



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PROYECTO ASSIST
DE USAID

*Aplicando la Ciencia para Fortalecer
y Mejorar los Sistemas de Salud*

Sistematización de buenas prácticas y lecciones aprendidas - Proyecto ASSIST de USAID, República Dominicana

INFORME TÉCNICO

AGOSTO 2019

Este informe técnico fue elaborado por University Research Co., LLC (URC) para la revisión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), con la autoría de Jerson Del Rosario, consultor de URC bajo el Proyecto de USAID “Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud” (ASSIST). Las actividades del Proyecto ASSIST de USAID para mejorar los servicios de salud en el contexto de Zika son posibles gracias al apoyo del pueblo americano a través de la USAID.

Sistematización de buenas prácticas y lecciones aprendidas - Proyecto ASSIST de USAID, República Dominicana

INFORME TÉCNICO

Jerson Del Rosario
Consultor, University Research Co., LLC

AGOSTO 2019

AVISO

Este informe técnico fue elaborado por University Research Co., LLC (URC). Las opiniones expresadas no reflejan necesariamente las opiniones de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ni del Gobierno de los Estados Unidos.

Agradecimientos

Este informe técnico fue preparado por University Research Co., LLC (URC) para que lo revise la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en el marco del Proyecto Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud (ASSIST) de USAID, que es financiado por el pueblo estadounidense. a través de la Oficina de Salud Global de USAID, Oficina de Sistemas de Salud. El proyecto es administrado por el URC bajo los términos del Número de Acuerdo de Cooperación AID-OAA-A-12-00101. Los socios globales de URC para USAID ASSIST en el año fiscal 19 incluyeron: American Academy of Pediatrics; EnCompass LLC; FHI 360; Institute for Healthcare Improvement; y WI-HER, LLC.

Para obtener más información sobre el trabajo del Proyecto USAID ASSIST, visite <http://www.usaidassist.org/> o escriba a <mailto:assist-info@urc-chs.com>.

Cita recomendada

Del Rosario J. 2019. Sistematización de buenas prácticas y lecciones aprendidas - Proyecto ASSIST de USAID, República Dominicana. *Informe Técnico*. Publicado por el proyecto Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud (ASSIST) de USAID. Chevy Chase, MD: University Research Co., LLC (URC).

Tabla de contenido

Acrónimos.....	iii
Resumen ejecutivo	iv
1. El Zika en República Dominicana: Contexto y dimensiones de una epidemia.....	1
1.1. El virus del Zika	1
1.2. Las dimensiones sociales del virus de Zika	3
1.3. El Zika en la República Dominicana: Contexto socioeconómico y demográfico	4
1.4. El sistema de salud dominicano y la respuesta al virus de Zika	6
2. El Proyecto ASSIST de USAID en República Dominicana.....	9
2.1. Contexto del proyecto.....	9
2.2. Modelo de Mejora de la Calidad	11
2.3. Trabajando con socios: ASSIST en el marco de una respuesta integral	13
3. Sistematización de hallazgos: Buenas prácticas e innovaciones, lecciones aprendidas, y desafíos del proyecto.....	15
3.1. Resumen metodológico.....	15
3.2. Buenas prácticas de ASSIST: innovación en la atención en salud	17
3.3. BPI1: El desarrollo de capacidades: entrenamiento y formación de proveedores de salud	19
3.4. BPI2: Entrega de productos e información a usuarias del servicio de salud ..	21
3.5. BPI3: Aplicación de protocolos de diagnóstico preliminar del Zika y tamizaje neonatal de SCaZ	23
3.6. BPI4: Consejería, apoyo psicoemocional y seguimiento a pacientes de Zika	26
3.7. BPI5: Gestión en base a indicadores y seguimiento personalizado del representante de ASSIST en hospitales	28
3.8. Experiencias de aprendizaje: Lecciones del Proyecto ASSIST de USAID.....	30
3.9. LA1.- Los proveedores de salud deben estar abiertos al aprendizaje para la mejora de su desempeño y del sistema	31
3.10. LA2.- Implementar protocolos y utilizar las herramientas disponibles mejoran la calidad de la atención	33
3.11. LA3.- Humanizar el sistema de salud a través de una mejor atención a los usuarios ³⁴	
3.12. LA4.- Integrar a los actores y trabajar en equipo incrementa el impacto del proyecto	35

3.13.	LA5.- El seguimiento a pacientes con microcefalia/SCaZ agrega valor al servicio de salud	37
3.14.	Desafíos de implementación del proyecto ASSIST de USAID	39
3.15.	DP1. Lograr cambios de comportamiento con personas de estratos socioeconómicos muy bajos	39
3.16.	DP2. Los procesos burocráticos en el sector público	40
3.17.	DP3. Hospitales en proceso de reconstrucción	40
3.18.	DP4. El proyecto como carga adicional de trabajo	41
4.	Conclusión y recomendaciones	42
4.1.	Logros del proyecto ASSIST de USAID en la República Dominicana	42
4.2.	Sostenibilidad e institucionalidad	43
4.3.	Estructura social, cultura y ciudadanía	44
4.4.	El enfoque de género	45
4.5.	Cultura organizacional, precariedad del sector salud y proveedores resilientes	45
4.6.	Prioridades del sector e intervención en crisis	46
4.7.	Recomendaciones	46
	Referencias	48

Acrónimos

ASSIST: Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud
BPI: Buenas Prácticas Innovadoras
CDC: Centros de los Estados Unidos para el Control y la Prevención de Enfermedades
CRD: Cruz Roja Dominicana
DP: Desafíos del Proyecto
DIGEPRES: Dirección General de Presupuesto
EMC: Equipos de Mejora de la Calidad
END 2030: Estrategia Nacional de Desarrollo 2010-2030
LA: Lecciones Aprendidas
MEPyD: Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo
MSP: Ministerio de Salud Pública
ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONE: Oficina Nacional de Estadística
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PMI: Pastoral Materno Infantil
PNUD: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
SCaZ: Síndrome Congénito asociado al Virus del Zika
SE: Semana Epidemiológica.
SESPAS: Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social (antiguo nombre de MSP)
SFHDR: Society for Family Health Dominican Republic
SGB: Síndrome de Guillain-Barré
SNS: Servicio Nacional de Salud
STC: Save the Children
UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
URC: University Research Co., LLC
USAID: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Resumen ejecutivo

El virus de Zika es una enfermedad transmitida por el mosquito *Aedes Aegypti*, que llegó a nivel de epidemia en las Américas a partir del año 2015. Antes de ese año, el Zika era poco conocido y la literatura médica sobre sus características y efectos muy escasa. Actualmente se sabe que es un virus generalmente con síntomas leves, pero a quienes afecta, puede dejar consecuencias adversas de tipo neurológico y de motricidad. El virus del Zika se transmite además por la vía sexual. Durante el embarazo se puede transmitir al feto, con un alto riesgo de que los bebés sufran de microcefalia y otras complicaciones conocidas como Síndrome Congénito asociado con el Virus de Zika (SCaZ). Se ha encontrado una asociación entre el virus de Zika y el Síndrome de Guillain-Barré, otra enfermedad del sistema nervioso de alto riesgo.

Los primeros casos de Zika en República Dominicana se reportaron en enero de 2016. En ese año se registraron más de cinco mil casos sospechosos, su pico epidemiológico más alto. En respuesta a la problemática del virus y su rápida expansión en las Américas, el Gobierno de los Estados Unidos, a través de la Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID) se asoció con gobiernos nacionales para acompañarlos en fortalecer los sistemas de emergencia y de abordaje de la epidemia. Esta colaboración se realizó mediante el proyecto ASSIST de USAID (Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud).

El proyecto ASSIST de USAID en República Dominicana trabajó en 17 hospitales en los que el Ministerio de Salud Pública y el Servicio Nacional de Salud priorizaron la intervención. Su enfoque inicial fue la capacitación a proveedores de salud en las diversas disciplinas médicas necesarias para responder al Zika. El foco principal fueron mujeres embarazadas, en edad fértil y en recién nacidos. El proyecto se operativizó en tres grandes áreas o colaborativos a través de los que se realizaron las acciones del proyecto. Primero, la atención prenatal, que creó protocolos de identificación y atención temprana de casos sospechosos de Zika y estandarizó la consejería prenatal a mujeres embarazadas y en edad fértil. El segundo es el de la atención al recién nacido y tamizaje neonatal, que creó protocolos de medición del perímetro cefálico, utilizando las herramientas correctas y llevando un registro más exacto de los nacimientos. El tamizaje estandarizó la identificación de signos de microcefalia/SCaZ. El tercer colaborativo se enfocó en estandarizar el cuidado y apoyo a niños y niñas afectados por SCaZ, así como en el acompañamiento psicoemocional a las familias.

El presente informe recoge, analiza y sistematiza buenas prácticas y lecciones aprendidas de este proceso. A través de una metodología mixta se recogen las opiniones de los proveedores de salud que trabajaron en el proyecto en cada uno de los 17 hospitales y de técnicos del nivel Nacional del SNS, así como de otros socios implementadores de USAID. Se identifican prácticas innovadoras, lecciones que han quedado como enseñanza de la implementación y se examinan los desafíos que los actores locales y a nivel nacional han indicado fueron las dificultades para implementar el proyecto. Se analizan los logros principales y se esbozan algunas recomendaciones tanto para proyectos futuros como para la sostenibilidad del mismo, a través del proceso de transferencia de capacidades que realiza el proyecto hacia el Servicio Nacional de Salud.

1. El Zika en República Dominicana: Contexto y dimensiones de una epidemia

1.1. El virus del Zika

El Zika es un virus de la familia tipo flavivirus transmitido a los seres humanos principalmente por la picadura del mosquito *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus* (Faria et al., 2016; Epelboin et al., 2017). Fue descubierto primero en monos en 1947 en Uganda, y luego en humanos en 1952. En años recientes se ha expandido al resto de África, regiones de Asia, el Pacífico, América Latina y en algunas áreas del sur de los Estados Unidos (Grubaugh et al., 2017). Debido a que su vector de transmisión principal es un mosquito que pervive en climas cálidos, los países de estas regiones se consideran hábitats propicios para la propagación del mosquito transmisor, el cual, además del Zika, también transmite los virus del Dengue y Chikungunya, causando en algunos países del trópico brotes epidemiológicos frecuentes (Bhatt et al., 2013).

Para la mayoría de las personas con el virus de Zika, los síntomas pueden ser imperceptibles. Generalmente, solo una de cada cuatro puede notar los síntomas, que incluyen fiebre, sarpullido, conjuntivitis, y dolores de cabeza y articulaciones. Por ser en muchos casos una condición de salud asintomática, se estima que un gran número de personas pueden haberlo padecido sin saberlo (Nelson et al., 2019). Además de la picadura del mosquito *Aedes*, el virus del Zika es transmitido de una persona a otra vía las relaciones sexuales, la transmisión vertical de la madre al bebé, o por una transfusión de sangre que contenga el virus (OMS, 2018).

Hasta tiempo reciente, y debido a la escasa información que existía sobre el virus en la comunidad médica, la literatura acerca de características esenciales del Zika era muy poca, y mucho menos sobre los mecanismos de transmisión y efectos en el cuerpo humano; consecuentemente, no existían estudios sobre métodos de prevención, ni información sobre medicamentos específicos contra el virus. Partiendo de la información de que el mosquito transmisor era el mismo que el Dengue, expertos en manejo de emergencias epidemiológicas abordaron el problema del Zika en base a orientaciones estandarizadas en el manejo del Dengue, como la eliminación de criaderos o cuidado de los embalses de agua (UNICEF, 2016)

En países como República Dominicana, con un tejido social socioeconómicamente diverso y con importantes niveles de desigualdad, las condiciones materiales de vida de las poblaciones urbano-marginales y rurales tienden a favorecer la formación de criaderos del mosquito transmisor (Nelson et al., 2019). En efecto, el clima cálido y las características del hábitat y vivienda en la pobreza hacen que los virus transmitidos por el mosquito *Aedes* supongan riesgos de brotes epidemiológicos cíclicos, en tanto una vez ha disminuido un episodio hay condiciones estructurales tales como las viviendas en zonas con altos niveles de hacinamiento, almacenamiento inadecuado del agua, falta de acceso a agua permanente, y la escasa educación en prevención de la salud que son factores que facilitan la propagación del virus y el contagio (Bhatt et al., 2013).

A estos determinantes sociodemográficos se le añade que la población más vulnerable no suele adoptar las medidas de precaución de manera consistente (Shaw et al., 2017). A diferencia de los otros virus transmitidos por el mosquito *Aedes aegypti*, el Zika ha sido encontrado como la causa principal de varias enfermedades neurológicas con consecuencias adversas que disminuyen sustancialmente la calidad de vida de manera permanente en los bebés que la padecen (UNICEF, 2016; OMS, 2018). Aunque algunos estudios sugieren que en adultos infectados con el virus pueden darse “complicaciones neurológicas y cambios en la estructura del cerebro y organización funcional” (Bido-Medina et al., 2018, p. 752), el nivel de riesgo en recién nacidos es mayor, debido a los efectos de “un patrón de afecciones conocido como síndrome congénito por el virus del Zika en el bebé” (CDC, 2019). Entre las afecciones vinculadas al SCZ se encuentran las siguientes:

Figura I.1 Afecciones vinculadas al Síndrome Congénito asociado a Zika



Fuente: Elaborado con base en informes de la OMS, CDC y Ministerio de Salud Pública.

Uno de los efectos más comunes del SCaZ es la *microcefalia*, un tipo de malformación de la cabeza que se debe a la atrofia del crecimiento del cerebro durante la gestación. Como resultado, los bebés nacidos así tendrán daños significativos en múltiples funciones cerebrales esenciales para una vida en condiciones normales, lo que marcará negativamente el desarrollo durante los primeros años de vida. Aunque no se tienen estudios que confirmen un rango de esperanza de vida para niños(as) con SCaZ, se sabe que el riesgo de muerte es más elevado que en niños sin la condición. En esta dirección, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) advierte:

[S]e ha notificado una serie de manifestaciones entre recién nacidos de hasta 4 semanas cuando han estado expuestos al virus de Zika en el útero [...] El espectro de anomalías congénitas asociadas a la exposición de los fetos al virus de Zika durante el embarazo se denomina «síndrome congénito asociado a la infección por el virus de Zika».

Con la aparición del virus de Zika también se ha identificado un aumento considerable de casos del Síndrome de Guillain-Barré (SGB), una enfermedad en la que el sistema inmunológico del cuerpo afecta al sistema nervioso. En efecto, algunas estimaciones sugieren que la probabilidad de contraer SGB en pacientes con Zika es 7 veces mayor (véase a Cao-Lormeau et al., 2016; WHO, 2016; Mier-Y-Terán et al., 2018). Las consecuencias del SGB pueden ir de leves (el paciente se recupera totalmente) hasta graves (riesgo de muerte por complicaciones del SGB).

Aunque el SGB no es exclusivamente causado por el Zika, los monitoreos epidemiológicos en varios países de Asia y en las Américas sugieren que existe una correlación entre ambas. Pero además del SGB, el virus de Zika puede causar otras afecciones neurológicas como la neuropatía y la mielitis (Bowman, et al., 2018).

En el aspecto de la transmisión, algunos estudios han encontrado evidencia que indica que la presencia del virus de Zika puede permanecer en el semen del hombre por varios meses después de la infección, lo que sugiere que la transmisión hombre-mujer es de mayor riesgo que en el modo contrario (mujer-hombre), dado que en el tracto genital de la mujer el virus del Zika es de corta duración (Epelboin et al., 2017; Paz-Bailey, et al., 2018). En términos de salud pública, el factor sexual plantea un desafío adicional como un modo de transmisión del virus que requiere de intervenciones a nivel comunitario que no solo implican la eliminación de criaderos, sino también cambios en las dinámicas de pareja fundamentados en prácticas de salud sexual y reproductiva (Shaw et al., 2017).

Otra secuela de gran relevancia a considerar es el impacto psicoemocional en los padres de niños(as) con microcefalia o con alguna otra condición congénita producto del SCaZ. Como se describe en acápite posteriores, este aspecto del virus de Zika es posiblemente uno de los menos visibles en la opinión pública/medios de comunicación y sin embargo el de secuelas más duraderas para las familias afectadas por el virus.

1.2. Las dimensiones sociales del virus de Zika

Tener un niño o niña con secuelas de SCaZ es para cualquier familia un desafío importante. Para una familia en condición de pobreza o de limitaciones económicas, la enfermedad puede significar un empobrecimiento mayor en la familia, aumento en la demanda de horas de cuidado, lo que implica que la persona que cuida debe dejar otras actividades (ej., trabajo remunerado, estudios). En el peor de los casos, puede provocar tensiones familiares que terminan en la separación o en el abandono del hogar por parte, generalmente, de los hombres que no aceptan la situación (ej., ver a Moreira et al., 2018). En cualquier caso, el cuidado especializado que requiere un paciente con una afectación neurológica y de motricidad, cuyo costo es actualmente alto, impacta negativamente la economía familiar.

Actualmente hay ensayos para una vacuna, pero ese es un proceso que conlleva varios pasos antes de ser aprobada por los organismos de salud correspondientes (OMS, 2016). Además, dado que las personas infectadas adquieren inmunidad, un problema es que debido a que el virus es en gran medida asintomático, no se tiene con seguridad estadísticas de salud que puedan confirmar el número de personas que han sido infectados por Zika.

Finalmente, el virus de Zika constituye una situación de riesgo para la salud pública, que tiene un impacto considerable en la calidad de vida y en el bienestar colectivo. Tiende a afectar a personas que viven en condiciones más vulnerables a la presencia y reproducción del mosquito transmisor. Debido a que es mayormente una condición de salud asintomática, se corre el riesgo de que no se tome con la seriedad requerida tanto a nivel de la salud colectiva como por los propios individuos y comunidades.

1.3. El Zika en la República Dominicana: Contexto socioeconómico y demográfico

La República Dominicana es un país insular ubicado en el Mar Caribe (ver **Mapa 1**), con una extensión territorial de 48,311 km², y comparte la isla de Santo Domingo con Haití. En términos socioeconómicos se encuentra clasificado como un país de ingresos mediano-alto en el ranking del Banco Mundial (2018) y como de desarrollo humano alto en la clasificación del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2018). Por su parte, según los datos del último censo (2010) el país tiene una población de 9,5 millones de habitantes (ONE, 2012), aunque las últimas estimaciones situaron a la población en 10,4 millones para 2018 (ver **Tabla 1**). La economía dominicana es una de las principales economías de la región del Caribe (Banco Mundial, 2018; ONE, 2018).

Mapa I. Ubicación geográfica de República Dominicana en el Gran Caribe



Fuente: OIM.

