últimos años, en la República Dominicana las desigualdades son tan grandes a todos los niveles (educativo, sanitario y económico), que cuando se ajusta el IDH por la desigualdad, el índice pierde un 23,6% de su valor y baja 15 puestos en el ranking mundial (de un total de 145 países) que elabora el PNUD. Aunque la economía dominicana ha crecido en un 7,4%, los niveles de pobreza siguen en los mismos niveles del año 2000. La expansión del sistema sanitario y educativo se ha hecho a expensas de la calidad de los servicios (aumentando el número de plazas escolares, pero no de profesores; aumentando el número de centros de atención primaria (U.N.A.P), pero siendo estos atendidos por médicos inexpertos en su año de pasantía...).

Por otra parte, el Informe revela que la República Dominicana es uno de los tres países de América Latina con mayor desigualdad de género. La tasa de participación laboral de las mujeres es del 51%, frente a un 78,6% para los hombres. Respecto al indicador de salud reproductiva, la tasa de fecundidad en adolescente se mantiene elevada.

En cuanto al índice de pobreza multidimensional que valora las privaciones de los hogares en servicios básicos (años de educación, nutrición, mortalidad infantil, combustible para cocinar, agua, saneamiento y electricidad, tenencia de activos...), en República Dominicana, 4,6% de la población tiene más de tres privaciones (PNUD, 2005).

Tabla 1. Índice de desarrollo humano en República Dominicana.

INDICADORES	2006	2009	2011	2014
<b>SALUD</b>				
Esperanza de vida	71,8	72,5	73	73,6
Natalidad	23,3	22,3	21,5	20,5
Población	9.479.000	9.884.000	10.148.000	10.529.000
Población menores de 1 año	220.000	214.000	211.000	210.000
Población menor de 15 años	3.101.000	3.115.000	3.127.000	3.150.000
Proporción de población < 15 años	32,7	31,5	30,8	29,9
Proporción de población urbana	68,6	72,5	74,8	77,9
Fecundidad	2,7	2,6	2,6	2,5
Media anual de nacimientos	220.800	220.000	218.600	215.500
Proporción de muertes por diarrea en menores de 5 años	2,8 %	3,1 %	1,6 %	No registrado
Proporción de muertes por infección respiratoria en menores de 5 años	4,2 %	4,7 %	3,7 %	No registrado
<b>ECONOMÍA</b>				
Pobreza (menos de 1.25 \$/día)	4,2	3	2,2	No registrado
Pobreza por debajo de la línea nacional	44,2	42,1	40,4	40,9
<b>EDUCACIÓN</b>				
Tasa de alfabetización	88,2	89,5	90,1	90,9
Razón de escolaridad primaria	100,9	109	105,5	No registrado

Elaborada a partir de los Informes de Salud en las Américas (PAHO 2007, 2010, 2012, 2015)

En los últimos años sí se ha registrado una mejora institucional, dotando al país de una cierta estabilidad. Los derechos civiles se han consolidado, tales como: la inviolabilidad de la vida, la seguridad individual, la libertad de tránsito, la libertad de asociación, la libertad de conciencia y de cultos, la libertad de empresa y el derecho de propiedad, entre otros. Hay elecciones cada cuatro años con relativa normalidad, pero existen debilidades en la calidad de la democracia como un marcado clientelismo y una tendencia a la corrupción en todos los estamentos del Estado (PAHO, 2012)..

Es innegable que los últimos gobiernos dominicanos, auspiciados por organismos internacionales animados a intervenir por esa estabilidad política, están haciendo un esfuerzo por mejorar las condiciones de vida de los dominicanos. Sin embargo, en algunas ocasiones no se está consiguiendo más que aumentar la brecha entre ricos y pobres. Si bien es cierto que están llegando mejoras al país, estos beneficios no llegan a gran parte de la población. Esta circunstancia es especialmente destacable si consideramos a la población de origen haitiano que no aparece en ninguno de los registros oficiales y que queda al margen de los servicios públicos: no pueden ser atendidos en los hospitales públicos, no tienen acceso a medicación, no tienen acceso a inmunización, no pueden ser escolarizados oficialmente, al no tener cédula de identidad no pueden acceder a trabajos dignos...

Es esta población, que se calcula en cerca de un 10 % del total de población dominicana, la más vulnerable; y especialmente vulnerables son las mujeres y sobre todo los niños. Diferentes organismos no gubernamentales y las diferentes iglesias que proliferan en el país intentan atender a estas colectividades, pero sin contar con los sistemas públicos, esta atención no deja de ser parcial y poco transformadora.



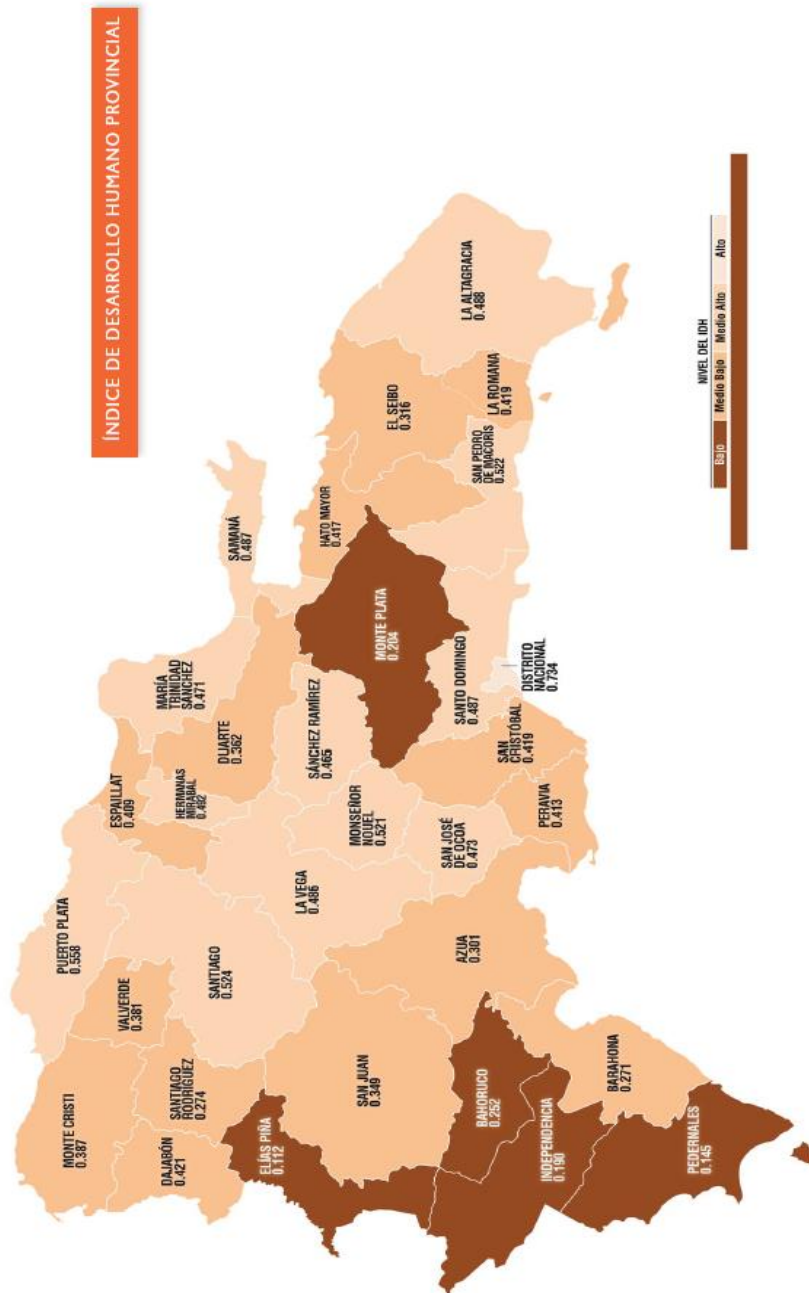


Fig. 5 Índice de Desarrollo Humano en República Dominicana por provincias (PNUD, 2015)

## Ámbito de la salud en República Dominicana

En el ámbito de la salud, República Dominicana, sigue siendo un país altamente desigual, con una minoría de la población en un estado de salud equivalente al de países desarrollados y con acceso a todos los cuidados de salud, mientras que la mayoría de la población se ve afectada por enfermedades típicas de países en desarrollo (tabla 2).

Tabla 2. Morbilidad en República Dominicana.

	2007/8	2010/11	2013/14
Dengue	99,2	122,6	172,3
Dengue hemorrágico	2,4	11,3	1,1
Malaria	28,6	25,1	5,9
Enfermedad meningocócica	0,3	0,2	0,2
VIH	5,5	7,8	4,3
TBC	45,8	36,7	42,1
Polio/Sarampión/Rubeola/Difteria/Tosferina	0	0	0
Tétanos	0	0	0,6
Leptospirosis	24,9	0	0
Cólera			20
Bajo peso al nacer (por cada 100 nacidos vivos)	8,4	7,3	8,1
Desnutrición crónica (Talla/edad < 2DE) en menores de 5 años	9,8	9,8	9,8
Muertes infantiles (por cada 1000 nacidos vivos)			15,2

Casos por cada 100.000 habitantes. Obtenida de los informes de la PAHO (2007-2014)

En el ámbito de las mejoras sanitarias, cabe destacar, a pesar de que no se recoge en esta tabla, que las mejoras más evidentes se dieron en los últimos años

noventa y principios del actual siglo. Es de justicia destacar, por ejemplo, que mientras en 1995 las muertes por diarrea superaban el 12%, ya en 2002, esta tasa se había reducido al 3,38 %. Del mismo modo también se controlaron las infecciones respiratorias, que en 1995 suponían el 9,1%, mientras en 2002 se situaban ya en torno al 4%.

Tabla 3. Recursos sanitarios en República Dominicana

	2007/8	2010/11	2013/14	Incremento de 2007 a 2014
Médicos	11,2	14,3	21,2	89%
Enfermeras licenciadas	2,3	2,8	3,8	65%
Enfermeras auxiliares	5,9	9	11,6	97%
Camas	12	15,9	17,9	49%
Hospitales	316	355	392	24%

Recursos por cada 10.000 habitantes. Elaborada a partir de los informes de la PAHO

Como vemos en la tabla 3, se han hecho esfuerzos de mejora, pero aun así, el sistema sanitario dominicano sigue siendo muy deficitario, fundamentalmente en recursos humanos capacitados. La tasa de médicos en 2008, momento del inicio de nuestra intervención, era de 11,2 por cada 10.000 habitantes, mientras que en países como Cuba, en los que se potencia la atención primaria y la salud pública esta cifra llega a 66 médicos por cada 10.000 habitantes. Una de las causas de esta cifra, podría ser el hecho de que prácticamente todas las universidades dominicanas son privadas, dificultando el acceso de la mayoría de la población a los estudios superiores. Y como en otros países en desarrollo, precisamente los profesionales mejor cualificados suelen emigrar a países como Estados Unidos o España (PAHO, 2014).

Llama la atención que el número de médicos supere al de enfermeras licenciadas o auxiliares, haciendo suponer que en muchos casos, el trabajo de enfermería se realiza por personal no cualificado. Este dato también habla del descrédito del papel de los profesionales de enfermería en los cuidados de salud y de la falta de asunción de su importancia en la atención primaria.

Una de las estrategias gubernamentales para aumentar la cobertura sanitaria es el impulso para la suscripción por parte de la población del llamado Seguro Nacional de Salud (SENASA), en régimen contributivo y no contributivo. Sin embargo, los trámites para conseguir esta afiliación son muy dificultosos, y la gran mayoría de las personas de menos recursos o menor educación no pueden realizarlos, con lo que quedan fuera del sistema nacional de salud. El porcentaje de afiliación en 2013 era del 57%, la mitad de ellos en régimen contributivo y la otra mitad en régimen no contributivo (población de muy bajo o nulos ingresos). Así pues, el 28% de la población general está afiliada a SENASA en régimen no contributivo, cuando se considera que el 45% de los hogares dominicanos están por debajo del umbral de la pobreza (PAHO, 2014).

Así pues, hay un 17% de dominicanos que viven por debajo del umbral de la pobreza que no tienen derecho a ninguna cobertura sanitaria por el sistema público de salud. Esto supone casi 1,7 millones de personas sin acceso a los sistemas de salud.

Como en otros lugares del mundo, también en República Dominicana, no es sólo que la enfermedad suponga un grave problema por el difícil acceso a los recursos sanitarios de los pobres, sino que una enfermedad grave puede empujar a una familia a la pobreza por la imposibilidad de asumir los costes que genera (OMS, 2011).

#### 1.2.4. Situación en La Romana

Según los datos oficiales de la página web del ayuntamiento, la provincia de La Romana está localizada en la región del este del país, a 123 km de Santo Domingo, con una extensión de 653.95 Km<sup>2</sup>. Es uno de los focos turísticos de mayor importancia. La población en la provincia (2002) es de unas 219.812 personas, de las que 202.488 (89,6%) viven en zonas urbanas (La Romana, 2015).

Resulta tremendamente difícil encontrar estadísticas fiables de La Romana; vemos que en la página web oficial del ayuntamiento (de reciente creación), los datos publicados tienen 13 años de antigüedad. Durante el periodo en el que se desarrolló el proyecto, pudimos participar en la realización del censo municipal, comprobando que se realiza de modo aproximado, calculando los datos de población en función de las viviendas localizadas en plano (asumiendo una razón de 4,4 habitantes por vivienda). En el trabajo del día a día comprobamos lo alejada de la realidad que estaba esta cifra (ONE, 2009).

En 2010 se realizó otro censo poblacional, este sí realizado mediante encuestas domiciliarias de selección aleatoria, que probablemente daría datos algo más certeros. Sin embargo, el hecho de que las encuestas se realizaron únicamente en horario laboral, en el que la mayoría de la población está fuera de casa, y que sólo se recogían los datos de las personas en situación regular (obviando por tanto a una parte importante de la población de la ciudad de La Romana), nos hace también dudar de la fiabilidad de este censo (ONE, 2010).

Según la Oficina Nacional de Estadística (ONE), los datos y previsiones de población infantil en La Romana en los últimos años, son los que se recogen en la tabla 4.

Tabla 4. Evolución de la población infantil en La Romana (ONE, 2015)

	2006	2008	2010	2012	2014
Recién Nacidos	4.328	4.272	4.011	3.837	3.769
0-4 años	26.327	26.208	25.978	25.672	25.296
5-9 años	25.263	25.753	26.112	26.107	25.917
10-14 años	24.868	24.731	24.705	25.085	25.570
Total	232.748	239.614	246.234	252.558	258.619

Según estas estadísticas y proyecciones, durante el periodo de intervención se calculaban unos 4.000 nacimientos al año. Vemos como esta cifra va disminuyendo de forma progresiva, gracias en parte a las medidas para el control de la natalidad. El número de niños pequeños también va disminuyendo, como consecuencia de esa disminución de la natalidad y porque todavía se mantiene un número no despreciable de fallecimientos en periodo neonatal y en la primera infancia. Sin embargo, la población adolescente está en crecimiento, gracias, probablemente a la disminución de muertes por accidente. Sin embargo, mirando las cifras de población general, vemos cómo ésta crece, gracias al aumento de la esperanza de vida.

Todos estos datos siguen la línea de lo descrito para República Dominicana y también para el resto de los países del área.

Si comparamos los datos poblacionales de La Romana con los del resto del país (tabla 5), vemos que el crecimiento de la población ha sido mucho mayor, prácticamente el doble. Sin embargo no se debe al número de nacimientos en los centros de salud, que en el caso de La Romana incluso ha disminuido. Este incremento puede deberse a que, dado que la zona es un área de expansión turística, se haya producido una migración interna (desde otras zonas del propio

país y desde el vecino Haití, en este caso de forma irregular). Es probable pues, que en los próximos años pueda comprobarse ese incremento en los nacimientos.

Tabla 5. Datos demográficos en La Romana y en República Dominicana.

	2007-2008		2010-2011		2013-2014		Incremento de 2007 a 2014	
	LR	RD	LR	RD	LR	RD	LR	RD
Población	240.378	9.492.876	246.234	9.884.371	254.263	9.784.680	6%	3%
Tasa de crecimiento anual (%)	3,11	1,79	3,11	1,79	1,37	1,22		
Incremento de población	32	17,6	32	17,4	11,6	10,31		
Densidad de población (hab/km <sup>2</sup> )	368	195	377	203	390	201	6%	3%
Nacimientos registrados en centros de salud	3.780	124.018	2.906	121.087	3.746	168.298	-1%	36%

Elaborada a partir de los datos de la ONE; LR: La Romana; RD: República Dominicana

Valorando los otros datos que constituyen el IDH, La Romana se sitúa en un nivel medio-bajo (figura 5). Vemos que el 43% de los hogares romanenses están por debajo del umbral de la pobreza, cifra similar a la registrada para el conjunto del país (40,4%). A pesar de los esfuerzos de diferentes instituciones, este dato se mantiene estable desde el año 2007.

En cuanto a la educación, la proporción de analfabetos mayor de 10 años se sitúan en torno al 10%; cifra similar a la del conjunto del país. Es preocupante comprobar cómo esta cifra ha aumentado en los últimos años (desde un 8,3%), a pesar de los esfuerzos del Gobierno, auspiciados por organismos internacionales;

quizá se debe a que éstos se han concentrado más en la construcción de escuelas que en la formación y seguimiento del profesorado.

### Ámbito de la salud en La Romana

Como en el resto del país, el acceso a los servicios de salud y el desarrollo de enfermedades es tremendamente desigual. Esta circunstancia se agrava por la ausencia de muchos servicios sanitarios, que se centralizan en la capital; por ejemplo, los enfermos deben trasladarse a la capital para recibir tratamientos como hemodiálisis, quimioterapia o consultas especializadas.

Comparando los datos, con los del conjunto del país (tabla 6), comprobamos una mayor proporción de tuberculosis, con una distribución similar a la del conjunto del país para el resto de enfermedades. Los niveles de desnutrición crónica en menores de cinco años (definida por un índice de talla para la edad por debajo de 2 DE) son algo mejores que en el conjunto del país (8,1 frente a 9,8 por cada 100 nacidos vivos) (ONE, 2015).

Pero sin duda, lo que marca la diferencia es la ausencia de recursos sanitarios (tabla 7). Según la Comisión Ejecutiva de la Reforma del Sector Salud, del SESPAS, la cantidad total de centros sanitarios públicos en 2007 era de 22, siendo 20 de ellos de atención primaria y sólo 2 hospitales públicos, ofreciendo 12 camas por cada 10.000 habitantes. Las mismas fuentes hablan de 117 centros privados de diferente categoría: desde pequeñas consultas a hospitales con mejores recursos que los públicos (ONE, 2015). El incremento de camas de hospital en el conjunto del país desde 2007 ha sido de más del 50%, mientras que en La Romana únicamente ha sido del 21% sin la construcción de ningún nuevo hospital.



Tabla 6. Morbilidad en La Romana y en República Dominicana

	2007-2008		2010-2011		2013-2014	
	LR	RD	LR	RD	LR	RD
Dengue	142,7	99,2	96,2	122,6	32,7	172,3
Malaria	9,6	28,6	7,3	25,1	0	5,9
Lepra	3	2	2	1	3	1
VIH	0,8	5,5	0,8	7,8	6,7	4,3
TBC	59,5	45,8	55,6	36,7	52,7	42,1
TBC pulmonar	43,7	33,7	50,4	30,9	46	36,3
Tétanos	0,8	0	0	0	1,2	0,6
Leptospirosis	2,5	24,9	0	0	0	0
Cólera					5,5	20
Bajo peso al nacer (por cada 100 nacidos vivos)	4,2	8,4	7,8	7,3	10	8,1
Desnutrición crónica en menores de 5 años	8,1	9,8	8,1	9,8	8,1	9,8

Casos por cada 100.000 habitantes. Obtenida de los informes de la PAHO (2007-2014). LR: La Romana, RD: República Dominicana.

En cuanto a la dotación de estos centros hospitalarios públicos hay que destacar su precariedad con un suministro eléctrico irregular, que dificulta cualquier asistencia, y con servicios muy elementales. En el ámbito de la pediatría sorprende que únicamente se disponen de 10 cunas para toda el área (unos 25.000 niños menores de 4 años). En el centro neonatal sólo hay 5 incubadoras, procedentes de donaciones particulares, con dificultad para su funcionamiento por la irregularidad, ya citada, del suministro eléctrico. No existe provisión de gases medicinales. El número de pediatras en el sistema público se reduce a 5 profesionales a tiempo

parcial (que compaginan su actividad con el sector privado) que trabajan en el centro hospitalario (para una población pediátrica aproximada de 80.000 niños). La atención primaria al niño se lleva a cabo por médicos generales.

Tabla 7. Recursos sanitarios en La Romana y en República Dominicana.

	2007-2008		2010-2011		2013-2014		Incremento de 2007 a 2014	
	LR	RD	LR	RD	LR	RD	LR	RD
Médicos	1,5	11,2	8,3	14,3	9,2	21,2	513%	89%
Enfermeras licenciadas	0,1	2,3	0,6	2,8	1,1	3,8	1000%	65%
Enfermeras auxiliares	0,9	5,9	3,9	9	3,7	11,6	311%	97%
Camas	17,8	12	18,4	15,9	14	17,9	-21%	49%
Hospitales	12	316	12	355	12	392	0%	24%

Recursos por cada 10.000 habitantes. Elaborada a partir de los informes de la PAHO. LR: La Romana; RD: República Dominicana

La imposibilidad de realizar estudios de medicina o de enfermería, obliga a los estudiantes a desplazarse a otras ciudades para completarlos, lo que puede ser una de las causas de la escasez de personal cualificado. En julio de 2006 únicamente existían dos centros de formación profesional en los que se pudiera estudiar auxiliar de enfermería, con menos de 100 egresados por curso. Tampoco existía un plan de formación y seguimiento para promotores de salud comunitaria. Mientras que la proporción de médicos en el conjunto del país va creciendo, con un

incremento del 89%, en la ciudad de La Romana, este aumento sólo es sólo del 50%.

La atención médica se centraliza en la zona urbana, mientras que la unidades de atención primaria (UNAP) que se localizan en los barrios de la periferia están atendidos por jóvenes médicos recién egresados, en su año de pasantía (año de prácticas obligatorias al servicio del Estado una vez finalizada la carrera). Estos jóvenes deben acudir a estos centros (mal comunicados) por sus propios medios durante un año, con las dificultades que ello conlleva. Así mismo, estos centros tienen unas características estructurales muy deficitarias, con ausencia de luz eléctrica y agua corriente en muchos de los casos. La ausencia de suministro eléctrico estable imposibilita la conservación de vacunas y otros medicamentos, impidiendo, entre otros, el mantenimiento de un programa de vacunación estable.

Estos mismos médicos nos contaban que debían acudir a la central de salud pública, recoger una nevera portátil, acudir a la UNAP, vacunar y devolver las vacunas sobrantes de nuevo. Por consiguiente sólo vacunaban una vez al mes, lo que dificultaba en gran manera, alcanzar una adecuada cobertura vacunal. En el núcleo urbano aunque existen tres centros de vacunación en los que se realiza la vacunación sistemática, el seguimiento es pobre. Por este motivo, la estrategia gubernamental se basa en las campañas de vacunación en vez de la vacunación individualizada y sistemática. Sin embargo, las estadísticas oficiales hablan de una cobertura por encima del 100% en algunos casos (probablemente por la existencia de niños sobrevacunados), dato que se contradice con nuestra propia experiencia.

## 1.3. Atención Primaria e Intervención Comunitaria

### 1.3.1. Importancia de la Atención Primaria

Ya desde hace años, se ha establecido la importancia de la **atención primaria** para reducir las desigualdades en materia de salud, tanto entre los habitantes de un mismo país, como las diferencias establecidas entre los países. La Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en 1978, recogía en su declaración final una serie de premisas que conviene considerar:

La atención primaria de salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología aceptables por la sociedad, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada(OMS, 1978).

La atención primaria sanitaria, tal y como se recoge en esta declaración y en la de *Salud para todos en 2020* de la OMS:

- Refleja las condiciones económicas y socioculturales, así como las características políticas del país y de sus comunidades, desarrollándose a partir de ellas, y está basada en la aplicación de los resultados apropiados de la

investigación social, biomédica y de servicios sanitarios, así como en la experiencia sobre [salud pública](#).

- Se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad, y para ello, proporciona y promueve servicios [preventivos](#), [curativos](#) y [rehabilitadores](#).
- Incluye como mínimo:
  - educación sobre los problemas sanitarios más prevalentes y los métodos para prevenirlos y controlarlos
  - promoción del suministro de alimentación y de la correcta nutrición
  - adecuado suministro de agua potable y saneamiento básico
  - asistencia maternal e infantil, incluyendo la planificación familiar
  - inmunización contra las principales enfermedades infecciosas
  - prevención y control de las enfermedades endémicas locales
  - apropiado tratamiento de las enfermedades comunes y de los traumatismos
  - provisión de los medicamentos esenciales.
- Implica, además del sector sanitario, a [todos los sectores](#) relacionados y a diferentes aspectos del desarrollo nacional y comunitario, en particular, la agricultura, los animales de labranza, la industria alimentaria, la educación, la vivienda, los servicios públicos, las comunicaciones y otros sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos estos sectores.
- Requiere y promueve un [autodesarrollo comunitario](#) e individual al máximo posible, con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria, haciendo un uso más completo de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles; y para finalizar,

desarrolla, a través de una formación apropiada, la habilidad de las comunidades para participar.

- Debería mantenerse por **sistemas** de interconsulta interrelacionados, funcionales y mutuamente apoyados, con vistas a una mejora progresiva e integrada de la atención sanitaria para todos, y dando prioridad a los más necesitados
- Se desarrolla a niveles locales y a niveles de apoyo, mediante los profesionales sanitarios, incluyendo a los médicos, enfermeras, comadronas, auxiliares y asistentes sociales, en lo que corresponda para ejercer como un **equipo sanitario** a fin de responder a las necesidades sanitarias expresadas por la comunidad (OMS, 1978).

La atención primaria debe ser universalmente accesible para todas las familias y eficiente para que sea también accesible para todas las comunidades en todos los países. Es por eso, que resulta de capital importancia implicar a las comunidades y a los agentes sociales, por esa razón, la iniciativa de la OMS, “Salud para todos” implica un mayor énfasis en la atención a la salud en el medio rural, la capacitación de los promotores de salud comunitarios, la incorporación de proveedores informales en los servicios de salud y la participación comunitaria (PAHO, 2012a).

La estructura de la atención primaria de orientación comunitaria comprende varios elementos y condiciones, como una población definida, con base geográfica o con ciertas características comunes; una clínica de atención primaria; un equipo multidisciplinario, según los recursos disponibles; acceso libre a los servicios; la movilización del equipo de trabajo fuera de las instalaciones de la clínica para poder evaluar directamente los determinantes físicos y sociales de la salud y la

participación comunitaria (individual y colectiva) en las actividades del cuidado y mejora de la salud (Gofin & Gofin, 2007).

Los programas que buscan el desarrollo infantil, que en su conjunto deben buscar la creación de entornos enriquecedores, están sustentados en unos principios básicos: sensibilidad y empatía cultural, sentido de pertenencia a la comunidad, propósito común, consenso en cuanto a los resultados relativos a las necesidades de la comunidad, asociaciones entre proveedores de servicios, comunidad, padres y cuidadores, fortalecimiento de las capacidades de la comunidad mediante la participación de las familias y demás partes interesadas, y un plan de gestión adecuado que incluya a los usuarios, que tenga vigilancia de la calidad y que permita la evaluación efectiva del programa (Irwin et al., 2007).

### 1.3.2. Evaluación de programas de salud infantil

Es difícil encontrar pruebas científicas concluyentes para poder valorar el impacto de las revisiones de salud en los niños. Las revisiones de salud, no deben entenderse como actividades aisladas, sino que deben formar parte de un continuo de relación entre los beneficiarios y los prestadores de salud permitiendo integrar todas las actividades preventivas.

En este sentido, existen estudios para valorar la eficacia de determinadas medidas preventivas, como la vacunación, pero no hay estudios de valoración global. Ahora bien, la ausencia de pruebas no supone la prueba de la ineficacia de estos programas, por lo que deben recomendarse y mantenerse.

Una de las dificultades para evaluar los programas de salud infantil (PSI) en nuestro medio, es que, al estar tan extendidos, es difícil establecer el grupo de

niños a los que no se aplica. Esta circunstancia no se da en los países en desarrollo, por lo que es posible en tales casos evaluar las consecuencias de estos programas comparándolo con las familias a las que no se les ofrece.

Otra de las cuestiones que se plantean, recaen sobre el número de visitas recomendadas, de modo que guarde equilibrio entre una medicalización excesiva del niño y un adecuado seguimiento. De todos modos, recordando que estas visitas no suponen únicamente la supervisión de la salud del niño, sino que son una buena oportunidad para las actividades preventivas, esta cifra ideal de visitas es difícil de determinar. Es cierto que otras estrategias de prevención y promoción de la salud (como las medidas dirigidas a toda la comunidad, o los programas de salud escolar) también suponen una gran oportunidad, pero la visita individual permite personalizar y concretar las medidas preventivas más adecuadas para cada niño y para cada familia (Galbe, 2008).

Así pues, probablemente, la mejor opción sea combinar las diferentes estrategias preventivas en una misma comunidad. Si bien es cierto que los colectivos más desfavorecidos tienen mayor dificultad para seguir los programas de salud estructurados, serían los más beneficiados. De todos modos y a causa de esta dificultad, conviene aprovechar cada visita para extender las medidas preventivas.

Sería muy útil diseñar herramientas de evaluación para los programas de salud infantil. En este sentido, la Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria, en su Programa de Salud Infantil propone unos criterios e indicadores de calidad. La OMS define la calidad asistencial como “aquella que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite” (AEPap, 2009).



Este concepto incluye la competencia profesional, la efectividad, la adecuación, la seguridad, la aceptabilidad, la eficiencia, la accesibilidad y la satisfacción. Estos conceptos se pueden referir tanto a la estructura, como al procedimiento o a los resultados. Previamente al establecimiento de los indicadores de esta calidad, cabe considerar que la dependencia de los niños y adolescentes, traslada alguno de estos indicadores a sus familias.

La mayoría de los indicadores que se proponen, lo son fundamentalmente de procedimiento, más que de resultado. La Asociación Española de Pediatría en atención primaria (AEPap) establece así una serie de indicadores de calidad para el programa de salud infantil en España, relacionados con los consejos preventivos y las actividades de cribado.

A estos indicadores, habría que añadir, en los países en los que la implantación de los programas de salud no es sistemática, la adhesión misma al programa, como un indicador de la satisfacción, e indirectamente de aceptación e incluso de competencia profesional. La calidad e idoneidad de los programas de desarrollo y salud infantil, debe incluir también, aspectos referentes a la estructura, al proceso y a la motivación. En cuanto a la estructura, por ejemplo, hablar de la capacitación y la experiencia adecuada del personal, la proporción personal/niño, la dimensión de los grupos o las características físicas que garanticen la seguridad. En cuanto al proceso, es importante valorar la continuidad y la estabilidad del personal y la relación entre los proveedores del servicio y los niños y sus familias. Y en cuanto al estímulo es innegable la necesidad de crear entornos enriquecedores (Irwin et al. 2007).

Es importante insistir en la necesidad de la evaluación de los programas y la obtención de datos objetivos, porque si no hay datos, no hay definición del

problema, y si no hay problema definido, no se emprenderán las acciones precisas (Irwin et al. 2007).

### 1.3.3. Educación para la salud como agente de cambio

“Todo aquello que los niños experimentan durante los primeros años de vida establece una base trascendental para toda la vida” (Irwin et al. 2007). Es por eso fundamental, dedicar esfuerzos a trabajar por el desarrollo de la primera infancia, lo que, según muchos economistas, representa la inversión más poderosa que un país puede realizar, con beneficios a lo largo de la vida mucho mayores que la inversión.

Los programas para el desarrollo de la primera infancia, buscan crear un entorno favorable para ese desarrollo en todos sus ámbitos. Los sistemas de atención sanitaria son una herramienta privilegiada para crear este entorno, ya que suponen un punto de contacto muy importante para los niños pequeños y sus familias.

La salud y la calidad de vida de los seres humanos, no solo durante la infancia, sino también durante la edad adulta, depende de la adquisición de unos hábitos de vida saludables. Por eso son tan importantes las actividades de promoción de salud en estas edades. En este sentido, la escolarización ofrece una gran oportunidad para acceder a la mayoría de la población infantil (Generalitat Valenciana, 2006). Está demostrado que las intervenciones encaminadas a la consecución de cambios comportamentales para adquirir hábitos saludables son aquellas que incluyen varios tipos de estrategias en el ámbito de la formación e información, resolución de problemas concretos, inversión y motivación social (Briscoe, 2102). Por eso es

tan importante, incluir en los programas de salud las estrategias de promoción y educación para la salud.

### **Educación para la salud en la escuela**

La infancia es la mayor herencia de la humanidad. Promover la salud y la educación de los niños es el mejor modo de garantizar el futuro de la sociedad. Datos clínicos, epidemiológicos y hallazgos anatómo-patológicos apoyan la idea de que la mayoría de las enfermedades del adulto se gestan durante la infancia. De donde se deduce que es fundamental trabajar en su prevención desde los primeros años. Esta responsabilidad no puede recaer únicamente en los pediatras, sino en todos aquellos que trabajan con los niños, implicando también a la comunidad escolar (Brines, Martínez-Costa y Núñez, 2015).

Es innegable la importancia de la escuela cuando hablamos de la salud de los niños. Por un lado, los problemas de salud interfieren en la capacidad de aprendizaje de los niños y por otra, las escuelas, hasta las más humildes pueden hacer mucho para mejorar la salud comunitaria.

Para ello es importante que la escuela en su conjunto se plantee el ser una “escuela saludable”, en vez de establecer enfoques parciales o reducir la educación para la salud a una asignatura del currículum. Este concepto que es adecuado para cualquier escuela es especialmente importante en los países en desarrollo en los que se carece de otros sistemas de promoción de la salud, o donde los sistemas de atención sanitaria tienen una implementación parcial.

El programa FRESH de la UNESCO (UNESCO, 2014b), cuyas siglas en inglés significan “Recursos Enfocados a una Salud Escolar Efectiva”, aboga por la inversión

en estrategias globales de salud escolar. Es indudable que invertir en salud escolar redonda en multitud de beneficios:

- Responde a una nueva necesidad, ya que cada vez está más y mejor extendida la escolarización universal. Por lo tanto, la escuela es ahora un escenario clave en el que los sectores de salud y educación pueden tomar conjuntamente medidas para mejorar y mantener la salud, la nutrición y la educación de los niños.
- Aumenta la eficacia de otras inversiones en desarrollo infantil, actuando sobre los niños en edad escolar y como complemento de los programas de intervención más temprana que se focalizan en los servicios de salud.
- Asegura mejores resultados educativos ya que las deficiencias de micronutrientes, las infecciones parasitarias comunes, mala visión y audición, o la discapacidad pueden tener un efecto perjudicial sobre la asistencia escolar, y sobre el propio aprendizaje. En niños mayores, la prevención de las conductas de riesgo, disminuirá también el abandono temprano de la escuela por embarazos no deseados o a consecuencia de conductas violentas.
- Logra una mayor equidad social, ya que, a igual condición de salud, las niñas, los niños del ámbito rural o con alguna discapacidad, son los más propensos a mostrar las mayores mejoras en la asistencia y el aprovechamiento escolar. Programas de salud escolar pueden así ayudar a modificar los efectos de las desigualdades socioeconómicas y de género.
- Es una estrategia altamente eficiente, ya que aprovecha infraestructuras ya creadas y profesionales cualificados que ya trabajan en estrecha colaboración con la comunidad. Es por ello que la accesibilidad de los programas de salud a una gran población, incluyendo a los profesionales puede realizarse con bajo

coste. La eficacia de estos programas se puede medir no sólo en términos de mejora de la salud sino también en la mejora de los resultados educativos.

El programa FRESH propone varias estrategias de acción, con materiales de fácil acceso. En concreto en el ámbito de educación para la salud propone:

- Mantener en todas las asignaturas indicaciones sobre hábitos básicos de higiene y promoción de la salud (vestido, alimentación, higiene...)
- Actividades puntuales enmarcadas en campañas (para esto sería conveniente coordinar los diferentes cursos del colegio para coordinar actividades conjuntas)
- Incluir la educación para la salud en el curriculum de todas las asignaturas; para ello propone actividades concretas para grados inicial, medio y superior de educación básica para las asignaturas básicas.

Para llevar a cabo estas estrategias, sería bueno que en cada colegio hubiera un equipo con componentes de todos los ciclos que se encargara de recoger y organizar todas las actividades que ya se están haciendo y elaborar nuevos materiales para ayudar a los profesores a incluir actividades en su actividad habitual.

Así pues, el trabajar la educación para la salud, ya no sólo en la escuela, sino desde la escuela para la comunidad no tiene más que beneficios, especialmente en las zonas en desarrollo. Las escuelas actúan como centros comunitarios desde los que promover la salud no sólo para los alumnos, sino también para sus familias y el resto de la comunidad (UNESCO, 2015).

## Promotores de salud en la comunidad

“El profesional que se dedica primordialmente a la medicina curativa espera la consulta del paciente, atiende una demanda; la iniciativa de acción proviene del paciente, el médico y la enfermera responden a una necesidad subjetiva del mismo.

Distinta es la situación del profesional en atención primaria, donde él o ella, además de atender la salud, debe actuar como coordinador de un equipo de salud que tiene funciones de promoción y prevención de la salud. Esto requiere de una actitud activa: tomar la iniciativa. El profesional que está en un centro de salud o en un hospital es el recurso humano técnicamente más capacitado con que cuenta la comunidad para responder a sus problemas de salud. Su responsabilidad requiere mayor comprensión y complejidad que la del médico ante el paciente individual.

Aunque en su caso no exista un enfermo con dolor que lo apremie ni que con su sola presencia le indique, en forma directa, su obligación y responsabilidad, ante un caso de muerte por sarampión o diarrea en un niño en su área, el profesional en atención primaria debe preguntarse si no podría haberse evitado si las condiciones básicas hubieran sido diferentes” (Kroeger & Luna, 1997).

La relación entre el profesional sanitario y la madre supone, ante todo, un encuentro entre dos culturas diferentes. El médico interviene en esta relación pertrechado con los conocimientos, habilidades prácticas y actitudes propias de su oficio empleando para ello una terminología singular. La mujer, con su niño, por el contrario, acude al encuentro arropada sólo con los medios propios del saber médico popular y su habla. Esta desigualdad favorece la aparición de problemas de comunicación y de conflictos. Como resulta imposible subsanar la incomunicación

médico-paciente sólo por la educación sanitaria popular, es indispensable que el profesional conozca en profundidad la folkmedicina de la colectividad en la que se desenvuelve. La posición de los protagonistas en esa relación es muy distinta pues mientras que a la madre le supone una preocupación, e inquietud, mayor o menor para el sanitario no es más que un acto profesional que el hábito puede convertir en rutinario. (Brines, 2013.) Quizá, el profesional de la salud debería actuar más bien como un “observador participante” como describía Marinowski ya en 1922 (1986).

Esta es otra de las razones que apoyan el hecho de que el profesional de salud no es más que el coordinador de un equipo en el que cobran especial importancia los promotores de salud. La tarea más importante de un promotor de salud es la de enseñar, la de animar a compartir conocimientos, habilidades, experiencias e ideas. Las actividades del promotor como educador tendrán mucho mayor alcance que sus actividades preventivas o curativas.

El éxito en el trabajo de los promotores de salud comunitaria radica en que son miembros de la propia comunidad, compartiendo con el resto las inquietudes y los problemas que le afectan. Es por eso que sus consejos son más realistas y por ello suelen tener mayor impacto. Las personas elegidas para ser promotores de salud deben pues ser aquellas con una mayor presencia comunitaria o con posibilidades de tenerla.

Desde esa perspectiva, los trabajadores de salud pueden buscar maneras de ayudar a las familias de los enfermos a cuidarlos mejor y de prevenir enfermedades parecidas en el futuro, ayudar a las madres a encontrar maneras de proteger su

propia salud y la de sus hijos, interesar a los niños a responder a las necesidades de sus hermanos menores y animar a otros a convertirse en promotores de salud.

Para promover de forma adecuada la salud es importante aprender cómo aprende la gente en las comunidades y utilizar los métodos más apropiados de enseñanza, utilizando la experiencia práctica como mejor herramienta de enseñanza.

Trabajar desde y para la comunidad, en algunos lugares en desarrollo, puede entrañar graves riesgos para los propios promotores de salud. Es precisamente en los países más pobres, en los que es más necesario este trabajo, en los que las autoridades ponen más trabas para la atención de los más pobres.

A sabiendas de la importancia que tienen los promotores de salud, se plantea la duda de ¿quién es mejor promotor de salud? Podríamos pensar, que debería ser alguien de la propia comunidad, pero en ocasiones a las comunidades les cuesta confiar en sus propias capacidades y por extensión, recelarán de alguien como ellos mientras confían del extraño con mayores conocimientos. Sin embargo, cuando estos promotores demuestran sus capacidades, aumentan también la confianza del resto de personas en las suyas, animándoles mejor a cuidar de su propia salud.

Tanto hombres como mujeres pueden convertirse en buenos promotores de salud. Las mujeres suelen disponer de más tiempo y suelen ser mejor organizadas; además, las mujeres suelen preferir a otras mujeres para que les aconsejen sobre salud. Por otra parte, los hombres suelen tener mayor presencia en las comunidades y tener mayor facilidad para moverse (por ejemplo cuando las reuniones deben ser por la noche o cuando hay que desplazarse a otras comunidades).



En cuanto a la edad, lo ideal es poder contar con personas con situación vital estable (es decir, no excesivamente jóvenes), pero con capacidad para trabajar y moverse (es decir, no excesivamente mayores). El nivel educativo tampoco es un requisito fundamental, ya que personas con niveles primarios de estudios se han convertido en grandes promotores de salud con un alto nivel de responsabilidad.

Incluso es posible involucrar a curanderos o personas que ejercen la medicina tradicional en sus comunidades como excelentes promotores de salud si se puede trabajar con ellos y compartir conocimientos y prácticas (Brines, 2013). Así pues, no existen condiciones a priori que determinen quien puede ser promotor de salud, siendo lo más importante la motivación y la capacidad de respetar a los demás y tratarlos como iguales.

Se plantea entonces la duda de quién puede formar a estos agentes de salud. Esta es una de las piezas claves en el proceso de intervención comunitaria. El instructor será el modelo en el que el resto de promotores basen su actuación. Si el instructor se cree superior a sus alumnos, les estará enseñando a sentirse superiores al resto de personas de su comunidad lo que hará inútil su acción.

Se han hecho pocos estudios para comparar quienes son los mejores instructores, pero sí hay algunas impresiones comunes. Los médicos tienden a ser malos instructores. Su entrenamiento en medicina curativa, les suele hacer poco sensibles a las necesidades comunitarias. Además tienen tendencia a hacerse cargo de todo y a considerar “peligroso” que los promotores de salud realicen algunas acciones sin la preparación de años de carrera que ellos han tenido. Así pues, únicamente enseñan cosas sencillas y sin importancia, lo que acaba dificultando el trabajo de los promotores de salud. El trabajo que debe hacer un médico para ser

un buen instructor pasa por reconducir estas actitudes, intentar aprender de los promotores de salud y compartir conocimientos y experiencias. Supone un ejercicio de confianza en las capacidades de aquellos que no han tenido el acceso a la formación.

Algunas enfermeras suelen ser buenas instructoras, sobre todo aquellas que van más allá de la obediencia de instrucciones para avanzar en la toma de iniciativas. En los países del sur, las enfermeras corren el riesgo de sentirse ellas mismas en inferioridad frente a los médicos, por lo que puedan trasladar este sentimiento a los promotores de salud, quienes se convertirán en meros obedientes. Los maestros también pueden ser buenos instructores de salud porque unen a su capacidad docente el hecho de que no se establecen como “autoridad” y pueden compartir con los promotores.

Y finalmente están los propios promotores de salud que puedan actuar como instructores para las nuevas generaciones. Probablemente ésta sea la opción más deseable, ya que salvan la “brecha educativa” y pueden enseñar a los nuevos promotores desde su ejemplo. En este caso, sí es importante mantener la formación y renovación continua de estos instructores para que no se acaben asumiendo como correctos comportamientos o actos erróneos, simplemente por hacerse “desde siempre”.

Así pues, vemos cómo lo más importante en la promoción de la salud comunitaria es el poder hacerlo desde la propia comunidad, y las personas más indicadas para hacerlo son aquellas que estén más motivadas para ello, ya que por esa razón, también estarán más motivadas para recibir la formación precisa (Werner & Bower, 1993).

### Los niños como promotores de salud

En muchos pueblos y comunidades del mundo, es muy común que los niños pequeños estén al cuidado de sus hermanos mayores, y no sólo juegan con ellos, sino que los cuidan. En estos lugares es más común que los niños pasen más tiempo al cuidado de sus hermanos que al de los adultos. Por eso, si los niños pueden aprender más acerca de cómo proteger la salud de sus hermanos menores, puede tener un impacto importantísimo en la misma y en el bienestar de la comunidad (Werner & Bower, 1993).

Algunas de las mejores ideas para implicar a los niños en la promoción de la salud se han desarrollado a través del programa “niño-a-niño (child-to-child)”. Los niños aprenden medidas sencillas para trabajar por la salud. Los niños pueden ser los mejores promotores de salud para los niños, fundamentalmente por tres razones:

- Los niños pasan la mayor parte del tiempo con otros niños, por lo que es fácil que puedan ver actitudes en sus compañeros que quieran imitar.
- Los niños escuchan principalmente a los otros niños, y sus opiniones suelen ser más importantes para ellos que las de muchos adultos. Es por esto que un mensaje saludable dicho por los amigos tendrá mucha más influencia que los mensajes dichos por los adultos.
- Los niños son los mejores portavoces de los mensajes de salud también para los adultos. Los mismos adultos escuchan muchas veces con más motivación a los niños que a otros adultos. A pesar de que sus mensajes pueden no ser tomados en serio, la insistencia y la inocencia propia de la edad infantil hacen que sus mensajes tengan mayor calado, convirtiéndolos en la “conciencia de la comunidad”.

Vemos pues que el involucrar a los niños en las acciones de salud no sólo es beneficioso para ellos mismos, sino que mejora también la salud de los demás. Otro beneficio derivado es el efecto que el trabajo con niños ejerce en los propios adultos, que aprenden un nuevo modo de trabajar. Además, ¿quiénes mejor que los propios niños para reconocer sus necesidades o programar las estrategias que más puedan motivar a la adquisición de hábitos saludables en los niños? (UNESCO, 2004b).

Es importante destacar que la implicación de los niños en la educación para la salud, debe ser de forma activa. Para ello es útil emplear los métodos de enseñanza activa, como los grupos de discusión, el teatro, los cuentos, las canciones o los experimentos. Si aprenden conceptos sobre salud, serán capaces de entender cómo actuar ante la enfermedad, pero si aprenden cómo poner en práctica actividades, serán capaces, no sólo de elegir las mejores acciones en favor de la salud, sino de actuar saludablemente (UNESCO, 2014a). Así pues, los niños, junto con sus educadores, deben estudiar y aprender conceptos en salud, planificar las acciones oportunas, llevarlas a cabo y finalmente evaluarlas. Para ello es necesario dedicar el tiempo preciso y entender que esta dinámica se extiende más allá de las paredes del aula. Teniendo estas consideraciones en cuenta, cada vez hay un mayor consenso de la importancia de la implicación de los niños en la promoción de la salud.

Para concluir esta introducción, retomamos la frase de David Werner (1996): “Si todos los que soñamos con un futuro más plenamente humano nos tomamos de la mano y trabajamos juntos, quizás algún día "la salud para todos" será realmente posible



# HIPÓTESIS Y OBJETIVOS



## 2. JUTIFICACIÓN E HIPÓTESIS

### 2.1. Justificación del proyecto

La Orden de las Escuelas Pías (orden religiosa con carisma educativo) está presente desde 1952 en República Dominicana, trabajando fundamentalmente en el sector de la educación integral para la población infantil. Desde 1984 tiene presencia en la ciudad de La Romana, donde amplía su acción a otras necesidades de la población como la sanitaria. Así pues, presenta una implantación local con tradición que le permite tener un conocimiento fidedigno de la realidad local, incluyendo la situación sanitaria altamente deficitaria.

A su llegada a la ciudad de La Romana, se asume la atención de una parroquia, en la que existe un pequeño dispensario médico (Centro de salud Padre Cavalotto). Años después y viendo la importancia de la acción integral transformadora que incluye diferentes ámbitos, y con un conocimiento de la realidad que demanda actuaciones coordinadas desde diferentes áreas profesionales, se decide completar la intervención desde el nivel sanitario para mejorar el estado de desarrollo de su zona de influencia. Tras demandar a los estamentos oficiales mejoras en dicho ámbito, de forma infructuosa, y aprovechando la oportunidad que supone la presencia de voluntarios españoles de larga duración, se decide poner en marcha éste Programa de Salud.

Respondiendo a algunas de las cuestiones que se plantean en esta introducción desarrollamos un programa de intervención comunitaria en el este de República Dominicana, formativo y asistencial. Para ello, tras un primer diagnóstico, diseñamos un programa de salud dinámico y secuenciado, cuyos resultados pudieran ser objetivados y evaluados (mejora en el estado nutricional y de salud de los niños, evolución de enfermedades prevenibles, grado de formación de los

agentes de salud...), valorando también su viabilidad y sostenibilidad futura, una vez finalizada la intervención externa, a cargo de los agentes locales.

Se trata de un proyecto de muy lenta implementación y desarrollo ya que busca el empoderamiento de los agentes locales y el cambio de hábitos y costumbres nocivas muy arraigadas en la población. La modificación de las mismas exige pues un trabajo continuado que dedique un periodo importante al diagnóstico y conocimiento de la realidad local (valorando las fortalezas y oportunidades que se presentan tanto como las dificultades y amenazas), a la búsqueda de agentes transformadores adecuados, de alianzas estables y sostenibles, al mismo tiempo que vaya generando cambios tan lentamente progresivos que no lleven al rechazo o la fractura sino que supongan un proceso percibido como natural por los beneficiarios y que poco a poco los convierta en protagonistas de su propia mejoría.

Este es pues un resumen de este lento y sostenido trabajo que se ha extendido durante casi 10 años y que demuestra (dentro de la dificultad en la objetivación de algunos de los objetivos de salud marcados) la eficacia de este tipo de intervenciones y que enfatiza en un modelo de cooperación horizontal que confía en los agentes locales como generadores de cambio frente a los modelos verticales de cooperación norte-sur.



## 2.2. Hipótesis

Según lo desarrollado hasta el momento, vemos que, en el área de La Romana, la situación sanitaria es altamente deficitaria. Pensamos que es posible que **la intervención sanitaria, aun disponiendo de escasos recursos económicos, basada en la potencia del tejido humano local, mejore el estado de salud de la población diana.**

Es posible que la implementación de programa de intervención comunitaria eficiente, realista y auto sostenible, basado fundamentalmente en la optimización de los recursos locales y una pequeña aportación externa mejore el estado de salud de una comunidad. Los datos obtenidos y la experiencia acumulada podrían ser aplicados en áreas similares del propio país y de otros de similares características.



### 3. OBJETIVOS

El **objetivo general** del presente estudio es valorar el impacto de un programa de intervención sanitaria sobre la población infantil de escasos recursos en un área de población semirural en la zona este de República Dominicana.

