



Consultoría

Estudio-Diagnóstico sobre Necesidades en Materia de Salud Integral y Prevención de la Violencia de Género, en las cercanías del Centro de Primer Nivel de Atención(CPN-CASC)

Resumen Informe Final de Resultados

Periodo Estudio: 16 de diciembre 2021-17 de marzo 2022

(versión - revisada con CASC-AMUSSOL)

-en primera versión general,están contenidas todas los componentes y anexos-

Indice

.....	1
Consultoría	1
<i>Estudio-Diagnóstico sobre Necesidades en Materia de Salud Integral y Prevención de la Violencia de Género, en las cercanías del Centro de Primer Nivel de Atención(CPN-CASC)</i>	<i>1</i>
Presentación.....	5
Antecedentes.....	6
Objetivos del Estudio-Diagnóstico.....	7
1. Diagnóstico General del Centro De Salud CASC.....	8
1.1. Características Generales de las Unidades de Atención Primaria (UNAP).....	8
1.2. Servicio Regional Metropolitano de Salud al que pertenece el CPN-CASC.....	9
1.3. Breve historia del Centro de Primer Nivel-CPN CASC	10
1.4. Servicios de Salud en oferta en el CPN CASC	11
1.5. Volumen de los servicios ofrecidos.....	13
.....	13
2. Alcance: a quiénes benefician los servicios ofrecidos en el CPN-CASC.....	14
2.1 Edad y Sexo de los Usuarios Servicios CPN-CASC.....	14
2.2 Lugar de residencia-procedencia de los usuarios actuales	16
2.3 Empleabilidad, seguridad social, sindicalización e ingresos RD\$ de los usuarios servicios de salud del CPN-CASC.....	16
2.4 Caracterización de los servicios brindados desde el CPN-CASC y percepción de sus usuarios actuales sobre el beneficio e impactos recibidos.	20
2.4.1 Recurrencia y disciplina de los usuarios ante tratamientos de los Servicios de Medicina General	20
2.4.2 Las morbilidades más comunes atendidas en el CPN-CASC.....	21
2.5 Principales problemas dentales y/o bucales en los usuarios.....	22
2.6 Atención a Casos de Violencia Intrafamiliar y de Género actualmente en el Centro de Salud CASC	23
2.6.1 Cómo llegan y son manejados los casos de violencia desde el CPN CASC.....	23
2.6.2 Casos de violencia en Niños Niñas y Adolescentes atendidas en el CPN CASC.....	24
2.7 Uniones Tempranas (UT), casos que llegan hasta el CPN- CASC.....	25
2.8 Espacio Físico en Uso	25
El CPN CASC dispone, en estemomento, de los siguientes epascios. Existen (en la parte delantera) salones y áreas que serán integradas en el futuro	25

▪ El CPN-CASC está vinculado al Servicio Nacional de Salud (con estatus en proceso formalización).	
26	
3. Fase de Diagnóstico de Campo	26
3.1 Perfil Demográfico de los tres (3) sectores involucrados en el Estudio	26
3.2 Resultados generales consultas a ciudadanas y ciudadanos de los tres sectores: Villa Juana, Villas Agrícolas y Villa Consuelo ubicados en el entorno del CPN-CASC	27
3.2.1 Sexo y Edad de los-as ciudadanos consultados.....	27
3.2.2 Nivel académico, tanto en el ámbito formal como en el nivel técnico.....	28
3.2.3 La vivienda, como se da su usufructo o se gestiona este vital recurso en estos sectores desde la realidad de los/a ciudadanos/as consultados	29
3.2.4 Estructura Familiar y Medio de Vida	30
3.2.5 Proveedor principal, ingresos económicos del hogar, actividad y condición laboral	31
3.2.6 Niveles de Ingresos y/o Salarios y Sector Económico	32
3.2.7 Sector de la Economía donde laboran los-as Consultados	34
3.2.8 Percepciones sobre acceso y demanda de servicios de salud en los sectores consultados	35
3.2.9 Tipos de enfermedades más comunes en los sectores estudiadossegún parecer de los/as ciudadanos/as consultados/as.....	38
3.3 Salud sexual y reproductiva de la mujer	40
3.3.1 Embarazos en las mujeres consultadas y estado actual del embarazo en la Rep. Dom	40
3.3.2 Anticoncepción, métodos para control de la natalidad usados por ciudadanas y ciudadanos consultados	42
3.3.3 Las Enfermedades de Transmisión Sexual que más inciden	43
7.1 Confianza en el Centro, en el servicio brindado al momento, de parte de sus usuarios actuales.....	72
7.2 Los usuarios actuales encuentran calidad y calidez del servicio brindado, igual los potenciales clientes.	73
7.3 Los usuarios tienen alta valoración sobre los servicios que hoy se brindan.....Error! Bookmark not defined.	
7.5 Calidad de las instalaciones.....	74
7.5.1 Existe una real demanda de parte de los usuarios actuales de otros servicios especializados y de diagnósticos.....	75
7.5.2 Afiliación a ARS, Copagos y Disposición de asumir Copago en Centro CASC.....	75
7.6 Un camino recorrido, que representa un avance tácito para el Centro CASC	76
7.7 Formalización del Centro de Primer Nivel CPN.....	78
7.7.1 Pasos que deben ser dados formalización CPN (*UNAP)	78
7.7.2 Modelo a Seguir en cuanto a reorientación servicios de salud.....	78

7.8 Área de Atención a la Violencia Intrafamiliar (VIF) y Violencia contra la Mujer (VVM).....	79
8. Recomendaciones Generales	80
9. Bibliografía consultada.....	82

Presentación

La **Confederación Autónoma Sindical Clasista-CASC** y la **Asociación Mutual de Servicios Solidarios-AMUSSOL**, en coordinación y alianza con la **We Social Movements-WSM**, han llevado a cabo un Estudio-Diagnóstico sobre necesidades en materia de salud integral y prevención de la violencia intrafamiliar y de género en los sectores Villa Juana, Villas Agrícolas y Villa Consuelo. El objetivo o propósito es sistematizar una visión integral y multisectorial basada en evidencias, acerca del contexto social, económico y de salud en el que se encuentra situado el Centro de Atención Primaria CPN-CASC, tanto a nivel interno, su público cautivo (usuarios actuales), como en la zona geográfica de mayor cercanía; con miras a contar con herramientas para la toma de decisiones que permitan mejorar, ampliar y potenciar los servicios que ofrece el centro de salud, tanto al público sindicado, a comerciantes y al público en general.

No partir a la ligera con el proyecto de ampliación de los servicios del Centro de Salud es un buen signo. Tomar en cuenta las necesidades del público a impactar, revisar las capacidades internas dadas a través de una práctica de años de servicios, así como disponer de informaciones básicas relacionadas con el tipo de atención en salud demandada, los posibles alcances y costos; permite a CASC y a AMUSSOL una mejor toma de decisión. Contar con el apoyo de **We Social Movements-WSM**, quien financia el presente estudio, constituye una gran oportunidad para cuestiones futuras que se decidan relacionadas con el CPN u otros procesos vinculantes.

El Estudio- Diagnóstico realizado, recopila importantes informaciones tanto a el nivel interno del CPN-CASC, como del entorno- *los tres sectores de referencia*-, en los siguientes órdenes: **a)** servicios de salud brindados actualmente, sus características generales; **b)** percepción de los usuarios actuales y demandas de nuevos servicios; **c)** las ofertas de servicios del primer nivel de atención primaria existente en la zona de expansión, morbilidades de salud, estado de la salud sexual y reproductiva de la mujer; **d)** embarazos en adolescentes (EA) y uniones tempranas (UT); **e)** violencia intrafamiliar y de género; **f)** modelos-exitosos y potenciales aliados estrategicos; **g)** perspectivas expansión de sevicios-pasos a seguir .

La presente versión del informe final-resumido, se elabora después de revisión realizada por el equipo de la CASC. Al mismo se le introdujeron recortes de datos, algunos componentes y sus anexos, los cuales han quedado contenidos en la versión general entregado entregado a las autoridades de la CASC y WSM.

Antecedentes

La CASC desde los años 1980 ha ofrecido servicios de salud a los trabajadores y a la comunidad, a través de su mutual de salud creada para esos fines; luego de la aprobación de la Ley 87-01 en el año 2001, en el ánimo de ampliar servicios de seguridad social a trabajadores informales excluidos del sistema se modificaron los estatus para convertirla en la **Mutual de Servicios Solidarios (AMUSSOL)**.