Tabla I. Información sociodemográfica de la República Dominicana

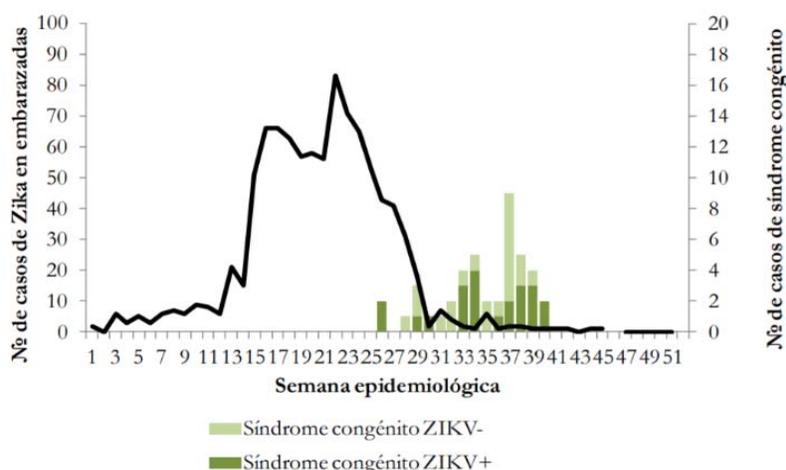
Extensión territorial	48,311 km²	
Población estimada^b (2019)		
Total	Sexo M	Sexo F
10,358,320	5,129,824	5,136,325
Proporción zona	Urbana: 71.8%	Rural: 28.2%
Economía		
PIB nominal PPA (2018)^c	USD 189.150,84 millones	

PIB per cápita PPA (2018)^c	17.798,8 USD	
IDH PNUD (2017)^d	0,736 (IDH alto, posición 94 de 193)	
Perfil demográfico		
Esperanza de vida (2017)^c	74 años	
Tasa de fecundidad (2017)^c	2,4 hijos por mujer	
Pobreza monetaria línea nacional (2016)^e	General - %	Extrema - %
	28,9 %	8,82 %
Índice de Gini (2017)^c	45,7	
Desempleo abierto (2018)^f	Hombre: 3,5 %	Mujer: 8,8 %

Fuentes: a) Censo de Población y Vivienda 2010; b) Estimaciones y proyecciones oficiales de población, ONE; c) World Bank "Databank"; d) PNUD, Informe de Desarrollo Humano, actualización estadística 2018; e) Sistema de Indicadores Sociales de la República Dominicana "SISDOM", 2016; f) Banco Central, Encuesta Nacional Continua de Fuerza de Trabajo, 2018

La República Dominicana tiene un clima tropical; por su posición geográfica la isla tiene un ambiente propicio para la reproducción del mosquito *Aedes aegypti*. Así, el sistema sanitario de la República Dominicana, como el de otros países de la región, se enfrentaba a una enfermedad de rápida propagación y a la vez con limitada evidencia sobre sus efectos y las posibles maneras de contenerlo. Los primeros diez (10) casos de Zika en la República Dominicana se detectaron en enero de 2016, confirmados mediante prueba diagnóstica en Estados Unidos. Entre la Semana Epidemiológica (SE) 1 y la 52 (un año completo), se reportaron a Salud Pública unos 5.241 casos sospechosos de Zika (ver **Figura 1**). De esos, 952 eran casos de embarazadas. Por su parte, "Entre las complicaciones relacionadas se reportaron 285 casos de Síndrome de Guillain-Barré (SGB) con antecedentes de síntomas de Zika" (MSP, 2016, p. 1).

Figura 1. Número de casos de Zika y SCZ semanas 1 a la 52 de 2016



Fuente: Dirección General de Epidemiología, MSP, Boletín Epidemiológico Semanal No. 52, 2016.

Los indicios de una situación epidémica fueron notados por profesionales del área materno-infantil en centros de salud con mucho volumen de atención a embarazadas, tiempo antes de que se anunciara oficialmente que el país estaba enfrentando una epidemia. De acuerdo con varios especialistas entrevistados para este informe, el indicador principal fue la cantidad de casos de bebés naciendo con anomalías en la cabeza, en lo que se observó un incremento inusual. Así lo indica una especialista en perinatología:

“Nosotros medíamos el perímetro cefálico, no buscando Zika... solo tomábamos el perímetro cefálico para buscar diferencias entre la talla y el perímetro cefálico, buscando restricción de crecimiento, o buscando diferencias por otras enfermedades... pero a partir de que comenzamos a ver muchos niños con diferencias en el perímetro cefálico que no era de una restricción de crecimiento, entonces eso como que nos llamó la atención, y ahí fue que comenzó lo de Zika. Yo nunca había hablado o había oído hablar de Zika, ni sabía lo que era eso, pero al presentarse pues ese virus comenzamos entonces a ver que teníamos que tomar medidas. (Entrevista proveedores Hospital Maternidad San Lorenzo de Los Mina).

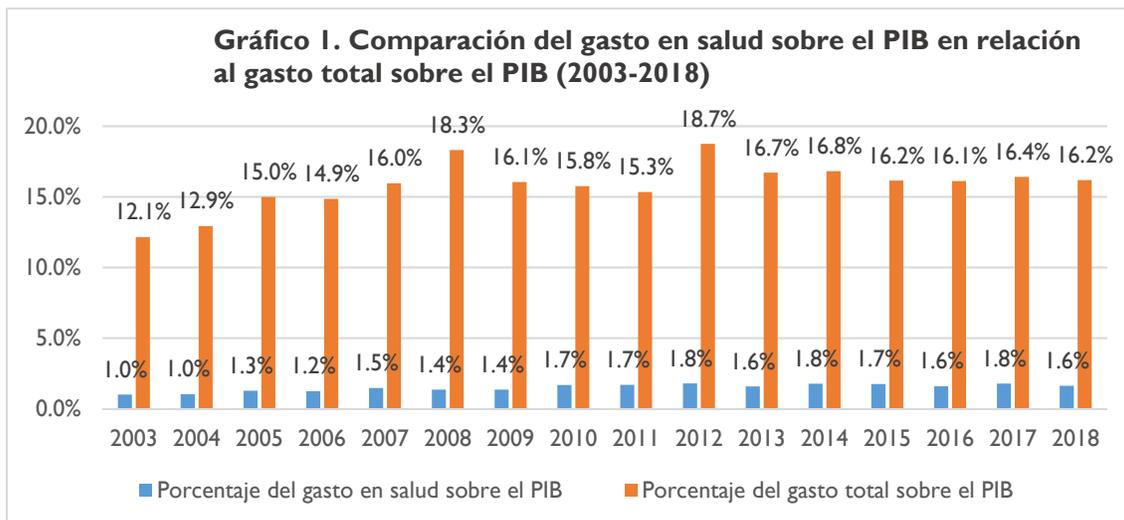
Al igual que otros países afectados por el virus, la República Dominicana no tenía experiencia en manejo del Zika; sin embargo, dado que el vector era el mismo que el Dengue y la Chikungunya, algunas de las medidas preventivas con respecto al mosquito ya eran de manejo común en los protocolos del Ministerio de Salud Pública (MSP). Es importante aclarar que debido a que el diagnóstico mediante pruebas de laboratorio tomó un tiempo antes de que fueran de uso frecuente en el país, las estadísticas mayormente contabilizan a personas con síntomas más que de casos confirmados.

1.4. El sistema de salud dominicano y la respuesta al virus de Zika

La respuesta del país a la epidemia del Zika está estrechamente relacionada a las capacidades del sistema de salud pública, un sector que a grandes rasgos presenta avances y desafíos. En República Dominicana, la cobertura en salud es de alrededor del 75% de la población lo que indica que hay avances importantes en materia (ONE, 2018). Tanto el marco constitucional como las leyes sectoriales declaran que la salud es un derecho y la aspiración es que en la República Dominicana esta sea de cobertura universal (SESPAS, 2006). Sin embargo, esta meta es todavía un proyecto en construcción. Por su parte, el cierre de brechas en salud requiere de un complejo proceso de articulación entre gobierno, gremios de proveedores de salud e instituciones del sector privado, organizaciones no gubernamentales y comunitarias, lo que en ocasiones limita la acción del Estado en tomar decisiones en favor de la mayoría.

La calidad de los servicios de salud refleja la persistente desigualdad social en la República Dominicana, en tanto un porcentaje significativo de ciudadanos dependen de servicios públicos de salud con niveles considerables de precariedad. En la opinión de expertos, un problema fundamental del sistema sanitario dominicano es el bajo presupuesto asignado (ej., OPS, 2007). En efecto, según el *Informe País* del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD),

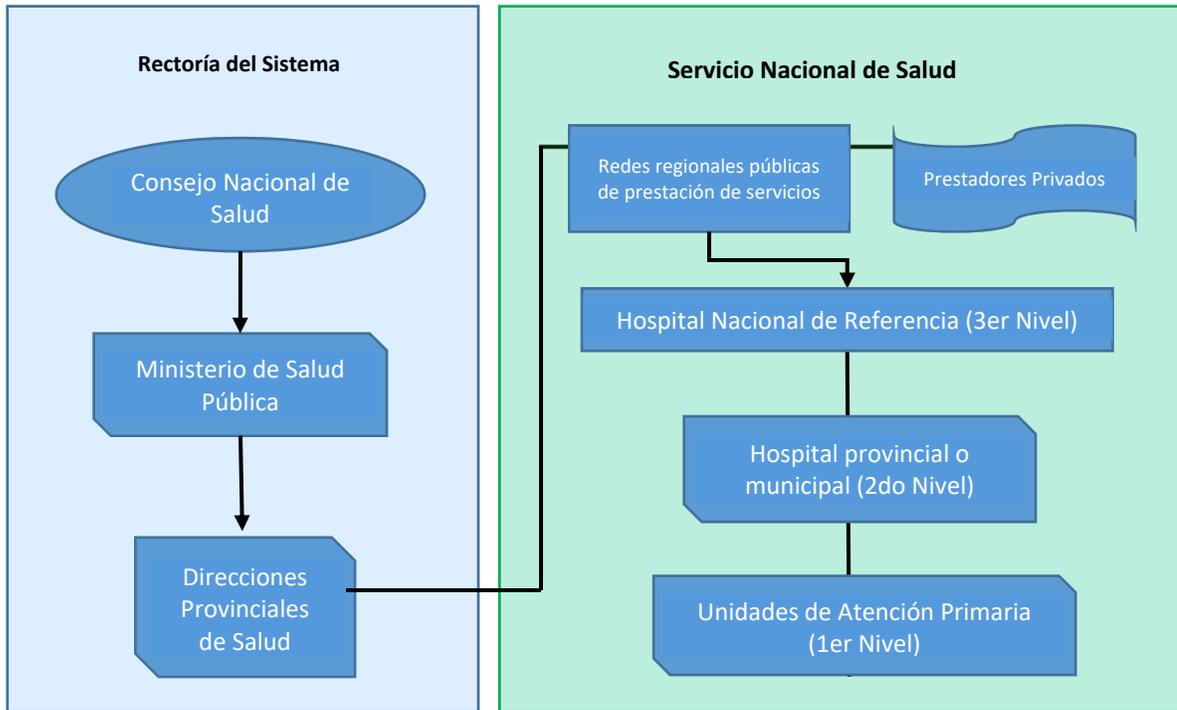
“El gasto público en salud es un 1.8% del PIB, encontrándose entre los más bajos de los países del Caribe” (MEPyD, 2018, p. 6). Si bien los hospitales del sector público están al servicio de la población, situaciones como presupuesto insuficiente (véase **Gráfico 1**) y demanda desbordada en áreas como la salud materno-infantil inciden en que el sistema de salud tenga una oferta moderadamente insuficiente particularmente para los estratos socioeconómicos de mayor privación (OPS, 2013).



Fuente: Cálculos propios basados en estadísticas oficiales de DIGEPRES.

En términos de organización, el sistema de atención a la salud en el sector público se conforma de tres niveles de atención: 1) el nivel primario, que consiste en centros de atención con oferta básica de medicina general y preventiva, y se diseminan en las 9 regiones de salud del SNS, un total de 1.357 centros; 2) centros de salud de segundo nivel, que tienen una oferta de atención más especializada y se ubican en centros urbanos; 3) y los centros de nivel tres, los más especializados y que a la vez son centros de referencia nacional en sus áreas de especialización (SNS, 2019) (ver **Figura 2**).

Figura 2. Organigrama del sistema de salud en República Dominicana



Fuente: Elaboración propia basado en OPS/USAID, Perfil de los sistemas de Salud en República Dominicana, 2007

Como en otras áreas del Estado dominicano, el sector salud viene experimentando reformas importantes desde la década de los 1990. Entre los cambios, se han elaborado instrumentos de planificación como el Plan Nacional Decenal de Salud (PLANDES) y normativas como la Ley General de Salud (Ley no. 42-01) y la Ley que crea el Sistema Dominicano de la Seguridad Social (Ley no. 87-01), una de las reformas más importantes en el sector social y el mecanismo que ha permitido los niveles de cobertura actuales. Más aún, la salud es un eje fundamental en la Estrategia Nacional de Desarrollo 2010-2030 (END-2030) y uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) al cual se le dedica atención especial en la Comisión Nacional para el Desarrollo Sostenible que coordina el MEPyD (Isa Contreras, 2018).

Es en este contexto que aparece el virus de Zika en el país, con un sistema sanitario con avances y brechas pendientes por cerrar. Para el caso del Zika, como en toda la región de Centroamérica y el Caribe, este sistema no estaba preparado para manejar la enfermedad. Así, en el marco de la cooperación entre la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) con el Gobierno dominicano, se inicia en la República Dominicana un proyecto que ayudaría al sistema de salud en dar una respuesta rápida a la epidemia del virus de Zika: el Proyecto de USAID "Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud" (ASSIST).

2. El Proyecto ASSIST de USAID en República Dominicana

2.1. Contexto del proyecto

ASSIST (Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud) es una iniciativa financiada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y tiene como objetivo proveer asistencia técnica para el fortalecimiento de los sistemas de salud en los países donde se implementa. La premisa fundamental de la iniciativa es el uso de evidencias para gestionar el cambio en diversos ámbitos de las políticas sanitarias. Para 2017, ASSIST estaba presente en 28 países, de los cuales la República Dominicana, en colaboración con el MSP, ha sido uno de los beneficiarios. Aunque ASSIST trabaja en diversas áreas de la salud colectiva, el enfoque del proyecto en el país ha sido mejorar la respuesta integral del sistema de salud a la epidemia del virus de Zika.

Para la implementación en República Dominicana, USAID trabaja de la mano con University Research Co., LLC, una organización estadounidense con amplia experiencia en la gestión de proyectos de desarrollo y con conocimiento de la mejora continua de la calidad de procesos. Específicamente, el proyecto ASSIST de USAID en República Dominicana inicia con la firma del acuerdo entre USAID y el Gobierno dominicano en 2016. Fue en el 2017 cuando el proyecto inició formalmente, dirigido a mejorar el abordaje del virus del Zika en 17 hospitales priorizados por su importancia para el sistema de salud, su ubicación geográfica, y por la población meta de la intervención (mujeres en edad fértil, embarazadas y niños/as) de la República Dominicana, enfocándose en entrenar a proveedores de salud en áreas clave de la atención prenatal, recién nacidos y el seguimiento a los casos confirmados del virus. Las áreas de intervención específicas de ASSIST en República Dominicana se detallan en la **Tabla 2**.

Dada la efectividad que logró ASSIST en los 17 hospitales con la implementación de los componentes del proyecto, a solicitud de las autoridades del Servicio Nacional de Salud (SNS) el equipo de gestión de ASSIST en República Dominicana consideró importante que algunas de las intervenciones fueran llevadas a otras regiones de salud y hospitales del país. Así, el proyecto compartió algunos aprendizajes y buenas prácticas ya comprobadas como efectivas en los hospitales intervenidos con otros centros de salud distribuidos en varias regiones de salud del país, a los que el proyecto denominó como hospitales de expansión (ver **Tabla 3**).

Tabla 2. Áreas de intervención del proyecto ASSIST de USAID en República Dominicana

Estrategia de intervención	Acciones
Incrementar conocimiento de Zika entre proveedores de salud	<ul style="list-style-type: none">• Formación y construcción de capacidades (talleres, seminarios, etc.) sobre el virus y sus riesgos
Diagnóstico y tamizaje del Zika	<ul style="list-style-type: none">• Establecer protocolos de examinación de pacientes embarazadas con síntomas de Zika• Pruebas de laboratorio especializadas para el diagnóstico• Identificación del síndrome de Zika, microcefalia y otras complicaciones asociadas en recién nacidos

Intervención comunitaria con perspectiva de género	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar acciones colectivas para la erradicación de los vectores y factores de riesgo Promover los chequeos prenatales Incorporar a los hombres en las visitas, así como en las decisiones de protección del virus
Gestión de información	<ul style="list-style-type: none"> Protocolos para la recolección de datos de pacientes con síntomas de Zika
Seguimiento y apoyo psicoemocional	<ul style="list-style-type: none"> Acciones de articular espacios de estimulación temprana y apoyo psicoemocional para familias con niños afectados por Zika
Fuente: Elaboración propia con documentos del proyecto.	

Tabla 3. Lista de hospitales priorizados Proyecto ASSIST de USAID		
Regionales de Salud	Hospital	Provincia
Priorizados		
Región 0	H Materno Reynaldo Almánzar	Santo Domingo
	H Ángel Contreras	Monte Plata
	H Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina	Santo Domingo
	H Pediátrico Dr. Hugo Mendoza	Santo Domingo
	H Maternidad Nuestra Sra. de la Altagracia	Santo Domingo
	H Dr. Vinicio Calventi	Santo Domingo
	H Marcelino Vélez Santana (MARVESA)	Santo Domingo
	H Robert Reid Cabral	Distrito Nacional
Región I	H Juan Pablo Pina	San Cristóbal
Región II	H Presidente Estrella Ureña	Santiago de los Caballeros
	H Infantil Universitario Arturo Grullón	Santiago de los Caballeros
	H Ricardo Limardo	Puerto Plata
	H Jaime Mota (Barahona)	Barahona
	H General Melenciano (Jimaní)	Independencia
	H San Bartolomé (Neyba)	Bahoruco
Región VI	H Regional Taiwán	Azua
	H Alejandro Cabral	San Juan
Agregados en la expansión		
Región I	H Nuestra Señora de Regla (Baní)	Peravia
	H Provincial de Ocoa	San José de Ocoa
Región III	H Materno Infantil Jaime Sánchez	Barahona
	H Provincial Galván (Neyba)	Bahoruco
Región IV	H Regional Antonio Musa	San Pedro de Macorís
Región V	H Maternidad José Francisco Peña Gómez (Mao)	Valverde
Región VII	H Regional Luis Morillo King	La Vega
Región VIII	H Provincial Enrique Marchena (Bonaó)	Monseñor Nouel

2.2. Modelo de Mejora de la Calidad

Uno de los componentes clave que University Research Co. aplicó para la gestión del proyecto ASSIST de USAID es el modelo de mejoramiento de la calidad, el cual se basa en “cambios en los procesos de entrega de servicios y sistemas en maneras que facilitan intervenciones de alto impacto, basadas en evidencia para lograr mejores resultados” (URC, 2019). Este modelo se expresó en una metodología para la aplicación y seguimiento de estrategias, actividades e indicadores del proyecto que a su vez fue segmentado por áreas de intervención. Las áreas estratégicas de intervención del proyecto ASSIST de USAID en República Dominicana fueron:

Mejorar la calidad de los servicios y atención prenatales

La estrategia era proveer asistencia, en coordinación con el MSP, para el mejoramiento de los procesos de atención a mujeres embarazadas. Estas acciones incluyeron la elaboración de protocolos y guías para la recepción, información y acompañamiento de embarazadas y sus parejas y la formación de equipos de proveedores en las unidades apoyadas por el proyecto que lideraban procesos de mejoramiento de la calidad. Por su parte, con la asistencia de ASSIST y otros socios, el MSP creó guías para estandarizar la consejería balanceada en el contexto de arbovirosis

Capacitación de proveedores en apoyo psicoemocional a embarazadas y familias afectadas con Zika

Esta fue una de las intervenciones clave del proyecto. Se articuló para mejorar la atención a embarazadas con síntomas de Zika, proveyendo apoyo psicoemocional como estrategia de preparación para un posible nacimiento con secuelas de SCaZ. Este componente fue novedoso y constituyó una forma de humanizar la atención en salud para este público. Hasta donde fue posible, se incorporó a los hombres pareja/esposos de las mujeres infectadas, en vista del impacto emocional que causa el nacimiento de un bebé con microcefalia o alguna otra condición por SCaZ. También se elaboraron procedimientos para atender mejor las embarazadas durante el parto y se aplicó un protocolo de medición estandarizado del perímetro cefálico de los recién nacidos, mejorando el método que había sido usado tradicionalmente en los hospitales públicos.

Estandarizar protocolos para diagnóstico y manejo de casos de Zika

El proyecto ASSIST de USAID introdujo protocolos para la detección de signos de virus de Zika; intentó la coordinación de servicios de pruebas de diagnóstico de Zika con el Laboratorio Nacional y colaboró, junto a otros socios, en el diseño y divulgación de varias guías de información utilizadas para el seguimiento protocolado de pacientes con Zika y niños/as afectados por el SCaZ.