#### Objetivos específicos:

1. **Conocer** el estado de salud de la población infantil del área de intervención, incluyendo estudio antropométrico y otros indicadores.
2. **Diseñar** un programa de intervención de sencilla implantación y sostenibilidad.
3. **Implementar** el programa diseñado aprovechando la red comunitaria. Para ello desarrollaremos 5 programas interrelacionados:
  - 3.1. Programa de atención pediátrica universal, gratuita y de calidad potenciando el “programa del niño sano”, manteniendo un estado nutricional adecuado.
  - 3.2. Promoción de la salud, a través del establecimiento de una red de promotores de salud comunitaria cohesionada y motivada, con voluntarios bien formados, dotados de material necesario para el empeño de sus funciones.
  - 3.3. Fomento de un centro de especialidades de referencia para el programa comunitario con las especialidades médicas básicas a precios asequibles y un sistema de soporte de pruebas complementarias básicas con asistencia sistematizada.

- 3.4. Gestión de medicamentos, que permita disponer de un arsenal terapéutico básico para la asistencia pediátrica y establecer un suministro continuado y estable de medicación básica para enfermos crónicos sin recursos; asegurando su distribución.
- 3.5. Educación para la salud a nivel escolar (con programas insertos en el currículum de educación primaria y formación sanitaria reglada a nivel de educación secundaria) y comunitario.
4. **Objetivar** en la medida de lo posible los resultados obtenidos de forma que puedan ser comunicables y, en su caso, reproducibles.
5. Valorar la **sostenibilidad** a medio plazo del Programa mediante la evaluación del mismo uno y tres años después de la finalización de la intervención externa



**MATERIAL Y MÉTODOS**



## 4. MATERIAL Y METODOS

### 4.1. Esquema general de las fases del estudio

En Julio de 2006 se planteó un estudio inicial para identificar los problemas de salud y valorar la aceptación del programa por parte de la población (primera fase) (figura 6). En ese momento también se realizó un primer curso de formación de promotores de salud. Tras comprobar la buena aceptación por parte de la población y la buena predisposición para la promoción de la salud, se inició un programa de atención pediátrica con supervisión desde España. Tras una primera **evaluación** en Julio de 2007, se consideró conveniente un refuerzo externo y emprender nuevas estrategias de promoción de la salud.

Se **diseña** entonces un proyecto (que se detalla en el Anexo) integrado por **cinco programas** diferentes pero íntimamente interrelacionados que fueron los siguientes: atención pediátrica, formación de promotores de salud, gestión de medicamentos, educación para la salud y mejora del dispensario parroquial Padre Cavalotto.

En abril de 2008, la doctoranda se traslada a la zona y, tras un breve periodo de adaptación y conocimiento de la realidad, en verano de 2008 se inicia la **implementación** del proyecto que se ha ido ampliando y perfilando durante tres años y medio.

Una vez, prevista la posibilidad de que el programa pudiera ser llevado a cabo únicamente por personal local, finalizó la intervención externa, regresando la doctoranda a España en Diciembre de 2011. Desde entonces, se mantiene una supervisión a distancia, que se reduce de forma progresiva. Posteriormente, en noviembre de 2012 se realiza una primera **evaluación** de la viabilidad, que se repite en noviembre de 2013.

Ilustramos este proceso en la figura 6

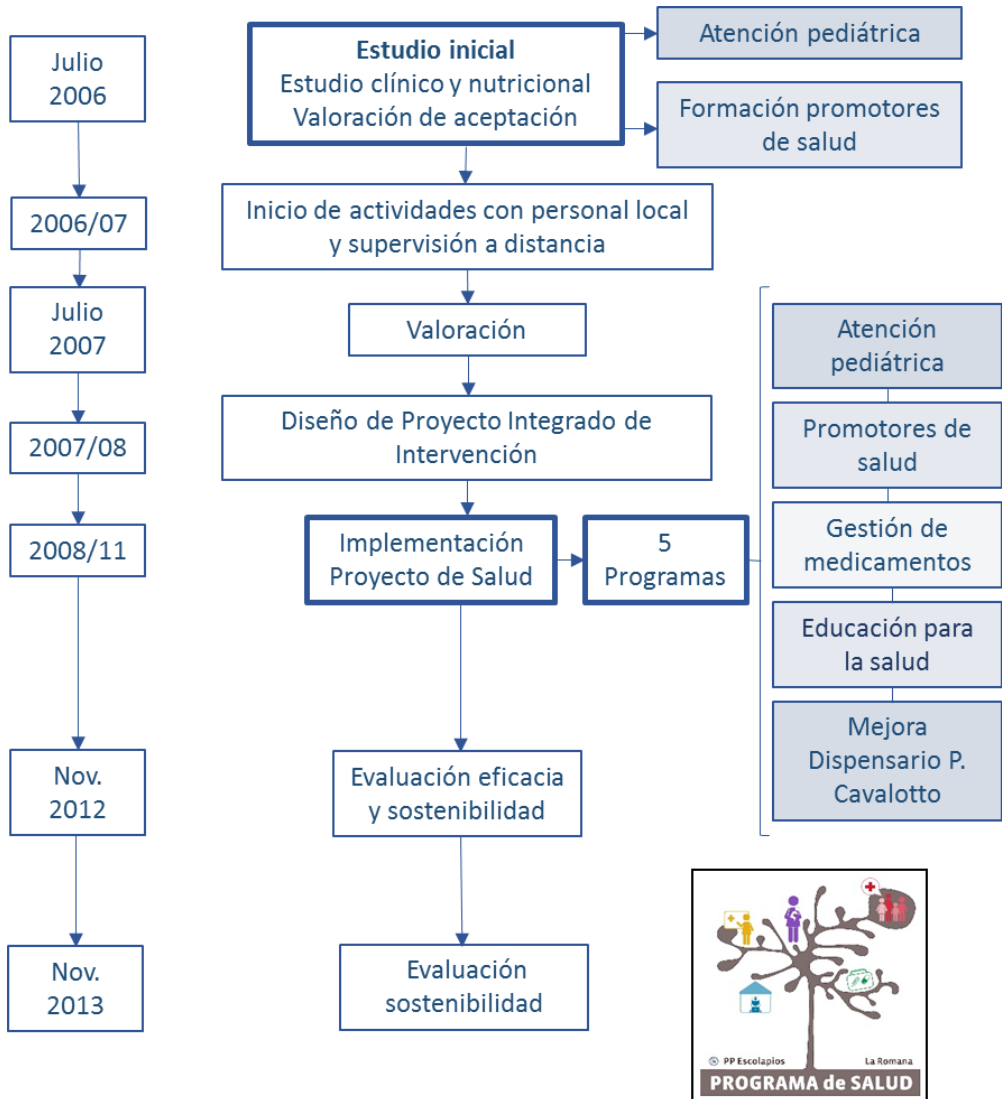


Fig. 6. Esquema general de las fases del estudio



## 4.2. Estudio inicial

### 4.2.1 Material

#### a) Periodo:

- 1 julio -31 agosto de 2006: Primer estudio
- Agosto2006-Junio 2007: Supervisión a distancia
- Julio 2007: Evaluación inicial

b) **Ubicación:** Cuadrante suroriental de la ciudad de La Romana con un área de 20 Km<sup>2</sup>, semirural. La acción se emprende en 5 ubicaciones: el barrio de Savica, situado en el extremo oriental de la ciudad de La Romana y 4 asentamientos rurales: el barrio de Caleta, Cumayasa, Cucama y Villa Real. Estos asentamientos tienen escasez de infraestructuras con asfalto escaso, ausencia de canalizaciones diferenciales de agua, ausencia de agua potable e incluso corriente y deficiente alumbrado eléctrico.

#### c) Recursos:

- Humanos: Personal en régimen voluntario:
  - Pediatra española expatriada
  - Dos estudiantes de medicina de último curso, españolas
  - Una médico general dominicana coordinadora del centro de salud
  - Dos o tres mujeres de cada barrio con presencia en la comunidad
- Materiales:
  - Tanto en el dispensario del que disponíamos en el barrio de Savica como en dispensarios móviles que desplazamos a cada uno de los barrios, contábamos con material para estudio somatométrico básico (una balanza para niños mayores, una balanza pesa-bebés y cinta métrica y talla).

- Adicionalmente, disponíamos de material para la exploración infantil (fonendoscopio, otoscopio, depresores linguales...) obtenidos por donación de particulares.
- También por donación de particulares en España (que vehiculamos hacia la compra con Farmacéuticos Mundi) obtuvimos algunas medicaciones básicas.
- Para el curso de promotores se utilizó el folleto “Manual para Promotores de la Salud” (CIPEC, 2006).

#### 4.2.2. Método

En Julio de 2006 se desarrollaron dos aspectos del programa: la Atención pediátrica y un primer curso de formación en Promoción de la Salud.

##### 4.2.2.1. Atención pediátrica:

- Se realizó difusión y promoción utilizando medios de difusión (radio), promoción barrial aprovechando diferentes actividades realizadas en la comunidad o por promoción casa por casa.
- El acceso de los usuarios fue gratuito y universal sin distinción para niños y niñas de 0 a 14 años (incluyendo a la población inmigrante irregular procedente de Haití).
- En cada uno de los sectores estuvimos 5 días (de lunes a viernes) en horario de mañana (de 8:00 a 14:00 horas).
- Se procedió a la revisión clínica sistemática de todos los niños que acudieron, junto con somatometría; aprovechando dicha visita se ofrecieron consejos de salud y cuidado de los niños y se remitió a los puntos de vacunación institucionales. En todos los casos se abrió una historia clínica y se entregó al

familiar acompañante una cartilla de salud infantil simplificada, combinando la utilizada anteriormente en República Dominicana con la utilizada en España.

- Se incluyeron los datos en la base de datos Anthro® proporcionada por la OMS para el estudio estadístico posterior.

#### 4.2.2.2. Curso de Promotores de Salud

- Paralelamente se realizó, en colaboración con las autoridades sanitarias locales de salud pública un curso de formación para Promotores de Salud comunitaria al que se invitó a líderes comunitarios de todos los sectores de influencia, abriendo la oferta a cualquier persona interesada.
- El curso se realizó en 5 sesiones en horario vespertino (de 18:00 a 20:00 h) en las aulas de la escuela de educación secundaria utilizando exposición oral y métodos audiovisuales.

Entre agosto de 2006 y junio de 2007 se mantienen actividades con una pediatra local contratada y una médico voluntaria para la supervisión de los promotores de salud

En julio de 2007 se realiza una evaluación del programa con valoración de:

- Complimentación del programa de pediatría
- Complimentación del programa de promotores
- Recogida de datos de la intervención pediátrica para posterior estudio comparativo.

## 4.3. Programa preventivo de salud

### 4.3.1. Consideraciones generales

#### 4.3.1.1. Material

**Ubicación:** La zona en que se desarrolla el programa es prácticamente la misma en la que se desarrolló el estudio piloto: cuadrante suroriental de la ciudad de La Romana con un área de 20 Km<sup>2</sup>, semirural. Durante el periodo de intervención se aumentó el número de barrios, respecto al estudio inicial (tabla 8, figura 7).

Tabla 8. Ubicaciones geográficas del estudio

MUNICIPIOS	BARRIOS			
LA ROMANA	SAVICA	VILLA ALACRÁN	VILLA PEREIRA	CHICAGO
	QUISQUEYA (INCLUYENDO DOS COLEGIOS)			
CALETA	CALETA			
VILLA HERMOSA	ENSANCHE LA PAZ	VILLA HERMOSA	M <sup>a</sup> TRINIDAD SÁNCHEZ	BRISAS DEL MAR
CUMAYASA	CUCAMA	VILLA REAL	CUMAYASA	J.P. DUARTE (KM 6)

**Población diana:** No existe referencia exacta, pero con los datos de población publicados para la República Dominicana y en la ciudad de La Romana (ONE 2015) asumimos una población total de entre 15 y 20.000 personas. La población menor de 15 años, asumiendo la proporción del 34%, será pues de 5.100 a 6.800 niños. En cada uno de los programas detallaremos la población diana específica.

### Recursos:

- Humanos:
  - Pediatra expatriada coordinadora del proyecto (que asume las funciones de gestión y evaluación).
  - Promotores de salud comunitaria voluntarios en número creciente (máximo de 80).
  - Médico general coordinadora del centro de especialidades de forma voluntaria.
  - Personal contratado:
    - Pediatra local
    - Personal del centro de especialidades (enfermera, secretaria, limpieza)
- Materiales:
  - Presupuesto anual aproximado de 8.000 euros de media para compras, sueldos y gastos corrientes.
  - Equipamiento y aparataje básico para establecer 5 dispensarios médicos.
  - Medicación básica (obtenida por donaciones particulares, del gobierno dominicano y por compra directa).
  - Materiales educativos y docentes clonados, comprados y de producción propia.
  - Un vehículo para desplazamientos y transporte de voluntarios.

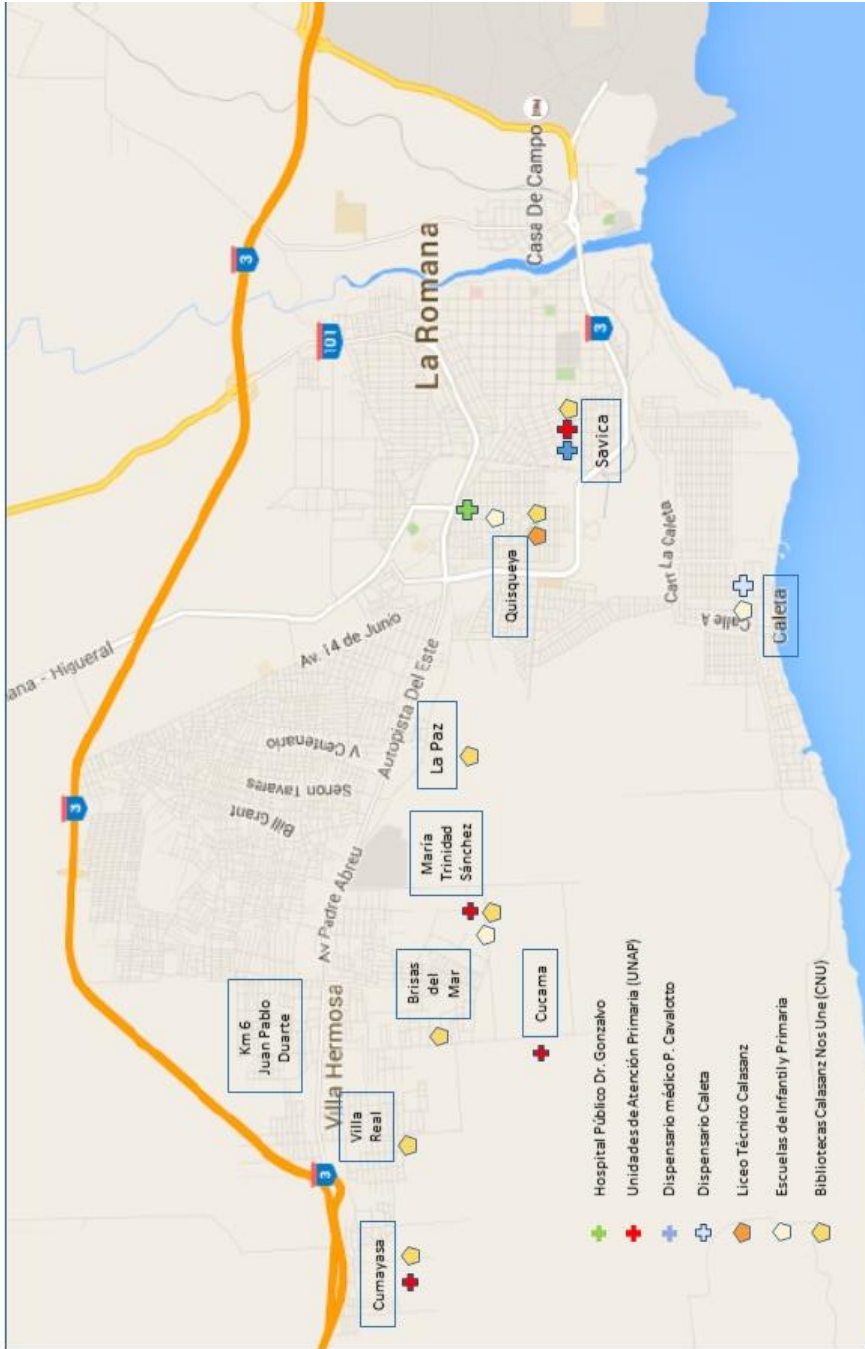


Fig. 7 Ubicación de los centros educativos y de salud donde se ejecuta el proyecto

#### 4.3.1.2. Método

**Periodo:** Desarrollo inicial de abril de 2008 a diciembre de 2011, con reevaluación en noviembre de 2012 y 2013.

Se desarrollaron los 5 programas que detallaremos en los epígrafes siguientes.

De forma continuada, durante los años de implementación del programa, hemos ido analizando los resultados para ir introduciendo pequeños cambios y mejoras. Después de 4 años, nos planteamos la evaluación global de resultados de modo que se pudieran extrapolar conclusiones que permitieran asesorar al gobierno local, ofrecer medidas estándar de referencia para trabajos posteriores y estrategias eficaces de acción reproducibles en áreas similares.

Así mismo, pretendimos realizar un estudio estadístico de los datos y una valoración global del programa un año después de haber dejado el proyecto en manos locales, coordinado por dos promotoras de salud formadas a lo largo de estos años y apoyado por la pediatra local contratada.

#### Memoria económica

El mantenimiento económico del estudio contó con diferentes fuentes de financiación y un importante componente de voluntariado.

Se ha dispuesto de **subvenciones públicas y privadas** durante estos años que han permitido impulsos puntuales al programa (edición de materiales de formación, adquisición de material diagnóstico o reforma de locales).

Así pues, la financiación de los diferentes programas supuso los siguientes gastos: estancia y los viajes en República Dominicana de la doctoranda son costeados por la Fundación Itaka con **fondos propios**; contrato de la Pediatra y de

las coordinadoras locales del proyecto que también se financió con fondos propios a través de la Fundación SOLCA (Solidaridad Calasanz).

Se ha obtenido colaboración del gobierno dominicano en la asistencia primaria en algunos barrios, con la cesión de los dispensarios oficiales para la asistencia pediátrica y una subvención pública para el suministro estable de medicamentos básicos. Se está en negociaciones para la contratación pública de la pediatra local.

En resumen, el programa se basó en la auto-asunción de la responsabilidad local y la **acción voluntaria**, que soportaba la totalidad del programa de promotores, la asistencia al programa de pediatría, el acompañamiento de enfermos crónicos y las actividades de educación para la salud.

### **4.3.2. Programa de atención pediátrica**

#### **4.3.2.1. Material**

##### **4.3.2.1.1. Población diana**

Como hemos dicho con anterioridad, los datos de población son confusos e incompletos. En la última revisión realizada en octubre de 2015 la información estadística es mucho más amplia pero en el momento del inicio de la intervención, en abril de 2008, estos datos eran inaccesibles y, en muchos casos desconocidos.

Los datos que ofrece la Oficina Nacional de Estadística dominicana (ONE, 2015), nos han permitido hacer una estimación de la población diana. Realizamos la atención pediátrica en cinco barrios de la ciudad del área municipal de La Romana: Savica, Caleta, María Trinidad Sánchez, Cucama y Cumayasa. El barrio de Savica se encuentra dentro del núcleo urbano de la ciudad de La Romana, mientras que los otros cuatro barrios son asentamientos semirurales de la periferia de la ciudad, con una densidad de población variable.



Si vemos las cifras estimadas para 2008 (que se recogen en la tabla 9) podemos calcular la población diana de dos de los barrios en los que actuamos, y estimar el resto.

En el barrio de Caleta, con una población total de 9245 personas, asumiendo que la población infantil supone el 34% del total (como se recoge para la provincia en su conjunto), estaríamos hablando de una población infantil de unos 3.100 niños, con unos 160 recién nacidos al año.

En el barrio de Cumayasa, con una población total de 11.963 personas, estaríamos hablando de una población infantil de unos 4.000 niños con unos 213 nacimientos al año.

Tabla 9. Población estimada y calculada en la provincia de La Romana y en los municipios de Caleta y Cumayasa

POBLACIÓN	PROVINCIA LA ROMANA		CALETA	CUMAYASA
<b>Recién nacidos</b>	4.272*	2%**	165**	213 **
<b>0-4 años</b>	26.208*	11%**	1011**	1308 **
<b>5-9 años</b>	25.753*	11%**	994**	1286**
<b>10-14 años</b>	24.731*	10%**	954 **	1235**
<b>0-14 años</b>	80.964**	34%**	3124**	4042**
<b>Población total</b>	239.614*		9245*	11963*

\* Datos publicados por la Oficina Nacional de Estadística (ONE, 2015). \*\* Datos calculados

El resto de datos, sólo los podemos estimar, porque no disponemos de cifras concretas del resto de barrios, pero asumiendo una tendencia similar podemos estimar que el dispensario de Cucama atiende una población similar a la del de Caleta (unos 3.100 niños), el de María Trinidad Sánchez la mitad (unos 1.500) y en

el dispensario de Savica una población similar a la del barrio de Cumayasa (unos 4.000 niños) Así pues, y con todas las prevenciones, podríamos hablar de una población infantil diana de entre 15 y 20.000 niños, y de unos 600 a 800 nacimientos por año.

#### 4.3.2.1.2. Instrumental

##### Ubicación:

- Dispensario Padre Cavalotto situado en la calle Padre Sebastián Cavalotto en el barrio de Savica.
- UNAP de los barrios de Cucama, Cumayasa y María Trinidad Sánchez.
- Dispensario móvil en la capilla Santa Paula Montalt en el barrio de Caleta. Durante el desarrollo del proyecto conseguimos subvenciones para construir un pequeño dispensario y un cuarto de baño.

**Aparataje:** Los propios de cada ubicación, a excepción del barrio de Caleta donde se desplaza: estadiómetro, balanza infantil, oftalmoscopio y otoscopio portátil.

**Medicación:** Donaciones de medicamentos por parte de PROMESEcal (agencia oficial dominicana del medicamento) y por parte de laboratorios farmacéuticos locales.

##### Personal:

Médicos: la doctoranda (pediatra voluntaria) y otra doctora (médico general contratada con experiencia en pediatría). Ocasionalmente nos ayudaban dos jóvenes estudiantes de últimos cursos de Medicina que se graduaron durante el periodo de intervención)

Promotores de Salud residentes en el propio barrio o desplazados desde otros barrios con una asistencia de 3 promotores de salud en cada consulta pediátrica

#### 4.3.2.2. Método

##### 4.3.2.2.1. Evaluación clínica

Evaluadores:

- Médicos: la doctoranda para el barrio de Caleta y María Trinidad Sánchez y la otra doctora para los barrios de Cucama, Cumayasa y Savica. Ocasionalmente nos ayudaron cuatro jóvenes estudiantes de últimos cursos de Medicina que se graduaron durante el periodo de intervención.
- Promotores de Salud residentes en el propio barrio o desplazados desde otros barrios con una asistencia de 3 promotores de salud en cada consulta pediátrica

Se estableció un régimen de consultas periódicas con un ritmo quincenal en cada uno de los barrios, salvo en el barrio de Savica donde la consulta era semanal, en horario de mañana (de 8:00 a 14:00 horas), tal y como se recoge en la tabla 10.

Se programaron un número de entre 15 y 20 visitas por día para conseguir una media de 10-12 minutos por consulta, con el fin de poder realizar en cada visita tanto la revisión clínica, la antropometría y consejos de salud.

Se establecieron dos **modelos de consulta**:

- Atención de patología pediátrica a demanda
- Programa de salud del niño sano (adaptado del programa recomendado por la Asociación Española de Pediatría, y el recomendado por la Consellería de

Sanitat de la Comunitat Valenciana). Para favorecer la fidelización de las madres, se mantuvo una frecuencia de consultas mayor:

- Primera visita en la primera semana de vida (si se pudo contactar con la madre antes del nacimiento o ésta ya conocía el Programa).
- Segunda visita a los 15 días de la primera.
- Tercera visita al mes de vida.
- Visitas mensuales hasta los 6 meses.
- Visitas cada dos meses hasta el año.
- Visitas cada 3 meses hasta los 2 años.
- Dos visitas anuales a partir de entonces.

En esta consulta se realizaba:

- Antropometría.
- Revisión clínica completa.
- Consejos sobre alimentación y cuidados.
- Recomendación y control de vacunación (por la dificultad logística decidimos no vacunar a los niños, pero recomendábamos y asesorábamos a las madres para acudir a los centros de vacunación oficiales y controlábamos que lo hicieran).

La somatometría, la valoración de niños sanos y parte de los consejos de salud eran realizados por los promotores voluntarios y las revisiones clínicas sistemáticas, los diagnósticos y las prescripciones, en su caso, eran realizadas por las pediatras.

Tabla 10. Detalles de organización de la consulta pediátrica

	<b>SAVICA</b>	<b>CUMAYASA</b>	<b>CUCAMA</b>	<b>CALETA</b>	<b>MARÍA TRINIDAD SANCHEZ</b>
<b>PERIODICIDAD</b>	Semanal	Quincenal	Quincenal	Quincenal	Quincenal
<b>HORARIO</b>	8:30-12:00	9:00-12:00	9:00-12:00	9:00-12:00	9:00-12:00
<b>UBICACIÓN</b>	P. Cavalotto	UNAP 6	UNAP 5	Capilla	UNAP 4
<b>ÁMBITO DE INFLUENCIA</b>	Savica Villa Alacrán Villa Pereira Chicago	Cumayasa	Cucama Villa Real Villa Progreso	Caleta	M <sup>a</sup> Trinidad Sánchez Brisas del Mar
<b>COSTE POR CONSULTA</b>	25 pesos	Gratuito	Gratuito	Gratuito	Gratuito
<b>DISPESA DE MEDICACIÓN</b>	Gratuito suministrado por el programa o a precios populares	Gratuito suministrado por PROMESE	Gratuito suministrado por PROMESE	Gratuito suministrado por el programa	Gratuito suministrado por PROMESE

En todos los casos se abrió una [historia clínica](#) (figura 8) y se entregó al familiar acompañante una cartilla de salud infantil simplificada, que se iba cumplimentando en las sucesivas visitas. Se incluyeron los datos en la base de datos Anthro® y Anthro plus®, proporcionada por la OMS para el estudio estadístico posterior y valoración nutricional básica (Martínez Costa, 2007).

En caso de disponer de la medicación necesaria, ésta se suministraba de forma gratuita o se recetaba para adquirirla en las farmacias populares creadas por el ministerio de salud.



Fig. 8. Apertura de historia clínica con entrevista al acompañante y cumplimentación de la cartilla de salud

#### 4.3.2.2.2. Evaluación antropométrica

Para la valoración antropométrica de los niños atendidos, se aplicó la misma sistemática que estableció la OMS para el desarrollo de patrones de crecimiento para niños sanos de 0-5 años (de Onís, 2009), por la que se determinaban los patrones de crecimiento deseables para niños sanos en entornos saludables.

Para obtener el **peso**, se utilizaron balanzas pesa-bebés mecánicas calibradas con una sensibilidad de 100 gr para los niños menores de 15 kg (figura 9), y balanzas con talla incorporada (con la misma precisión) para los niños mayores. En caso de que el niño no colaborase en la exploración, se pesaban junto con las madres en la balanza de adultos, sustrayendo posteriormente el peso de la madre. En todos los casos se pesaron desnudos o con una prenda de ropa interior y descalzos.

Para la **longitud**, no dispusimos de tableros de medición estandarizados, debiendo utilizar cintas métricas inextensibles. Para la **estatura** utilizamos estadiómetros estándar calibrados en centímetros. En todos los casos se midieron descalzos.

A los niños menores de 2 años se les realizó medición del **perímetro craneal** con cinta métrica inextensible calibrada en centímetros con sensibilidad de 0,1 cm; colocando la cinta en la circunferencia mayor coincidiendo con el occipucio.



Fig. 9. Peso de lactantes en balanzas adquiridas durante la intervención

En las revisiones escolares se midió el **perímetro braquial (MUAC)** en la zona media del brazo con cinta métrica inextensible calibrada en centímetros con sensibilidad de 0,1 cm.

Se introdujeron los datos en el **programa Anthro®** y **Anthro plus®** de la OMS, calculando mediante el software del programa el **Índice de Masa Corporal (IMC)** y las puntuaciones **z** o **z-score** así como los percentiles para las diferentes medidas.

Indicadores antropométricos utilizados (Martínez Costa, 2007):

- Peso al nacimiento
- Peso para la edad
- Longitud/estatura para la edad
- Peso para la talla
- IMC/edad

Para la clasificación nutricional se utilizó la gradación de la OMS que se recoge en la nueva propuesta de la versión 11 de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) (tabla 11).

Tabla 11. Clasificación de la OMS del estado nutricional en niños y adolescentes basado en la antropometría.

Estado nutricional	Edad: Nacimiento a 60 meses <sup>1</sup> Indicadores y puntos de corte	Edad: 61 meses a 19 años <sup>2</sup> Indicadores y puntos de corte
<b>Obeso</b>	IMC para la edad (o peso/talla) >3 DE	IMC para la edad >2 DE
<b>Sobrepeso</b>	IMC para la edad (o peso/talla) >2 a 3 DE	IMC-para la edad >1 a 2 DE
<b>Posible riesgo de sobrepeso</b>	IMC-para la edad (o peso/talla) >1 a 2 DE	No aplicable
<b>Bajo peso moderado<sup>3</sup></b>	Peso/Edad <-2 a -3 DE	Peso/Edad (hasta los 10 años) <-2 a -3 DE
<b>Bajo peso grave<sup>3</sup></b>	Peso/Edad <-3 DE	Peso/Edad (hasta los 10 años) <-3 DE
<b>Desnutrición aguda moderada</b>	Peso/Talla (o IMC para la edad) <-2 a -3 DE	IMC para la edad <-2 a -3 DE
<b>Desnutrición aguda grave</b>	Peso/Talla (o IMC para la edad) <-3 DE	IMC para la edad <-3 DE
<b>Desnutrición crónica moderada</b>	Talla/Edad <-2 a -3 DE	Talla/Edad <-2 a -3 DE
<b>Desnutrición crónica grave</b>	Talla/Edad <-3 DE	Talla/Edad <-3 DE

<sup>1</sup>. *Child Growth Standards* de la OMS, <sup>2</sup>. *Growth Reference for school-aged children and adolescents* de la OMS. <sup>3</sup> Se utilizan cuando no se puede medir la talla.



#### 4.3.2.2.3 Evaluación de la eficacia y viabilidad

Para valorar la eficacia de la **implantación** del programa analizamos los siguientes parámetros:

- Cantidad de niños visitados (proporción de niños visitados en función de la población de cada barrio en el caso en que la pudiéramos conocer).
- Frecuentación (número de visitas por niño) valorada en función de la edad de los niños en su primera visita.

Para evaluar la **eficacia** de la intervención valoramos:

- Índices antropométricos (peso y talla en todos los casos y perímetro braquial y pliegues cutáneos en algunos casos). Compararemos así los datos somatométricos alcanzados por niños que siguen el programa preventivo comparándolos con los índices somatométricos de niños de la misma edad que han acudido de forma puntual.
- **Enfermedades** detectadas, datos de hospitalización (como medida de la gravedad) y muertes infantiles durante la intervención.

Para evaluar la **viabilidad** del programa estudiamos estas variables en el periodo previo, durante la intervención y un año y dos después de la misma

Estos datos fueron analizados asimismo según diferentes variables como sexo, edad, número total de visitas, edad de la primera visita, barrio y pediatra responsable de la atención.

### 4.3.3. Programa de Promotores de Salud

#### 4.3.3.1. Material

##### 4.3.3.1.1. Población diana y criterios de selección

Se realiza convocatoria abierta en los 10 barrios de la zona de influencia de la Orden de las Escuelas Pías: Savica, Quisqueya, Caleta, Residencial Romana, Ensanche La Paz, Cucama, Brisas del Mar, María Trinidad Sánchez, Villa Real y Cumayasa. Esta zona supone una octava parte de la población de La Romana, unas 30.000 personas.

Siguiendo la bibliografía (Werner, 1993), no se establecen criterios de selección, pudiendo incorporarse al programa cualquier persona (independientemente de edad, género, nivel académico o socioeconómico). Se realiza invitación explícita a líderes comunitarias.

##### 4.3.3.1.2. Instrumental

**Ubicación:** En las instalaciones de la Escuela San Eduardo y de los Centros Culturales Calasanz de los barrios de María Trinidad Sánchez, Caleta y Cumayasa

**Materiales:**

- Materiales de papelería
- Para cada equipo de cada barrio (10 equipos):
  - Esfigmomanómetros
  - Estetoscopios
  - Botiquines: Renovando el material periódicamente según necesidades

- Manuales de apoyo:
  - Manual de iniciación: *Manual para Promotores de Salud* (editado por el Ministerio de Salud Argentino) (CIPEC, 2006)
  - Otros: *Donde no hay doctor* (Werner, 1996) y *Aprendiendo a promover la salud* (Werner, 1993)

#### Financiación:

- Subvenciones privadas
- En este programa, todos los participantes lo hicieron de forma voluntaria.

### 4.3.3.2. Método

#### 4.3.3.2.1. Itinerario formativo

Se ofreció un itinerario de formación dividido en varias fases sucesivas con diferentes grados de implicación y compromiso, manteniendo asesoramiento y formación continuada (que se detalla en el Anexo):

- Cursillo **inicial** de 3 sesiones (de 3 horas de duración cada una) con consejos básicos de salud materno-infantil y sobre las enfermedades crónicas prevalentes, utilizando el *Manual para Promotores de Salud* (CIPEC, 2006). Al finalizar este cursillo se realizó un examen escrito de 30 preguntas cortas. En el caso de analfabetismo, se realizó examen oral.
- Curso de formación **básica** de 10 meses de duración, que constaba de 1 sesión mensual de 3 horas con formación teórico-práctica en técnicas que debía dominar un promotor de salud comunitaria. Durante este

periodo se inició la formación práctica junto a los promotores veteranos de su barrio.

Al finalizar este curso se realizó un examen teórico y uno práctico. Para este curso, nos basamos en el libro *Donde no hay doctor, una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos* (Werner, 1996).

- Formación **continuada** con sesiones semanales de formación y reciclaje.
- Formación de **coordinadores** con sesiones mensuales

#### 4.3.3.2.2. Actividades

Una vez finalizado el periodo inicial de formación, los promotores iniciaron su participación en las siguientes funciones:

- Atención pediátrica
- Gestión de medicamentos
- Actividades de educación para la salud
- Otras actividades:
  - Asistencia a la comunidad sirviendo de enlace para el diagnóstico precoz de enfermedades, para la prevención secundaria en enfermos crónicos o para asegurar la cumplimentación adecuada de los tratamientos prescritos, así como con la gestión de un botiquín de primeros auxilios.
  - Programa de enfermos crónicos con visitas periódicas para controlar la presión arterial y glucemia, y para el suministro de medicación crónica. Cada promotor se ocupaba de un máximo de 5 enfermos de su comunidad.
  - Festival anual de cuentos “La Salud no es un cuento”: organizado anualmente sobre temas de salud tomados del programa FRESH de la

UNESCO en el que cada equipo de promotores prepara una dramatización de dicho cuento. Esta sesión combinaba el encuentro de toda la red de Promotores con una actividad de Educación para la Salud en la comunidad.

#### **4.3.3.2.3. Valoración de la eficacia y viabilidad**

Para evaluar la eficacia y sostenibilidad del programa de promotores se valoraron diversos ítems comparando sus valores durante la intervención y un año después:

- Número de promotores reclutados
- Número de asistentes a los cursos de iniciación en sus diferentes ediciones
- Número de promotores graduados
- Número de promotores en activo
- Enfermos atendidos por los promotores de salud
- Actividades realizadas

Estos aspectos se valoraron también en función de diferentes variables como la edad, el género, etc.

Dada la implicación de los promotores de salud en el resto de los programas, su eficacia también se valoró en función de la eficacia y sostenibilidad del resto de programas.

### 4.3.4. Programa de gestión de medicamentos

#### 4.3.4.1. Material

**Población diana:** Este programa pretendía ofrecer medicamentos para el resto de programas del proyecto por lo que la población diana es la combinada de algunas de las anteriores:

- Población infantil atendida en las consultas: 1.300 niños al año
- Población del barrio de Savica donde estaba el dispensario Padre Cavalotto: 28.000 personas sobre censo estimado
- 100 enfermos crónicos de las diferentes comunidades
- Alumnos de las escuelas Calasanz San Pedro y Liceo Técnico Calasanz: 2.100 alumnos.

#### Medicamentos utilizados:

En las tablas 12, 13 y 14 se detallan los medicamentos básicos utilizados para los diferentes programas.

Tabla 12. Medicación utilizada en el programa de Atención Pediátrica

PARA EL PROGRAMA DE PEDIATRIA:		
Acetaminofeno gotas pediátricas	Amoxicilina suspensión	Ketoconazol champoo
Acetaminofeno suspensión	Eritromicina suspensión	Ketoconazol en crema
Acetaminofeno supositorios	Amoxicilina-clavulánico susp	Mebendazol susp
Metamizol supositorios	TMP/SMX en suspensión	Albendazol (infantil)
Diclofenaco suspensión	Antibiótico en crema	Penicilina 6/3/3
Complejos multivitamínicos	Antigripal	Penicilina 600.000 UI
Ac. fólico + B12 en suspensión	Permetrina champoo 1%	Antialérgicos en suspensión (Loratadina, Cetericina)
Hierro vitaminado susp	Permetrina en crema 5%	Salbutamol inhalado

Tabla 13. Medicación utilizada en el programa de Promotores de Salud

PARA EL PROGRAMA DE ENFERMOS CRÓNICOS		
Enalapril (10 y 20 mg)	Espironolactona (50 y 100 mg)	Glimepirida (2 y 4 mg)
Nifedipino (10 y 20 mg)	Hidroclorotiacida (25 g)	Gabapentina
Amlodipino (5 y 10 mg)	Furosemida (40 mg)	Carbamacepina
Atenolol (50 y 100 mg)	Digoxina (0,5 mg)	Ac fólico
Clortalidona (12,5 y 25 mg)	Aspirina cardiológica	Sulfato ferroso
Losartan (50 mg)	Metformina	Calcio + Vit D
Clopidogrel (75 mg)	Glibenlamida (5 mg)	Ibendronato o Risendronato

Tabla 14. Medicación utilizada en el programa de mejora del Dispensario

PARA EL DISPENSARIO		
Acetaminofeno (500 y 1000 mg)	Hidrocortisona en crema	Dexametasona+Complejo B
Ibuprofen (400 y 600 mg)	Clotrimazol en crema	Elixir antiespasmódico
Diclofenaco (50 mg)	Ovulos ginecológicos	Antiespasmódico
Diclo-K	Albendazol (400 mg)	Antiséptico (yodo, alcohol)
Ac Mefenámico	Amoxicilina (500 mg)	Salbutamol para nebulizador
Antigripales	Amoxicilina-clavulánico	Suero:
Antialérgicos (Loratadina, Cetericina)	Trimetoprim-Sulfametoxazol	ClNa 0,9
Multivitaminicos	Azitromicina	Glucosado al 5%
Vit A + E	Ciprofloxacino	Glucosado 5% + ClNa 0,9
Diclofenac en crema	Penicilia (1,2 2,4)	Glucosado al 33%

### 4.3.4.2. Método

#### 4.3.4.2.1. Obtención de medicamentos

La obtención de estos medicamentos se realizó por diferentes vías:

- Subvención estatal periódica a partir de la agencia estatal PROMESEcal: cada 3 meses se realizaba un pedido en base al listado publicado por PROMESEcal (figura 10), y dependiendo de las existencias, recibiendo un lote de medicamentos por valor de 15.000 pesos dominicanos (300 euros) que recogíamos en los almacenes de Santo Domingo.

Producto	Presentación	Precio (RD\$) 2015
ACEITE DE HÍGADO DE BACALAO EMULSIÓN	Frasco 180 mL	30.00
ACETAMINOFÉN	Supositorio 300 mg	3.00
ACETAMINOFÉN	Tableta 500 mg	0.50
ACETAMINOFÉN GOTAS PEDIÁTRICAS	Frasco Gotero 15 mL	15.00
ACETAMINOFÉN JARABE	Frasco 120 mL	15.00
ACETAZOLAMIDA	Tableta 250 mg	10.00
ACETILCISTEÍNA	Ampolla 300 mg / 3 mL	14.00
ACICLOVIR	Tableta 400 mg	2.50
ACICLOVIR 5% CREMA	Tubo 5 g	5.00
ACICLOVIR SUSPENSIÓN	Frasco 60 mL	90.00
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO (USO CARDÍACO)	Tableta 81 mg	0.50
ÁCIDO ASCÓRBICO (VIT. C)	Tableta 500 mg	0.80
ÁCIDO FÓLICO	Tableta 5 mg	0.10
ÁCIDO FÓLICO JARABE	Frasco 120 mL	15.00
ÁCIDO FÓLICO + VIT. B12 JARABE	Frasco 120 mL	31.00
ÁCIDO FUSÍDICO 2 % CREMA	Tubo 20 g	40.00
ÁCIDO MEFENÁMICO	Tableta 500 mg	0.45
ÁCIDO VALPROÍCO	Tableta 500 mg	15.00

Fig. 10. Fragmento del listado de medicamentos publicado por PROMESE cal con los precios de 2015 (<http://promesecal.gov.do/wp-content/uploads/2015/05/LISTADO-DE-PRECIOS-MAYO-2015.pdf>)



- Donaciones de medicamentos procedentes de empresas y particulares: se solicitaron ayudas a los diferentes programas sociales de los laboratorios farmacéuticos locales. Se recibieron donaciones de medicamentos por parte de particulares (médicos locales).
- Compra de medicación en las farmacias estatales (Farmacias del pueblo) o a los laboratorios farmacéuticos con los fondos propios, o facilitando las compras colectivas de los enfermos.

#### 4.3.4.2.2. Distribución

Este programa de gestión de medicamentos se ocupó de la obtención, clasificación y distribución controlada de los medicamentos necesarios para sostener el resto de los programas:

- Programa de atención pediátrica: en el barrio de Caleta llevamos los medicamentos necesarios; en el resto se facilitaron los medicamentos disponibles en la U.N.A.P.
- Programa de asistencia a enfermos crónicos: mensualmente los promotores se reunían y seleccionaban los medicamentos que precisaba cada uno de los enfermos crónicos que controlaban. En caso de no disponer de alguna medicación, se compraba en las Farmacias del pueblo
- Botiquines básicos en cada barrio: en la reunión mensual, los promotores reponían la medicación básica en el botiquín de emergencias de cada barrio (la composición de los botiquines se detalla en el anexo, junto con la utilización de cada uno de estos medicamentos).
- Botiquines básicos en los centros educativos: en las enfermerías de los colegios San Pedro y Liceo Técnico Calasanz disponían de medicación básica y de urgencia. Los colegios contribuían económicamente, restituyendo el valor de las medicinas recibidas.

#### 4.3.4.2.3. Valoración de la eficacia y sostenibilidad

Para valorar la **eficacia**, estudiamos:

- El registro de medicación recibida
- El número de beneficiarios de la recepción de medicamentos (de forma aguda o crónica) y la distribución de la misma

Para valorar la **sostenibilidad** de este programa, pretendimos comprobar que, tras el cese de la intervención, el suministro y distribución de medicamentos se mantiene.

### 4.3.5. Programa de educación para la salud

#### 4.3.5.1. Material

##### 4.3.5.1.1. Población diana

- Alumnos de la escuela Calasanz San Pedro y del Liceo Técnico Calasanz. Unos 1200 alumnos de primaria y 800 alumnos de educación secundaria y bachillerato.
- Niños que acudían a los centros de educación no formal de la red *Calasanz nos Une* (CNU), en 6 barrios, con una media de 20 niños por centro de entre 6 y 11 años, lo que suponía un total de unos 120 niños También se realizarán actividades abiertas a toda la comunidad desde los Centros de la red CNU.
- Cada año se ofertaban 30 plazas de bachillerato técnico en Enfermería para los cursos de tercero y cuarto de Bachillerato. La oferta se realizaba a los alumnos matriculados en el Liceo Técnico aunque se admitían alumnos de otros institutos o colegios, una vez superada una prueba de aptitud.

#### 4.3.5.1.2. Material docente

- Equipo audiovisual: ordenador portátil, cañón de proyección, equipo de sonido.
- Materiales audiovisuales (documentales, películas, montajes...)
- Libros de texto adaptados a partir de material docente de España (de la especialidad de formación profesional de Auxiliar de Enfermería) y de República Dominicana (de la licenciatura de Enfermería)
- Material de papelería variado (cartulinas, tijeras, pegamento, lápices,...)
- Materiales diseñados de educación para la salud (posters, puzles, juegos...)
- Aparataje médico para las revisiones médicas: optotipos infantiles, 1 esfigmomanómetro de adultos y uno pediátrico, estetoscopios, 2 glucómetros, tiras reactivas de orina (una por niño), agujas (una por niño), alcohol, gasa, 1 balanza y 1 cinta métrica para medir la talla.
- Material para las prácticas del bachillerato: 2 camas de posiciones equipadas, 2 parabanos, vitrinas, material de enfermería, palos de gotero, mesas de enfermería. Estos materiales se obtuvieron por donación del Hospital La Fe de Valencia cuando se abandonaron las instalaciones de Campanar.
- 5 esfigmomanómetros, 5 estetoscopios y un maniquí para cuidados de enfermería (Adulto Básico).

### 4.3.5.2. Método

#### 4.3.5.2.1. Bachillerato

La especialidad constaba de 2 cursos, el primero de ellos con formación teórica, prácticas en la escuela y prácticas hospitalarias esporádicas, y en el segundo, un periodo de 4 meses de prácticas en hospitales.

Se contactó con todos los hospitales de la ciudad (públicos y privados).

Este bachillerato es de modalidad dual, con formación básica y formación profesional. Una vez finalizado, los alumnos participan de las pruebas nacionales que dan acceso a la universidad.

#### 4.3.5.2.2. Educación para la salud en la escuela

En este apartado incluimos las siguientes actividades:

- Programa de Salud Escolar (se detalla en el anexo), trabajando mensualmente temas con actividades insertas en el currículum y actividades centrales (feria de la alimentación, revisión de salud bucodental...).
- Charlas de educación sexual para los alumnos de secundaria y bachillerato.
- Asistencia a las enfermerías en ambos centros en las que se detectaban enfermedades comunes y se administraba la medicación oportuna.

#### 4.3.5.2.3. Educación para la salud en la comunidad

Anualmente se realizaron al menos tres actividades, con convocatoria abierta a la comunidad:

- *La salud no es un cuento*: certamen de cuentos sobre temas de salud, en el que cada barrio (con los promotores de salud) preparaba una dramatización de uno de estos cuentos.

- Charlas en el Centro Cultural San Eduardo para la población adulta sobre temas de salud
- La salud es tu derecho: dramatización sobre los derechos en salud llevada a cabo por los alumnos del bachillerato de enfermería para toda la comunidad que se realizaba anualmente

Desde 2011, cada año se realizó revisión completa de salud a todos los usuarios de las bibliotecas CNU entre finales de octubre y principios de noviembre. En esta revisión, llevada a cabo por el equipo de Promotores de Salud, se realizó: somatometría (peso, talla, perímetro braquial, pliegue tricípital y subescapular), revisión de la agudeza visual mediante la utilización de optotipos, toma de presión arterial y glucemia, análisis de orina con tira reactiva, desparasitación en caso de que fuera necesario y somero chequeo clínico.

En caso de detectar alguna alteración se remitió a los niños a la consulta de Pediatría más próxima a su sector, o en el caso de detectar alguna alteración visual grave al Patronato Nacional de Ciegos. En alguno de los casos se pudo administrar tratamiento para alguna patología detectada o solicitar pruebas complementarias.

Se solicitó que los niños vinieran acompañados de algún adulto responsable y trajeran su cartilla del Programa de Salud (si la tenían) y su cartilla de vacunación.

Al finalizar las revisiones se realizó una charla con las familias en la que se comentaron los resultados y se dan indicaciones preventivas en salud. También se entregó un pequeño informe con los resultados de la revisión.

#### 4.3.5.2.4. Valoración de la eficacia y sostenibilidad

Para valorar la eficacia de los diferentes aspectos, analizamos los siguientes datos:

- Graduados en el bachillerato de enfermería y evolución académico-profesional posterior: proporción de empleabilidad en el sector, proporción de alumnos que prosiguieron sus estudios en la universidad (en enfermería o en medicina)
- Realización de las actividades en la escuela, inclusión en los programas docentes de las actividades de educación para la salud, actividad de los dispensarios escolares (niños atendidos, patologías detectadas...)
- Comparación de **datos somatométricos** como medida de salud entre los niños beneficiarios de actividades de educación para la salud (los alumnos del colegio San Pedro) en comparación con niños a los que no se dirigieron estas actividades (los niños que acudían a los centros de educación no formal de los barrios).
- Beneficiarios de las actividades de educación para la salud comunitaria y número de las mismas

#### 4.3.6. Programa de mejora del Dispensario médico

##### 4.3.6.1. Material

Población diana: Se estimó una población diana de unas 28.000 personas de los barrios de Savica, Chicago, Villa Alacrán y Villa Pereira.

El dispensario médico fue el Centro de Salud Padre Cavalotto que se encuentra en el interior de la Parroquia Cristo Rey de los padres escolapios en la calle Padre Sebastián Cavalotto s/n, en el barrio de Savica, en la ciudad de La Romana.

Tiene una superficie aproximada de 200 m<sup>2</sup> divididos en dos plantas con las siguientes instalaciones (figura 11):

- 6 consultas médicas
- 2 cuartos de baño
- Cocina
- Laboratorio
- Farmacia
- 2 salas de espera (una en cada planta)

El **personal** del centro, al inicio del trabajo estaba constituido por:

- Personal contratado (a cargo del propio dispensario)
  - Limpiadora
  - Secretaria
  - Enfermera
- Médicos semi-voluntarios (cobraban un porcentaje de las consultas, que oscilaba del 30 al 50% y que suponía un 10% de lo que solían cobrar en sus consultas privadas:
  - Diabetólogo
  - Cardiólogo
  - Médico Laboratorista
  - Ginecóloga
  - Psicóloga clínica
  - Médico general con formación en pediatría
  - Radiólogo

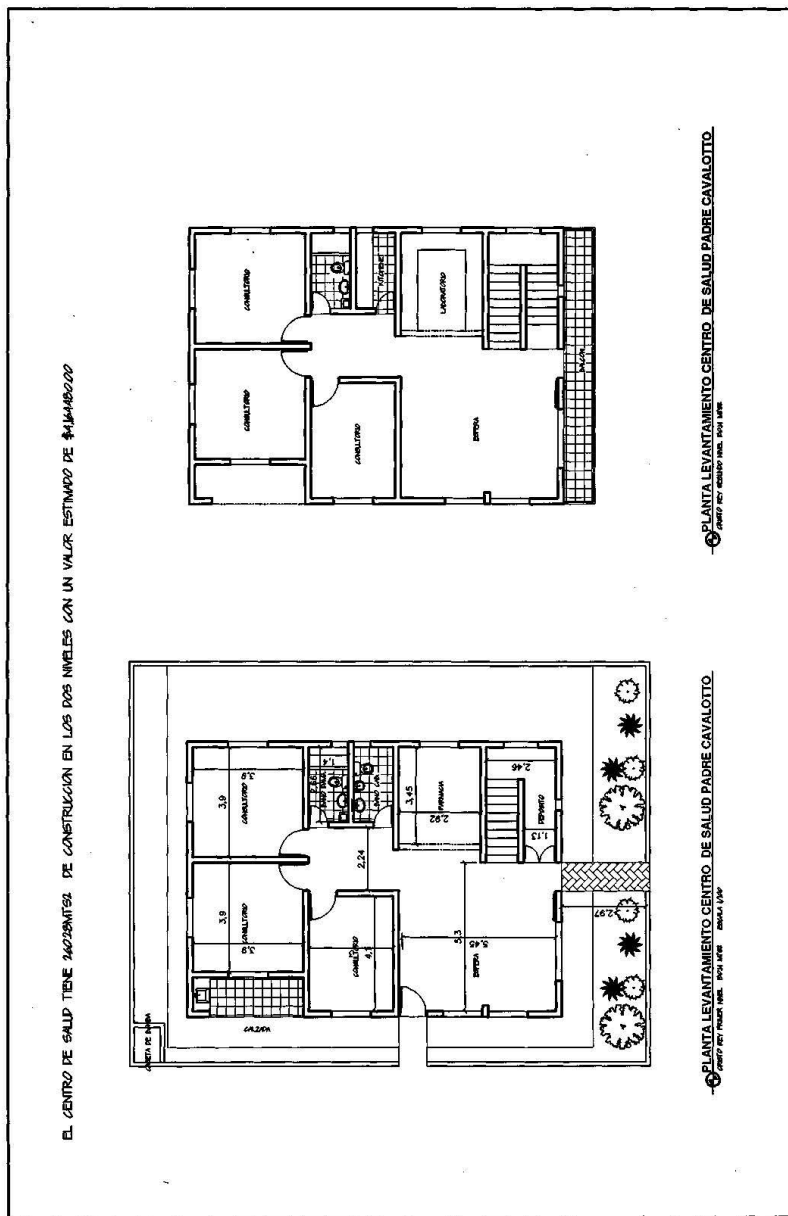


Fig. 11. Plano del Dispensario médico Padre Cavalotto



- Voluntarios: Una doctora, médico patóloga, actuaba como coordinadora del centro de forma voluntaria.