Como la aprobación de la ley 87-01 no fue una garantía de acceso universal a la salud, la CASC continuó manteniendo un consultorio de atención primaria en salud, desde el cual se ofrece a trabajadores y comunidad en general servicios básicos de acuerdo a la norma de atención primaria vigente en RD. Ante la situación generada por la Pandemia, la CASC como organización sindical decidió convertir el CPN en una herramienta de atención, cuidado y desarrollo social dando seguimiento a los problemas básicos de salud, incluyendo a casos de salud producido por eventos o situaciones de violencia intrafamiliar y de género, ofrecidos tanto a residentes del sector de Villa Juana y de zonas aledaña, como a trabajadores sindicalizados.

En República Dominicana, a nivel Constitucional se establece la igualdad como un derecho fundamental, en su art. 39, indica que el hombre y la mujer tienen igualdad de derechos y oportunidades en todos los ámbitos de la vida pública: en lo social, económico, político, laboral. La Constitución mandata al propio Estado para que se creen las condiciones jurídicas y administrativas que den garantía de cumplimiento al derecho de igualdad. De igual forma en su art. 42 inciso 2, se condena la violencia intrafamiliar y de género en cualquiera de sus formas. El referido artículo indica que el Estado garantizará mediante ley la adopción de medidas necesarias para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer.

Del mismo modo, la ley 1-12 sobre la Estrategia Nacional de Desarrollo al 2030, establece como Política Pública la Transversalidad de Género en los Planes, Programas y Proyectos promovidos desde el Estado, incentivando la no discriminación entre mujeres y hombres en todos los ámbitos de la vida pública. Como signatarias de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles-ODS, la República Dominicana ha puesto en marcha un conjunto de política con miras a dar cumplimiento al Objetivo 5: sobre Igualdad de Género, que plantea poner fin a todas las formas de discriminación contra las mujeres y niñas, promoviendo la equidad y empoderamiento de la mujer; tal visión contribuye en gran manera al desarrollo horizontal y sostenible de Rep. Dom., ***diversos estudios muestran que empoderar a las mujeres y niñas tiene un efecto multiplicador y ayuda a promover el crecimiento económico y el desarrollo a nivel mundial.***

No obstante, los avances en el formalismo constitucional y legal, en pos de incentivar la igualdad, persisten aún importantes brechas que deben ser superadas. Una de ellas tiene que ver con la violencia contra la mujer, con saldos penosos en cuanto a la pérdida de vida, el maltrato físico y psicológico¹. Reportes estadísticos y estudios sobre violencia contra la mujer realizado en el último

¹ Fuente: Estadísticas feminicidios-INTEC-Brecha de género/ENDESA/Ministerio de Salud 2013 y 2014

quinquenio indican que en el país alrededor del 35% de las mujeres ha sufrido algún tipo de violencia de parte de su pareja, un 26% ha tenido al menos una experiencia que vulnera su integridad. De acuerdo a datos de la PGR², en los últimos 16 años comprendidos entre 2005-2021 anualmente entre 70 a 135 mujeres fueron asesinadas por sus parejas, en el mismo periodo y con la misma frecuencia, ocurrieron entre 130 y 223 homicidios de mujeres; siendo alarmante las estadísticas que indican que el segmento de edad con mayor índice de violencia son las del grupo etario de 15 y 19 años.

En este contexto y bajo la convicción de que para vivir una vida libre de violencia intrafamiliar y de género se requiere de respuestas integrales por parte de los Estados. De igual manera se tiene conciencia clara en cuanto a que en estados como República Dominicana existe una importante brecha tanto a nivel de las políticas, como en el ámbito judicial, para la disminución y mejoría del fenómeno de de violencia intrafamiliar y de género, así como la atención integral y oportuna en salud. Por ello WSM está apoyando a la CASC y AMUSSOL para que logren realizar el presente estudio a modo de visibilizar la veracidad de ambas problemáticas y documentar la posibilidad de implementar una propuesta de atención integral, desde su CPN, a nivel de proyecto piloto.

Objetivos del Estudio-Diagóstico

Objetivo General

El estudio-diagnóstico se propuso sistematizar una visión integral y multisectorial basada en evidencias, acerca del contexto social, económico y de salud en el que se encuentra situado el Centro de Atención Primaria (CPN-CASC), tanto a nivel interno y en relación a su público cautivo, como la amplitud de su zona geográfica de mayor cercanía (los sectores de Villa Juana, Villa Consuelo y Villas Agrícolas); que sirvan de base para la toma de decisiones y le permitan mejorar, ampliar y potenciar los servicios que ofrece el CPN, tanto al público sindicalizado, a comerciante y al público en general.

Objetivos Específicos

- Realizar un diagnóstico acerca de las características de la población de los sectores a intervenir (Villa Juana, Villa Consuelo y Villas Agrícolas), así como los niveles de morbilidad de las condiciones de salud con mayor incidencia, y necesidades de asistencia psicológica.
- Realizar un diagnóstico aproximado sobre la incidencia de la violencia de género en los sectores a intervenir, y los mecanismos de respuesta existente en los mismos.
- Identificar los distintos servicios y programas existentes en los sectores a intervenir (públicos o de capital privado), que aborden en mayor o menor medida las necesidades de la población objetivo en los aspectos que sean de interés para este proceso (Atención en Salud, violencia de género contra la mujer, intrafamiliar).

² Fuente: estadísticas de la PGR sobre muertes violentas de mujeres (feminicidios y homicidios) 2005-2021

- Identificar posibles aliados, que contribuyan al fortalecimiento institucional del Centro de Atención Primaria CASC-AMUSSOL.

1. Diagnóstico General del Centro De Salud CASC

1.1. Características Generales de las Unidades de Atención Primaria (UNAP)

Las Unidades de Atención Primarias, constituyen las células básicas de prestación de Servicios de Salud de Atención Primaria a las personas. De acuerdo al Manual de Sectorización/Zonificación de las UNAP³, estas son las esestructuras asistencial para el primer nivel de atención, y tienen por finalidad ampliar la cobertura de los servicios, fortalecer la capacidad resolutive y responder de forma efectiva, eficiente y con calidad a los problemas de salud de la población, a la vez que constituyen espacios y/o lugar de encuentro y coordinación principal del desarrollo de las acciones de salud colectiva en cada territorio.

Corresponde a los Servicios Regionales de Salud (SRS) la articulación y seguimiento de la Atención Primaria en Salud, brindada a través de las UNAP. Para ello los SRS parten de:

- a) Delimitación territorial, mediante la sectorización de la población (a nivel urbano y rural), asignando un tamaño definido de población para cada unidad de provisión de servicios de salud, donde las UNAP constituyen la célula o nodo primario de la red, en la cual se adscribe la población para recibir de forma directa y personalizada los servicios de Atención Primaria en Salud.
- b) Las UNAP mantienen una concentración poblacional entre 500 y 700 familias; pueden ser agrupadas en Centro de Nivel Primario (CPN), a los cuales se les asigna la privisión de servicios que complemente la cartera de salud según corresponda. Para mayor alcance o amplitud en la provisión de la Atención Primaria, los CPN a su vez, articulados con sus respectivas UNAP, constituyen las Zonas de Salud-ZS, con una concentración poblacional de 50 mil habitantes o menos.

Cartera de Servicios Ofrecidos en Nivel de Atención Primaria⁴:

La Cartera de Servicios del Primer Nivel de Atención en Salud, está compuesta por quince (15) tipos o grupos, integrados a su vez por unos sesenta y tres (63) servicios, mediante los cuales se brinda atención a las personas desde esta primera puerta de entrada al Sistema de Protección en Salud contemplado en la Política de Salud en la Rep. Dominicana. A continuación se muestra gráfico de dichos servicios (*detallados aparecen en informe general*).

³ Libro II, capt. II Art. 19, Manual de Sectorización/Zonificación de las UNAP, SESPAS 2008-hoy MISPAS

⁴ Fuente: Cartera de Servicios de Atención Primaria en Salud-SNS, 2020



El personal que conforma las UNAP es el siguiente: un médico general, un personal de enfermería, un técnico de salud familiar o supervisor de Atención Primaria en Salud-APS y varios promotores de salud. Además de este personal básico, y de acuerdo a las necesidades de la población y las posibilidades del sistema, podría existir un equipo de apoyo de tipo multidisciplinario que complemente la cartera de servicios. Este personal de apoyo estaría conformado por pediatras, ginecólogos obstetras, enfermeras especializadas, odontólogos, psicólogos o psiquiatras, bioanalistas, trabajadores sociales, farmacéuticos, especialistas en formación, nutricionistas y trabajadores ambientales.