Intervención en salud sexual y reproductiva

La evidencia preliminar que se ha obtenido sobre el virus de Zika de que se transmite por vía sexual, se priorizó estratégicamente trabajar con la prevención de la transmisión a mujeres durante el embarazo y de mujeres en edad reproductiva que pudieran estar buscando embarazarse. La estrategia incluyó a) la entrega de condones a mujeres que asisten a consultas médicas prenatales; b) diseño de guías con información sobre cuidado del embarazo, y de medidas a tomar en el hogar; c) informar y dar opciones de métodos de planificación familiar a mujeres; d) entrega de condones a mujeres embarazadas que asistían a la consulta prenatal.

Esta estrategia se diseñó con la perspectiva de género y contó con la colaboración de otros socios en la identificación de casos y en educación sobre prevención a nivel comunitario.

En términos operativos, a partir del 2018 el proyecto ASSIST de USAID implementó un método de trabajo denominado "Colaborativos de mejoramiento", con el propósito de focalizar mejor los esfuerzos e incrementar el impacto del proyecto. Los colaborativos en esencia son áreas de intervención especializadas donde el proyecto dedicaría insumos, capacitación, intercambio de conocimiento, protocolos de calidad, sistematización de captura y gestión de datos de usuarios y acompañamiento a proveedores de salud en los hospitales involucrados. Los colaborativos, que en su esencia son redes coordinadas de equipos de mejora quienes están persiguiendo los mismos objetivos con la prueba de ideas de cambio para alcanzar los objetivos de mejora, fueron un modelo de trabajo más eficiente que en efecto dio seguimiento oportuno a los casos, y sistematizó la atención a las usuarias desde la consulta prenatal hasta la fase de seguimiento y acompañamiento postparto.

Los colaborativos del proyecto fueron tres: 1) *Cuidado y apoyo*, orientado a la atención postnatal de los infantes afectados por Zika y el apoyo psicoemocional de las familias afectadas por el Zika; 2) *Atención al recién nacido y tamizaje inicial del Zika*, un componente de acciones orientadas a identificar signos de afección por SZaC y microcefalia en los recién nacidos en base a una sistematización de estándares que incluyeron como novedad la correcta medición del perímetro cefálico; 3) *Atención prenatal*, componente que se orientó a elevar la calidad de la

atención a mujeres embarazadas, instaurar protocolos de entrega de información a usuarias de los servicios de salud, consejería de calidad y entrega de insumos de prevención y planificación (ej., condones, repelentes, folletos informativos, etc.) (ASSIST, 2018).

La operativización de los colaborativos consistió en agrupar a los proveedores de salud en los hospitales beneficiarios en equipos de trabajo vinculados a uno o más colaborativos; esto es, en función de las responsabilidades de los proveedores involucrados a lo que se denominó *Equipos de Mejora de la Calidad (EMC)*, lo que facilitó tanto el desarrollo de capacidades en el personal de salud como la implementación de los protocolos de atención a los pacientes y la prueba de cambios en sus procesos y la medición continua de indicadores de calidad para determinar si los cambios llevaban a la mejora.

Los EMC estuvieron conformados en cada hospital por diferentes médicos de especialidades como perinatología, pediatría, ginecología y obstetricia, epidemiología, entre otros. El personal del área de enfermería también fue parte integral de los EMC dado su papel fundamental en la atención de los pacientes en todos los niveles. Los EMC también incluyeron a profesionales de trabajo social, atención al usuario y psicología en el seguimiento y apoyo psicoemocional de las familias o usuarios que requirieron de estos servicios, además de estar a cargo de las tres salas de estimulación temprana que fueron donadas por USAID en el marco del proyecto. En el área de atención prenatal esta consejería fue clave para preparar a las futuras madres y parejas en el eventual caso de que tuvieran un bebé con alguna condición por SCaZ.

2.3. Trabajando con socios: ASSIST en el marco de una respuesta integral

La intervención en la epidemia del Zika en la República Dominicana necesariamente requirió de la sinergia de varias instituciones dedicadas a diversas áreas de la salud pública, particularmente en lo relativo a la protección social, infancia y adolescencia, familias, equidad de género, intervención comunitaria y cambios de comportamiento, etc. En el marco de una cooperación más amplia que implementa USAID en el país, el proyecto ASSIST de USAID fue parte de un grupo de instituciones que tenían un objetivo común en cuanto a la respuesta nacional ante el brote del Zika.

Entre los socios clave que trabajaron con las diversas intervenciones está Save the Children (STC), UNICEF, la Pastoral Materno Infantil (PMI), Society for Family Health Dominican Republic (SFHDR-PSI), Cruz Roja Dominicana (CRD), Breakthrough ACTION (Johns Hopkins University), Instituto de Medicina Tropical y Salud Global de UNIBE, que trabajaron diversos componentes de la respuesta integral al virus de Zika, como la entrega de condones, la orientación comunitaria, y la abogacía. Sobre todo, dos actores clave del proyecto fueron 1) el MSP como órgano rector del sistema, el cual intervino en el diseño de las campañas, en la promoción y en la creación de guías y protocolos especializados a emplearse en los hospitales; y 2) el SNS, la institución que gestiona los centros de salud públicos y hospitales de autogestión del país.

El trabajo de estos socios requirió de una coordinación importante que evitó solapamientos y duplicidad de funciones. De acuerdo con la información provista para este informe que fue recolectada en conversaciones con varios socios, la opinión casi unánime de los diversos

representantes indica que parte de los éxitos logrados en la intervención rápida contra el Zika tuvo que ver con el nivel de colaboración y demarcación de funciones de cada socio. Estas instituciones son todas organizaciones especializadas en un área (o en varias) de trabajo, y los esfuerzos dedicados se concentraron en aquellas áreas en que tienen la experiencia y el conocimiento. Acerca de la experiencia de trabajar como socios de ASSIST, así lo expresan representantes de dos de estas instituciones:

Una buena lección... cómo la mesa [de trabajo] fue formada y el seguimiento que se fue dando desde la oficial de USAID hasta los diferentes socios, cómo nos fuimos entendiendo, ¿verdad?, en todo lo que ha sido la vida del proyecto... estas reuniones, lo que se compartió aquí, dónde yo puedo apoyarte a ti, dónde tú me apoyas a mí, o sea, ha sido una experiencia bonita (Entrevista a representante socio implementador).

Funcionó muy bien la coordinación entre los socios de USAID, es decir, el tener reuniones regulares, de manera particular también la mesa técnica de comunicación... tener puntos de encuentro donde los socios podamos reunirnos, saber lo que estás haciendo tú, yo comparto lo que estamos haciendo nosotros y entonces ahí poder facilitar la coordinación, colaborar unos con otros. Funcionó muy bien la priorización de los comportamientos y la operativización de cada comportamiento con los contenidos específicos que deben ser trabajados con cada audiencia en particular, eso de alguna manera ayudó a enfocar el trabajo de los socios con las audiencias, a reducir la dispersión que se tenía en cuanto a muchos mensajes (Entrevista a representante socio implementador).

Una de las fortalezas del trabajo diferenciado fue que la respuesta a la epidemia del Zika fue integral. Por su parte, el proyecto ASSIST de USAID se enfocó en proveedores de salud públicos, un componente de suma importancia para los objetivos propuestos. Otras instituciones fueron clave en la elaboración de las guías y protocolos en cuanto al lenguaje y los mensajes a proyectarse en los medios de divulgación pública. Esto fue muy importante porque la intervención para la reducción del Zika requería trabajar en estratos del tejido social dominicano donde tradicionalmente predominan niveles bajos de educación y alta concentración de pobreza, lo que implica que son más proclives y más vulnerables a vivir en entornos donde el hábitat es adecuado para la propagación del mosquito. Así lo confirma otro socio implementador:

La estructuración del lenguaje que asumimos en todo el discurso de lo que es la comunicación para cambio de comportamiento social, en los materiales, en el abordaje de la visita domiciliaria, etcétera; e identificamos al principio, conforme a la línea de base, que había bastante desconocimiento. Precisamente la gente decía que 'fue que explotó una cosa', o 'que eso era cuento', 'fue que echaron algo'. O sea, hubo muchas barreras para poder entrar y abordar. Luego la gente, ya cuando empezó a asumir con el proceso de capacitación, todo el tema de asumir esa percepción de riesgo que le podía afectar, y nos enfocamos en el niño o la niña... entonces empezó a entender un poco las consecuencias

que puede traer el virus del Zika y la importancia de la prevención del virus del Zika... porque como sabemos, culturalmente era un poco difícil (Entrevista socio implementador).

En otros casos hubo socios que trabajaron directamente con el MSP en la elaboración de mensajes, guías, protocolos y campañas. Esto fue muy importante también porque mientras algunos socios trabajaban en el nivel de comunidades (con visitas a hogares, charlas de sensibilización, etc.) otros trabajaban en el nivel de la toma de decisiones. En suma, la sinergia y el trabajo mancomunado de los socios del proyecto, a pesar de la diversidad de enfoques programáticos, resaltan como elementos de buenas prácticas ante situaciones de emergencia como la que constituyó el virus de Zika.

3. Sistematización de hallazgos: Buenas prácticas e innovaciones, lecciones aprendidas, y desafíos del proyecto

3.1. Resumen metodológico

En el ámbito de los proyectos de cooperación al desarrollo contemporáneos, una preocupación constante es el legado para el país, región o comunidad una vez que termina un proyecto (Jara Holliday, 2012; De Francisco et al., 2015). Por la diversidad de acciones que un proyecto puede implementar, las comunidades de prácticas de evaluación de impacto recurren a las memorias de lo que se ha realizado (qué, quién, cuánto, cuándo, cómo), que ha de servir no solo a otros actores locales/nacionales sino a practicantes, investigadores, formuladores y cooperantes en otros países.

El proyecto ASSIST de USAID en República Dominicana diseñó e implementó varias estrategias y un número considerable de actividades para lograr sus objetivos. Para que quede una memoria, esta sección describe los resultados de una sistematización de esas acciones. Para contextualizar, una "sistematización [es] entendida como un proceso ordenado de reconstrucción de experiencias, [que] permite la generación de conocimientos a través del análisis y la reflexión crítica de las mismas por los propios actores que participaron en ellas" (Heredia, 2011, p. 4).

En el marco de la iniciativa ASSIST contra el Zika, el aprendizaje continuo ha estado imbuido en todos los procesos, principalmente porque el uso de evidencia para mejorar la calidad de los servicios de salud fue parte integral de la gestión del proyecto. La evidencia de lo que se hizo bien y las lecciones aprendidas en el proceso por tanto constituyen legados importantes como memoria de proyecto, así como instrumentos de aprendizaje para casos y experiencias similares.

Este informe contiene una identificación metodológica de tres aspectos fundamentales del proyecto ASSIST de USAID: i) una sistematización de buenas prácticas e innovaciones aplicadas dentro de las estrategias del proyecto; ii) una sistematización de lecciones aprendidas por los actores principales del proyecto; y iii) una descripción de los retos y/o desafíos que dificultaron la implementación, de los cuales pueden extraerse a la vez lecciones para formuladores de políticas en el sector salud.

La metodología utilizada para identificar y arribar a los hallazgos que se presentan en este capítulo consistió en un proceso **multietápico** de levantamiento de datos, de orientación mixta y participativa. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con el equipo de facilitadores y técnicos de campo del proyecto ASSIST de USAID. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a socios del proyecto y USAID en República Dominicana. Estas entrevistas sirvieron a dos propósitos: 1) explorar una lista de categorías iniciales de elementos del proyecto que fueron relevantes desde la perspectiva de los actores de la gestión; y 2) cruzar información emitida por los actores con la revisión documental de informes de seguimiento y evaluación del proyecto. El resultado permitió valorar con mayor precisión si las categorías de análisis iniciales tendrían relevancia para los actores en los hospitales de la intervención.

En una segunda etapa se diseñó y aplicó un cuestionario a miembros de los equipos de mejora de la calidad en los 17 hospitales donde el proyecto ASSIST de USAID se implementó (ver **Tabla 4**). En general, la encuesta indagó tres aspectos: 1) percepciones sobre el pertinencia/utilidad del proyecto ASSIST de USAID en el contexto de la epidemia; 2) valoración de los insumos, protocolos, acciones formativas y demás actividades que el proyecto ASSIST de USAID incorporó al trabajo del personal de salud involucrado; y 3) una opción semiabierta para que cada proveedor hiciera su lista de lo que consideró como a) acciones más innovadoras del proyecto; b) aprendizajes más relevantes; y c) los logros más destacados del proyecto.

Tabla 4. Información descriptiva encuesta a los Equipos de Mejora de la Calidad

<i>Categoría</i>	Hombre	Mujer	Total general
<i>N</i>	22	169	191
Regionales de salud			
<i>Región 0</i>	11	63	75
<i>Región 1</i>	0	14	14
<i>Región 2</i>	3	28	31
<i>Región 4</i>	5	34	39
<i>Región 6</i>	2	31	33
Total, general	22	169	191
Función en el hospital			
<i>Médico</i>	12	54	66
<i>Enfermería</i>	3	88	91
<i>Administrativo</i>	5	22	27
<i>Psicología/trabajo social</i>	1	6	7
Total, general	21	170	191
Área de trabajo			
<i>Cuidado y apoyo</i>	2	28	30
<i>Dirección hospital</i>		3	3
<i>Epidemiología</i>		7	7
<i>Gestión/calidad</i>	9	15	24
<i>Prenatal</i>	8	53	62
<i>Neonatal</i>	2	63	65
Total general	21	170	191

La tercera etapa de recolección de datos consistió en entrevistas de grupos focales a proveedores de salud en varios hospitales donde fue posible realizarse. Se procuró la participación de varias especialidades médicas y de personal del área de psicología y gerencia de los hospitales, para obtener las diversas perspectivas. Las entrevistas en grupos focales fueron transcritas para posterior análisis cualitativo. Para identificar hallazgos, se utilizó enfoque de análisis de narrativa y descriptivo. Se codificaron las categorías y se usaron como herramientas de comparación-triangulación de los datos obtenidos en la encuesta.

Dado que la interpretación de lo que el proyecto ASSIST de USAID aportó a la respuesta al brote de la epidemia es única para cada proveedor, la metodología utilizada construye hallazgos de dos maneras, según sea más robusto el análisis: 1) por la aglomeración de las respuestas acerca de las categorías de análisis, y 2) por la consistencia entre las respuestas y la evidencia de otros datos que apoyan o contradicen los argumentos. Esto es, se identifica un hallazgo cuando los datos cuantitativos (ej., frecuencia) y cualitativos (narrativa colectiva) apuntan a una misma dirección.

En este sentido, los hallazgos que se describen a continuación son el resultado de la suma de análisis de informes de monitoreo y evaluación provistos al consultor por el equipo gestor del proyecto ASSIST de USAID, de las valoraciones de los socios del proyecto, de las entrevistas a técnicos de campo y oficiales de proyecto ASSIST de USAID, de los resultados de la encuesta a los equipos de mejora de la calidad, de las entrevistas en grupos focales con proveedores de salud en hospitales participantes y de la opinión de varios representantes del SNS que conocen el proyecto a fondo.

Toda la información provista durante las entrevistas es anónima y las citas de experiencias que se utilizan en este informe no hacen referencia directa a la persona entrevistada, para mantener la confidencialidad de los participantes. Tal metodología asegura que una buena práctica o lección aprendida no proviene de una identificación de un actor en particular, sino que es producto de una percepción y experiencia colectiva, dadas en circunstancias independientes y sin conocimiento unos de otros.

3.2. Buenas prácticas de ASSIST: innovación en la atención en salud

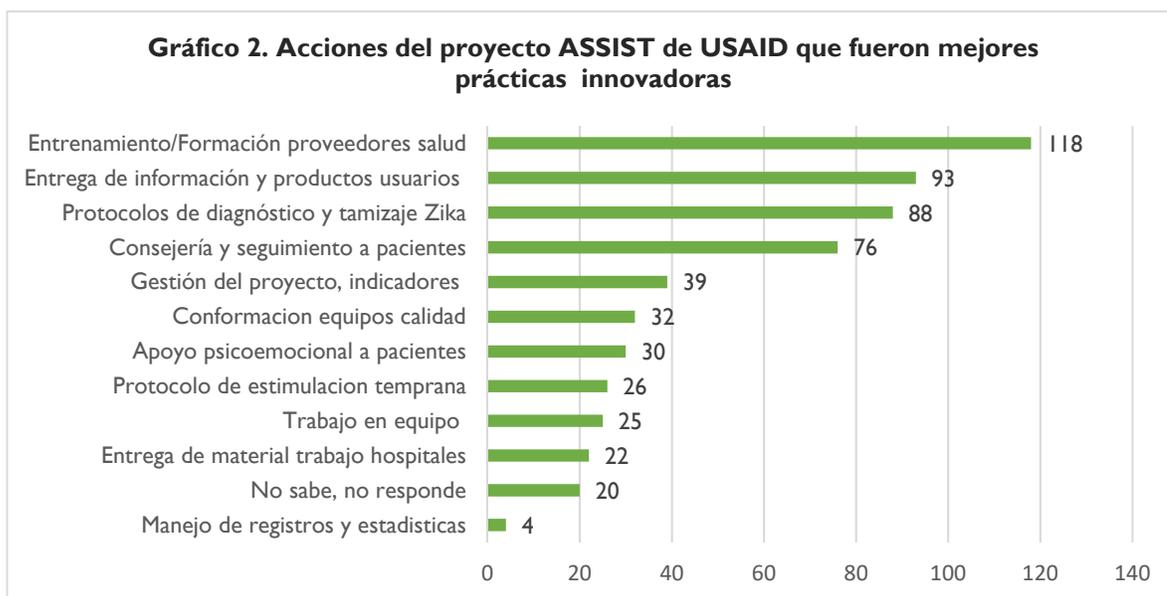
En el contexto de los proyectos para el desarrollo, una buena práctica se refiere a un conjunto de acciones que desde el punto de vista de los actores y beneficiarios esas acciones han dado un resultado positivo, dentro de lo esperado del proyecto (UNESCO y Mogollán, 2016). En efecto, una buena práctica tiene una "interrelación con las acciones locales cotidianas, que hacen de estos procesos en sí mismos, prácticas ejemplares... que generan efectos o impactos positivos bajo condiciones ambientales y socioculturales específicas..." (Heredia, 2011, p. 16). Sobre todo, las buenas prácticas pueden concebirse como cápsulas de aprendizajes ganados en el terreno que señalan el camino para otros que vienen detrás, indicando qué se ha hecho y dado resultado (Heredia, 2011; Jara Holliday, 2012; UNESCO, 2016).

El proyecto ASSIST de USAID empleó una serie de acciones y estrategias que los actores y beneficiarios han identificado como "proactivas", "positivas", "paradigmáticas", y en algunos

casos, “innovadoras”.¹ Más importante aún es que, para ser consideradas “buenas” estas prácticas deben cumplir con dos condiciones: 1) replicables, esto es, que puedan transferirse o repetirse a otras partes en el mismo contexto nacional; y 2) sostenibles, que las acciones pueden mantenerse en el tiempo con los recursos que cuentan los actores que implementan.

Desde el punto de vista del Servicio Nacional de Salud la respuesta que ha dado el ASSIST-Zika como proyecto en República Dominicana ha sido de mucha importancia para nosotros. Cuando llegó la epidemia a República Dominicana nosotros estábamos... ‘¿y ahora, qué respuesta le damos a estos casos?’, sobre todo en la microcefalia, porque no había en el país... como no era una enfermedad tan común nosotros no teníamos como país programas establecidos para darle respuesta y seguimiento a los afectados... y la cantidad tan importante de los niños afectados.... esto ha sido para nosotros como Servicio, de hecho, una gran solución (Entrevista a representante del SNS).

En este análisis se agrega el concepto de innovación al de buenas prácticas en tanto el brote del virus de Zika representó una serie de desafíos para todos los actores dada sus características de epidemia muy poco conocida. Así, el proyecto, además de colaborar con la creación de herramientas desde cero también innovó en algunas de sus estrategias. Aquí se describen las cinco (5) serie de acciones que emergieron del proceso de recolección datos con más fuerza como buenas prácticas innovadoras (BPI), de acuerdo con los actores del proyecto (ver **Gráfico 2**).