Los medicamentos que se vendían en el dispensario se obtenían por compra directa a laboratorios farmacéuticos locales.

#### 4.3.6.2. Método

##### 4.3.6.2.1. Remodelación del centro

Se solicitó y se obtuvo una subvención de la Diputación de Valencia con la que se realizó una remodelación del centro, que consistió en la reparación de fontanería y electricidad, la pintura del centro y la compra de mobiliario y materiales médicos.

##### 4.3.6.2.2. Cartera de servicios

Se formalizó un convenio con la Dirección Regional de Salud Pública por el que se cedieron parte de las instalaciones (algunas en exclusiva y otras compartidas) para la instalación de una Unidad de Atención Primaria (U.N.A.P.)

Se racionalizaron los servicios, para ofrecerlos a bajo coste (figura 12):

- Medicina general gratuita en la UNAP
- Centro de vacunación gratuita, dependiente de la Dirección Provincial de Salud
- Farmacia a precios populares
- Análisis clínicos
- Radiología

- Ginecología (con ecografía y test de Papanicolau)
- Diabetología
- Cardiología
- Psicología clínica
- Pediatría

**CENTRO DE ATENCION  
PRIMARIA  
SAVICA**

**MEDICINA GENERAL  
OTROS SERVICIOS**

- PAPANICOLAU
- VACUNACION
- PROGRAMA DE NIÑO SANO
- CONTROL DE GESTACION

**SERVICIOS MEDICOS**

- MEDICINA GENERAL
- PEDIATRIA
- ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- GINECOLOGIA
- CARDIOLOGIA
- GASTROENTEROLOGIA
- PSICOLOGIA CLINICA

**OTROS SERVICIOS**

- VACUNACIÓN
- ANALISIS CLÍNICOS
- SONOGRAFIA GINECOLOGICA
- SONOGRAFIA GENERAL
- PAPANICOLAU
- FARMACIA Popular

Parroquia "Cristo Rey", Barrio Savica, La Romana, Rep Dom  
Apto. 299\* Tel: 556-3711\*Fax: (809) 556-8947 e-mail: [ampro@codetel.net.do](mailto:ampro@codetel.net.do)

**MINISTERIO DE  
SALUD PUBLICA**

PP Escolapios - La Romana  
**PROGRAMA de SALUD**

Fig. 12. Plotter colocado en el dispensario en el que se recoge la cartera de servicios

#### 4.3.6.2.3. Valoración de la eficacia y sostenibilidad

Para valorar la **eficacia** del mismo, cuantificamos las diferentes consultas que se ofrecieron. Valoramos también la utilización del dispensario, relacionando el número de visitas realizadas con la población objetivo.

### 4.4. Métodos estadísticos

Con objeto de valorar el impacto en la salud infantil se procedió a un estudio cuasi-experimental, basado fundamentalmente en la evolución de los datos antropométricos (como medida del mismo), metodología habitual en este tipo de estudios dadas las características inherentes de los mismos. De este modo, se procedió a la determinación de los participantes en grupos de casos y controles, comparando a los niños que han acudido de forma regular al programa tomados como casos y con los niños de su misma edad que no lo han hecho, tomados como controles.

La muestra se obtuvo de forma incidental asumiendo que la oferta del programa es universal y la unión a la misma voluntaria y gratuita. No obstante, el establecimiento como caso o como control fue seleccionado por un proceso de bola de nieve, ya que la oferta de seguimiento se hace a todos los usuarios, siendo la elección de éste dependiente de las familias. Sin embargo, podemos establecer un sesgo en esta selección, ya que la adhesión por parte de las familias puede venir condicionada por múltiples factores como la experiencia previa con los hermanos mayores, el nivel de confianza con la institución, motivos religiosos y condicionantes de otra índole, como indicado en la literatura (Heckman, 1979).

El tamaño muestral es difícil de definir ya que se trata de un programa de asistencia voluntaria. A pesar de eso contamos con un número aproximado de más de 250 casos y más de 2500 controles para la valoración del impacto en los datos somatométricos como medida del estado de salud en el programa de atención pediátrica.

Dentro de estas líneas, es importante subrayar el alto porcentaje de mortandad experimental que se presenta de forma habitual en este tipo de estudios (Agobian, Agobian, & Soto, 2013; Rodríguez, Álvarez, García & Mariné, 2012). Comparando con otros estudios de la literatura científica, y teniendo en cuenta la dificultad para el estudio de campo consideramos una aproximación óptima a los efectos de la extracción de conclusiones. Además, se realizó un cálculo del tamaño muestral. Si la población total diana asciende a aproximadamente 15700 niños, suponiendo una distribución de respuestas conservadora (50%), un estudio realizado sobre 864 alcanzaría el nivel de confianza deseada (95%) y el nivel de error deseado del 5% (concretamente, en este supuesto el error estimado sería de 3,24%).

Tras un análisis descriptivo de los datos, en el que se examinaron las diferentes variables en términos sociodemográficas de los usuarios de los diferentes programas y su evolución durante los diferentes años de la misma, se procedió al análisis inferencial. De este modo, en primer lugar se describieron los datos obtenidos utilizando métodos de estadística descriptiva para definir el estado de salud, las enfermedades prevalentes o la demografía de la población atendida, entre otras, siguiendo las directrices de la literatura científica (Comrey, 1973; Tabachnick & Fidell, 1989). Finalmente, se evaluaron los posibles efectos pre-post del estudio dentro de un trabajo de casos y controles, empleando diseños entre e intra sujetos, o lo que es lo mismo, de medidas repetidas. En este sentido,

mediante métodos paramétricos y no paramétricos se estudian datos apareados relacionando el estado de salud de los niños antes y después de la intervención.

En primer lugar, respecto a las técnicas estadísticas no paramétricas empleadas cuando la muestra no seguía distribución normal, se aplicaron las pruebas de rangos con signos de Wilcoxon para datos apareados, U de Mann Whitney para comparaciones de casos y controles,  $\chi^2$  para comparaciones categóricas y, finalmente, Kruskal Wallis y Friedman para la comparación de varios grupos, de manera independiente y relacionada respectivamente. Por otro lado, se emplearon técnicas paramétricas para el estudio de la evolución del peso, altura e IMCI de los casos y controles. Concretamente, se aplicaron técnicas relacionadas intra (t de student para muestras relacionadas) siguiendo la lógica del diseño pre-post.

Finalmente, a las herramientas de análisis empleadas durante el presente estudio y sus variables pertinentes, se empleó el paquete estadístico (con base SPSS) del programa Anthro® y Anthroplus® diseñado por la OMS.





# RESULTADOS





## 5. RESULTADOS

### 5.1. Estudio inicial

#### 5.1.1. Atención pediátrica

Se incluyeron 433 menores, lo que supuso aproximadamente un 2,17% de toda la población infantil del área de estudio, con porcentajes entre el 1,26 y el 4% según los distintos barrios. En cuanto a la distribución por sexo, acudieron 206 niños (47,58%) y 227 niñas (52,42%), porcentajes similares a los de la población dominicana. El 34% de los niños visitados tenían menos de 3 años (figura 13).

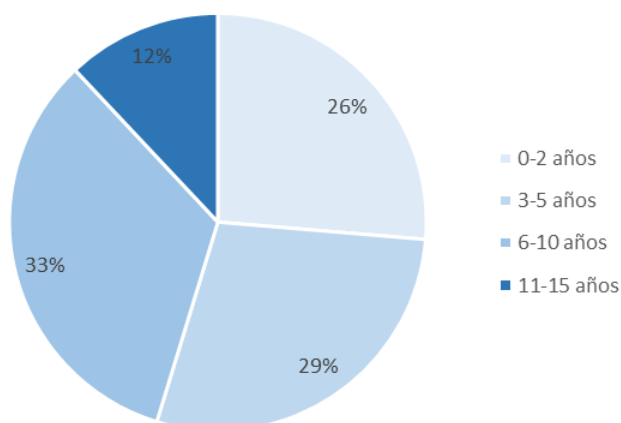


Fig. 13. Distribución por edad de los niños visitados en 2006

##### 5.1.1.1. Evaluación clínica

En cuanto a los motivos de consulta por los que acudieron los niños ese primer verano, que se detallan en la tabla 15, destacar que el 30% de las visitas fueron para una revisión de salud (chequeo), el 22% por enfermedades dermatológicas y el 13% por enfermedades digestivas.

Tabla 15. Distribución de los motivos de consulta en cada barrio en verano de 2006.

	CALETA	CUCAMA	CUMAYASA	SAVICA	VILLA REAL	TOTAL	
<b>Chequeo</b>	45	0	99	3	8	155	30%
<b>Enf. Dermatológicas</b>	24	13	32	31	16	116	22%
<b>Enf. Respiratorias</b>	16	8	10	10	8	52	10%
<b>Enf. ORL</b>	23	13	2	1	5	44	8%
<b>Enf. Digestivas</b>	8	17	21	10	13	69	13%
<b>Enf. Cardiacas</b>	1	0	4	1	11	17	3%
<b>Enf. Hematológicas</b>	13	5	3	1	0	22	4%
<b>Otros</b>	4	7	23	7	9	50	10%

El motivo de consulta también varió entre los barrios: en Caleta el porcentaje de las visitas para revisión clínica fue del 40%, en Cumayasa del 57% y en Cucama ninguno de los niños acudió sin padecimiento como motivo de consulta (figura 14).

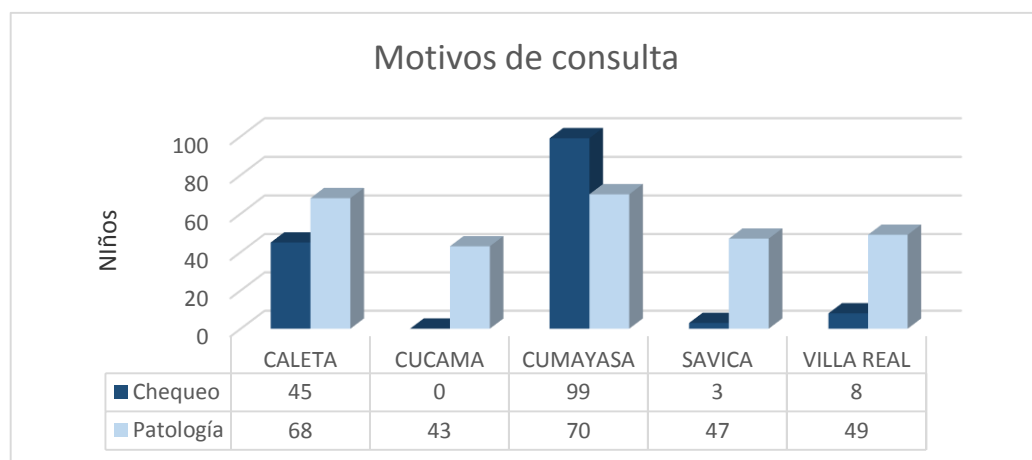


Fig. 14. Proporción de visitas para revisión de salud

Al analizar los motivos de consulta por barrio (figura 15), observamos que predominaron los problemas dermatológicos (tiña, escabiosis, impétigo) siendo por orden de frecuencia: en el barrio de Savica (62%), Cumayasa (19%) y Caleta (21%). Así mismo, también destacaron las enfermedades digestivas (gastroenteritis, dolor abdominal) en Cucama (40%).

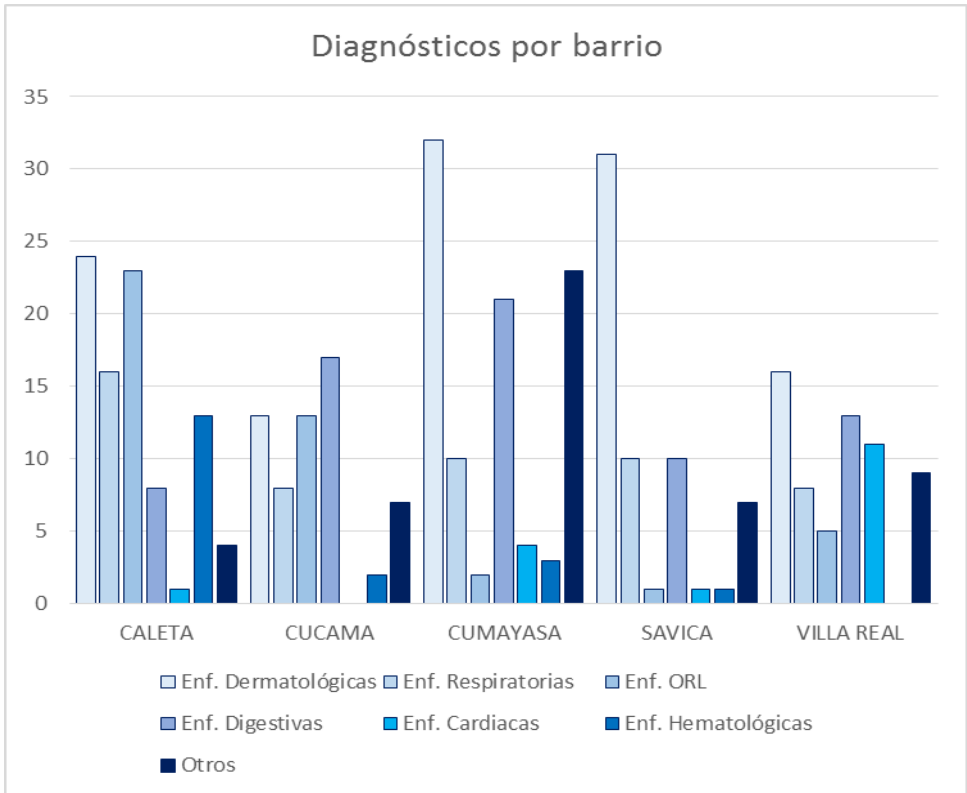


Fig. 15. Distribución de los motivos de consulta más frecuentes en cada barrio

En cuanto a las edades (tabla 16), la consulta para chequeo fue mayoritaria en los niños de 1 año (47%), 2 años (45%) y 3 años (45%), los problemas dermatológicos en los lactantes (31%) y adolescentes de 12 años (38%), los problemas respiratorios en los niños de 11 años (21%) y los digestivos en los de 4 años (21%).

Tabla 16. Distribución (%) de los motivos de consulta según la edad en verano de 2006.

Edad (años)	Chequeo	Enf. Derm.	Enf. Resp.	Enf. ORL	Enf. Dig.	Enf. Card.	Enf. Hem.	Otros
0	22%	31%	18%	6%	16%	0%	3%	4%
1	47%	18%	4%	7%	13%	4%	2%	4%
2	45%	14%	5%	7%	7%	5%	10%	7%
3	45%	14%	5%	7%	7%	5%	10%	7%
4	23%	23%	2%	12%	21%	4%	2%	14%
5	24%	20%	16%	12%	16%	0%	2%	10%
6	36%	12%	12%	3%	15%	3%	9%	9%
7	32%	16%	9%	13%	11%	2%	2%	16%
8	26%	26%	10%	13%	8%	3%	8%	8%
9	30%	26%	9%	4%	9%	4%	9%	9%
10	31%	20%	14%	9%	3%	6%	0%	17%
11	32%	26%	21%	0%	16%	5%	0%	0%
12	15%	38%	0%	8%	23%	0%	0%	15%
13	19%	19%	13%	13%	13%	13%	0%	13%
14	28%	28%	0%	6%	17%	11%	6%	6%
15	13%	50%	13%	0%	13%	0%	0%	13%

Entre los diagnósticos más frecuentes, destacan aquellos relacionados con cuidados deficientes (parasitosis, tiñas, caries, dermatitis...), con un 32% del total de diagnósticos, seguidos de enfermedades digestivas (20%) y respiratorias (12%). Estos datos se presentan en la tabla 17 y en la figura 16.

Tabla 17. Diagnósticos más frecuentes en verano de 2006

<b>Chequeo</b>	<b>155</b>
<b>Enfermedades relacionadas con malos hábitos de higiene</b>	<b>114 (32%)</b>
Adherencias balano prepuciales	14
Caries	23
Dermatitis	13
Escabiosis	6
Impétigo	35
Muguet	4
Tiña capitis	9
Tiña dérmica	5
Vulvovaginitis	2
<b>Enfermedades digestivas</b>	<b>70 (20%)</b>
Estreñimiento	1
Gastroenteritis	8
Parasitosis	48
Sobrepeso	5
<b>Enfermedades del ámbito ORL</b>	<b>45 (13%)</b>
Amigdalitis	31
Otitis Media	10
Otitis Externa	4
<b>Enfermedades respiratorias</b>	<b>45 (13%)</b>
Asma	8
Bronquiolitis	3
Bronquitis	9
Faringitis	6
Gripe	8
Infección respiratoria superior	9
<b>Enfermedades hematológicas</b>	<b>21 (6%)</b>
Adenopatías	3
Anemia	18
<b>Enfermedades Cardiacas</b>	<b>17 (5%)</b>
Sincope vagal	1
Soplo orgánico	6
Soplo funcional	10
<b>Trauma/ortopedia</b>	<b>8 (2%)</b>
<b>Otros</b>	<b>37 (9%)</b>

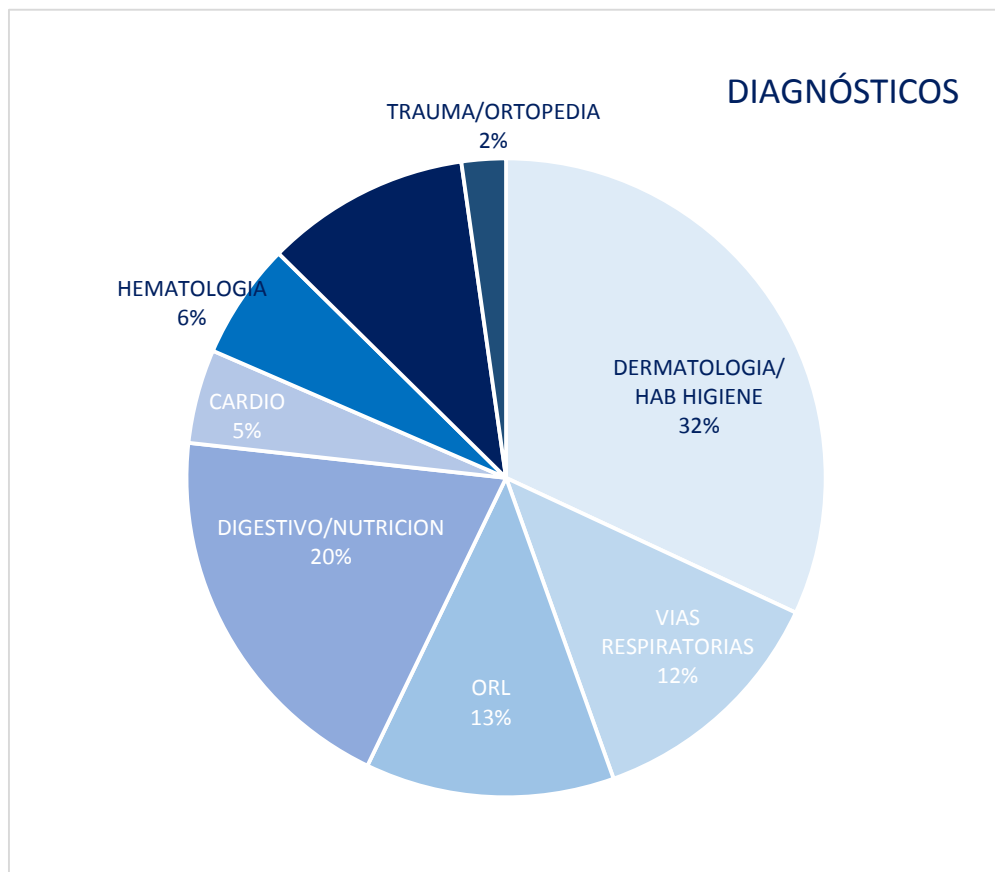


Fig. 16. Diagnósticos más frecuentes en verano de 2006

Dentro de las enfermedades relacionadas con los hábitos higiénicos, destacan el impétigo (31%), la caries (20%), y diferentes tipos de dermatomicosis (16%). Entre las enfermedades digestivas, predominan las parasitosis intestinales (69%). Las enfermedades respiratorias, sólo supusieron el 12% de los diagnósticos.

### 5.1.1.2. Evaluación nutricional

La población de estudio se distribuyó por debajo de los valores de referencia para su edad, como se ve en la figura 17, con una mediana de -0.98 DE.

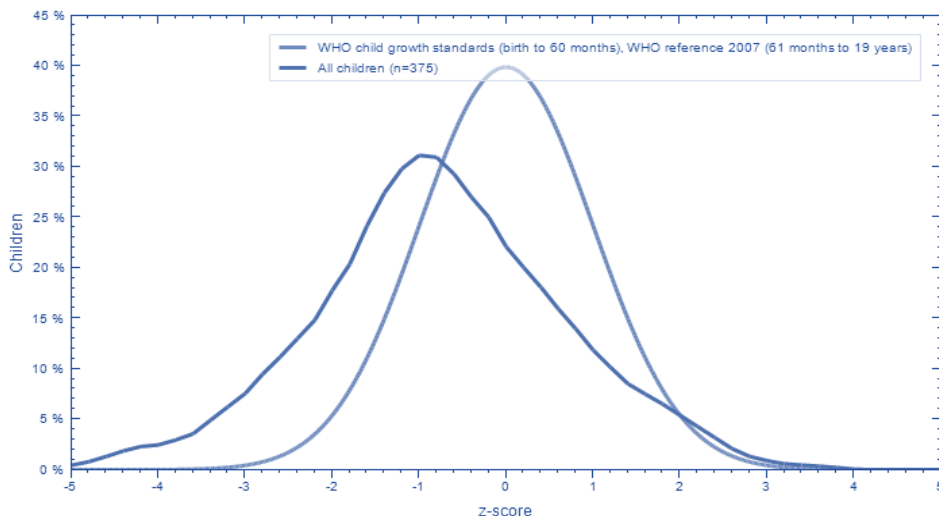


Fig. 17. Distribución de la muestra respecto al peso para la edad comparándola con la distribución de los patrones de la OMS.

En relación al peso para la edad (tabla 18), en la franja de 6 a 12 meses hay un 33% de niños catalogados de bajo peso moderado (entre -3 y -2 DE) o bajo peso grave (<3DE). Un 28.6% de niños de 3 años tienen bajo peso, un 12% se podrían catalogar como de severa emaciación (IMC <-3DS) con un 12% con *stunting*. Hay un 2.8% de obesidad a los 2 años.

El 5.9% de los niños entre 5 y 14 años tiene un IMC con 3 DE por debajo de los valores adecuados a su edad (valor que utiliza la OMS para la definición de malnutrición grave que precisa de intervención nutricional) empeorando la proporción en la primera época escolar (12.5% a los 3 años, 8.2% a los 4 o 9.6% a los 6 años). En los menores de esta edad, predomina el porcentaje de niños por debajo de 2 desviaciones estándar que superan en algunos casos el 30% de la población estudiada.

Tabla 18. Valoración nutricional inicial

EDAD		N	PESO PARA LA EDAD				TALLA PARA LA EDAD				IMC POR EDAD							
AÑOS	MESES		<-3SD	<-2SD	MEDIA	DS	<-3SD	<-2SD	MEDIA	DS	<-3SD	<-2SD	<+1SD	<+2SD	<+3SD	MEDIA	DS	
0	(0-5)	11					0	18,2	-0,32	1,3		0	9,1	18,2	9,1	0	-0,34	1,6
0	(6-11)	24	33,3	33,3	-0,83	4,13	4,2	12,5	0,13	2,1		5	15	15	0	0	-0,53	1,5
1	(12-23)	35	2,6	5,1	-0,17	1,33	5,7	11,4	-0,47	1,8		0	8,3	16,7	5,6	2,8	0,01	1,3
2	(24-35)	42	0	9,3	-0,5	1,05	0	7,1	-0,42	1,1		2,4	9,5	16,7	2,4	2,4	-0,37	1,4
3	(36-47)	32	2,9	28,6	-1,1	1,22	6,3	18,8	-0,61	1,6		12,5	2,9	6,3	0	0	-1,25	1,3
4	(48-60)	50	12	22	-1	1,4	0	14	-0,65	1,1		8,2	18,4	16,3	6,1	0	-0,81	1,6
5	(61-71)	28	3,6	7,1	-0,49	1,12	0	7,1	-0,26	0,9		3,6	10,7	14,3	0	0	-0,53	1,3
6	(72-83)	43	2,3	15,9	-0,9	1,23	2,3	2,3	-0,27	1,2		9,3	23,3	2,3	0	0	-1,1	1,2
7	(84-95)	32	3,1	18,8	-1,09	1,17	0	15,6	-0,23	1,3		3,3	30	0	0	0	-1,26	1,1
8	(96-107)	18	0	5,6	-0,65	1,05	0	5,6	-0,07	1,2		5,6	22,2	5,6	0	0	-0,94	1,3
9	(108-119)	27	0	0	0,08	0,45	3,7	3,7	-0,26	1,4		7,4	22,2	11,1	3,7	0	-0,77	1,6
10	(120-131)	16					0	0	0,21	0,8		0	0	12,5	6,3	0	-0,42	1,1
11	(132-143)	7					0	14,3	-1,58	0,9		0	14,3	14,3	0	0	-0,55	1,2
12	(144-155)	10					0	10	-1,25	0,6		0	40	0	0	0	-1,62	0,7
13	(156-167)	3					33,3	33,3	-1,91	1,2		33,3	66,7	0	0	0	-2,75	1,5
14	(168-179)	2					50	50	-3,01	1,7		0	0	0	0	0	0,03	1,2
5-9	(61-119)	148	2	10,7	-0,65	1,1	1,4	6,8	-0,23	1,2		6,2	21,9	6,2	0,7	0	-0,94	1,3
10-14	(120-179)	38					5,3	10,5	-0,84	1,3		2,6	18,4	7,9	2,6	0	-0,92	1,2
5-15	(61-180)	186					2,2	7,5	-0,36	1,2		5,9	21,6	6,5	1,1	0	-0,95	1,3



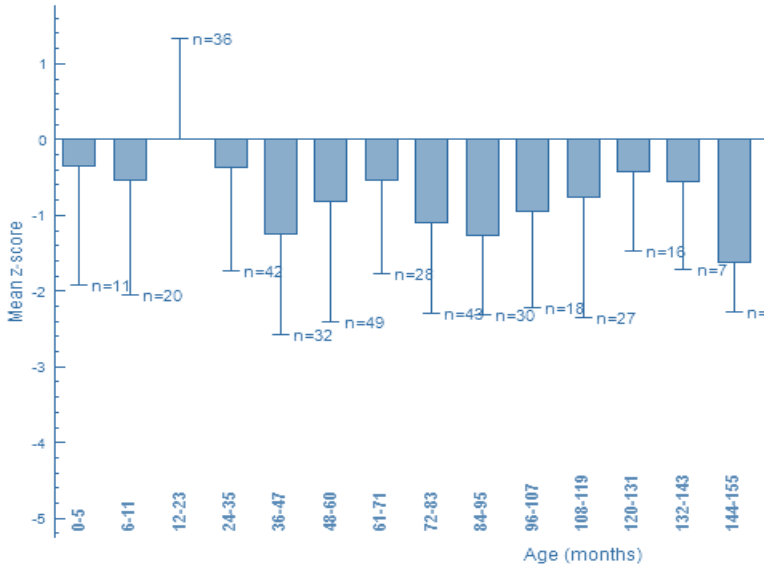


Fig. 18. Distribución del peso para la edad

En la distribución por sexos (figura 19), vemos que la curva de las chicas es más homogénea, no así la de los chicos, con una base de distribución más amplia.

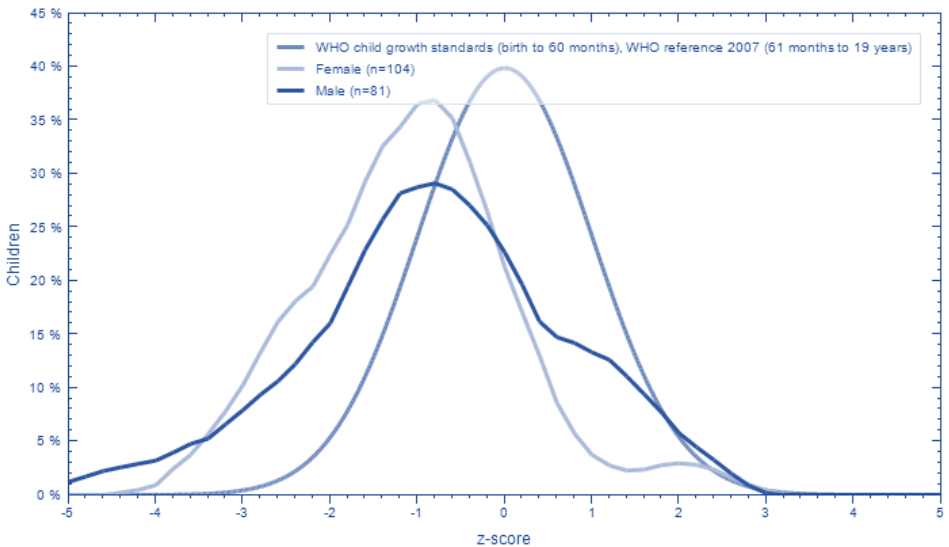


Fig. 19. Distribución del peso para la edad según el sexo

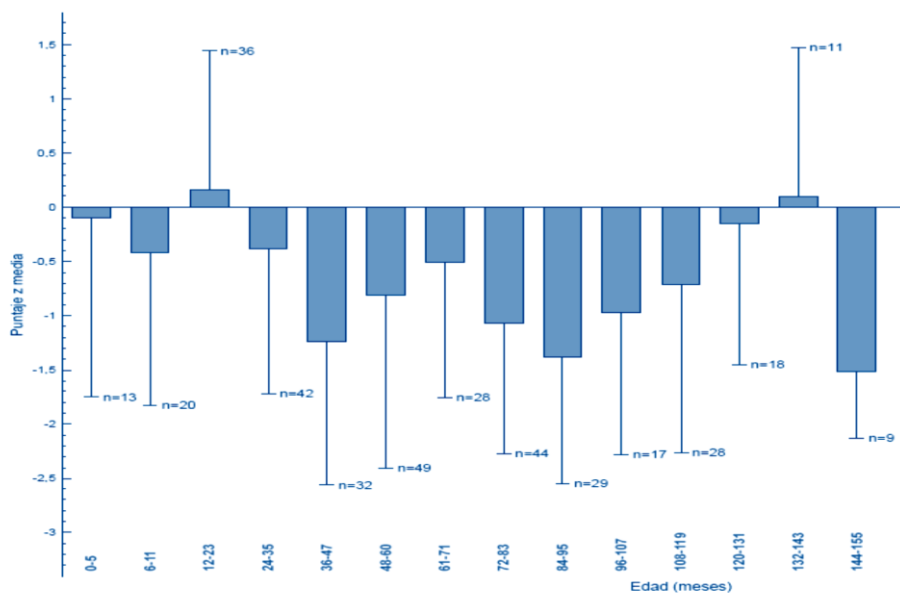


Fig. 20. Distribución del IMC para la edad

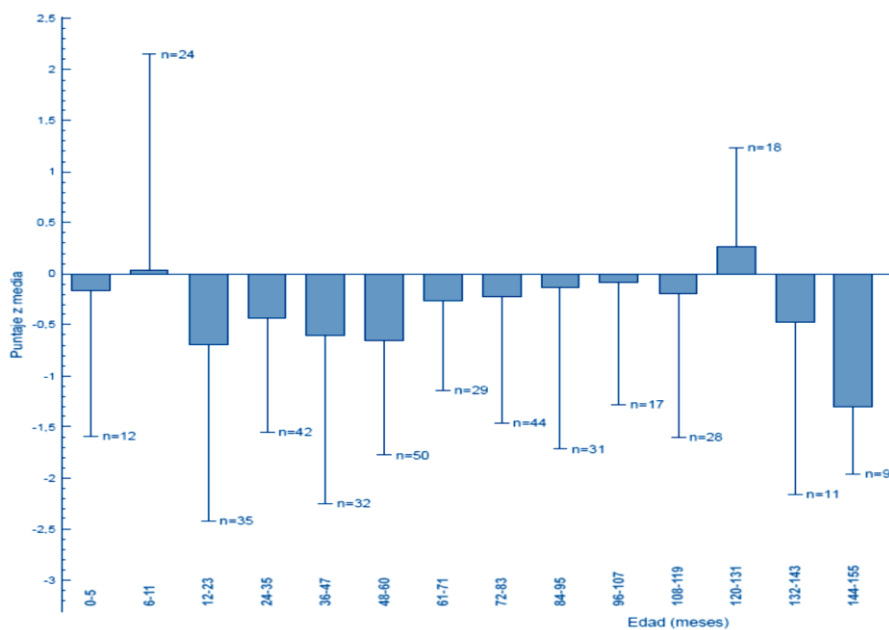


Fig. 21. Distribución de la talla para la edad

Como se ilustra en las figuras 18, 20 y 21, vemos que en casi todos los tramos de edad los valores están por debajo de la mediana. Según la nueva clasificación nutricional de la OMS vemos que el 30,56% de los niños presentan diferentes grados de emaciación y *stunting* (detención del crecimiento). El 16,66% presentan bajo peso moderado (entre -2 y -3DE) o bajo peso grave (-3DE).

Tabla19. Categorización nutricional de los niños visitados en verano de 2006.

	<b>Totales</b>	<b>%</b>
<b>Desnutrición crónica grave agudizada</b>	2	0,5%
<b>Desnutrición aguda grave</b>	26	6%
<b>Desnutrición crónica grave</b>	43	9,9%
<b>Desnutrición aguda moderada</b>	38	8,8%
<b>Desnutrición crónica moderada</b>	23	5,3%
<b>Normales</b>	226	52,3%
<b>Bajo peso moderado</b>	36	8,3%
<b>Bajo peso grave</b>	36	8,3%
<b>Sobrepeso</b>	6	1,4%
<b>Obesidad</b>	9	2,1%

### 5.1.2. Programa de Promotores de Salud

Acudieron 25 personas de 5 comunidades de 5 de los barrios con una media de 65 años de edad y asistencia al 100% de las sesiones.

No se realizó prueba de nivel al finalizar el cursillo.

### 5.1.3. Seguimiento del programa en 2007

Durante el periodo entre agosto de 2006 y junio de 2007 se acudió a menos del 50% de las consultas y únicamente en tres ubicaciones: Caleta, Cumayasa y Savica. Se reclutaron 332 niños, lo que supone un 2.09% de la población diana.

No se recogió el porcentaje de consultas asistidas en relación a las previstas.

La consulta que mantuvo más visitas, fue la del barrio de Savica, donde se ubica el dispensario médico con 103 visitas y la del barrio de Cumayasa con 140 (tabla 20). Estos porcentajes se mantienen si consideramos la población menor de 3 meses.

Tabla 20. Niños incorporados al programa en el verano de 2006 y en el periodo 2006-2007

	VERANO 2006		2006/07	
<b>CALETA</b>	127	4%	26	1%
<b>CUCAMA</b>	92	3%	140	4%
<b>MTS</b>	21	1%	18	1%
<b>CUMAYASA</b>	164	4%	103	3%
<b>SAVICA</b>	43	1%	45	1%
<b>No registrado</b>	6		22	
<b>TOTAL</b>	447	2,81%	332	2,09%

En cuanto al programa de promotores de salud, se mantuvo supervisión con reuniones mensuales, pero no se inició proceso formativo.

## 5.2. Programa preventivo de salud

En los siguientes epígrafes recogeremos los datos que nos permiten evaluar el impacto y viabilidad de los diferentes programas que componen el proyecto de salud. Ya que unos programas influyen en los otros, los resultados se deben valorar en conjunto, aunque para una mayor claridad de la exposición lo haremos de forma secuencial.

### 5.2.1. Programa de atención pediátrica.

#### 5.2.1.1. Implantación

Las pediatras y promotoras acudieron a la consulta entre un 82 y un 93% de los días ofertados, según el barrio. Tras la intervención el porcentaje bajó al 71% (tabla 21); aplicando la prueba de Wilcoxon (no paramétrica) se obtuvo un decremento significativo estadísticamente ( $p=0,042$ ).

Tabla 21. Número de consultas por año y barrio y porcentaje respecto a lo previsto:

	2009		2010		2011		2012	
<b>CALETA</b>	22	92%	22	92%	22	92%	16	67%
<b>CUCAMA</b>	20	83%	20	83%	20	83%	17	71%
<b>MTS</b>	18	75%	20	83%	24	100%	17	71%
<b>CUMAYASA</b>	22	92%	22	92%	22	92%	16	67%
<b>SAVICA</b>	39	81%	43	90%	45	94%	32	67%

Se programaron 24 consultas al año en Caleta, Cucama, Cumayasa y MTS y 48 en Savica.

Entre Julio de 2006 y Diciembre de 2013 se realizaron 8.942 visitas, con un 49% de niños y un 51% de niñas. La distribución por edades muestra que el 61% de las visitas se realizaron a menores de tres años, con un 35% de visitas a recién nacidos y lactantes (figura 22).

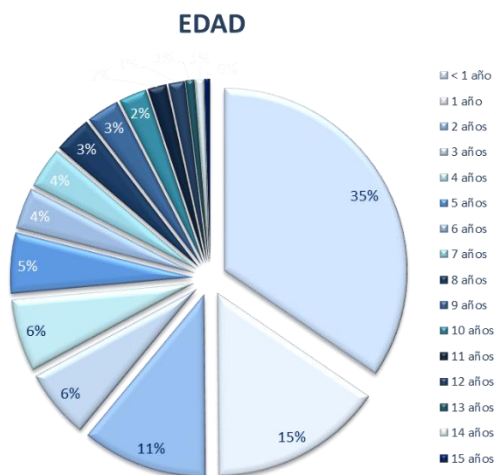


Fig. 22. Distribución de las visitas realizadas según la edad de los niños

El promedio de niños visitado dependió del barrio, oscilando desde un 55% en Savica hasta cerca de un 150% en Caleta o María Trinidad Sánchez (tabla 21). En global, el porcentaje de niños visitados cada día con respecto al número previsto, estuvo en el 100% durante los años de intervención, bajando al 90% en el año posterior. Aplicando la prueba no paramétrica de Friedman, apreciamos que no hubo diferencias significativas entre el periodo de intervención y el periodo posterior ( $p=0,640$ ).

Tabla 22. Promedio de visitas por consulta por año y barrio

	2009		2010		2011		2012		2013	
<b>CALETA</b>	21,2	141%	22,2	148%	14,8	99%	14,5	97%	14,8	99%
<b>CUCAMA</b>	11,4	77%	9,9	66%	No registrado		13,5	90%	No registrado	
<b>MTS</b>	19,5	130%	20,7	138%	12,2	81%	11,8	79%	12,2	81%
<b>CUMAYASA</b>	21	140%	12,6	84%	11,4	76%	14,2	95%	11,4	76%
<b>SAVICA</b>	9,08	61%	8,2	55%	15,1	101%	13,8	92%	15,1	101%
<b>TOTAL</b>	82,3	110%	73,6	98%	53,6	71,4%	67,8	90%	53,6	71,4%

Se incluye el porcentaje de visitas respecto a lo previsto (15 visitas por consulta).

En 2007, mientras la supervisión del programa se hizo a distancia, se **reclutaron** para el programa un total de 263 niños, lo que supuso un 1,67% de la población infantil considerada. Durante los 4 años de la intervención, se reclutaron sucesivamente 435, 497, 440 y 593 niños, con una media anual de 491 niños, lo que supone un 3,9% de la población. Posteriormente el ritmo de reclutamiento de nuevos niños volvió a descender al 1,91%. El ritmo de descenso en los últimos dos años ha sido del 40% anual (figura 23).



Fig. 23. Total de niños incorporados al programa entre 2007 y 2013.

Este reclutamiento varió en función del barrio (tabla 23 y figura 24), de forma que, en el barrio de Caleta y de Cucama se han incorporado al programa de salud el 21 y 26% de la población respectivamente, en el barrio de María Trinidad Sánchez con una población menor, el porcentaje de reclutamiento fue del 39%, es decir 2 de cada 5 niños del barrio. El porcentaje en el barrio de Cumayasa y de Savica fue menor, debido a que la población es más elevada, a pesar de que el número de niños incorporados es similar al resto de barrios.

Tabla 23. Niños incluidos en el programa en cada uno de los barrios

	VERANO 2006		2006/07		2008/11		2012/13		TOTAL	
<b>CALETA</b>	127	4%	26	1%	392	13%	102	3%	647	21%
<b>CUCAMA</b>	92	3%	140	4%	519	17%	71	2%	822	26%
<b>MTS</b>	21	1%	18	1%	454	29%	121	8%	614	39%
<b>CUMAYASA</b>	164	4%	103	3%	343	8%	66	2%	676	17%
<b>SAVICA</b>	43	1%	45	1%	256	6%	115	3%	459	11%
<b>No registrado</b>	6		22		73		11		112	
<b>TOTAL</b>	447	2,81%	332	2,09%	1964	12,36%	475		3218	20,25%

Mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon comparando todos los barrios en conjunto, el incremento entre el periodo previo a la intervención y la misma, alcanzó significación estadística ( $p=0,028$ ). Sin embargo el decremento en los años posteriores no fue estadísticamente significativo ( $p=0,345$ ).

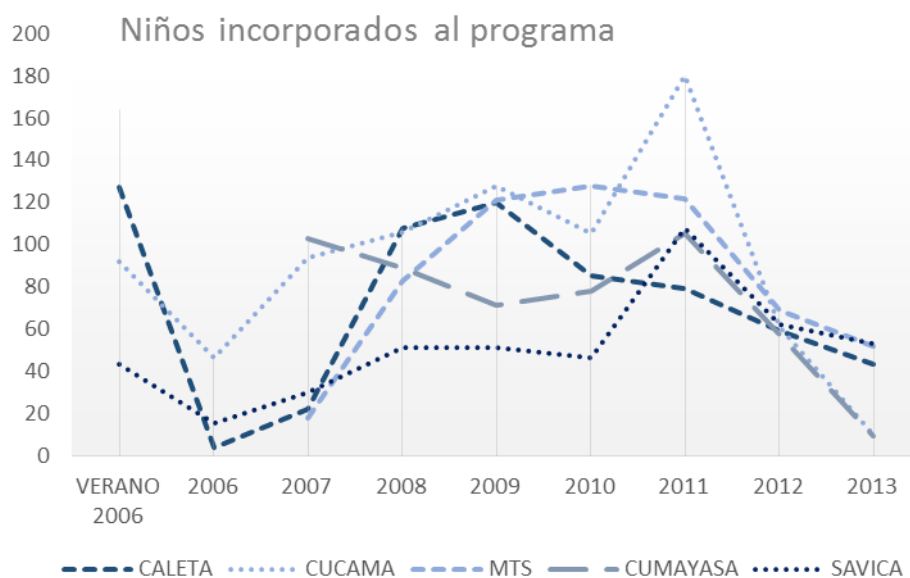


Fig. 24. Niños incorporados al programa en cada uno de los barrios entre julio de 2006 y noviembre de 2013.



Como se aprecia en la figura 24, en todos los barrios la curva es similar con un pico de reclutamiento en 2011 y un descenso marcado a partir de ahí. En María Trinidad Sánchez (MTS) la curva es más suave con un ritmo de incorporación más homogéneo. En el resto de barrios observamos un ascenso pronunciado en los primeros años de intervención, con un enlentecimiento del mismo al año siguiente y un reascenso en 2011, año en el que se hizo un esfuerzo de captación previo al final de la intervención.

Tabla 24. Distribución por sexo de los niños incluidos en el programa en cada barrio

SEXO	CALETA	CUCAMA	M <sup>a</sup> TRINIDAD SANCHEZ	CUMAYASA	SAVICA	NO REGISTRADO	TOTAL
NIÑAS	341	429	313	359	277	70	1789
	10,0%	12,5%	9,1%	10,5%	8,1%	2,0%	52,3%
NIÑOS	301	401	298	347	219	67	1633
	8,8%	11,7%	8,7%	10,1%	6,4%	2,0%	47,7%
TOTAL	642	830	611	706	496	137	3422
	18,8%	24,3%	17,9%	20,6%	14,5%	4,0%	100,0%

Respecto al sexo, se incluyeron en el programa un 52,3% de niñas y un 47,7% de niños, con distribución similar en todos los barrios (tabla 23). El porcentaje de niños que acuden por primera vez antes de cumplir el año es del 37,1% y el porcentaje de los que lo hacen por debajo de los 3 años del 54,9% (tabla 25).

En cuanto al reclutamiento de recién nacidos y lactantes pequeños (menores de 3 meses), vemos que la tendencia fue ascendente hasta 2011, año de mayor proporción de captación de lactantes pequeños con porcentajes de hasta un 19,39% de los nacidos ese año, en el caso de Caleta, o el 18,79% en Cucama. En 2010 se estabilizó el reclutamiento y en 2011, coincidiendo con el esfuerzo de

captación de recién nacidos hubo un repunte. Al año siguiente los niveles se asemejan a la meseta de 2009/10 (figura 25).

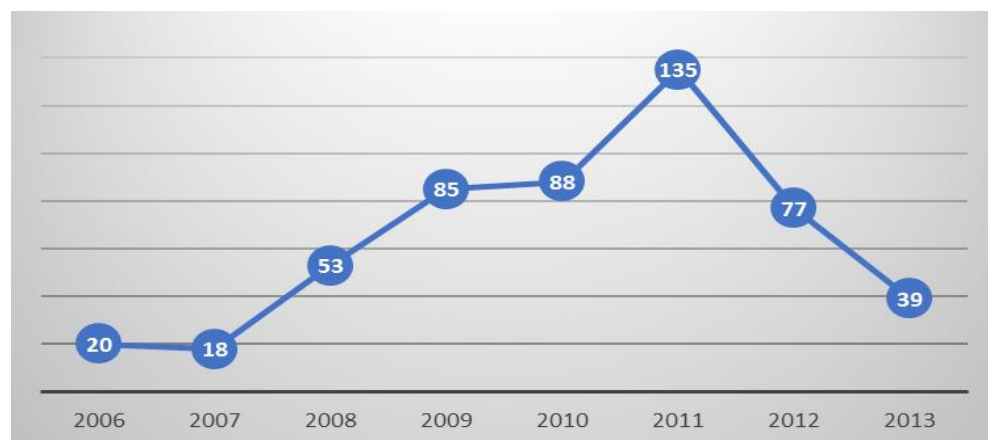


Fig. 25. Niños que acuden por primera vez antes de los 3 meses de edad

Tabla 25. Distribución de los niños incluidos en el estudio según la edad en la primera visita

EDAD	CALETA	CUCAMA	MARÍA TRINIDAD SANCHEZ	CUMAYASA	SAVICA	NO REGISTRADO	TOTAL
Menor de 1 año	490	390	180	36	136	27	1259
	14,4%	11,5%	5,3%	1,1%	4,0%	0,8%	37,1%
De 1 a 3 años	80	146	102	201	46	30	605
	2,4%	4,3%	3,0%	5,9%	1,4%	0,9%	17,8%
De 3 a 7 años	27	85	214	313	124	30	793
	0,8%	2,5%	6,3%	9,2%	3,7%	0,9%	23,3%
De 7 a 10 años	19	91	92	106	118	14	440
	0,6%	2,7%	2,7%	3,1%	3,5%	0,4%	13,0%
Mayor de 10 años	24	105	18	50	67	36	300
	0,7%	3,1%	0,5%	1,5%	2,0%	1,1%	8,8%
Total	640	817	606	706	491	137	3397
	18,8%	24,1%	17,8%	20,8%	14,5%	4,0%	

La distribución por barrios se muestra en la figura 26. En todos los barrios se produce un descenso en 2013, salvo en el barrio de Caleta, que tras una disminución en el año 2012 vuelve a subir. Destacar aquí que en 2013 se abre en Caleta un dispensario médico, cuando hasta el momento la consulta se daba en un dispensario móvil.

Respecto a la distribución de la muestra por edades en la primera visita y barrio que aparece en la tabla 25 y en la figura 26, vemos que en el barrio de Savica, donde la consulta era semanal y no ha habido variaciones significativas, la incorporación de recién nacidos ha sido más homogénea.

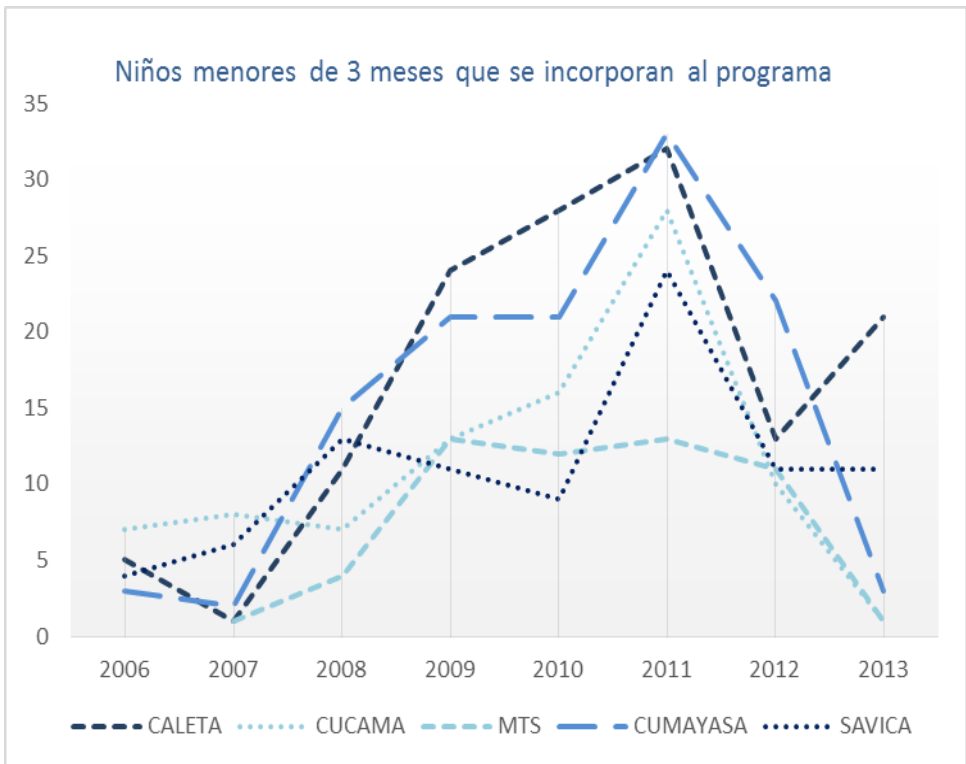


Fig. 26. Niños que acuden por primera vez antes de los 3 meses de edad en cada uno de los barrios

Si contamos con los niños reclutados entre 1 y 3 meses en proporción a los recién nacidos vivos (tabla 26), considerando la población diana estimada en cada barrio (Caleta: 160, Cucama: 160, MTS: 80, Cumayasa: 200 y Savica: 200; total: 600-800) vemos diferencias. Si comparamos todos los barrios entre sí, mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, la diferencia no alcanzó significación estadística ( $p=0,336$ ). Comparando los barrios de Caleta y María Trinidad Sánchez donde la doctoranda acudía como pediatra, con el resto de barrios aplicando la prueba no paramétrica de Mann-Whitney tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,761$ ).