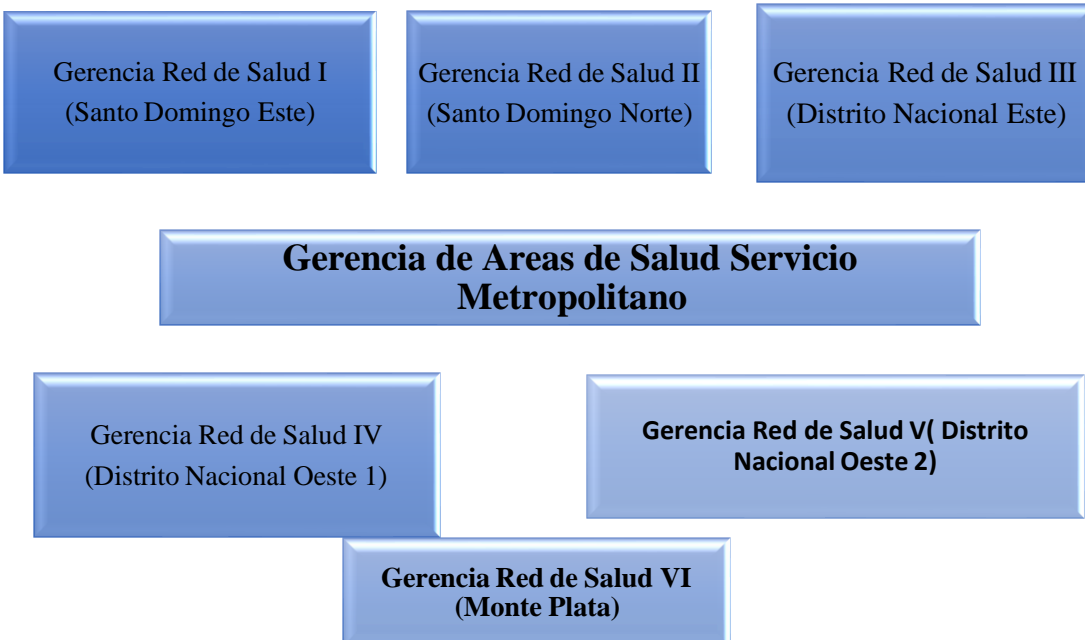
1.2. Servicio Regional Metropolitano de Salud al que pertenece el CPN-CASC

El Centro de Primer Nivel de Salud de la CASC, pertenece a la Regional Cero (0), conocido también como Servicio Metropolitano de Salud, integrado por seis (6) Gerencias de Áreas de Salud. **Específicamente, a la Gerencia del Distrito Nacional Este, el área de salud es la #IV y la zona es la 15.**

GERENCIAS DE AREAS DE SALUD

El Servicio Metropolitano de Salud está integrado por seis (6) Gerencias de Áreas de Salud :

1. Gerencia Red de Salud I (Santo Domingo Este)
2. Gerencia Red de Salud II (Santo Domingo Norte)
3. Gerencia Red de Salud III (Distrito Nacional Este)
4. Gerencia Red de Salud IV (Distrito Nacional Oeste 1)
5. Gerencia Red de Salud V (Distrito Nacional Oeste 2)
6. Gerencia Red de Salud VI (Monte Plata)



Los tres sectores involucrados en el estudio pertenecen a la Regional 0 ó Metropolitana de Salud, específicamente a la **Gerencia Distrito Nacional Este**, establecida a partir del borde este de la av. Máximo Gómez hasta los litorales de los ríos Isabela al Norte, Ozama al Este y el Mar Caribe al Sur. El Area de Salud correspondiente es la #IV y la Zona de Salud la #15.

1.3. Breve historia del Centro de Primer Nivel-CPN CASC

El CPN CASC, inicia operaciones entre los años 1979-1980, para ese momento se contaba con el apoyo de la Iglesia Cristiana Reformada (los Prebisterianos), y ofrecía servicios de salud al público

en general. Como parte de su accionar social, durante la primera década que siguió a su apertura de su personal médico realizaba periódicamente operativos de salud para asistir a la población residente en los distintos bateyes distribuidos en todo el territorio nacional. Con el tiempo, dichos operativos impulsaron la gremialización de los trabajadores de origen hatiano, dando lugar a organizaciones tales como el Movimiento Sociocultural Dominicano-Hatiano (MOSTHA).

Terminado el apoyo de los Presbiterianos, el CPN mantuvo sus operaciones, y mediante alianza establecida con el Instituto Dominicano de Seguros Sociales-IDSS, se realizaba el pago al personal de salud y, la CASC aportaba la infraestructura, los servicios básicos, conserjería y seguridad. Al pasar el tiempo se ha mantenido el centro, asumiendo la tipología de Centro de Primer Nivel (CPN) a partir de 2017, logrando el apoyo del Servicio Nacional de Salud-SNS; apegado a la visión y el deseo de dar servicio como organización sindical, yendo **más allá de las puras y naturales representaciones y defensas de los trabajadores y trabajadoras.**

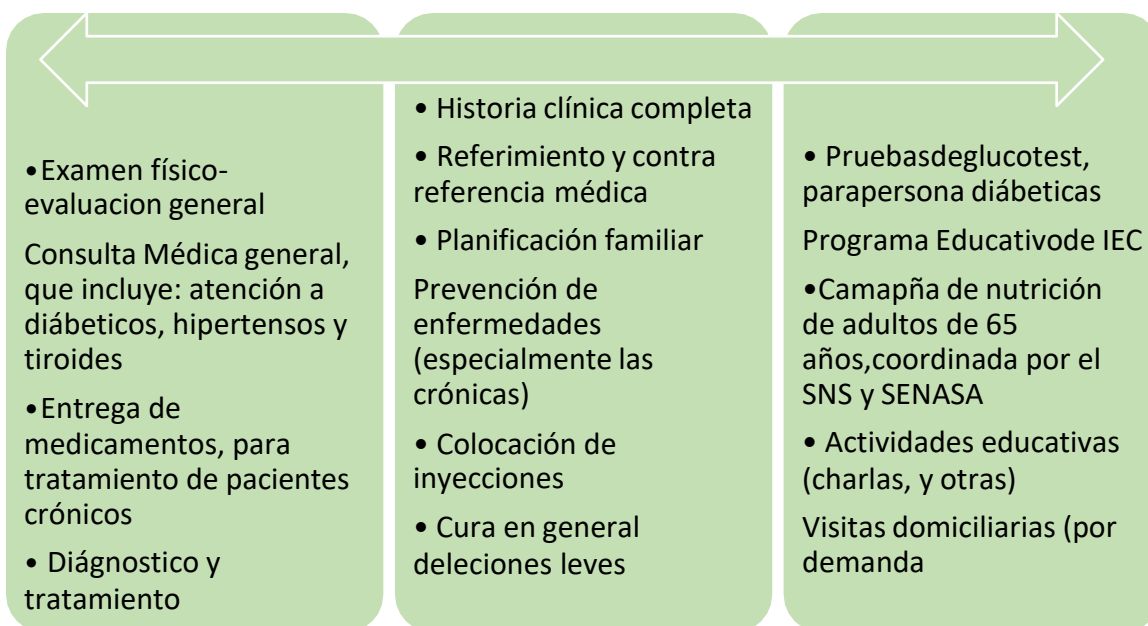
Con los años fue avanzando, se instaló un consultorio, incluía servicios de farmacia, odontología y laboratorio; a la fecha, sólo los dos primeros servicios se mantienen. El área de laboratorio se encuentra equipada, y retomará los servicios al usuario proximate.

