

**UTILIZACIÓN DEL FORMULARIO DE LA
HISTORIA CLÍNICA PERINATAL Y NEONATAL
EN REPÚBLICA DOMINICANA.**

Maureen Connolly,* Claudia Bautista,** Arachu Castro.***

INTRODUCCIÓN

El incremento preocupante de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe refuerza la necesidad de evaluar los sistemas actuales de obtención de datos relacionados con estas infecciones.¹ En gran parte de la región, la información prenatal y neonatal se anota en el formulario de la Historia Clínica Perinatal y Neonatal (HCP), desarrollada desde 1983 por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) de la Organización Panamericana de la Salud.² El Sistema Informático Perinatal (SIP), que se creó con posterioridad, recopila información de la HCP y tiene como objetivo permitir al personal de salud obtener información indispensable para la atención a mujeres embarazadas y neonatos. Las metas de la HCP y del SIP incluyen ayudar al personal de salud a caracterizar a su población de mujeres gestantes, evaluar resultados de salud e identificar problemas emergentes en la provisión de la atención en salud.³ Sin embargo, se desconoce la frecuencia con que se llena el formulario y la confiabilidad de la transferencia de datos a los ministerios de salud de cada país.

La obtención de datos exactos es importante para mejorar la atención clínica, realizar el monitoreo y la evaluación epidemiológica y planificar los programas de salud. Varios estudios han mostrado la asociación que existe entre los protocolos de obtención de datos y la salud de los niños y niñas menores de un año y de sus madres. Un estudio realizado en Brasil en 2002 demostró que las deficiencias estructurales en los

*Universidad de Michigan.

**Consejo Presidencial del Sida.

***Universidad de Harvard.

CONTENIDO

**UTILIZACIÓN DEL FORMULARIO DE LA
HISTORIA CLÍNICA PERINATAL Y
NEONATAL EN REPÚBLICA
DOMINICANA.**

Lic. Maureen Connolly, Dra. Claudia Bautista, Dra. Arachu Castro. Universidad de Michigan, Consejo Presidencial del Sida, Universidad de Harvard.

**CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS
QUE VIVEN CON EL VIH Y EL SIDA:
ESTUDIO EXPLORATORIO EN
COMUNIDADES SELECCIONADAS DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA**

Lic. Marija Miric, Dr. Eddy Pérez-Then, Lic. Irene Campos, Lic. Edward Martínez, Lic. Antonio Ruiz, Lic. Virginia Vallejo, Dra. Dulce Chahín, Dr. Ramón Soto. CENISMI, Visión Mundial.

**VICENTE GARCIA SIRAGUSA:
EXPRESIÓN DE LA AMISTAD Y
EXCELENCIA PROFESIONAL.**

Dr. Eddy Perez-Then, MSP, MSPH, Ph.D. CENISMI.

**ÍNDICE DEL VOLUMEN 19, 2009. Bol.
CENISMI.**

procedimientos de admisión de gestantes y la falta de organización de los hospitales por región estaban asociados a un aumento de las muertes evitables.⁴ La estandarización de la obtención y la transferencia de datos facilita la identificación temprana de embarazos de alto riesgo, lo cual se ha asociado con la reducción de la mortalidad infantil en países como Alemania,⁵ Polonia⁶ y Francia.⁷ El desarrollo de la HCP y la estandarización de la obtención de datos permitirían que las mujeres embarazadas reciban una atención integral durante sus visitas prenatales, incluyendo el diagnóstico y el tratamiento del VIH y de la sífilis.

Dada la importancia de la utilización correcta de la HCP, desarrollamos el Proyecto del Formulario de Historia Clínica Perinatal y Neonatal (PANC) como un sub-componente de la Iniciativa Latinoamericana y del Caribe para la Integración de la Atención Prenatal con el Diagnóstico y Tratamiento del VIH y de la Sífilis (ILAP),⁸ en la que participa la República Dominicana junto siete países más de la región, UNICEF, ONUSIDA y la Universidad de Harvard, y en coordinación con la Iniciativa Regional de OPS y UNICEF para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe.¹

El objetivo general de la investigación fue caracterizar el uso actual de la HCP en República Dominicana, identificar debilidades de la HCP como herramienta para obtener datos sobre el VIH y la sífilis durante el embarazo y el parto y obtener sugerencias para el mejoramiento del formulario por parte del personal de salud que lo utiliza a diario. Como objetivos específicos planteamos la necesidad de comparar la estructura de la HCP nacional actual según las normas del país con la HCP del CLAP, elaborar un flujograma detallado para cada establecimiento de salud seleccionado que refleje la trayectoria real de los datos clínicos de la mujer gestante y del neonato desde el lugar donde recibe atención hasta la dirección de epidemiología del país, basado en entrevistas abiertas no estructuradas con personal de salud pública, epidemiología, enfermería y personal médico que trabaja en atención prenatal y neonatal y en la observación directa sobre el flujo de datos.

De igual forma, planteamos la conducción de entrevistas abiertas semi-estructuradas con personal de salud pública, epidemiología, enfermería y personal médico que trabaja en atención prenatal y neonatal para describir el proceso de compilación y análisis de los datos, comprender las debilidades y las fortalezas de la HCP, diseñar un flujograma de datos ideal para cada establecimiento, obtener la lista de acciones que deberían tomarse en cada establecimiento para transformar el flujograma de datos real en el flujograma de datos ideal y analizar la capacidad de la HCP para dar facilitar el seguimiento clínico de las mujeres embarazadas que tienen un resultado positivo de la prueba de VIH y/o de sífilis y de sus recién nacidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación se realizó en junio y julio del año 2009 en República Dominicana, tras solicitar permiso a las direcciones de salud de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) y a la dirección de los establecimientos de salud que participaron en la investigación. El estudio fue aprobado

por el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard.

Se invitó a participar en el estudio a personal de salud pública y epidemiología de la Subsecretaría de Estado de Salud Colectiva, de la Dirección General Materno Infantil y Adolescentes (DIGEMIA) y de la Dirección Nacional de Epidemiología y a personal de epidemiología, estadística, enfermería y medicina de las dos maternidades principales del país: la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia y la Maternidad de San Lorenzo de Los Mina. La muestra se obtuvo por el método de bola de nieve. Todas las personas entrevistadas firmaron una hoja de consentimiento informado.

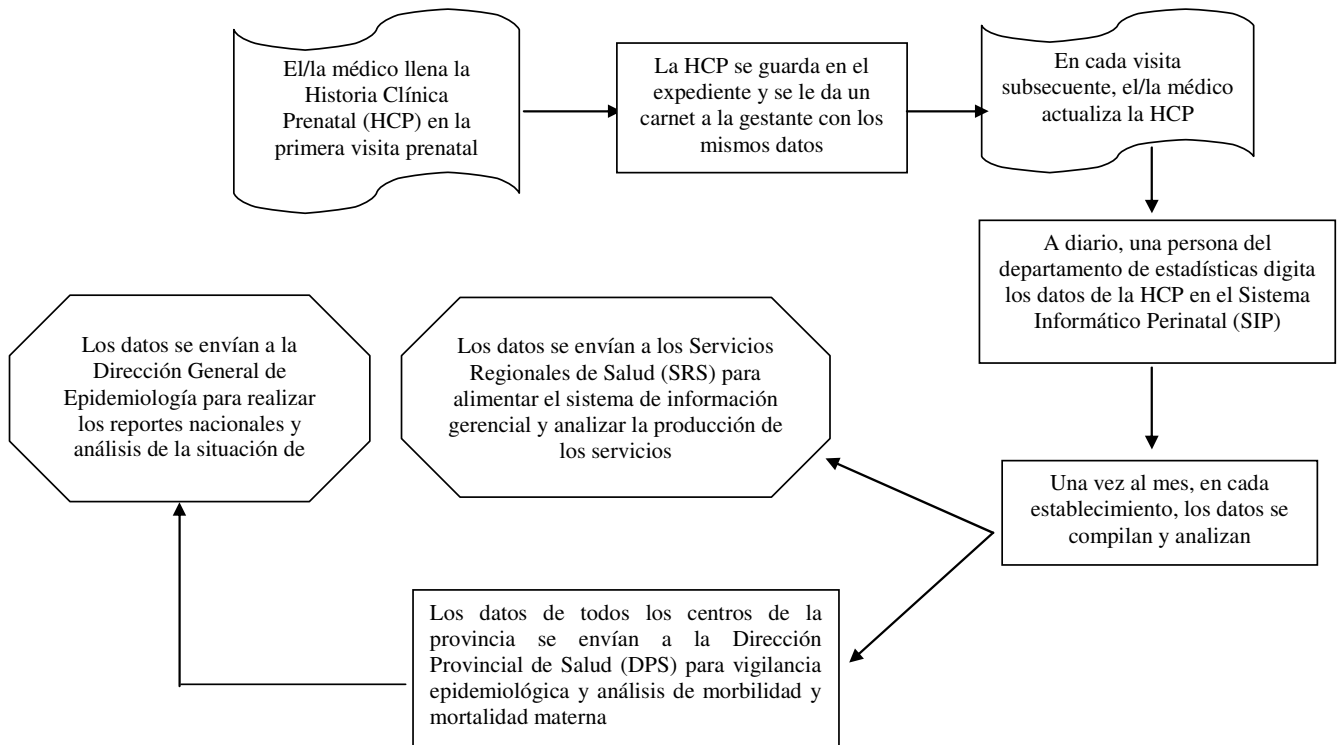
En total se realizaron 17 entrevistas semi-estructuradas y observación directa del relleno de las historias clínicas y de su trayectoria física y de las de sus datos. Las notas tomadas durante las entrevistas se codificaron para identificar tendencias y se utilizaron para crear flujogramas. La información recopilada se completó con la revisión de documentos relacionados con el tema.