¹ Frases tomadas de entrevistas en grupos focales en hospitales participantes en el proyecto.

3.3. BPI1: El desarrollo de capacidades: entrenamiento y formación de proveedores de salud

La principal estrategia del proyecto ASSIST de USAID valorada por los EMC de los 17 hospitales como buena práctica fue el desarrollar capacidades entre los proveedores salud en relación con el virus del Zika. La estrategia se hizo efectiva en actividades de formación en los temas de Zika, actividades que incluyeron seminarios, talleres, videoconferencias, webinarios, reuniones de trabajo, que incrementaron los conocimientos de los proveedores de salud no solo en los aspectos clínico-biológicos y epidemiológicos del Zika, sino también en áreas como la atención preventiva a usuarias de los servicios, así como en aspectos tales como la importancia de articular una ruta de intervención en los centros de salud, partiendo desde la llegada a la consulta hasta la atención y seguimiento postnatal.

Esas actividades formativas tuvieron la particularidad de que las informaciones divulgadas en estos entrenamientos fueron de carácter colaborativo e interdisciplinario, algo que fue valorado muy positivamente por muchos de los participantes en los EMC. Como ejemplo de la importancia de la colaboración interdisciplinaria, y de acuerdo con la narrativa de varios grupos focales de EMC, la demanda de trabajo y las limitaciones en algunos de los hospitales hacen que la interacción entre los diferentes especialistas de la medicina sea mínima. Pero, para poder ser efectiva, la respuesta del Zika requirió del involucramiento tanto de médicos como de personal de enfermería y de psicólogos y trabajadores sociales, y de los médicos requirió varias especialidades como la ginecoobstetricia, epidemiología, perinatología, pediatría y neurología, entre otras. Las actividades formativas fueron espacios de aprendizaje donde todos estos actores participaron con objetivos comunes. Los siguientes casos citados ofrecen una vista rápida a la experiencia de los proveedores capacitados:

“Lo más importante de lo que es del proyecto [ASSIST de USAID] fue que primero ellos se percataron de capacitarnos, no fue a la ligera. Por lo menos en el caso de neonatología hubo tres doctoras y creo que varios del personal de aquí que hicimos el curso online, para nosotros saber qué hacer ante un caso de Zika virus. No solamente en teoría, sino que también fue como un pequeño diplomado donde nos daban evaluaciones, y así nosotros poder saber lo que vamos a hacer” (Entrevista proveedores Hospital Juan Pablo Pina).

“La capacitación que nos dieron... que le dieron a toda la parte hospitalaria, tanto a pediatras, gineco-obstetras, a los psicólogos de todo el departamento, o sea, yo recuerdo que duramos como dos días que había muchos pediatras, muchos ginecólogos, muchos otros... y eso fue excelente porque el enfoque que se le dio es que todos, la parte médica, tenemos que dar apoyo, o sea, desde el embarazo hasta después (Entrevista proveedores Hospital Maternidad San Lorenzo de los Mina).

Por las características epidemiológicas del virus y la curva de aprendizaje que suponía el Zika para toda la comunidad médica, socializar el conocimiento de lo que se estaba aprendiendo sobre la marcha fue primordial para que el proyecto tuviera éxito. Primero, porque las premisas del proyecto ASSIST de USAID eran la de mejorar la respuesta del sistema de salud mediante la

transmisión de conocimiento y experiencias basados en evidencia; por lo tanto, un abordaje apropiado debía comenzar por quienes atienden a los pacientes.

Por otro lado, la atención al virus de Zika requería de un enfoque integral del servicio al usuario de salud. En esa dirección, los entrenamientos, talleres y reuniones de trabajo fueron espacios clave de coordinación de estos esfuerzos. Desde que la paciente llega al hospital a una consulta prenatal hasta que da a luz, el proyecto tenía protocolos para cada caso: consejería, tratamiento, atención y seguimiento, que debían ser socializados como una cadena de valor entre los miembros de los EMC. Además de estos criterios, la formación fue clave para que el sistema de salud dominicano tuviese evidencia de cómo dar respuesta adecuada ante una enfermedad poco conocida en la literatura médica.

Entre las diferentes opiniones que fueron emitidas por los EMC con respecto a la formación se incluyen afirmaciones acerca del enriquecimiento profesional que significaron estos entrenamientos. En particular se pueden destacar las opiniones de enfermeras, tanto en las encuestas como en grupos focales, quienes aseveran que el hecho de que los entrenamientos fueron dados tanto a médicos como a enfermeras y otros profesionales, fue una experiencia altamente positiva, que fue importante para el funcionamiento del hospital e importante para el desempeño individual como proveedores de salud. Así, las enfermeras encontraron que recibir entrenamiento en el mismo nivel que los médicos elevó su importancia en la lógica de las respuestas y las diferentes intervenciones que incluyó el proyecto. Una enfermera describe su experiencia de esta manera:

“Bueno, el proyecto ha sido muy beneficioso.... aquí se ha capacitado mucho. O sea, que mejor hay personas que dicen ‘pero aquí han dado Zika que todo el mundo aquí domina el tema’, ¿sabe? todo el hospital, o sea desde el área de ginecología hasta las internas de enfermería, estudiantes que van a ser las futuras profesionales, ya saben de Zika, o sea, ha habido un manejo extraordinario, muy buenos capacitadores, y esa gente [representantes de ASSIST] han dado el cien por ciento” (Entrevista proveedores Hospital Regional Taiwán, Azua).

De acuerdo con las estadísticas del proyecto se impartieron capacitaciones en los tres colaborativos, habiendo formado entre el año 2016 y 2018 más de 1200 proveedores de salud. La formación y entrenamiento también incluyeron el intercambio de información entre hospitales y la evaluación de casos de otros países que servían de parámetro para el diagnóstico en hospitales donde se aplicó la intervención. Este dato es importante dado que por la escasa información que se tenía sobre el virus de Zika la situación requirió de los profesionales un alto grado de flexibilidad y de apertura al aprendizaje.

Los datos de la encuesta y de las entrevistas en grupos focales revela que si bien los profesionales de la salud tuvieron grandes desafíos, teniendo que responder a sus obligaciones profesionales cotidianas en los hospitales y a la vez formar parte de la respuesta al virus de Zika en sus respectivos puestos de trabajo, la evidencia obtenida en esta recolección de datos es que la actitud demostrada por los entrenadores y oficiales de proyecto constituyó el insumo más importante para el proyecto ASSIST de USAID llegara a ser bien valorado por los EMC.

En resumen, la buena práctica ha sido el distribuir conocimiento que empodera a los actores clave del proyecto, en forma sistemática, estratégica e inclusiva, lo que ha dado sentido de utilidad del proyecto a muchos de los involucrados, y ha dejado capacidades instaladas en el personal de salud que perduran en el tiempo.

3.4. BPI2: Entrega de productos e información a usuarias del servicio de salud

La segunda práctica mejor valorada por los miembros de los EMC fue la entrega de insumos a las usuarias. Estos productos incluyen condones y repelentes. En adición, el proyecto facilitó la entrega de información en forma de afiches y folletos (brochure), para cuya entrega se establecieron protocolos. En cuanto a los productos, los condones fueron el insumo mejor valorado y constituyó una herramienta de prevención importante en vista del factor de transmisión por la vía sexual, los cuales eran entregados en la consulta con el médico, a la usuaria se le entregaba información oral, escrita (folleto) y varios condones, según disponibilidad. En algunos hospitales hubo condones disponibles a solicitud de los usuarios, sin necesidad de asistir a consulta, pero estos no fueron los provistos por USAID.

La combinación de información (bien intangible) + producto (tangible) tuvo un doble efecto en la manera en que las usuarias respondieron a la prevención de la epidemia. Aunque esta opinión no fue igual en todos los hospitales, en la mayoría de los centros de salud participantes en el proyecto los EMC indicaron que proveer información de los riesgos y consecuencias para la mujer embarazada de contraer el virus de Zika incrementó la motivación de las usuarias a tomar la consejería con mayor seriedad. Por ello, aunque la práctica de las relaciones sexuales con protección en el contexto de una relación de pareja tiene otras dimensiones de análisis (ej., cuestiones de poder y expectativas basadas en el género), de acuerdo con miembros de EMC que estuvieron directamente involucrados en esta fase del proyecto, las usuarias no sólo tomaron los condones provistos, sino que regresaban por más unidades. Esto hizo que, si bien el condón es un producto económico para cualquier estrato socioeconómico, las usuarias se abrieron a la posibilidad de usar el condón por lo menos durante el embarazo (o en proceso de embarazarse) y que tuvieran esa conversación con sus respectivas parejas.

“En cuanto a protección personal... el uso de repelente y uso de condones, pero muy enfocado en la mujer embarazada y en su pareja, porque se consideró que esa era la audiencia -y lo sigue siendo- la audiencia prioritaria en este momento, dadas las consecuencias que puede tener en el bebé si la madre contrae el Zika durante el embarazo [...] Se priorizó el uso del condón y el uso de repelente durante el embarazo, y se operativizó qué significaba usar repelente, identificando cuáles repelentes eran realmente recomendados durante el embarazo, en qué nivel de concentración era seguro para la embarazada y para su bebé” (Entrevista socio implementador).

El tema del condón en las relaciones formales de pareja (matrimonio o unión libre) puede ser un aspecto sensible en el imaginario sociocultural dominicano. De acuerdo a la narración de varios profesionales en los EMC que trabajaron con consejería, el uso del condón planteó la necesidad de un abordaje con perspectiva de género, que incluyó, además de empoderar a las mujeres a que en el marco de la epidemia de Zika, tomaran decisiones saludables con respecto a su sexualidad, la integración de consejería para sensibilización y cambio de comportamiento hacia hombres. En respuesta a una pregunta sobre cuáles cosas del proyecto fueron buenas, un proveedor de salud dijo lo siguiente:

“En el caso de nosotros le dábamos orientación, le dábamos brochure, hablábamos con la embarazada, le entregamos preservativos... muchas no sabían que a través de las relaciones sexuales se podía transmitir... o sea, eso era algo que a ellas las impactaba... me decían, ‘¿para que yo voy a usar preservativos si ya estoy embarazada?’ y ahí era que yo empezaba y las orientaba sobre eso, porque uno trabaja con pacientes que están muy lejos de la realidad, y uno que está aquí es que uno ve esos casos. Eso fue 1-A, los brochure, los preservativos, los afiches en todo el hospital” (Entrevista proveedores Hospital Nuestra Sra. de la Altagracia).

El protocolo de seguimiento a usuarias embarazadas fue además un ejercicio de colaboración importante entre el proyecto ASSIST de USAID y sus socios. En tanto el rango de implementación del proyecto se circunscribía al centro de salud, la identificación de los casos confirmados o sospechosos iniciaba un seguimiento que en muchas instancias eran manejados por socios con presencia en las comunidades. Este no fue el caso en todos los hospitales, pero en aquellos donde sucedió, la persona representante de ASSIST en el hospital daba la información a el/la trabajador/a social del hospital o de otra organización para que mediante visitas domiciliarias se mantuviera la vigilancia y la estimulación de la embarazada a asistir a los chequeos médicos de rutina. De esa manera, la información (insumo), el seguimiento (proceso) y la gestión del proyecto (ejecución) agregaban valor a la prestación del servicio. Esta cadena de intervenciones la describe así un socio implementador:

“A nivel de la comunidad hacíamos formaciones a redes de voluntarios, entonces trabajamos en los entornos educativos y a nivel de la comunidad, o sea escuela-comunidad... hacíamos visitas domiciliarias para prevención del Zika... jornadas de descacharrización, de limpieza... charlas, seguimiento a mujeres embarazadas, para poder mantener precisamente lo que es el tema de gestión de la salud a nivel de la comunidad y vincularla con el servicio. Entonces nosotros con ASSIST prácticamente nos reuníamos e identificábamos cuáles eran los actores, las embarazadas, si se les estaba dando seguimiento... complementábamos con ASSIST el tema del número de casos, de seguimientos porque ASSIST específicamente estaba trabajando con los casos y en darle seguimiento” (Entrevista a socio implementador).

En segundo lugar, muchos de los proveedores de salud valoraron la entrega de repelentes. Aunque el flujo de estos materiales no fue continuo, para usuarias embarazadas que lo recibieron el repelente fue una manera de prevención efectiva, frente a la realidad de las viviendas en

espacios precarios y donde es más proclive el mosquito a reproducirse, como los barrios marginados, cañadas, zonas rurales (véase a Freitas et al., 2010; UNICEF, 2016; Snyder et al., 2017)

Otro aspecto importante de esta intervención fue el seguimiento de la persona representante del proyecto en los consultorios de los médicos durante las consultas. El objetivo era asegurarse que los médicos incorporaran a su práctica el protocolo de hablar del Zika y de entregar el folleto y los condones (en caso de que la usuaria aceptara la oferta). Si bien este nivel de seguimiento resultó incómodo para algunos médicos al principio del proyecto (y por varias razones, incluyendo la falta de espacio en hospitales en remodelación), al final la práctica se normalizó, lo que en parte depende del manejo personal de cada oficial de proyecto en un hospital.

En resumen, la provisión de información sobre Zika y salud sexual, junto con otros medios (insumos) que permiten al usuario actuar en consonancia con la información recibida, y bajo un protocolo de entrega operativizado en algoritmos e indicadores, dieron al proyecto ASSIST de USAID un rango de impacto mayor en el nivel de prevención.

3.5. BPI3: Aplicación de protocolos de diagnóstico preliminar del Zika y tamizaje neonatal de SCaZ

Los integrantes de los EMC señalaron los protocolos para la identificación temprana de virus de Zika como una de las mejores prácticas que trajo como novedad el proyecto ASSIST de USAID a la entrega de servicios de salud a mujeres embarazadas. En el contexto de la epidemia, el diseño de algoritmos para la sistematización de la atención prenatal temprana fue particularmente bien valorado, dándole a los proveedores que trabajan en estas áreas de los hospitales los pasos a seguir desde las consultas hasta el parto, o en algunos casos, desde la identificación de casos sospechosos mediante trabajo comunitario que condujeron algunos socios del proyecto. Como ya se mencionó arriba, los casos de mujeres en edad fértil o ya embarazadas llevados a los hospitales por los socios de ASSIST fueron un valor agregado que mejoró la respuesta a la epidemia.

“A través del tiempo con la intervención, la persistencia a las reuniones, la concientización... aprendimos a medir perímetro cefálico, porque déjame decirte, nosotros los perinatólogos lo pedíamos siempre cuando los niños nacían, tallábamos todos nuestros muchachitos, pero no le poníamos importancia a los decimales... nos ensañaron a medir, nos dieron talleres, se integraron varias sociedades, la de pediatría, la de neurología... y ya al pasar el tiempo nos dimos cuenta que el proyecto de verdad estaba acompañando a uno” (Entrevista proveedores Hospital Robert Reid).

Durante la primera etapa del brote, no existían en República Dominicana pruebas de laboratorio para virus de Zika (Peña et al., 2019). El proyecto ASSIST de USAID, en colaboración con el Laboratorio Nacional, intentó colaborar en la toma de muestras para realizarlas. Sin embargo, realizar las pruebas de diagnóstico clínico con muestras de los pacientes no resultó viable ni costo-eficiente, esencialmente por el tipo de prueba, la cantidad de muestras requeridas para realizarla y las dificultades logísticas de tomar, mantener y trasladar las muestras al

Laboratorio Nacional. Por ello, el proyecto ASSIST de USAID introdujo pautas de diagnóstico más convencionales a mujeres embarazadas: preguntas sobre síntomas de virus de Zika típicos, que incluyen “al menos los 3 signos y síntomas más frecuentes: exantema mácula papular y pruriginoso, fiebre y conjuntivitis no purulenta” (ASSIST, 2018, p. 20). Los casos sospechosos se registraban y se le daba seguimiento.

El proyecto ASSIST de USAID desarrolló estas herramientas con insumos de otros proyectos de la región que tenían también el problema del Zika y en colaboración con los socios de USAID y el MSP. Los proveedores de salud fueron instruidos en varias sesiones de capacitación sobre los pasos a dar en la identificación de casos de Zika. Por su parte, los algoritmos o esquemas de secuencia lógica aplicados para el abordaje a embarazadas fueron publicados en formato amigable y detallados con pasos simples que los proveedores de salud de todos los niveles pudieran aplicar.

En opinión de algunos miembros de EMC, una característica distintiva que hizo de esta herramienta una buena práctica fue que los protocolos de diagnóstico de Zika podían aplicarse en cualquier circunstancia y a todas las pacientes. Además del conocimiento experto del proveedor, su aplicación requería de pocas herramientas y su utilidad potencial era muy alta. De acuerdo con socios implementadores y miembros de los EMC, la aplicación del protocolo de tamizaje de Zika en el nivel prenatal tuvo una incidencia importante en la incorporación del enfoque de género, específicamente por temas de uso del condón como medio de prevención de la transmisión sexual del Zika. En cualquier caso, fuera que se identificaran síntomas de Zika o no, la recomendación a las usuarias fue que debían ser agentes activas en la prevención, dado que la transmisión del virus puede efectuarse mediante relaciones sexuales.

El otro protocolo de tamizaje aplicado fue el de recién nacidos; este salió valorado como el principal aporte del proyecto ASSIST de USAID en materia de atención neonatal de calidad y como la mayor innovación del proyecto en general. El protocolo consistía en la medición inmediata y correcta del perímetro cefálico del recién nacido, mediante la cinta que fue estandarizada y con las medidas que indica la OMS para tales fines. El tamizaje permitía una identificación rápida de signos de microcefalia o de otros indicios de SCAZ al nacer, siguiendo los pasos establecidos por el MSP que se estandarizaron por lo menos en los 17 hospitales de la intervención de ASSIST. En opinión de varios EMC entrevistados y de socios implementadores, “estas son capacidades instaladas que van a quedar en el periodo post-implementación” (Socio implementador, 2019).

“En el contexto de Zika, el tamizaje es sumamente importante, y nosotros aportamos esa evidencia al punto de que la cinta métrica, de medir la cabeza de los niños, cuando se colocaba en la lámpara de cuello de gansos se encogía y los pediatras medían mal... no medían mal, sino que no daba la medida igual. Mucha gente que en términos prácticos entiende que a los pediatras se les olvida medir la cabeza; no es que se le olvida, es que la herramienta se llevó a un lugar inadecuado” (Entrevista proveedores Hospital Hugo Mendoza).

Antes de la implementación, las mediciones del perímetro cefálico eran 1) no estandarizadas, esto es, no se usaban instrumentos apropiados ni se registraban las medidas exactas, que deben incluir los centímetros con decimales; 2) se utilizaban tablas para la medición que no

contemplaban los nacimientos prematuros. En adición, los decimales eran redondeados a consideración del proveedor actuante, lo que para fines de registro constituye un elemento importante de inconsistencia y sesgo del dato. En palabras de un proveedor de salud,

“El problema de los dominicanos es que tenemos la cultura del redondeo, y eso no se puede en materia de medición del perímetro cefálico, porque una diferencia de centímetros puede significar que una microcefalia sea severa o leve” (Técnico del SNS, 2019).

Sobre todo, determinar signos de microcefalia al nacer es crucial para el acompañamiento a la familia y para el diagnóstico correcto de lo que una familia puede esperar de un recién nacido en la medida en que avance en su desarrollo. Un elemento importante sobre este particular lo señalan especialistas del área de neurología pediátrica en el Hospital Robert Reid Cabral, el centro de salud especializado en niños y el que más casos manejó. Según este grupo,

“Poder detectar esto de forma precoz no necesariamente es porque tu vayas a mejorar la enfermedad, pero tú vas a mejorar el entorno del niño, porque no es lo mismo un padre al que usted le dé coaching diciéndole ‘mira, tu niño puede venir con esta condición y lo que podemos hacer es tal y tal cosa’, a diferencia de un papá que tenga un shock al ver a un niño que vino con la cabeza pequeña” (Entrevista proveedores Hospital Robert Reid).