Servicios de Salud en oferta en el CPN CASC

En la actualidad el CPN-CASC, implementa una parte de la Cartera de Servicios prevista para el Primer Nivel de Atención (CPN). Informes suministrados, así como las demás informaciones recopiladas a través del equipo de salud, indican que en los actuales momentos el centro brinda los siguientes servicios:

Salud Integral

Servicios de medicina general, desarrollada en estrecha vinculación con el Servicio Nacional de Salud (SNS), como órgano rector. Entre las atenciones ofrecidas a sus usuarios figuran:



Servicios-Atención en Psicología

A nivel de la atención psicoemocional, en la actualidad el CPN-CASC ofrece los siguientes servicios:

- Evaluación Psicológica-Diagnóstica General
- Terapia de parejas
- Terapia individual
- Consejería psicológica
- Referencia-Contra Referencia

Servicios de Odontología

Los-as usuarios tienen acceso a los siguientes servicios:

- Evaluación
- Diagnóstico y tratamiento
- Profilaxis dental
- Extracción de pieza dentaria.
- Restauraciones con resina.
- Uso correcto del cepillado

Servicio de Farmacia

Los usuarios CPN-SNS-CASC tienen acceso, sin costo, a medicamentos genéricos básicos según la indicación del médico tratante a cada paciente de manera individual. Una parte de los medicamentos son suministrados por el Servicio Nacional de Salud-SNS, y otros son adquiridos directamente por la CASC, en almacenes y distribuidoras de expendio de medicamentos al por mayor que hay en la zona. En aquellos momentos en que los lotes de reabastecimiento suministrados

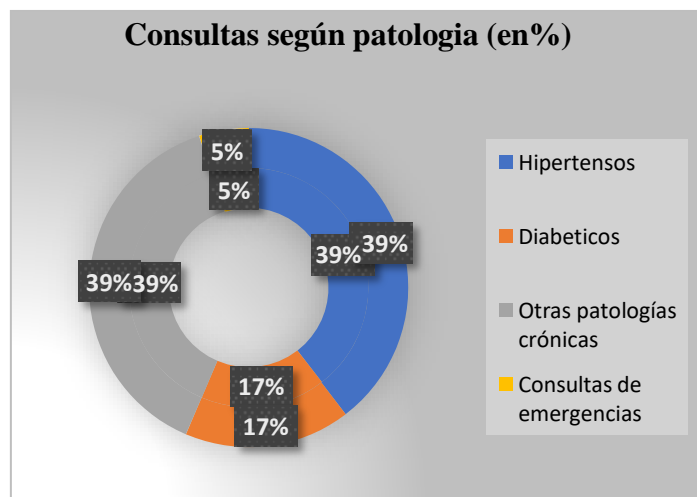
por el SNS se encuentran en tránsito en la cadena logística. **Siempre se dispone de medicamentos.**

Volumen de los servicios ofrecidos

A partir de informes suministrados por el equipo médico del CPN-CASC, se realizó un análisis del volumen de servicios ofrecidos durante el año 2021, encontrándose que el mayor volumen de atención en salud actualmente gira en torno a medicina general, seguida de servicios odontológicos, atención psicológica, suministros de medicamentos y educación-formación en salud, dirigida a los pacientes y usuarios del CPN. Las estadísticas relacionadas a la cantidad de servicios ofrecidos a pacientes en las distintas áreas de atención, indican que en el pasado año se realizaron **8,316 acciones** a favor de los usuarios del CPN.

Del total de acciones realizadas, 1,590 (19.1%) fueron consultas en las tres áreas. De estas, en **medicina general** se realizaron 1,273 consultas (el 80%); en **odontología** 239 consultas (un 15%), y en el área de **psicología** 78 consultas (para un 5%) del total.

Del total de pacientes atendidos en medicina general, 89 son de nuevo ingresos, 46 subsecuentes (recurrentes). La población adulta mayor atendida en el CPN CASC es significativa, del total de pacientes que acudieron al servicio de medicina general, 480 esta en el rango de edad de Pacientes con 64 años y más (algunos alcanzan hasta 97 años).



Según el tipo de patología, en medicina general se atendieron en 2021 503 pacientes (el 40%) padecían hipertensión; 215 (un 17%) diabéticos, 495 (el 39%) otras patologías. 60 consultas (para un 5%) fueron emergencias médicas.

En el caso de las 239 acciones realizadas en área de **odontología**, 148 correspondieron a profilaxis, 13 extracciones y 46 restauraciones dentales utilizando resina. A nivel de **psicología**, se realizaron 78 consultas (un 5% del total de consultas reportadas por el centro para 2021). Otras acciones realizadas fueron 297 pruebas de glicemia (mediante el glucotex); se emitieron 1,260 recetas y se entregaron 2,663 unidades de medicamentos-*Ver la siguiente matriz general de acciones CPN CASC en 2021-*.

**Total de servicios y otras acciones de atención en salud
realizadas durante el periodo, enero-octubre, 2021,**

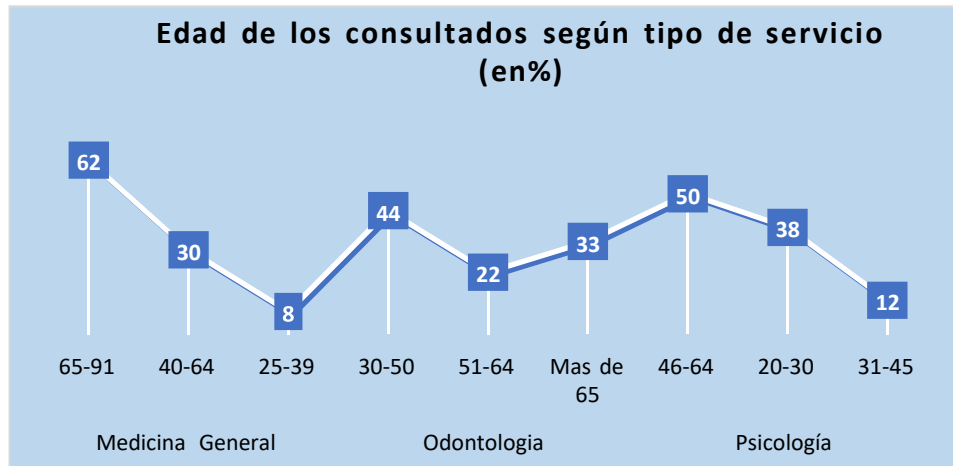
Servicios ofrecidos	# de consultas
Medicina General	
Consultas medicina general	1,819
Emergencias	60
Consulta mayores de 64 años	480
Consulta pacientes hipertensión arterial,	503
Consulta diabetes mellitus.	215
Glicemia realizada-glucotex.	297
Consulta pacientes crónicos	495
Consultas odontológicas	239
Profilaxis	148
Extracciones	13
Restauraciones con resina	46
Consulta de psicología salud mental	78
Recetas indicadas	1,260
Medicamentos despachados	2663
Total acciones	8,316

2. Alcance: a quiénes benefician los servicios ofrecidos en el CPN-CASC

2.1 Edad y Sexo de los Usuarios Servicios CPN-CASC

Los servicios brindados por el CPN-CASC están a disposición y acceso al público en general: niños/as, jóvenes, adolescentes, mujeres, personas adultas y adultos mayores de ambos sexos. Regularmente la atención a mujeres es predominante; se realiza un esfuerzo significativo de atención a los adultos mayores. En la actualidad, **la mayoría de las personas que acuden al CPN son personas adultas; las edades de las mismas se sitúan por encima de los 30 años, hasta los 65 años y más** *“aquí vienen muchos adultos mayores”*, indica el personal consultado, y esto es debido especialmente al programa a través del cual se entrega suplementos alimenticios y proteínas, en coordinación con el SNS y el SNASA. Cuando estos adultos mayores acuden a las jornadas que se organizan cada mes, son evaluados físicamente previo suministro de estos suplementos. *Un dato interesante es que en el área de psicología, en el año 2021 alrededor de un 15% de los pacientes atendidos se encontraba en el rango de edad entre 15 y 18 años.*

El estudio realizó consulta directa a los/as usuarios, y el caso de los que acudieron a consulta de **medicina general**, el 62% eran adultos mayores, con rangos de edades entre 65 hasta 91 años; el 30% se encuentra en el rango de edad de 40 a 64 años, y apenas un 8% tenía edades comprendidas entre los 25 y 39 años. En el caso de los pacientes de **odontología** consultados, el 44% tiene entre 30 y 50 años; el 22% entre 51 y 64 años y el 33% más 65 años. En el caso de **psicología** el 50% de los consultados se encuentra en el rango de edad entre 46 y 64 años, seguidos por el grupo etario con edades entre 20 y 30 años con 38%; entre 31 y 45 años alcanzó el 12%.