RESULTADOS

En la República Dominicana, la utilización de la HCP en el ámbito nacional se inició en 1982 a través de la DIGEMIA y está incluida en las Normas Nacionales de Atención a la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio.¹ Estas normas plantean que el sistema de información materno-perinatal “registre de forma obligatoria todas las actividades de atención a la mujer y al/la recién nacido/a en los formularios correspondientes: historia clínica perinatal básica (HCPB) y el carnet prenatal, las cuales estarán en los expedientes clínicos de la mujer, y quedará también anotado en los libros de recolección de datos de la institución de salud. Estos datos deben ser recolectados por el personal responsable de las estadísticas de la institución”,¹ pero no describen la ruta para la utilización de los datos registrados en la HCP. Las normas nacionales se revisaron y reeditaron en 2008 e incluyen la última versión publicada por el CLAP en noviembre de 2007. Sin embargo, la versión nueva no ha llegado a los establecimientos de salud debido a una demora en el proceso de impresión y se sigue utilizando la versión de 1982.

A través de entrevistas realizadas en la DIGEMIA, identificamos el flujo ideal para la utilización de los datos de la HCP (Gráfico 1), así como cinco elementos que impiden el uso correcto de la HCP. Primero, la HCP se utiliza en todos los centros de salud del país pero no se llena de forma completa. Esto fue

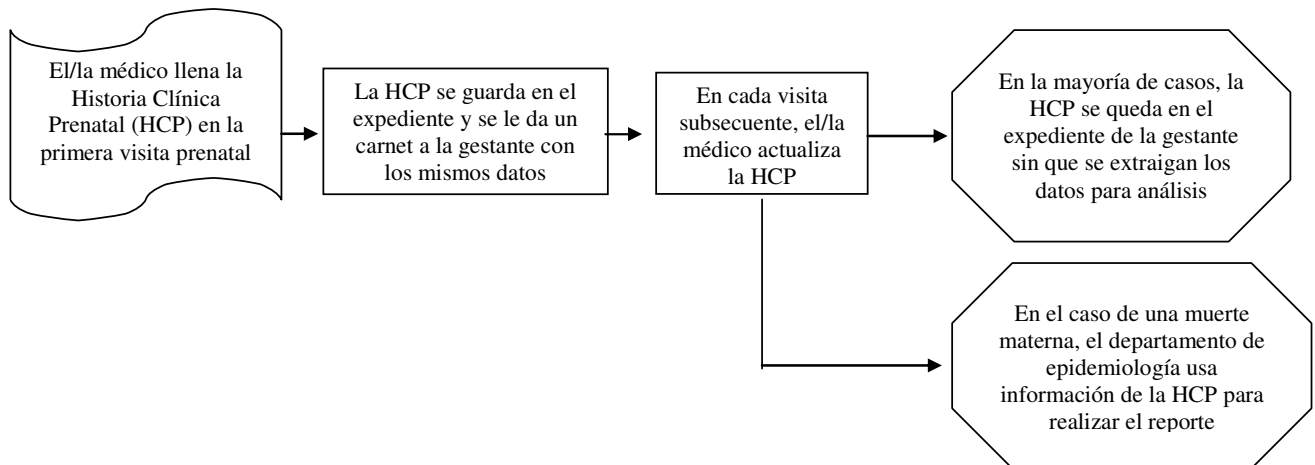
Gráfico 1: Flujo de datos recomendado por la Dirección General Materno Infantil y Adolescentes



corroborado por observación directa de los formularios archivados en las áreas de estadística y epidemiología. Segundo, la información obtenida en los formularios no se compila de forma sistemática, ni manual, ni electrónicamente, lo cual impide la utilización de los

datos para la revisión de los procesos clínicos de seguimiento o la medición de la calidad de la atención. Tercero, sólo cuando ocurre una muerte materna, la HCP es la fuente principal de información en términos clínicos y legales para auditar el caso (Gráfico 2).

Gráfico 2: Flujo real de los datos de la Historia Clínica Perinatal



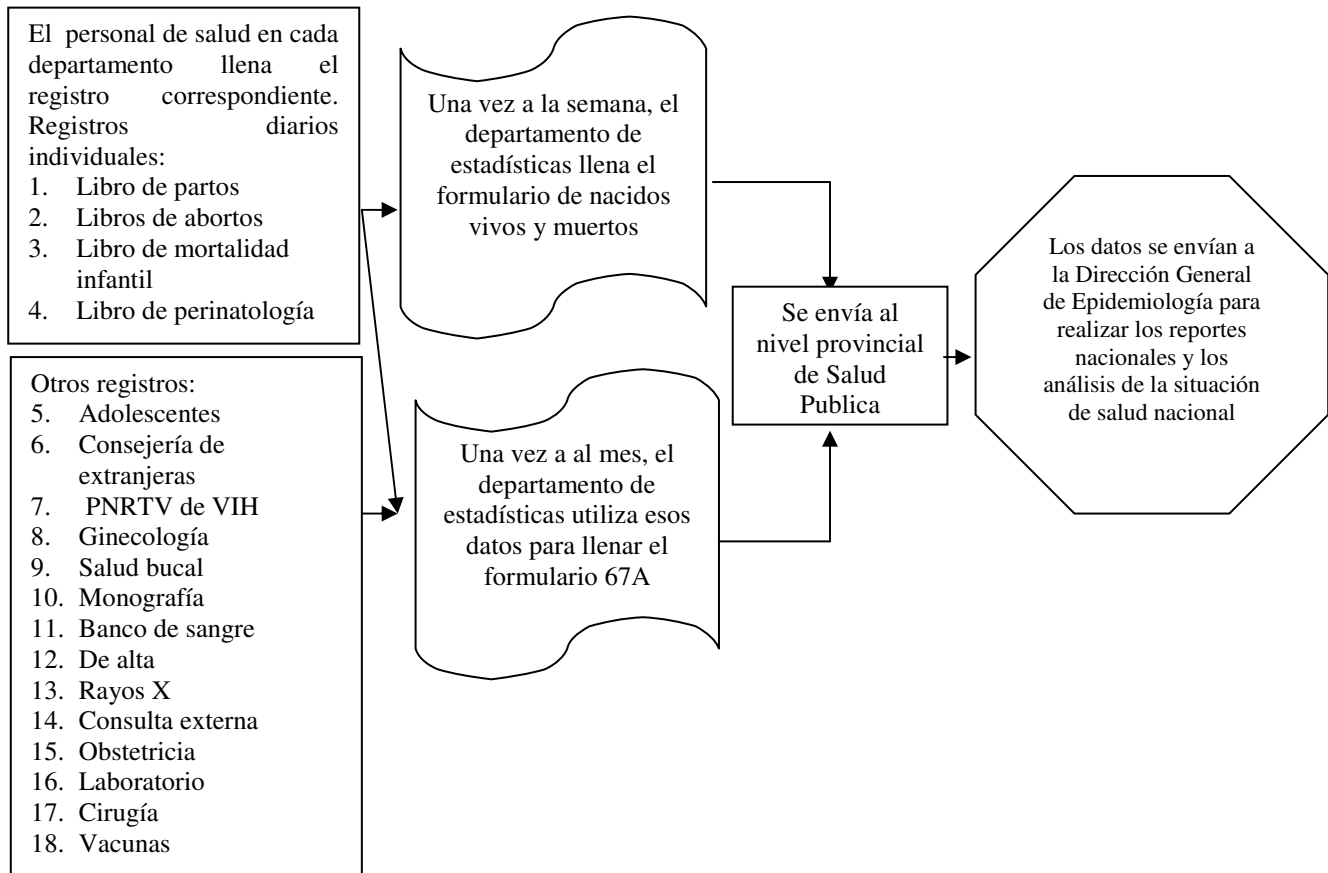
Aparte de esta situación, la Dirección General de Epidemiología y las Direcciones Provinciales y Servicios Regionales de Salud no monitorean el llenado de este instrumento. Cuarto, existen otros registros, como el Informe Mensual de Producción de Servicios Hospitalarios (Formulario A-67) y los libros de partos, en los que se registran los datos de parto y consultas de forma individual y consolidada, que procesa el Departamento de Estadística de cada hospital de forma diaria, semanal y mensual (Gráfico 3). Por último, estos registros no están estandarizados para todas las instituciones. Para el proceso de obtención de datos y para el proceso de vigilancia de la calidad de los datos registrados no se identificó ningún mecanismo que esté funcionando en la actualidad.

Los sistemas de gestión de datos para localizar la información de las embarazadas y realizar el seguimiento clínico difiere en cada hospital, pero existe un formulario estandarizado nacional que se completa una vez al mes. Este formulario incluye el número de gestantes en el programa, el número de nacimientos, la administración de antirretrovirales para profilaxis para la embarazada y neonato y la distribución de leche de

sustitución. Esta recopilación de datos mensuales se envía a la Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y Sida (DIGECITSS) de la SESPAS, la cual coordina el manejo clínico del VIH en el ámbito nacional. Sin embargo, el Programa Nacional de Reducción de Transmisión Vertical (PNRTV) existe como dependencia del Departamento de Epidemiología y es el personal del PNRTV quien maneja los datos sobre VIH prenatal. Por tanto, mientras que los datos sobre VIH se incluyen en los reportes epidemiológicos mensuales, los datos sobre la prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI) de VIH se mantienen separados del flujo de datos de salud materno-infantiles del hospital.