Esta práctica que ha quedado instalada en los hospitales ha sido llevada a los hospitales de expansión y de acuerdo con el protocolo que establece el MSP, este tipo de tamizaje debe realizarse en todos los centros de atención a la salud. Como parte de la estrategia de tamizaje correcto, el proyecto ASSIST de USAID hizo provisión de la cinta obstétrica para la medición del perímetro cefálico y contribuyó con la adherencia a la norma ministerial por los proveedores de salud. A pesar de que esta cinta ha sido el estándar aprobado por la OPS desde 1990, antes de la llegada del proyecto ASSIST de USAID no se utilizaba. En opinión de varios EMC entrevistados, esta medida no sólo fue positiva en el plano de mejorar la práctica médica neonatal, sino porque fue acompañada del insumo necesario (la cinta) para aplicarse.

En términos de calidad del servicio, el tamizaje neonatal tiene implicaciones significativas de integralidad para la atención en salud, especialmente cuando se detecta microcefalia/SCaZ al nacer. De acuerdo con las experiencias narradas por miembros de EMC, particularmente del área de atención a recién nacidos, el nacimiento de un bebé con microcefalia puede ser un evento traumático para las madres dado que, dependiendo de cuan acentuada y visible sea la deformación craneal, las madres reaccionan emocionalmente impactadas.

Personal del área de enfermería comentó que aplicar el protocolo neonatal evita malentendidos si un bebé nace con alguna deformación. De acuerdo a información provista para este informe, en las salas de parto se dan casos en que algunas madres creen que sus bebés han sido cambiados por otros mientras el área de enfermería realiza las primeras medidas al neonato que son de rutina. Para evitar tal situación, el protocolo incluye mostrar a la madre el bebé inmediatamente al nacer.

“Imagínese usted que en el parto a mi como médico me toque recibir una mamá que yo no la conozco y que yo extraiga ese bebé con microcefalia, una mamá

que tiene su documentación de que ella sí se dio seguimiento, pero que nadie le dijo que ese niño tenía o podía venir con microcefalia. Entonces ellos [médicos y enfermeras] para curarse en salud, ¿qué hacían? 'Mire señora, ese es su niño, mírelo bien' [...] o sea era para ella algo frustrante [...] Si yo como médico me llevaba a niño, como regularmente lo hacen a perinatología sin ella verlo, sin yo exponerlo, ella puede decir 'ese niño no es mío, yo me di mi seguimiento' (Entrevista a socio implementador).

Una vez se identifica microcefalia/SCaZ el protocolo establece un abordaje de intervención psicoemocional para ambos padres. Así, parte de las valoraciones de los EMC al proyecto ASSIST de USAID es la interdependencia de una especialidad médica con otra, y en particular, la integración de los profesionales de la conducta en la ruta crítica de atención a madres y padres con niños nacidos con estas condiciones

En resumen, se ha valorado mucho que el proyecto ASSIST de USAID desarrolló ayudas de trabajo, guías y protocolos de diagnóstico prenatal y tamizaje neonatal, permitiendo la intervención oportuna en caso de sospecha de contagio con el virus de Zika, y mejorando sustancialmente las prácticas del personal de salud que atiende a los recién nacidos. Una identificación temprana de microcefalia/SCaZ permite que tanto los proveedores como las familias afectadas se enfoquen en las medidas que deben adoptarse en el hogar para sobrellevar estos casos.

3.6. BPI4: Consejería, apoyo psicoemocional y seguimiento a pacientes de Zika

Los resultados de la encuesta a EMC indican que, para los proveedores de salud involucrados, las intervenciones de consejería, seguimiento y apoyo a usuarias del servicio de salud agregaron valor a las demás intervenciones del proyecto ASSIST de USAID. Dentro de la arquitectura del proyecto, el aspecto de la consejería tuvo niveles de aplicación diferenciados, que son 1) consejería a nivel de atención prenatal; 2) seguimiento a mujeres embarazadas con indicios de virus de Zika, así como orientación en el eventual caso de un bebé nacido con microcefalia/SCaZ; y 3) seguimiento y apoyo psicoemocional a familias con niños/as nacidos con la condición.

En el primer nivel, el seguimiento y apoyo fue orientado tanto a mujeres en edad fértil como para embarazadas, que fueron abordadas en visitas comunitarias (generalmente por socios del proyecto) y en las consultas médicas en los hospitales de intervención de ASSIST. Se les hizo entrega de folletos sobre el Zika, prevención e información sobre las diferentes opciones de planificación familiar que estaban al alcance de las mujeres. La consejería también era impartida por los médicos en las consultas, dando orientación verbal y en formato impreso. A la consejería se le agregó la entrega de condones y repelentes.

En mujeres embarazadas la consejería se aplicó en dos aspectos. Primero, las que no tenían síntomas de contagio de Zika se les proveyó información sobre prevención y sobre el rango de opciones en materia de salud sexual y reproductiva (métodos de planificación), en particular en el uso del condón por cuestiones de transmisión sexual del virus. Segundo, en las mujeres embarazadas con síntomas o mediante prueba diagnóstica de confirmación, se dio seguimiento

particular en la preparación emocional ante la posibilidad de un bebé con microcefalia/SCaZ. Si bien para una embarazada tener el virus no es un diagnóstico automático de un futuro bebé con alguna malformación asociada a SCZ, como práctica de mejora de calidad se aplicó el concepto de preparar a la usuaria para un eventual caso positivo.

“Se le da el seguimiento desde el embarazo hasta que nacen, y si nacen con problemas, bueno, aquí está la terapeuta y los pediatras, todo el mundo entregado con ese gusto, con ese amor... el paciente así en vez de ellos sentirse derrotados y defraudados, se sienten muy apoyados, se siente que no están solos, le están dando un servicio con demasiada calidad y muy humanizado a nivel general del hospital. Ya para nadie es un secreto ningún niño con microcefalia o cabecita pequeña, como dicen ellos, ya ellos no se sienten solos, ellos cuentan con nosotros” (Entrevista proveedores Hospital Regional Taiwán, Azua).

Además de que este aspecto de la intervención del proyecto ASSIST salió altamente valorado en la encuesta, las entrevistas en grupos focales donde participaron proveedores de salud del área de estimulación temprana y de apoyo psicoemocional agregaron una relevancia cualitativa significativa. Según la opinión de varios participantes en los EMC, debido a que el sistema de salud dominicano enfrenta retos presupuestarios y de calidad importantes, el agregado de la salud mental tiende a ser visto como un elemento de menor importancia. Sin embargo, en el caso de ASSIST, estas intervenciones tuvieron una relevancia equiparada a las demás estrategias del proyecto (particularmente las especialidades médicas) y fueron un complemento adecuado que, en palabras de un miembro de un EMC, “dio un rostro humanizante a la salud pública” (Proveedor de salud, Hospital Juan Pablo Pina).

Algunas historias narradas por miembros de los EMC ejemplifican la relevancia de la consejería, y en particular, de cómo esta estrategia se concatenó con la transversalidad del enfoque de género para manejar los casos de niños/as con SCaZ. Entre algunos de los casos más extremos, proveedores de salud participantes indicaron que con el nacimiento de un bebé con malformaciones surgieron recriminaciones acerbadas entre las parejas, y en algunos casos, hombres que abandonaron el hogar (o la relación) porque no aceptarían la responsabilidad de cuidar un(a) niño(a) con esta condición.

Para otras mujeres, el nacimiento del bebé con microcefalia/SCaZ significó el experimentar rechazo y violencia emocional y económica de parte de padres que, aunque mantienen su presencia en el hogar, ponen en duda la paternidad de un “bebé anormal” o culpan a la madre de no haberse cuidado durante el embarazo. En cualquier caso, se trata de reacciones producto de constructos culturales de masculinidad tóxica para los cuales las intervenciones en apoyo psicoemocional brindaron herramientas para manejar la situación. En algunos casos, proveedores de salud mental indicaron que han visto hombres asistir a las terapias y mostrar cambios de actitud. Si bien las terapias no devuelven la salud a los bebés nacidos con SCaZ, los proveedores creen que la intervención mejora el entorno emocional de la familia, se reconfiguran mejor las co-responsabilidades entre la pareja y se incrementa la resiliencia de la familia.

En resumen, la consejería y apoyo psicoemocional ha constituido una de las prácticas más novedosas de la intervención de ASSIST, agregando valor a los insumos provistos y haciendo del servicio en salud en el área materno-infantil una experiencia más positiva.

3.7. BPI5: Gestión en base a indicadores y seguimiento personalizado del representante de ASSIST en hospitales

La gestión del proyecto en el nivel local (del hospital) tuvo una amplia valoración entre los EMC. Fue particularmente de relevancia la percepción que tuvieron los proveedores del seguimiento dado por los representantes del proyecto ASSIST de USAID en los hospitales. El proyecto tuvo por lo menos un profesional de la salud como representante, y en algunos hospitales con varios colaborativos, se asignaron dos. El trabajo de estas personas consistió en dar seguimiento en la implementación de los protocolos, en la motivación al personal médico, de enfermería y administrativo del cual dependía el desarrollo del proyecto, y en un esfuerzo para que, entre tantas prioridades que tiene un hospital del sistema de salud, el proyecto fuera aceptado e incorporado por los proveedores de salud en sus esquemas de trabajo regular.

El aspecto del clima de trabajo y las relaciones humanas entre los actores es muy importante y requiere atención especial en un ejercicio de sistematización de buenas prácticas. Primero, porque en todo proyecto que se implementa, las actividades pasan de ser documentos a acciones concretas en el lugar o espacio donde el proyecto se implementa. Estas acciones las llevan a cabo personas que piensan, sienten y reaccionan. En el caso del proyecto ASSIST de USAID, varios grupos focales de EMC indicaron que sin este elemento de consistencia, de mucha persistencia y de profesionalidad a pesar de los retos, el proyecto no hubiese arrancado o logrado sus objetivos primordiales. En otras palabras, a pesar de tener el apoyo de la cooperación internacional (USAID), del Gobierno dominicano (MSP/SNS) y de la dirección de los hospitales, en la práctica tiene que haber apropiación del actor local para que el proyecto fluya de acuerdo a lo planeado.

“El trabajo de [Nombre oficial ASSIST] es muy bueno, aun cuando varios de nosotros hemos sido duros con él, porque al principio nos costaba adaptarnos. Entonces él va consultorio por consultorio para ver que estén los condones en las gondoleras, qué hace falta, qué si las hojas se están marcando, las coge, las revisa, se las lleva, habla con los médicos, conoce los a médicos... el reto de nosotros es traerlo para acá” (Entrevista proveedores Hospital San Lorenzo de los Mina).

Proveedor EMC 1: Excelente, sí... ¿puede haber algo más de lo excelente?

Entrevistador: ¿Qué cosas hace esa persona que hacen de su trabajo excelente?

Proveedor EMC 1: O sea, él siempre está atento, trata de mantener el grupo, siempre viene con algo nuevo para que nosotros, siempre estemos aplicando los conocimientos.

Proveedor EMC 2: Es una persona muy afable, muy buena gente, respetuosa y cumple con su trabajo, o sea, entrega cien por ciento (Entrevista proveedores Hospital Regional Taiwán).

Por supuesto, una práctica tiene valor según el contexto. Para el caso de ASSIST, el contexto institucional es el sector salud, del que ya se dio una breve descripción en la sección 2. Primero, dependiendo de la zona, los hospitales en el país pueden ser espacios de trabajo muy cargados de trabajo para los proveedores de salud. Algunos hospitales tuvieron la dificultad de estar en remodelación durante la implementación del proyecto. A eso se le agrega la afluencia de pacientes durante el brote del virus, lo que significó un aumento de trabajo, particularmente para hospitales de referencia nacional (especializados).

Por otro lado, en las entrevistas de grupos focales a EMC se sostuvieron conversaciones sobre el aspecto personal de cada proveedor en relación a su función en el hospital y su opinión de haber participado en el proyecto. Un argumento frecuente para explicar la resistencia inicial al proyecto ASSIST de USAID es que en el imaginario de los proveedores de salud, participar en proyectos sea de corte local o de cooperación internacional ya es visto como una carga adicional a su ritmo de trabajo. Además, muchos participantes de los EMC tienen reservas sobre proyectos que, en su opinión, se implementan, tienen éxito mientras el proyecto está vigente, y luego el sistema de salud vuelve a su normalidad una vez ha concluido el proyecto.

En esa dirección, ASSIST fue recibido con un grado importante de incredulidad por los proveedores, y en particular, por ser un proyecto que se enfoca en un tema poco conocido, como el virus de Zika. Aquí es donde el trabajo del representante jugó un papel muy importante: primero, derribar las barreras del rechazo, de la indiferencia, de la incredulidad. Segundo, el proyecto tuvo que trabajar en el cambio acerca de maneras de hacer tareas que eran ya convencionales (ej., la medición del perímetro cefálico). Las actividades formativas fueron de gran ayuda porque una vez los proveedores que eventualmente entendieron el valor de lo que el proyecto traía al hospital, el interés y el nivel de involucramiento mejoró.

El trabajo de los representantes de ASSIST también incluyó el monitoreo y seguimiento a las actividades en base a indicadores. Con ello se aseguraban que los servicios prestados en el marco del proyecto se ejecutaran como previstos en el plan de acción. De acuerdo con representantes del proyecto, el trabajo en los hospitales también requirió de una gran capacidad de adaptación al ritmo de trabajo de cada hospital. Indican que hubo que hacer esfuerzos importantes para concitar el apoyo de otros departamentos como el administrativo o el de gestión de calidad, áreas de un hospital que generalmente no se conciben como parte de la atención materno-infantil.

“En mi caso el proyecto logró que se tomara el perímetro, que se interpretara con las tablas, que se tamizara los niños, llámese peso, talla, hasta ponerles el sexo en el registro, porque ni eso se hacía en esos hospitales, esa era parte del colaborativo de atención prenatal. Se logró que se implementara la consejería, que no se hacía en ese hospital. En el hospital no se hacía ningún tipo de consejería, ni de lactancia luego del parto, y se ha logrado todo eso y en el colaborativo el cual había apoyo, se logró una red donde se atendieran a esos niños con todo tipo de malformaciones, se comenzó con lo que fue en los niños con microcefalia y el hospital también quiso agregar a los otros niños con

malformaciones. Inclusive, se ha logrado una consulta solamente para esos niños”.

Antes esos niños tenían que ir al hospital, llegaban a las siete de la mañana, venían, tenían que levantarse a las cinco, llegaban a las siete y lo atendían a las 12 del mediodía o a las 11:00 a. m., ahora no, ahora ya se separó de la consulta de seguimiento, pues ya tienen una consulta sólo para ellos. Igual se logró también en el área de registro, que no durarán tantas horas porque sabemos que nuestros hospitales de [región] tienen un problema con el registro, que cualquier paciente llega a los registros, y tiene que esperar dos horas para que su récord pase de ahí a la consulta, eso se ha mejorado también en todas las áreas del área de atención al neonato, y en el área de consulta previa (Entrevista a oficiales de proyecto ASSIST de USAID).

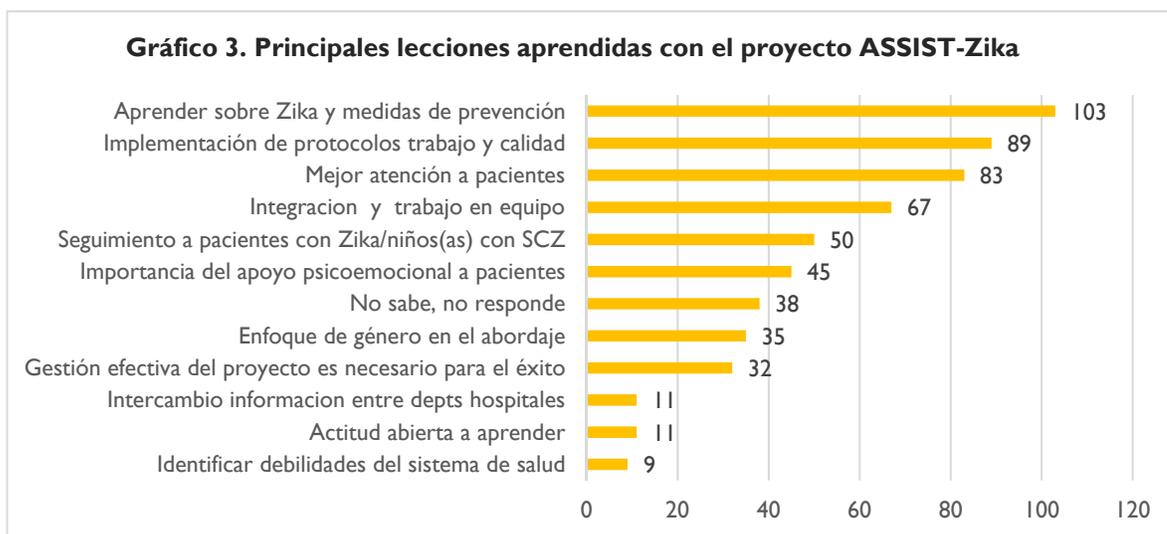
Además de una gestión de seguimiento a los indicadores y de la aplicación de los protocolos fue clave que los representantes del proyecto fueran profesionales de la salud, en específico médicos. Esto facilitó que no sólo la interacción estuviera en el mismo nivel que el de los proveedores, sino también que fue importante que ellos vieran en el/la representante del proyecto alguien capacitado en el tema de salud. Para fines de sostenibilidad y aprendizaje de futuros proyectos, es importante tener en consideración que una de las características del trabajo con la salud es la significancia de la profesión médica en el imaginario colectivo y los constructos que se tejen alrededor de esta profesión, factor que puede perjudicar o ayudar a un proyecto, dependiendo de cómo se conciten los apoyos. En el caso de ASSIST, a pesar de las dificultades en las primeras etapas al final se pudieron organizar los EMC, que fueron por sobre todo el eje fundamental de los logros en la implementación del proyecto.

En resumen, los EMC valoraron positivamente que el proyecto ASSIST de USAID además de los insumos que proveyó y de la formación y capacitaciones, agregó el componente del registro unificado de los pacientes, que significó un trabajo colaborativo y apoyado por el MSP. Se valora que la toma de registros para el seguimiento continuo pudiera ser utilizado dentro de una misma ruta crítica para el paciente; esto es, que un paciente, en vez de tener diferentes fichas en las diferentes etapas, como en el caso de las mujeres embarazadas, pudiesen tener un solo registro que permitiera el seguimiento desde la atención temprana prenatal hasta, de ser necesario, la atención y apoyo psicoemocional si hubiese un caso síndrome de SCaZ.

3.8. Experiencias de aprendizaje: Lecciones del Proyecto ASSIST de USAID

El siguiente componente de la sistematización que este informe trabaja son los aprendizajes que los actores del proyecto describen, desde un proceso de reflexión final. Como bien recomienda O. S. Holliday, “la sistematización de experiencias, buscan construir aprendizajes que trasciendan la experiencia o los proyectos que les sirvieron de referencia y que, por tanto, los aprendizajes buscan aportar criterios útiles para otras prácticas” (Jara Holliday, 2012, p. 67).

En esencia, este es uno de los aspectos más reflexivos de la sistematización, y la recolección de datos para este informe ha intentado llevar a los participantes a reflexionar en aprendizajes en tres vertientes: 1) lo que ellos como proveedores de salud entienden que han aprendido, particularmente, aprendizajes que impactan sus desempeños como servidores en esta área de trabajo, y a la vez que se traducen en conocimientos para sí mismos como profesionales; 2) lo que los proveedores y socios y gestores del proyecto creen que el sistema de salud ha aprendido (o que debió aprender en todo caso); y 3) lo que los participantes creen que la institución cooperante (USAID) y la gestora del proyecto ASSIST de USAID deben saber para proyectos futuros. En el **Gráfico 3** se presentan las principales lecciones aprendidas (LA) que emergieron durante el trabajo de campo para el presente informe:



3.9. LA1.- Los proveedores de salud deben estar abiertos al aprendizaje para la mejora de su desempeño y del sistema

La lección más importante que los proveedores de salud participantes de los EMC indican que les enseñó el proyecto ASSIST de USAID es que la actitud abierta al aprendizaje, en el reconocimiento de las limitaciones, sea conocimiento u otro recurso, es un paso necesario para incorporar nuevos paradigmas y conocimientos en el campo de la salud pública. En palabras de un funcionario del SNS,

“el proyecto ASSIST significó para nosotros los médicos un cambio de paradigma, tal vez el principal aporte del proyecto ha sido eso, un reenfoque de cómo hacer las cosas, no solo para Zika, también para otras áreas” (Técnico del SNS).