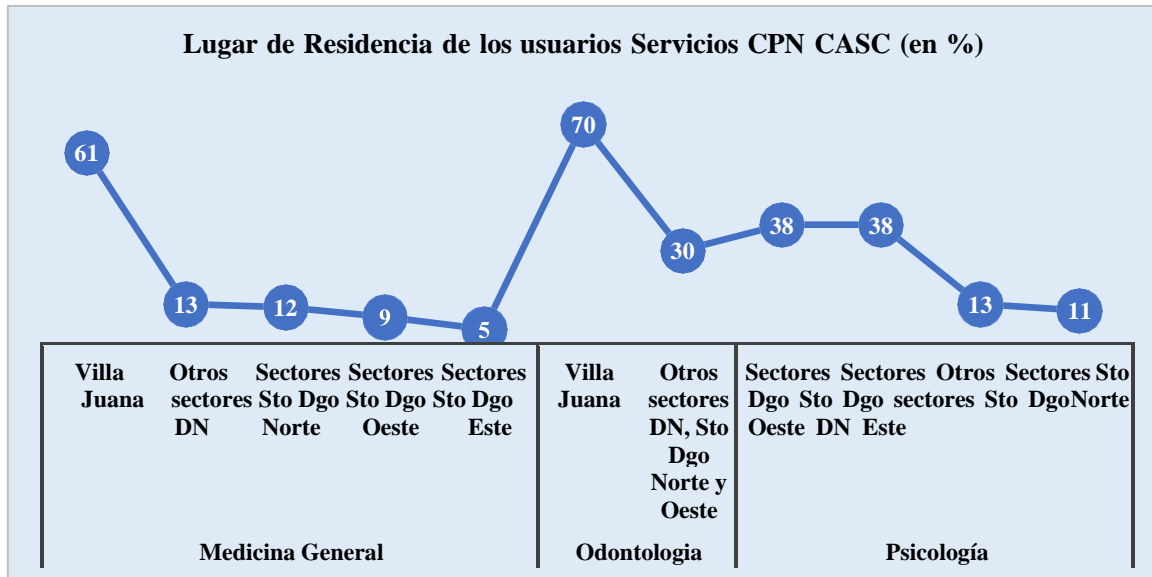
En cuanto al sexo, al CPN acuden más mujeres que hombres en procura de los servicios, especialmente a las áreas de medicina general y odontología. Los consultados en medicina general fueron 63% mujeres y el 37 % hombres. En odontología 56% eran mujeres, y un 44% hombres. En el área de psicología, la apreciación es que una proporción alta de los usuarios actuales de los servicios ofrecidos son hombres, y se pone de ejemplo el año 2021, los hombres acudieron a consulta en mayor proporción que las mujeres, "parece mentira, pero hemos visto más casos de hombres que de mujeres" indica el personal consultado; tal situación, a su entender, es debido a que los "hombres se dieron cuenta que tienen más tristeza, que tienen más estados emocionales que las mujeres". *De los usuarios consultados el 53% eran hombres y 47% mujeres.*



2.2 Lugar de residencia-procedencia de los usuarios actuales

Los usuarios de los servicios viven en la zona periférica al CPN-CASC. La proporción mayor proviene del sector de Villa Juana y otros sectores del Distrito Nacional, la provincia Santo Domingo e incluso municipios y provincias más lejanos, como de Bani, Puerto Plata y Bávaro; vienen a reuniones y aprovechan. La Central Sindical mantiene fuerte presencia a nivel nacional, aglutinando a muchos sindicatos y agrupaciones gremiales, obreras; se realizan reuniones con representación de todas las provincias del país, y sindicalizados que acuden a las mismas quienes aprovechan los servicios de salud ofrecidos. Igualmente, muchos trabajadores de economía informal que trabajan en la zona, acuden al CPN y reciben servicios, especialmente en el área de medicina general.

De los usuarios de **medicina general** consultados, el porcentaje más alto reside en el Sector de Villa Juana, el 61% ; el 13% en diferentes sectores del Distrito Nacional; un 12% en sectores Santo Domingo Norte; el 9% en sectores Santo Domingo Oeste y un 5% en sectores de Santo Domingo Este. De los usuarios de los servicios de odontología consultados, el 70% reside en Villa Juana, el resto 30% en otros sectores del Distrito Nacional, Sto. Dgo. Este y Santo Domingo Oeste. De su parte los usuarios de los servicios de **psicología** consultados, encontramos que un 38% viene de diferentes sectores de Santo Domingo Norte, otro % igual (38) indicaron que viene de sectores de Santo Domingo Oeste; 13% de otros sectores del D.N, y un 11 % dijo vivir en Santo Domingo Este. Notorio es que *ninguno de los-as consultados de esta área vive en Villa Juana u otros sectores cercanos al centro.*



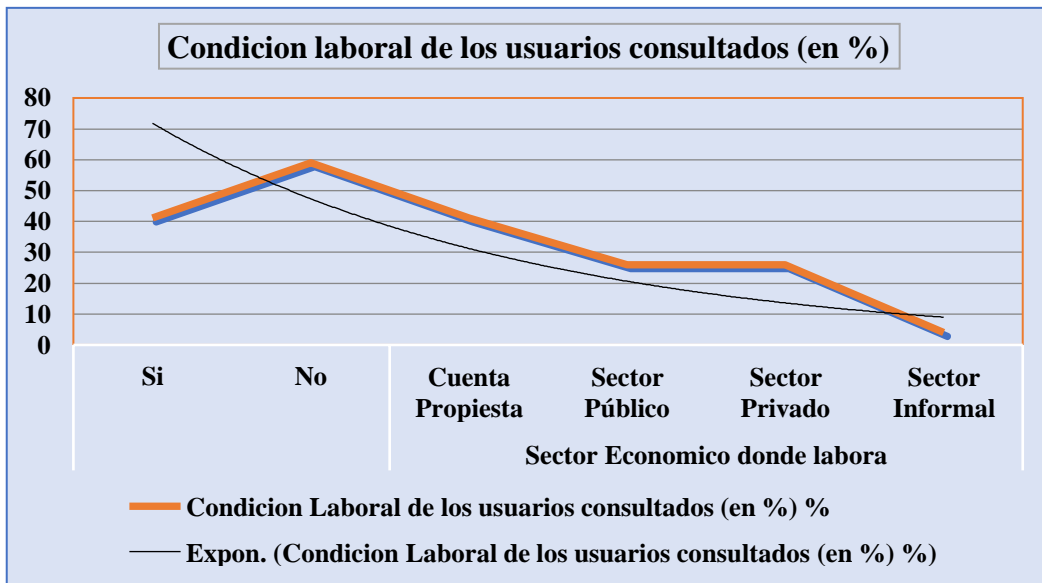
2.3 Empleabilidad, seguridad social, sindicalización e ingresos RD\$ de los usuarios servicios de salud del CPN-CASC

Por ser una población principalmente adulta mayor (el 53%) la que acude al CPN en busca de atención en salud, una proporción alta de esta no realiza trabajo remunerado. Sobre éste particular,

el equipo de salud consultado indicó que según los datos que manejan, los que se encuentran laborando, lo hacen en los siguientes sectores de la economía:

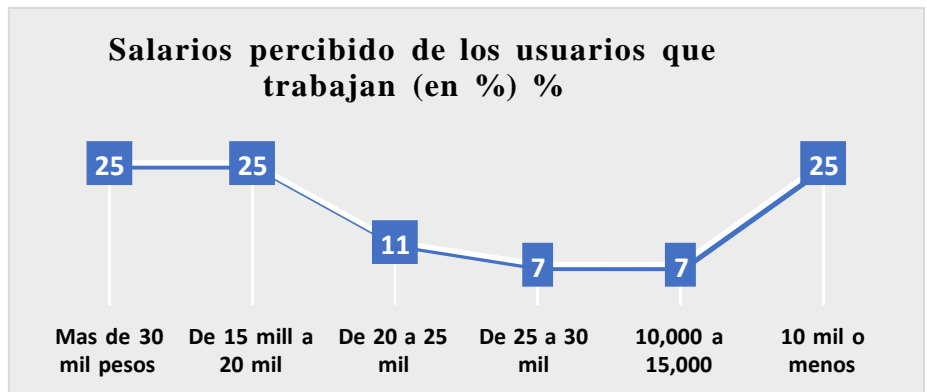
- ▶ Economía informal (Chiriperos, servicios domesticos, etc)
- ▶ Sector Industria,
- ▶ Sector Públicos,
- ▶ Trabajadores y afiliados de la fundación ética integral (FEI);
- ▶ Sector privado,
- ▶ Sector agrícola, y Agroindustrial
- ▶ Pensionado

De los usuarios consultados, el 41% dijo estar trabajando en el momento de la entrevista; el 59% no lo estaba. Del total que trabaja, el 41% lo hace por cuenta propia; un 26% trabaja en el sector público e igual porcentaje dijo que en el sector privado; un 4% indicó que realiza trabajos informales e igual porcentaje indico trabajar en el sector industrial y el sector restauración (restaurantes)