Tabla 26. Lactantes incluidos en el programa en los tres primeros meses de vida, en relación a la población diana.

	CALETA		CUCAMA		MTS		CUMAYASA		SAVICA		TOTAL	Sobre 800	Sobre 600
<b>2006</b>	5	3,13%	7	4,38%	0	0,00%	3	1,50%	4	2,00%	19	2,38%	3,17%
<b>2007</b>	1	0,63%	8	5,00%	1	1,25%	2	1,00%	6	3,00%	18	2,25%	3,00%
<b>2008</b>	11	6,88%	7	4,38%	4	5,00%	15	7,50%	13	6,50%	50	6,25%	8,33%
<b>2009</b>	24	<b>15,0%</b>	13	8,13%	13	<b>16,25%</b>	21	10,50%	11	5,50%	82	10,25%	13,67%
<b>2010</b>	28	<b>17,5%</b>	16	10,00%	12	<b>15,00%</b>	21	10,50%	9	4,50%	86	10,75%	<b>14,33%</b>
<b>2011</b>	32	<b>20,0%</b>	28	<b>17,50%</b>	13	<b>16,25%</b>	33	<b>16,50%</b>	24	<b>12,00%</b>	130	<b>16,25%</b>	<b>21,67%</b>
<b>2012</b>	13	8,13%	10	6,25%	11	<b>13,75%</b>	22	<b>11,00%</b>	11	5,50%	67	8,38%	11,17%
<b>2013</b>	21	13,1%	1	0,63%	1	1,25%	3	1,50%	11	5,50%	37	4,63%	6,17%

Durante los años de intervención se reclutaron (en los tres primeros meses de vida) de forma progresiva, más niños, 13, 14 y hasta un 21,7% de los RN vivos. En 2012, el porcentaje se redujo a la mitad (del 8,4 al 11,2% según el valor de referencia), y al año siguiente aún se redujo más, pero lejos aún del 2,3-3% reclutado en el año previo a la intervención (tabla 26). Mediante la prueba de Wilcoxon vemos que el incremento entre el periodo pre-intervención y el periodo

de intervención es significativo ( $p=0,043$ ), pero el decremento tras la intervención no alcanzó significación estadística ( $p=0,080$ ).

Otro modo de valorar la implantación programa es a través de la **frecuentación**. Considerando adhesión al programa acudir 3 o más veces, vemos que el 24,28% de los niños reclutados se adhirieron al programa. La distribución es muy diferente según los barrios, desde el 13% de adhesión en el barrio de Cucama hasta el 33% de María Trinidad Sánchez o el 38% de Caleta (figura 27, tabla 27).

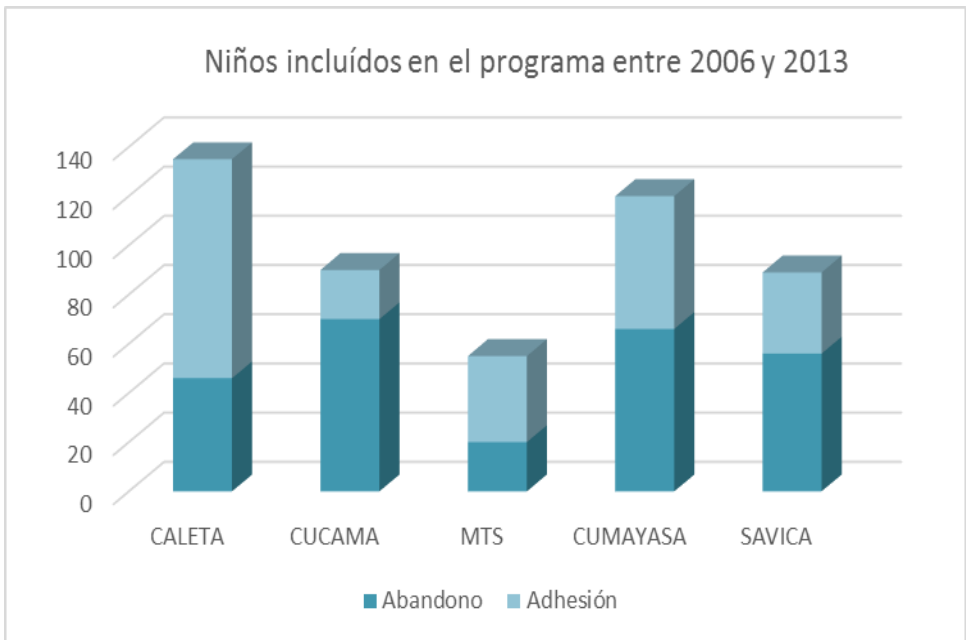


Fig. 27. Proporción de niños que se adhirieron al programa respecto al total de los niños incluidos entre 2006 y 2013

Valorando únicamente, los años de intervención (2009-2011), los porcentajes son diferentes: 79% y 77% en Caleta y María Trinidad Sánchez respectivamente y 45% en Cumayasa (figura 28, tabla 27).

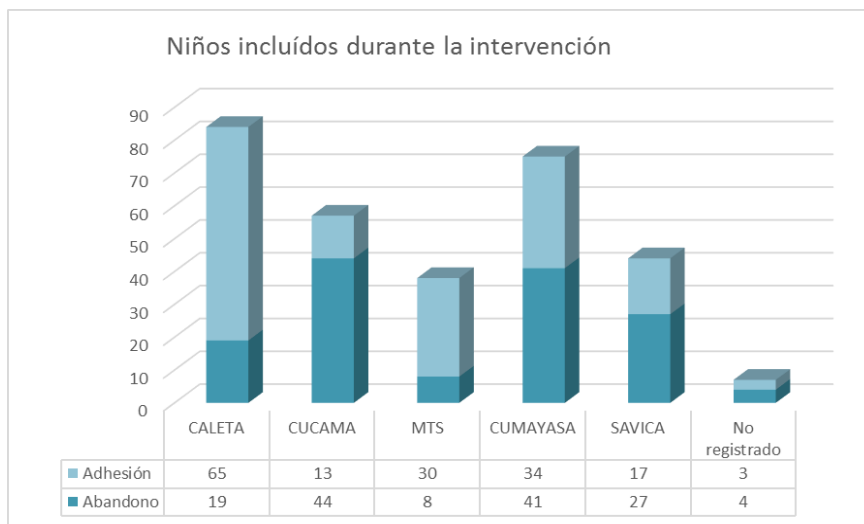


Fig. 28. Proporción de adhesión de los niños reclutados durante la intervención (2008-2011)

Aplicando la prueba de Wilcoxon, vemos que la diferencia en el porcentaje de adhesión, si consideramos todo el periodo frente al de intervención, fue estadísticamente significativa ( $p=0,043$ )

Tabla 27. Porcentaje de adhesión de los niños reclutados en cada periodo según el barrio.

	2006-2013	2009-2011
<b>CALETA</b>	38%	77%
<b>CUCAMA</b>	13%	23%
<b>MARIA TRINIDAD SANCHEZ</b>	33%	79%
<b>CUMAYASA</b>	22%	45%
<b>SAVICA</b>	20%	39%

Si valoramos la adhesión al programa en función de la edad de incorporación al mismo, mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon, vemos que la diferencia entre 2006 y 2001 alcanza significación estadística en el tramo de edad de 11 a 15 años ( $p=0,018$ ) y se rondó en el rango de 0 a 2 años ( $p=0,093$ ).

Tras analizar los momentos temporales entre barrios según el aumento o decremento de la adhesión al programa, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el periodo pre y post-intervención ( $X^2(4)=10,84$ ;  $p=0,028$ ) y 2008 ( $X^2(4)=30,75$ ;  $p=0,001$ ) a favor de los barrios como Caleta y María Trinidad Sánchez. No obstante, la comparación entre 2011 y 2013 no alcanzó el nivel de significación estadística.

Respecto a la evolución individual por barrio, aplicando la prueba de Friedman, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el periodo pre y post-intervención en el barrio de Caleta ( $p=0,02$ ), y rozando la significación en María Trinidad Sánchez ( $p=0,05$ ); no así en los barrios atendidos por la otra pediatra (Cucama ( $p=0,097$ ), Cumayasa ( $p=0,096$ ) y Savica ( $p=0,097$ )).

Valorando estos datos en lactantes, vemos que en 2007 se reclutaron 58 niños menores de un año y de ellos 39 (67%) acudieron de forma esporádica (1 o 2 veces). En 2011 se reclutaron 219 adhiriéndose al mismo 160, lo que supone un 59%. En el año 2012, ya sin intervención externa, desciende el número de reclutamientos a 135, manteniéndose un porcentaje de adhesión del 54%.



Fig. 29. Proporción del número de visitas de los niños reclutados en su primer año de vida, según el año de incorporación al programa.

Detallando el número de visitas (figura 29), vemos que en los años de intervención cerca de un tercio de los niños acudieron más de cinco veces.

Cuando valoramos esta adhesión en los niños reclutados por debajo del mes, en el periodo previo, vemos que se reclutaron 13 niños de los cuales un 70% abandonaron el programa. Las cifras son muy diferentes durante el periodo de intervención, en el que también hay diferencias entre los barrios. En 2008 EL 52 % (11/21) vienen una o dos veces y el 48% (10/21) siguen el programa, viniendo 3 o más veces. En el barrio de Cumayasa, con un buen grupo de Promotores de Salud, el porcentaje (43%) de no seguimiento es menor que el de seguimiento (57%).

En 2009, se adhirieron 43 recién nacidos y los porcentajes se invierten: 40% no siguen el programa, y un 60% sí lo siguen. En el barrio de Caleta, en el que la doctoranda actuó como pediatra y el grupo de promotores se afianzó, hubo un 78% de adhesión, con un 61% de niños que acudieron más de 7 veces en el primer año; en ese barrio se reclutó al 42% del total de niños. En 2010, año de consolidación del programa, se reclutaron 47 neonatos, de los cuales 17 (36%) abandonaron y 30 (63%) se adhirieron al programa. En el barrio de Caleta, el 100% los niños reclutados (11) siguieron el programa, con un 63% de ellos que acudieron más de 7 veces.

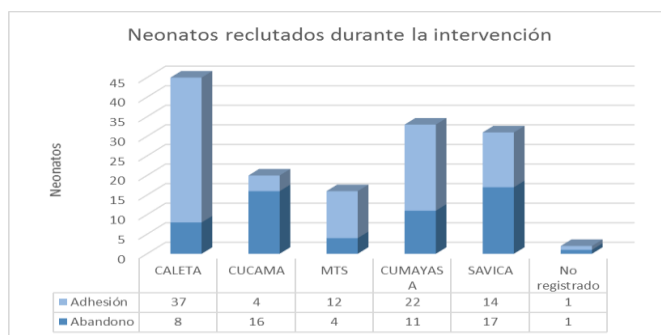


Fig. 30. Proporción de adhesión de los neonatos reclutados durante la intervención (2008-2011)



En Cucama, aunque se reclutaron más neonatos (8), un 88% de niños lo abandonaron (7). En 2011, se reclutan 58 neonatos, manteniéndose la proporción de seguimiento: el 40% no siguieron el programa y el 60% sí. En Caleta, se reclutaron 16 niños, con un 74% de adhesión (con al menos 5 visitas), con un 32% que acudieron más de 7 veces. En María Trinidad Sánchez, dado que es un barrio pequeño, hay menos nacimientos pero el 100% realizaron el seguimiento del programa.

En estos años (figura 30) se han reclutado 147 neonatos, con una media de 45 neonatos por año (lo que representa de un 5,6% a un 7,5% de los recién nacidos al año en el área de referencia). El 39% han abandonado el programa y el 61% lo han seguido. En concreto, el 23% han acudido 3 o 4 veces, el 16% 5 o 6 veces, el 14% entre 7 y 10 veces y un 9% (13) han acudido más de 10 veces en el primer año de vida.

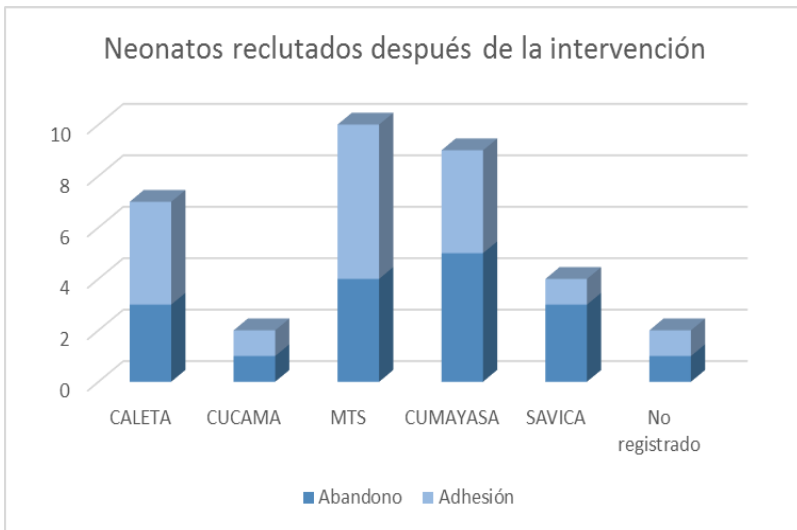


Fig.31. Proporción de adhesión de los neonatos reclutados después de la intervención (2012-2013)

En 2012 se reclutan 34 recién nacidos (figura 31). El porcentaje de adhesión al plan ha bajado, situándose en el 50% en todos los barrios, a excepción de María

Trinidad Sánchez, donde el grupo de promotores se ha afianzado y mantiene en un 60%. En 2013, los datos no son valorables ya que el periodo de seguimiento de muchos de los neonatos no puede ser de un año según su fecha de inclusión en el programa.

### 5.2.1.2. Eficacia

#### 5.2.1.2.1. Índices antropométricos

Valoramos el **peso al nacer** de 437 recién nacidos mediante cuestionario a sus madres y en algún caso, registro en cartilla de salud infantil. La distribución, fue similar al estándar de la OMS, aunque hay un 11% de neonatos por debajo de -2DE.

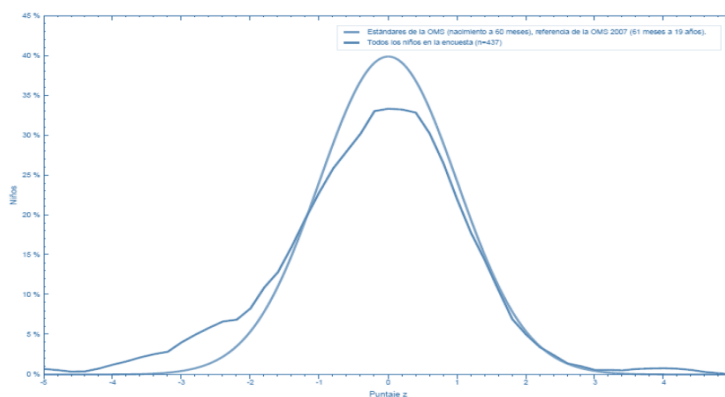
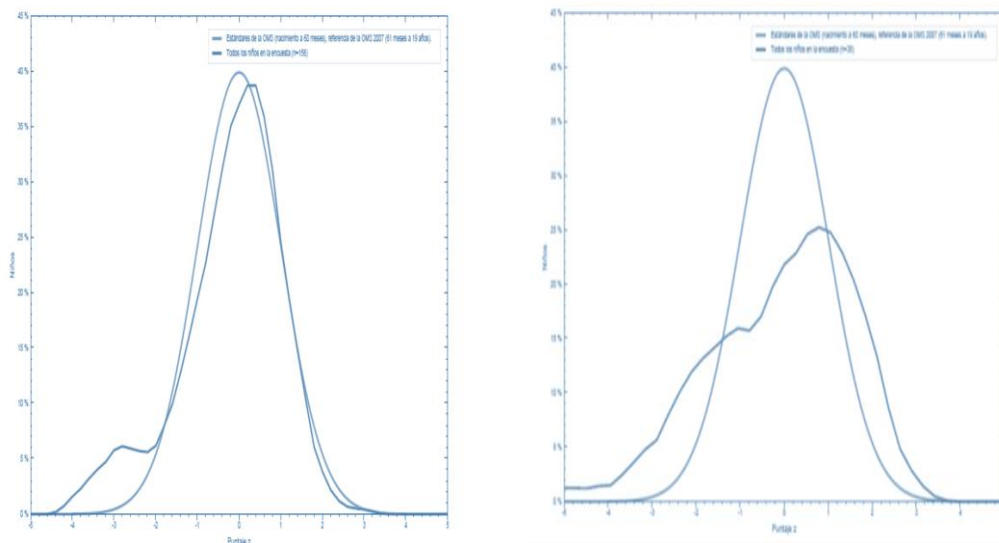


Fig. 32. Distribución de los recién nacidos en función de su peso al nacer comparándolos con el estándar de la OMS

Los datos también son diferentes entre los barrios. En Caleta, con una distribución similar al estándar de la OMS, un 68% se encuentran en valores normales, pero aparece una subpoblación del 11% por debajo de 2 y 3 DE, con un 4% con bajo peso extremo. Los barrios de Cumayasa, Savica y María Trinidad Sánchez presentan distribuciones similares con porcentajes de neonatos con bajo peso al nacer (-2DE) o bajo peso extremo (-3DE) en torno al 12% y 4% respectivamente.

En el barrio de Cucama, sin embargo hay mucha dispersión de datos, con un 17 % de neonatos con bajo peso al nacer y un 6% de bajo peso extremo (-3DE), pero también con un 28% de niños por encima de la mediana (entre 1 y 2 DE) y un 9% por encima de 2DE.



	CALETA		CUCAMA	
<b>&lt;-3 DS</b>	6	4%	2	6%
<b>ENTRE -2 Y -3 DS</b>	11	7%	4	11%
<b>ENTRE -1 Y -2 DS</b>	16	10%	7	19%
<b>MEDIANA - 1 DS</b>	43	27%	4	11%
<b>MEDIANA + 1 DS</b>	60	38%	6	17%
<b>ENTRE 1 Y 2 DS</b>	20	13%	10	28%
<b>ENTRE 2 Y 3 DS</b>	1	1%	1	3%
<b>&gt; 3 DS</b>	0	0%	2	6%
	157		36	

Fig. 33. Distribución de los recién nacidos del barrio de Caleta y Cucama en función de su estado nutricional según peso al nacer

Mediante encuesta a 250 madres, recogimos el tipo de parto, con un 61% de partos vaginales y un 27% de cesáreas. Únicamente el 1% refirió parto domiciliario. En la misma encuesta, el 98% refieren lactancia materna, pero sólo el 58% de ellas, de forma exclusiva.

En la tabla 28 se recoge la **clasificación nutricional** de los niños visitados durante el estudio inicial, y posteriormente en 2011 (último año de la intervención directa) y en los años posteriores.

Tabla 28. Valoración nutricional según la propuesta de clasificación de la OMS (CIE-11)

	2006		2011		2012		2013	
<b>Desnutrición crónica grave agudizada</b>	2	0,5%	0	0	1	0,1%	2	0,3%
<b>Desnutrición aguda grave</b>	26	6,1%	51	2,6%	25	2,3%	16	2,5%
<b>Desnutrición cónica grave</b>	0	0 %	23	1,2%	24	2,2%	5	0,8%
<b>Desnutrición crónica agudizada</b>	43	9,9%	2	0,1%	3	0,3%	2	0,3%
<b>Desnutrición aguda moderada</b>	38	8,8%	83	4,2%	34	3,1%	48	7,3%
<b>Desnutrición crónica moderada</b>	23	5,3%	58	2,9%	21	1,9%	30	4,6%
<b>Desnutridos</b>	132	30,6%	217	11,1%	108	9,9%	103	15,8%
<b>Normales</b>	226	52,3%	663	33,7%	339	31 %	247	37,8%
<b>Bajo peso moderado</b>	36	8,3%	82	4,2%	38	3,5%	30	4,6%
<b>Bajo peso grave</b>	36	8,3%	33	1,7%	23	2,1%	12	1,8%
<b>Sobrepeso</b>	6	1,4%	39	1,9%	19	1,7%	20	3,1%
<b>Obesidad</b>	9	2,1%	42	2,1%	21	1,9%	10	1,6%
<b>N (Población)</b>	432		1967		1093		654	

El porcentaje de niños malnutridos al final de la intervención (2011) bajó desde el 30,6% que se registraba en 2006, hasta un 11%, lo que, aplicando la prueba de Wilcoxon resulta estadísticamente significativo ( $p=0,028$ ). En 2013 se situaba en el 15,75%; muy por debajo del 30,56% que se registraba en 2006. Importante también el descenso de los niños con muy bajo peso, que pasó del 8,33% en 2006 al 1,68% en 2011 o 1,83% en 2013.

El porcentaje de obesidad también se ha ido reduciendo de un 2,08% hasta el 1,53% en 2013.

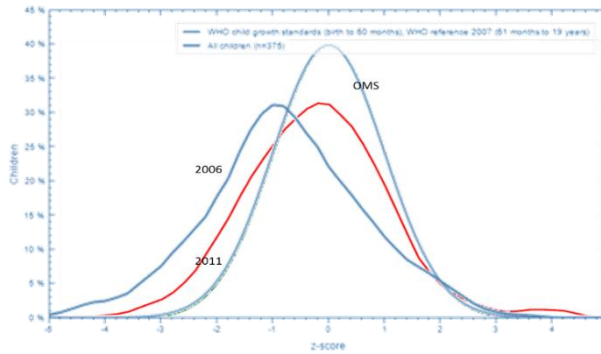


Fig. 34. Distribución del peso para la edad en 2006 y 2011 comparando con el estándar de la OMS

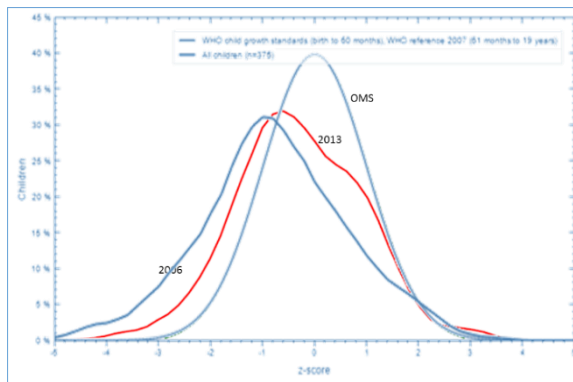


Fig. 35. Distribución del peso para la edad en 2006 y 2013 comparado con el estándar de la OMS

En la figura 36 se compara la distribución de la talla según la edad entre 2006 y 2011. Mientras que en 2006 la práctica totalidad de los niños estaban por debajo de la media, en 2011 los niños entre 2 y 8 años y los de 13 y14 ya se sitúan por encima de la media.

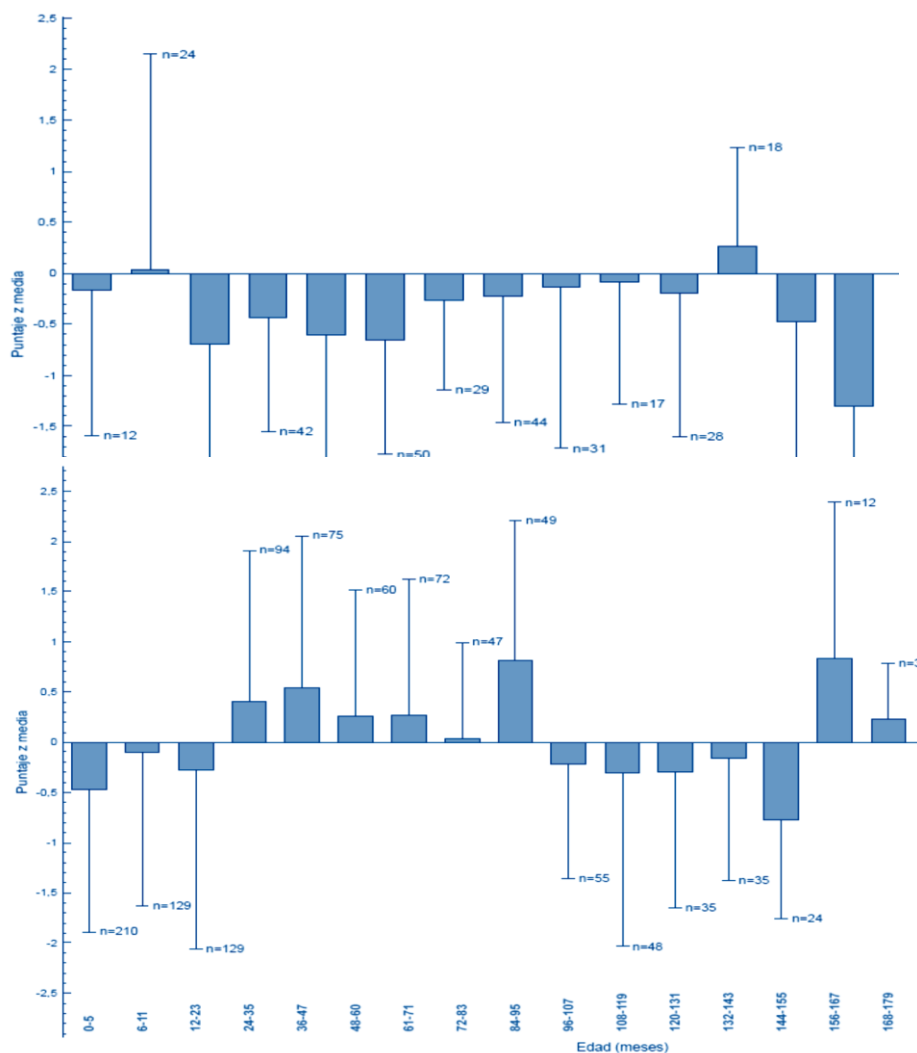


Fig. 36. Distribución de la talla según la edad en 2006 (gráfico superior) y 2011 (gráfico inferior).

Valoramos longitudinalmente a 30 niños incluidos en el programa en época de lactante: destaca la recuperación de la talla que se acerca a la media a partir de la sexta o séptima visita, coincidente con los 9-12 meses de edad (tabla 29, figuras 37 y 38).

Tabla 29. Evolución de la puntuación z del peso, longitud e índice de masa corporal de 30 niños seguidos desde el primer mes hasta el año de edad.

			1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª
<b>Peso</b>	N	Válido	30	30	27	29	29	30	24
		Perdidos	3	3	6	4	4	3	9
	Media		0,3	-0,2	0,1	0,0	0,0	0,2	-0,3
	Desviación estándar		1,64	1,10	1,22	1,11	1,18	1,08	1,41
<b>Altura</b>	N	Válido	31	30	27	29	29	30	24
		Perdidos	2	3	6	4	4	3	9
	Media		-0,7	-0,4	-0,6	-0,4	-0,5	-0,3	-0,1
	Desviación estándar		1,77	1,34	1,33	1,28	1,28	1,38	1,04
<b>IMC</b>	N	Válido	31	30	27	29	29	30	24
		Perdidos	2	3	6	4	4	3	9
	Media		0,13	-0,34	-0,13	-0,11	-0,02	-0,22	-0,16
	Desviación estándar		2,05	1,23	1,55	1,69	1,83	1,67	2,20

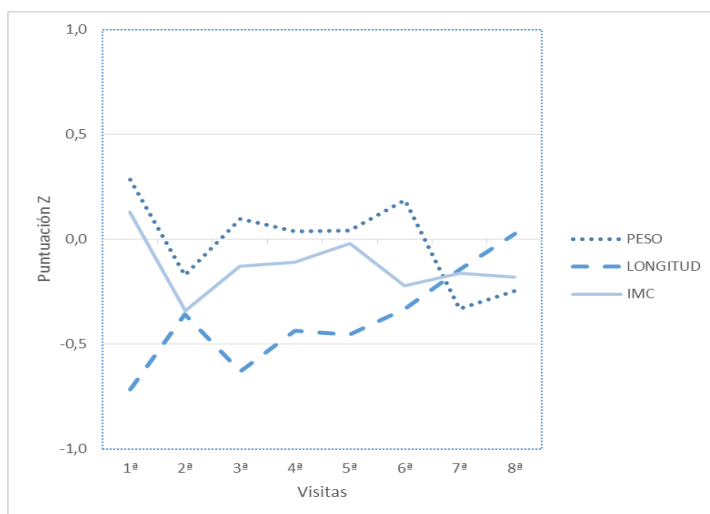


Figura 37. Evolución de la puntuación z del peso, longitud e índice de masas corporal para la edad de 30 niños seguidos desde el primer mes de vida hasta el año.

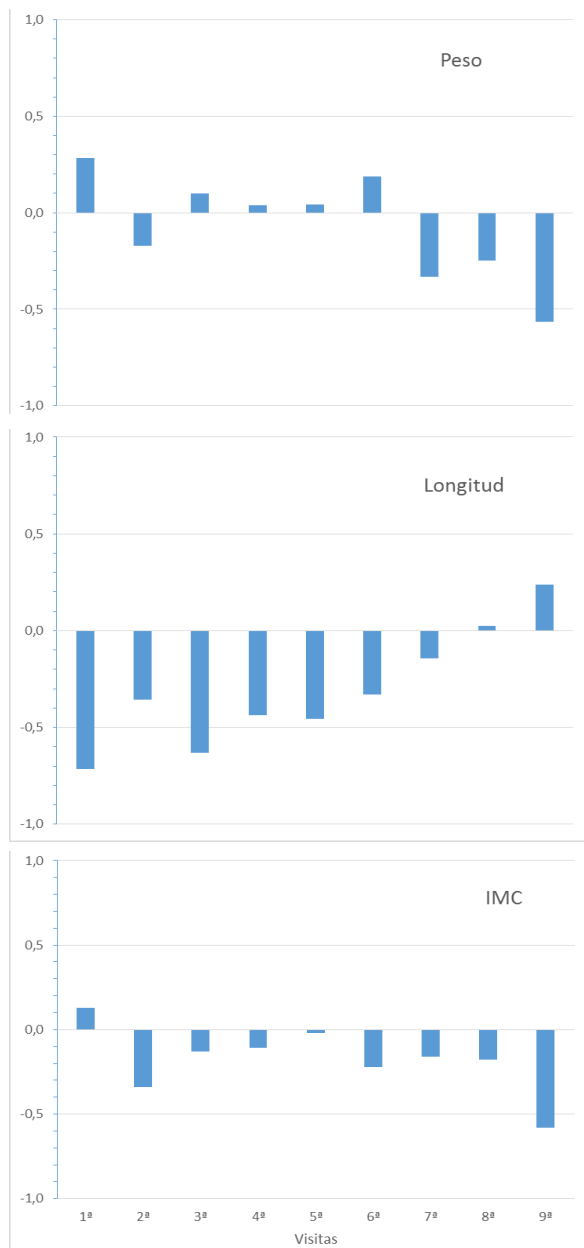


Fig. 38. Evolución del peso (gráfico superior), longitud (gráfico medio) e índice de masa corporal (gráfico inferior) de 30 niños seguidos durante el primer año



La variación no alcanza la significación estadística si se valora la puntuación Z ( $p=0,716$  para el peso,  $p=0,301$  para la talla), pero sí lo hace si se valoran los datos crudos en valor absoluto mediante la prueba de t de Student para datos relacionados (peso:  $t(30)=13,89$  con  $p<0,001$ ; longitud:  $t(28)=14,26$  con  $p<0,001$ )

#### 5.2.1.2.2. Enfermedades detectadas

En cuanto a los motivos de consulta, vemos que en el 52% de los casos, las madres refirieron que acudían para *chequeo*. Entre el 48% restante, destaca la fiebre con un 54%, seguido de los problemas gastrointestinales (16%) y respiratorios (15%). La distribución es similar en los diferentes barrios, como se detalla en la tabla 28 y en la figura 30.

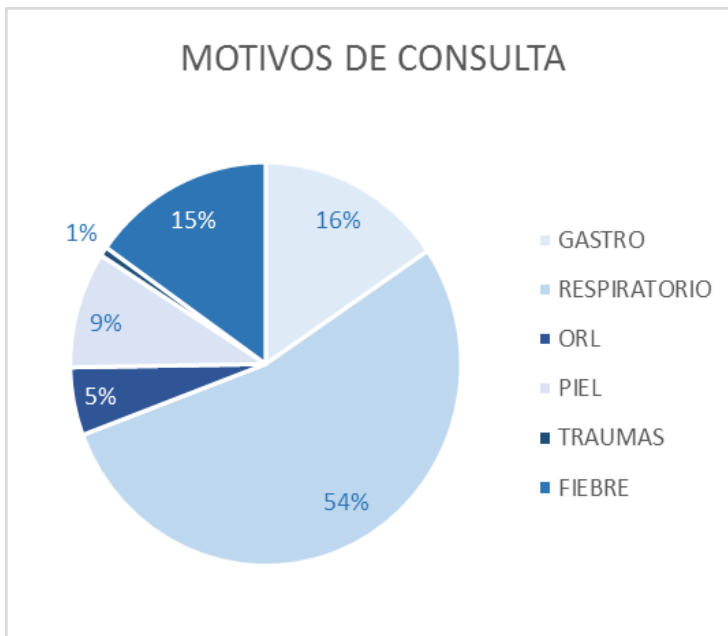


Fig. 39. Procesos patológicos referidos como motivo de consulta

Tabla 30. Motivos de Consulta durante el periodo de intervención

	CALETA		CUCAMA		MTS		CUMAYASA		SAVICA	
CHEQUEO	795	43,40%	464	48,69%	489	34,66%	576	48,53%	1144	75%
FIEBRE	138	7,53%	107	11,23%	100	7,09%	87	7,33%	52	3,42%
ALERGIA	27	1,47%	5	0,52%	4	0,28%	5	0,42%	10	0,66%
NO COME	32	1,75%	9	0,94%			9	0,76%	3	0,20%
PARASITOS/AMEBAS	11	0,60%	5	0,52%	13	0,92%	6	0,51%	7	0,46%
DOLOR TRIPIA	36	1,97%	9	0,94%	24	1,70%	17	1,43%	3	0,20%
DIARREA	61	3,33%	33	3,46%	60	4,25%	36	3,03%	33	2,17%
VOMITOS	14	0,76%	12	1,26%	20	1,42%	15	1,26%	17	1,12%
ESTREÑIMIENTO	1	0,05%	1	0,10%	4	0,28%	4	0,34%		0,00%
GRIPE	446	24,34%	237	24,87%	403	28,56%	315	26,54%	189	12,42%
SEAPIRIETA	16	0,87%	5	0,52%	40	2,83%	14	1,18%	6	0,39%
TOS	15	0,82%	6	0,63%	11	0,78%	7	0,59%	3	0,20%
DOLOR DE GARGANTA	33	1,80%	6	0,63%	30	2,13%	20	1,68%	8	0,53%
DOLOR DE OIDO	25	1,36%	6	0,63%	23	1,63%	16	1,35%	7	0,46%
DOLOR DE CABEZA	24	1,31%	11	1,15%	34	2,41%	13	1,10%	3	0,20%
NACIDOS	32	1,75%	17	1,78%	42	2,98%	11	0,93%	6	0,39%
RAQUÑA	10	0,55%	2	0,21%	5	0,35%	1	0,08%		0,00%
HONGOS	47	2,57%	18	1,89%	59	4,18%	26	2,19%	5	0,33%
GRANITOS	8	0,44%		0,00%		0,00%	5	0,42%	3	0,20%
MAL DE ORINES	6	0,33%		0,00%	19	1,35%	2	0,17%	6	0,39%
TRAUMAS	9	0,49%		0,00%	14	0,99%		0,00%	4	0,26%
EMBARAZO	36	1,97%		0,00%	9	0,64%	2	0,17%		0,00%
ANALISIS	10	0,55%		0,00%	8	0,57%		0,00%	13	0,85%

Los diagnósticos finales difieren de los motivos de consulta. El porcentaje de niños que únicamente requirieron de revisión de salud se reduce al 34,6%. Las enfermedades más prevalentes son las que afectan al aparato respiratorio con un 35%, incluyendo asma, bronquitis e infecciones respiratorias del tracto superior. Las enfermedades gastrointestinales suponen el 14,4%.

También fueron prevalentes las enfermedades que afectan a la piel con un 10,7% de los diagnósticos, incluyendo impétigo, dermatomicosis y escabiosis. En un 26,2% no pudimos llegar a un diagnóstico definitivo de cuadros febriles inespecíficos, sin poder descartar que se tratase de dengue clásico. Tampoco es descartable el porcentaje de niños en los que se diagnosticó anemia (3,89%). La prevalencia de estas enfermedades por cada 1000 niños, se recogen en la tabla 30.

Tabla 31. Diagnósticos más prevalentes durante el periodo de intervención

ENFERMEDADES	PROPORCION	PREVALENCIA POR CADA 1000 NIÑOS			
ENFERMEDADES ORL	9,8%	4,8			
ANEMIA	3,9 %	0,9			
ENF RESPIRATORIAS	35%	16,9	ASMA	5,3%	3,5
			BRONQUITIS	8,1%	4,8
			IRS	21,7%	8,7
FIEBRE/GRIPE	26,2%	16,9			
ENF. GASTROINTESTINALES	14,4%	9,8	GEA	10,7%	6,9
			PARASITOS	3,7%	2,8
ENF. PIEL	10,8%	7,4	ESCABIOSIS	1,3%	0,9
			HONGOS	2,7%	0
			IMPETIGO	6,7%	3,7
CONTROL DE SALUD	34,6%				

Tabla 32. Diagnósticos más prevalentes en julio de 2006 y en 2011.

	2006	2011
<b>Chequeo</b>	<b>155</b>	<b>571</b>
<b>Enfermedades relacionadas con malos hábitos de higiene</b>	<b>114 (32%)</b>	<b>245 (21%)</b>
Adherencias balano prepuciales	14	2
Caries	23	5
Dermatitis	13	48
Escabiosis	6	27
Impétigo	35	55
Muguet	4	5
Tiña capitis	9	61
Tiña dérmica	5	34
Vulvovaginitis	2	8
<b>Enfermedades digestivas</b>	<b>70 (20%)</b>	<b>176 (15%)</b>
Estreñimiento	1	10
Gastroenteritis	8	129
Parasitosis	48	35
Sobrepeso	5	2
<b>Enfermedades del ámbito ORL</b>	<b>45 (13%)</b>	<b>155 (13%)</b>
Amigdalitis	31	121
Otitis Media	10	24
Otitis Externa	4	10
<b>Enfermedades respiratorias</b>	<b>45 (13%)</b>	<b>439 (38%)</b>
Asma	8	48
Bronquiolitis	3	12
Bronquitis	9	66
Faringitis	6	9
Gripe	8	22
Infección respiratoria superior	9	18
Neumonía		4
Otras		260
<b>Enfermedades hematológicas</b>	<b>21 (6%)</b>	<b>55 (5%)</b>
Adenopatías	3	5
Anemia	18	50
<b>Enfermedades Cardíacas</b>	<b>17 (5%)</b>	<b>5 (0,5%)</b>
Sincope vagal	1	1
Soplo orgánico	6	2
Soplo funcional	10	2
<b>Trauma/ortopedia</b>	<b>8 (2%)</b>	<b>10 (1%)</b>
<b>Otros</b>	<b>37 (10%)</b>	<b>85 (7%)</b>

No se detectaron porcentajes significativos del resto de las enfermedades que la OMS considera como más prevalentes en la infancia (sarampión, malaria...).

Comparando los diagnósticos más prevalentes obtenidos entre 2006 y 2011 vemos una reducción en la proporción de enfermedades debidas a deficientes hábitos higiénicos y en las enfermedades digestivas con un aumento en las enfermedades respiratorias, como se ve en la tabla 32.

Se remitió al hospital en el 0,3% (29/8942) de las visitas, en el 55% de los casos para rehidratación intravenosa por deshidratación secundaria a diarrea, en el 38% de los casos por infecciones respiratorias complicadas y en un 7% por crisis hemolíticas en niños con anemia falciforme.

Remitimos para valoración especializada, tanto en el dispensario médico como aprovechando operativos de otras asociaciones, a 59 niños (0,6%). Como vemos en la tabla 32, el motivo más frecuente fue la valoración cardiológica (27%) y quirúrgica (23%).

Tabla 33. Niños (%) remitidos para valoración especializada durante el periodo de intervención

<b>REMISION PARA CONSULTAS ESPECIALIZADAS</b>		
<b>CIRUGIA</b>	13	23%
<b>DERMATOLOGIA</b>	5	9%
<b>CARDIOLOGIA</b>	15	27%
<b>NEUROLOGIA</b>	8	14%
<b>ORL</b>	4	7%
<b>PSICOLOGIA</b>	5	9%
<b>GINECOLOGIA</b>	4	7%
<b>ENDOCRINO</b>	1	2%
<b>HEMATOLOGIA</b>	1	2%

En cuanto a afección crónica, reseñar que, aunque se trataba de pocos casos, el hecho de la dificultad de manejo hizo que acudieran con frecuencia a la consulta por procesos agudos banales. Durante nuestra intervención se produjeron 2 fallecimientos (de un total de 3347 niños atendidos): un niño con hidrocefalia grave y una recién nacida de bajo peso por gastroenteritis aguda con deshidratación grave. Esto supone 0,83 ‰, muy por debajo de los 12 ‰ de la ciudad de La Romana.

## 5.2.2. Programa de Promotores de Salud

### 5.2.2.1. Implantación

El programa funcionó desde el principio del proyecto en 2006 y hoy todavía funciona. Constituye el centro de todo el proyecto, ya que proporciona el voluntariado responsable de la ejecución del resto de programas.

Tabla 34. Datos de los cursos de iniciación de promotores de salud

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Matriculados</b>	15	30	69	91	175	97
<b>Media de asistentes por sesión</b>	15	27	57	80	162	95
	100%	90%	83%	88%	93%	98%
<b>Edad (años)</b>	17-67	7-65	7-66	5-76	8-66	6-60
<b>Mediana de edad (años)</b>	35	30	25		25,3	20
<b>Mujeres/hombres</b>	14/1	25/5	63/6	82/9	158/17	86/11
<b>Barrios</b>	5	5	10	10	10	10
<b>Localización</b>	Liceo	Liceo	Caleta Cumayasa Liceo		Caleta/Savica Liceo/MTS Cumayasa Cucama	
<b>Aprobados (Calificación &gt;50%)</b>		98%	100%	92%	99%	94%
<b>Calificación &gt; 85%</b>		75%	60%	51%	57%	72%

En este proyecto, 477 personas realizaron el curso de iniciación entre 2007 y 2012, en los 10 barrios de influencia con una media de asistencia a todas las sesiones del 90%. El 89,7% fueron mujeres. La mediana de edad ha sido de 27 años con un rango que va de 6 a 76 años (tabla 34). Las clases se han impartido hasta en seis sedes distintas de forma simultánea.

Al finalizar el curso se realizó una prueba teórica con un 97% de aprobados y un 63% de casos con puntuación por encima del 80%. En la tabla 34 se recogen los datos desglosados por año. Las diferencias entre el curso de 2008 y el de 2011 no alcanzan significación estadística ( $p=0,138$ ), como tampoco las diferencias entre éste y los cursos posteriores ( $p=0,273$ ).

Se incorporaron al curso de formación básica 218 personas (el 45% de las que realizaron la formación inicial) y 108 de ellos (49,5%) lo completaron. El 100% han aprobado la prueba teórica y el 95% la prueba práctica, graduándose finalmente 97 Promotores de Salud. En la tabla 35 se recogen los datos por curso.

Tabla 35. Datos de los cursos de formación básica de promotores de salud

	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
<b>Matriculados</b>	35	67	86	30
<b>Examinados</b>	35	30	32	21
<b>Aprobados</b>	100%	97%	66%	100%

De los 97 graduados, 35 personas se mantienen en el programa, recibiendo la formación continua, lo que supone el 7.3% de las personas que iniciaron el proceso formativo. Desde el inicio del programa se han ido incorporando al grupo activo de promotores de 3 a 5 personas cada año. En el momento actual hay, al menos un promotor de salud en cada uno de los barrios en los que se trabaja.

Tabla 36. Actividades realizadas por los promotores de salud

ACTIVIDAD	PROMOTORES PARTICIPANTES	BENEFICIARIOS
Atención pediátrica: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización de la consulta</li> <li>• Registro en las historias</li> <li>• Somatometría</li> <li>• Dispensa de medicación</li> <li>• Controles del niño sano</li> <li>• Consejos de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caleta: 5 promotoras y 2 médicos voluntarios</li> <li>• Savica: 1 promotora</li> <li>• María Trinidad Sánchez: 3 promotoras</li> <li>• Cucama: 2 promotoras</li> <li>• Cumayasa: 3 promotoras</li> </ul>	3347 niños de 0 a 15 años
Control de enfermos crónicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de TA</li> <li>• Control de Glicemia</li> <li>• Dispensa de medicación</li> <li>• Curas</li> </ul>	35 (con un máximo de 5 enfermos por cada promotor)	102 personas
La Salud no es un cuento	1 equipo en cada barrio	150 personas
Revisiones médicas en las bibliotecas Calasanz nos Une	10 promotores por sesión (35 en total)	132 niños entre 7 y 12 años
Enfermerías escolares	2 promotoras contratadas	1400 alumnos de 3 a 18 años
Programa de radio semanal con consejos de salud	2 promotores por sesión	Área de La Romana
Charlas abiertas a la comunidad	Coordinación y difusión	200 personas por sesión
Itinerario formativo de Promotores de salud	35	100 personas por año



### 5.2.2.2. Eficacia

En 2009, el grupo de promotores que realizaban actividades estaba formado por 24 personas: 22 mujeres y 2 hombres con edades comprendidas entre 7 y 65 años (con una media de 38 años) de 8 de los 10 barrios de influencia y con una media de asistencia a las actividades del 80%. Durante el año se mantuvieron reuniones semanales con asistencia media de 35 promotores.

En 2011, el grupo ya tenía promotores en todos los barrios. Se constituyó un equipo coordinador de 7 personas. La asistencia a las reuniones mensuales era del 85% de los promotores veteranos y del 50% con los recientemente incorporados

Las actividades desempeñadas por los promotores de salud se recogen en la tabla 36. Los promotores de salud asistían al 100% de las consultas pediátricas en cada dispensario (ver apartado 5.2.3). Dos de las promotoras de salud se contrataron para llevar la enfermería escolar de las escuelas San Pedro y Liceo Calasanz con asistencia del 98% de las jornadas escolares (ver apartado 5.2.4).

Los promotores de salud visitaban 1 vez al mes a los enfermos crónicos de su comunidad, (ver apartado 5.2.3) Se promovían sesiones de sensibilización y promoción de la salud con resultado desigual: se realizó una sesión formativa sobre el cáncer de mama con una asistencia de 200 personas.

Se realizó un programa de radio semanal de 30 minutos en una emisora local con asistencia del 100% por parte de los promotores veteranos.

En Noviembre de 2012, un año después de retirarnos del programa el grupo de veteranos constaba de 29 personas (3 hombres y 26 mujeres de 10 a 68 años) de todos los barrios del área de influencia. La asistencia media a las actividades fue del 85-90%. Existía un equipo coordinador con 7 miembros que seguían un proceso de formación de coordinadores con reuniones mensuales con asistencia del 90%.

Había 30 personas en formación teórico-práctica con asistencia de un 70% al programa de formación inicial con sesiones mensuales, con una media de 6 personas en cada grupo, asistencia a la consulta de Pediatría en los barrios de Caleta, M Trinidad y Cumayasa y asistencia a enfermos crónicos acompañados por promotores veteranos.

Al finalizar la intervención externa, el programa, quedó al cargo del equipo de Promotores de salud que han mantenido las mismas actividades hasta el día de hoy. En el momento actual, el grupo de promotores acuden al 100% de consultas pediátricas, gestionan las dos enfermerías escolares, visitan a más de 100 enfermos crónicos y mantienen el itinerario formativo.

### **5.2.3. Programa de gestión de medicamentos**

#### **5.2.3.1 Medicación recibida**

Desde 2009 hasta Junio de 2012 se han recibido medicamentos por valor de 165.400 pesos (unos 33.000 euros), procedentes de donaciones de particulares de España y República Dominicana y de laboratorios farmacéuticos locales (ETHICAL®, Juste®, SUED®, Magnachem®, Panalab®, Roemmers® y LAM®). Se recibieron donaciones en metálico para la adquisición de medicamentos (en las farmacias del pueblo) y en medicación.

El laboratorio LAM donó 25 tarjetas nominales para obtener de un 25 a un 50% de descuento en sus medicamentos (para tratamiento de hipertensión y diabetes).

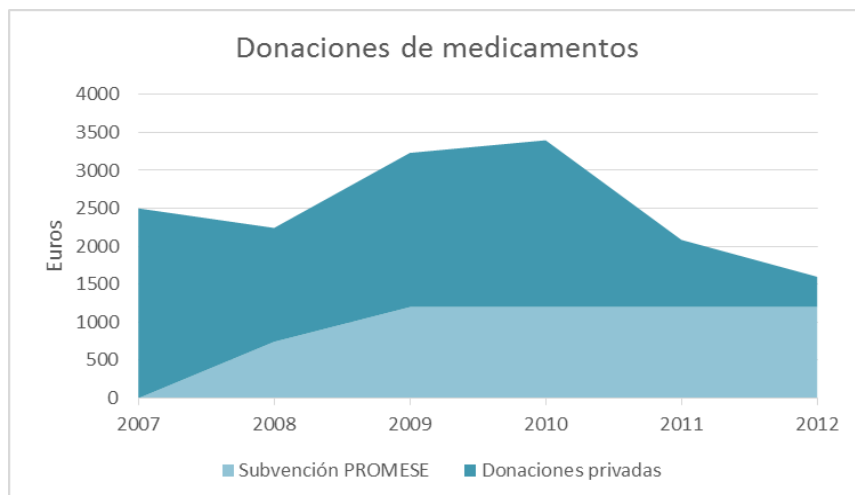


Fig. 40. Valorización de las donaciones de medicamentos, públicas y privadas, recibidas entre 2007 y 2012

Desde Febrero de 2009 se recibe una donación trimestral de medicamentos esenciales por valor de 5.000 pesos, unos 100 euros, mensuales (figura 40). Dentro del convenio con el gobierno, también se nos permite dispensar la medicación que existe en las UNAP durante las visitas de pediatría. A día de hoy se mantiene este suministro regular de medicación.