La versión que se utiliza de la HCP no contiene ninguna información sobre VIH ni sobre la PTMI. La versión más reciente de la HCP tiene un espacio para VIH donde se puede indicar si la prueba fue solicitada y si se realizó antes o después de las 20 semanas de gestación, pero no incluye ningún espacio para anotar el resultado de la prueba ni para añadir información sobre atención prenatal del PNRTV. Para indicar que la embarazada pertenece al programa, el

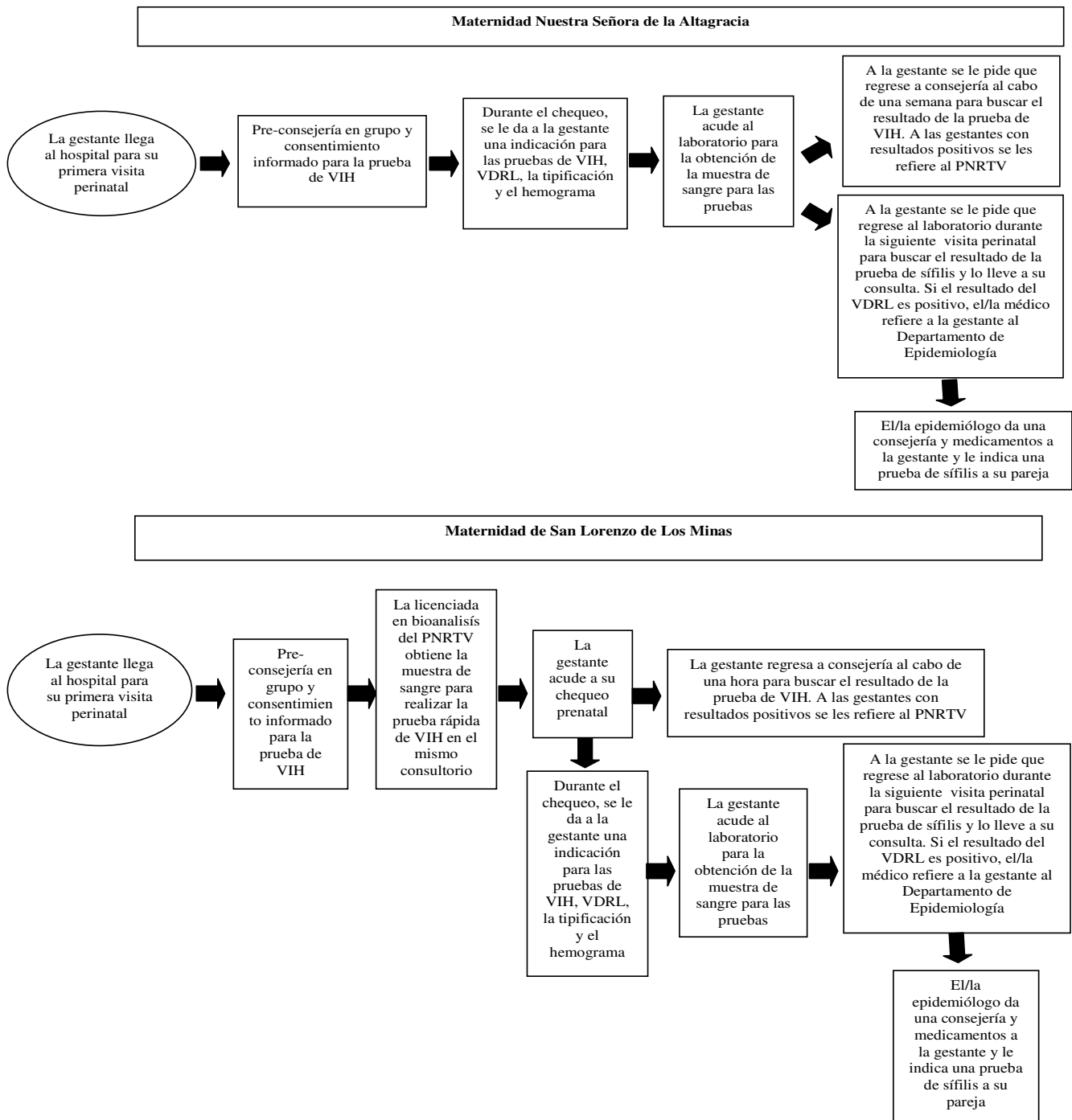
Gráfico 3: Flujo real de los datos materno-infantiles



personal del PNRTV de las dos maternidades a veces recurre a escribir “PNRTV” en la parte de atrás del formulario o en el espacio donde dice “otro” de la sección de “Antecedentes”. Con respecto a la sífilis, la versión actual de la HCP incluye un espacio para anotar el resultado del VDRL (la prueba de tamizaje para la sífilis) antes y después de las 20 semanas de gestación.

Los procesos de tamizaje y detección del VIH y de la sífilis son distintos en los dos hospitales que participaron en esta investigación (Gráfico 4). Mientras que el manejo de casos de VIH prenatal pertenece al PNRTV, casi todas las personas entrevistadas mencionaron que las gestantes que llegan al Área de Emergencias para el parto no suelen tener

Gráfico 4: Flujo de las gestantes para el tamizaje del VIH y de la sífilis en la Maternidad Nuestra Señora de la Altigracia y en la Maternidad de San Lorenzo de Los Mina.



consigo el resultado de la prueba de VIH. Si existe disponibilidad de reactivo en el laboratorio, se les realiza la prueba de VIH y, si el resultado de la prueba es positivo, no siempre se realiza de forma rápida y oportuna el reporte al personal de parto, de sala de parto o de perinatología para que se pueda intervenir y prevenir la transmisión materno-infantil del VIH ni se notifica de forma sistemática al PNRTV en todos los casos. Si la gestante llega para el parto durante el fin de semana, el personal de emergencias no maneja el proceso hasta el lunes. En las dos maternidades, el Departamento de Epidemiología maneja los casos de sífilis, pero no está en funcionamiento de forma eficiente ningún sistema hospitalario de recopilación de datos o de vigilancia nacional de la sífilis.

DISCUSIÓN

A partir de las entrevistas se identificaron varios aspectos relacionados con el fortalecimiento de la atención materno-infantil en la República Dominicana a través de la obtención de datos clínicos y epidemiológicos de la HCP para su análisis epidemiológico y para generar información para la toma de decisiones, los cuales se presentan a continuación y sirven como referente para la discusión y recomendaciones de los hallazgos encontrados:

1. Implementar el uso de la versión nueva de la HCP. Aunque se mandaron a imprimir en 2009, se sigue utilizando la versión de 1982.
2. Establecer un programa de capacitación para el personal de salud y estudiantes de medicina sobre cómo rellenar la HCP de forma completa, con énfasis en la importancia del control de estos datos para la atención clínica y el monitoreo epidemiológico. La “cultura de datos” en los hospitales está ausente y es necesario contar con mejores sistemas de manejo de datos para ofrecer atención de alta calidad y mejorar los resultados de salud.
3. Capacitar a una persona del Departamento de Estadísticas para utilizar los datos de la HCP para que se utilicen para la realización de los reportes mensuales que se envían al Ministerio de Salud.
4. Estandarizar el uso del Sistema Informático Perinatal, para lo cual se necesitarían computadores funcionales en los hospitales y personal capacitado para manejarlas.
5. Crear un sistema de supervisión para garantizar el uso de la HCP y la calidad de los datos que se introduzcan en el SIP.
6. Encontrar soluciones para evitar la desconexión que existe entre la atención prenatal y la PTMI, que en parte se debe a que el Programa Nacional de

Reducción de Transmisión Vertical existe como una dependencia separada dentro del hospital. Por consiguiente, existe la necesidad de capacitar a todo el personal del hospital sobre la prevención de transmisión vertical de VIH, incluyendo en el Área de Emergencias.

7. La HCP debería incluir espacios para el resultado de la prueba de VIH, la confirmación y la fecha. Para asegurar la confidencialidad de la gestante, puede utilizarse “reactivo” o “no reactivo” para recordar el resultado o algo que no sea tan obvio como “positivo” o “negativo”.
8. La HCP debería también incluir un espacio para añadir el régimen de antirretrovirales que está tomando la gestante y su fecha de inicio, de forma que el personal de salud pueda saber lo que está tomando y lo que debería tomar después del parto, con un formulario único para el seguimiento.
9. Crear un sistema de monitoreo nacional para la sífilis, ya que la vigilancia de los casos de sífilis es prácticamente inexistente desde el tamizaje hasta el manejo clínico. El Departamento de Epidemiología maneja información sobre sífilis pero no existe un sistema formalizado para el análisis de estos datos ni para recuperar los datos de la HCP sobre el VDRL.
10. Añadir a la HCP espacios para anotar información sobre el tratamiento o las condiciones del niño al nacer, ya que la información actual sólo permite saber si se hizo la prueba y si el resultado fue reactivo.
11. Iniciar en el país el tamizaje para sífilis utilizando pruebas rápidas y procesar la muestra al mismo tiempo que se tamiza para VIH.
12. Mejorar la comunicación y la coordinación entre el laboratorio y el Departamento de Epidemiología para saber cuántas pruebas dieron resultado positivo y cuántas mujeres necesitan seguimiento durante el embarazo.
13. El formulario del CLAP debería poderse modificar a través de un sistema informático de código abierto para adaptarlo a las necesidades específicas de la República Dominicana.
14. Debería crearse un comité o grupo de trabajo para encontrar formas adicionales que permitan mejorar la captación y el reporte de datos.