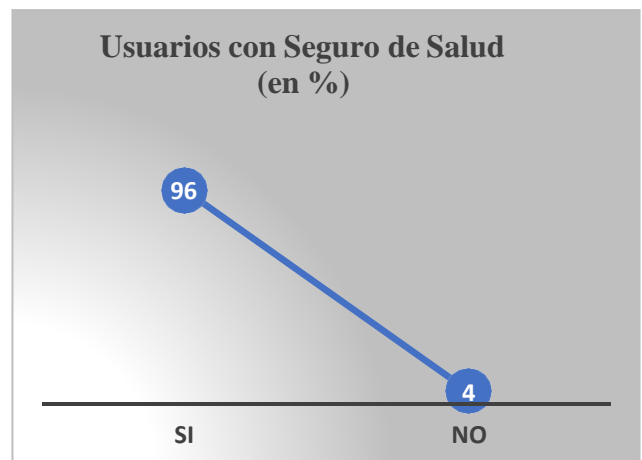


El salario promedio de los usuarios consultados, se sitúa en la escala de DOP10,000 ó menos a DOP30,000 (**el 75% de los entrevistados se encuentra en dicha escala**); un porcentaje menor equivalente al 25%, dijo tener un salario por encima de los DOP30,000 pesos. Desagregada la primera escala, tenemos que un 25% dijo que su salario es de DOP10,000 o menos; un 7% está entre DOP10,000 a DOP15,000; un 25% de DOP15,000 a DOP 20,000; un 11% de DOP20,000 a DOP25,000; un 7% de DOP25,000 a DOP30,000. A pesar de que la CASC como Central Sindical, posee un gran número de sindicatos afiliados, y por ende trabajadores y obreros vinculados a los mismos, las personas que acuden al Centro de Salud (todos los servicios) en su mayoría **no** pertenece a sindicatos. Los usuarios directamente consultados que indicaron realizan trabajos remunerados, en su mayoría no tienen afiliación a sindicatos, y el tema, por demás, le resulta del todo indiferente. El 80% de los consultado dijo no pertenecer; el 20% si pertenece a sindicatos afiliados a la CASC. El porcentaje mayor llega a la consulta por referencia, además de vivir en el entorno, *ver siguiente gráfico.*

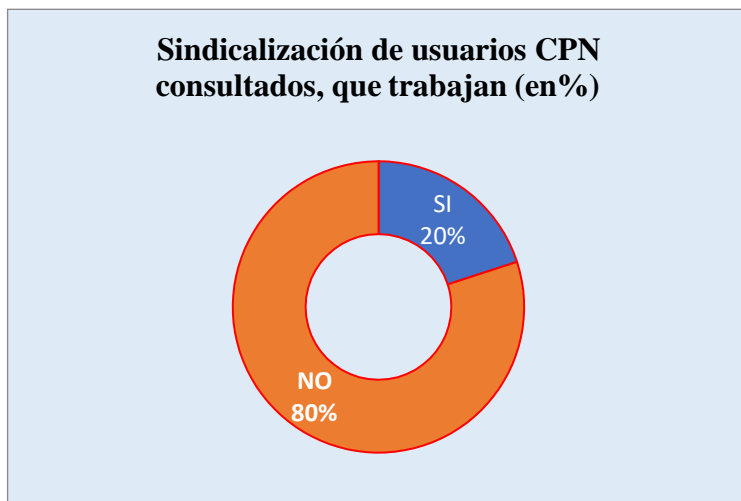
<i>Escala salarial</i>	<i>%</i>
Primera Escala	
<i>10 mil o menos</i>	25
<i>10 mil a 15 mil</i>	7
<i>15 mil a 20 mil</i>	25
<i>20 mil a 25 mil</i>	11
<i>25 mil a 30 mil</i>	7
Segunda Escala	
<i>Más de 30 mil</i>	25



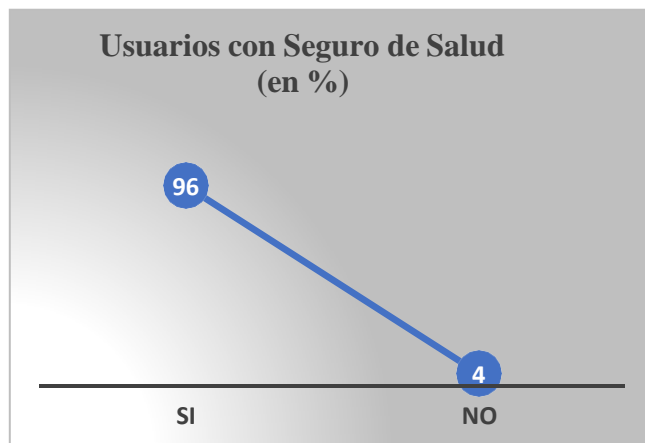
En cuanto al tema de la seguridad social-pertenencia a seguros de salud (ARS), del total de usuarios consultados, el 96% está afiliado alguna ARS, y de estos el 55% pertenece al régimen subsidiado, con lo cual se evidencia el avance que ha ido teniendo la universalización de dicho régimen; un 37% pertenece al contributivo; 5% contributivo-complementario y 3% privado. *Ver siguiente serie de gráficos*

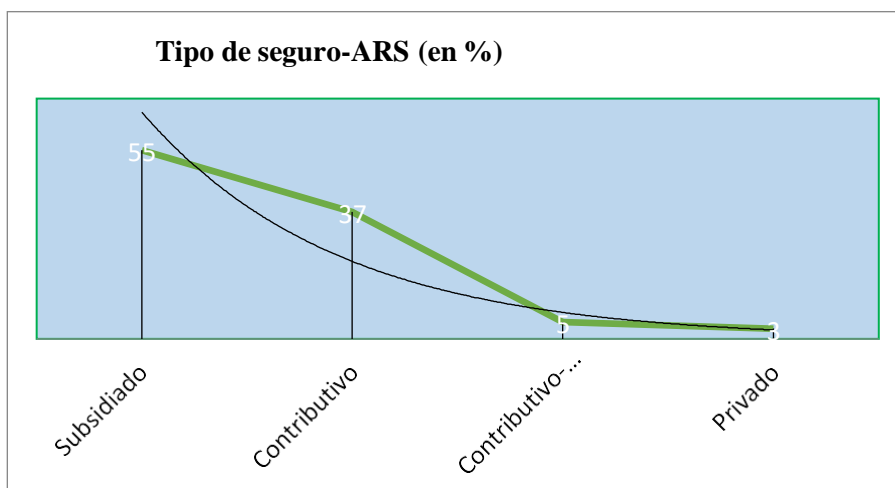


A pesar de que la CASC como Central Sindical, posee un gran número de sindicatos afiliados, y por ende trabajadores y obreros vinculados a los mismos, las personas que acuden al Centro de Salud (todos los servicios) en su mayoría **no** pertenece a sindicatos. Los usuarios directamente consultados que indicaron realizan trabajos remunerados, en su mayoría no tienen afiliación a sindicatos, y el tema, por demás, le resulta del todo indiferente. El 80% de los consultado dijo no pertenecer; el 20% si pertenece a sindicatos afiliados a la CASC. El porcentaje mayor llega a la consulta por referencia, además de vivir en el entorno, *ver siguiente gráfico.*



En cuanto al tema de la seguridad social-pertenencia a seguros de salud (ARS), del total de usuarios consultados, el 96% está afiliado alguna ARS, y de estos el 55% pertenece al régimen subsidiado, con lo cual se evidencia el avance que ha ido teniendo la universalización de dicho régimen; un 37% pertenece al contributivo; 5% contributivo-complementario y 3% privado. *Ver siguientes serie de gráficos*

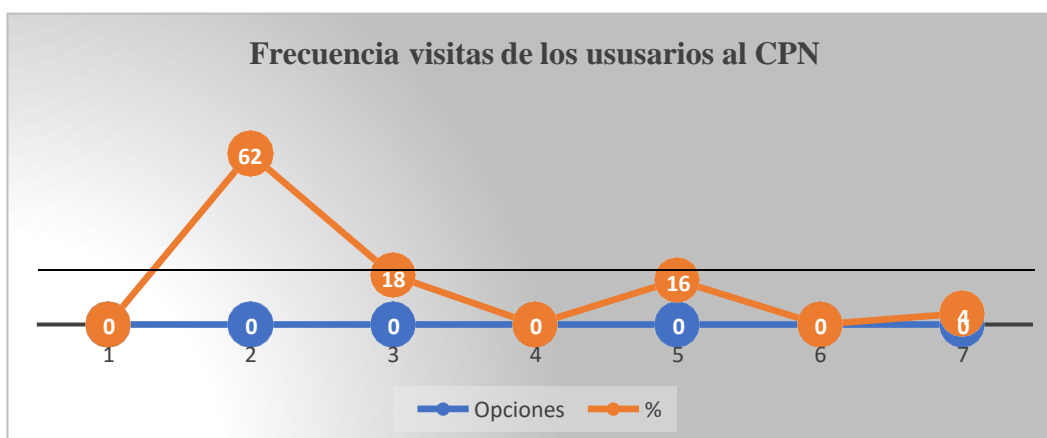




2.4 Caracterización de los servicios brindados desde el CPN-CASC y percepción de sus usuarios actuales sobre el beneficio e impactos recibidos.