Muchos miembros de EMC afirmaron que aunque la medicina es una ciencia en constante cambio, una de las dificultades al implementar el proyecto fue la resistencia de muchos médicos a tener que aprender. En particular, esto fue más evidente con médicos de muchos años en

ejercicio y de especialistas de mucha reputación. El cambio de actitud facilitó que los aprendizajes llegarán a ser relevantes en el plano individual de los proveedores, lo cual va en relación directa con la principal buena práctica que se describe en acápite anterior: formación de capacidades fue la buena práctica más señalada por los diferentes EMC.

Lo que entienden haber aprendido fue principalmente a 1) manejar la epidemia del Zika, conociendo sus particularidades, mecanismos de propagación y efectos en los humanos; 2) estar abierto a que para aprender hubo que ejercitar la modestia profesional y reconocer que todos los que manejan pacientes con virus de Zika necesitaban aprender a trabajar en equipo. En algunos de los grupos focales fue muy recurrente esta frase: “nos enseñó [el proyecto] a manejar el Zika” o “no sabíamos nada del Zika hasta que llegó ASSIST”.

Algunos proveedores de salud dijeron frases como “eso no está en los libros de medicina” o “no me hablaron de eso en la universidad”. Por ello, su participación en los EMC y del proyecto ASSIST de USAID constituyó una oportunidad de no sólo enriquecer su conocimiento para dar una respuesta adecuado a una problemática de salud pública de gran relevancia, sino que significó para los proveedores en los EMC una gran experiencia de aprendizaje en cuanto a métodos de trabajo, como lo es el modelo de mejora continua de la calidad, el cual trasciende al problema de Zika y puede ser aplicado a otras áreas de la práctica médica o de la gestión hospitalaria.

Junto con los conocimientos sobre la enfermedad se generaron otras intervenciones que fueron tan importantes como las de respuesta a la misma enfermedad. Por ejemplo, en varias de las encuestas, así como en los grupos focales, muchos proveedores de salud indicaron que conocer que el virus de Zika podría ser transmitido por la vía sexual fue uno de sus mayores aprendizajes. Para otros, fue la aplicación de protocolos y de métodos sistemáticos en sus respectivas áreas de trabajo lo que hizo del proyecto ASSIST de USAID una oportunidad interesante. Igualmente, la orientación de los trabajos por áreas especializadas (los colaborativos) constituyeron nuevos modos de trabajo que, en opinión de varios EMC, indicaron era una de las principales capacidades adquiridas con el proyecto.

La actitud abierta hacia el aprendizaje puede facilitar el trabajo con áreas diversas de la atención en salud. En el caso de Zika, los efectos de la microcefalia/SCaZ requerían de otras especialidades que típicamente no se vinculan con la atención prenatal (ej., la oftalmología). En hospitales donde había personal de otras áreas que no eran parte del proyecto, la colaboración tuvo diversos grados de facilidad en su ejecución, pero en general, positiva. Un caso particular fue el Hospital San Lorenzo de Los Mina, donde en el pico de la epidemia no tenían médicos pediatras y ortopedas. A razón de que la microcefalia/SCaZ puede causar retrasos y malformaciones físicas, no solo en la cabeza. Para tratar esos casos, se estableció una colaboración con especialistas pediatras-ortopedas del Hospital Darío Contreras.

Hay otros aprendizajes en esta misma dirección que fueron sugeridos por las opiniones de socios implementadores. Por ejemplo, la representante de la institución Breakthrough ACTION en República Dominicana indicó la importancia del tipo de mensajes en la estrategia de comunicación sobre el problema del Zika. Dado que la implementación del proyecto ASSIST de USAID requeriría abordar cambios de comportamiento, un análisis más pormenorizado de la

manera en que se dicen y se interpretan los mensajes de prevención (en este caso Dengue) identificó distorsiones o estrategias poco efectivas que reducen el alcance de la comunicación. Este fue un aprendizaje importante porque ya existía en el país prácticas de campañas anteriores para el caso del dengue que tenía según la evidencia recolectada por varios estudios distorsiones qué medida van a su implementación mediante estudios rigurosos que permitan identificar cuáles tienen impacto y los que no.

En resumen, para hacer cosas nuevas o diferentes en un proyecto de salud que va a intervenir a médicos y otros proveedores, se requiere trabajar primero la percepción de utilidad de la formación, haciendo relevante los encuentros de aprendizaje y estableciendo una red de aprendientes que retroalimenten de manera iterativa el valor de los aprendizajes, así incrementando la inclinación a participar de manera activa.

3.10. LA2.- Implementar protocolos y utilizar las herramientas disponibles mejoran la calidad de la atención

Esta es la segunda lección más importante aprendida con el proyecto ASSIST de USAID, según lo que han indicado los miembros de los EMC. Aunque la práctica médica es una de las ciencias donde los profesionales de la salud se entrenan para seguir protocolos, observarlos a medias o no aplicarlos se da con frecuencia, por diversas razones. Por un lado, los EMC argumentan que las deficiencias persistentes de la salud pública, de las que ya se ha hecho mención en este informe, dificultan cualquier intención de los proveedores en aplicar un protocolo según la normativa: falta de espacio físico, falta de camas, personal médico/enfermería insuficiente para el volumen de pacientes, etc.

La aplicación de protocolos, algoritmos y estándares en la atención no solo mejoran el desempeño en la ejecución de las tareas de cada proveedor, pero además remueve la necesidad de improvisar o de interpretar los hechos bajo criterios propios. Por ejemplo, la medición del perímetro cefálico ahora no se hace con una cinta inapropiada, y le evita al proveedor hacer un juicio subjetivo de si el bebé tiene su cabeza dentro de los parámetros de normalidad o no. Al aplicar la cinta aprobada y leer los valores en la tabla, el proveedor reduce al mínimo el margen de error, se recoge el dato preciso y se le da un diagnóstico al usuario que es certero.

‘Aquí en el hospital el proyecto ha sido de mucho beneficio, porque aparte de lograr lo que es el indicador principal, la toma del perímetro cefálico, que se hiciera siempre... o sea, lo hacíamos, pero no veíamos realmente la importancia que eso tenía para el departamento y a nivel nacional, realmente. Nosotros cumplimos con ese indicador al cien por ciento... y eso es positivo’ (Entrevista proveedores Hospital Nuestra Sra. de la Altagracia).

Las herramientas de trabajo deben acompañar a los proyectos si se quiere que los implementadores locales hagan lo que indica la teoría. Esto significa que no basta con indicar qué es lo que se debe hacer sino que debe ponerse en sus manos herramientas a la vez que se acompaña a los implementadores. Esto fue un factor importante en el desarrollo del proyecto y significó que el modelo de acción basado en la calidad era haciendo y colaborando de manera iterativa hasta conseguir que la acción se volviera una práctica institucional.

En resumen, la gran lección en este acápite es que el sistema de salud puede hacer mejoras considerables aun sin recursos adicionales, solo con aplicar insumos que no requieren de fondos adicionales o de herramientas de trabajo complejas y costosas. Esto puede ser cierto mucho más allá del contexto de Zika; puede ser útil en todos los servicios de los hospitales, en la gestión a niveles de las regionales y del MSP y SNS. Los protocolos se han creado para reducir el error humano, y en caso de ASSIST, los EMS valoran altamente que, a pesar de las dificultades en implementarse, aplicar estas herramientas deja un saldo positivo en favor de la salud colectiva.

3.11. LA3.- Humanizar el sistema de salud a través de una mejor atención a los usuarios

Para un número importante de proveedores en los EMC, con el proyecto ASSIST de USAID los pacientes adquirieron una mayor relevancia en el contexto de la atención. La mayoría de los EMC señalaron que la articulación del proyecto con los usuarios como foco de los servicios fue un aprendizaje de gran importancia tanto para ellos como profesionales de la salud como para el sistema de salud en general. La respuesta a una epidemia como el Zika no puede ser sólo técnica; es también humana, y en tal virtud, el proyecto ASSIST de USAID deja como lección que es posible con los recursos que se tienen actualmente tratar de elevar y humanizar la atención en salud.

Uno de los argumentos principales para explicar la baja calidad de los servicios de salud es el factor recursos financieros. Como en efecto se argumentó en acápite sobre el sistema de salud, la baja inversión en salud es posiblemente el principal escollo en materia sanitaria en la República Dominicana. Si bien esto es importante, los proveedores participantes en el proyecto ASSIST de USAID han indicado que con las mismas condiciones de trabajo y los mismos salarios ellos han podido elevar la calidad de la atención a los usuarios. Con los mismos recursos del hospital excepto algunas excepciones, se ha podido darles un trato más humano y un seguimiento a los casos de niños/as con SCaZ que no son típicos de nuestro sistema de salud.

Dentro de esta misma lección se agrega lo aprendido acerca de trabajar las intervenciones con un enfoque de género. La intensidad de la crisis de Zika y la rapidez con que el proyecto debió implementarse pudo haber relegado a un segundo plano que el sujeto de intervención primario eran personas del sexo femenino. Y en el caso particular de la salud sexual y reproductiva, las dinámicas socioculturales de las relaciones de género tienen un peso muy importante, tanto que puede mediar negativamente en la efectividad e impacto del proyecto. Por tanto, es crucial que se aborde el factor género y la manera en que éste se construye y se reproduce en el contexto nacional y local desde el diseño del proyecto.

“Ha sido una barrera el tema de género... increíble, yo creo que para todos los socios[...] Comenzando con el tema no solamente de la protección sino hasta para las acciones de prevención, en términos de lo que es entorno del hogar y de la comunidad, porque todas las actividades de prevención y de protección están responsabilizadas en la mujer a nivel sociocultural, entonces fue un poco desmontar mucho ese imaginario, esa estructura que hay concebida ya por la sociedad, de lo que.... si son jornadas de limpieza a la mujer le toca, si son los tanques, ‘eso tú eres que te tienes que cuidar’, Si es la planificación misma, la protección, o sea, fue un [un desafío]; entonces, lo que hicimos fue innovar en

el tema de las actividades que no estuvieron contempladas" (Entrevista socio implementador).

Varias opiniones de EMC, socios y técnicos del SNS subrayan la relevancia de esta lección y de cuán útil ha sido la experiencia con el proyecto ASSIST de USAID para ponerla en evidencia. Para un técnico del SNS, "el abordaje de género como factor decisivo en el éxito del proyecto es una de las lecciones más importantes que nos queda" (Técnico SNS). Para que intervenciones como la que ha aportado ASSIST tengan un impacto mayor, el enfoque de género en el abordaje es primordial dado que trabajar con usuarias de los estratos socioeconómicos más pobres no depende tanto de las bondades del proyecto sino de cuánto se puede convencer o ayudar a las mujeres a tomar la información y tomar decisiones al respecto.

Es importante acotar que es muy amplia la evidencia empírica sobre la limitada capacidad de agencia de las mujeres pobres; esto explica que las habilidades cognitivas y estratégicas en general de las personas pobres tienden a ser limitadas. Si aplicamos esta premisa al proyecto ASSIST de USAID en el contexto de las lecciones aprendidas en temas de género, se puede diseñar el proyecto asumiendo que los sesgos cognitivos de la pobreza, aunado al factor de las desigualdades de poder en las relaciones de pareja, serán aspectos que deben ser abordados desde el inicio. Aunque con más recursos el sistema sanitario puede dar mejor servicio, el proyecto ASSIST de USAID ha demostrado que mejorar la calidad en el servicio, además de insumos y protocolos, es una cultura de la institución que puede crearse.

En resumen, humanizar los servicios es un deber del sistema de salud y un derecho de los usuarios a recibirlo de esa manera. Humanizar también implica considerar el impacto de las dinámicas de género en la población objetivo del proyecto, para así personalizar el servicio, hacerlo amigable, con sensibilidad, y dando espacio suficiente para trabajar el cambio de comportamiento. En este sentido, el acercarse a estas poblaciones requiere que la intervención esté permeada de un enfoque de derechos, pero a la vez conscientes de que los constructos de género no siempre son perceptibles y que pueden estar midiendo muy sutilmente en la manera en que el proyecto se desarrolla.

3.12. LA4.- Integrar a los actores y trabajar en equipo incrementa el impacto del proyecto

La capacidad de trabajar en equipo es considerada una habilidad fundamental para el logro de objetivos comunes en la complejidad de la sociedad actual. Esta capacidad ha sido también señalada como una lección aprendida del proyecto ASSIST de USAID. Los proyectos tienen mayor posibilidad de éxito cuando puede haber integración y trabajo en equipo de todos los involucrados. En el proyecto ASSIST de USAID uno de los grandes desafíos fue reunir y trabajar con las diversas especialidades, dado los conflictos de horario y de volumen de trabajo que cada hospital tiene. Esto es aún más relevante cuando se trata de hospitales de tercer nivel.

Sin embargo, mediante un gran esfuerzo de los gestores y oficiales del proyecto, así como de personas clave en los hospitales que empujaron para que otros se unieran a los equipos de trabajo, no hubiese sido posible realizar todo lo que a través de ASSIST se ha hecho. Es importante señalar que pese a los logros, la cohesión de los equipos no fue un proceso lineal.

En varios de los grupos focales con EMC se narraron experiencias de poca disposición, sumado al estrés del trabajo y las precariedades de los hospitales, fueron detonantes para actitudes desinteresadas y en ocasiones, hostiles hacia el proyecto ASSIST de USAID.

“En nuestra experiencia, el proyecto lo vimos como ‘más papeles, más trabajo’, y al principio hubo médicos que no querían participar porque pensaban que tantos proyectos que vienen y van, uno se cansa. Pero cuando comenzaron las charlas y se vio la importancia del tema, entonces el hospital tuvo que seleccionar un equipo que iba a trabajar con el proyecto, entonces ahí querían entrar más y no podían” (Entrevista proveedores Hospital Nuestra Sra. de la Altagracia).

La lección también indica que el trabajar con sectores como la salud pública puede implicar una curva de integración más larga de lo anticipado, y que es fundamental que se agote este proceso si el éxito del proyecto depende del trabajo mancomunado. En este sentido, en el trabajo de campo para este informe se identificaron EMC con alto nivel de capital social, que a su vez pudieron implementar mejor las acciones del proyecto, mientras que en otros EMC donde el personal de salud estuvo más disperso y menos cohesionado, el nivel de integración salió reflejado tanto en las entrevistas a oficiales del proyecto como a otros involucrados.

Indagando en cuáles razones pudieron incidir para que el proyecto ASSIST de USAID tuviera más cohesión de los EMC en un hospital que en otro, tenga más nivel de colaboración que otros las razones encontradas apuntan al clima organizacional que se da de manera particular en un hospital y no en otro. Por ejemplo, hay hospitales donde los integrantes de los EMC se ven como parte de un gran engranaje y están más abiertos a colaborar entre ellos. Esto podría ser una razón por la que en el contexto del proyecto pudieron lograr más que otros hospitales donde los especialistas, gerentes, personal de enfermería y médicos no logran unificar criterios con respecto a su involucramiento en el proyecto.

Un hallazgo importante dentro de este acápite es que a mayor nivel de integración de médicos, personal de enfermería, psicología y de la administración de un hospital en los EMC, se incrementa el sentido de pertenencia al equipo de los miembros que no son médicos. Una lección aprendida es que es posible la colaboración interdisciplinaria, donde se respetan las competencias y se valoran los esfuerzos de cada miembro del equipo sin importancia del rango o prestigio de la función que ejerza cada quien, sino por lo que cada uno aporta al logro de los objetivos comunes, tanto del proyecto como del hospital.

“Esa es la parte en que nosotros también creemos que el proyecto hizo su parte, porque a medida que nos capacitaban, fue bueno para nosotras como enfermeras, porque ya los médicos tienen otro nivel de capacitación, lo de nosotros es de seguimiento e identificar. El proyecto hizo mucho énfasis en que la enfermera identifique en conjunto con el médico en la parte comunitaria... y a la llegada a la parte clínica ya hay otro proceso, porque es un equipo multidisciplinario” (Entrevista proveedores Hospital Hugo Mendoza).

Durante entrevistas en grupos focales en algunos hospitales, psicólogos/as y personal de enfermería expresaron que por primera vez se habían sentido importantes dentro de un

proyecto, porque en los talleres de formación y capacitación que trajo ASSIST tanto ellos como los médicos especialistas estaban en el mismo nivel, aprendiendo. En adición, es importante que cada miembro del equipo pueda ver cómo su integración y el rol que ejerce es parte de una cadena que si es bien ejecutada, agrega valor al producto final. En el contexto del proyecto ASSIST de USAID, esta cadena comienza por la atención prenatal y concluye en el seguimiento a los casos de SCaZ.

Además de la integración horizontal entre proveedores de salud en los EMC, otra lección importante es la integración vertical que se dio en algunos hospitales entre dirección y personal de planta. En un grupo focal de un hospital que atiende a una población considerable de mujeres embarazadas, asistió a la reunión la persona que ejerce la dirección del centro. La persona narró que el proyecto ASSIST de USAID era una de las mejores experiencias que había tenido el hospital como instrumento para incrementar la calidad de la atención y que los aprendizajes dentro de su administración ya eran una capacidad instalada que quedaba. El involucramiento de la dirección fue también importante debido a que, de acuerdo a los propios miembros de los EMC, su interés en el proyecto al inicio era muy bajo. Sin embargo, la reticencia de esos proveedores en involucrarse fue disminuida en la medida en que la dirección del centro colocó al proyecto como una prioridad.

En resumen, la integración de los actores locales a una línea unificada de trabajo es clave para que el producto final del proyecto sea de calidad. Para lograr la integración, los proyectos deben superar barreras como el desinterés, la incredulidad en los proyectos de cooperación, la carga de trabajo, la desarticulación entre diferentes áreas de atención o entre gerencia y personal de planta. En proyectos como ASSIST, dirigidos a mejorar la atención en centros de salud, sin esta integración los beneficios potenciales pueden ser mínimos en tanto dependen de cuánto lo incorporen los miembros a sus prácticas de trabajo. Un mapeo inicial sobre clima organizacional puede identificar los niveles de capital social en un centro de salud, y en función de ello gestionar acciones para promoverlo, según se requiera.

3.13. LA5.- El seguimiento a pacientes con microcefalia/SCaZ agrega valor al servicio de salud

En el ámbito de la salud materno-infantil, y en el contexto de Zika, el cuidado y la atención de calidad deben seguir más allá del nacimiento. En efecto, reducir la mortalidad durante los primeros cinco (5) años es uno de los mayores retos que tiene el sistema de salud dominicano. Dependiendo de la severidad, la posibilidad de muerte temprana en niños/as nacidos con SCaZ es alta y darles un seguimiento a las familias con estos casos ha sido valorado como una lección importante para el cuidado en el área materno-infantil y en la salud familiar.

De acuerdo con miembros de EMC en área de cuidado y apoyo, los protocolos de seguimiento agregan un elemento de valor importante, en tanto mejoran la atención para niños(as) así como a sus padres, quienes están en mejor condición psicoemocional para enfrentar el desafío de ser padres de un niño/a que tiene complicaciones de salud permanentes y/o el riesgo de morir a una edad temprana. El proyecto ASSIST de USAID demuestra que un hospital puede ser el espacio para llevar estas tareas a cabo; en específico, las salas de estimulación

temprana donadas por USAID en el marco del proyecto han sido catalogadas por los EMC como aportes significativos en la mejora de la atención en salud y para el seguimiento a psicoemocional de las familias que viven con casos de SCaZ.