**PROMESE CAL**  
servicio para todos

Presidencia de la República Dominicana  
"Año del Libro y la Lectura"

Código de Registro: BSD0218

Quien suscribe: Dra. Rosa Matilla, en su calidad de Encargada del Departamento de Bienestar Social de PROMESE CAL, por medio del presente documenta:

**CERTIFICA:**

Que se ha procedido a inscribir en el registro de este departamento, a la institución **DISPENSARIO MEDICO PADRE CAVALOTTO**, según los datos que seguidamente se especifican:

Nombre de la Institución:	Dispensario Médico Padre Cavalotto
RNC:	NA
Nombre Representante:	Padre Francisco Javier Alonso Arroyo
Cédula Identidad y Electoral:	026-0110667-8
Categoría:	Especialista
Monto Aprobado:	RD\$5,000.00

El presente certificado y la inscripción a la el mismo hace referencia se conceden condicionales a que no se modifiquen los datos inscritos en el registro, quedando inscritos el mismo en el supuesto de que no se comunicase a PROMESE CAL cualquier modificación que afecte a los mismos.

En el Municipio de Santo Domingo Oeste, Provincia de Santo Domingo Oeste, a los doce (12) días del mes de julio del año dos mil ocho (2008).

*Rosa Matilla*  
Dra. Rosa Matilla  
Encargada Depto. de Bienestar Social  
PROMESE CAL

Fig. 41. Concesión de la subvención de PROMESE.

Se utilizaron fondos propios del programa para la compra de medicamentos a personas concretas en ocasiones puntuales.

#### 5.2.3.2. Eficacia. Distribución

En el dispensario médico se disponía de una farmacia en la que se dispensaron medicamentos. Los medicamentos recibidos de donación se administraban de forma gratuita a indicación de los médicos y los comprados se dispensaron a precio de coste.

Se dispuso de medicación para prescribir en el barrio de Caleta durante la atención pediátrica (antiparasitarios, antianémicos, antibióticos, antipiréticos, suero de rehidratación) en el 90% de las consultas.

Se dispuso de medicación (analgésicos, antipiréticos, antieméticos) y material de curas para las enfermerías escolares en todo momento.

Se dispuso de medicación para mantener un botiquín básico en cada uno de los barrios al cargo de un promotor de salud. En la figura 42 se recoge la medicación que contienen y breves instrucciones para su correcto uso.

Se dispuso de mebendazol y albendazol para las campañas de desparasitación anuales y la desparasitación sistemática (cada 6 meses) de los niños atendidos en las consultas pediátricas.

Se proporcionó medicamentos de forma regular a unos 100 enfermos crónicos (con un máximo de 112 y un mínimo de 102 personas), 5 de ellos, niños en 9 de los barrios. Se trató fundamentalmente de antihipertensivos, analgésicos, antianémicos y antidiabéticos orales (figura 43).

MEDICINA	PRESENTACIÓN	MARCA COMERCIAL	DOSIS	COMENTARIOS	PARA QUE SIRVE
ACETAMINOFEN	COMPRIMIDOS 500 MG	PHANTALGIN	1 cada 4-6-8 horas A partir de 60 libras		DOLOR FIEBRE
ACETAMINOFEN	JARABE (5/120)	WINASORB	Peso/5 (cc)		DOLOR FIEBRE
ACETAMINOFEN	GOTAS (1/100)	WINASORB	1 cc (rayita del gotero) por cada 2 libras de peso		DOLOR FIEBRE
IBUPROFEN	COMPRIMIDOS 400,600 Y 800 MG	NEOBRUFEN	1 cada 6-8 horas		DOLOR FIEBRE
DICLOFENAC	COMPRIMIDOS 50 MG		1 cada 6-8 horas		DOLOR
DICLOFENAC	POMADA		1 aplicación cada 8 horas		DOLOR
ACMEFENAMICO	COMPRIMIDOS 100 MG	POSTNAM	1 cada 6-8 horas		DOLOR
METAMIZOL / DIPIRONA	SUPOSITORIO	NISOLPIN	1 cada 8 horas		FIEBRE
AMOXICILINA	COMPRIMIDOS 500 MG CAPSULAS 500 MG		1 cada 8 horas (7-10 días)	Debe ser cada 8 horas de verdad Indicado por doctor	INFECCIONES (GARGANTA, OIDO, BRONQUITIS LEVE, INF. ORINA)
AMOXICILINA	SUSPENSIÓN (5/250)		Según el peso del niño (Peso/3) cada 8 horas (7-10 días)	Preparar con agua de beber hasta la marca indicada. Conservar en frío	INFECCIONES (GARGANTA, OIDOS, BRONQUITIS, INF. ORINA)
AMPICILINA	CAPSULAS 500 MG		1 cada 8 horas (7-10 días)	Debe ser cada 8 horas de verdad Indicada por doctor	INFECCIONES (GARGANTA, OIDO, BRONQUITIS INF. ORINA)
ERITROMICINA	SUSPENSIÓN (5/250)		Según el peso del niño.	Preparar con agua de beber hasta la marca. Conservar en frío. Para alérgicos a Penicilina	IGUAL QUE AMOXICILINA EN ALÉRGICOS A LA PENICILINA
DOXICICLINA	CASULAS		1 cada 8 horas (5-7 días)	Cada 8 horas de verdad Indicado por doctor	INFECCIONES DENTALES O POR MORDEDURA
HIDROCORTISONA	POMADA		1 aplicación cada 8 horas	Evitar contacto con el Sol. No usar más de 3-4 días seguidos	QUEMADURAS PICADURAS GRAVES ERUPCIONES
SUERO DE REHIDRATACIÓN	POLVO PARA DISOLVER		Según el ritmo de deposiciones	Preparar con 1 litro de agua de beber en frío.	DIARREA
HIOSCIL BROMURO	COMPRIMIDOS		1 cada 8 horas		DOLOR DE ESTOMAGO
LORATADINA / CETERIZINA	COMPRIMIDOS		1 cada 8-12 horas		ALERGIA
LORATADINA / CETERIZINA	JARABE		5-10 cc cada 8-12 horas		ALERGIA
ALCOHOL 70º					DESINFECTANTE
TINTURA DE YODO					DESINFECTANTE
JABON DE AZUFRE					DESINFECTANTE
GASAS					 <p>PROMOTORES de SALUD</p> <p>PP Escuelas - La Romana</p>
GUANTES					
ESPARADRAPO	Z-OFF				
TERMÓMETRO					

Fig. 42. Ficha para los promotores con los medicamentos básicos del botiquín

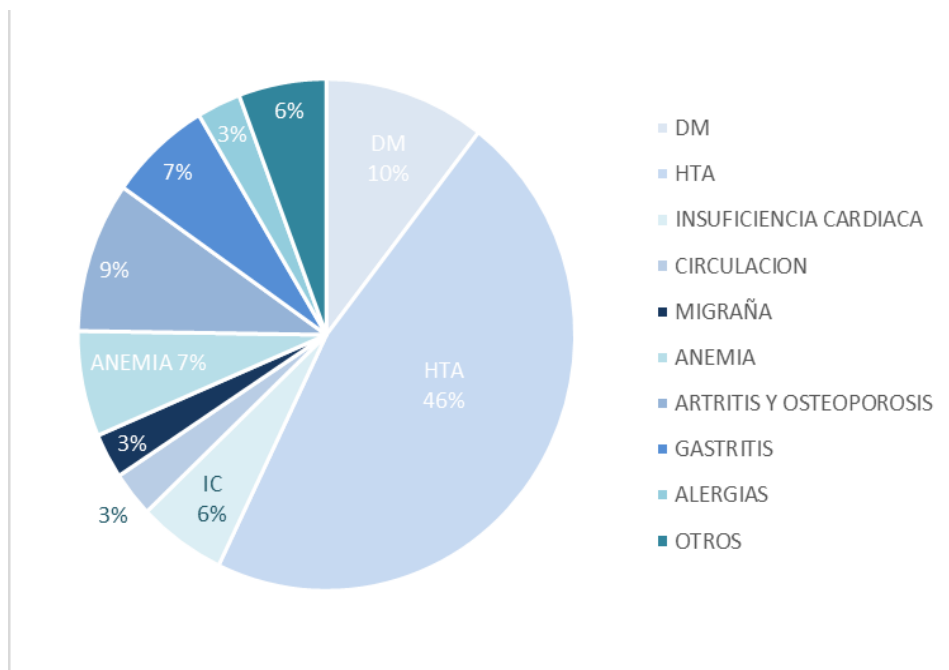


Fig. 43. Enfermedades para las que se administra medicación

#### 5.2.4. Programa de educación para la salud

Dada la variedad de actividades que se desarrollan en este programa, se evaluarán de forma somera los resultados de cada una de ellas.

##### 5.2.4.1. Bachillerato de enfermería

Se consiguieron subvenciones para la dotación de material (que se recoge en la tabla 37) por parte del H. La Fe de Valencia y por compra gracias a una subvención de la Diputación de Valencia.

Tabla 37. Material obtenido para el Bachiller de Enfermería

<b>MATERIAL PARA EL LABORATORIO DE PRÁCTICAS DEL BACHILLER DE ENFERMERÍA</b>	
2 camas de posiciones manuales	2 parabanos
2 cunas	2 poncheras para lavado de cabezas
2 mesillas auxiliares	2 juegos de sábanas
2 mesillas de altura regulable	5 esfigmomanómetros
2 palos de gotero para suero-terapia	5 fonendoscopios para adultos
5 cajas de curas con: Pinzas con y sin dientes, porta agujas, porta para bisturí, tijeras	1 muñeco para reanimación y venopunción
5 termómetros	1 modelo anatómico

En el momento actual se cuenta con un modelo anatómico, un muñeco de reanimación, 2 camas de posiciones, material quirúrgico, autoclave y material fungible necesario.

Se han graduado 4 promociones de bachilleres en enfermería, la primera de 22 alumnos, 3 chicos (13%) y 19 chicas, con un 91% de aprobados. El 80% consiguió trabajo como auxiliares de enfermería al finalizar sus estudios en los hospitales locales. El 68% prosiguió inmediatamente sus estudios universitarios, en medicina y enfermería, algunos de ellos financiando sus estudios con su trabajo en los hospitales y 5 de ellos obtuvieron beca universitaria total o parcial.

En la segunda se matricularon 25 alumnos, 5 (20%) chicos y 20 chicas. El porcentaje de aprobados fue del 85%. El 76% prosiguieron sus estudios universitarios. De los que no lo hicieron, el 50% mantuvo su trabajo como auxiliar de enfermería.

Estos buenos resultados se han mantenido en las sucesivas promociones. Desde el inicio del trabajo, se han graduado 112 jóvenes.

El impacto del bachillerato en la comunidad se extiende, ya que los alumnos realizan actividades de promoción de la salud y colaboran en algunas de las actividades del programa. Una de las alumnas es actualmente profesora en el bachillerato, compaginando sus estudios de enfermería.

#### 5.2.4.2. Educación para la salud en la comunidad

Se realizan diferentes actividades abiertas a la comunidad. El certamen “la salud no es un cuento” se viene realizando anualmente desde 2009, convocando a unas 100 personas (niños, sus familias, promotores de salud...). Participan activamente 7 equipos de promotores de salud.

Cada año, los alumnos de Bachillerato técnico de enfermería realizan una actividad de sensibilización comunitaria, relacionada con el ejercicio de los derechos en salud que convoca a 150 personas (jóvenes alumnos del liceo técnico y sus familias). También se convoca una charla por un experto médico para la comunidad: hasta el momento se han impartido charlas sobre el cáncer de mama, el cáncer de útero, la prevención de drogodependencias. Estas charlas han tenido una buena aceptación con una asistencia media de 100 personas, aunque no disponemos de datos objetivos para valorar el impacto en la salud de estas actividades.

Desde 2011 se han realizado [revisiones médicas a los alumnos de las bibliotecas C.N.U.](#) La aceptación ha sido muy buena con asistencia del 100% de los niños inscritos en las bibliotecas, acompañados por un adulto responsable en el 70% de



los casos. La tabla 38 recoge la distribución por sexo y edad. Las charlas con las familias al final de cada periodo contaron con una asistencia del 60% de los padres.

Tabla 38. Distribución demográfica de los niños evaluados en las bibliotecas CNU

EDAD	NIÑAS	NIÑOS	TOTAL	% SOBRE EL TOTAL
Menores de 7 años	17	19	36	27%
Entre 7 y 9 años	28	24	52	39%
Entre 10 y 12 años	19	23	42	32%
Mayores de 12 años	0	2	2	2%
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>68</b>	<b>132</b>	

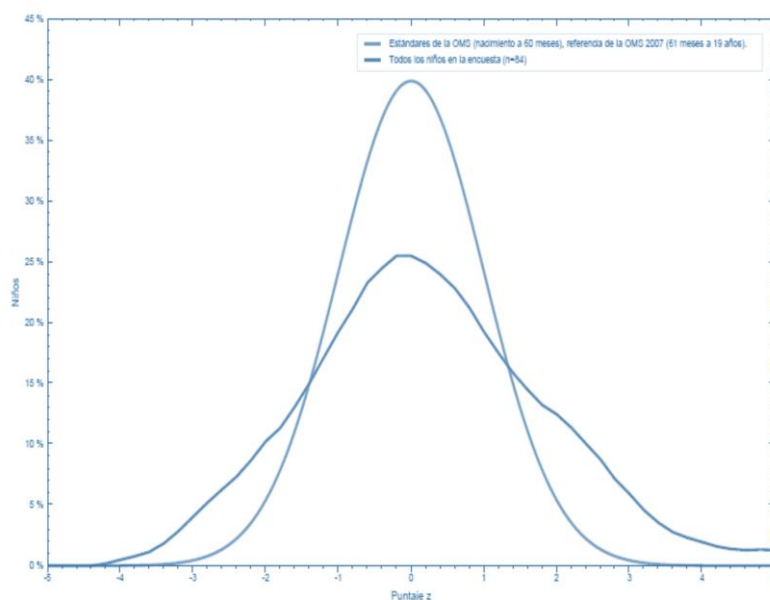


Fig. 44. Distribución del IMC en relación con el estándar de la OMS de los niños evaluados en las bibliotecas CNU

En cuanto al estado nutricional, el 75% de los niños se encuentran por debajo de la mediana, con un 9% de los niños con delgadez extrema con distribución desigual entre las diferentes comunidades. De todos modos como se puede ver en la figura 46, la distribución es muy heterogénea.

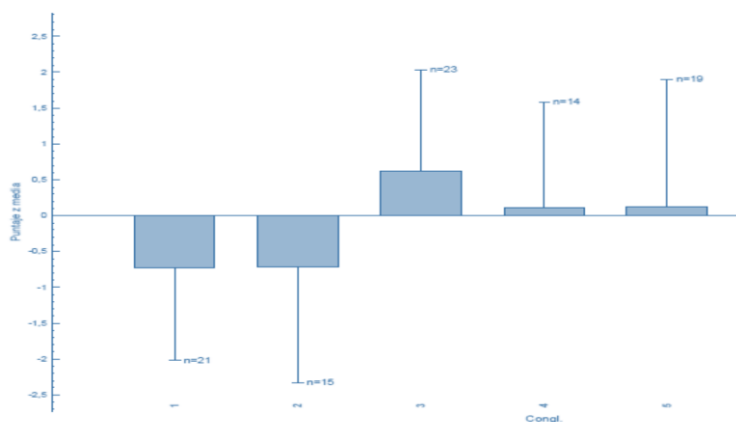


Fig. 45. Distribución del IMC en las diferentes bibliotecas (1: Brisas del Mar, 2: M<sup>a</sup> Trinidad Sánchez, 3: Villa Real, 4: Ensanche La Paz, 5: Cumayasa)

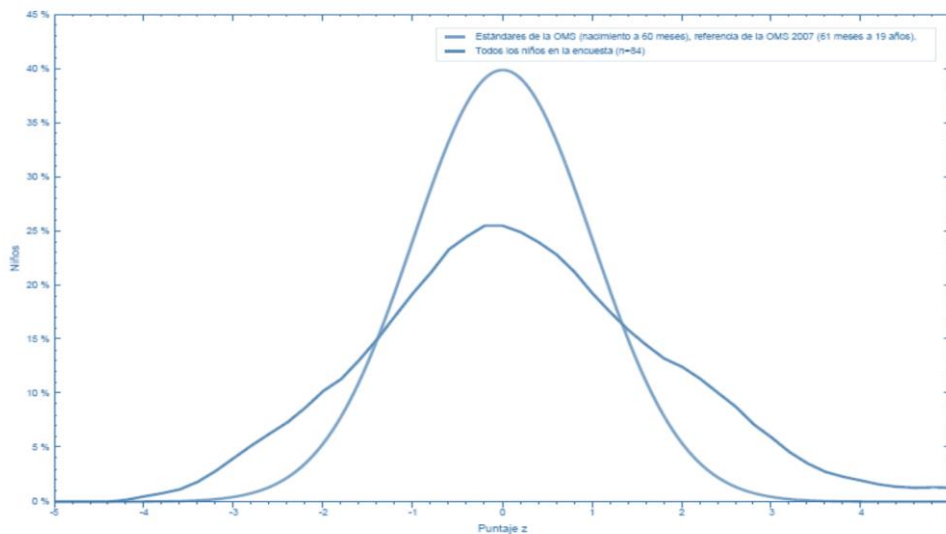


Fig. 46. Distribución del Peso para la edad en relación con el estándar de la OMS

Tabla 39. Índice de Masa Corporal en las revisiones médicas de 2012 y 2013

	2012		2013	
<b>N</b>	95		154	
<b>IMC (%)</b>	%	(IC del 95%)	%	(IC del 95%)
<b>% &lt; -3DE</b>	1,1	(0%, 3,6%)	1,3	(0%, 3,4%)
<b>% &lt; -2DE</b>	8,4	(2,3%, 14,5%)	7,8	(3,2%, 12,4%)
<b>% &gt; +1DE</b>	25,3	(16%, 34,5%)	33,1	(25,4%, 40,9%)
<b>% &gt; +2DE</b>	9,5	(3,1%, 15,9%)	11,7	(6,3%, 17,1%)
<b>% &gt; +3DE</b>	2,1	(0%, 5,5%)	1,9	(0%, 4,5%)
<b>Mediana</b>	-0,02		0,26	
<b>DE</b>	1,59		1,45	

(%<-2DE incluye %<-3DE; %>+2DE incluye %>+3DE; %>+1DE incluye %>+2DE y %>+3DE)

Como se deriva de la tabla 39, el porcentaje de niños malnutridos (IMC < - 2DS) ha disminuido del 8,4% (IC: 2,3-14,5%), al 7,8% (IC: 3,2-12,4%) y la mediana de IMC también ha mejorado, pasando de -0,02 a +0,26. Sin embargo, estos datos no alcanzan significación estadística (p=0,416) según la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Esta evolución varía en función del barrio (tabla 40). En María Trinidad Sánchez, destaca la mejora de los niños con muy bajo peso que han pasado del 6,7% (IC 0%, 22,6%) al 0% (IC: 0%, 5,6%). En el otro lado del espectro vemos que hay barrios con sobrepeso y obesidad, fundamentalmente en la zona urbana, como es el caso de Savica con un 22,2% de sobrepeso o en la escuela San Pedro con un 2,1% de obesidad. En el barrio de Cumayasa y La Paz, el sobrepeso ha pasado del 7,1% y 10,5% respectivamente a 0 y 5,3%.

Algunos barrios no son valorables por el pequeño tamaño muestral (Brisas del Mar y Villa Real)

Tabla 40. Distribución del IMC en los diferentes barrios en las revisiones de 2012 y 2013

	Niños	IMC p. edad (%) 2012										Mediana	DE
		% < -3DE	(IC del 95%)	% < -2DE	(IC del 95%)	% > +1DE	(IC del 95%)	% > +2DE	(IC del 95%)	% > +3DE	(IC del 95%)		
TOTAL	95	1,1	(0%, 3,6%)	8,4	(2,3%, 14,5%)	25,3	(16%, 34,5%)	9,5	(3,1%, 15,9%)	2,1	(0%, 5,5%)	-0,02	1,59
BRISAS	21	0	(0%, 2,4%)	14,3	(0%, 31,6%)	9,5	(0%, 24,5%)	4,8	(0%, 16,3%)	0	(0%, 2,4%)	-0,73	1,29
MTS	15	6,7	(0%, 22,6%)	13,3	(0%, 33,9%)	13,3	(0%, 33,9%)	0	(0%, 3,3%)	0	(0%, 3,3%)	-0,72	1,61
VILLA REAL	23	0	(0%, 2,2%)	0	(0%, 2,2%)	34,8	(13,1%, 56,4%)	17,4	(0%, 35,1%)	4,3	(0%, 14,9%)	0,62	1,41
LA PAZ	14	0	(0%, 3,6%)	7,1	(0%, 24,2%)	28,6	(1,3%, 55,8%)	7,1	(0%, 24,2%)	0	(0%, 3,6%)	0,12	1,47
CUMAYASA	19	0	(0%, 2,6%)	10,5	(0%, 27%)	26,3	(3,9%, 48,7%)	10,5	(0%, 27%)	5,3	(0%, 17,9%)	0,12	1,78
	Niños	IMC p. edad (%) 2013										Mediana	DE
		% < -3DE	(IC del 95%)	% < -2DE	(IC del 95%)	% > +1DE	(IC del 95%)	% > +2DE	(IC del 95%)	% > +3DE	(IC del 95%)		
TOTAL	154	1,3	(0%, 3,4%)	7,8	(3,2%, 12,4%)	33,1	(25,4%, 40,9%)	11,7	(6,3%, 17,1%)	1,9	(0%, 4,5%)	0,26	1,45
BRISAS	4	0	(0%, 12,5%)	25	(0%, 79,9%)	0	(0%, 12,5%)	0	(0%, 12,5%)	0	(0%, 12,5%)	-0,27	1,39
MTS	9	0	(0%, 5,6%)	11,1	(0%, 37,2%)	22,2	(0%, 54,9%)	0	(0%, 5,6%)	0	(0%, 5,6%)	-0,17	1,22
VILLA REAL	5	0	(0%, 10%)	20	(0%, 65,1%)	60	(7,1%, 100%)	20	(0%, 65,1%)	20	(0%, 65,1%)	0,92	2,48
LA PAZ	11	0	(0%, 4,5%)	18,2	(0%, 45,5%)	27,3	(0%, 58,1%)	0	(0%, 4,5%)	0	(0%, 4,5%)	-0,15	1,56
CUMAYASA	20	5	(0%, 17,1%)	5	(0%, 17,1%)	50	(25,6%, 74,4%)	5	(0%, 17,1%)	0	(0%, 2,5%)	0,4	1,53
SAN PEDRO	96	0	(0%, 0,5%)	5,2	(0,2%, 10,2%)	30,2	(20,5%, 39,9%)	14,6	(7%, 24,2%)	2,1	(0%, 5,5%)	0,31	1,35
SAVICA	9	11,1	(0%, 37,2%)	11,1	(0%, 37,2%)	44,4	(6,4%, 82,5%)	22,2	(0%, 54,9%)	0	(0%, 5,6%)	0,2	1,93

(%&lt;-2DE incluye %&lt;-3DE; %&gt;+2DE incluye %&gt;+3DE; %&gt;+1DE incluye %&gt;+2DE y %&gt;+3DE.)

En la tabla 41 se recoge la relacionando entre el perímetro braquial y la talla utilizando los datos obtenidos por Mei (1998):

Tabla 41. Distribución del perímetro braquial según los barrios

	Total	Brisas	MTS	Villa R	La Paz	Cumayasa	Savica
<-3 DS	3%			7%	8%	8%	
<-2 DS	10%	6%	14%	7%	4%	3%	6%
<-1 DS	31%	41%	48%	7%	25%	22%	18%
Media	19%	6%	14%	13%	21%	8%	41%
1 DS	8%		10%	7%	13%	8%	12%
2 DS	13%	24%	10%	27%	8%	17%	6%
3 DS	10%		5%	27%	17%	8%	18%

Valorando otros datos vemos que el 53% han completado el calendario vacunal para su edad en 2012 y el 49% en 2013, con diferencias significativas entre los barrios, desde el 76% del barrio de Savica (en el que hay un centro de vacunación) al 33% en María Trinidad Sánchez. Un 34% de los familiares desconocían el estado de vacunación de sus hijos (tabla 42).

Tabla 42. Cumplimentación del calendario vacunal según los padres

	DESCONOCIDO				INCOMPLETO				COMPLETO				TOTAL	
	2012		2013		2012		2013		2012		2013		2012	2013
		%		%		%		%		%		%		
<b>BRISAS DEL MAR</b>	12	44	6	35	5	19	3	18	10	37	8	47	27	17
<b>M<sup>a</sup> TRINIDAD SANCHEZ</b>	7	35	12	57	3	15	2	10	10	50	7	33	20	21
<b>VILLA REAL</b>	8	27	3	19	2	7	2	13	20	67	11	69	30	16
<b>LA PAZ</b>	6	29	8	33	1	5	7	29	14	67	9	38	21	24
<b>CUMAYASA</b>	6	25	12	36	7	29	4	12	11	46	17	52	24	33
<b>SAVICA</b>			4	24			0	0			13	76		17
<b>TOTAL</b>	39	32	45	34	18	15	18	13	65	53	65	49	122	134

El porcentaje de caries es del 49% con un 25% de niños con más de tres piezas careadas. La medida de la presión arterial resultó normal en el 100% de casos. Ninguno de los niños tuvo cifras de glucemia o glucosuria anormales.

Se remitió a 5 niños para valoración oftalmológica al Patronato Nacional de Ciegos, siendo uno de ellos intervenido por estrabismo, y una niña a la Fundación Heart Care Dominicana para control de cardiopatía congénita (comunicación interventricular).

#### 5.2.4.3. Educación para la salud en la escuela

Se estableció un equipo coordinador en cada colegio formado por profesores (1 por ciclo), las promotoras de salud y la coordinadora del programa con reuniones mensuales de coordinación, que se han mantenido durante los años de intervención únicamente. Así como sí se han realizado actividades puntuales de educación para la salud, no se ha conseguido implementar un programa integrado de educación para la salud en la escuela. Se ha realizado la feria de la alimentación y vida saludable cada año desde 2008 con participación de todos los alumnos.

En relación a la atención en las **enfermerías escolares** se han conseguido disminuir el absentismo escolar por enfermedades banales en un 100%. En ambas enfermerías se mantiene un registro de los alumnos atendidos.

En el colegio de primaria se atendían una media de 90 niños cada mes, siendo el principal motivo de consulta el dolor abdominal con un 54% de las consultas. En el centro de educación secundaria, con 7-8 alumnos atendidos por día de media, se atendieron al 27% de los alumnos. Los motivos de consulta fundamentales fueron: dismenorrea (28,2%), gripe (21,4%), traumatismos (13,7%) y cefalea (10,7 %). Tras la consulta se tuvo que remitir al domicilio únicamente al 12% de los niños

consultados. Durante el curso, el índice de frecuentación es de 1.48 visitas por niño y de 3.91 si excluimos para el cálculo a los alumnos que acuden sólo una vez

En cuanto al estado nutricional de los alumnos, observamos la doble carga de la malnutrición. Valorando el perímetro braquial observamos un 14% de los alumnos valorados por debajo de -2DE (un 1% por debajo de -3DE) y un 18% de sobrepeso, con un 8% por encima de 3DE. Los valores más altos de perímetro braquial se daban en los niños de entre 5 y 6 años con disminución progresiva en los mayores.

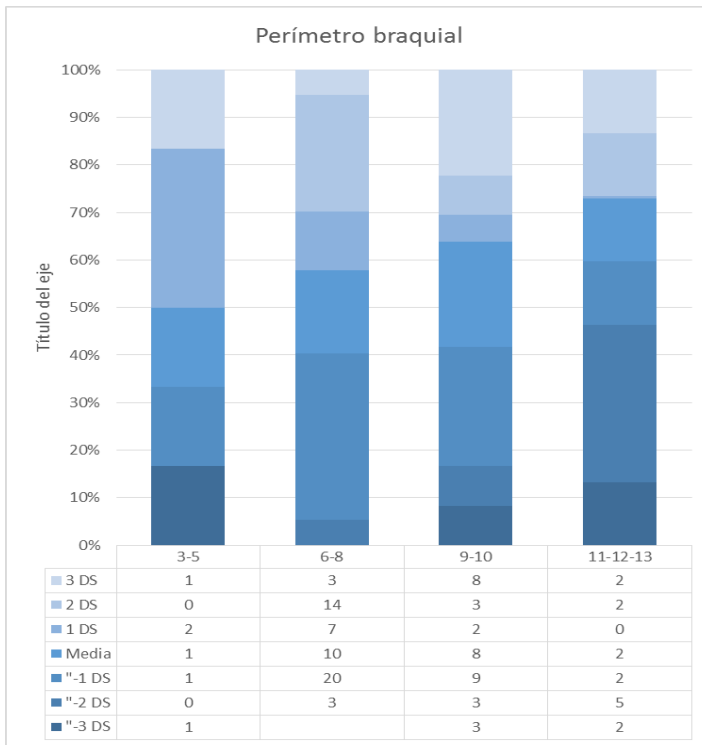


Fig. 47. Distribución del perímetro braquial según la edad en los niños de la escuela San Pedro

Los valores más altos se dan en los niños más pequeños: un 25% de los niños entre 6 y 8 años están por encima de +2 DS y un 20% de los que están entre 9 y 10 años por encima de 3 DS.

### 5.2.5. Programa de gestión del dispensario médico

En el dispensario médico padre Cavalotto se realizaban 4 actividades: farmacia, centro de especialidades médicas, centro de vacunación oficial de la secretaría provincial de salud, y desde Marzo de 2010 una Unidad de Atención Primaria (UNAP) pública que ofrece asistencia médica primaria gratuita.


Durante la intervención se consiguió una subvención de la Generalitat Valenciana con lo que se reformaron las estructuras ajustándose a los máximos estándares de calidad recomendados por las autoridades dominicanas, con lo que se consiguió la autorización oficial para los servicios procuradores de salud.

La farmacia ya ha sido valorada en el apartado de gestión de medicamentos, y el centro de vacunación y la UNAP se gestionaban desde Salud Pública (por cesión de nuestras instalaciones). La asistencia de enfermos a la UNAP es de una media de 25 personas por día de lunes a viernes en horario continuado de 8:00 a 16:00 horas.

En el dispensario también se ofrecían los siguientes servicios:


- Análisis clínicos: 50 análisis semanales
- Consulta de Diabetología: 10 pacientes por consulta en 2 consultas semanales
- Consulta de Cardiología: 10 pacientes semanales
- Consulta de Ginecología: 5 pacientes por consulta en consulta diaria
- Consulta de Pediatría y Puericultura (inserta en el Proyecto de Atención Pediátrica): 20 pacientes semanales en consulta lunes, martes y jueves
- Consulta de Psicología Clínica: 2-3 pacientes semanales
- Servicios de enfermería
- Puesto de vacunación gratuita: 15 niños semanales





**Centro de Salud  
PADRE CAVALOTTO**  
Parroquia Cristo Rey F.P. Escalopios  
C/Padre SantoInmaculada, Barro, Jánico L.A. Tiamera R.D.  
Tf: 809-554-8711 / 875474800 Fax: 809554-8747 e-mail: ayayay@hotmail.com

Ginecología: Dra. Guerrero-- Lunes, miércoles y jueves 3:00 pm a 6:00 pm.  
Pediatría: Dra. Doucudray-- Lunes, 8:00 Am a 12:00 pm.  
Psicología: Dra. Doucudray-- martes 9: 00 am a 12:00 pm.  
Diabetologo: Dr. Suarez-- martes y jueves 8:00 am a 12:00 pm.  
Cardiología: Dr. Eligio Caraballo--- Lunes, miércoles y Jueves 11:00 am.  
Gastroenterólogo: Dr. Melo--miércoles, jueves y viernes 9:00 am a 12:00pm.  
Laboratorio: Lda. Juana Virgil 8:00 am a 4:30pm.  
Rayos X: Dr. Bertilio Carrasco, Lunes a viernes, 8:00am a 5:00pm.  
Farmacia: Lda. Francisca Méndez  
Medicina general: Drs pasantes de la unap 9:00am a 4:00 pm.

Firma 






Fig. 48. Cartera de servicios y horario de atención del dispensario médico

Los especialistas médicos acudían de forma voluntaria o semi-voluntaria (cobrando entre el 10% y el 30% de lo que cobrarían en sus consultas privadas), pero su asistencia fue irregular, con un 75-80% de asistencia. Con las aportaciones de los enfermos a las consultas, se logró un superávit, que en 2011 alcanzó 156.395 pesos dominicanos (3.127 euros).

Desde el programa de atención pediátrica se remitió a niños para realización de pruebas complementarias. Se solicitó hemograma al 6.4% de los niños (222). Recogimos el 55% de los solicitados (123/222). Según los criterios de la OMS para la gradación de las anemias, se detectó anemia en el 67% de los casos, fundamentalmente leve o moderada (tabla 43).

Tabla 43. Clasificación de las anemias por el nivel de hemoglobina, según la clasificación de la OMS (OMS, 2001).

	NORMAL		ANEMIA LEVE		ANEMIA MODERADA		ANEMIA GRAVE		
<b>6-59 meses</b>	26	41%	23	36%	15	23%	0	0%	64
<b>5-11 años</b>	15	50%	7	23%	5	17%	3	10%	30
<b>12-15 años</b>	2	40%	2	40%	1	20%	0	0%	5
	43	43%	32	32%	21	21%	3	3%	

En 40 casos, además de la hemoglobina se pudo determinar el VCM, con un 79% de los resultados por debajo de 85 fl., y con un 13% del total por debajo de 70 fl.

Se realizaron 84 estudios copro-parasitológicos con un 74% de resultados positivos para amebas, un 11% para áscaris y un 6% para giardias. Únicamente el 5% de los estudios solicitados fue negativo. También se realizaron 34 radiografías y 11 ecocardiografías a niños del programa de atención pediátrica.

Durante 2012, acudieron al dispensario una media de 370 personas (lo que supone un 1.32% de la población) al mes. Se realizaron una media de 66 vacunaciones mensuales, 143 análisis de sangre, 5 radiografías, 20 ecografías ginecológicas y 136 consultas a los especialistas.



DISCUSIÓN



## 6. DISCUSION

### 6.1. Estudio inicial

Desde el principio planteamos esta experiencia inicial en clave de valorar la posibilidad de implementar un proyecto a largo plazo y no como una acción puntual. La población de la zona suele estar habituada a experiencias puntuales en el ámbito sanitario llevadas a cabo por instituciones tanto nacionales como extranjeras. Sin embargo no hay una cultura de participación comunitaria en el ámbito de la salud. Es por eso que, desde un principio quisimos huir de la dinámica de *operativo*.

#### 6.1.1. Atención pediátrica

La asistencia inicial fue muy amplia. En 20 días visitamos a más de 400 niños en 5 barrios; casi 1 de cada 5 niños acudió a la consulta. De hecho, en cada barrio, la afluencia iba creciendo día a día. Como además disponíamos de medicación que se entregaba gratuitamente e incluso alguna muestra de leche adaptada, la acogida por parte de los barrios fue excelente. El 30% de las visitas fueron simplemente para una revisión de salud o *chequeo*; hay que recordar que en ese momento no había programa de revisiones periódicas infantiles en La Romana y hasta ese momento, la gente sólo acudía al médico si el niño estaba enfermo. En contra de lo que podría esperarse, la mayor proporción de visitas por chequeo se dio en edades mayores, quizá por comodidad para los desplazamientos.

Los problemas más frecuentes detectados en todas las edades fueron los derivados de la falta de higiene y de las condiciones ambientales (calor, humedad, falta de asfaltado de las calles, e incluso del suelo de las casas). Es por eso que predominaron las afecciones cutáneas, como el impétigo, o las ectoparasitosis,

como la escabiosis o diferentes tipos de dermatomicosis. También detectamos muchos casos de caries. Todo esto, indicaba la necesidad de establecer actividades para mejorar los hábitos de higiene, que se han demostrado beneficiosas en otros estudios (Cairncross et al, 2005).

También destacaron los problemas hematológicos como la anemia falciforme (referida por las madres como diagnóstico previo) o anemias carenciales, fundamentalmente. A nivel nacional, los niños y las niñas presentaron una tasa de prevalencia de anemia del 28% (siendo únicamente el 31% de ellos a causa de deficiencia de hierro) (PAHO, 2012). Dada la dificultad para la realización de análisis de sangre no pudimos determinar el tipo exacto de anemia y el diagnóstico fue fundamentalmente clínico. Ante la falta de confirmación, evitamos la administración de hierro a no ser que se hubiera descartado falcemia previamente, administrando ácido fólico suplementado con vitamina B12.

Hemos de recordar que este estudio se hizo en verano, por lo que los problemas respiratorios pueden estar infradimensionados. La cercanía de la fábrica de procesado de azúcar con emisión periódica de *cachipa* (producto de deshecho del proceso de la caña de azúcar), genera problemas respiratorios en época de zafra (corte y procesado de la caña) provocando multitud de problemas respiratorios como pudimos comprobar durante la intervención.

En cuanto al estado nutricional, vemos que la práctica totalidad de los niños visitados están por debajo de la media deseable para su edad en los tres indicadores analizados, según los estándares de la OMS (de Onís et al, 2009); si bien es cierto, que el porcentaje de malnutridos graves no es muy alto. Así pues, aunque la situación no requería una intervención nutricional de urgencia de forma generalizada sí que se requería una intervención para “mejorar el estado de salud,

promoviendo un crecimiento saludable más allá de buscar la mera supervivencia” (Rhode, 1998a).

Desde septiembre de 2006 hasta julio de 2007, la atención pediátrica corrió a cargo de una neonatóloga local que compaginaba la participación en el programa con su actividad laboral, lo cual era difícil en muchas ocasiones, fallando a la consulta. Esto motivó una desafección en la población diana. La irregularidad en la asistencia de los médicos que compatibilizan el servicio público con la asistencia privada es habitual en República Dominicana, y uno de los “puntos negros” de la pediatría del país (Centeno, 1999).

El grupo de promotores, tampoco pudo ser acompañado de forma adecuada por falta de tiempo y de un itinerario estructurado de formación. Estas dos condiciones motivaron el descenso en la asistencia y frecuentación de los pacientes.

En los contactos mensuales que se realizaban para evaluación, ya se evidenciaba el problema. En Julio de 2007, se realiza una nueva evaluación, comprobando que, el descenso en la frecuentación de la atención pediátrica se debía más a un fallo de oferta que a una falta de demanda, porque se volvió a comprobar la aceptación por parte de la población diana. En un segundo curso de promotores comprobamos de nuevo una buena respuesta.

Por todo ello se valoró la necesidad de una supervisión continua y “en terreno” y una ampliación del programa.

### 6.1.2. Programa de Promotores de Salud

Considerando la importancia de la implicación local en la promoción de la salud hicimos una primera convocatoria para promotores de salud. En la zona existían muy pocos promotores de salud a nivel público y trabajaban fundamentalmente en otras áreas del municipio. Hemos de recordar aquí que la zona en la que nosotros

trabajamos es la zona de expansión de la ciudad por lo que los servicios públicos aún son deficitarios.

Convocamos a algunas personas, referentes en sus comunidades y con afinidad por el área de la salud y el cuidado de los enfermos de sus barrios, tal y como se recomienda en la literatura (Werner & Bower, 1993). La acogida y motivación fue estupenda, pero lo más llamativo fue el interés por aprender, ya no en su propio beneficio sino en clave de mejora de la salud de las personas de sus comunidades.

Además de las actividades descritas, durante ese verano mantuvimos reuniones con la directora regional de Salud Pública comprobando la buena disposición para la colaboración, pero constatando la falta de recursos locales que se describen en estudios recientes (Rathe & Moliné, 2011). Los datos de participación demostraron la buena acogida de la población a las actividades propuestas. Por todas estas razones preveíamos una buena predisposición de la población local para la intervención.

### 6.1.3. Evaluación en 2007

Desde septiembre de 2006 hasta julio de 2007, la atención pediátrica corrió al cargo de una neonatóloga local, que compaginaba la participación en el programa con su actividad laboral, lo cual era difícil en muchas ocasiones, fallando a la consulta. Esto motivo una desafección en la población diana. La irregularidad en la asistencia de los médicos que compatibilizan el servicio público con la asistencia privada es habitual en República Dominicana, y uno de los “puntos negros” de la pediatría del país (Centeno, 1999).

El grupo de promotores, tampoco pudo ser acompañado de forma adecuada por falta de tiempo y de un itinerario estructurado de formación. Estas dos



condiciones motivaron el descenso en la asistencia y frecuentación en la asistencia pediátrica.

En los contactos mensuales que se realizaban para evaluación, ya se evidenciaba el problema. En Julio de 2007, se realiza una nueva evaluación, comprobando que, el descenso en la frecuentación de la atención pediátrica se debía más a un fallo de oferta que a una falta de demanda, porque se volvió a comprobar la aceptación por parte de la población diana. En un segundo curso de promotores comprobamos de nuevo una buena respuesta.

Así pues, los fallos no se debieron tanto a las dificultades propias de la atención primaria dependientes de las familias (bajo nivel intelectual, creencias erróneas, baja valoración de la salud infantil...), sino a los fallos del propio equipo sanitario (Sánchez y Gil, 2011)

Por todo ello se valoró la necesidad de una supervisión continua y “en terreno”, junto con una ampliación del programa. Así pues, se programó un diseño que incluyera varias medidas de prevención de la salud combinadas, siguiendo las recomendaciones de publicaciones que defienden la eficacia de programas integrados frente a medidas aisladas (U.S. Government, 2011; Treviño, 2011; PAHO, 2008, Irwin et al, 2007). Desarrollamos pues un programa que incluía las diferentes áreas de actuación que se recomiendan en la literatura: preventiva, salud comunitaria, administración y estadística, sostenibilidad, formación y gestión y mejora de los sistemas sanitarios (Sánchez y Gil, 2011, p.73)

## 6.2. Programa Preventivo de Salud

Antes de valorar los resultados del estudio, conviene exponer alguna de las dificultades con las que nos encontramos para su implementación:

La **dispersión geográfica**: El hecho de trabajar en un área de 20 Km<sup>2</sup> hacía imprescindible la utilización de vehículos. El transporte público era bastante deficitario por lo que la movilidad de los promotores de salud era difícil. Además durante la intervención los precios del combustible, y como consecuencia, del transporte subieron constantemente. También hacía difícil la movilización de la población cuando planteábamos actividades de educación para la salud o para acudir a las consultas, lo que exigía que multiplicáramos las actividades para acercarlas a la población. En la figura 7 ilustramos un plano de localización de los diferentes centros donde realizábamos las actividades.

Las **dificultades ambientales**: al tratarse de una zona con clima tropical no eran infrecuentes las lluvias tropicales, que obligaban a la suspensión de actividades o a la imposibilidad de muchas personas para acudir (no es infrecuente la suspensión de las clases o de otras actividades oficiales). A pesar de ello, debemos constatar que, a diferencia de lo que ocurría antes de nuestra llegada, la constancia por nuestra parte hizo que hubiéramos de suspender menos actividades y que la gente acudiera a pesar de las dificultades meteorológicas.

Otro de los problemas fue la dificultad con el suministro eléctrico, ya que la energía eléctrica se corta de 6 a 8 horas diarias, sin previo aviso y sin horario fijo. Además, la falta de energía eléctrica supone el cese del agua corriente. Esta circunstancia condiciona enormemente la vida de la población y dificulta el poder establecer horarios fijos para las actividades. No era infrecuente que las madres que acudían a la consulta, la abandonaran súbitamente porque había llegado la luz

y debían aprovechar para hacer tareas domésticas, ya que no sabían cuando las podrían hacer, o que tuviéramos que suspender alguna actividad en horario vespertino porque en ese momento se cortaba el suministro eléctrico. Contando con esta dificultad, planificamos la mayoría de las actividades de forma sencilla, en horarios diurnos, para no tener que depender del suministro eléctrico.

La **situación económica** de los colaboradores: las personas que se integraban al programa, en su mayoría tenían una precaria situación económica, por lo que en ocasiones, no podían colaborar si les surgía algún trabajo, aunque fuera esporádico. Por otra parte la promoción que suponía participar en el programa les facilitó adquirir trabajos. Especialmente con los jóvenes, que eran uno de los motores y que presentaban una mayor capacidad de aprendizaje, pero que abandonaban el programa o reducían su participación por sus propios estudios. La promoción personal es un resultado altamente positivo del programa y buscado por nosotros, pero que suponía una merma para el desarrollo del mismo.

De todos modos, estas dificultades con las que nosotros nos encontramos son las mismas de la población local, que condicionan su estado de salud, por lo que, era el marco en el que debíamos trabajar. El propio programa era económicamente precario por definición, para que fuera sostenible y también para fomentar la corresponsabilidad de la población. No se trataba de ofrecer una ayuda externa que pudiera crear dependencia, si no de animar a la promoción y participación local.

Sin embargo, también contamos con alguna ventaja estructural que poner al servicio del programa, además de la posibilidad de crear alianzas que se pudieran mantener en el futuro:

El hecho de que el programa se integrara en la **Misión Escolapia**, una institución muy bien valorada en la comunidad, facilitó la implantación rápida del proyecto.

Así mismo, el hecho de que se desarrollara al mismo tiempo que el programa de educación no formal en las comunidades creó sinergias positivas. El trabajo con la familia, en conjunto, se demostró más positivo que el trabajo por sectores de población, tal y como se recoge en publicaciones que insisten en las estrategias de enfoque social (de Aranzabal, 2011)

La **presencia de recursos** sanitarios en la isla, aunque estén reservados para una élite, hizo posible el acceder a alguno de ellos a través de sus fundaciones o sus programas sociales. En Santo Domingo es posible acceder a cualquier servicio sanitario de la más alta calidad, como la cirugía cardíaca infantil, por ejemplo. En este sentido, el hecho de que el Colegio Calasanz de Santo Domingo sea una institución relevante en la ciudad y de que muchos de sus exalumnos ocupen cargos importantes en diversas instituciones nos facilitó el acceso a las mismas.

La **independencia** económica y política, reconocida tanto por las instituciones como por la población. La asistencia era universal así como la posibilidad de integrarse en cualquiera de los programas del proyecto. Esto supuso una novedad, ya que habitualmente la prestación de servicios se realizaba para una población determinada o con intereses políticos. Esta circunstancia, facilitó la aceptación del programa por parte de las comunidades, pero en algunos casos dificultó el desarrollo de las actividades que dependían de las autoridades locales.

Con estas limitaciones, pero también con estas oportunidades, desarrollamos el programa preventivo. Probablemente con otros medios, o con otros planteamientos como el de reducir la zona de impacto, los resultados hubieran sido diferentes.

No planteamos la intervención como un estudio clínico inicialmente, por lo que es posible que se diesen defectos de forma. Fue durante la misma cuando vimos la conveniencia de establecer una evaluación que permitiera objetivar los beneficios

de un programa de estas características. Aún así, consideramos que los resultados obtenidos pueden ser de utilidad para la mejora del propio programa como para la planificación de estrategias de intervención similares en otros lugares.

A continuación discutiremos los resultados obtenidos en cada uno de los programas, sin olvidar la relación que guardan entre todos ellos y que hace que los resultados de un programa estén condicionados por el funcionamiento de los otros. Por tanto, los resultados no se deben valorar de forma independiente sino en conjunto, aunque, para una mayor claridad de la exposición, lo haremos de forma secuencial.

### **6.2.1. Atención pediátrica**

#### **6.2.1.1. Implantación**

Como se ha indicado en el punto cuatro (material y métodos), establecimos una pauta de **consultas** de periodicidad quincenal, salvo en el barrio de Savica donde la consulta era semanal. El servicio se ofreció de forma regular con muy escasas faltas, motivadas habitualmente por las condiciones atmosféricas que impedían llegar al barrio o desplazarse a los pacientes. Por ejemplo, en la consulta que ofrecíamos en el barrio de Cucama se atendían a niños del barrio Juan Pablo Duarte en el Km. 6, un asentamiento construido de forma irregular sobre el antiguo basurero municipal y de mayoría inmigrante en situación irregular. Las madres caminaban con sus hijos (los que podían cargar con ellos o los que ya eran capaces de caminar) durante una hora para acudir a la consulta. Por eso, los días de excesivo calor o de lluvia, su asistencia resultaba prácticamente imposible. En el caso de María Trinidad Sánchez, el acceso era imposible en caso de lluvias,

quedando el barrio prácticamente incomunicado durante varios días, pudiendo acceder sólo con vehículo adecuado.

El año siguiente a la intervención (2012) la regularidad bajó un poco, hasta el 70% de las consultas, quizá por las dificultades para el acceso a las consultas. De todos modos, esta cifra sigue suponiendo una estabilidad en el servicio mucho mayor que la habitual en la zona, ya que los usuarios están acostumbrados a no saber si los procuradores de salud acudirán o no a la consulta. Esta regularidad fue altamente valorada por los usuarios.

Respecto a las visitas realizadas en cada consulta, destaca la diferencia entre los barrios en los que yo actué como pediatra y en los que atendía la otra doctora. Probablemente se deba a la manera diferente de trabajar, ya que ella empleaba más tiempo con cada visita y no podía ver a más niños; aunque también hay que tener en cuenta que la afluencia de madres era mayor en los barrios en los que atendía la “doctora extranjera” y el horario era más flexible y amplio. En el último año de intervención (2011) hicimos un esfuerzo por regularizar la asistencia en Caleta y María Trinidad Sánchez, en previsión del fin de la misma, para que los usuarios no notaran la diferencia. Es por eso que bajó el número de visitas por día de consulta a unas 15 por día. De todos modos cabe resaltar que en todos los dispensarios se mantuvo la estabilidad en la asistencia y que los usuarios acudían de forma regular, aún después de finalizada mi intervención. Por otra parte, la estabilidad del servicio permitió que las madres pudieran posponer las consultas no urgentes o agudas en caso de que se hubiera completado el cupo de 15 niños, sin perjuicio para ellas o los niños.

Desde Julio de 2006 a Octubre de 2013 se realizaron más de 8.900 visitas. En la distribución etaria de las consultas se sigue el patrón habitual predominando las visitas a los niños pequeños y a los recién nacidos y lactantes. Este dato ofrece una

excelente opción para la promoción de la salud de oportunidad recomendada por algunos autores (Galbe, 2008), aprovechando las visitas para ofrecer consejos de salud. También permitía aprovechar la espera para la consulta para ofrecer consejos sobre lactancia materna y alimentación infantil para las madres. Hay que destacar también que muchas de las consultas se realizaban en horario escolar, por lo que las revisiones de salud en niños más mayores que pudimos realizar fue a través de operativos realizados en los centros escolares.

Durante los 4 años de intervención se ha incluido en el programa casi a la cuarta parte de la población infantil diana, lo que se puede considerar un excelente porcentaje de [adhesión al programa](#). Este reclutamiento ha variado entre los diferentes barrios, oscilando entre 1 de cada 3 y 1 de cada 10 niños del barrio. La diferencia es atribuible a diversas causas. En dos de los barrios con mayor proporción de reclutamiento, Caleta y María Trinidad Sánchez era donde yo acudía como pediatra. En el barrio de Cucama, el cálculo de la población diana fue muy difícil porque en muchos casos se trataba de población inmigrante sin estabilidad, por lo que la población total debía ser mayor. El barrio de Savica se encuentra en la zona urbana, por lo que los vecinos de ese barrio tienen mayor oferta de servicios sanitarios, con el hospital cercano y posibilidad de acudir a consultas pediátricas privadas, por lo que la asistencia a cada consulta era menor. En el barrio de Cumayasa a pesar de que el número de niños era similar o incluso superior al de otros barrios, el porcentaje era menor porque la población diana era mucho mayor; probablemente el número de niños atendidos no fue mayor por la propia limitación del programa. Es decir, si hubiéramos podido ampliar la oferta hubieran acudido más niños. En María Trinidad Sánchez visitamos a la práctica totalidad de los niños del barrio, pudiendo apreciar cambios en esa comunidad: mejora de los índices nutricionales, disminución de los ingresos hospitalarios, mejora en las medidas de higiene....