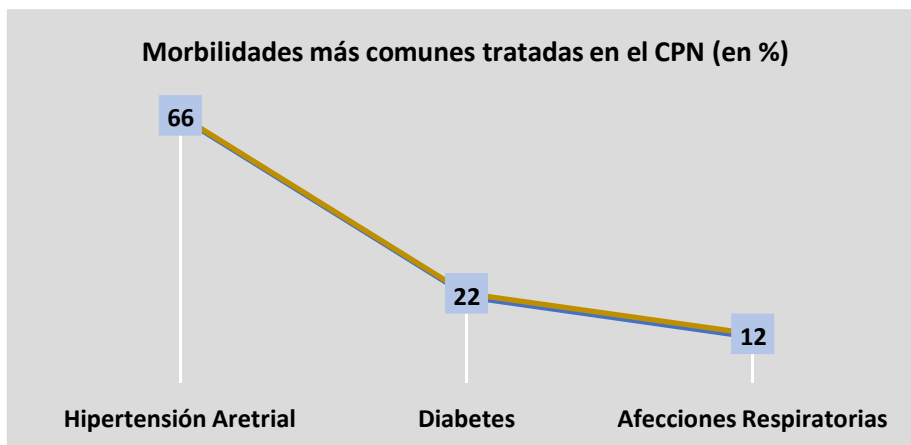
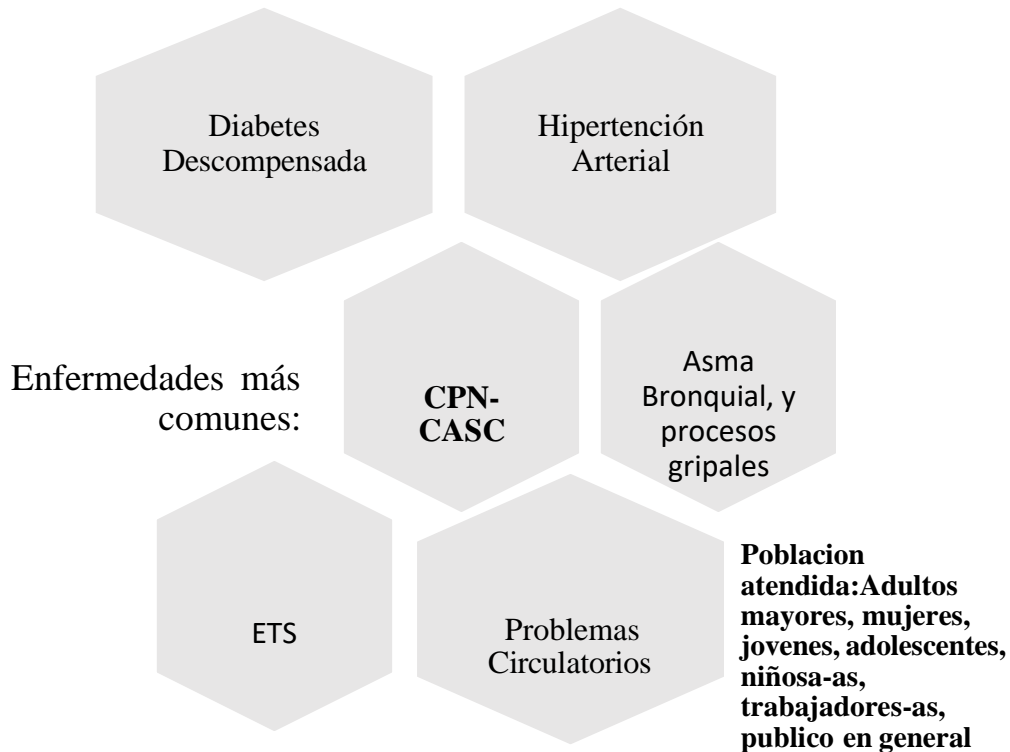
2.4.1 Recurrencia y disciplina de los usuarios ante tratamientos de los Servicios de Medicina General

Por ser la población usuaria de los servicios de medicina general primordialmente adulta mayor, un número significativo de las consultas realizadas es del tipo recurrente. En términos de disciplina o seguimiento al tratamiento indicado por los médicos, la mayoría lo cumple, algunos otros son morosos. Los resultados de las entrevistas realizadas a usuarios de medicina general indican que el 62% de ellos acude al CPN cuando siente algún síntoma anormal en su salud; el 18% consulta ocasionalmente; el 16% acude a consulta mediante citas y un 4% indico otros motivos (pasa por ahí o va con alguien y aprovecha). En términos de frecuencia temporal en que los entrevistados dijeron visitan el CPN (última vez que consultaron), el 40% indicó que hacía un mes; el 36% más de un mes; el 24% menos de tres (3) semanas.



2.4.1 Las morbilidades más comunes atendidas en el CPN-CASC

Las consultas más frecuentes en el CPN (emergencias en ocasiones) son por los siguientes motivos: crisis hipertensiva, diabetes descompensada (muy frecuentes), procesos gripales, crisis de asma bronquial. De los usuarios entrevistados que tienen diagnósticos médicos: el 66% dijo padecer hipertensión arterial; un 22% dijo padece diabetes y un 12%, afecciones respiratorias u otras afecciones. Los indicadores del Ministerio de Salud 2016, indican que dentro de las principales causas de muerte en el país se encuentra la cardiovascular con 36%, 32% por problemas circulatorios

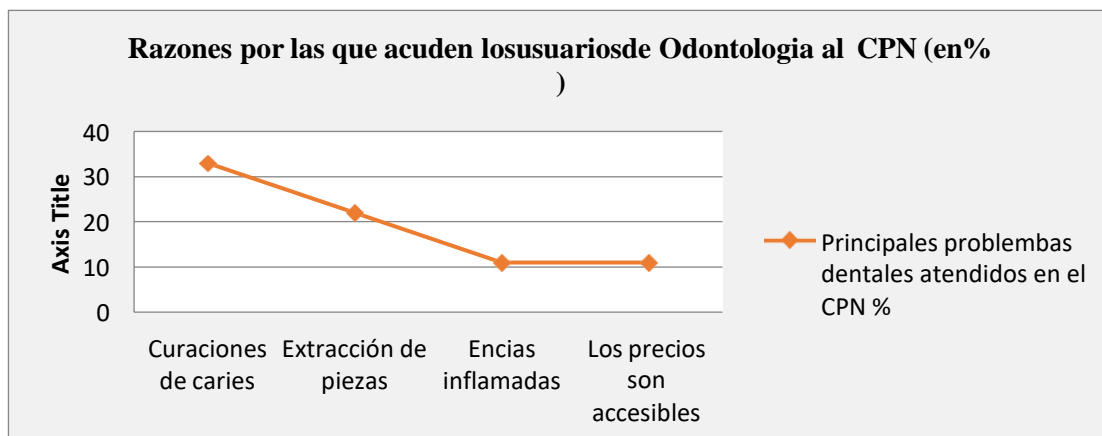


Un dato relevante informado por el equipo médico del CPN, es la prevalencia de las ETS (enfermedades de transmisión sexual) en población joven, preadolescentes y adolescentes. **“se han atendido casos de niños y adolescentes que dan pena”** Se les dice que tienen que venir con la pareja; pero frecuentemente acuden individualmente. Se sigue un protocolo, se les manda a hacer su paquete de pruebas de laboratorio, incluido cultivo, según sea el caso; se les da el debido seguimiento a todos los casos. *Resaltan el caso de un joven que de manera recurrente acudía a consulta con esta afección. Estos casos se refieren al Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual, ubicada en el Hospital Morgan. Estos pacientes suelen ser recurrentes, se sanan (curan), pero vuelven (recaen).*