En resumen, en la República Dominicana se conoce y utiliza la HCP diseñada por el CLAP, pero el personal de salud del área materno-infantil no otorga importancia a su utilización para mejorar el seguimiento clínico y el análisis epidemiológico de los datos. El llenado de la HCP es incompleto, en especial en lo que se refiere a la historia neonatal, y no existe una forma sistemática de compilar los datos de forma manual o electrónica.

Todas las personas entrevistadas coincidieron en lo importante que sería incluir variables para el seguimiento de la embarazada diagnosticada con VIH o sífilis y en que existe una distorsión entre el flujo real de los datos con respecto al flujo ideal.

Los resultados de este estudio ponen en evidencia lo que de forma anecdótica o aislada se percibía durante muchos años en el país, sobre la necesidad de establecer un mecanismo de monitoreo y supervisión de la utilización de la HCP desde el llenado hasta el análisis de los datos con el objetivo de mejorar el seguimiento clínico durante la atención prenatal y neonatal.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas las personas que participaron en el estudio, al Dr. Gustavo Rojas Lara (Director Ejecutivo del COPRESIDA), al Dr. Roberto Peguero (Subsecretario FDSRS/SESPAS), al Dr. José Rodríguez (Subsecretario SC/SESPAS) y al Dr. Gregorio Rivas (Director de la Maternidad San Lorenzo de Los Mina) por su apoyo al proyecto, al Dr. Ricardo Fescina (Director del CLAP) y al Dr. Bremen de Mucio (CLAP) por su revisión de la propuesta de investigación, al Dr. Kedar Mate y a la Dra. Sonya Shin (Hospital Brigham and Women's de Boston) por su contribución metodológica y al Dr. Joaquín Blaya (Hospital Brigham and Women's de Boston) por sus sugerencias en el área de informática médica con código abierto. La Dra. Arachu Castro recibió financiación del Programa de Enfermedades Infecciosas Mundiales de la Iniciativa de Harvard para la Salud Mundial. Maureen Connolly obtuvo una beca de investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Michigan.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castro A. Prevención de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe, en *Retos planteados por la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe 2009*, 2009, Organización Panamericana de la Salud, UNICEF y ONUSIDA: Lima. pp. 57-75.
2. Schwarcz R. Gonzalo Díaz A. Fescina R. H. et al, *Historia Clínica Perinatal Simplificada [Simplified perinatal clinical history]*. Bol Oficina Sanit Panam 1983; 95(2):163-72.
3. Centro Latinoamericano de Perinatología, *SIP: Manual de Uso del Programa*. 2008, Montevideo: CLAP. p 4.
4. Rosa ML, Hortale VA. Avoidable perinatal deaths and the environment outside the health care system: a case study in a city in Greater Metropolitan Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica* 2002;18(3): 623-31.
5. Dudenhausen JW, Locher B, Nolting HD.

Implementation of perinatal regionalization: Frequency of high-risk deliveries outside of specialized perinatal care centres. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 2006. 210(3): p. 92-8.

6. Bartosiewicz J, Pietras G, Sławatyński A. et al. Regionalization of obstetric care in the Lublin District. *Ginekol Pol* 2003;74(11):1498-503.
7. Mamelle N, Vendittelli F, Riviere O. et al. Prenatal health in 2002-2003. Survey of medical practice. Results from the Audipog sentinel network. *Gynecol Obstet Fertil* 2004;32(1):4-22.
8. Castro A. *The Latin America and Caribbean Prenatal Testing Initiative of Horizontal Cooperation in the Integration of Prenatal Care with the Diagnosis and Treatment of HIV and Syphilis*, poster # WEPE0093. En 17ª Conferencia Internacional de Sida, 2008. Ciudad de México.

CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH Y EL SIDA: ESTUDIO EXPLORATORIO EN COMUNIDADES SELECCIONADAS DE LA REPÚBLICA DOMINICANA.

Marija Miric, Eddy Pérez-Then, Irene Campos, Edward Martínez, Antonio Ruiz, Virginia Vallejo, Dulce Chahín, Ramón Soto. CENISMI, Visión Mundial.

INTRODUCCIÓN

En la República Dominicana, el primer caso del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) fue notificado en 1983, alcanzando en los inicios del año 2000 el grado de epidemia generalizada.¹ La más reciente Encuesta Nacional Demográfica y de Salud² reporta la prevalencia general del virus de inmuno deficiencia humana (VIH) en 0.8%, a partir de lo cual puede estimarse que entre 70,000 y 80,000 mil personas viven con el virus en el país. Si bien el acceso a la terapia antirretroviral para las personas que viven con el VIH y el SIDA en la República Dominicana ha estado en incremento rápido durante los últimos años,³ relativamente pocos esfuerzos se han invertido en las intervenciones dirigidas a factores psicosociales que interfieren con la salud integral, incluyendo, entre otros, la pobreza, la falta de servicios básicos y el limitado acceso a servicios de salud, aspectos fundamentales para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por este virus.⁴

El término "calidad de vida" fue empleado por primera vez después de la Segunda Guerra Mundial.⁵ En las últimas décadas ha sido ampliamente aplicado, particularmente en relación con el impacto de las diferentes condiciones crónicas de salud en la vida de las personas afectadas y sus familiares, si bien la definición de este término desde las ciencias sociales ha

sido, cuando menos, problemática.^{5,6} A pesar de las imprecisiones conceptuales que han caracterizado muchos de los estudios vinculados a la calidad de vida,⁷ este concepto ha sido reconocido como un aspecto importante de las iniciativas dirigidas a la salud integral, no sólo como un indicador del bienestar del usuario, sino también como un ingrediente a tomar en cuenta en la atención clínica.⁸ Así, el fortalecimiento y el mantenimiento de la calidad de vida de los usuarios figura entre los objetivos principales de los servicios dirigidos al tratamiento de las diferentes condiciones crónicas de salud.⁹

La calidad de vida vinculada a la salud constituye un concepto multidimensional, que integra, entre otros, aspectos físicos, psicológicos y el funcionamiento social de la persona en relación con una condición de salud o su tratamiento.^{9,10} A la vez, este concepto está fundamentado tanto en las dimensiones “objetivas” o estructurales – las condiciones ambientales, la disponibilidad de servicios básicos, y el acceso a servicios de salud-, como en dimensiones subjetivas, tales como la percepción que cada persona tiene de su vida y su satisfacción personal, entre otros.^{5,11}

Si bien la satisfacción personal constituye una dimensión fundamental de la calidad de vida, es importante no reducir este concepto a los niveles de satisfacción reportados por una persona, dado que los mismos podrían verse influidos, entre otros aspectos, por las bajas expectativas de determinados sectores poblacionales – particularmente aquellos expuestos a mayores niveles de pobreza crónica.¹² Un ejemplo que pone de manifiesto la importancia de tomar en cuenta las expectativas de la población en el contexto socio-cultural dominicano son los estudios previos conducidos en el país,^{13,14} que reportan altos niveles de satisfacción entre los/as usuarios de los servicios públicos de salud, aun en los casos cuando estos servicios presentan deficiencias notables.

Partiendo de lo anterior, el presente estudio comparte la visión de la calidad de vida como la distancia entre la capacidad, la realidad y las expectativas de una persona, lo que conceptualmente define Amartya Sen* como la medida en la cual las personas alcanzan funcionamientos valorados y la medida en la cual han tenido la oportunidad de elegir entre opciones valiables.⁶ Por consiguiente, la evaluación de la calidad de vida de un grupo poblacional se fundamenta tanto en las dimensiones

estructurales, como en las subjetivas de este fenómeno,^{15,16} abordando este concepto desde una perspectiva cuali-cuantitativa.^{17,18} Asimismo, los instrumentos diseñados para estos fines han de tomar en cuenta la relatividad cultural,¹⁹ evitando analizar la calidad de vida de una población a partir de los instrumentos construidos en otros contextos socio-culturales, sin la previa adaptación y validación local de los mismos.²⁰

En vista de la ausencia de datos actualizados sobre este tema en la República Dominicana, el presente estudio se propuso evaluar la calidad de vida y los factores que inciden en la misma entre los beneficiarios de Visión Mundial de República Dominicana (VMRD) que viven con el VIH y el SIDA en las comunidades de Prodigio, Villa Altigracia, y Galván, ubicadas en las provincias de El Seibo, San Cristóbal y Bahoruco, respectivamente. De manera específica, además de sugerir pautas para el diseño de estrategias e intervenciones puntuales dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas viviendo con VIH y SIDA (PVVS) en las comunidades seleccionadas y contextos socio-culturales similares, los resultados obtenidos proveerán datos preliminares de línea base para las futuras evaluaciones de las mismas.