“En mi opinión, hay tres grandes lecciones del proyecto ASSIST... primero, la capacitación del personal de salud, la humildad que hay que tener para aprender lo que no se sabe... segundo, los protocolos para hacer las cosas con calidad... la tercera son las salas de estimulación temprana, que ha sido un cambio importante en cómo atendemos y damos seguimiento en el área materno infantil. De hecho, la consideramos tan importante que el Servicio va a continuar y expandir ese servicio, porque de verdad que ha sido muy bueno (Entrevista a técnico del SNS).

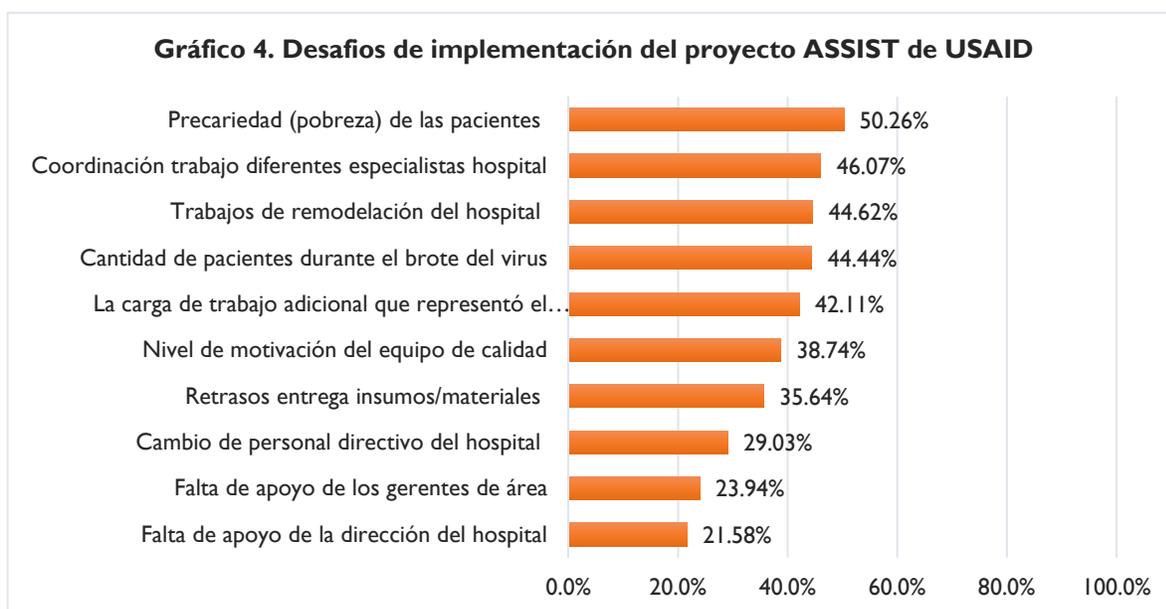
Un técnico del SNS indicó que las salas de estimulación temprana representan un valor agregado tan importante para la atención materno infantil que el SNS tenía contemplado seguir con la construcción de otras similares en otros hospitales del país, dado que es complicado para padres en el interior del país trasladarse varias veces por semana a las salas existentes, a saber, una en Hospital Robert Reid Cabral (Distrito Nacional), una en el Hospital San Lorenzo de Los Mina (Santo Domingo Este), y una en el Hospital Regional Taiwán (Azua). En su opinión, la donación de estos espacios ha significado un avance positivo en la mejoría de la oferta de atención en salud a la población más pobre.

El seguimiento a los pacientes dignifica y humaniza el servicio, especialmente para la población que asiste a centros de salud pública. Pese a que muchos proveedores de salud están conscientes de esa necesidad, las tareas diarias de su trabajo en los hospitales no les permite enfocarse en ello como quisiera, y a veces el seguimiento puede ser una práctica esporádica. Los protocolos del proyecto ASSIST de USAID han sido diseñados para sistematizar el seguimiento, para darle un lugar de relevancia en la cadena de valor del servicio hospitalario, con muy buenos resultados.

En resumen, sistematizar el seguimiento a pacientes implica asignar recursos y voluntad, pero es la manera en que deja de ser un evento esporádico y llega a ser una parte integral de la atención. En el caso ASSIST se ha hecho en el ámbito de la salud materno-infantil, sin embargo, la metodología de aplicación del modelo de calidad es transferible a otras áreas también importantes de la salud. Los resultados con esta intervención demuestran que el hospital puede ser un espacio amigable para padres y niños/as en condición de SCaZ.

3.14. Desafíos de implementación del proyecto ASSIST de USAID

En la gestión de todo proyecto se contemplan las variables que amenazan la implementación o que pueden reducir el impacto que se espera del proyecto. En el caso de ASSIST-Zika, el proceso de sistematización también recabó información de los desafíos, que se pueden definir como situaciones indeseadas que dificultan los procesos de implementación de las acciones del proyecto. Es importante que al repensar los retos que los actores identificaron, el análisis se conecte con el contexto de la problemática que el proyecto ASSIST-Zika vino a intervenir y no como retos aislados. También es útil enmarcar los desafíos en el contexto de la salud pública como sistema, pensar en las dimensiones socioeconómicas de la epidemia y la complejidad del manejo de una enfermedad que en la práctica era desconocida por la comunidad médica dominicana. En el **Gráfico 4** se detallan los desafíos del proyecto (DP) más relevantes que fueron indicados por los equipos de mejora y por socios, colabores y gestores del proyecto.



3.15. DP1. Lograr cambios de comportamiento con personas de estratos socioeconómicos muy bajos

Aunque el proyecto ASSIST de USAID articuló una serie de intervenciones que finalmente quedaron sistematizadas en los EMC, el objetivo principal de la intervención eran los pacientes. Trabajar cambios de comportamiento es un desafío muy complejo en cualquier circunstancia que requiera romper costumbres e incorporar nuevos hábitos. Pero por los efectos cognitivos y de aprendizaje sociocultural que tiene la pobreza, lograr cambios de comportamiento en estas poblaciones puede muy desafiante. De acuerdo a proveedores de salud en los EMC, la precariedad de los pacientes constituyó un desafío importante, mediando en asuntos tan nodales como la toma de decisiones en materia de protección durante el embarazo, o en la aplicación de las medidas para reducir la exposición al mosquito.

En resumen, el desafío de trabajar con poblaciones vulnerables es que no siempre responden a las intervenciones como el proyecto lo espera. ASSIST tuvo la ventaja de trabajar con socios que se encargaron de manejar esa parte, lo que pudo facilitar que las usuarias llegaran a los hospitales con un mayor grado de concientización. Poder movilizar las comunidades al cambio es importante, particularmente porque el foco de la epidemia de Zika no estaba en los hospitales sino en los espacios físicos donde la gente vive, que desafortunadamente son condiciones que permiten la reproducción del mosquito agua.

3.16. DP2. Los procesos burocráticos en el sector público

Es evidente que la respuesta al problema del Zika no pudo realizarse sin la coordinación del MSP y del SNS, dado el rol que tiene cada uno, tanto como rector del sistema como en la gestión de los hospitales. Sin embargo, hubo una sensación de urgencia en los socios implementadores de ASSIST que no parece haber tenido la misma celeridad en el sector de la salud pública, a pesar de que el proyecto tuvo la aprobación del MSP mediante acuerdo con USAID. Un área en particular donde la burocracia ralentizó las estrategias del proyecto fue en lo concerniente a la publicación de guías y a los mensajes que se iban a dar, lo que, de acuerdo con varios socios implementadores, eran sometidos a un proceso de revisión donde la burocracia del sistema hacía más lento y largo el proceso, pese a la necesidad de responder rápido a la emergencia.

Navegar el complejo entramado burocrático es un desafío inclusive para técnicos y funcionarios del sector salud. De los entrevistados para este informe, señalaron que hay procesos y prioridades que no están en sus manos, que dependen de una cadena de jerarquías y de cuestiones inclusive presupuestarias, lo que tiene un efecto dominó hacia los hospitales. También es importante resaltar que un país como República Dominicana la salud pública tiene varios frentes de atención a la vez, que requieren de atención inmediata y por tanto el desafío implica una competencia entre a cuál crisis responder primero y a cuál dedicar los escasos recursos que el sector salud.

En resumen, la burocracia estatal en el sector salud constituye un fuerte desafío en la implementación de proyectos de cooperación. En el nivel local, la burocracia puede afectar la rapidez con la que un hospital puede desempeñar actividades o articular colaboración de los proveedores. Es importante considerar calcular en el diseño de proyecto el efecto que puede tener la burocracia e identificar personas clave que pueden acelerar procesos.

3.17. DP3. Hospitales en proceso de reconstrucción

De los proveedores encuestados, solo el 45% afirmó que las reconstrucciones del hospital fue un desafío. En los encuentros con EMC en varios hospitales, particularmente en los de tercer nivel, indicaron que hacer el trabajo mientras su hospital estaba en remodelación supuso una carga adicional de trabajo, estrés y precariedades. La remodelación de varios hospitales de primer y segundo nivel además incrementó el volumen en los hospitales de referencia nacional, por los envíos de pacientes desde otros centros a estos.

En adición al brote de Zika, los hospitales que son maternidad también vieron un aumento del volumen de pacientes por la remodelación de centros de menor nivel. Allí los EMC tuvieron desafíos para coordinar el trabajo entre especialistas y áreas, para aplicar protocolos, para realizar actividades formativas, en razón de la alta demanda de atención. Aunque las remodelaciones comenzaron antes de la llegada del proyecto ASSIST de USAID, era necesario intervenir en ellos dada la urgencia del virus. Lo que ha sido evidente es que los proveedores de salud en el sector público pueden sortear los inconvenientes de trabajo en tales condiciones, aun cuando hace falta personal, o el espacio físico no está en condiciones adecuadas. En resumen, un factor como este debe tenerse en cuenta para futuros proyectos porque puede ser una limitación importante.

3.18. DP4. El proyecto como carga adicional de trabajo

Si bien el proyecto en términos reales iba a facilitar y hacer más eficiente el trabajo de los proveedores de salud, de entrada, la percepción que muchos de ellos tenían del proyecto era de una actitud de incredulidad o de rechazo porque consideraron que la carga de trabajo ya era suficientemente alta. En hospitales de referencia nacional, algunos especialistas con grandes cantidades de pacientes consideraron no involucrarse por 1) trabajo adicional, y 2) mayor resistencia al cambio que proveedores de menor experiencia. Esto fue particularmente importante porque hay posiciones clave en el organigrama de un hospital que fueron necesarios para la implementación, y en su resistencia a colaborar, los representantes de ASSIST tuvieron que encontrar otras maneras de seguir en marcha con el proyecto.

Con el transcurso del tiempo, en realidad el proyecto ASSIST de USAID llegó a ser visto como una **oportunidad** de mejora que facilitaba el trabajo de los proveedores. Como ya se argumentó en el caso de los protocolos, estos mecanismos están para eficientizar. En ese sentido, el desafío no fue tanto la carga adicional sino la creencia a priori de que así sería. Esta información también fue confirmada por técnicos del SNS, reconociendo que de entrada los privados de salud pueden tener percepciones en base a experiencias anteriores con proyectos de cooperación, lo que plantea la necesidad de que un proyecto se cerciore de ganar como aliados a los actores locales, porque la percepción errada acerca de un proyecto o iniciativa puede ser más determinante para su éxito que la realidad.

“Nosotros lo vimos como ‘ah, más trabajo... ¡cuántos papeles!’... En el hospital se seleccionó un grupo, y en mi grupo después lo acogimos muy bien, porque vimos la importancia tanto para el niño como para el registro de estadísticas, porque no sabíamos nada sobre la enfermedad. Después que los demás vieron cómo eran los talleres, quisieron participar, porque el proyecto ha sido de lo mejor que la ha pasado al hospital, con los protocolos, y pienso que esto debe aplicarse a otras áreas del hospital y con otras patologías” (Entrevista proveedores Hospital Nuestra Sra. de la Altagracia).

Había algunos que se quedaron rezagados, y ahora que ven los resultados, están como ‘Sí, valía la pena’. Lo difícil es que este es un trabajo multidisciplinario y se necesita trabajo en equipo, y eso a veces es difícil.

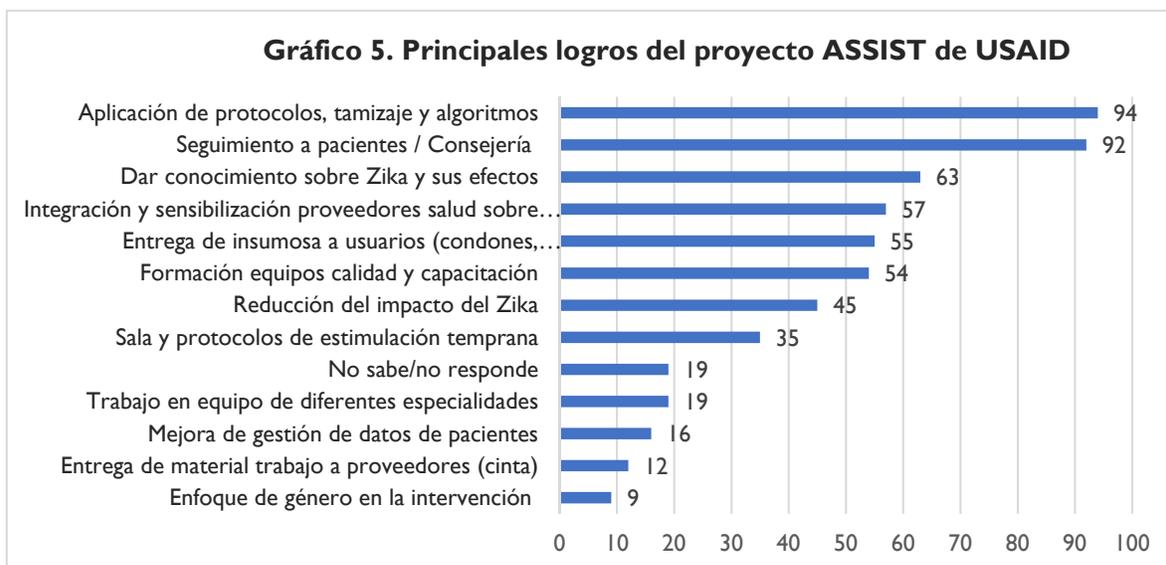
Entonces, cuando hay varios componentes y un componente te falla todo se afecta (Entrevista proveedores Hospital Nuestra Sra. de la Altagracia).

Debe tomarse en consideración que, si bien se espera que los proveedores de salud hagan su trabajo con calidad, también es importante tener en cuenta de que en general la práctica de la medicina puede ser una profesión estresante, que demanda muchas horas de trabajo. En particular, especialistas indicaron al consultor que, aunque ellos tenían el interés de aplicar los protocolos, en las consultas era muy cuesta arriba hacer eso con cientos de pacientes en espera en un gran hospital. Además, en adición a las consultas algunos médicos tenían que repartir su tiempo con otras responsabilidades dentro y fuera del hospital. En resumen, las percepciones de actores y beneficiarios son tan importantes como los insumos y estrategias que provee un proyecto.

4. Conclusión y recomendaciones

4.1. Logros del proyecto ASSIST de USAID en la República Dominicana

Aunque en las narrativas de los diferentes actores del proyecto se aprecian valoraciones distintas acerca de aspectos de la implementación y de la respuesta nacional al virus de Zika, se ha encontrado unidad de criterio en que, a nivel de proveedores de salud, la intervención de ASSIST-Zika fue una propuesta oportuna para abordar el problema. Uno de los ítems en formato de respuesta abierta de la encuesta fue enumerar los que los EMC consideraran como los principales logros del proyecto. En el **Gráfico 5** se observan las respuestas y la cantidad de proveedores que las enumeró. Con este resultado, este acápite final resume los hallazgos que también fueron valorados en la recolección de datos cualitativos, y a manera de conclusión, se esbozan recomendaciones.



El proyecto ASSIST de USAID es altamente valorado porque en base a transferencia de conocimiento y gestión de procesos de calidad, pudo articular una respuesta adecuada a la magnitud de la epidemia del Zika. A la vez, también logró articular un modelo de seguimiento a los pacientes que tomó en cuenta sus necesidades particulares (eje., mujeres, condición social, etc.) y valoró el impacto de una enfermedad como el Zika en las familias más vulnerables de la República Dominicana. Como ya se ha mencionado, una opinión frecuente de los EMC es que el proyecto ASSIST de USAID ha demostrado que la atención en salud en el sector público puede ser humanizada.

El otro logro señalado tanto en la encuesta como en las entrevistas es que el proyecto ASSIST de USAID fue una escuela de aprendizaje para toda la comunidad médica que se involucró en el proyecto. Un elemento sobresaliente en las entrevistas cualitativas a médicos es que afirmaron sentirse a oscuras con respecto al problema del Zika, y en este sentido, el proyecto le sirvió no sólo para aprender sobre Zika sino sobre metodologías de calidad en el servicio de salud. Por ello, la formación y capacitación ha sido mencionada en todos los ámbitos y contextos del trabajo de campo para este informe.

La compenetración de los equipos y la multidisciplinariedad que se evidenció entre los diferentes especialistas es otro logro importante, y en el contexto del Zika y del clima de trabajo en hospitales públicos, imprescindible. Hay hospitales donde hay mejor clima de trabajo en equipo que en otros, pero en todo caso, los EMC han ponderado que en parte ha dependido de un gran esfuerzo y de la capacidad del representante de ASSIST en cohesionar los equipos.

Por último, un logro que los EMC consideran importante fue el dotar a los pacientes de información y de los productos necesarios para aplicar la información, como el caso de los condones y los repelentes. Esto fue un gran logro porque generalmente los pacientes reciben la información, pero no la aplican, por lo tanto, la entrega de condones y repelentes en adición a la consejería y seguimiento por otros socios en los hogares, fueron elementos que conjugados como una estrategia incrementaron el involucramiento de los usuarios en la prevención.

4.2. Sostenibilidad e institucionalidad

Pese a la relativa levedad de sus síntomas, el virus de Zika es una condición de salud seria, no sólo para las mujeres embarazadas, sino por los diversos efectos del SCaZ en infantes, adultos y las complicaciones del Síndrome de Guillain-Barré. Se sabe que, por las características climáticas y sociodemográficas de República Dominicana, el vector principal del virus (el mosquito *Aedes Aegypti*) está en la República Dominicana de manera permanente (endémico) y en vista de que el proyecto ASSIST de USAID debe finalizar, el reto más importante es el de hacerlo sostenible en el tiempo cuando haya terminado el ciclo del mismo.

Entre los logros del proyecto ASSIST de USAID está que es posible hacer mucho con recursos ya existentes, y que la calidad en el servicio de atención en salud depende en gran medida de la actitud con que los proveedores asuman hacer su labor. En esa dirección, al consultar con el SNS se ha informado que se realizan esfuerzos para que la institucionalidad del sector salud continúe sin el proyecto. Para el SNS, esto será posible a través de la continuidad de varias de sus iniciativas. A la pregunta sobre la sostenibilidad del proyecto una vez concluya la cooperación.

Nosotros ahora vamos a asumir todos esos proyectos que han dejado ellos [ASSIST], porque los vamos a ampliar. No solamente trataremos los casos de niños con problema de microcefalia, sino niños con todo tipo de trastorno neurológico, y de hecho, ya estamos ampliándolo a otros lugares, estamos tratando de conseguir nuevo personal, para hacerlo un poquito más complejo: la parte psicológica, la parte neurológica, la parte de otorrino, oftalmología, la parte de estimulación y la compra de todos esos equipos y materiales... ya lo estamos elaborando y ampliando a otros lugares, producto de esta iniciativa que tuvo ASSIST con nosotros... porque nos dimos cuenta que aparte de dar el tratamiento de estimulación enfocado a estos niños con esta enfermedad hay otros niños con trastorno de aprendizaje, con trastorno de conducta, que también se pueden ver ahí... vamos a ampliar el programa (Entrevista SNS).