En cuanto al reclutamiento de lactantes y niños pequeños, vemos que el porcentaje en relación a los recién nacidos cada año es mucho mayor que si valoramos los niños reclutados en proporción con la población general infantil. En algunos casos, como en María Trinidad Sánchez, hemos llegado a reclutar a la práctica totalidad de los niños nacidos ese año, aunque el porcentaje recogido es menor, ya que en ese dispensario se visitaban a niños de ese barrio y del vecino barrio de Brisas del Mar. Este barrio estaba a un kilómetro de distancia aproximadamente, por lo que el acceso de las familias era más complicado.

En 2011, hicimos un esfuerzo por reclutar a recién nacidos y lactantes pequeños para adherirlos al programa, llegando a reclutar alrededor del 20% de los niños nacidos ese año en nuestra zona de trabajo. Eso supuso una gran aceptación por parte de las familias; en algunos casos se trataba de madres que ya habían tenido experiencia con nuestro programa por haber atendido a los hermanos mayores. Las madres suelen fidelizarse a su pediatra habitual, por lo que es lógico que, a pesar de mantener la regularidad del servicio en todos los barrios, el mayor descenso en el reclutamiento de niños se diera en los barrios en los que yo consultaba. Vemos que tras un marcado descenso inicial en 2012, el mantenimiento del servicio constante hizo que en 2013 se estabilizara este reclutamiento.

A pesar de que los niveles son inferiores es destacable la confianza que la población tiene en el programa, a pesar de que ya esté totalmente al cargo de personal local. La calidad de la asistencia y su regularidad han hecho que el programa se mantenga con buena aceptación.

En cuanto a la **frecuentación**, sí es destacable, aunque no estadísticamente significativa, la diferencia entre unos barrios y otros. En Caleta y María Trinidad Sánchez la frecuentación fue muy alta durante el periodo de intervención y se mantuvo en niveles aceptables posteriormente. Es evidente que durante el periodo



de intervención la frecuentación fue mucho mayor, alcanzando niveles del 75% en estos dos barrios. Durante esos años conseguimos que las madres trajeran a los niños de forma regular con el esfuerzo conjunto del equipo de promotoras de los barrios, la constancia en la asistencia, y la coincidencia con otros modos de intervención; durante esos años, a la vez que se desarrollaba el programa de salud se iba desarrollando el de educación no formal, creando una cultura de participación y cuidado de los niños en los barrios.

Según las estadísticas publicadas, en República Dominicana, el 85% de los niños acuden al menos a cinco revisiones de salud (Martínez, Carrasquilla y Guerrero, 2011 a). Sin embargo, durante nuestra experiencia, observamos que este dato no se ajustaba a la realidad de la población de estudio, ya que no había posibilidad de acceso a pediatras para revisión médica. Sin embargo, cuando pudimos ofrecer esta asistencia de forma continuada, el porcentaje sí se acercó a ese estándar publicado con valores de 75-79% en algunos barrios.

Es destacable también el porcentaje de adhesión al programa en el barrio de Cumayasa, en el que, gracias al grupo de promotoras se consiguió cierta constancia en las visitas. Las promotoras iban a las casas de los niños más pequeños los días previos a la consulta para recordar a las madres cuando los debían traer. Sin embargo, en el barrio de Cucama la adhesión fue muy baja, aunque el reclutamiento era alto. Como ya se ha comentado con anterioridad, a esa consulta acudían personas con muy escasos recursos y muchas dificultades, así que únicamente acudían en caso de enfermedad. Nos planteamos desplazar una consulta al barrio Juan Pablo Duarte, pero la falta de promotores en la zona, la falta de tiempo y de un lugar adecuado no nos lo permitió.

Si comparamos estos datos con los de 2007, año en el que funcionaba ya el programa (con una pediatra contratada y algunas promotoras de salud, aunque

mucho menos formadas y motivadas), vemos que sólo se reclutaron 13 neonatos en año y medio frente a los 147 en tres años, y que la gran mayoría no continuaron con el programa. Esto habla en favor de la intervención.

Tras la intervención comprobamos el mantenimiento de los índices de reclutamiento que están en un buen nivel. Sin embargo, el porcentaje de adhesión al plan bajó considerablemente en todos los barrios, a excepción de María Trinidad Sánchez, donde el grupo de promotores se afianzó. Comprobamos que los barrios en los que el programa se desarrolló plenamente (Pediatria, Promotores, Gestión de medicamentos y Educación para la salud), es donde se mantuvieron los mejores índices de reclutamiento y adhesión.

La última evaluación utilizada en nuestro análisis se hizo en noviembre de 2013, por lo que no podemos determinar el seguimiento de los niños reclutados ese año, ya que en muchos de ellos el periodo de seguimiento no ha sido de un año completo. Aun así consignamos algunos datos para resaltar que, dos años después de la intervención, se reclutaron 20 neonatos cuando antes de la misma sólo se reclutaban 6-7 niños por año. El mayor porcentaje de reclutamiento siguió siendo en los barrios en los que el programa se había asentado con más fuerza, con un grupo de promotoras más comprometido y cohesionado como el de Caleta. Gracias al trabajo de los promotores se pudieron paliar algunas de las dificultades propias de la atención primaria pediátrica (Sánchez y Gil, 2011)

En un país en el que no está instaurado un programa de salud del niño sano, con visitas periódicas y promoción de la salud, la experiencia nos demostró que es posible implementarlo y conseguir la fidelización de las madres. Sin embargo, hay muchas circunstancias que dificultan a las madres el poder acudir a un programa de salud: la dificultad para los desplazamientos, el horario de las consultas, el cuidado de los otros hijos, las tareas domésticas, etc. Es por eso que se deben tener en

cuenta todas estas circunstancias a la hora de pedir constancia a las madres y facilitar en la medida de lo posible el acceso a las consultas. Por eso, se necesita formar al mayor personal posible en el programa de control del niño sano, para que puedan hacer el seguimiento de los niños, dar los consejos de salud oportunos y detectar precozmente los problemas de salud para derivarlos al pediatra en caso necesario, tal y como se recoge en la estrategia AEPI (IMCI en inglés) de la OMS por la que se establecen medidas de diagnóstico precoz y tratamiento de las enfermedades prevalentes en la infancia (de Aranzabal, 2011)

El número de neonatos reclutados en Cumayasa, barrio al que yo no acudía como pediatra, y el alto porcentaje de seguimiento refuerza la idea de que sí, el grupo de promotores funciona, el seguimiento se mantiene ya que en este barrio las promotoras estaban entrenadas para hacer las visitas del programa del niño sano y lo pueden hacer con independencia de la asistencia o no de la pediatra.

#### 6.2.1.2. Eficacia

La **valoración nutricional** como medida de la eficacia de los programas de salud ha supuesto controversia, con estudios en contra (Gerein, 1991; Chauduri, 1998), pero los estudios más recientes apoyan su uso (Davidson 2002; de Onís, 2009).

Estudiamos la situación de los niños que se adherían al programa frente a los que acudían sólo una vez. En un principio la inclusión de los niños en uno u otro grupo se podría considerar aleatoria, ya que el programa se ofertaba a todos los niños que acudían, y era decisión de la madre el acudir o no a las visitas seriadas. Este es uno de los problemas más frecuentes para la evaluación de los programas de salud por motivos éticos (Galbe, 2008) Sin embargo, podemos establecer un sesgo en esta selección, ya que la adhesión por parte de las familias puede venir

condicionada por múltiples factores como la experiencia previa con los hermanos mayores, el nivel de confianza con la institución, motivos religiosos y condicionantes de otra índole.

De los niños estudiados, unos 250 se podrían considerar como caso y 2500 niños como control, con una proporción de 10 controles por cada caso. Comparando con otros estudios publicados en la bibliografía (Lartey, 2004; Benjumea, 2012), y teniendo en cuenta la dificultad para el estudio de campo consideramos suficiente el tamaño muestral para obtener conclusiones válidas.

En diferentes estudios se ha comprobado la utilidad de los patrones de crecimiento establecidos por la OMS en diferentes países en desarrollo (Lastey et al. (2004) en Ghana o Hajeboy et al. (2013) en Vietnam). Así mismo, también se recogen los beneficios de utilizar patrones de referencia internacionales frente a los nacionales para el diseño de políticas de mejora de la salud infantil (Oynehart y Orden, 2005).

Así pues, utilizando estas referencias, en el estudio longitudinal, se comprobó una fluctuación del peso (variable muy condicionada por factores intercurrentes) en torno a valores de puntuación  $z$  cercanas a  $-0,5$  DE. Cada vez más estudios abogan por la utilización de la talla para la valoración del crecimiento y para la clasificación de la desnutrición (de Onís et al, 2006). Con nuestro programa se consiguió que niños con longitud al nacimiento por debajo de  $-1$  DE fueran acercándose paulatinamente a la media deseable establecida en el EMPC (Estudio Multicéntrico de Patrones de Crecimiento) de la OMS.

La asistencia continuada ha demostrado una disminución de la desnutrición, sin haber implementado ningún programa nutricional adicional. La utilización de suplementos alimentarios de forma aislada, puede no ser efectivo para la mejora nutricional, tal y como se recoge en la literatura (Aboud, Shafique & Athker, 2009;

Bentley, Wasser, y Creed-Kanashiro, 2011, Bhandari et al, 2004; Dewey y Adu-Afarwuah 2008). Otros estudios recogen los beneficios de las medidas de educación alimentaria junto con la suplementación de micronutrientes (de Onís, 2013; Sguassero et al, 2012)

Apreciamos una conducta alimentaria adecuada con casi un 98% de madres que ofrecían lactancia materna; sin embargo el porcentaje de lactancia materna exclusiva, que es el que se ha demostrado como factor positivo de salud (Bentley, 2011), sólo alcanzó el 54%.

En el estudio transversal, comparando el estado nutricional de la población en 2006 y en 2011, vemos como la distribución del peso para la edad se acercó hasta prácticamente igualar el estándar que establece la OMS. Y en cuanto a la talla, los datos aún son mejores, ya que en la mayoría de franjas etarias se ha pasado de estar por debajo a estar por encima de la media deseable. Estas mejoras, estadísticamente significativas, nos hacen pensar que, más allá del beneficio obtenido por los niños que más frecuentaron el programa de atención pediátrica, el resto de programas y la intervención integrada ha logrado mejorar los índices nutricionales de toda la población infantil diana.

Además, si tenemos en cuenta que la mejora se dio fundamentalmente en edades tempranas, es de esperar que el beneficio nutricional se mantenga durante el resto de la infancia y se proyecta en la vida adulta (Brines, 2013b).

En cuanto a las **enfermedades** detectadas, resaltar que, aunque el motivo de consulta era en muchas ocasiones un chequeo, en la mayoría de los casos se trataba de niños con alguna afección, ya fuera aguda o crónica. Este dato apoya la tesis de la importancia de las medidas preventivas “de oportunidad”, es decir, aprovechar cualquier consulta pediátrica para proponer medidas de promoción y prevención de la salud (Galbe, 2008). Por otra parte hay que considerar que en

ocasiones, las peculiaridades del lenguaje pueden conducir a engaño. Cuando en República Dominicana se habla de *gripe* se refieren únicamente a rinorrea leve; la *raquiña* suele identificar a la escabiosis y los *nacidos* son las lesiones de impétigo y los abscesos cutáneos. Así pues, las consultas por “gripe” podían resultar en un diagnóstico de bronquiolitis, broncospasmo, bronquitis, gripe o infección respiratoria leve. Es difícil comparar estos datos con datos de morbilidad de la zona, porque no disponemos de estadísticas fiables. En las estadísticas se recogen otro tipo de enfermedades, como VIH, dengue, lepra o tuberculosis.

La estrategia AIEPI propone medidas para la prevención primaria y secundaria de las enfermedades más prevalentes en la infancia, mediante cuidados adecuados y detectando oportunamente signos de alarma para buscar ayuda (PAHO, 2010d). Aplicando algunas de estas estrategias recomendadas (formación de agentes sanitarios, fomento de lactancia materna, educación en hábitos de higiene), se pudo disminuir alguna de estas enfermedades como las del tracto digestivo.

Si bien es cierto que no disponíamos de medios diagnósticos complementarios y que algunas de estas enfermedades podrían haber pasado desapercibidas, tampoco encontramos casos graves que motivaran ingreso hospitalario por ellas. Es posible que algunos de los casos diagnosticados con fiebre inespecífica o cuadro viral correspondieran a dengue clásico, pero como el diagnóstico acertado no iba a variar el tratamiento se aplicaba de igual modo, evitando en cualquier caso de fiebre el uso de ácido acetil salicílico. Como ya comentamos, en los casos en los que clínicamente sospechamos de anemia, a pesar de que pudiera tratarse de anemia ferropénica o carencial, dada la elevada prevalencia de anemia falciforme en la región evitamos la administración de hierro. En algunos casos pudimos realizar algún hemograma con prueba de falcemia para poder orientar mejor el tratamiento; en estos hemogramas, sin embargo, debíamos interpretar los

resultados según el contexto, ya que una supuesta normocitosis podía esconder una anemia mixta (macrocitosis por la falcemia modificada por la hipocromía o ferropenia).

Recomendamos muy pocos ingresos hospitalarios, la mayoría por gastroenteritis y deshidratación moderada o grave. En esos casos acompañábamos a los enfermos al hospital por dos motivos, facilitar el desplazamiento y mejorar su atención en urgencias. Quizá estas fueran dos de las causas del agravamiento de muchos procesos: la dificultad para el desplazamiento y acceso al hospital y la sobrecarga de este centro. Las urgencias estaban sobrecargadas y atendidas por personal inexperto.

El uso precoz de la antibioterapia o la posibilidad de administrar broncodilatadores inhalados evitó probablemente muchos ingresos por problemas respiratorios. A nuestra llegada a La Romana, no se disponía de cámaras espaciadoras para los broncodilatadores ni en los centros sanitarios, por lo que la posibilidad de disponer de una cámara y broncodilatadores en cada barrio supuso una gran mejora. Hemos de tener en cuenta que sí disponían de nebulizadores pero la irregularidad del suministro eléctrico hacía muy difícil su uso.

El descenso en las enfermedades derivadas de malos hábitos higiénicos del 32 al 21% de los diagnósticos, o el de las enfermedades digestivas del 20 al 15% apoya la eficacia de las medidas de educación para la salud. El hecho de que la mayor parte de los procesos respiratorios fueran leves, habla en favor de la capacidad de las madres y de los agentes de salud para reconocer precozmente los síntomas y buscar ayuda.

En cuanto a patología crónica, reseñar que, aunque se trataba de pocos casos, el hecho de la dificultad de manejo hizo que acudieran con frecuencia a la consulta

por enfermedad aguda banal y fueran seguido de forma muy cercana tanto por las médicos como por las promotoras de salud.

Los niños con menor peso al nacimiento que seguimos fueron unas gemelas de 1.200 y 1160 gramos que fueron dadas de alta tras el nacimiento, controladas por las promotoras de salud de su barrio con desarrollo normal y sin secuelas. Los niños con bajo peso extremo al nacimiento prácticamente se consideraban abortos tardíos por la imposibilidad de seguimiento.

Durante la intervención fallecieron 2 niños (de un total de 3347 niños atendidos): una hidrocefalia grave (con un perímetro craneal de 71 cm para un peso total de 8 Kg) que murió tras dos años de seguimiento y cuidados por parte de las promotoras de salud de su barrio que visitaron a la familia todas las semanas durante dos años, procurándole alimentación adaptada, pero sobretodo acompañando a la madre, quien decidió unirse al grupo de promotores “para hacer con otras familias lo que han hecho conmigo”. El otro fallecimiento fue el de una recién nacida de 2500 gramos con una gastroenteritis aguda a los 15 días de vida con deshidratación grave; este fallecimiento sucedió en los primeros meses de la intervención, motivado por la inexperiencia de la madre que no supo reconocer los signos de deshidratación lo que motivó que no solicitara asistencia a tiempo. A pesar de que la remitimos para ingreso, falleció en el hospital. Este caso supuso un estímulo para intensificar nuestro trabajo, fundamentalmente en educación para la salud para reconocer los signos precoces de procesos graves que motiven la solicitud de consulta. Posteriormente ya no tuvimos ningún caso de deshidratación grave por diarrea. Estas cifras de mortalidad están por debajo de las cifras recogidas en las estadísticas; por eso, podemos pensar que gracias a nuestro programa y al tratamiento precoz de patologías hemos podido reducir la mortalidad infantil.



La estrategia AIEPI ofrece además, un instrumento de evaluación de los programas de salud (Adalid et al. 2002). En nuestro programa se cumplieron prácticamente los 15 ítems propuestos, ya que se evaluaron clínicamente todos los niños, se incluyeron sus datos antropométricos en curvas de crecimiento, se administró la medicación necesaria, se refirió a los niños que lo precisaban y se contó con los medios técnicos adecuados.

Dentro de esta estrategia, iniciamos un programa de control del embarazo con cuidados prenatales y consejos de salud. Se aprovecharon las visitas de las embarazadas con sus hijos mayores al programa de salud y también se incluyeron algunas embarazadas en el programa de control de enfermos crónicos. En cuanto al tipo de parto, destacar que el porcentaje de cesáreas (27%), es muy superior al 10-15% recomendado tal y como se recoge en la declaración de Fortaleza (OMS, 1985). Es este un programa que no pudo ser bien desarrollado por falta de tiempo, pero es una de las líneas a trabajar en el futuro, para aprovechar esa ventana de oportunidad de los 1000 primeros días del niño (Girad & Olunde en de Onís et al, 2013a).

### **6.2.2. Programa de Promotores de Salud**

Sin duda alguna el mejor indicador del éxito del programa de Promotores de Salud es que en el momento actual todo el proyecto en conjunto está coordinado por dos de las promotoras de salud, que se encargan de la gestión económica y la coordinación de todos los programas, la formación de los promotores y la convocatoria de nuevas ediciones.

Siguiendo las recomendaciones de la bibliografía (Werner, 1993, PAHO, 2010c, Kroeger, 1992) no nos fijamos en la capacitación técnica para el reclutamiento sino en la motivación para el aprendizaje, en la implicación, en la sensibilidad hacia las necesidades de los más desfavorecidos y en la presencia en su comunidad. En líneas generales la elección de las personas fue la adecuada, ya que se ha formado un grupo cohesionado y altamente implicado con su comunidad, que ha conseguido cambios importantes.

**10° Curso de PROMOTORES DE SALUD**

Si quieres formar parte de nuestro grupo de PROMOTORES DE SALUD y trabajar por mejorar la salud en tu barrio o si simplemente quieres saber más cosas sobre salud, acude a:

BARRIO	LUGAR	FECHAS	HORARIO
Cumayasa	Salón multiuso, Capilla Católica Santa María Madre De Dios	Lunes-1 Martes-2 y miércoles-3 De junio	3:00 A 6:00 P.M.
La Paz	Parroquia Nuestra Señora De La Paz		
Quişeqya	Centro Cultural Calasanz, San Eduardo		
Calata	Capilla Santa Paula Montal		
Sárvica	Parroquia Cristo Rey	Lunes-8 Martes-9 y Miércoles-10 De junio	3:00 A 6:00 P.M.
La Aviación	Colegio Mutualista Luz Para Todos.		

**ES COMPLETAMENTE ¡GRATIS!**

Si quieres saber algo más, dirígete a al promotor más cercano de tu barrio o llama al 809-556-9507 y comunícate con Maira o Leidy.

Fig. 49. Cartel anunciador del 10º curso de promotores de salud en Julio de 2015.

A pesar de que, de las más de 450 personas que han iniciado el itinerario formativo, sólo lo han completado el 20% y sólo se ha incorporado a las actividades del programa menos del 10%, la propia participación en las diferentes formaciones tiene valor en sí misma. De hecho, el curso de iniciación básica se concibió más

como una formación en salud que como una capacitación para trabajar como promotor de salud. Así pues, más de 450 personas han adquirido unos conocimientos básicos para la mejora de su propia salud y de la de sus familias.

Desde su formación en 2008, el grupo de promotores ha tenido pocas incorporaciones anuales, pero ningún abandono voluntario. Los escasos abandonos del programa se han debido a traslados de domicilio. La asunción de la responsabilidad sobre el proyecto ha sido total, por lo que la implicación en el mismo es muy importante. Algunas de esas mujeres se dedican incluso profesionalmente a la promoción de la salud, dos de ellas en nuestro programa y otra de ellas ha sido contratada por USAID. La característica más importante y que le ha dado estabilidad es la cohesión interna del grupo y el compartir los mismos objetivos y motivaciones. Gracias a este grupo de promotores se pudieron paliar algunas de las dificultades inherentes a la atención primaria en estos contextos (Sanchez & Gil, 2011; de Aranzabal, 2011b).

Además, alguno de los promotores de forma individual y el propio grupo, participó de otras iniciativas en el ámbito sanitario (grupo-SIDA, pastoral social y de la salud...), pero también en otros ámbitos comunitarios (censos poblacionales oficiales, matriculación escolar, regularización burocrática...). Todo ello confirma la presencia social del grupo de promotores de salud tal y como se recoge en otras publicaciones (Parks et al, 2004).

La motivación hacia el aprendizaje también ha sido una constante, demandando información sobre los temas que consideraban de interés. Así, se consiguió un curso de formación por parte del Patronato Nacional de Ciegos de República Dominicana que capacitó a algunas de nuestras promotoras como agentes locales de dicho patronato. Diseñamos, a petición de los promotores, un curso para cuidados del enfermo crónico y en proceso de envejecimiento. Los promotores que

compartían consulta con las pediatras aprendieron la valoración completa del niño sano, el diagnóstico de enfermedades frecuentes y la administración de tratamientos sencillos. Aprendieron a utilizar esfigmomanómetros, fonendoscopios, glucómetros, tiras reactivas de orina... También aprendieron sobre antropometría infantil, tanto en la medición como en el registro de percentiles. Hablamos de personas, en su inmensa mayoría mujeres, con estudios primarios (y en algún caso sin ellos), confirmando la hipótesis de que cualquier persona, con la formación adecuada puede recoger e interpretar la información tal y como se recoge en algunas publicaciones de contextos similares (Rhode, 1990).

En el momento actual, los promotores sostienen el resto de programas del proyecto (como se ve en la figura 50), ya que asisten a la pediatra en la atención de los niños, incluso llevando a cabo, las más formadas, las revisiones de salud del niño sano. Su contribución a este programa también supone el reclutamiento de nuevos niños y su seguimiento cercano entre una consulta y la siguiente. También se encargan de la obtención de medicamentos y su distribución, de las actividades de educación para la salud y de la formación y acompañamiento de nuevos promotores de salud.

Es de justicia destacar en este punto a los niños como promotores de salud. Cada año, decenas de niños se incorporaban al curso de iniciación y en muchos de los casos eran los que demostraban más interés, confirmando lo recogido en la literatura (UNESCO, 2012; Wermer, 1996). Algunos de ellos se unieron al programa, creciendo con él. Niñas de 10 años daban charlas a los adultos, o participaban de las revisiones de salud de otros niños. Realmente, los niños incorporados al programa eran hijos de algunas de las promotoras de salud, con lo que prácticamente toda la familia participaba del programa.

FECHA	FORMACION CONTINUA	FORMACION INICIAL	RADIO	OTROS	EVALUACION
1ª quinc.				Revisión médica CNU	
01-nov		Savica: Inyecciones			Excelente
02-nov		Quisqueya: Botiquin	Alimentación niño		Muy bien
04-nov		Cumayasa: Agudeza visual			Poca asistencia
07-nov		Cucama: Presión			Muy bien
09-nov	Suspendida		Lactancia materna	Reunión coordinadores	
16-nov	Distribución de medicamentos	Vacunas			
23-nov	Prep form inicial: Botiquin		Suspendida por falta de luz	Feria alimentacion	
30-nov	Retiro		Salud de la mujer		
02-dic		Cumayasa: Inyecciones			Muy bien
05-dic	i	Cucama: Diabetes			Muy bien
06-dic		Savica: Presion			Muy bien
07-dic		Quisqueya: Parasitos y Diarrea			Muy bien
21-dic	Distribución de medicamentos			Cena Navideña	
10-ene		Savica Diabeste			Exelente, poca asist.
11-ene		Quisqueya: Agudeza visual			Muy bien poca asisr
13-ene		Cumayasa: Presion			Muybien, falta de luz
16-ene		Cucama: Fiebre			Muy bien poca asisr
18-ene				Reunion de coordinadores	
18.ene	Distribución de medicamentos				
25-ene	Inicio de la Radio		Aliment. Adolescente		
01-feb	Sector quisqueya	Inyecciones	Presion		Muy bien
06-feb	Cucama	Antpirecicos			Bien
07-feb	Savica	Fiebre			Muy bien
08-feb			Diabetes		
15-feb	Distribución de medicamentos	Diabetes			

Fig. 50. Planning trimestral de actividades de los Promotores de Salud

Es de agradecer que, en una sociedad todavía eminentemente machista, los esposos, si no colaboraban con el programa ayudando con los transportes, por ejemplo, al menos sí apoyaban a sus esposas e hijas a participar del mismo, aunque esto supusiera “descuidar las tareas del hogar”. La experiencia de estas familias no sólo ha sido muy positiva, sino que, en un medio en el que la familia es un valor en desuso, ha sido un elemento convocante de nuestro programa. También es importante medir el trabajo no remunerado para dimensionar correctamente los programas de salud (PAHO, 2008).

El éxito del programa de promotores de salud se demuestra en que todavía hoy, casi 3 años después de la intervención, se continúan haciendo todas las actividades del proyecto y el equipo de promotores se mantiene cohesionado y altamente motivado.

### **6.2.3. Programa de Educación para la Salud**

Dada la variedad de actividades que se desarrollan en este programa, se evaluarán de forma somera los resultados de cada una de ellas.

#### **6.2.3.1. Bachillerato de enfermería**

En la primera promoción mantuvimos una atención muy importante en cada uno de los alumnos, con lo que se consiguieron, no sólo excelentes resultados académicos, sino una motivación hacia el trabajo comunitario y la sensibilidad hacia los pacientes más desfavorecidos. En una sociedad en la que ser profesional de la salud supone alcanzar un estatus económico y social alejado de los pobres, se consiguió que esta promoción, en general, tuviera una clara vocación social.

Algunos de los alumnos colaboraron en el programa de salud, pero el hecho de tener que desplazarse tras su graduación hacia otras ciudades para proseguir sus

estudios dificultaba esta integración. También despertamos en ellos el interés por la docencia y la educación por la salud, consiguiendo que participaran activamente en las actividades de educación para la salud con los niños pequeños. Una de las alumnas de la primera promoción es actualmente profesora en el bachillerato, compaginando la docencia con sus estudios de medicina y su participación como asesora en el programa de salud.

La importancia de la implantación de este bachillerato radica también en la escasez de profesionales sanitarios de La Romana; como hemos visto, la proporción de auxiliares de enfermería de enfermos es muy baja, 11 y 4 por cada 100.000 habitantes. Por ello, ofrecer la posibilidad de aumentar ese número tiene beneficio en sí mismo. Otra de las ventajas de nuestro bachillerato es que estaba parcialmente subvencionado por el estado con lo que podían acceder jóvenes de escasos recursos económicos; de hecho algunos alumnos asistieron de forma gratuita gracias a becas. Este es uno de los verdaderos hitos de transformación, ya que permite, en un país en el que la formación y la progresión social están limitadas a los ricos, avanzar en sus estudios a jóvenes procedentes de hogares muy pobres. El hecho de combinar los estudios de bachillerato con la formación profesional ha permitido costear su formación universitaria a jóvenes sin recursos gracias a su trabajo.

#### 6.2.3.2. Educación para la salud en la comunidad

Las medidas de educación para la salud en la comunidad suelen tener implantación baja, pero con resultados significativos frente a las zonas de “no intervención” (Cairncross, 2005, Briscoe & Aboud, 2012). Las actividades puntuales abiertas a la comunidad tuvieron buena aceptación, con una media de cien personas en cada una de ellas. Todas fueron bien valoradas por los asistentes, pero no se puede determinar la influencia que hayan tenido en la salud comunitaria.

Podemos asumir que el porcentaje de mujeres que se realizaron actividades de cribado de cáncer, como la autoexploración mamaria o el test de Papanicolau, aumentó, pero no podemos cuantificarlo.

Los cursos iniciales de promotores de salud se concibieron como actividades de educación para la salud comunitaria tal y como se recomienda en la literatura (Gordon, 1998; Kates y Michaud, 2012), pero pensamos que era más convocante el planteamiento como capacitación para promotores de salud que como mera charla formativa, lo que se demostró eficaz dada la afluencia de alumnos en todas las comunidades y la demanda de continuidad.

Desde 2011 se realizó un programa de radio semanal con consejos de salud, aprovechando la oportunidad que ofrecen los medios de comunicación para la promoción de la salud (Snyder, 2006), que también sirvió de plataforma para la difusión de las diferentes actividades del programa

En cuanto a las revisiones de salud en las Bibliotecas Calasanz Nos Une (CNU) la aceptación fue excelente con una adecuada respuesta de las familias, que acudieron acompañando a los niños y a la charla posterior. Sin embargo, no se consiguió, pese a convocarlo, conseguir un grupo de “escuela de madres” que pudieran recibir consejos de educación para mejorar la salud de sus hijos.

En cuanto a los valores detectados en las exploraciones, cabe destacar que la situación en cada una de las seis bibliotecas fue diferente pudiendo reflejar la diferente condición socioeconómica de cada uno de los barrios en los que trabajábamos. En la biblioteca de Brisas del Mar o de María Trinidad Sánchez los índices nutricionales fueron muy bajos, con más de la mitad de niños con pesos por debajo de  $-2DE$ , mientras que en la de Savica o La Paz, observamos casos de sobrepeso y obesidad.

Tras obtener estos resultados se pusieron en marcha algunas iniciativas comunitarias. En la biblioteca de Brisas del Mar, las mujeres del barrio se turnaron



para llevar comida, asegurando así que, al menos una vez al día, los niños tuvieran una comida adecuada. En La Paz, pusieron en marcha un programa de merienda saludable para luchar contra la obesidad, evitando la “comida chatarra”(término utilizado allí equivalente al de “comida basura”). Estas iniciativas comunitarias, con “presupuesto cero”, son las que a largo plazo pueden ser transformadoras.

Sólo entre un 30 y un 50% de los niños, dependiendo del barrio, tenían un calendario vacunal completo para su edad, según reconocen sus familiares. Esto se debe al difícil acceso a la vacunación. Los dispensarios periféricos no disponen de las condiciones mínimas para el almacenaje de las vacunas (en la mayoría de los casos no hay suministro eléctrico o este es irregular). Por esta razón, los jóvenes médicos que se ocupan de estos dispensarios durante su año de pasantía, deben decidir el día de vacunación, trasladarse al centro de centralización de vacunas en la ciudad y después llevarlas al barrio; al finalizar la jornada deben devolver las vacunas que hayan sobrado. Esto resulta bastante dificultoso, por lo que no suelen hacerlo más de una vez cada mes o dos meses. Si ese día las madres no pueden acudir al centro, no volverán a tener oportunidad de vacunación hasta dos meses después... Siempre y cuando no haya finalizado el periodo de pasantía del médico y llegue uno nuevo que tenga que reemprender el programa de vacunas.

En estas condiciones, el seguimiento vacunal es muy dificultoso. Por eso es importante el poder disponer de un punto de vacunación estable para poder remitir allí a las familias que puedan desplazarse para vacunar a los niños según un calendario regular.

El porcentaje de grave alteración dentaria supera el 40%. Esto puede ser debido a varios motivos. Por un lado el déficit en micronutrientes: El aporte de leche en los primeros años es deficiente por el elevado precio de la misma. Por otra parte, la posibilidad de seguir una adecuada higiene dental también era difícil, ya que los dentífricos también son caros y de difícil acceso. De ahí la importancia de realizar

actividades de educación para la salud para el cuidado de los dientes mediante otras medidas (como el cuidado de los dientes mediante la dieta).

La medida de la presión arterial resultó normal para la edad en el 100% de casos; mientras que la frecuencia cardiaca resultó elevada en muchos de los niños en condiciones de reposo. Es cierto que podría deberse al nerviosismo por la revisión (taquicardia “de bata blanca”), pero se tomó en condiciones de reposo cuando los niños ya se habían calmado. Esta taquicardia pues, podría deberse a anemia.

Ninguno de los niños tuvo cifras de glucemia anormales o glucosuria. En el análisis de orina destaca la proteinuria leve y la alta densidad en la mayoría de los niños, debido probablemente a la ingesta deficiente de líquido en relación a las necesidades y a la abundante ingesta de bebidas carbonatadas. Todo ello supone factores de riesgo de nefropatía, hecho frecuente en la población adulta. En este punto, también se imponen las medidas de educación para la salud. El abuso de las bebidas carbonatadas, frecuente en todos los países de América Latina, supone ya un serio problema de salud pública por las consecuencias en la edad adulta de su consumo habitual.

#### 6.2.3.3. Educación para la salud en la escuela

La implantación del programa de educación para la salud en la escuela primaria tuvo un seguimiento desigual, porque no se consiguió la motivación adecuada del profesorado. Se pudieron hacer actividades puntuales, que sí tuvieron una buena acogida. Sin embargo no se pudo insertar el programa de educación para la salud en el currículum, realizándose actividades puntuales, como se indica en algunos modelos de educación para la salud en la escuela (Generalitat Valenciana, 2006). Probablemente un mayor esfuerzo de motivación y acompañamiento hubiera

conseguido establecer un programa integrado como el programa FRESH recomendado por la UNESCO (2015).

Es especialmente importante insistir en el tema de la alimentación saludable en lugares en los que es posible el acceso a alimentación adecuada (Bentley, 2011, Penny et al. 2005), ya que en el mismo medio coinciden niños con anemias carenciales, estados leves de desnutrición, carencia de micronutrientes y niños obesos. La escuela está situada en un barrio en el que viven familias con algún ingreso estable aunque escaso. Es por esto que sí se tiene acceso a algo de comida, pero en general la dieta se basa en harinas y grasas y muchos de los niños consumen habitualmente “comida chatarra” y bebidas gaseosas azucaradas. La metodología empleada fue el aprendizaje activo (*learning-by-doing*), recomendado por la UNESCO (2004b, 2015) en el programa FRESH.

Esto se traduce en lo que se conoce como “doble carga” de la malnutrición (de Onís & Blössner, 2000), con niños en estado de desnutrición moderada, junto con otros con diversos grados de sobrepeso pero todos ellos con carencias de micronutrientes. Del mismo modo, aunque no lo pudimos cuantificar, la observación nos permite ver que entre los padres la distribución es similar. Por el momento, el índice de obesidad entre los adolescentes y los jóvenes es mucho menor que en edades más tempranas, siendo excepcionales los casos de obesidad grave (Durán, Caballero & de Onís, 2006; Galiano et al, 2012).

El mayor seguimiento se dio en los primeros cursos de infantil y primaria, en el que el equipo de profesoras estuvo más concienciado, consiguiendo que los niños llevaran al colegio almuerzo y merienda saludable, de forma sistemática. En el liceo, se consiguió una subvención del gobierno para ofrecer la comida. Se optó por contratar a un proveedor con el que se trabajó la importancia de una dieta variada y saludable. Los alumnos de la especialidad de turismo se encargaban en ocasiones

de la cocina dentro de sus prácticas. En todas ellas se insistió en que la alimentación fuese saludable.

Con esto se demuestra la importancia de la educación nutricional, no sólo para enseñar a los niños conocimientos sobre alimentación saludable, sino para darles estrategias e invitarles a adoptar los hábitos dietéticos saludables como se recoge en la literatura (Griffiths, 1998; Hotz y Gibson, 2005; Jukes et al. 2002).

En cuanto a los beneficios que supusieron las enfermerías escolares, destacan la disminución del absentismo escolar por enfermedades banales y la administración de medicación básica. Hemos de recordar que la mayoría de las familias no disponen de recursos económicos para la compra de medicamentos básicos, por lo que muchos niños llegaban a la escuela con fiebre u otros síntomas.

Otro de los aspectos trabajados es el del ejercicio físico. Se ha creado un club deportivo, con el que trabajamos, para fomentar el deporte escolar. El número de alumnos que se unen al club deportivo va en aumento y se está consiguiendo crear una cultura del deporte entre los jóvenes, lo que supone otra ventaja: la posibilidad de un ocio sano. Los jóvenes tienen poca oferta de ocio en la ciudad por lo que es bastante frecuente que a edades tempranas adquieran conductas de riesgo.

Durante los últimos años trabajamos la educación sexual, descubriendo la poca o errónea información de la que disponen los alumnos, como se recoge en los informes de la zona (PAHO, 2011). Extendimos las charlas a los primeros cursos de secundaria dada la temprana iniciación sexual de los alumnos. El principal beneficio de estas charlas, fue el de crear en la escuela un clima de confianza para que los alumnos pudieran compartir sus dudas y preocupaciones con adultos responsables. El número de embarazos no deseados y el abandono escolar por este motivo (dos casos en los 4 años de intervención) ha sido prácticamente anecdótico.

#### 6.2.4. Programa de gestión de medicamentos

El acceso a medicamentos en la ciudad de La Romana es muy dificultoso. Las farmacias tienen medicamentos a precios inalcanzables (unas 10 o 20 veces por encima de su valor), para la mayor parte de la población. Desde 2010, funcionan las denominadas *farmacias del pueblo* con medicación subvencionada por el Estado a precios populares. Existen únicamente 5 de estas en la ciudad. Así pues, las personas pobres residentes en los barrios periféricos no pueden acceder a ellas. Además, la política de dispensación impone la venta de medicación únicamente de uso personal, por lo que no se permite realizar compras colectivas. Este es uno de los principales problemas de la atención primaria en estos contextos (Sánchez & Gil, 2011; Winslow, 1955).

Las personas con el seguro de SENASA tienen mayor facilidad de acceso a la medicación, pero en la población con la que trabajamos, hay muy pocos afiliados a SENASA, sobretodo en los barrios periféricos donde hay mucha población migrante en situación irregular y mucha gente aún dominicana en situación irregular (sin documentos de identificación) debido a la migración interna y a la deficiente burocracia (Rathe, 2011).

Por otra parte no es extraño que determinadas organizaciones (desde iglesias hasta fundaciones o políticos en campaña electoral) ofrezcan medicamentos de forma esporádica.

Esta dificultad para la adquisición de medicamentos de forma regular imposibilita la cumplimentación de los tratamientos crónicos, lo que acelera la evolución de enfermedades como la diabetes o las cardiopatías y nefropatías derivadas de la hipertensión arterial o las dislipemias. Por todo ello era de especial interés establecer una red de dispensación de medicamentos básicos.

También se nos planteaba el problema de la dispensa de medicamentos que se recetaban en las consultas de pediatría. El gobierno establece cierta dotación de

medicación básica en las Unidades de Atención Primaria (UNAP), así que en los barrios en los que pasábamos consulta en la UNAP los podíamos dispensar. Sin embargo, muchas veces eran insuficientes, teniendo en cuenta, además, que no siempre se pasaba consulta en estos locales. Poco a poco, gracias a los esfuerzos de regularización y también a un aumento del suministro por parte de la Administración, pudimos ir cubriendo toda la asistencia al programa sin necesidad de aportar medicación extra.

El uso de broncodilatadores merece un comentario adicional. Las únicas presentaciones disponibles eran en forma de solución vía oral, con la sobredosisificación que supone y los efectos secundarios, y la solución para nebulización. El problema de la nebulización volvía a ser, como en otros casos, el del suministro eléctrico. Así pues, el poder disponer de broncodilatadores inhalados supuso una importante mejora. En los últimos años ya se encuentra este tipo de medicación en el país y ya podemos acceder a ella.

Dentro de los acuerdos que hicimos con las autoridades sanitarias también se incluyó la recepción de medicamentos del almacén estatal (PROMESEcal) por valor de 5.000 pesos (unos 100 euros) al mes y la autorización para hacer compras colectivas en las *farmacias del pueblo*. En ambos casos se podía solicitar la medicación necesaria, aunque no siempre disponían de la que se solicitaba y se suministraba otros medicamentos para completar el monto de la subvención, confiando en que los pudiéramos distribuir

También hicimos algunos acuerdos con laboratorios farmacéuticos para la compra de medicación a precio de coste o para conseguir que nuestros enfermos dispusieran de tarjetas nominales de descuentos. Entre 2009 y 2011 recibimos donaciones de medicación por valor de más de 150.000 pesos dominicanos (unos 30.000 euros), lo que supone mucho dinero si se considera que un comprimido de

paracetamol cuesta 50 céntimos de peso (1 céntimo de euro). Estas donaciones fueron de laboratorios o de médicos que las recibían de los visitantes médicos.

En el dispensario P. Cavalotto se disponía de una botica. A nuestra llegada en esa farmacia se dispensaban medicamentos a precios algo elevados que se compraban a laboratorios farmacéuticos. Este hecho suponía un descrédito para la institución al tratarse de un dispensario de la Iglesia, y se esperaba de él donaciones o precios más populares. Gracias a las donaciones recibidas y a los convenios con PROMESEcal recuperamos la posibilidad de disponer de medicamentos para su dispensación gratuita o a precios populares similares a los de las *farmacias del pueblo*. Con ello, poco a poco se logró recuperar el crédito de la institución, manteniendo la sostenibilidad.

Así pues, en el momento actual, el programa se autoabastece de medicación básica gracias a los recursos estatales disponibles. En caso de precisar algún tipo de medicación especial, se dispone de un pequeño fondo para su adquisición.

La gestión y distribución de medicamentos corre al cargo de los promotores de salud, quienes suministran medicación básica a unos 100 enfermos crónicos, a los que, además visitan con regularidad y controlan su presión arterial o glucemia si precisan. La demanda de este servicio era mucho más alta, pero preferimos que esta dispensación de medicación formara parte de un seguimiento completo del enfermo y no meramente la provisión de medicinas. Siendo así, el compromiso de cada promotor era hacer el seguimiento de 5 enfermos. Es por eso que no teníamos capacidad para asumir más enfermos crónicos en este programa para poder mantener la calidad. Con ello hemos conseguido frenar la progresión de estas enfermedades evitando las complicaciones secundarias que, de otro modo, suelen ser frecuentes y acompañar a las familias en el cuidado de sus enfermos.

### 6.2.5. Programa de gestión del Dispensario Médico

Dependiendo de la normativa de cada región, se establece la proporción de centros sanitarios (Sánchez y Gil, 2011). En República Dominicana se establece que debe haber un centro de atención primaria para una población de 20.000 personas y una distancia de 4 km en el ámbito rural. Con este argumento solicitamos la instalación de una UNAP en el barrio de Brisas del Mar, ya que se cumplían todas las características (tamaño poblacional y tratarse de una población aislada). Sin embargo, la solicitud no recibió respuesta.

Del mismo modo, solicitamos el establecimiento de una UNAP compartiendo los locales de nuestro dispensario, situado en el núcleo urbano de La Romana. En este caso, y tras comprobar que nuestras instalaciones cumplían todos los requisitos que la ley recoge para los centros dispensadores de salud (y que no cumplen los centros públicos tal y como pudimos comprobar), aceptaron firmar un convenio por el que se estableció una UNAP en los locales del dispensario con dotación de personal. Así se consiguió asistencia primaria gratuita para unas 25.000 personas.

El dispensario médico, que ya existía a nuestra llegada tenía muy mala aceptación en la comunidad por una mala gestión. La población no asumía que un dispensario de la Iglesia no fuera gratuito y además el servicio era irregular y defectuoso, lo cual supone otro de los problemas principales de la atención primaria (Sánchez y Gil, 2011). Esta circunstancia es la habitual en La Romana; por un lado, la población no asume su propia responsabilidad en el mantenimiento de los servicios de salud y los entiende como una opción que pueden tomar o no las instituciones, pero que si la toman, la oferta debe ser gratuita. A la sanidad no se tiene derecho, te la regalan.

Por otra parte, el hecho de que los médicos que ofrecían los servicios compaginaran esta acción altruista con su labor profesional hacía que su



responsabilidad tampoco fuera importante, faltando a las consultas si sus obligaciones se lo pedían, por lo que no había regularidad en el servicio.

Una mala gestión de la farmacia hizo también que los precios de los medicamentos fueran demasiado elevados para la población local. A pesar de ello, el dispensario era siempre deficitario y las instalaciones estaban anticuadas por falta de inversión.

Durante la intervención, racionalizamos los gastos, conseguimos asegurar los sueldos de los trabajadores auxiliares del dispensario e hicimos el convenio con Salud Pública para el establecimiento de una UNAP que asegurara la atención primaria gratuita de la población y el acceso a la medicación correspondiente de los enfermos afiliados a SENASA.

A pesar de ello, el hecho de que la coordinación del dispensario recayera en una médico voluntaria que sólo acudía un día a la semana hizo que los resultados fueran peores de lo esperado. Sin embargo, hay que destacar que, gracias a los especialistas voluntarios que seguían colaborando con nosotros pudimos seguir ofreciendo servicios de Diabetología, Ginecología, Cardiología y Psicología a personas de los diferentes barrios donde actuábamos además de a la población de la zona. Actuaba como un pequeño centro de especialidades al que los promotores de salud referían a los enfermos seguidos por el programa. Allí pudimos realizar algunas pruebas complementarias con las que completar los diagnósticos de pediatría. A pesar de realizar estas pruebas prácticamente gratis, la dificultad para los desplazamientos hizo que únicamente se realizaran la mitad de los estudios solicitados.

Pudimos estudiar la anemia en más de 120 niños para poder ajustar el tratamiento suplementario (Neufeld & Cameron, 2012) comprobando valores similares a los descritos para el país (MSPAS, 2014). Los resultados de los coprocultivos confirmaron la presencia de amebiasis intestinal como principal

causa de las diarreas invasivas, por lo que establecimos el tratamiento con cloranfenicol o metronidazol (en función de la disposición) como tratamiento empírico en las diarreas invasivas. La posibilidad de realizar ecocardiografías (aunque fuera de forma aproximada ya que se realizaron con un ecógrafo vaginal en modo B y M, en blanco y negro) permitió la remisión para valoración especializada, pero sobretodo permitió descartar procesos que la precisaran, evitando el gasto que supondría para las familias (PNUD, 2014b)

Si bien es cierto que desde el Gobierno se está intentando hacer un esfuerzo por mejorar la atención primaria, la atención especializada es todavía un lujo al alcance de unos pocos. Gracias a la colaboración de estos médicos pudimos acercar esta valoración a algunas personas. Sin embargo, con una mayor dedicación de tiempo a la coordinación del centro de especialidades probablemente se podría conseguir un mejor aprovechamiento del mismo, ya que supone una buena oportunidad, porque ofrece unas instalaciones sanitarias de las que no se disponen en muchas consultas especializadas.

### **6.3. Viabilidad a largo plazo.**

Revisando los estándares en cuanto a atención, el programa es sostenible a largo plazo, ya que cuenta con financiación estable y colabora con las instituciones públicas. Si bien es cierto que el seguimiento posterior todavía es más corto del que se recomienda en la literatura (Cairncross, 2005), se pueden sacar conclusiones, ya que la evaluación se ha hecho de forma continua, durante la estancia y se han podido obtener datos objetivos, no dependientes de encuesta.

La mayor fortaleza del programa que asegura su mantenimiento es la importante implicación de ese pequeño grupo de promotores de salud. Es cierto

que la presencia del apoyo externo, impulsa y mejora la actividades por varias razones: la primera es la disponibilidad de tiempo por parte de la persona desplazada, cosa que no tienen los propios miembros de la comunidad que deben cuidar de sus familias y ocuparse de sus propios trabajos; otra puede ser el impulso y motivación que supone en la población objetivo el hecho de que personas extranjeras decidan voluntariamente trabajar por ellos sin buscar beneficios propios.

Es por esta razón, que una vez finalizada esa primera parte de impulso externo, y ya con el programa sostenido únicamente por los agentes locales, se debería asumir una reducción de las actividades para asegurar la viabilidad:

- Una consulta pediátrica que actúe mayoritariamente sobre afecciones agudas, con un pequeño grupo de niños que sigan el programa de salud del niño sano, con una media de 15 visitas por consulta y periodicidad quincenal
- Un programa de educación para la salud en la escuela desde las enfermerías escolares, actividades puntuales y de educación para la salud comunitaria con la revisión médica periódica de los alumnos de las bibliotecas
- Un suministro de medicamentos basado en la subvención estatal y la autofinanciación.
- Un dispensario médico en el que funcione la UNAP de Savica, el centro de vacunación, una botica popular y un centro de análisis clínicos, con las colaboraciones médicas voluntarias
- Un grupo de promotores de salud cohesionado sin muchas incorporaciones nuevas, pero sin abandonos, manteniendo el itinerario formativo.

Este es el conjunto de actividades que se están manteniendo en estos momentos, cuatro años después de finalizar la intervención externa, de forma estable y que permiten pensar que se puedan seguir manteniendo en el tiempo. Gracias a la implicación de la población y con escasos recursos económicos hemos podido establecer una estructura estable y sólida de atención primaria y promoción de la salud para una población de cerca de 30.000 personas.

Además el hecho de que el programa preventivo de salud colabore con la intervención educativa y la promoción de la mujer, dentro de una estrategia integrada de intervención comunitaria ha demostrado que se pueden generar cambios en las comunidades. Y por estar trabajando con niños y jóvenes nos hace esperar que las nuevas generaciones puedan tener las herramientas necesarias para su propia promoción (OMS, 2010; PAHO, 2011).



# CONCLUSIONES



## 7. CONCLUSIONES

1. En el programa de intervención comunitaria en una población pediátrica dominicana, la subnutrición fue un problema frecuente que empeoraba otros problemas clínicos. Aplicando los criterios de la OMS hemos constatado una disminución significativa de los niños desnutridos desde el 30,6 al 11% tras la intervención. Igualmente se ha producido un descenso significativo de los niños con muy bajo peso, que pasó del 8,3% en 2006 al 1,7% en 2011. Estos resultados indican que el seguimiento ha supuesto una mejoría en la población sin necesidad de suplementos nutricionales.
2. La alta frecuencia de enfermedades derivadas de hábitos inadecuados de salud exige el establecimiento de programas de educación sanitaria. En este programa se ha demostrado su eficacia consiguiendo una reducción desde el 32 al 21% de su prevalencia.
3. El éxito de esta intervención probablemente obedece al mantenimiento en la regularidad de la atención prestada en consultas de atención (por encima del 80%). Para conseguir esta constancia es fundamental implicar a la población mediante la figura de los promotores de salud.
4. Aunque solo el 10% de las personas que han iniciado el programa de promotores de salud se han incorporado a las actividades del mismo, no se han producido abandonos, lo que ha dado lugar a un grupo compacto que hoy en día se hace cargo de la coordinación y gestión de todas las actividades. Coincidiendo con las recomendaciones de la OMS, la incorporación de los niños como promotores de salud ha supuesto para nuestro programa un acierto.

5. La asistencia médica especializada y el acceso a pruebas complementarias sigue suponiendo un grave problema para la mayoría de la población.
6. La obtención de medicamentos resulta dificultosa para la población sobre la que se ha actuado. Por ello, disponer de un suministro constante, permite una mejora en la asistencia, considerando que con un reducido grupo de medicamentos esenciales se pueden evitar ingresos hospitalarios.
7. Es fundamental la formación de agentes de salud de calidad, para aumentar la proporción de personal sanitario. El bachillerato técnico en enfermería se ha demostrado muy positivo tanto para la promoción individual de los alumnos como para la comunidad. La población local, bien formada y supervisada puede ser responsable del mantenimiento y promoción de la salud comunitaria. Su implicación asegura la continuidad de los programas.
8. La intervención sanitaria, aun disponiendo de escasos recursos económicos, basada en la potencia del tejido humano local, mejora el estado de salud de una población.