MATERIAL Y MÉTODOS

La ejecución del presente estudio observacional, descriptivo y transversal inició de manera formal en el mes de octubre de 2008, concluyendo la fase de análisis de datos en enero del año 2009. El protocolo del estudio fue validado y consensuado con representantes de VMRD y Asesores de la Iniciativa Esperanza de Visión Mundial Internacional, previo a su revisión y aprobación por el Comité de Ética Independiente del CENISMI. El estudio se llevó a cabo con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki²¹ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).²²

La realización del estudio integró una combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas – incluyendo la encuesta, las entrevistas a profundidad y la observación cualitativa no estructurada –, acudiendo a la triangulación de las diferentes técnicas con el fin de profundizar y consolidar la información obtenida a través de cada una de ellas. Asimismo, se condujo una amplia revisión de fuentes bibliográficas relativas a la

*Premio Nobel de Economía en el año 1998; Co-autor del Modelo Teórico de Seguridad Humana asumido por las Naciones Unidas.

evaluación de la calidad de vida entre las personas que viven con el VIH y el SIDA, la cual sirvió de insumo principal para la construcción de los instrumentos de recopilación de datos y la contextualización de los resultados obtenidos.

Los instrumentos internacionalmente empleados para la evaluación de calidad de vida entre las PVVS, tales como MOS-HIV,^{16,23} WHOQOL-HIV y el WHOQOL-HIV BREF,²⁴⁻²⁶ no han sido localmente adaptados y validados en la República Dominicana. Más aun, la definición de la calidad de vida como “la percepción que tienen las personas sobre su posición en la vida en el contexto del sistema de valores y la cultura en la que viven, y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”,²⁷ que fundamenta estos instrumentos, responde adecuadamente únicamente al componente subjetivo de la definición asumida en el presente estudio. Tomando en cuenta lo anterior, la ejecución de este proyecto inició con la construcción y la validación de un cuestionario cerrado diseñado para valorar dimensiones estructurales y subjetivas de las cinco áreas conceptualmente delimitadas de calidad de vida: condiciones ambientales y calidad de vivienda, salud física, acceso a información y servicios de salud, relaciones sociales y bienestar psicológico y espiritual.

Como parte del componente cuantitativo fue conducido un censo de beneficiarios de VMRD que viven con VIH y el SIDA en las comunidades seleccionadas, entrevistando a todas las personas localizables que se ajustaban a los criterios de inclusión y exclusión y estaban dispuestos/as a participar en el estudio. El componente cualitativo integró la realización de cinco entrevistas a profundidad con beneficiarios de estos PDA, otras personas que viven con VIH y líderes de estas comunidades.

Los datos fueron recopilados por un equipo de encuestadores con experiencia previa en realización de entrevistas estructuradas cara a cara, quienes también recibieron un entrenamiento teórico-práctico en el uso de los instrumentos diseñados y los aspectos bioéticos relevantes para el presente estudio. La administración de los cuestionarios requirió 20 a 30 minutos por participante, luego de completarse el proceso de consentimiento informado. En la mayoría de los casos, las entrevistas fueron conducidas en las residencias de los participantes, en el espacio que mejor aseguraba la privacidad de la información compartida. Cuando este procedimiento no era factible, los participantes se trasladaban a las instalaciones de VMRD en la comunidad seleccionada, compensándoles los gastos de transporte. En todos los casos, al final de la entrevista a

los participantes se les entregaba una compensación en forma de apoyo alimenticio para su familia (3 libras de arroz y 1 libra de habichuelas por persona).

El procesamiento de datos cuantitativos se llevó a cabo con el programa SPSS 15.0. Los datos cualitativos, recopilados a través de las entrevistas cualitativas y las observaciones etnográficas en las comunidades visitadas, fueron organizados por temas y analizados utilizando el enfoque de análisis de contenido.²⁸ Las categorías de codificación fueron derivadas directamente de los datos textuales y orientadas por los objetivos generales del estudio. Los resultados del proceso de análisis cualitativo fueron validados por dos investigadores independientes.

RESULTADOS

Se entrevistaron 94 personas que viven con VIH (64.9% mujeres, 35.1% hombres), residentes en las comunidades de El Seibo (n=43, 45.7%), Villa Altigracia (n=48, 51.1%) y Galván (n=3, 3.2%). También se reunieron datos cuantitativos a través de un instrumento que se aplicó para 89 niños, niñas y adolescentes (49.4% niños, 50.5% niñas) que convivían con los/as entrevistados y tenían entre 5 y 15 años de edad en el momento de la entrevista.

El alto porcentaje de desempleo y la poca capacidad de generación de recursos económicos constituyen dos determinantes de las limitaciones observadas en otras dimensiones de la calidad de vida de las personas que viven con el VIH y el SIDA. A la vez, fueron identificados, mediante la observación directa y las entrevistas cualitativas, múltiples factores que reflejan los retos impuestos a la calidad de vida de esta población en sus diferentes aspectos, destacándose los siguientes:

1. Recursos económicos insuficientes para cubrir las necesidades básicas de sus familias.
2. Deterioro de las viviendas, limitado acceso a servicios básicos y múltiples problemas de salubridad y seguridad ambiental.
3. Limitada calidad de la alimentación y presencia de hábitos de salud inadecuados, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, marihuana y cocaína) y el uso inconsistente del condón.
4. Dificultades de acceso a la atención integral al VIH (distancia y costos de transporte).
5. Poco o ningún acceso a actividades de esparcimiento.
6. Permanencia del estigma y la discriminación vinculados al VIH y al SIDA en las diferentes esferas de la vida cotidiana.

7. Sentimientos negativos y actitudes pesimistas frente al futuro en una parte de esta población.

Los hijos e hijas de las personas que viven con el VIH y el SIDA comparten las limitaciones identificadas en los aspectos estructurales de la calidad de vida de sus progenitores, dependiendo la situación particular de cada uno de ellos de las variables propias de su contexto familiar. No obstante, para la mayoría de niños, niñas y adolescentes para quienes se completó un cuestionario diseñado para estos fines, sus padres reportaron niveles satisfactorios de funcionamiento psicosocial, incluyendo la inserción temprana en el sistema educativo.

En general, la percepción de las personas que participaron en el estudio es que las intervenciones desarrolladas por VMRD inciden de manera muy positiva en las diferentes dimensiones de la calidad de vida de PVVS en las comunidades estudiadas.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio indican que los/as beneficiarios/as de VMRD que viven con el VIH y el SIDA comparten las circunstancias propias de violencia estructural²⁹ – entendida como toda limitación al potencial humano causada por estructuras políticas y económicas – con otros miembros de sus comunidades inmersos en la situación de pobreza o pobreza extrema. No obstante, su condición de salud los expone a una situación de particular vulnerabilidad a partir de la interacción establecida entre estas circunstancias y los aspectos propios de las dimensiones biomédicas y sociales del VIH y el SIDA, contribuyendo de esta manera a la reproducción del círculo de pobreza.

Aunque en general se percibe que las intervenciones desarrolladas por VMRD inciden de manera muy positiva en diferentes dimensiones de la calidad de vida de los PVVS de las comunidades estudiadas, bien debe evitarse el asentamiento de actitudes de dependencia y pasividad entre sus beneficiarios a mediano y largo plazo. Asimismo, con el fin de garantizar la sostenibilidad de las intervenciones desarrolladas por VMRD y potencializar los recursos destinados para el VIH para mejorar la calidad de vida en la población beneficiaria, se requiere de una mayor integración de sus estrategias institucionales a las iniciativas desarrolladas por las diferentes instancias del Estado Dominicano y otras organizaciones que trabajan en las comunidades intervenidas.

Es importante resaltar, que aún cuando las limitaciones metodológicas del presente estudio no permiten generalizar sus conclusiones a la población general de personas que viven con el VIH y el SIDA en

la República Dominicana, sus resultados sugieren algunas pautas generales para las intervenciones dirigidas a incidir de manera positiva en la calidad de vida de esta población. Se recomienda, en este sentido:

- Priorizar la promoción del acceso al mercado laboral y la capacidad de generación de recursos económicos como dos determinantes centrales de la calidad de vida de PVVS.
- Facilitar la identificación de recursos para la reparación de viviendas y empoderar a los beneficiarios de los PDA para mejorar las condiciones de salubridad y seguridad ambiental en sus comunidades.
- Fortalecer las estrategias psicoeducativas dirigidas a mejorar los hábitos de salud, con particular énfasis en el uso consistente del condón.
- Promover el funcionamiento adecuado de las Unidades de Atención Integral (UAI) en las comunidades intervenidas.
- Seguir facilitando el apoyo a la alimentación y el acceso a servicios de salud para PVVS.
- Fomentar el acceso a redes de apoyo social para PPVS, incluyendo el fortalecimiento de relaciones interpersonales significativas, la constitución de grupos de apoyo mutuo y la participación en actividades de esparcimiento.
- Promover la “normalización” del VIH y el SIDA para reducir el estigma y la discriminación, familiarizando a la vez a la población beneficiaria con la Ley 55-93 sobre el SIDA y sus implicaciones.
- Fomentar las vivencias espirituales centradas en el vínculo con la persona de Dios, con énfasis en la importancia de la espiritualidad en los eventos cotidianos de la vida.
- Ampliar las intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de niños y niñas huérfanos y vulnerables frente al VIH y el SIDA, enfocando de manera particular su núcleo familiar.
- Priorizar el proceso de transferencia gradual de las responsabilidades actuales de VMRD a otros actores comunitarios y su integración a las iniciativas desarrolladas por el Estado Dominicano y otras organizaciones que trabajan en las comunidades socias.