Con base en las entrevistas a proveedores, la opinión mayoritaria es que lo aprendido a través del proyecto sobre atención a Zika es una capacidad ya instalada en los hospitales donde se implementó. Esto favorece la sostenibilidad. Sin embargo, una preocupación tanto de socios como de algunos proveedores es que, al igual que los otros virus causados por el mosquito, la vigilancia y la atención a nivel del sistema de salud sean estacionales, esto es, solo se active cuando la vigilancia epidemiológica identifique un aumento de casos, y aminore cuando se percibe que ya no es amenaza. Una clave para mantener el número de casos al mínimo es que se sigan aplicando los protocolos, principalmente en el ámbito de prevención. Para ello, el proyecto ha planificado que los "EMC quedarán vinculados con los Comités de Calidad de los hospitales y que sus acciones sean integradas al plan de desarrollo de cada hospital para fines de su seguimiento y replica a otras áreas" (ASSIST, 2019, p. 3).

Esto requiere que se apliquen aspectos que están fuera del alcance de ASSIST. La conjugación de sostenibilidad-institucionalidad implicaría el sector gobierno inserte las capacidades adquiridas con ASSIST en sus protocolos, planes de acción y presupuestos. Pero a sabiendas de que las demandas de salud sobrepasan la capacidad del presupuesto del sector, la mayoría de los protocolos y prácticas innovadoras se pueden realizar con los recursos que ya cuenta el sistema: la consejería prenatal, el tamizaje de Zika en etapa neonatal, y en el seguimiento a los casos confirmados de niños que nacen con SCaZ. En esencia, la sostenibilidad va a depender no tanto de los recursos disponibles sino de cuánto la institución asume los aprendizajes como propios.

4.3. Estructura social, cultura y ciudadanía

El virus de Zika, como otros transmitidos por el mosquito, es parte del inventario de enfermedades comunes a las que están expuestos los(as) dominicanos(as). Sin embargo, las infecciones de Zika exhiben claramente las diferencias socioeconómicas. Primero, porque en las condiciones de hábitat insalubre y hacinamiento, en la escasez de servicios básicos como el agua potable, y en viviendas próximas a espacios que constituyen criaderos óptimos para el mosquito, la incidencia del virus tiende a ser mayor que en hábitats de personas de estratos ingresos más altos.

La pobreza también tiene rasgos de cultura que inciden en las estrategias (o la ausencia de ellas) que los estratos demográficos populares emplean para protegerse. Es importante ver el desarrollo del ciclo de un proyecto en la ecología social en que se implementa: esto es, en la cotidianidad de las personas objetivo, en sus patrones culturales, en sus esquemas de racionalidad y en la forma en que internalizan sus acciones. Ello influye no solo en lo que hacen (o dejan de hacer) para la prevención, sino en cómo accionan cuando han sido infectados.

La salud colectiva es a la vez una suma de las acciones de las personas que viven en una localidad, región o país, y para que el Zika pueda estar bajo control, aparte de lo que debe hacer el Estado para mantener las alertas y los mensajes de prevención, se requiere una cultura de involucramiento ciudadano que tiende a ser esporádico en República Dominicana. Las lecciones de este proyecto señalan que los ciudadanos pueden responder si los mensajes y los incentivos son los adecuados. Proyectos futuros o la continuidad de éste se enfrentarán a esa realidad ineludible.

4.4. El enfoque de género

El proyecto ASSIST de USAID ha tenido como punto novedoso el aplicar un enfoque de género en las intervenciones para mujeres embarazadas. En relación con la cultura y las estrategias de vida que las personas aplican, las mujeres pobres con menos educación ya tienen un importante sesgo cognitivo, confirmado por numerosos estudios sobre el impacto de la pobreza en la salud y en las capacidades analíticas de las personas. Por ello, ofertar un servicio o producto no es suficiente cuando el receptor no interpreta los mensajes. Pedirles a las mujeres que traigan a sus parejas a la consulta es una cosa; que ellas logren traerlos es otra.

Así, una de las luces del proyecto ASSIST de USAID ha sido no solo ver que las mujeres son el centro del proyecto, sino que en el abordaje (y hasta en las expectativas) la cuestión de los constructos de género, las desigualdades estructurales que sufre el sexo femenino y la invisibilidad del "combo" de problemas que suponen ser mujer y pobre son aspectos determinantes en el éxito de la intervención. Al concluir el proyecto, los técnicos del SNS entrevistados han informado que el enfoque de género va a seguir como política de la institución, y de su parte, los EMC han indicado que ya el enfoque está imbuido en los protocolos, lo que promete la cuestión de género siga permeando el enfoque a futuro.

4.5. Cultura organizacional, precariedad del sector salud y proveedores resilientes

La experiencia de sistematización ha permitido explorar el micro universo de la atención de la salud pública. Los problemas estructurales de la sanidad a nivel de Estado son complejos, pero lo que ha quedado claro durante el trabajo de campo es que los proveedores pueden hacer su trabajo lo mejor que pueden con las herramientas que tienen, que efectivamente disocian su trabajo bien a pesar de las quejas sobre bajos salarios, exceso de trabajo, falta de insumos y hospitales abarrotados de pacientes. Este nivel de resiliencia es importante capitalizarla para la sostenibilidad del proyecto.

Ciertamente el clima de trabajo es diferente de un centro de salud a otro, y esto puede dificultar la disposición de aplicar los protocolos ya establecidos. Esto constituye uno de los desafíos, dado que las relaciones laborales entre proveedores y MSP/SNS escapan al ámbito de influencia de este proyecto. Aquí la indicación es que el trabajo con equipos de calidad en proyectos como este, sea integrado en un módulo para fomentar la cohesión y la resiliencia en los proveedores, porque ello facilitar la implementación al margen del factor recursos.

4.6. Prioridades del sector e intervención en crisis

Colaborar e ir al ritmo de la contraparte local que acepta la colaboración es una labor que demanda de desarrollar la capacidad de articular, armonizar y avanzar a pesar de los desacoplamientos o de la no priorización al mismo nivel que el proyecto. En el caso de ASSIST, el proyecto se movió a la par con otros socios que trabajaban distintas áreas del problema, gestionó el afianzamiento en los hospitales priorizados mientras enfrentaba resistencia en algunos de esos centros de salud. También se tomaba más tiempo de lo anticipado poder consensuar aspectos que dependían de una aprobación del MSP, lo que en un sentido detenía el avance del proyecto. Esta es una dificultad que experimentan todos los socios del proyecto también.

Lo aprendido son lecciones para proyectos que dependen de ministerios tan complejos de manejar como el MSP en República Dominicana, con múltiples prioridades a la vez y difícilmente se puede armonizar en poco tiempo las decisiones que deben tomarse en coordinación con las autoridades. El ritmo de trabajo puede ralentizarse de una manera que ponga en riesgo el proyecto si no se contemplan medidas en la etapa de diseño.

4.7. Recomendaciones

- En contextos de proyectos de cooperación en situación de emergencias se necesita tener un apoyo constante y con autoridad desde la institución rectora. Esto evitaría que la implementación vaya a un ritmo en el territorio y a otro a nivel de gestión.
- Ganarse la confianza de las contrapartes locales en el territorio donde se implementa debe ser una prioridad para la gestión del proyecto. Debe generarse un sentido de apropiación para que no solo se ejecuten las actividades de manera más expedita y con mayor apoyo, sino que quedan imbuidas en las prácticas como capacidades adquiridas.
- Las personas clave de la implementación local de un proyecto deben estar involucradas desde la misma negociación con el organismo superior; ese nivel de involucramiento ayudaría a que en la aplicación se desarrollen las actividades y procesos con la misma sensación de urgencia que en el nivel más alto de toma de decisiones.
- El proyecto ASSIST de USAID como parte de una respuesta coordinada ha dejado claro el valor de atacar el problema desde varias esferas de acción, a través de la concertación de alianzas y la asignación de funciones por el nivel de potencial técnico y experiencia

de los socios. Esta fue una parte clave en este proyecto y es recomendable que se replique.

- Seleccionar un personal de trabajo en el territorio que pueda generar apoyos y establecer vínculos entre el proyecto y los actores locales, que tenga la resiliencia y la inteligencia emocional para manejar la frustración y el rechazo hasta que pueda ganar la confianza de los actores locales.
- Se debe examinar preliminarmente el clima de aceptación que tienen los actores locales sobre los proyectos de cooperación. Si la actitud es pesimista o negativa, debe prepararse el personal del proyecto para maniobrar a través de las fases de la curva de aceptación.
- Hacer más explícito el tipo de enfoque de género en la narrativa del proyecto (i.e., cuál es el problema observado que atañe a relaciones sociales marcadas por el género); no debe asumirse que género es todo tema que promueva a la mujer. Puede haber diferencias marcadas por constructos de género entre los implementadores locales, en las autoridades que toman decisiones, y puede haber mensajes positivos dirigidos a hombres en particular.
- La multidisciplinariedad debe construirse desde el diseño del proyecto, y articularse actividades para promoverla. No solo se enriquece el proyecto, sino que puede evitar cometer errores como omitir otros actores clave o riesgos que no fueron contemplados.
- Promover capital social: esto puede convertir un proyecto en un catalizador de diferentes fortalezas que serían muy robustas aun ante la ausencia de otros tipos de recursos.

Referencias

- ASSIST. (2018). *Manual operativo del Monitoreo y Evaluación del proyecto ASSIST- Zika República Dominicana*. URC-CHS/USAID. Documento interno no publicado.
- ASSIST. (2019). *Plan de actividades 2019 Proyecto ASSIST-Zika RD*. URC-CHS. Documento interno no publicado.
- Banco Mundial. (2018). *Banco de Datos*. Recuperado de portal <https://databank.bancomundial.org/>
- Bhatt, S., Gething, P. W., Brady, O. J., Messina, J. P., Farlow, A. W., Moyes, C. L., ... Hay, S. I. (2013). The global distribution and burden of dengue. *Nature*, 496(7446), 504-507. doi:10.1038/nature12060
- Bido-Medina, R., Wirsich, J., Rodríguez, M., Oviedo, J., Miches, I., Bido, P., ... Sadaghiani, S. (2018). Impact of Zika Virus on adult human brain structure and functional organization. *Annals of Clinical and Translational Neurology*, 5(6), 752-762. doi:10.1002/acn3.575
- Bowman, L. R., Rocklöv, J., Kroeger, A., Oliaro, P., & Skewes, R. (2018). A comparison of Zika and dengue outbreaks using national surveillance data in the Dominican Republic. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 12(11), 1-13. doi:10.1371/journal.pntd.0006876
- Cao-Lormeau, V. M., Blake, A., Mons, S., Lastère, S., Roche, C., Vanhomwegen, J., ... & Vial, A. L. (2016). Guillain-Barré Syndrome outbreak associated with Zika virus infection in French Polynesia: a case-control study. *The Lancet*, 387(10027), 1531-1539.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019, February 12). *Respuesta de los CDC ante el Zika: Lo que debe saber si su bebé nació con síndrome congénito por el virus del Zika*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/zika/pdfs/whattoknow-congenital-zika-syndrome.pdf>
- Collins, F. (2018, May 30). *Tracing spread of Zika virus in the Americas* [National Health Institute, Director's blog]. Recuperado de <https://directorsblog.nih.gov/2018/05/29/tracing-spread-of-zika-virus-in-the-americas/>
- De Francisco, V., José, M., Sianes Castaño, A., Santos Carrillo, F., & Simón Rodríguez, P. (2015). *La sistematización: una oportunidad de mejora para la medición del impacto y el aprendizaje*. Fundación Etea para el Desarrollo y la Cooperación. Recuperado de <https://fundacionetea.org/2015/05/15/la-sistematizacion-una-oportunidad-de-mejora-para-la-medicion-del-impacto-y-el-aprendizaje-reflexiones-y-aportes-para-las-ongd-andaluzas/>
- Epelboin, S., Dulioust, E., Epelboin, L., Benachi, A., Merlet, F., & Patrat, C. (2017). Zika virus and reproduction: facts, questions and current management. *Human Reproduction Update*, 23(6), 629-645. doi:10.1093/humupd/dmx024
- Faria, N. R., Azevedo, R. D., Kraemer, M. U., Souza, R., Cunha, M. S., Hill, S. C., ... Vasconcelos, P. F. (2016). Zika virus in the Americas: Early epidemiological and genetic findings. *Science*, 352(6283), 345-349. doi:10.1126/science.aaf5036

- Freitas, M. G. R., Tsouris, P., Reis, I. C. D., Magalhães, M. D. A. F. M., Nascimento, T. F. S. D., & Rocha, N. H. (2010). Dengue and land cover heterogeneity in Rio de Janeiro. *Oecologia Australis* 14(3): 641-667, Setembro 2010. doi:10.4257/oeco.2010.1403.04
- Grubaugh, N. D., Ladner, J. T., Kraemer, M. U., Dudas, G., Tan, A. L., Gangavarapu, K., ... Andersen, K. G. (2017). Genomic epidemiology reveals multiple introductions of Zika virus into the United States. *Nature*, 546(7658), 401-405. doi:10.1038/nature22400
- Heredia, L. (2011). *Sistematización de experiencias y buenas prácticas agropecuarias implementadas por el proyecto "Ayuda humanitaria de emergencia a través de asistencia para la recuperación de las comunidades afectadas por la sequía en la Región del Chaco"*. Publicado por Comisión Europea/ACH/FAO/COOPI. Disponible en <http://www.fao.org/3/a-as954s.pdf>
- Isa Contreras, P. (2018). *Informe Nacional Voluntario 2018: Compromisos, avances y desafíos hacia el desarrollo sostenible*. Recuperado de portal MEPyD: <http://economia.gob.do/wp-content/uploads/drive/VIPLAN/ODS/INV%20RD%202018%20-%20definitivo%20FF%20v2.compressed.pdf>
- Jara Holliday, O. (2012). La sistematización de experiencias, investigación y evaluación: Aproximaciones desde tres ángulos. *Revista Internacional sobre Investigación en Educación Global y para el Desarrollo*, 1(1), 1-60. Recuperado de <http://educacionglobalresearch.net/wp-content/uploads/02A-Jara-Castellano.pdf>
- Liu, Z., Shi, W., & Qin, C. (2019). The evolution of Zika virus from Asia to the Americas. *Nature Reviews Microbiology*, 17(3), 131-139. doi:10.1038/s41579-018-0134-9
- Mier-Y-Teran-Romero, L., Delorey, M. J., Sejvar, J. J., & Johansson, M. A. (2018). Guillain-Barré syndrome risk among individuals infected with Zika virus: a multi-country assessment. *BMC Medicine*, 16(1), 67. doi:10.1186/s12916-018-1052-4
- Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. (2018). *Informe País: República Dominicana*. Recuperado de portal MEPyD: <http://economia.gob.do/despacho/unidad-de-estudios-de-politicas-economicas-y-sociales-del-caribe-uepesc/informes/>
- Ministerio de Salud Pública. (2016, diciembre). *Boletín Epidemiológico Semanal No. 52*. Recuperado de <http://digeprisalud.gob.do/boletin-semanal-no-52/>
- Moreira, M. C., Mendes, C. H., & Nascimento, M. (2018). Zika, protagonismo feminino e cuidado: ensaiando zonas de contato. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(66), 697-708. doi:10.1590/1807-57622017.0930
- Nelson, E. J., Luetke, M. C., Kianersi, S., Willis, E., & Rosenberg, M. (2019). Knowledge and perceptions of Zika virus transmission in the community of Puerto Plata, Dominican Republic. *BMC Infectious Diseases*, 19(339). doi:10.1186/s12879-019-3952-0

- Oficina Nacional de Estadística. (2012). *Informe general de los resultados del IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010* (Vol 1). Recuperado de ONE website:
<https://www.one.gob.do/Multimedia/Download?ObjId=3651>
- Oficina Nacional de Estadística. (2018). *Anuario de Estadísticas Económicas 2018*. Recuperado de portal ONE: <https://www.one.gob.do/publicaciones?ID=5108>
- Organización Mundial de la Salud. (2016, May 13). *Atención en el embarazo en el contexto del brote de virus de Zika*. Recuperado de portal
<https://www.who.int/csr/resources/publications/zika/pregnancy-management/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018, July 20). *Enfermedad por el virus de Zika: Datos y cifras*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/zika-virus>
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Perfil del sistema de salud de República Dominicana* (Tercera Edición). Recuperado de portal PAHO/OPS:
http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Republica_Dominicana_2007.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Estrategia de cooperación en el país: República Dominicana 2013–2017*. Recuperado de portal OPS/OMS:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/165602>
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). OPS/OMS - Cronología sobre la emergencia del virus del Zika en las Américas. Recuperado de
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11959:timeline-of-emergence-of-zika-virus-in-the-americas&Itemid=41711&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (2019, junio). *OPS/OMS CLAP - Tecnologías Perinatales*. Recuperado de
https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=80:tecnologias-perinatales&Itemid=240&lang=es
- Paz-Bailey, G., Rosenberg, E. S., Doyle, K., Munoz-Jordan, J., Santiago, G. A., Klein, L., ... Sharp, T. M. (2018). Persistence of Zika virus in body fluids — Final report. *New England Journal of Medicine*, 379(13), 1234-1243. doi:10.1056/nejmoa1613108
- Peña, F., Pimentel, R., Khosla, S., Mehta, S. D., & Brito, M. O. (2019). Zika Virus epidemic in pregnant women, Dominican Republic, 2016–2017. *Emerging Infectious Diseases*, 25(2), 247-255. doi:10.3201/eid2502.181054
- PNUD. (2018). *Índices e indicadores de desarrollo humano: Actualización estadística de 2018*. Recuperado de
http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update_es.pdf
- Russell K, Oliver SE, Lewis L, et al. (2016). Update: Interim Guidance for the Evaluation and Management of Infants with Possible Congenital Zika Virus Infection, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016 65: 870–878. DOI: [dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6533e2](https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6533e2)

- Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. (2006). *Plan decenal de salud 2006-2015*. Recuperado de <http://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/130>
- Servicio Nacional de Salud. (2019). *Establecimientos de salud, 2018*. Recuperado de portal SNS: <https://sns.gob.do/archivos/oai/21-datos-abiertos/Documentos%20A3/Establecimientos/>
- Shaw, R., Simmons, M., Nelson, C., Bachelor, B., Adamian, S., & Frausto, A. (2017). Unmet contraceptive needs in rural communities in the Dominican Republic during an international Zika virus outbreak. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 139(3), 370-371. doi:10.1002/ijgo.12258
- Snyder, R. E., Boone, C. E., Cardoso, C. A., Aguiar-Alves, F., Neves, F. P., & Riley, L. W. (2017). Zika: A scourge in urban slums. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 11(3), e0005287. doi:10.1371/journal.pntd.0005287
- UNESCO Perú, & Mogollán, L. (2016). *La sistematización de experiencias educativas: Reflexiones sobre una práctica reciente*. Recuperado de <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000247007>
- UNICEF. (2016). *Control del vector Aedes aegypti y medidas preventivas en el contexto del Zika. Nota técnica para UNICEF*. Recuperado de Fondo de Naciones Unidas para la Infancia: https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org.lac/files/2018-04/20161220_UNICEF_Control_Vector_Preencion_Zika_Esp_UNICEF.pdf
- University Research Co. (2019, May). *Quality Improvement*. Recuperado de <https://www.urcchs.com/quality-improvement>
- World Health Organization. (2016). *Zika virus, microcephaly and Guillain-Barre syndrome: Situation report*. Recuperado de portal <http://origin.searo.who.int/bhutan/who-zika-28-7-16.pdf>
- World Health Organization. (2019). Zika: The continuing threat. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(1), 6-7. doi:10.2471/blt.19.020119

PROYECTO DE USAID APLICANDO LA CIENCIA PARA FORTALECER Y MEJORAR
LOS SISTEMAS DE SALUD

University Research Co., LLC
5404 Wisconsin Avenue, Suite 800
Chevy Chase, MD 20815 EE.UU.
Tel: (301) 654-8338
Fax: (301) 941-8427
www.usaidassist.org