# BIBLIOGRAFÍA



## BIBLIOGRAFIA

Para la citación y referencias se han utilizado las normas de la APA (Asociación Americana de Psicología) de 2015. Se incluye tanto la bibliografía consultada como la referenciada en el texto. Reseñar que se consultaron muchas referencias bibliográficas para la implementación del Programa de Salud y el registro de los datos, de forma que se ajustaran a estándares generales.

Aboud, F. E., Shafique, S., & Akhter, S. (2009). A responsive feeding intervention increases children's self-feeding and maternal responsiveness but not weight gain. *Journal of Nutrition*, 139, 1738-1743. DOI:10.3945/jn.109.104885. Recuperado de <http://jn.nutrition.org/content/139/9/1738.full>

Adalid, D., Zamora, G., Dilberth Cordero & V., Mejía S. (2002) Evaluación de la estrategia AIEPI en servicios de salud, primera prueba mundial, Bolivia 1999 *Rev. Soc. Bol. Ped;* 41 (1): 7 – 10. Recuperado de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1024-06752002000100003&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1024-06752002000100003&script=sci_arttext&lng=pt)

AEPap (2009) *Calidad en los cuidados preventivos. Criterios de calidad e indicadores.* Programa de Salud Infantil. Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria. Ex libris: Madrid. Recuperado de <https://www.aepap.org/sites/default/files/calidad.pdf>

Agobian, G., Agobian, S. & Soto, E. (2013). Malnutrición por exceso en escolares de una institución educativa pública y privada. Barquisimeto estado Lara. *Revista Venezolana de Salud Pública*, 1(2), 7-13. Recuperado de [http://bibvirtual.ucla.edu.ve/db/psm\\_ucla/edocs/rvsp/RVSP0102/RVSP010202.pdf](http://bibvirtual.ucla.edu.ve/db/psm_ucla/edocs/rvsp/RVSP0102/RVSP010202.pdf)

Bhandari, N., Mazumder, S., Bahl, R., Martines, J., Black, R. E., Bhan, M. K., et al. (2004). An educational intervention to promote appropriate complementary feeding practices and physical growth in infants and young children in rural Haryana. *Indian Journal of Nutrition*, 134, 2342-2348. Recuperado de <http://jn.nutrition.org/content/134/9/2342.long>

- Benjumea, M.V., Rueda, A. y Rodríguez, M. (2012). Concordancia en la talla para la edad entre diferentes referencias de crecimiento. Caldas, Colombia. 2006-2009. *Rev Esp Salud Pública*, 86(4).
- Bentley, M. E., Wasser, H. M., & Creed-Kanashiro, H. M. (2011). Responsive feeding and child undernutrition in low- and middle-income countries. *Journal of Nutrition*, 141, 502-507. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3040907/>
- Black R., Morris S., Bryce J. (2003). Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*; 361: pp. 2226-2234. Recuperado de [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(03\)13779-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(03)13779-8/fulltext)
- Bolívar, A. (2001). *Globalización e identidades: (Des)territorialización de la cultura*. *Revista de educación*. Nº extraordinario, pp. 265–288. Recuperado de <https://sede.educacion.gob.es/publiventa/d/10351/19/0>
- Brines, J. (2013a) *Historia de la Lactancia*. Valencia: Albatros
- Brines, J. (2013b). Fundamentos de la promoción de la salud del adulto desde la infancia. La enseñanza de hábitos saludables en la escuela. En: Mesa redonda sobre la Promoción de la salud del adulto desde la infancia. 62 Congreso Anual de la AEP. Sevilla.
- Brines, J., Martínez-Costa, C. y Núñez, F. (2015) *Promoting the health of children and adults by primary school teacher*. Health Promotion in Young Ages. Europe Conference of the European Chapter of the American College of Nutrition (ECACN). Budapest.
- Briscoe, C., Aboud, F. (2012). Behaviour change communication targeting four health behaviours in developing countries: A review of change techniques. *Soc Sci Med*. 75(4):612-21. DOI: 10.1016/j.socscimed.2012.03.016.
- Cairncross, S., Shordt, K., Zacharia, S., & Govindan, B. K. (2005). What causes sustainable changes in hygiene behaviour? A cross-sectional study from Kerala, India. *Soc Sci Med*., 61, 2212-2220.
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. In K. Glanz, et al. (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 45-65). San Francisco: Jossey-Bass.
- Chauduri, S. N. (1998). Growth monitoring in the evolution of clinic based health care through a community based action program. *Indian Journal of Pediatrics*, 55(1), pp. 84-87.

- Centeno, R. (1999) Humanización en servicios de pediatría. *Arch Dom Ped.* Vol 35 Nº 2-3
- CIPPEC (2006). *Manual para Promotores de Salud.* (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento). Argentina
- Comrey, A. L. (1973). *A first course in factor analysis.* Nueva York: Academic Press.
- COTESAS (Comisión Técnica Subregional para la Agenda de Salud) (2009). *Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana (2009-2018). Unidos por la salud de nuestros pueblos.* XXIX reunión ordinaria del Consejo de Ministros de Salud del Sistema de la Integración Centroamericana.
- Davidson, F. Nutrición y Salud. (2002). En *Nutrición: La Base para el Desarrollo,* Ginebra: SCN. Recuperado de <http://cienciaysalud.laverdad.es/lanutricionesconciencia/01-Los%20fundamentos/Complementario/NutricionBaseDesarrollo.pdf>
- De Aranzabal, M. (2004) Cooperación internacional en salud infantil (Primera parte). Causas y determinantes de la salud en países en desarrollo. *Rev Pediatr Aten Primaria;* 6: 277-290
- De Aranzabal, M. (2011). Modalidades de ayuda al desarrollo. Pediatría para la cooperación. Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco. Bilbao.
- De Los Ríos, R., Arósquipa, C & Vigil-Oliver, W. (2011). El financiamiento internacional para la cooperación al desarrollo de la salud de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública,* 30(2), pp.133–143. Recuperado de <file:///C:/Users/Beatriz/Downloads/05--Special--Rios--133-143.pdf>
- De Onis, M. & Blössner, M. Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries. (2000). *Am J Clin Nutr,* 72(4), pp.1032-1039. Recuperado de <http://ajcn.nutrition.org/content/72/4/1032.full.pdf+html>
- De Onis, M. (2003). Commentary: Socioeconomic inequalities and child growth. *Int J Epidemiol,* 32(4), pp.503-505. Recuperado de <http://ije.oxfordjournals.org/content/32/4/503.full>
- De Onis M, Garza C, Victora CG, Bhan MK & Norum KR. (2004(a)). Estudio Multicéntrico de Referencias de Crecimiento (EMRC): justificación, planificación e implementación. *Food Nutr Bull,* 25 (Suppl 1), 1–89. Recuperado de [http://www.who.int/childgrowth/training/a\\_introduccion.pdf](http://www.who.int/childgrowth/training/a_introduccion.pdf)

- De Onis, M., Wijnhoven, T.M. & Onyango, A.W. (2004(b)). Worldwide practices in child growth monitoring. *J Pediatr*, 144(4). Pp. 461-465.
- De Onis, M., Onyango, A.W., Borghi, E., Garza, C. & Yang, H. (2006). Comparison of the World Health Organization (WHO) Child Growth Standards and the National Center for Health Statistics/WHO international growth reference: implications for child health programmes. *Public Health Nutr*, 9(7), 942-947.
- De Onis, M., Garza, C., Onyango, A.W. & Rolland-Cachera, M.F. (2009). WHO growth standards for infants and young children. *Arch Pediatr*, 16(1), pp.47-53
- De Onis, M., Onyango, A., Borghi, E., Siyam, A., Blössner, M. & Lutter, C. (2012a). Worldwide implementation of the WHO Child Growth Standards. *Public Health Nutr*, 15(9), pp. 1603-1610. DOI: 10.1017/S136898001200105X.
- De Onis, M., Blössner, M. & Borghi, E. (2012b). Prevalence and trends of stunting among pre-school children, 1990-2020. *Public Health Nutr*, 15 (1), 142-148. DOI: 10.1017/S1368980011001315.
- De Onis, M., Dewey, K.G., Borghi, E., Onyango, A.W., Blössner, M., Daelmans, B., Piwoz, E. & Branca, F. (2013a). The World Health Organization's global target for reducing childhood stunting by 2025: rationale and proposed actions. *Matern Child Nutr*, 9(suppl 2), 6-26. DOI: 10.1111/mcn.12075.
- De Onis, M., Martínez-Costa, C., Núñez, F., Nguefack-Tsague, G., Montal, A. & Brines, J. Association between WHO cut-offs for childhood overweight and obesity and cardiometabolic risk. *Public Health Nutr*, 16(4), 625-630. DOI: 10.1017/S1368980012004776.
- Dewey, K. G., & Adu-Afarwuah, S. (2008). Systematic review of the efficacy and effectiveness of complementary feeding interventions in developing countries. *Maternal & Child Nutrition*, 4, 24-85.
- Duran, P., Caballero, B. & De Onis, M. (2006). The association between stunting and overweight in Latin American and Caribbean preschool children. *Food Nutr Bull*, 27(4), 300-305.
- Figueroa, R. & Rodríguez-García, R. (2002). Nutrición y Población. En *Nutrición: La Base para el Desarrollo*, Ginebra: SCN.
- Galbe, J. (2008). ¿Son eficaces las revisiones de salud de los niños? *Evid Pediatr*. 4, 47. Recuperado de [http://archivos.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/\\_LLP3k9qgzlh7aNQBiadwmTnnYR7Y5Uo60SzCUEjrSG9oih0aclPTwJT19\\_G3ypkuSmRPLfOs3VBckafK3fn-ng](http://archivos.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/_LLP3k9qgzlh7aNQBiadwmTnnYR7Y5Uo60SzCUEjrSG9oih0aclPTwJT19_G3ypkuSmRPLfOs3VBckafK3fn-ng)

- Galeano, E. (1998). *El libro de los abrazos*. Siglo XXI: Madrid
- Galiano, L.P., Abril, F.M., Ernert, A. & Bau, A.M. (2012). The double burden of malnutrition and its risk factors in school children in Tunja. *Arch Latinoam Nutr*, 62(2), 119-26. Recuperado de <http://alanrevista.org/ediciones/2012/2/art3.pdf>
- Garza, C. & De Onis, M. Justificación para la elaboración de una nueva referencia internacional del crecimiento. *Food and Nutrition Bulletin*, 25(1), 5-14.
- Generalitat Valencia (2006). Actividades de promoción de la salud en centros docentes. Conselleria de Sanitat. Recuperado de [http://cuidatecv.es/wp-content/uploads/2014/07/Cat%C3%A1logo\\_C14\\_web.pdf](http://cuidatecv.es/wp-content/uploads/2014/07/Cat%C3%A1logo_C14_web.pdf)
- Gerein, N.M. & Ross, D.A. (1991) Is growth monitoring worthwhile? An evaluation of its use in three child health programmes in Zaire. *Social science & medicine*. 32(6), pp 667-675
- Gil Antón, J. (2011). *Pediatría para la Cooperación*. Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco
- Gofin, J. & Gofin, R. (2007). Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Rev Panam Salud Publica* 21(2-3). Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/12.pdf>
- Gordon, A. J. (1998). Mixed strategies in health education and community participation: an evaluation of dengue control in the Dominican Republic. *Health Education Research*, 3(4), 399-420
- Griffiths, M. (1998) Growth monitoring - Making it a tool for education. *Indian Journal of Pediatrics*, 55(1), 559-566
- Haddad, L. (2002). Nutrición y Pobreza. En *Nutrición: La Base para el Desarrollo*, Ginebra: SCN. Recuperado de <http://bvs.per.paho.org/texcom/nutricion/Nutricion-es1.pdf>
- Hajeebhoy, N., Nguyen, P.H., Tran do, T. & de Onis, M. (2013). Introducing infant and young child feeding indicators into national nutrition surveillance systems: lessons from Vietnam. *Matern Child Nutr*, 9 Suppl 2, 131-149. DOI: 10.1111/mcn.12086.
- Heckman, J. J. (1979). Sample selection bias as a specification error. *Econometrica: Journal of the econometric society*, 153-161.

- Hotz, C., & Gibson, R. S. (2005). Participatory nutrition education and adoption of new feeding practices are associated with improved adequacy of complementary diets among rural Malawian children: a pilot study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59, 226-237. Recuperado de <http://www.nature.com/ejcn/journal/v59/n2/pdf/1602063a.pdf>
- Irwin, L.G., Siddiqi, A. & Hertzman, C. (2007) *Desarrollo de la Primera Infancia: Un potente ecualizador. Informe Final para la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud*, Ginebra: Biblioteca de la ONU. Recuperado de [http://cdrwww.who.int/social\\_determinants/publications/early\\_child\\_dev\\_e\\_cdkn\\_es.pdf](http://cdrwww.who.int/social_determinants/publications/early_child_dev_e_cdkn_es.pdf)
- Jukes, M., McGuire, J., Meted, F. & Sternberg, R. (2002). "Nutrición y Educación". En *Nutrición: La Base para el Desarrollo*, Ginebra: SCN. Recuperado de <http://bvs.per.paho.org/texcom/nutricion/Nutricion-es1.pdf>
- Kates, J. & Michaud, J. (2012). The U.S. Global Health Initiative: where does it stand? *The Lancet*, 379, 1925-1926. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60783-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60783-1)
- Kroeger, A. & Luna, R. (1992). *Atención primaria de salud. Principios y métodos*. Serie Paltext para ejecutores de programas de salud No. 10 (PXE10). PAHO Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3014/browse?value=Serie+Paltext+para+ejecutores+de+programas+de+salud%3B10&type=serie>
- Lartey, A., Owusu, W., Sagoe-Moses, I., Gomez, V. & Sagoe-Moses, Ch. (2004). Implementation of the WHO Multicentre Growth Reference Study in Ghana. *Food and Nutrition Bulletin*, vol 25, no1, The United Nations University Recuperado de [http://www.who.int/childgrowth/mgrs/en/fnb\\_ghana\\_p60\\_65.pdf](http://www.who.int/childgrowth/mgrs/en/fnb_ghana_p60_65.pdf)
- Macdonald, B., Haddad, L., Gross, R. & McLachlan, M. (2002). Nutrición: Los Argumentos a Favor. *Nutrición: La Base para el Desarrollo*, Ginebra: SCN. Recuperado de <http://cienciaysalud.laverdad.es/lanutricionesconciencia/01-Los%20fundamentos/Complementario/NutricionBaseDesarrollo.pdf>
- Marchione, T. (2002). Nutrición y Crisis. En *Nutrición: La Base para el Desarrollo*, Ginebra: SCN. Recuperado de <http://cienciaysalud.laverdad.es/lanutricionesconciencia/01-Los%20fundamentos/Complementario/NutricionBaseDesarrollo.pdf>



- Marinowski, B. (1986) *Los argonautas del Pacífico occidental: un estudio sobre comercio y aventura entre los indígenas de los archipiélagos de la Nueva Guinea melanésica* (1922) Barcelona, Península.
- Martínez, S., Carrasquilla, G. & Guerrero, R. (2011). Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud. *Salud pública de México*, 53(2). Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800004)
- Martínez Costa, C. & Pedrón, C. (2002). Valoración del estado nutricional. En: *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría. Tomo 5. Gastroenterología, Hepatología y Nutrición*. Madrid: AEP, p. 375-82. Recuperado de <https://www.gastroinf.es/sites/default/files/files/Protocolos%20SEGHNP.pdf>
- Martínez Costa C. & Martínez Rodríguez L. (2007) *Valoración del estado nutricional*. En: Comité de Nutrición de la AEP, ed. Manual Práctico de Nutrición en Pediatría. 1ª ed. Madrid: Ergon.
- Mei, Z., Grummer-Strawn, L.M., de Onís, M. & Yip, R: (1998). El desarrollo de valores de referencia para el perímetro braquial según la estatura y su comparación con otros indicadores utilizados para el tamizaje del estudio nutricional. *Rev Panam Salud Pública*, 4(3). 187-195. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49891998000900006>
- Mekitie, W., Tseganeh, A. & Mirkuzie, W. (2012). Feeding styles of caregivers of children 6-23 months of age in Derashe special district, Southern Ethiopia. *BMC Public Health*, 12, 235. DOI: 10.1186/1471-2458-12-235
- Mendoza, HR. (1996). Body mass index (BMI) in well-nourished Dominican children and adolescents. *Arch Domin Pediatr*, 32(1), 7-11.
- Ministerio de Salud Pública de República Dominicana (2011a). Indicadores básicos de salud república Dominicana. Unidad de análisis de situación de salud. Dirección general de Epidemiología. Recuperado de [http://www.paho.org/dor/images/stories/archivos/Indicadores\\_de\\_Salud\\_2011.pdf?ua=1](http://www.paho.org/dor/images/stories/archivos/Indicadores_de_Salud_2011.pdf?ua=1)
- Ministerio de Salud Pública de República Dominicana (2011b). Perfil De Salud Infantil. 8-19; 97-103. Recuperado de [http://www.unicef.org/republicadominicana/Perfil\\_de\\_Salud\\_2011\(1\).pdf](http://www.unicef.org/republicadominicana/Perfil_de_Salud_2011(1).pdf)

- MSPAS (2014). Encuesta nacional de Micronutrientes 2009. Ministerios de Salud Pública de República Dominicana: Santo Domingo
- Molina, M. & Ochoa, C. (2014). Ensayo clínico (I). Definición. Tipos. Estudios cuasiexperimentales. *Evid Pediatr*, 10, 52. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95022015000100060](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022015000100060)
- Neufeld, L.M. & Cameron, B.M. (2012). Identifying nutritional need for multiple micronutrient interventions. *J Nutr*, 142(1), 166-172. Recuperado de <http://jn.nutrition.org/content/142/1/166S.full.pdf+html>
- Nolte, M. (2012). *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio panorámica general*. Estudios empresariales, 138, 6-31.
- Oliver, M. (2014). Educación y desigualdad en los bateyes de la República Dominicana. *Educación*, Vol. 50, Nº. 2, p. 403-425. DOI: 10.5565/rev/educar.652
- OMS (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Recuperado de <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>
- OMS (1985). Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento. Declaración de Fortaleza 1985. Tecnología apropiada para el parto. *Lancet*, 2. p. 436-437. Traducción ACPAM.
- OMS (1995). *El estado físico: Uso e Interpretación de la Antropometría: informe del comité de expertos de la OMS*. Ginebra: Biblioteca de la OMS. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42132/1/WHO\\_TRS\\_854\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42132/1/WHO_TRS_854_spa.pdf)
- OMS (1999). Nutrición del lactante y del niño pequeño: estudio multicéntrico de la OMS sobre el patrón de crecimiento. Resolución EB/INF.DOC./1. 105ª reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS. Recuperado de [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/EB105/seid1.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB105/seid1.pdf)
- OMS, UNICEF, UNU (2001). Iron deficiency anaemia: assessment, prevention and control, a guide for programme managers. Geneva, World Health Organization. Recuperado de [http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anaemia\\_iron\\_deficiency/WHO\\_NHD\\_01.3/en/index.html](http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anaemia_iron_deficiency/WHO_NHD_01.3/en/index.html).
- OMS (2008). *Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño*. Ginebra: Biblioteca de la OMS. Recuperado de [http://www.who.int/childgrowth/training/b\\_midiendo.pdf](http://www.who.int/childgrowth/training/b_midiendo.pdf)

- OMS (2009a). *WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children*. Joint Statement by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Recuperado de [http://www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/9789241598163\\_eng.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/9789241598163_eng.pdf)
- OMS (2009b). *AnthroPlus for personal computers Manual: Software for assessing growth of the world's children and adolescents*. Geneva: WHO. Recuperado de [http://www.who.int/growthref/tools/who\\_anthroplus\\_manual.pdf](http://www.who.int/growthref/tools/who_anthroplus_manual.pdf)
- OMS (2010) *Salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente*. Geneva: WHO. Recuperado de [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/child/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/es/)
- OMS (2011). *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud: documento de trabajo*. Geneva: WHO. Recuperado de [http://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion-Paper-SP.pdf](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf)
- OMS (2013) Orientación acerca de la doble amenaza emergente que plantean la obesidad y la desnutrición. Nota de prensa (2013, 06, 05). Recuperado de [http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2013/obesity\\_undernutrition\\_20130605/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2013/obesity_undernutrition_20130605/es/)
- ONE (2009). VIII Censo Nacional de Población y Vivienda 2002. Recuperado de <http://anda.one.gob.do/index.php/catalog/88>
- ONE (2010). IX Censo Nacional de Población y Vivienda. Recuperado de <http://censo2010.one.gob.do/>
- ONE (2015). Oficina nacional de Estadística: el portal de las estadísticas dominicanas. Gobierno dominicano. Recuperado de <http://one.gob.do/>
- ONU (2012). *Technical guidance on the application of a human rightsbased approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality*. United Nations: New York
- ONU (2015). Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible. Organización de las Naciones Unidas. Nueva York. Recuperado de <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

- Oniang'o, R. & Mukudi, E. (2002). Nutrición y Género. En *Nutrición: La Base para el Desarrollo*, Ginebra: SCN. Recuperado de <http://cienciaysalud.laverdad.es/lanutricionesconciencia/01-Los%20fundamentos/Complementario/NutricionBaseDesarrollo.pdf>
- Oxman, A., Lavis, J.N., Lewin, S. & Fretheim, A. (2009) STP: Herramientas SUPPORT para la toma de decisiones en políticas de salud informada por la evidencia. Qué es la toma de decisiones en políticas informada por la evidencia. *Health Research Policy and Systems*, 7(suppl 1), 1-24. Recuperado de <http://www.ossyr.org.ar/pdf/herramientas/intro.pdf>
- Oyhenart, E.E. & Orden, A.B. (2005). Diferencias en las prevalencias de desnutrición al usarse referencias nacionales e internacionales. *Rev Panam Salud Pública*, 18(3), 157–162. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n3/27664.pdf>
- Possner, M. (2014). Los 1000 primeros días: aspectos generales. Nestlé Nutrition Institute. Madrid
- Parks, L.S., Lloyd, M.B., Nathan, E., Hosein, A., Odugleh, G.G., Clark, D.J. ... Renganathan, E. (2004). International Experiences in Social Mobilization and Communication for Dengue Prevention and Control. *Dengue Bulletin*, 28 (Suppl.) Recuperado de [http://www.researchgate.net/profile/Linda\\_Lloyd/publication/228914399\\_International\\_experiences\\_in\\_social\\_mobilization\\_and\\_communication\\_for\\_dengue\\_prevention\\_and\\_control/links/0deec515de6f424453000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Linda_Lloyd/publication/228914399_International_experiences_in_social_mobilization_and_communication_for_dengue_prevention_and_control/links/0deec515de6f424453000000.pdf)
- PAHO (2003). *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*. Washington DC: OPS. Recuperado de <https://www.ihan.es/cd/documentos/ACyLM.pdf>
- PAHO (2008a). Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud. *Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Washington DC: OPS. Recuperado de [http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=145&Itemid=250](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250)
- PAHO (2008b). *La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado*. Washington DC: OPS. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6034/LA%20ECONOMIA%20INVISIBLE.pdf?sequence=1>

- PAHO (2009). *Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2009*. Washington DC: OPS. Recuperado de [http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/IB\\_SPA\\_2009.pdf?ua=1](http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/IB_SPA_2009.pdf?ua=1)
- PAHO (2010a). *Política de la OPS sobre investigación para la salud*. Washington DC: OPS. Recuperado de [http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1414&Itemid=931&lang=es](http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1414&Itemid=931&lang=es)
- PAHO (2010b). *Innovación para la Salud Pública en las Américas: Promoción de la investigación y el desarrollo de productos para la salud*. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de [http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/MT-SeriTecnica\\_Innovacion\\_PAN\\_2009.pdf](http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/MT-SeriTecnica_Innovacion_PAN_2009.pdf)
- PAHO (2010c). *Curso de Agentes Comunitarios de Salud: Manual*. Washington, D. C.: OPS. Recuperado de <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Agente-Comun-Salud-Guia-Facilitador-LR.pdf>
- PAHO (2010d). *Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI. Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud*. ARAO Taller Creativo. Bogotá. Recuperado de [http://www2.paho.org/col/dmdocuments/Guia\\_profesionales\\_salud.pdf](http://www2.paho.org/col/dmdocuments/Guia_profesionales_salud.pdf)
- PAHO (2011). *El Derecho a la Salud de los Jóvenes y las Identidades de Género. Hallazgos, Tendencias y Medidas Estratégicas para la acción en Salud Pública*. Washington DC: OPS. Recuperado de <file:///C:/Users/Beatriz/Downloads/trends-final-spa.pdf>
- PAHO (2012a). *Salud en las Américas, Edición de 2012*. Washington DC: OPS. Recuperado de [http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com\\_content&view=article&id=57&Itemid=53&lang=es](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=57&Itemid=53&lang=es)
- PAHO (2012b). *Salud en las Américas, Edición de 2012: Volumen de países: República Dominicana*. Washington DC: OPS. Recuperado de [http://www.paho.org/cor/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=257&Itemid=](http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=257&Itemid=)
- PAHO (2014). *Situación de Salud en las Américas, 20 años. Indicadores básicos*. Washington DC: OPS. Recuperado de <file:///C:/Users/Beatriz/Downloads/basic-indicators-2014-esp.pdf>

- Pastoral Materno Infantil. (2005). Implementación de un programa de salud materno infantil en comunidades de bajos ingresos de República Dominicana: primer año de intervención. Santo Domingo, 17
- PNUD (2013). Informe sobre Desarrollo Humano 2013. El ascenso del Sur: Progreso humano en un mundo diverso. Nueva York: PNUD. Recuperado de [http://www.undp.org/content/dam/venezuela/docs/undp\\_ve\\_IDH\\_2013.pdf](http://www.undp.org/content/dam/venezuela/docs/undp_ve_IDH_2013.pdf)
- PNUD (2014a) *Principios que rigen las actividades estadísticas internacionales*. Recuperado de <http://hdr.undp.org/es/content/principios-que-rigen-las-actividades-estad%C3%ADsticas-internacionales>
- PNUD (2014 b) *El índice de desarrollo humano*. Recuperado de <http://hdr.undp.org/es/content/el-%C3%ADndice-de-desarrollo-humano-idh>
- PNUD (2015). República Dominicana en breve. Recuperado de [http://www.do.undp.org/content/dominican\\_republic/es/home/countryinfo](http://www.do.undp.org/content/dominican_republic/es/home/countryinfo)
- Penny, M. E., Creed-Kanashiro, H. M., Robert, R. C., Narro, M. R., Caulfield, L. E., & Black, R. E. (2005). Effectiveness of an educational intervention delivered through the health services to improve nutrition in young children: a cluster randomized controlled trial. *Lancet*, 365, 1863-1872. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673605664264>
- Prasad, H. K., Ekbote, V., Rustagi, V., Borade, A., Chiplonkar, S., Khadilkar, V. & Khadilkar, A. V. (2012). Performance of WHO Growth Standards on Indian Children with Growth Related Disorders. *The Indian Journal of Pediatrics*, 79(7), 884-890
- Rathe, M. & Moliné, A. (2011). Sistema de salud de República Dominicana. *Salud Publica Mex* 53 supl 2:pp. 255-264 Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000800020&scr..>
- Ramji, S. (2009). Impact of infant & young child feeding & caring practices on nutritional status & health. *Indian J Med Res*, 130, 624-626.
- Rodríguez Melián, A., Álvarez González, L. M., García Melián, M., & Mariné Alonso, M. D. L. Á. (2012). Evaluación del estado nutricional en niños de la comunidad " Los Naranjos", Carabobo, Venezuela. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 50(3), 268-277. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032012000300002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032012000300002&script=sci_arttext&tlng=pt)

- Rohde, J.E. (1998a). Beyond survival: promoting healthy growth. *Indian Journal of Pediatrics*, 55(1), 3-8.
- Rohde, J.E. (1998b) Feeding, feedback and sustenance of primary health care. *Indian Journal of Pediatrics*, 55(1), 3-8.
- Rohde, J.E. (1990) Can illiterate mothers understand growth charts? *Indian Journal of Pediatrics*, 57(1), 73-76
- Roushman, E. K. et al (2011). A comparison of the National Center for Health Statistics and new World Health Organization growth references for school-age children and adolescents with the use of data from 11 low-income countries. *Am J Clin Nutr*, 94(2), 571-577. DOI: 10.3945/ajcn.110.008300.
- Sánchez, C. (2011). Reducción de la mortalidad infantil por causas evitables: Un reto de la salud pública en Colombia. *Rev CES Salud Pública*, 2(1), 21-25
- Sánchez, M. & Gil, J. (2011). Organización asistencial: atención a la comunidad y organización de emergencia. *Pediatría para la cooperación*. Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco. Bilbao.
- Sánchez Sánchez, C. & Martínez, C. (2014). Impacto de la programación nutricional precoz en la ventana de oportunidad: evidencia y realidad. Ergon
- Selamat, R., Zain, F., Raib, J., Zakaria, R., Marzuki, M.S. & Ibrahim, T.F. (2011). Sensitivity and specificity of visual clinical assessment as compared to WHO 2006 standard and NCHS 1977 reference in measuring the growth status of Malaysian infants. *J Am Coll Nut*, 30(6), 522-8.
- SESPAS. (1991). Programa materno infantil. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Santo Domingo, 78.
- SESPAS. (2008). Indicadores básicos de Salud. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social República Dominicana 2007. Recuperado de [http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=201&Itemid](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=201&Itemid)
- SESPAS. (2011). Indicadores básicos de Salud. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social República Dominicana 2010. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/20.pdf>
- SESPAS. (2015). Indicadores básicos de Salud. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social República Dominicana 2014.

- Sguassero, Y., de Onís, M. & Carroli, G. (2007). Efectividad de la alimentación suplementaria en países en vías de desarrollo: revisión sistemática. *Arch Argent Pediatr*, 105(3), 198-205. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v105n3/v105n3a04.pdf>
- Sguassero, Y., De Onis, M., Bonotti, A.M. & Carroli, G. (2012). Community-based supplementary feeding for promoting the growth of children under five years of age in low and middle income countries. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012, 6. DOI: 10.1002/14651858.CD005039.pub3.
- SMART Methodology (2015). Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions. Recuperado de <http://smartmethodology.org/>
- Snyder, L.B. (2006). Health communication campaigns and their impact on behavior. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39(2), 32-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jneb.2006.09.004>
- Treviño, E., Toledo, G. y Cortínez, M. (2011). ¿Son la educación y los cuidados de la primera infancia los grandes igualadores de oportunidades en América Latina? Documento de trabajo CPCE nº 24. Recuperado de <http://www.cpce.cl/>
- UNESCO (2004a). Active Methods for Teaching and Learning. UNESCO. Recuperado [http://portal.unesco.org/education/admin/ev.php?URL\\_ID=34993&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201](http://portal.unesco.org/education/admin/ev.php?URL_ID=34993&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201)
- UNESCO (2004b). Children for Health: a Methodology for Learning by Doing. UNESCO. Recuperado de [http://portal.unesco.org/education/admin/ev.php?URL\\_ID=34993&URL\\_D=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201](http://portal.unesco.org/education/admin/ev.php?URL_ID=34993&URL_D=DO_TOPIC&URL_SECTION=201)
- UNESCO (2015). Focusing Resources on Effective School Health. UNESCO. Recuperado de <http://www.unesco.org/new/en/education/themes/leading-the-international-agenda/health-education/fresh/>
- UNICEF (1976). Annual Report. Recuperado de [http://www.unicef.org/about/history/files/unicef\\_annual\\_report\\_1976.pdf](http://www.unicef.org/about/history/files/unicef_annual_report_1976.pdf)
- Winslow, P. H. (1955) *C.E.A., Lo que cuesta la enfermedad y lo que vale la salud*, OMS, Ser. Mon., 7, Washington. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1182/41547.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



- UNU (United Nations University) (2004) *Food and Nutrition Bulletin*, 25, 1. Recuperado de <http://archive.unu.edu/unupress/food/Unupress.htm>
- U.S. Government (2011). Global Health Initiative. Strategy document. Recuperado de [http://www.usaid.gov/ghi/documents/GHI\\_Strategy.pdf](http://www.usaid.gov/ghi/documents/GHI_Strategy.pdf)
- Werner, D. (1996) *Donde no hay doctor, una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos*. Médico D. F. Pax México Recuperado de [http://hesperian.org/wp-content/uploads/pdf/es\\_wtnd\\_2013/es\\_wtnd\\_2013\\_fm.pdf](http://hesperian.org/wp-content/uploads/pdf/es_wtnd_2013/es_wtnd_2013_fm.pdf)
- Werner, D. & Bower, B. (1993) *Aprendiendo a promover la salud*. Berkeley, California: Fundación Hesperian. Recuperado de [http://hesperian.org/wp-content/uploads/pdf/es\\_hhwl\\_2010/es\\_hhwl\\_2010\\_Inicio\\_Libro.pdf](http://hesperian.org/wp-content/uploads/pdf/es_hhwl_2010/es_hhwl_2010_Inicio_Libro.pdf)
- Winslow, P. H. (1955) *C.E.A., Lo que cuesta la enfermedad y lo que vale la salud*, OMS, Ser. Mon., 7, Washington. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1182/41547.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Yamin, A., Frisancho, A. (2014). Enfoques basados en los derechos humanos para la salud en América Latina. *The Lancet*. MEDICC Review, Vol 17, Suplement. Recuperado de <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=33>





# ANEXOS



# PROGRAMA PREVENTIVO DE SALUD CALASANZ



ZONA OESTE DEL MUNICIPIO DE LA ROMANA  
REPUBLICA DOMINICANA

## CRONOLOGÍA

- **1984:** Asunción por parte de la Escuela Pía de la responsabilidad del Dispensario Padre Cavalotto (perteneciente a la Parroquia de Cristo Rey), y establecimiento de un Patronato rector
- **Julio 2006:** Con primera compra de medicamentos en España (a través de Farmacéuticos mundi) y una primera experiencia en el contexto de un Campo de Trabajo. Primer diagnóstico de la situación sanitaria en el área.
- **Septiembre 2006:** Se inicia el Programa de Salud con un proyecto de atención pediátrica con una pediatra contratada y el apoyo de un grupo de Promotores de Salud, coordinado por una voluntaria local (Dra. Manuela Rodríguez).
- **Julio 2007:** En un nuevo campo de trabajo se realiza la primera evaluación, considerando satisfactorio el programa, pero viéndose conveniente la presencia de intervención externa para animar y consolidar el proyecto.
- **Abril 2008:** Llegada de la voluntaria (Beatriz Tomás) e inicio de la estructuración del proyecto en 5 programas:



- Atención pediátrica
- Gestión de medicamentos
- Educación para la salud
- Coordinación del dispensario
- Programa de Promotores de Salud

- **Octubre 2009:** Contratación de dos promotoras de salud para hacerse cargo de las enfermerías escolares y animar el programa de educación en salud de la escuela Calasanz San Pedro y de la Escuela San Eduardo en horario de mañana.
- **Mayo 2010:** Se establece un convenio verbal con las autoridades de Salud Pública para el establecimiento de una Unidad de Atención Primaria en el Disp. P Cavalotto y para el mantenimiento de la atención pediátrica en los diferentes barrios.
- **Noviembre 2011:** El proyecto se encuentra bien estructurado y con implantación sólida en las comunidades gracias al compromiso del personal contratado y del equipo de voluntarios. Regreso de Beatriz Tomás a España
- **Noviembre 2012:** Primera evaluación post-intervención: El proyecto se mantiene, ofreciendo los mismos servicios, a pesar de que las dificultades son mayores al recaer toda la responsabilidad en el personal local.
- **Noviembre 2013:** Segunda evaluación: Se comprueba estabilización del proyecto manteniendo unos estándares algo más bajos pero sostenibles y estables
- **Marzo 2015:** Situación similar a la observada en Noviembre de 2013 (pendiente de valoración)



## DESCRIPCION

### 1. ÁREA DE INFLUENCIA.

MUNICIPIOS	BARRIOS			
LA ROMANA	SAVICA	VILLA ALACRÁN	VILLA PEREIRA	CHICAGO
	QUISQUEYA (INCLUYENDO DOS COLEGIOS)			
CALETA	CALETA			
VILLA HERMOSA	ENSANCHE LA PAZ	VILLA HERMOSA	M <sup>ra</sup> TRINIDAD SÁNCHEZ	BRISAS DEL MAR
CUMAYASA	CUCAMA	VILLA REAL	CUMAYASA	J.P. DUARTE (KM 6)

### 2. OBJETIVOS

#### OBJETIVO GENERAL

Colaborar en la mejora del estado de salud en la zona suroeste de la ciudad de La Romana



#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Impulsar la **EDUCACIÓN PARA LA SALUD** desde el dispensario para la comunidad; especialmente en los sectores de población más vulnerables: familia, infancia y juventud.
- Mantener un **SERVICIO PEDIÁTRICO** de calidad a las familias pobres.
- Proveer de **MEDICAMENTOS** básicos a personas sin recursos.
- Mantener una red de **PROMOTORES DE SALUD** en la zona suroeste de La Romana.
- Facilitar la **PROMOCIÓN DE LA MUJER** en el área de influencia



## OBJETIVOS ESPECÍFICOS POR PROGRAMA

### 1. Gestión del dispensario Padre Cavalotto

- Ofrecer un servicio de atención primaria de calidad gratuito
- Ofrecer un servicio de atención médica especializada de calidad a precios populares
- Favorecer la promoción de la Salud desde el dispensario para la comunidad
- Fortalecer el contacto con el sistema público de salud

### 2. Atención Pediátrica

- Mantener un servicio de atención pediátrica de calidad periódico en los diferentes barrios del área de influencia
- Fortalecer el contacto con el sistema público de salud
- Realizar una apertura de historias clínicas por paciente
- Mantener un registro actualizado de datos
- Ofrecer un servicio de puericultura e informar sobre los recursos sanitarios locales

### 3. Programa de Promotores de Salud

- Crear y fortalecer una red de promotores de salud en el área de influencia
- Favorecer la promoción de la mujer en esta área
- Mejora de la salud comunitaria
- Establecer un itinerario de formación en promoción de la salud
- Favorecer la vinculación de los promotores de salud con el resto de programas del proyecto y con el sistema público de salud
- Dar a conocer los recursos sanitarios públicos

### 4. Gestión de Medicamentos

- Proporcionar medicamentos básicos de forma gratuita o a bajo coste en toda el área de influencia
- Proporcionar medicamentos para la atención pediátrica

- Asegurar una fuente periódica, regular y estable de medicamentos básicos para el programa
- Facilitar medicación de forma estable y permanente para los enfermos crónicos del área de influencia

### 5. Educación para la salud

- Mejorar la salud en las escuelas gestionadas por la comunidad escolapia
- Favorecer un clima proclive al establecimiento de medidas preventivas de salud
- Difusión de las actividades del programa de salud
- Establecimiento de un voluntariado joven en salud
- Favorecimiento de la figura de los niños como Promotores de la Salud en sus familias y barrios
- Favorecer la igualdad entre sexos desde la educación

## OPCIONES

- Educación para la salud de los padres, niños y jóvenes; dando prioridad a los alumnos de las Escuelas y del Barrio; especialmente, los más necesitados.
- Apertura a programas de promoción de la **familia**.
- Promoción del **voluntariado**
- Colaboración con instituciones públicas y privadas que trabajan en el ámbito de la Salud.



## 3. DESARROLLO DEL PROYECTO

### 3.1. DISPENSARIO PADRE CAVALOTTO

#### 3.1.1 Recursos:

##### a) Materiales:

**Ubicación:** En la calle padre Sebastián Cavalotto, Barrio Savica. El Centro Sanitario cuenta con dos alturas en las que se distribuyen dos salas de espera, farmacia, laboratorio clínico, baños y 6 consultorios.



**Aparataje:** Equipamiento completo de los consultorios y del laboratorio



##### b) Humanos:

**Directora:** doctora Manuela Rodríguez (médico patóloga, voluntaria)

**Personal médico (en régimen semi-voluntario):**

- Dra Marisol Ducoudrey (pediatra)
- Dra Jeanet Rodríguez (bioanalista)
- Dra Dionisia Guerrero (ginecóloga)
- Dr Eligio Caraballo (cardiólogo)
- Dr Guillermo Suarez (diabetólogo)



Personal contratado:

- Daniela López (enfermera)
- Wanda Gómez (secretaria)
- Zaida López (limpiadora)



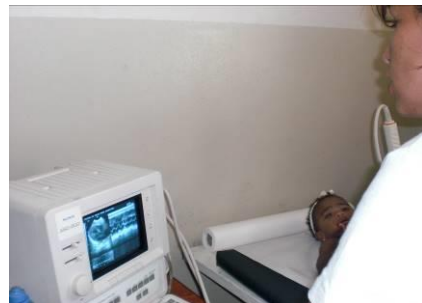
Desde el establecimiento de la Unidad de Atención Primaria (UNAP) en Mayo de 2010, se añaden el personal nombrado por el gobierno: una médico general y dos médicos pasantes. También se asume por parte de Salud Pública parte del sueldo de la secretaria y de la enfermera.

Así mismo, las autoridades se comprometen a asumir parte de los gastos de mantenimiento.

Desde el primer momento el suministro de vacunas se realiza desde la dirección provincial de Salud Pública siendo totalmente gratuitas.

### 3.1.2. Cartera de Servicios:

**Atención médica:** Urgencias médicas, Pediatría, Medicina general, Ginecología, Diabetología, Cardiología



**Servicios de enfermería:** Vacunación gratuita, análisis, administración de medicamentos parenterales.

**Otros:** Dispensa de medicamentos a precios populares, Laboratorio de análisis clínicos



**CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAVICA**

**MEDICINA GENERAL**

**OTROS SERVICIOS**

- PAPANICOLAU
- VACUNACION
- PROGRAMA DE NIÑO SANO
- CONTROL DE GESTACION

**SERVICIOS MEDICOS**

- MEDICINA GENERAL
- PEDIATRIA
- ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- GINECOLOGIA
- CARDIOLOGIA
- GASTROENTEROLOGIA
- PSICOLOGIA CLINICA

**OTROS SERVICIOS**

- VACUNACIÓN
- ANALISIS CLÍNICOS
- SONOGRAFIA GINECOLOGICA
- SONOGRAFIA GENERAL
- PAPANICOLAU
- FARMACIA Popular

**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA**

**PP Escolapios - La Romana**

**PROGRAMA de SALUD**

Cartel anunciador de la cartera de servicios

### 3.1.3. Financiación:

- Subvenciones privadas
- Donaciones periódicas de medicamentos por parte de PROMESE (60.000 pesos anuales) (ver pto 3.4: Gestión de medicamentos)
- Donaciones de medicamentos por parte de laboratorios farmacéuticos y médicos locales (aproximadamente 80.000 pesos anuales)
- Aportación económica de los pacientes: En cada consulta o en cada análisis, se destina un porcentaje para el mantenimiento del dispensario y otro para los propios médicos (este porcentaje es variable para cada uno de ellos),

intentando mantener en todo momento precios populares. El precio de los medicamentos se fija, según las tablas del gobierno, para los medicamentos donados por PROMESE o por laboratorios farmacéuticos y según el precio de coste en los medicamentos adquiridos.

#### 3.1.4. Desarrollo de actividades:

En el centro de salud, bajo la coordinación de la doctora Manuela Rodríguez y la doctora Beatriz Tomás, los diferentes médicos acuden en sus horarios respectivos para atender a los pacientes. Con variaciones entre las diferentes especialidades se mantiene una media de unos 10 pacientes por consulta y día. La utilización de los servicios de enfermería y farmacia es, regular, con una media de unas 20 personas por día. El servicio de vacunación infantil es algo más irregular con asistencia de uno o dos niños por día pero consiguiendo pautas de vacunación completa en la mayor parte de los niños.

Paralelamente y desde Mayo de 2010 parte de las instalaciones se comparten con una UNAP , en la que trabajan 2 médicos pasantes, una médico asistente y una enfermera.



### 3.1.5. Líneas futuras:

En el momento actual, el centro funciona por debajo de sus posibilidades permitiendo un aumento de su actividad, por lo que nos planteamos las siguientes medidas de mejora:

- Continuar trabajando en el abaratamiento de costes para disminuir el precio de las consultas (mediante subvenciones públicas o privadas)
- Continuar trabajando para conseguir un suministro de medicinas estable, gratuito o a bajo coste
- Continuar las conversaciones con Salud Pública para mejorar el funcionamiento de la UNAP de Savica
- Realizar actividades de promoción de nuestros servicios para la población del barrio.





## 3.2. ATENCIÓN PEDIÁTRICA

### 3.2.1. Recursos:

#### a) Materiales:

#### Ubicación:

- Dispensario Padre Cavalotto situado en la calle Padre Sebastián Cavalotto en el barrio de Savica
- UNAP de los barrios de Cucama, Cumayasa y María Trinidad Sánchez
- Dispensario móvil en la capilla Santa Paula Montalt en el barrio de Caleta.



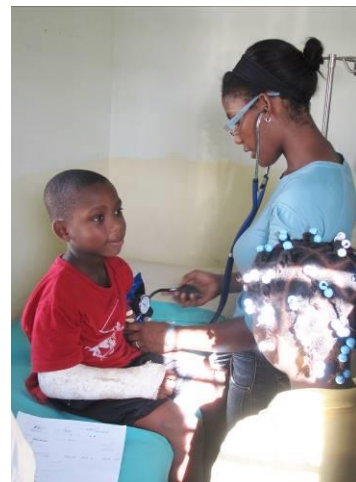
Durante el desarrollo del proyecto conseguimos subvenciones para construir un pequeño dispensario y un cuarto de baño.

**Aparataje:** Los propios de cada ubicación, a excepción del barrio de Caleta donde se desplaza: tallímetro, balanza infantil, oftalmoscopio y otoscopio.

#### b) Humanos:

**Médicos:** Beatriz Tomás (pediatra voluntaria) y doctora Marisol Ducoudrey (médico general contratada con experiencia en pediatría).

Ocasionalmente nos ayudaba Cesar de los Santos o Esteffany Tejeda (estudiantes de últimos cursos de Medicina que se graduaron durante el periodo de intervención).





**Promotores de Salud** residentes en el propio barrio o desplazados desde otros barrios con una asistencia de 3 promotores de salud en cada consulta pediátrica.

### 3.2.2. **Financiación:**

- Subvenciones privadas por el momento procedentes de la fundación Itaka-Escolapios
- Donaciones de medicamentos por parte de PROMESE (agencia oficial del medicamento)
- Donaciones de medicamentos por parte de laboratorios farmacéuticos locales
- Aportación económica de los pacientes: En las consultas en el dispensario P. Cavalotto los pacientes aportan 25 pesos por consulta.

### 3.2.3. **Desarrollo de actividades:**

En la consulta se abre una **historia clínica** por cada uno de los niños atendidos, guardando una copia en nuestro archivo y ofreciendo una cartilla sanitaria para cada paciente. Así mismo se recoge un listado con el nombre, edad y patología de cada uno de los niños. Con todo ello elaboramos un registro de datos. Desde el inicio del programa en Septiembre de 2006 hasta Noviembre de 2013, unas **3.900 historias** clínicas nuevas, considerando un ritmo de apertura de unas 20 historias semanales.





Se establecen dos modelos de consulta:

- Atención de **patología** pediátrica a demanda
- **Programa de salud del niño sano** (adaptado del programa recomendado por la Asociación española de Pediatría, y



el recomendado por la Consellería de Sanitat de la Comunidad Valenciana). Para favorecer la fidelización de las madres, se mantiene una frecuencia de consultas mayor:

- Primera visita en la primera semana de vida (si hemos podido contactar con la madre antes del nacimiento o ésta ya conoce el Programa de Salud)
- Segunda visita a los 15 días de la primera
- Tercera visita al mes de vida
- Visitas mensuales hasta los 6 meses
- Visitas cada dos meses hasta el año
- Visitas cada 3 meses hasta los 2 años
- 2 visitas anuales a partir de entonces



En esta consulta se realiza:

- Somatometría
- Revisión clínica completa
- Consejos sobre alimentación y cuidados

- Recomendación y control de vacunación (por la dificultad logística decidimos no vacunar a los niños, pero recomendábamos y asesorábamos a las madres para acudir a los centros de vacunación oficiales y controlábamos que lo hicieran).

Con el tiempo, aprovechando la buena aceptación del programa, también hacíamos control del embarazo a algunas de las madres que acudían al programa y sesiones formativas.



De un modo subjetivo (no cuantificado por el momento) podemos comprobar que en los años que llevamos de desarrollo del programa ha mejorado la salud infantil de los barrios en que trabajamos, con mantenimientos de la curva de peso y talla en los lactantes, fomento de la lactancia materna exclusiva en los primeros periodos de la vida, disminución de las ectoparasitosis y de las anemias carenciales.



La organización de la consulta (promoción de la misma, reparto de los números para ordenar la consulta, toma de datos iniciales, entrega de cartillas de salud, control del archivo de historias, entrega de medicación...) y la somatometría corría a cargo del equipo de Promotoras.



A continuación, ponemos un esquema de las diferentes consultas pediátricas:

	SAVICA	CUMAYASA	CUCAMA	CALETA	M <sup>a</sup> TRINIDAD SANCHEZ
PERIODICIDAD	Semanal	Quincenal	Quincenal	Quincenal	Quincenal
HORARIO	De 8:30-12:00	9:00-12:00	9:00-12:00	9:00-12:00	9:00-12:00
UBICACIÓN	P. Cavalotto	UNAP 6	UNAP 5	Capilla	UNAP 4
ÁMBITO DE INFLUENCIA	Savica Villa Alacrán Villa Pereira Chicago	Cumayasa	Cucama Brisas del Mar Villa Progreso	Caleta	M <sup>a</sup> Trinidad Sánchez Brisas del Mar
COSTE POR CONSULTA	25 pesos	Gratuito	Gratuito	Gratuito	Gratuito
DISPENSA DE MEDICAMENTOS	Gratuito suministrado por el programa o a precios populares	Gratuito suministrado por PROMESE	Gratuito suministrado por PROMESE	Gratuito suministrado por el programa	Gratuito suministrado por PROMESE
					

### 3.2.4. Líneas futuras

En el momento actual, la asistencia funciona por debajo de sus posibilidades permitiendo un aumento de su actividad, por lo que nos planteamos las siguientes medidas de mejora:

- Continuar trabajando en la búsqueda de fondos para aumentar el número de consultas, al menos, a una periodicidad semanal en cada barrio.
- Continuar trabajando con los Promotores de Salud para que se hagan cargo de las consultas de Puericultura dentro del “Programa del niño sano”
- Continuar trabajando para conseguir un suministro de medicinas estable, gratuito o a bajo coste en todos los barrios.
- Realizar actividades de promoción de la salud materno-infantil coincidiendo con las consultas pediátricas, aprovechando la asistencia de las madres.



### 3.3. PROGRAMA DE PROMOTORES DE SALUD



#### 3.3.1. Recursos:

##### a) Materiales:

**Ubicación:** En las instalaciones de la Escuela San Eduardo

**Materiales:**

- Materiales de papelería
- Para cada equipo de cada barrio (10):
  - Esfigmomanómetros
  - Estetoscopios
  - Botiquines: Renovando el material periódicamente según necesidades
- Manuales de apoyo:
  - Manual de iniciación: Manual para Promotores de Salud (editado por el Ministerio de Salud argentino)
  - Otros: Donde no hay doctor, Aprendiendo a promover la salud (ambos de David Wermer)

##### b) Humanos:

- Coordinadores: Beatriz Tomás (pediatra), Mayra Alcántara y Suleida Mercedes Ubiera (Promotoras de salud formadas en el propio programa)
- Promotores de Salud: 30 Personas de los diferentes barrios y más de 80 en formación cada año

### 3.3.2. Financiación:

- Subvenciones privadas
- En este programa, todos los participantes lo hacen de forma voluntaria.