Los resultados de este estudio también pudieran utilizarse como experiencia piloto para implementar actividades operativas en diferentes regiones del país, que comparten la violencia estructural que caracteriza a las poblaciones que fueron parte de este estudio. De esta manera, modelos de intervención pudieran ser evaluados y extendidos a toda la región del país para

reducir la carga de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de las personas que viven y comparten con el VIH en la República Dominicana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) / Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS) (2005): Situación Actual del VIH/SIDA en la República Dominicana. Santo Domingo, República Dominicana.
2. Molina-Achécar M, Ramírez N, Polanco, JJ, Quiterio G: Encuesta Demográfica y de Salud. República Dominicana 2007. Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) / Macro International. Santo Domingo, Mayo 2007. Santo Domingo, República Dominicana.
3. Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA) y Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) (2007): Plan Estratégico Nacional (PEN) para la Prevención y el Control de las ITS, VIH y SIDA 2007-2015. Vol 1: Análisis de Situación y Respuesta Nacional a las ITS, el VIH y el SIDA en la República Dominicana. Santo Domingo, República Dominicana.
4. Whiteside, A. Poverty and HIV/AIDS in Africa. *Third World Quarterly* 2002; 23:S2:313-332.
5. Meeberg GA. Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*.1993;18:32-38.
6. Ruta D, Camfield L, Donaldson C. Sen and the Art of Quality of Life Maintenance: Towards a Working Definition of Quality of Life. *Journal of Socio-Economics* 2007; 36:3: 397-423.
7. Hunt, SM. The problem of quality of life. *Quality of Life Research* 1997; 6:205-212.
8. Koller M, Lorenz W. Survival of the quality of life concept. *British Journal of Surgery* 2003;90(10): 1175-1177.
9. Revicki D. Health-related quality of life in the evaluation of medical therapy for chronic illness. *Journal of Family Practice* 1989; 29(4):377-380.
10. Fernández-López JA, Hernández-Mejía R, Siegrist J. El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. *Atención Primaria* 2001; 8(10):680-689.
11. Felce D. Defining and applying the concept of quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research* 1997;41(2):126-135.
12. Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Is quality of life determined by expectations or experience? *British Medical Journal (BMJ)* 2001; 322:1240-1243.
13. Miric M, Diplan J, Martínez M, Díaz L, De la Rosa J. (2006): Análisis situacional del uso de planificación familiar en programas posparto, postaborto y de la reducción de la transmisión vertical del VIH/SIDA en la República Dominicana. Enfoque cualitativo. Population Council: Fronteras de la Salud Reproductiva / Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). Informe inédito. Santo Domingo, República Dominicana.
14. Rivero-Fuentes E, Miric M, Vernon R, Quiterio G, Molina, M. Calidad de la consejería durante la atención posaborto en República Dominicana, en: Billings DL y Vernon R. (Eds.): Avances en la atención posaborto en América Latina y el Caribe: Investigando, aplicando y expandiendo. Ciudad de México (México): Population Council; 2007. p.75-84.
15. Sprangers MA, Schwartzb CE. Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model. *Social Science and Medicine* 1999;48:1507-1515.
16. Skevington SM, O'Connell KA. Measuring Quality of Life in HIV and AIDS: A Review of the Recent Literature. *Psychology & Health* 2003; 18:3:331-350.
17. Haase JE, Heiney SP, Ruccione KS, Stutzer C. Research triangulation to derive meaning-based Quality-of-Life Theory: Adolescent resilience model and instrument development. *International Journal of Cancer* 1999;12:125-131.
18. Rajmil L, Herdman M, Fernandez MJ, Detmar S, Bruil J, Ravens-Sieberer U, Bullinger M, Simeoni MC, Auquier P, The Kidscreen Group. Generic Health-related Quality of Life Instruments in Children and Adolescents: A Qualitative Analysis of Content. *Journal of Adolescent Health* 2004;34:37-45.
19. Hofstede G. The Cultural Relativity of the Quality of Life Concept. *The Academy of Management Review* 1984; 9:3:389-398.
20. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. 'Equivalence' and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Quality of Life Research* 1997;6:237-247.
21. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en Internet en <http://www.wma.net/s/policy/b3.htm>. Acceso en: 1ro de noviembre del año 2008.
22. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) / Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra. Disponible en Internet en www.cioms.ch/frame_spanish_text.htm. Acceso en: 1ro de noviembre del año 2008.
23. Wu A (1999). MOS-HIV Health Survey: Users Manual. Disponible en Internet en:<http://chipts.ucla.edu/assessment/pdf/assessment>

[s/MOS-IV%20Users%20Manual%20%20Draft.pdf](#).

Acceso en: 1ro de noviembre del año 2008.

24. WHOQOL HIV Group. WHOQOL-HIV for quality of life assessment among people living with HIV and AIDS: results from the field test. *AIDS Care* 2004;16:7:882-229.
25. Zimpel RR, Fleck M.P. HIV-positive Brazilians: application and validation of the WHOQOL-HIV, Brazilian version. *AIDS Care* 2007;19(7):923-930.
26. Belak-Kovacević S, Vurusić T, Duvancić K. Quality of life in HIV-infected persons in Croatia. *Collegium antropologicum*. 2006;30S2:79-84.
27. WHOQOL-HIV Group. (2002). WHOQOL-HIV Instrument Users Manual: Scoring and Coding for the WHOQOL-HIV Instruments. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence. Disponible en Internet en: www.who.int/mental_health/media/en/613.pdf. Acceso en: 1ro de noviembre del año 2008.
28. Rice PL & Ezzy D. (1999). Qualitative Data Analysis, en: *Qualitative Research Methods: A Health Focus*. New York (USA): Oxford University Press, p.190-215.
29. Nann-Winter D & Leighton DC. Introduction to Section II: Structural Violence, en: Christie DJ, Wagner RV & Winter DA (Eds.). *Peace, Conflict and Violence: Peace Psychology for the 21st Century*. Englewood Cliffs, New Jersey. Prentice-Hall; 2001. p.99-102.

VICENTE GARCÍA SIRAGUSA: EXPRESIÓN DE LA AMISTAD Y EXCELENCIA PROFESIONAL.

Eddy Perez-Then.CENISMI.

Si no fuera por la íntima relación de amistad y de relación profesional, de hace más de una década, no me hubiese atrevido a relatar este pequeño artículo en honor a la memoria de uno de las más acreditados investigadores de nuestro país, el Dr. Vicente García Siragusa.

El Dr. García Siragusa nació en Santo Domingo, República Dominicana, el 22 de Febrero de 1954. Del 1964 al 1968 realizó sus estudios primarios e inició sus secundarios en el Real Colegio Alfonso XII, de Madrid, España. Culminó sus estudios secundarios en Articiencia, Santo Domingo, República Dominicana, para después regresar de nuevo a España y realizar dos años de estudios en Filosofía y Letras en la Universidad Complutense de Madrid. Retornó a República Dominicana en 1974 para iniciar sus estudios universitarios, obteniendo en 1980 el Doctorado en Medicina Veterinaria en la Universidad Autónoma de Santo Domingo. Mientras cursaba sus estudios universitarios, se casó con la joven Ana Guillen, en

Santo Domingo, el 24 de junio del 1978, con quien procreó cuatro hijos y compartió el resto de sus días.

No pretendo ser exacto en los detalles profesionales del Dr. García Siragusa, a quien en lo adelante lo nombraré, como solía hacerlo, por su primer nombre, pero los años de amistad e intimidad con él, me dan permiso para intentar analizar, aunque sea a grandes rasgos, los elementos de su personalidad que lo llevaron a ser merecedor de mi admiración y respeto, así como del respeto y cariño de los que le conocieron. Como médico que soy iniciaré el análisis por algunos de los síntomas conductuales de Vicente.

Cuáles eran las expresiones clínicas de su manera de ser? Encontrémosla en aquel primer encuentro con él. Podemos asegurar que ese primer encuentro se caracterizó por comprendernos, valorizarnos, ilusionarnos, esperanzarnos y muy sobre todo el no juzgarnos. Un primer encuentro así, no puede provocar más que una cosa, el desear encontrarnos otra vez.

Y cuál fue la actitud de Vicente cuando lo procuramos otra vez? El de aceptarnos, no importando el momento del día o las condiciones del tiempo; el de ayudarnos, y no sólo me refiero en el ámbito profesional, sino como ser humano que vive en sociedad y que comprende a sus semejantes.

Para confirmar la regla, no dudamos de que Vicente haya desagradado a uno que otro, pero si podemos asegurar dos cosas que hemos comprobado a lo largo de esa década de relación con él: que sus actividades son perdurables; que sus “desamigos”- dudo que realmente tuviera enemigos- lo eran por no poder ser como él. Pero además, a Vicente le gustaba buscar las gentes, a los que no conocía aún, y los encontraba, transmitiéndole también interés, entendimiento, aceptación y confianza.

Otro rasgo conductual que permanentemente estuvo presente en Vicente, fue el de estar pronto a ayudar. En nuestra relación de amistad no vi nunca a Vicente refutar la posibilidad de ayudar a alguien, aún a quienes no conocía. Quién de las personas que compartieron con él o haber tenido la experiencia de hablar con él, que tuviese un problema o dificultad, este no hubiese buscado una solución, una ayuda, sin pedírsela, y más aún sin conocer a quien tenía el problema o estaba en dificultades?.

Muchos podrían no entender estos “síntomas”, ni interpretarlos, pero si buscamos en la historia de Vicente encontraremos que siempre fue así. En la escasez y en la abundancia; de joven y de mayor; no lo

conocí de niño, pero nos cuentan que también así lo era. Y si nos remontamos al nido familiar donde se humanizó, con el modelamiento que ofrece una madre amorosa, entenderíamos entonces el por qué Vicente transmitía siempre comprensión, valorización y esperanza, aún en sus propios momentos de angustias.

Estos elementos definidores de la personalidad de Vicente podemos encontrarlos en todas las actividades de su vida, habiendo constituido a nuestro juicio la piedra angular de su éxito. Sobre todo en la profesión que escogió como destino de su vida, la veterinaria, y su pasión por el laboratorio y el proceder sistemático; y que por él ser así le permitió, no sólo una posición señera nacional, sino que traspasó nuestros límites territoriales para granjearse amistades más allá de nuestras fronteras, demostrado por la cantidad de trabajos internacionales con instituciones y personalidades de otras latitudes.

Estas cualidades de Vicente contaron, sin dudas, con un factor importante: una inteligencia estructurada para ver siempre las cosas de la vida – del ser humano social- con una gran claridad meridiana, permitiéndole entenderlas, asimilarlas, procesarlas y determinar actitudes y habilidades que lo convirtieron siempre en un triunfador. Comprensión al prójimo, sentido de servicio e inteligencia. Estos fueron los tres ingredientes fundamentales del éxito de Vicente, que hoy nos damos cuenta, que no fue sólo de él, sino de su familia, de sus amigos, de la medicina veterinaria, de todas las agrupaciones a que perteneció, incluyendo la Comunidad Epistémica, y sobre todo del país, por que fui testigo de que a cualquier país donde él iba, llegaba como un gran embajador de la República Dominicana.

Vicente es a mi juicio, la expresión más fiel de aquella frase de Marañón: “amistad, más dulce que el amor”, ya que, comprensión, afecto y ayuda al prójimo es lo que constituye el sentido de la amistad y en lo que se fundamentó la vida de Vicente, y lo que resume toda su biografía.

Vicente partió en Octubre de este año dejando un sinnúmero de obras, principalmente en el área de la tuberculosis, que hablan de su quehacer científico dentro y fuera del país.¹⁻²⁸ Participó en múltiples eventos y conferencias relacionadas con la producción de tuberculina humana y la sensibilidad a las drogas antituberculosas, siendo el pionero en este tipo de procedimientos en el país.²⁹⁻⁶⁰ Participó, además, en diversos tipos de entrenamiento, donde tuvo la oportunidad de codearse con figuras prominentes en su área de trabajo en distintas partes del mundo.⁶¹⁻⁷⁶ En 1995 fue reconocido por el Colegio Dominicano de Médicos Veterinarios, como Maestro de las Ciencias Veterinarias de la República Dominicana.

Como parten los genios, así partió Vicente. Sin ruidos, sin grandes presagios en la prensa. Su obra, su familia, sus alumnos y sus amigos se encargarán de perpetuar el legado de amistad y de excelencia profesional que nos dejara en vida.

Se le extraña mucho compadre...

BIBLIOGRAFÍA

1. García, V. Frecuencia de Microorganismos Patógenos Aislados del Tracto Genital Bovino. Tesis para optar por el Grado de Doctor en Medicina Veterinaria. Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). Santo Domingo. 1982.
2. García, V. Aislamiento de Micobacterias del Intestino de Ovejas. Revista Agrosol Periódico El Sol Santo Domingo. 1985.
3. García, V. Tuberculosis y Micobacterias en 227 Muestras Trabajadas.. Neumos 2(2). Santo Domingo. 1987.
4. García, V. Investigación de *Mycobacterium bovis* de Muestras Bovinas: Reporte de 6 Casos. Periódico El Listín Diario. Santo Domingo. 1987.
5. García, V. Producción de Tuberculinas Humana y Bovina en la República Dominicana. Periódico El Listín Diario. Santo Domingo. 1987.
6. Rancier, A., Artilles, C. y García, V. Resultados Preliminares con la Prueba de Glutaraldehído. Neumos 6 (4). Santo Domingo. 1992.
7. García, V. Sensibilidad de *Mycobacterium tuberculosis* a la Ciprofloxacina. Neumos 6 (5). Santo Domingo. 1992.
8. Rancier, A. Artilles, C. y García, V. Nuevas Evidencias sobre la Utilidad de la Prueba de Glutaraldehído en el Diagnóstico de la Tuberculosis Pulmonar Activa. Neumos 7 (2). Santo Domingo. 1993.
9. Kantor I.N., López, B. Torres P, Nader A, García V. Evaluation of a Simple Method for the Detection of Bovine Tuberculosis: the Glutaraldehyde Test. J. Vet. Med. B 40 27-30. 1993.
10. García, V and Granados C. Micobacterias en el Laboratorio Neumos 8: 169-170. 1993.
11. Espinal, M. Báez, J. Soriano, G. García, V. Laszlo, A. Reingold, S. Sánchez, S. Drug-Resistant Tuberculosis in the Dominican Republic: Results of a Nationwide Survey. Int. J. Tuberc. Lung Dis. 2 (6). IUATLD. 1998.
12. García y col. Investigación de *Campylobacter fetus* subsp *fetus* en Muestras de Secreciones Genitales Bovinas. Patrocinada por la Texas A & M University y Proyecto John Fogarty. Santo Domingo. 2003.
13. García y col. Primer aislamiento e identificación de *Rhodococcus equi* en la República Dominicana. Archivos del Laboratorio Veterinario Central.

- Santo Domingo. 2003.
14. García V. Investigación de Micobacterias en el Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel DHBD. Revista del Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel DHBD. Período 1994 -2002. Santo Domingo. 2003.
 15. García y col. Primer Aislamiento en la Republica Dominicana de *Mycobacterium avium subsp paratuberculosis* de Muestras Fecales Bovinas. Reporte a la Dirección General de Ganadería Santo Domingo. 2005.
 16. García y col. Primera Producción de Tuberculina PPD Humana en República Dominicana. Santo Domingo. Revista Neumos 17 (1) 9. 2005.
 17. Kantor I, Ambroggi M, Poggi S, Morcillo N, Da Silva M, Osorio M, Garzon M, Llerena C, Ribon W, Garcia V, Kuffo D, Asencios L, Vazquez L, Rivas C, Waard J. Human *Mycobacterium bovis* infection in ten Latin American countries Tuberculosis (2008), doi: 10.1016/j.tube.2007.11.007.
 18. Investigación de *Mycobacterium bovis* en Pacientes Humanos Afectados de Tuberculosis. Sustentada por Caro, A. y Martínez, G.UASD. Santo Domingo (1983).
 19. Identificación y Sensibilidad de Microorganismos Inespecíficos en Metritis Clínica en 2 Hatos Lecheros. Sustentada por Doménech, C y Torrado, J. UNPHU. Santo Domingo (1983).
 20. Investigación de *Corynebacterium pseudotuberculosis* en Cabras de Rebaños de la Provincia Peravia y Montecristi. Sustentada por Martínez, C. y Martínez, J. UNPHU. Santo Domingo (1985).
 21. Investigación de *Salmonella spp* en Cerdos de Mataderos de Santo Domingo. Sustentada por Rivera, E. and Cantellops, D. UNPHU. Santo Domingo (1986).
 22. Detección de Trazas de Penicilina, Estreptomycina y Eritromycina en Leche Cruda y su Concentración en Lecherías de Santo Domingo. Sustentada por Cabrera, R. and Pietri, E. UNPHU. Santo Domingo (1986).
 23. Resistencia Primaria del Bacilo de Koch a Diferentes Drogas Anti-tuberculosas. Sustentada por Cruz, R. Lara, M. Lambertus, T. Rodríguez, R. UASD. Santo Domingo (1986).
 24. Prevalencia de Tuberculosis Pulmonar en Reclusos de la Cárcel "La Victoria". Sustentada por Pérez, F. Almanzar, D. and Pineda, D. UASD. Santo Domingo (1989).
 25. Investigación de *Mycobacterium bovis* en Leche Cruda Bovina de la Provincia de Monte Plata. Sustentada por Betances, J. UASD. Santo Domingo (1990).
 26. Detección de la Tuberculosis Bovina por Medio de la Prueba de Glutaral-aldehído en la Provincia de Monseñor Nouel. Sustentada por Martínez V. UASD. Santo Domingo (1993).
 27. La Prueba de Glutaralaldehído en Pacientes Humanos. Sustentada por DeÓleo, M. UNIBE. Santo Domingo (1993).
 28. Primera Producción de Tuberculina PPD Humana en República Dominicana. Sustentada por Arguello, V. Russo, L. and Bretón, J. UNPHU. Santo Domingo (2002).
 29. Inmunología Veterinaria. Asociación Dominicana de Medicina Veterinaria. Santo Domingo (1980).
 30. VI Congreso Latino-Americano de Bioquímica Clínica. Presentación oral. Santo Domingo (1981).
 31. Segundo Taller de Microbiología y Parasitología. Asociación Dominicana de Microbiología y Parasitología. Presentación oral. Santo Domingo (1983).
 32. Importancia del Cultivo e Identificación del Bacilo Tuberculoso. Presentación oral. Asociación Médica Dominicana. Santo Domingo (1983).
 33. Micobacterias Atípicas. Presentación oral. Instituto Dominicano de Seguridad Social. Santo Domingo (1985).
 34. Micobacterias Aisladas del Intestino de Ovejas. Presentación oral. Simposium sobre Tuberculosis Humana y Animal Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU). Santo Domingo (1986).
 35. Producción de Tuberculina Humana. Presentación oral. Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil (CENISMI). Santo Domingo (1988).
 36. Primer Curso Internacional de Bacteriología de la Tuberculosis. Presentación oral. OPS / SESPAS. Santo Domingo (1988).
 37. Docente en Curso Internacional para Veterinarios sobre Brucelosis, Tuberculosis y Anthrax. SEA / OPS. Santo Domingo (1988).
 38. Resistencia de *Mycobacterium tuberculosis* a las Drogas Anti- Tuberculosas. Presentación oral. SESPAS / OPS. Santo Domingo (1989).
 39. Primera Jornada de Diagnóstico y Producción del Laboratorio Veterinario Central. Aislamiento de *Mycobacterium bovis* de Muestras Bovinas. Presentación oral. Santo Domingo (1989).
 40. X Congreso Latino- Americano de Bioquímica Clínica .Presentación Oral. Santo Domingo (1990).
 41. Profesor y Coordinador de Actividades de Campo de la Dirección General de Ganadería. SEA. Santo Domingo (1991).
 42. Asociación Médica Dominicana. Bacteriología de la Tuberculosis. Presentación oral. Santo Domingo (1991).
 43. Entrenamiento al personal del Instituto Hondureño de Investigaciones Veterinarias sobre Producción de Tuberculinas PPD. Santo Domingo (1996).