### 3.3.3. Desarrollo de actividades:

#### 3.3.3.1. Itinerario de formación

Se ofrece un itinerario de formación dividido en varias fases sucesivas con diferentes grados de implicación y compromiso, con acompañamiento y formación continua:

**Curso básico de formación:** 3 días en verano. Al finalizar realizan un examen teórico y se entrega un diploma de aprovechamiento.

**Periodo de formación inicial:** con sesiones mensuales durante 1 año. Al finalizar el año realizan un examen teórico y práctico y se entrega diploma de Promotor de Salud (validado por el Liceo Técnico Calasanz dentro de la especialidad de Bachillerato Técnico en Enfermería).





**Formación continuada:**

Sesiones semanales; inicialmente se realizaban todas en el Liceo, pero progresivamente se han trasladado a los barrios. Así, los promotores ya graduados tienen reunión semanal, con dos semanas al mes en el Liceo (una para formación y otra para la distribución de medicamentos) y dos en su propio barrio para planificación de actividades



**Formación de coordinadores:**

sesiones mensuales, en las que se combina formación y coordinación de actividades.



# CURSO DE **FORMACIÓN BÁSICA** PARA PROMOTORES DE SALUD COMUNITARIA



## 1. OBJETIVOS

- Ofrecer formación básica en temas de salud
- Incentivar para la inserción en el programa de Promotores de Salud
- Incentivar a los asistentes a difundir los conocimientos adquiridos entre su círculo relacional
- Potenciar las capacidades docentes de los actuales Promotores de Salud
- Potenciar el crecimiento personal y la participación comunitaria de las mujeres

## 2. RECURSOS

- Materiales
  - Aulas de la Escuela San Eduardo
  - Centro Cultural Calasanz
  - “Manual para Promotores de Salud”: Una copia por cada alumno
  - Medios audiovisuales (computadora y proyector)
  - Personales
  - Equipo de Promotores de salud (un total de 14 profesores) voluntarios
  - Económicos
  - Partida del presupuesto del Programa de Salud

### **3. TEMARIO**

1. Programa de Salud en La Romana y situación sanitaria
2. Qué es un Promotor de Salud
3. Enfermedades de la mujer
4. Control prenatal
5. Lactancia materna
6. Lactancia artificial
7. Alimentación del niño y adolescente
8. Tratamiento y prevención de la diarrea
9. Vacunas
10. Diabetes
11. Hipertensión arterial

### **4. DESARROLLO**

- Localización: Inicialmente en el Centro Cultural Calasanz en Quisqueya, pero en los últimos años las clases se trasladaron a los barrios para facilitar la asistencia: hasta en 6 barrios de forma simultánea
- Temporalización: 3 días de Julio, de 18:00 a 20:30 h
- Convocatoria: Abierta, con invitación personal a determinadas personas y con difusión mediante carteles colocados en los dispensarios, capillas y parroquias, difusión verbal por parte de los promotores en las semanas previas y anuncio en la emisora católica de La Romana.

- Asistentes: Desde 69 a 175 personas dependiendo del año, fundamentalmente mujeres (90%), con edades de 8 a 66 años (con una mediana de 25 años) de todos los barrios en los que trabajamos y de otras zonas de La Romana.
- Sistemática:

Se distribuyeron los temas en los tres días. Las clases tenían una duración aproximada de 30 minutos con exposición oral, utilización de dramas y medios audiovisuales. Al finalizar cada tema se abría un turno de preguntas para aclarar dudas o ampliar información.

Al finalizar los temas se realizó una encuesta de satisfacción y un examen para evaluar los conocimientos adquiridos.

Posteriormente se realizó una reunión por barrios de origen para animar a la inserción en el Programa de Promotores e iniciar la organización de la sistemática de trabajo.



### 10º Curso de PROMOTORES DE SALUD

Si quieres formar parte de nuestro grupo de **PROMOTORES DE SALUD** y trabajar por mejorar la salud en tu barrio o si simplemente quieres saber más cosas sobre salud, acude a:

BARRIO	LUGAR	FECHAS	HORARIO
Cumagosa	Salón multiuso, Centro Católica Santa María Madre De Dios	Lunes-1 Martes-2 y miércoles-3 De Junio	3:00 A 6:00 P.M.
La Paz	Parroquia Nuestra Señora De La Paz		
Orisquenya	Centro Cultural Calasanz, San Eduardo		
Casoto	Capilla Santa Paula Montal	Lunes-8 Martes-9 y Miércoles-10 De Junio	3:00 A 6:00 P.M.
Sárcita	Parroquia Cristo Rey		
La Anfración	Colegio Inmaculada Luz Para Todos.		

**ES COMPLETAMENTE ¡GRATIS!**

Si quieres saber algo más, dirígete a al promotor más cercano de tu barrio o llama al 809-556-9507 y comunícate con Matira o Leidy.

# PROGRAMA DE FORMACIÓN BÁSICA PARA PROMOTORES DE SALUD COMUNITARIA

BLOQUE TEMATICO	CONOCIMIENTOS TEORICOS	ACTIVIDADES	DUR.	CONOCIMIENTOS PRACTICOS	ACTIVIDADES	DUR.	
1. INTRODUCCION	1.1 Presentación del curso	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exposición con apoyo audiovisual</li> </ul>	1 h				
	1.2 La Salud Comunitaria						
2. QUÉ ES UN PROMOTOR DE SALUD. VOLUNTARIADO EN SALUD	1.3 Programa de Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exposición con apoyo audiovisual</li> </ul>	2 h				
	2.1 Características de un Promotor de Salud Comunitaria						
	2.2 Características del voluntariado en Salud		<ul style="list-style-type: none"> <li>Charla a partir de un texto de la conferencia episcopal española</li> <li>Audiovisual</li> </ul>				2 h
3. FISIOLOGIA FEMENINA Y ENFERMEDADES PROPIAS DE LA MUJER	3.1 Ciclo menstrual	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exposición con apoyo audiovisual</li> </ul>	2 h	Exploración mamaria	Autoexploración mamaria	1 h	
	3.2 Enfermedades de la mujer: ETS, Cáncer de cérvix, Pat.mamaria						Exploración mamaria a voluntarias
	3.3 Menopausia: cambios corporales y prevención secundaria						

BLOQUE TEMATICO	CONOCIMIENTOS TEORICOS	ACTIVIDADES	DUR.	CONOCIMIENTOS PRACTICOS	ACTIVIDADES	DUR.
<b>4. EMBARAZO. CONTROL PRENATAL</b>	4.1. Fisiología del embarazo 4.2. Circunstancias propias del embarazo 4.3. Anomalías en el desarrollo del embarazo 4.4. Control prenatal (vacunación, chequeos) 4.5. Embarazo de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dramatización</li> <li>• Exposición mediante preguntas y respuestas</li> </ul>	3 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control prenatal (vacunación, control de peso, control de Presión Arterial, administración de medicación a la embarazada)</li> <li>• Preparación al parto (técnicas de relajación, canastilla)</li> <li>• Preparación al postparto y promoción de lactancia materna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sesiones de grupo con embarazadas</li> <li>• Visitas domiciliarias</li> <li>• Controles periódicos en las visitas pediátricas</li> </ul>	10 h

BLOQUE TEMATICO	CONOCIMIENTOS TEORICOS	ACTIVIDADES	dur.	CONOCIMIENTOS PRACTICOS	ACTIVIDADES	dur.
<b>5. ALIMENTACION INFANTIL</b>	5.1. Lactancia materna: Beneficios para la madre y el bebé  5.2. Lactancia artificial: Composición y uso  5.3. Introducción progresiva del Beikost	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dramatización</li> <li>• Paneles explicativos</li> <li>• Brochures</li> </ul>	10 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lactancia materna: Posturas para amamantar</li> <li>• Lactancia artificial: Elaboración de biberones de forma adecuada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sesiones de grupo con madres:</li> <li>• Taller de Lactancia materna</li> <li>• Taller de lactancia artificial</li> </ul>	20 h
	5.4. Composición de los alimentos  5.5. Funciones de los principios inmediatos  5.6. Hábitos de conducta alimentaria saludable  5.7. Alimentación del adolescente			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de dietas saludables</li> </ul>	10 h	

BLOQUE TEMATICO	CONOCIMIENTOS TEORICOS	ACTIVIDADES	DUR.	CONOCIMIENTOS PRACTICOS	ACTIVIDADES	DUR.
<b>6. PARASITOSIS INTESTINAL, DIARREA Y DESHIDRATACION</b>	6.1 Vias de contagio de la parasitosis intestinal y su prevención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dramatización con títeres</li> <li>• Cuentos</li> <li>• Clase teórica a partir del manual</li> </ul>	5 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparación de Suero de rehidratación oral casero o a partir de fórmulas comerciales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taller de preparación de SRO</li> </ul>	1h
	6.2 Diferentes tipos de diarrea	6.3 Tratamiento de la diarrea	6.4 Signos de deshidratación	7.1 Mecanismo de acción de las vacunas	7.2 Enfermedades prevenibles por vacunación	7.3 Calendario vacunal dominicano
<b>7. VACUNAS</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clase teórica a partir de manual editado por Salud Pública</li> </ul>	2 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica de vacunación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Práctica en campañas de vacunación</li> </ul>	2 h



BLOQUE TEMATICO	CONOCIMIENTOS TEORICOS	ACTIVIDADES	DUR.	CONOCIMIENTOS PRACTICOS	ACTIVIDADES	DUR.
<b>8. DIABETES</b>	8.1. Fisiopatología básica de la diabetes 8.2. Complicaciones agudas y crónicas 8.3. Prevención secundaria 8.4. Manejo de medicación antidiabética	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clase teórica</li> <li>• Brochur</li> </ul>	5 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medición de glicemia</li> <li>• Administración de medicación antidiabética</li> <li>• Tratamiento de hipoglucemia</li> <li>• Prevención de complicaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Práctica cotidiana con enfermos crónicos</li> <li>• Práctica simulada</li> </ul>	2 h
<b>9. HIPERTENSION ARTERIAL</b>	9.1. Fisiopatología básica de la HTA 9.2. Complicaciones agudas y crónicas 9.3. Prevención secundaria 9.4. Manejo de medicación antidiabética	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clase teórica</li> <li>• Brochur</li> </ul>	5 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medición de la Presión arterial</li> <li>• Prevención de complicaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Práctica con voluntarios sanos</li> <li>• Práctica cotidiana con enfermos crónicos</li> <li>• Revisiones médicas sistemáticas</li> </ul>	5 h

BLOQUE TEMATICO	CONOCIMIENTOS TEORICOS	ACTIVIDADES	DUR.	CONOCIMIENTOS PRACTICOS	ACTIVIDADES	DUR.
<b>10. FIEBRE</b>	10.1 Fisiopatología básica de la fiebre 10.2 Uso y dosificación de antipiréticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clase teórica</li> </ul>	1 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medición de la temperatura corporal (uso de termómetro)</li> <li>Dosificación de antipiréticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Práctica con voluntarios</li> <li>Práctica en las visitas pediátrica</li> </ul>	2 h
<b>11. USO DE MEDICAMENTOS Y MANEJO DEL BOTIQUIN</b>	11.1 Composición de un botiquín	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clase teórico-práctica</li> </ul>	3 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificación de datos en el envase y realización de fichas para los medicamentos (indicación, dosis, fecha de vencimiento, contraindicaciones...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taller de uso del botiquín</li> <li>Manejo de botiquín comunitario</li> <li>Práctica cotidiana con enfermos crónicos</li> </ul>	5 h
	11.2 Utilización de medicación oral básica (indicaciones, dosificación...)			<ul style="list-style-type: none"> <li>Administración de medicación intramuscular e intradérmica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prácticas de inyección con voluntarios</li> </ul>	2 h
	11.3 Otras vías de administración de medicamentos					

BLOQUE TEMATICO	CONOCIMIENTOS TEORICOS	ACTIVIDADES	DUR.	CONOCIMIENTOS PRACTICOS	ACTIVIDADES	DUR.
12. VISITA A UN ENFERMO	12.1 Estrategias adecuadas en la visita a un enfermo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clase compartida a partir de experiencias y un texto</li> </ul>	2 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita a enfermos de diferentes edades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Práctica cotidiana en la visita a enfermos.</li> </ul>	10 h
	12.2 Consulta pediátrica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clase teórica</li> </ul>	1 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta pediátrica: Registro de datos, somatometría, exploración básica, consejos de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia a la consulta pediátrica del Programa de Salud</li> </ul>	8 h
13. PREVENCIÓN DE LA CEGUERA	13.1 Anatomía y fisiología básica de la visión. 13.2 Enfermedades del ojo 13.3 Prevención de la ceguera	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clase teórica con apoyo audiovisual</li> </ul>	1 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploración ocular</li> <li>• Medición de la agudeza visual</li> <li>• Oclusión ocular</li> <li>• Limitaciones de las personas deficientes visuales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sesión taller</li> </ul>	2 h

BLOQUE TEMATICO	CONOCIMIENTOS TEORICOS	ACTIVIDADES	DUR.	CONOCIMIENTOS PRACTICOS	ACTIVIDADES	DUR.
<b>14. ACCIDENTES. PREVENCIÓN Y PRIMEROS AUXILIOS</b>	14.1 Prevención y actitud ante accidentes domésticos. 14.2 Medidas de reanimación cardiopulmonar básica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clase teórica con apoyo audiovisual</li> </ul>	2 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cura de heridas y quemaduras</li> <li>Entablillado</li> <li>Extracción de cuerpos extraños</li> <li>RCP básica</li> <li>RCP básica infantil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taller</li> <li>Práctica diaria en la consulta pediátrica</li> </ul>	5 h
<b>15. DOCENCIA EN SALUD</b>	15.1 Estrategias de docencia en salud aplicadas a diferentes edades y usuarios potenciales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Discusión a partir de trabajos prácticos realizados por los alumnos del cursillo</li> </ul>	2 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planificación de una sesión docente (Objetivos, tiempo, materiales, desarrollo, evaluación)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taller de sesiones con diferentes estrategias (títeres, canciones, charlas, cuentos...)</li> </ul>	4 h
<b>TOTAL</b>			<b>49 h</b>			<b>81 h</b>



## CURSO DE **CAPACITACIÓN** PARA PROMOTORES DE SALUD COMUNITARIA

### DESTINATARIOS

Personas interesadas en aprender sobre temas relacionados con la salud y en trabajar de forma voluntaria por mejorar la salud de sus comunidades sin importar edad, sexo o nivel académico previo (preferiblemente alfabetizados).

### OBJETIVOS

- Ofrecer formación básica en temas de salud
- Practicar las estrategias y técnicas adquiridas
- Incentivar para la inserción en el programa de Promotores de Salud
- Incentivar a los asistentes a difundir los conocimientos adquiridos entre su círculo relacional
- Potenciar las capacidades docentes de los actuales Promotores de Salud
- Potenciar el crecimiento personal y la participación comunitaria de las mujeres

### SISTEMATICA

Para la obtención del Diploma de Capacitación como Promotor de Salud Comunitaria se ofrece el siguiente itinerario:

- Cursillo intensivo de iniciación de 3 días de duración
- Curso de teórico-práctico de formación de 10 sesiones de periodicidad mensual a lo largo del curso escolar
- Actividades de Promoción de Salud realizadas en el Programa de Salud Padres Escolapios durante ese curso escolar
- Examen final teórico y práctico



## SESIONES MENSUALES

### 1. Temporalidad

Curso escolar: Desde Agosto hasta Mayo

Duración: 25 horas distribuidas en 10 tardes (de 18:00 a 20:30 h). Primer lunes de cada mes

### 2. Temario

1. La fiebre. Utilización del termómetro y control de temperatura
2. Utilización y dosificación de antipiréticos
3. Uso del Botiquín (familiar y comunitario)
4. Diarrea, deshidratación y Parasitosis intestinal.
5. Visita domiciliaria a un enfermo
6. El voluntariado escolapio en Salud
7. Prevención de la ceguera. Medición de la agudeza visual
8. Administración de medicación intramuscular y subcutánea
9. Medida de la Presión Arterial y prevención secundaria en HTA
10. Prevención de accidentes y Primeros auxilios

### 3. Metodología:

- Clases teóricas con apoyo audiovisual, dramatizaciones y con dinámica participativa
- Práctica en la misma sesión de las estrategias a adquirir
- **Docentes:**  
Equipo de Promotores de salud (un total de 14 profesores) voluntarios
- **Material de apoyo:**  
Manual para Promotores de Salud



Manual para prevención y actuación en Accidentes

Utilización de medios y aparataje sanitario adecuado a cada clase (termómetros, esfigmomanómetros, estetoscopios, optotipos, medicamentos, botiquines, etc...)

- **Evaluación:**

Encuesta de satisfacción

Examen teórico final donde demuestren los conocimientos adquiridos

Examen práctico donde demuestren las habilidades adquiridas



## PRÁCTICAS DE CAMPO

### 1. Temporalidad

Desde Agosto hasta Mayo en diferentes horarios. Se recomienda un total de 40 horas de prácticas de campo.

### 2. Temario

Inserción en las actividades propias del Programa de Salud con responsabilidad creciente y acorde a los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos:

- Visita pediátrica y programa de control del niño sano (actualización de registros, llenado de fichas personales, somatometría, medición de temperatura, toma de presión arterial, administración de medicación pediátrica)

- Programa materno-infantil (control del embarazo, toma de presión arterial...)
- Control de enfermos crónicos (toma de presión arterial, manejo de medicaciones crónicas, técnicas para la visita a un enfermo...)
- Actividades de Educación para la salud (Estrategias docentes en educación para la salud)



### 3. Metodología:

- Integración en las actividades tutelados por un Promotor de Salud veterano o por los coordinadores del programa
- **Evaluación:**  
Continua



FECHA	FORMACION CONTINUA	FORMACION INICIAL	RADIO	OTROS	EVALUACION
1ª quincena				Revisión médica alumnos	Bibliotecas CNU
01-nov		Savica: Inyecciones			Excelente
02-nov		Quisqueya: Botiquin	Alimentación niño		Muy bien
04-nov		Cumayasa: Agudeza visual			Poca asistencia
07-nov		Cucama: Presión			Muy bien
09-nov	Suspendida		Lactancia materna	Reunión coordinadores	
16-nov	Distribución de medicamentos		Vacunas		
23-nov	Prep form inicial: Botiquin		Suspendida por falta	Feria alimentacion	
30-nov	Retiro		Salud de la mujer		
1a quincena					
02-dic		Cumayasa Inyecciones			Muy bien
05-dic		Cucama Diabetes			Muy bien
06-dic		Savica Presion			Muy bien
07-dic		Quisqueya Parasito y Diarrea			Muy bien
21-dic	Distribución de medicamentos			Cena Navideña y desp. Bea	
10-ene		Savica Diabeste			Excelente, poca a
11-ene		Quisqueya Agudeza visual			Muy bien poca a
13-ene		Cumayasa Presion			Muybien, falta de
16-ene		Cucama Fiebre			Muy bien poca a
18-ene				Reunion de coordinadores	
18.ene	Distribución de medicamentos				
25-ene	Inicio de la Radio		Aliment. Adolescente		
01-feb	sector quisqueya	inyecciones	presion		Muy bien
06-feb	cucama	antipirecicos			Bien
07-feb	savica	fiebre			Muy bien
08-feb			diabetes		
15-feb	Distribución de medicamentos		diabetes		
17-feb	cumayasa	diabetes			
22-feb			parasitosis y diarrea		
29-feb			cuento agua sucia		
02-mar		cumayasa fiebre			
05-mar		cucama botiquin			Bien
05-mar		savica antipirectico			
06-mar		quisquella presion			





- **La Salud no es un cuento:** Cada año se organiza un festival de cuentos sobre temas de salud tomados del programa FRESH de la UNESCO (sobre vacunas, alimentación, prevención y tratamiento de la diarrea, buen uso de medicamentos, VIH...), en el que cada equipo de Promotores prepara una dramatización de dicho cuento. Esta sesión combina el encuentro de toda la red de Promotores con una actividad de Educación para la Salud en la comunidad.



Programa de actividades de los Promotores de salud:

OCTUBRE										
	SAVICA	CALETA	QUISQ	LA PAZ	MTS	BRISAS	CUCAMA	VILLA REAL	CUMAYASA	COORD
L1	PED.									
M2	CLASE DE NUEVO									
M13			CLASE DE NUEVOS						PED.	
J4		PED.								
V5								CLASE DE NUEVOS		
S6					CLASE DE NUEVOS					
D7										
L8	PED.									
M9										
M10	FORMACION CONTINUA						PED.	FORMACION CONTINUA		
J11					PED.					
V12										
S13										
D14										
L15	PED.									
M16	R. BARRIO	R. BARRIO		REV.MED.						
M17	REPARTO DE MEDICINAS A NUESTROS ENFERMOS								PED.	
J18		PED.	R. BARRIO		REV. MEDICA					
V19									R.BARRIO	
S20							R.BARRIO			
D21										
L22	PED.							REV. MED		
M23										
M12	PREPARACION CLASE DE NUEVOS					PED.			REV. MED.	
J25					PED.					
V26										
S27										
D28										
L29	PED.									
M30										
M13										

### 3.3.4. Líneas futuras:

En el momento actual, el programa funciona por debajo de sus posibilidades permitiendo un aumento de su actividad, por lo que nos planteamos las siguientes medidas de mejora:

- Mejorar la comunicación entre barrios y las actividades conjuntas
- Favorecer la movilidad de los promotores (mediante becas de transporte)
- Favorecer la conciencia de grupo con señas de identidad (camisetas, logotipo) e identificadores externos (Carnet)
- Aumentar el reconocimiento que las autoridades sanitarias ya tienen de nuestro programa.

**La colaboración de los Promotores en el programa de Salud es, en el momento actual fundamental para la consecución de los objetivos del mismo y, por suerte, constituyen un equipo motivado y cohesionado.**



## 3.4. GESTIÓN DE MEDICAMENTOS

### 3.4.1. Recursos:

a) Materiales:

**Ubicación:** Farmacia del Dispensario Padre Cavalotto

b) Humanos:

**Coordinadores:** doctora Manuela Rodríguez (patóloga, voluntaria), Beatriz Tomás (pediatra, voluntaria)

Promotores de Salud

### 3.4.2. Financiación:

Medicamentos obtenidos por:

- donaciones privadas
- donaciones de laboratorios
- donación de PROMESE
- compra de medicamentos genéricos en las farmacias de PROMESE con fondos del Programa de Salud
- compra directa a Laboratorios con fondos del Dispensario



### 3.4.3. Desarrollo de actividades:

- **Dispensa de medicamentos en el Dispensario P. Cavalotto**

Desde hace un año disponemos de medicamentos donados por PROMESE (agencia estatal del medicamento) obtenidos por donación y que se venden al precio establecido por el gobierno para las Boticas Populares. Este precio es mínimo y al alcance de casi toda la población. En este caso el beneficio obtenido también se dedica a la gestión del Dispensario.

- **Dispensa de medicamentos en la atención pediátrica**

En los casos en los que la atención se realiza en una UNAP utilizamos los medicamentos de que ella dispone. En caso de que no estén disponibles (el suministro suele agotarse antes de recibir la nueva remesa) se realizan recetas para la adquisición de medicamentos en las Boticas Populares.

En el caso de Caleta, proporcionamos medicamentos de forma gratuita, adquiridos, bien por donación de PROMESE, donación particular o de laboratorios o compra por nuestra parte en las Boticas Populares.

- **Programa de suministro de medicamentos a enfermos crónicos**

Una vez al mes, realizamos la compra de medicamentos para los enfermos crónicos en la Botica Popular (después de comprobar si entre los medicamentos obtenidos por donación hay o no suficientes para cubrir las necesidades) y el equipo de promotores se encarga de realizar la selección, ordenamiento y distribución.



## Programa de Salud Calasanz

En algunos barrios, trabajando en coordinación con el médico pasante local, estos medicamentos se obtienen directamente de la UNAP, siendo proporcionados por nosotros en caso de que no se encuentren disponibles.

MEDICAMENTOS	ENFERMEDAD	CANTIDAD	TOTAL
CLIPIRIDO(HIPOGLUCEMIANTE2MG)	Diabetes	9 sobres 2 pastillas	18
CLIMEPIRIDA 2MG	Diabetes	9 Sobres de 2 pastillas	18
GLIMEPIRIDE 4MG	Diabetes	18 Sobres de 2 pastillas	36
GLUTAMICAL 4MG	Diabetes	22 Sobres de 2 pastillas	44
DIAPRIDE DE 4MG	Diabetes	6 Sobres de 2 pastillas	12
MEFORMINA DE 1000MG	Diabetes	24 Pastillas	24
AMARYL 2MG	Diabetes	120 Pastillas	120
GLISULN 1500MG	Diabetes	16 pastillas	16
FLOMIL FORTE 600MG	Vía Respiratoria	38 pastillas	38
AMBROXOL	Vía Respiratoria	4 pastillas	04
PECTOR (CARBOCISTEINA 500MG)	Vía Respiratoria	1 Jarabe	01
OXTRILEN (OXTRIFILINA 30 MG)	Vía Respiratoria	1 Jarabe	01
ABRILAX	Vía Respiratoria	1 Jarabe	01
PREGABALINA 75MG	Para el Dolor	26 Pastillas	26
GABAPENTINA 300MG	Para el Dolor	6 Pastillas	06
MECOBALINA 500MG	Para el Dolor	28 Pastillas	28
ANTINEURITICOS 150MG	Para el Dolor	6 Sobres	12
CEROCOL 100MG	Colesterol	30 Pastillas	30
ROSUVASTINA 10MG	Colesterol	30 Pastillas	30
SKORLAT 20MG	Colesterol	10 Pastillas	10

MEDICAMENTOS	ENFERMEDAD	CANTIDAD	TOTAL
CRESTATIN 10MG	Colesterol	8 Sobres	16
LOVASTATIN 20mg.	Colesterol	1Frascos Pastillas	1000
CAPTOPRIL 100mg	Presión	3 Frascos Pastillas (90)	270
AMLODIPINO 5mg.	Presión	4 Frascos Pastillas (90)	360
AMLODIPINO 2.5mg.	Presión	18 Frascos Pastillas (90)	1620
ENALAPRIL 20mg.	Presión	15 Frascos Pastillas (100)	15000
CIPROFLOXACIN 500mg	Antibióticos	8 Frascos Pastillas (100)	800
CEFDINIR250mg.	Antibióticos	10 Frascos Suspensión	10
ASPIRINA 81	Corazón	100 Pastillas	100
NITENSOR 20mg	Presión	5 Cajas de 2 Pastillas	10

Ejemplo de medicamentos de distribución mensual

#### 3.4.4. Líneas futuras:

En el momento actual, el programa funciona por debajo de sus posibilidades permitiendo un aumento de su actividad, por lo que nos planteamos las siguientes medidas de mejora:

- Establecer un grupo coordinador para la autogestión del programa sin necesidad de coordinación externa
- Mantener suministro periódico y regular de medicamentos por parte de PROMESEcal
- Asegurar el suministro de la medicación adecuada a los enfermos crónicos de cada uno de los barrios, a cargo de los médicos pasantes de las UNAP y, en el caso que falle, por parte de los promotores.



### 3.5. EDUCACIÓN PARA LA SALUD



#### 3.5.1. Recursos:

##### a) Materiales:

##### Ubicación:

- Escuela Calasanz San Pedro
- Liceo técnico Calasanz San Eduardo
- E. P. Evaristo Araujo
- Escuela Pública Cumayasa
- Liceo Público Cumayasa
- Centro Cultural Calasanz
- Extensión de la Universidad Católica del Este (Villa Verde)
- Bibliotecas de la red Calasanz nos une en 5 comunidades

##### Equipamiento:

- Materiales audiovisuales (películas, montajes...)
- Equipo audiovisual: Ordenador portátil, cañón de proyección, equipo de sonido
- Material de papelería variado
- Materiales diseñados de educación para la salud (posters, puzles, juegos...)
- Aparataje médico para las revisiones médicas (tallímetros, optómetros, diapasones, otoscopios, oftalmoscopios)

##### b) Humanos:

- Coordinadores: Beatriz Tomás (pediatra, voluntaria), Mercedes Guerrero (coordinadora del programa de Educación no formal Calasanz nos une)
- Promotores de Salud
- Profesores de los colegios
- Médicos voluntarios

### 3.5.2. Financiación:

- Presupuesto escolar de las escuelas escolapias
- Fondos propios del programa de salud

### 3.5.3. Desarrollo de actividades:

#### a) Curso para profesores

Dentro de la formación continua al profesorado de las escuelas católicas se incluye un curso anual de educación para la salud en el que se ofrecen recursos y estrategias para incluir dentro del currículum actividades de promoción de la salud.



#### b) Programa sistemático de educación para la salud en la escuela:

Con un equipo coordinador formado por algunos de los profesores y la promotora de salud escolar; se trata de establecer un programa transversal de Educación para la salud en la escuela con actividades en el aula, actividades en el ámbito de la escuela y actividades con las familias.



Los temas se estructuran por meses, con un panel motivador en el centro responsabilidad de cada uno de los cursos. En el momento actual, el programa

se está implantando a modo de prueba en la escuela San Pedro (segundo año de aplicación) y en la escuela Calasanz Pueblo Bávaro con respuesta irregular por parte del profesorado y de la dirección de los centros.



### c) Actividades puntuales dirigidas a escolares

Con la colaboración de promotores de salud y algunos profesores se han diseñado actividades puntuales para alumnos de diferentes edades, siguiendo metodologías tipo sesiones o charlas o a modo de ferias. Las actividades realizadas han sido muy bien valoradas por los alumnos y profesores. Por el momento las sesiones realizadas han sido:



**No es lo mismo nutrirse que alimentarse**

**AUMENTACIÓN**

**GRADO: 6º**    **DURACIÓN: 2 semanas**    **MATERIA: Naturales**

**OBJETIVOS**  
Diferenciar la nutrición de la alimentación  
Explicar el valor nutricional de algunos alimentos recomendados para mantener la salud del sistema digestivo

**MATERIALES**  
Libro de texto  
Alimentos  
Fuentes tecnológicas

**DESARROLLO**  
Lluvia de ideas – aprendizaje previo  
Investigan sobre la diferencia entre nutrición y alimentación y el valor nutricional  
Exposición por cursos sobre lo investigado  
Elaboran una dieta balanceada para aplicarla en el desayuno escolar durante una semana  
Registrar un antes y un después un desayuno nutricional

**EVALUACIÓN**  
Participación  
Exposición  
Realización de actividades  
Primera semana de investigación y segunda práctica

- Feria de la alimentación y vida saludables (distribuida en 9 stands con la realización de juegos, cuentos y dramatizaciones). Dirigida a alumnos de primaria
- Feria de Educación sexual (con un circuito de 4 sesiones interactivas con sencillos métodos visuales). Dirigida a alumnos de bachillerato
- Sesiones sobre hábitos saludables en la adolescencia: Trastornos de la conducta alimentaria y la imagen corporal. Dirigida a alumnos de Bachillerato.



d) **Actividades puntuales dirigidas a la población general**

Tanto en el centro Cultural Calasanz, dentro de las actividades del programa cultural y en el Centro de Estudios (extensión de la Universidad Católica del Este) se han impartido sesiones sobre:



- Alimentación saludable en la infancia y la adolescencia
- Gestión de residuos y enfermedades transmitidas por vectores
- Derechos en Salud
- Prevención del cáncer de mama y útero

e) **Revisión médica sistemática de salud de los escolares**

Pretendemos realizar una revisión médica sistemática a todos los alumnos de primaria tanto de la escuela San Pedro como de la escuela San Eduardo. Por el momento, y con la colaboración de médicos voluntarios españoles en el contexto de un campo de trabajo hemos revisado 298 niños comprendidos entre los 3 y los 8 años.



Los casos en los que se detectaron afectaciones visuales se derivaron al patronato Dominicano para prevención de la ceguera para su diagnóstico y seguimiento.

A cada uno de los padres se les entregó un informe detallado de los resultados obtenidos, y se convocó una reunión informativa a la que acudieron 150 padres. En todos los casos, la evaluación fue muy satisfactoria. La idea es ir completando todos los cursos de forma progresiva.



f) Botiquines escolares:

Desde Octubre de 2009 funcionan en la escuela San Pedro y en la escuela San Eduardo 2 botiquines, atendidos en horario de mañana por dos promotoras de salud, adecuadamente preparadas que reciben una gratificación mensual por ello.



Acude una media de 90 alumnos por mes con un alto grado de satisfacción hasta el momento.

g) Bachillerato técnico en enfermería:

Desde el curso 2009-2010 se ha implantado en el liceo técnico Calasanz la especialidad de bachiller técnico en enfermería. Esto ofrece la oportunidad de brindar a estos alumnos una formación integral en el área de la salud,



invitándoles a conocer y participar en las diferentes actividades del programa.

Gracias a una subvención de la Diputación de Valencia hemos podido dotar el aula con material didáctico (el cual se utiliza también en otros ámbitos del Programa).


Las prácticas clínicas se realizan semanalmente en diversos hospitales (públicos y privados) de la ciudad. Al



finalizar la formación, los alumnos deben realizar una pasantía de 2 meses, que también realizan en estos hospitales.

Hasta el momento se han graduado 4 promociones. Muchos de los alumnos han conseguido trabajo como auxiliares de enfermería y calificaciones de las más altas en las pruebas nacionales de bachillerato. Estos dos aspectos les han permitido a muchos de ellos iniciar sus estudios universitarios de enfermería o medicina (con becas parciales o totales y financiando el resto gracias a su trabajo), cosa que hubiera sido impensable de otro modo.



  
**REPÚBLICA DOMINICANA**  
**MINISTERIO DE ESTADO DE EDUCACIÓN,**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN MEDIA,**  
**Liceo Técnico Calasanz**  
**Calasanz (D.R.)**

**Registro de Notas (Ciclo I 1957-1958)**

Yo, Sr. Padre Javier Alonso, director del Liceo Técnico Calasanz, certifico que en los archivos de este centro figuran los datos relativos al ciclo I de enseñanza: \_\_\_\_\_ hijo de Sr. \_\_\_\_\_ y del Sr. \_\_\_\_\_ Nació en día \_\_\_\_\_ Pese Certificación Oficial de Suficiencia de la Educación Básica con el No. \_\_\_\_\_ Dado en el Centro Educativo Calasanz San Eduardo, en fecha \_\_\_\_\_ y su última inscripción correspondiente al día \_\_\_\_\_ En el año escolar 2010-2011.

PLAN DE ESTUDIOS, MODALIDAD ACADÉMICA GENERAL, Primer Ciclo / Primer Grado						
Asignatura Primer Semestre	Cálif.	Fecha	Asignatura Segundo Semestre	Cálif.	Fecha	Lugar
Lengua Española I	12500	Lengua Española	12500	12500	12500	
Matemática I	12500	Matemática II	12500	12500	12500	
Religión	12500	La Ance	12500	12500	12500	Liceo Técnico Calasanz
Historia de la Cr. / Geog. N.	12500	Historia de la Cr. / Geog. N.	12500	12500	12500	
Educación Física	12500	Educación Física	12500	12500	12500	
Organización Educativa	12500	Organización Educativa	12500	12500	12500	
Arte	12500	Arte	12500	12500	12500	
Formación II, Integral y Rel.	12500	Formación II, Integral y Rel.	12500	12500	12500	
Educación Artística	12500	Educación Artística	12500	12500	12500	
Educación Moral y Cívica	12500	Educación Moral y Cívica	12500	12500	12500	

PLAN DE ESTUDIOS, MODALIDAD ACADÉMICA GENERAL, Primer Ciclo / Segundo Grado						
Asignatura Primer Semestre	Cálif.	Fecha	Asignatura Segundo Semestre	Cálif.	Fecha	Lugar
Lengua Española II	13500	Lengua Española	13500	13500	13500	
Matemática II	13500	Matemática IV	13500	13500	13500	
Religión	13500	Religión	13500	13500	13500	Liceo Técnico Calasanz
Hist. de Amer. / Los Pueblos del C.	13500	Hist. de Amer. / Los Pueblos del C.	13500	13500	13500	
Educación Física	13500	Educación Física	13500	13500	13500	
Organización Educativa	13500	Organización Educativa	13500	13500	13500	
Arte	13500	Arte	13500	13500	13500	
Formación II, Integral y Rel.	13500	Formación II, Integral y Rel.	13500	13500	13500	
Educación Artística	13500	Educación Artística	13500	13500	13500	
Educación Moral y Cívica	13500	Educación Moral y Cívica	13500	13500	13500	

PLAN DE ESTUDIOS, MODALIDAD ACADÉMICA TÉCNICO PROFESIONAL (ENFERMERÍA) Segundo Ciclo / Tercer Grado						
Asignatura Primer Semestre	Cálif.	Fecha	Asignatura Segundo Semestre	Cálif.	Fecha	Lugar
Lengua Española III	15500	Lengua Española III	15500	15500	15500	
Matemática III	15500	Matemática III	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia I	15500	Carácter de la Substancia II	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia II	15500	Carácter de la Substancia III	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia III	15500	Carácter de la Substancia IV	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia IV	15500	Carácter de la Substancia V	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia V	15500	Carácter de la Substancia VI	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia VI	15500	Carácter de la Substancia VII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia VII	15500	Carácter de la Substancia VIII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia VIII	15500	Carácter de la Substancia IX	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia IX	15500	Carácter de la Substancia X	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia X	15500	Carácter de la Substancia XI	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XI	15500	Carácter de la Substancia XII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XII	15500	Carácter de la Substancia XIII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XIII	15500	Carácter de la Substancia XIV	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XIV	15500	Carácter de la Substancia XV	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XV	15500	Carácter de la Substancia XVI	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XVI	15500	Carácter de la Substancia XVII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XVII	15500	Carácter de la Substancia XVIII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XVIII	15500	Carácter de la Substancia XIX	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XIX	15500	Carácter de la Substancia XX	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XX	15500	Carácter de la Substancia XXI	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXI	15500	Carácter de la Substancia XXII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXII	15500	Carácter de la Substancia XXIII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXIII	15500	Carácter de la Substancia XXIV	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXIV	15500	Carácter de la Substancia XXV	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXV	15500	Carácter de la Substancia XXVI	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXVI	15500	Carácter de la Substancia XXVII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXVII	15500	Carácter de la Substancia XXVIII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXVIII	15500	Carácter de la Substancia XXIX	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXIX	15500	Carácter de la Substancia XXX	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXX	15500	Carácter de la Substancia XXXI	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXI	15500	Carácter de la Substancia XXXII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXII	15500	Carácter de la Substancia XXXIII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXIII	15500	Carácter de la Substancia XXXIV	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXIV	15500	Carácter de la Substancia XXXV	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXV	15500	Carácter de la Substancia XXXVI	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXVI	15500	Carácter de la Substancia XXXVII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXVII	15500	Carácter de la Substancia XXXVIII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXVIII	15500	Carácter de la Substancia XXXIX	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXIX	15500	Carácter de la Substancia XXXX	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXX	15500	Carácter de la Substancia XXXXI	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXI	15500	Carácter de la Substancia XXXXII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXII	15500	Carácter de la Substancia XXXXIII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXIII	15500	Carácter de la Substancia XXXXIV	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXIV	15500	Carácter de la Substancia XXXXV	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXV	15500	Carácter de la Substancia XXXXVI	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXVI	15500	Carácter de la Substancia XXXXVII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXVII	15500	Carácter de la Substancia XXXXVIII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXVIII	15500	Carácter de la Substancia XXXXIX	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXIX	15500	Carácter de la Substancia XXXXX	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXX	15500	Carácter de la Substancia XXXXXI	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXI	15500	Carácter de la Substancia XXXXXII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXII	15500	Carácter de la Substancia XXXXXIII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXIII	15500	Carácter de la Substancia XXXXXIV	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXIV	15500	Carácter de la Substancia XXXXXV	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXV	15500	Carácter de la Substancia XXXXXVI	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXVI	15500	Carácter de la Substancia XXXXXVII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXVII	15500	Carácter de la Substancia XXXXXVIII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXVIII	15500	Carácter de la Substancia XXXXXIX	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXIX	15500	Carácter de la Substancia XXXXXX	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXX	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXI	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXI	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXII	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXIII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXIII	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXIV	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXIV	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXV	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXV	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXVI	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXVI	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXVII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXVII	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXVIII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXVIII	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXIX	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXIX	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXX	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXX	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXI	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXI	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXII	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXIII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXIII	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXIV	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXIV	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXV	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXV	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXVI	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXVI	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXVII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXVII	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXVIII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXVIII	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXIX	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXIX	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXX	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXX	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXI	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXI	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXII	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXIII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXIII	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXIV	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXIV	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXV	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXV	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXVI	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXVI	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXVII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXVII	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXVIII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXVIII	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXIX	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXIX	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXX	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXX	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXXI	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXXI	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXXII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXXII	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXXIII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXXIII	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXXIV	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXXIV	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXXV	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXXV	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXXVI	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXXVI	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXXVII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXXVII	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXXVIII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXXVIII	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXXIX	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXXIX	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXXX	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXXX	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXXXI	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXXXI	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXXXII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXXXII	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXXXIII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXXXIII	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXXXIV	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXXXIV	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXXXV	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXXXV	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXXXVI	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXXXVI	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXXXVII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXXXVII	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXXXVIII	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXXXVIII	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXXXIX	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXXXIX	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXXX	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXXX	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXXXI	15500	15500	15500	
Carácter de la Substancia XXXXXXXXXXI	15500	Carácter de la Substancia XXXXXXXXXXII				

#### h) **Formación de un voluntariado joven en salud**

El sistema educativo dominicano exige que los alumnos de 4º año de bachillerato hagan un servicio comunitario de 60 horas. Una de las opciones que les da nuestra escuela es formarlos en temas sanitarios (prevención y primeros auxilios) para



que puedan hacer pequeñas prácticas con los alumnos más pequeños y en su propio barrio en colaboración con los promotores de salud y de los miembros del Centro de Salud.

Ofrecemos a los estudiantes de la especialidad de enfermería la participación en el Programa de Promotores, así como la participación de la consulta de pediatría.

#### i) **Educación para la salud infantil en la Comunidad**

En coordinación con el programa de Educación no formal Calasanz nos une, se lleva un programa de salud con los niños y familias beneficiarios. Este programa supone una red de centros de educación no formal en las diferentes comunidades, donde los niños tienen actividades de refuerzo escolar y donde se lleva un trabajo de seguimiento con sus familias.

Desde el Programa de Salud, se realizan revisiones de salud rutinarias (de periodicidad anual) a todos los niños, y algunas sesiones informativas para los padres. En caso de detectar problemas visuales se derivan para valoración en el Patronato nacional de ciegos, si es necesario realizar análisis se remiten al



## *Programa de Salud Calasanz*

dispensario para valoración, y en el caso, muy raro de apreciar clínica de cardiopatía se remite para valoración a la Fundación Heart Care Dominicana.



### 3.5.4. Líneas futuras:

En el momento actual, el programa funciona por debajo de sus posibilidades permitiendo un aumento de su actividad, por lo que nos planteamos las siguientes medidas de mejora:

- Conseguir la colaboración de un mayor número de profesores de los centros escolapios
- Intentar incluir en el currículum de los diferentes cursos actividades de educación para la salud
- Establecer un programa de sesiones dedicadas al público en general en el ámbito del Programa del Centro Cultural Calasanz



## F.O.D.A.

### FORTALEZAS

- Equipo voluntario bien formado
- Equipo voluntario cohesionado
- Equipo de voluntariado muy identificado con el Proyecto
- Equipo de voluntariado muy motivado
- Tradición del servicio en algunos barrios
- Satisfacción por parte de los usuarios
- Presencia de un religioso escolapio asignado al Programa de Salud
- Presencia de una voluntaria medica local
- Presencia de una voluntaria expatriada con dedicación prácticamente a tiempo completo
- Peditra contratada con buena motivación e identificación con el proyecto
- Gratificación para las Promotoras de Salud que les permite dedicar más tiempo al proyecto.

### OPORTUNIDADES

- Buena relación con otras entidades de voluntariado y promoción de la salud
- Buena relación con los equipos de Pastoral de Salud de la zona pastoral
- Buena relación con las autoridades sanitarias locales, especialmente con los últimos cambios en la dirección de salud regional

## *Programa de Salud Calasanz*

- Obtención de subvenciones públicas y privadas para el suministro de medicamentos
- Relaciones con fundaciones y entidades que trabajan en el ámbito de la salud (Patronato Nacional de Ciegos, Instituto Dermatológico Boghaert, Fundación Cardiológica, Comité Acción SIDA en La Romana)
- Buena consideración por parte de la Orden de las Escuelas Pías respecto del Proyecto
- Buena consideración y colaboración por parte de la Comunidad de Madres Escolapias

## DEBILIDADES

- Falta de conocimiento completo del Programa por parte de la comunidad escolapia local
- Inestabilidad presupuestaria
- Alta dependencia del Proyecto de la acción de la voluntaria expatriada
- Alta dependencia del Proyecto de la acción voluntaria
- Crecimiento por encima de las posibilidades de mantenimiento de una atención de calidad

## AMENAZAS

- Inestabilidad de las autoridades sanitarias
- Falta de concreción y formalización de los acuerdos verbales establecidos con las autoridades sanitarias
- Falta de definición por parte de la Escuela Pía con respecto al mantenimiento futuro del proyecto.

## ESTRATEGIAS SEGÚN LOS OBJETIVOS DEL MILENIO DENTRO DEL PROGRAMA DE SALUD

Los objetivos propuestos a nivel mundial para el año 2015, distan mucho de estar obtenidos en muchas zonas de la República Dominicana, y más aún en áreas empobrecidas como es el caso de los barrios de la ciudad de La Romana en los que se desarrolla el programa de Salud.

Nuestro trabajo aborda varios de ellos con diferentes estrategias:

### 1.- Erradicar el hambre en el mundo

- Promoción de la lactancia materna:
  - A través de nuestro programa de radio
  - En charlas personales y colectivas para embarazadas
  - En el acompañamiento continuo a madres lactantes
  - En actividades en los colegios

En estos años hemos conseguido que las madres que traen a sus hijos de forma periódica y regular a la consulta pediátrica mantengan en un 80% la lactancia materna (exclusiva o mixta) hasta los 9 meses, la lactancia materna como única fuente nutricional hasta los 4 meses en un 50%.

También es notable la asunción generalizada de los beneficios de la lactancia materna frente a la lactancia artificial u otros tipos de alimentación infantil

- Mantenimiento de percentiles de peso y talla:

Podemos constatar que los niños que acuden de forma periódica y regular a nuestra consulta mantienen percentiles de peso y talla en torno al P50, o, en todo caso acorde a sus niveles predictivos según las características somatométricas de los padres.



- Mejora en las conductas alimentarias
- Mejora de la oferta de la cafetería de las escuelas incluyendo alimentos más saludables
- Ferias y actividades de concienciación para madres y alumnos en las escuelas

## **2.- Mejorar la educación**

Las Escuelas Pías, de forma carismática atienden fundamentalmente a la educación de los más pobres desde los primeros grados de enseñanza. Nuestro programa aporta actividades de **educación para la salud**, potenciando la prevención de enfermedades y la consecución de hábitos saludables desde los primeros años, considerando también la acción multiplicadora en los barrios de lo que se hace en las escuelas, ya que los niños son unos excelentes promotores de salud en sus familias y comunidades

### **3.- Disminuir la mortalidad infantil**

Desde que se inició el programa y con 3.900 niños atendidos en el momento actual, sólo debemos certificar una muerte por causa prevenible en una recién nacida con diarrea que desarrolló una complicación (síndrome hemolítico) que la llevó al fallecimiento.

La colaboración entre la comunidad (a través de los promotores de salud), la organización del programa y las autoridades sanitarias locales ha mejorado mucho la asistencia sanitaria a los niños de nuestras comunidades.

Es de destacar también la disminución en la incidencia de ingresos hospitalarios y el consumo de los servicios de emergencia para niños en las comunidades en que trabajamos, gracias a las medidas de prevención, educación para la salud y difusión de la organización del sistema sanitario local.

### **5.- Disminuir la prevalencia de VIH, Tuberculosis y otras enfermedades**

- Respecto al VIH:
  - Actividades destinadas a la prevención del contagio y al rechazo a la discriminación de los enfermos de SIDA para los alumnos de las escuelas desde el nivel inicial hasta bachillerato con acciones adecuadas a su edad.
  - Pertenece al Comité acción-SIDA, (formado por entidades públicas y privadas) que coordina todas las actividades que se realizan en La Romana para prevención primaria y secundaria del SIDA.
  - Estamos en contacto con los organismos públicos y privados que trabajan en La Romana con el diagnóstico y tratamiento del SIDA para la remisión de enfermos para diagnóstico y tratamiento en caso de que sea necesario.

## *Programa de Salud Calasanz*

- Estamos en contacto con el programa que opera en La Romana para la prevención de la transmisión vertical del VIH para la remisión de embarazadas para su seguimiento.
- Respecto a la TBC
  - Estamos en contacto con la Dirección Provincial de Salud Pública que coordina el programa local antituberculosis para la remisión de pacientes para su diagnóstico y tratamiento.
  - Participamos en el control de la cumplimentación del tratamiento por parte de los pacientes que residen en nuestras comunidades, y en la prevención de posibles complicaciones
- Respecto a otras enfermedades prevenibles
  - Insistimos en la importancia de la vacunación individualizada y universal en todos los ámbitos en que participamos:
    - Escuela
    - Programa de radio
    - Charlas en las comunidades
    - Formación de promotores
    - Contamos con un puesto de vacunación gratuita en coordinación con la Dirección Provincial de Salud Pública en el dispensario P. Cavalotto
    - Derivamos a los niños seguidos en el programa de atención pediátrica para vacunación en los centros públicos más cercanos a sus casas, asegurándonos de su cumplimiento
    - Derivamos a las embarazadas para vacunación en los centros públicos más cercanos a sus casas, asegurándonos de su cumplimiento

- Insistimos de la importancia de las medidas preventivas para evitar las parasitosis intestinales y diarreas en todos los ámbitos en que participamos:
  - Escuela
  - Programa de radio
  - Charlas en las comunidades
  - Formación de promotores
  - Iniciamos el tratamiento precoz de enfermedades respiratorias y gastrointestinales en niños
- Insistimos de la importancia de las medidas de prevención primaria y secundaria en enfermedades crónicas como la HTA y la diabetes en todos los ámbitos en que participamos:
  - Escuela
  - Programa de radio
  - Charlas en las comunidades
  - Formación de promotores
  - Aseguramos la cumplimentación del tratamiento de enfermos crónicos en nuestras comunidades y su seguimiento periódico por parte de los promotores de salud.



## **6.- Equidad de género**

- Oferta igualitaria en todos los ámbitos del programa (voluntariado, atención infantil, atención de adultos...)



## *Programa de Salud Calasanz*

- Actividades destinadas a la prevención de embarazos no deseados en adolescentes en todos los ámbitos de acción (escuela, programa de radio, charlas en las comunidades, formación de promotores)
- Mediante el acompañamiento de las mujeres que acuden a la consulta con sus hijos:
  - Ha mejorado la relación materno-filial, en una sociedad en la que ésta es muy deficitaria
  - Han mejorado los modelos de crianza
  - Ha mejorado el autocuidado de la propia madre
- A raíz de la participación en nuestro programa de voluntariado, muchas mujeres se han promocionado mediante:
  - Mejora en la autoestima y el autoconcepto
  - Aumento del reconocimiento en la comunidad
  - Motivación para iniciar o retomar estudios abandonados
- En una sociedad fundamentalmente machista, el hecho de que, cada vez más hombres participen de nuestro programa (preocupándose del cuidado de sus hijos, participando como voluntarios, acudiendo como usuarios a servicios ofrecidos por mujeres) es esperanzador
- La coordinación de los diferentes programas está siendo llevada a cabo por mujeres.