44. XX Congreso Centro-Americano de Dermatología. Coautor de Tuberculosis Cutánea. Costa Rica (1998).
45. Curso sobre Sistemas de Información Geográfica. UNPHU. Santo Domingo (2001).
46. Curso sobre Mantenimiento de Equipos de Laboratorio. OPS. Santo Domingo (2001).
47. Conferencia sobre Anthrax. Sociedad Dermatológica Dominicana. Santo Domingo (2001).
48. IV Congreso Mundial de Tuberculosis. Presentación Poster Primera Producción de Tuberculina Humana en República Dominicana. Washington. USA (2002).
49. Disertación sobre Tuberculosis Bovina. Dirección Nor-Central de la Dirección General de Ganadería. Santiago, República Dominicana (2002).
50. Disertación sobre Zoonosis. Universidad Católica de Santo Domingo. Santo Domingo (2002).
51. Docente en la Jornada sobre Brucelosis y Tuberculosis. Dirección General de Ganadería. Santo Domingo (2003).
52. Docente en la Jornada sobre Programa de Control de la Tuberculosis Humana. SESPAS. Santo Domingo, República Dominicana (2003).
53. Disertación sobre Leptospirosis. Universidad Tecnológica de Santiago, República Dominicana (2004).
54. Disertación sobre Diagnóstico de Leptospirosis. X Congreso Latino-Americano de Bioquímica Clínica. Presentación oral. Santo Domingo, República Dominicana (2005).
55. Disertación sobre actividades de Diagnóstico de Tuberculosis y Producción de Tuberculinas PPD. Mycobacteria Research Laboratory. Colorado State University. Fort Collins. Colorado. USA (2006).
56. Disertación sobre actividades de Diagnóstico de Tuberculosis y Producción de Tuberculinas PPD. Center for Integrated Biosystems. Utah State University, Logan. Utah. USA (2006).
57. Docente en Curso de Actualización en Tuberculosis y Brucelosis Bovina. Programa de Transición para la Competitividad Agroalimentaria (PATCA). Secretaria de Estado de Agricultura SEA. Santo Domingo, República Dominicana (2007).
58. XII Curso Internacional de Enfermedades Infecciosas. Taller en Coinfección SIDA / Tuberculosis. Corporación de Lucha Contra el SIDA. Cali, Colombia (2007).
59. Regional Conference on Laboratory Management and Operations on Trade Sensitive Testing Procedures II. USDA /USAID. Managua, Nicaragua (2007).
60. Sistema de Aseguramiento de Calidad Según Norma ISO/IEC/1705. Laboratorio Nacional de Salud Pública Dr Defilló. Santo Domingo, República Dominicana (2007).
61. Curso sobre Sanidad Animal. Secretaría de Estado de Agricultura (1980).
62. Curso sobre Identificación de Microorganismos Anaerobios. Asociación Dominicana de Microbiología. Santo Domingo (1980).
63. Curso sobre Epidemiología Veterinaria. Secretaría de Estado de Agricultura (SEA)/Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas (IICA). Santo Domingo (1980).
64. Curso sobre Comunicación y Redacción Técnica de Trabajos Científicos. SEA/IICA. Santo Domingo, República Dominicana (1982).
65. Curso sobre Control de Tuberculosis Animal. Centro Panamericano de Zoonosis Oficina Panamericana Sanitaria / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS). La Habana. Cuba (1983).
66. Avances en Alergia e Inmunoparasitología. Universidad Iberoamerica (UNIBE). Santo Domingo, República Dominicana (1984).
67. Entrenamiento en Producción de Tuberculinas PPD y Bacteriología de la Tuberculosis Centro Panamericano de Zoonosis. (OPS / OMS. Buenos Aires Argentina (1987).
68. Entrenamiento en Armonización en Productos Biológicos Veterinarios. Iowa State University. Ames. Iowa. EEUU (1996).
69. Curso Integral de Tuberculosis Humana. Departamento de Salud de Florida. Hospital A.G. Holley. Lantana y Universidad de Miami. Florida. EEUU (1999).
70. Entrenamiento en la Utilización del BACTEC. . Departamento de Salud de Florida. Departamento de Laboratorios Jacksonville, Florida. EEUU (2000).
71. Curso Internacional en Leptospirosis. Universidad Central de Venezuela. Caracas. Venezuela (2001).
72. Entrenamiento en Técnicas de Laboratorio de Leptospirosis. Laboratorio Veterinario Central. Santo Domingo (2003).
73. Entrenamiento en Metodologías Relacionadas con el Ácido Desoxiribo- nucleico (ADN) para Tuberculosis y Micobacterias. Instituto Pasteur. Guadalupe (2005).
74. Docente en curso Teórico Práctico de: Aplicación e Interpretación de la Tuberculina PPD Humana. Laboratorio Veterinario Central. Santo Domingo, República Dominicana (2006).
75. Curso Teórico Práctico de Tuberculosis Bovina. Comité Estatal para el Fomento y Protección Pecuaria del Estado de Yucatán. Mérida. México (2006).
76. O&M / Harvard Medical Internacional Faculty Development Program. Universidad O&M, República Dominicana (2006).

ÍNDICE DEL VOLUMEN 19, 2009

ÍNDICE DE AUTORES

A

Abreu, Rosa, 19(2):9-13
Ammann, Arthur, 19(2):14-16

B

Bautista, Claudia, 19(3):17-23
Beier, John, 19(2): 14-16

C

Campos, Irene, 19(3): 23-27
Canario, Arturo, 19(1): 1-5
Carvajal, Rosalía, 19(1): 1-5
Castellano, Dania, 19(2): 9-13
Castro, Arachu, 19(3): 17-23
Chain, Dulce, 19(3): 23-27
Connolly, Maureen, 19(3): 17-23
Coradín, Hilma, 19(2): 9-13

D

De la Cruz, Carolina, 19(1): 1-5
De Moya, Antonio, 19(2): 14-16
Díaz, Delissa, 19(1): 1-5

F

Feris-Iglesias, Jesús, 19(1): 1-5; 19(2): 9-13
Fernández, Josefina, 19(1): 1-5; 19(2): 9-13

G

Gómez, Joselyn, 19(1):1-5
Guerrero, Samuel, 19(1):1-5

M

Marte, Jorge, 19(1): 1-5
Martinez, Edward, 19(3): 23-27
Medina Héctor, 19(1): 1-5
Mendoza, Rosangela, 19(1): 5-8
Metsch, Lisa, 19(2):14-16-5
Miric, Marija, 19(3):23-27
Moquete, Altagracia, 19(1): 1-5
Mc Collyster, Kathryn, 19(2): 14-16
Mc Coy, Clyde B., 19(2):14-16
Mc Coy, Clyde B., 19(2):14-16

P

Pérez-Ferrán, Ceila, 19(2):13-14

Pérez-Then, Eddy, 19(1):1-5; 19(2):9-13, 14-16;
19(3)23-27, 27-31
Peña-Acosta, Chabela, 19(2):9-13
Peña-Evelyn, 19(1):1-5
Porcelain, Sherri, 19(2):14-16

R

Riera, Celia, 19(1):1-5
Ruiz, Antonio, 19(3):23-27

S

Sánchez, Jacqueline, 19(2):9-13
Shor-Posner, Gail, 19(2):14-16
Soto, Ramón, 19(3):23-27

T

Terrero, Patricia, 19(1):1-5

V

Vallejo, Virginia, 19(3):23-27
Veras, Bienvenido, 19(1):1-5

ÍNDICE DE MATERIAS

A

Automedicación-Antimicrobianos-República Dominicana, 19(1):1-5

B

Bateyes-Abordaje Ecológico-República Dominicana, 19(2):14-16

E

Errores-Innato del Metabolismo-Taller Centroamericano, 19(2):13-14

H

Haemophilus influenzae tipo b (Hib)- Vacuna, 19(2):9-13
Historia clínica-Perinatal-República Dominicana, 19(3):17-23

M

Meningitis bacteriana-Impacto-Vacuna, 19(2):9-13

V

Vicente García Siragusa-Expresión de la amistad, 19(3):27-31
VIH-SIDA- Revelación-Diagnóstico, 19(1):5-8