2.5 Principales problemas dentales y/o bucales en los usuarios

De acuerdo a las informaciones suministradas por equipo responsable, el paciente o usuario de los servicios de odontología no es disciplinado con el cuidado y atención a su salud bucal, se les pone cita y no acuden, cuando se les dice que hay un problema delicado que requiere atención, algunos regresan y otros lo dejan para luego, lo postergan. Esto se debe básicamente a la educación. Las personas que se educan desde pequeño, se hacen hombres y mujeres sin caries. Con apropiada higiene oral y en general

La falta de educación sobre el tema de la salud bucal, se reflejada en la poca o casi ninguna importancia que los usuarios del servicio dan a sus dientes, *“Las personas vienen a extraerse una pieza, se les explica la importancia que tiene no extraerla porque no amerita. Ellos prefieren que se les haga el procedimiento. Desde edad temprana, la educación-orientación sobre la higiene bucal es fundamental”*. En el CPN-CASC, el servicio más común es la profilaxis-cura de piezas con caries pequeñas y grandes. Los tipos de afecciones bucales más frecuentes en los-as usuarios consultados, coinciden en gran parte con lo indicado por el personal de odontología. Del total consultado, el 22% dijo que se realiza limpieza dental (detartraje); un 33% indicó que se ha realizado curaciones de caries en sus dientes, un 22% se ha extraído pieza en algún momento, un 11% dijo que ha recibido tratamiento para encías inflamadas, un 11% dijo que acude a este servicio por los bajos precios, y además, le queda cerca. *Ver siguiente gráfico*



2.6 Atención a Casos de Violencia Intrafamiliar y de Género actualmente en el Centro de Salud CASC

Los diferentes actores del CPN consultados (personal médico, psicóloga y odontólogos), son del parecer que en el mismo se tratan pocos casos de violencia, no son **frecuentes**; pero si los han acompañado. Entre los casos a que hacen referencias, figuran violencia entre parejas donde la mujer ha sido víctima. Hay una pareja muy puntual, evaluada y acompañada; la mujer tenía un alto grado de depresión. *Proceden de un entorno donde por igual se produce mucha agresividad, indica el personal consultado. En la mayoría de los casos de violencia acompañados desde el CPN CAS, se manifiesta con mucha frecuencia las variantes de **violencia emocional y violencia económica**. "La pareja dominante, por lo general el hombre, se jacta diciéndole a su compañera: tú sabes que yo soy quien pongo dinero para la comida, tú no puedes vivir sin mí, porque tú no tienes con que alimentarte, sabes que la casa si yo no la pago no se paga y tú no vasa tener donde vivir".* Argumentos como estos son frecuentes, y consciente el hombre de que la justicia puede apresarlo (si es denunciado), entonces lo que hace es que toda esa agresividad la expresa de manera verbal y hace simula que va a agredir, pero no llega a tocar, no llega a descargar el golpe, pero si logra intimidar, provoca que la mujer entre en pánico.

El equipo consultado igualmente expresó que *"por los niveles de chantaje emocional, las mujeres agredidas caen en un círculo, ellas continúan permitiéndolo, lamentablemente, debido a su baja autoestima. Este nivel de autoestima, es la condición principal que las mantiene bajo ese dominio machista; igualmente, en muchos casos, provienen de hogares donde vieron el maltrato con sus madres, abuelas y ellas han seguido reproduciéndolo" (violencia intergeneracional).*

En cuanto violencia física, de acuerdo a la percepción del personal consultado, ésta existe, pero de manera invisibilizada. Las mujeres maltratadas acuden al servicio cuando las evidencias físicas han mermado "no se han tratado casos de maltratos físicos visibles. Aunque en algunas ocasiones se han tratado pacientes y se ha llegado a la conclusión de que sí fueron maltratadas físicamente, aunque no llegan con la muestra porque acuden a la consulta de medicina general, cuando los signos visibles han desaparecido; ellas se presentan aquejadas de presión alta, depresión, cefalea (dolores de cabeza), etc".

2.6.1 Cómo llegan y son manejados los casos de violencia desde el CPN CASC

En la mayoría de los casos llegan porque alguien les dice que consulten en el centro; no vienen por voluntad propia, sino que "alguien las agarra de la mano para traerla". Ese alguien que las acompaña, suele ser algún familiar o alguna amiga, regularmente. Estas amigas han tenido experiencias parecidas y/o simplemente tiene conocimiento de que es bueno buscar apoyo. Tienen conocimientos de los maltratos, tienen conocimiento de que a esta u otra mujeres se les está maltratando, y ellas no permiten ser maltratadas y no quieren que a su amiga la sigan maltratando, por eso llevan a la amiga a que vaya a pedir ayuda.

A pesar de no disponer de un protocolo per sé, o política de atención establecida en el CPN, los pacientes que llegan bajo esta condición, se les presta la debida atención durante la consulta y evaluación, se les escucha, orienta y les da seguimiento correspondiente: *“la mujer en particular, y las personas en general cuando llegan al CPN, se les acompaña, se establecen canales de comunicación con esta y alguien de su entorno, para asegurar el seguimiento a tratamiento y orientaciones dada para manejar la situación, y para cumplimiento del ciclo de consultas y acompañamientos que se establezcan hasta ayudarla a salir un poco del estado de ánimo que tienen en el momento, hasta donde ellas permitan que se le dé la asistencia. Si hay necesidad de enviarla a otro centro de atención mediante referimiento y contra referimiento.*

Cuando llegan mujeres con signos o sospechas de que atraviesan por una situación de violencia intrafamiliar y/o de género, estas son referidas a otros centros, como indicado anteriormente; no se procede a conectar con Ministerio Público y/o con Ministerio de la Mujer, para que estos activen los mecanismos de protección y socorro vigentes, no se cuenta con acuerdo o vinculación a estos niveles. “Cuando llega un caso de este tipo, se refieren a hospitales y centros de atención a la violencia intrafamiliar y de género, e incluso se contactan psiquiatras particulados vinculados al CPN. Institucionalmente no se posee vínculos formales con las instituciones que integran el Sistema de Protección coordinador por MMujer y PGR (Fiscalías Barriales), etc. Se aspira a ello.

2.6.2 Casos de violencia en Niños Niñas y Adolescentes atendidas en el CPN CASC.

Se han tratado usuarios/as pertenecientes a este grupo etario. *“Jóvenes y adolescentes que vienen por situaciones de violencia escolar (generadas por ellas y/o por bullying escolar), la traen sus familiares o son refiridas por los centros educativos. Acuden a consultas por el hecho de que retornar al centro necesitan llevar un aval de que están asistiendo a terapia”.* En la mayoría de los casos estos niños/as, jóvenes y adolescentes que acuden al centro, muestran una condición de agresividad, o tienen trastorno en el aprendizaje, lo que los lleva a tener una conducta hiperactiva; se comportan de esta manera para llamar la atención porque cuando tienen un trastorno que en el grupo en donde están ellas son las diferentes porque los otros están avanzando y ellas no están avanzadas, entonces llaman la atención para que no fijen la mirada en que ellas están atrasadas en las clases.

Estos casos no son frecuentes, y por lo general, los/as afectados no residen en el sector de Villa Juana o en el entorno cercano. Proviene de centros educativos de otros sectores, y llegan referenciados por alguien que conoce el centro. El centro educativo no les indica a qué centro de salud o de apoyo emocional debe acudir entro de apoyo ir, sino que debe procurar la terapia. **Las madres y/o tías, son siempre las que acompañan a sus hijos-os a consultas.** Los adolescentes y los-as niños/as no buscan ayuda por si mismos, acuden al centro de atención porque los lleva alguien,

En cuanto a la atención y acompañamiento a embarazos en adolescentes, en el área de Psicología del CPN CASC existe experiencia tratando casos de este tipo. Al menos dos casos se han atendido de forma cercana reciénmenete. La edad promedio de las adolescentes embarazadas ronda los 15

y 17 años, una de ellas, cuando se embarazó tenía 15 años, durante el embarazo cumplió los 16 años; la segunda embarazada tenía 17 años.

En ambos casos, estas adolescentes viven con su familia (padre o madres), dentro de la casa o en piezas contiguas. Las parejas de ellas son hombres mucho más adultos. Acorde al relato, el primer caso (de los dos señalados), la pareja de está tenía 25 años cuando la embarazó, ella 15 entrando a 16 años, tenían relaciones de pareja desde que ella contaba sólo con 13 años. Nunca le propuso formalizar la relación, llegar al matrimonio. El le está dando apoyo, pero cada quién en su casa- Ella vive en la "piececita" al lado de la mamá. Desde el CPN se les dio seguimiento a estos dos casos. Las adolescentes mostraron miedo al principio. Luego, durante el proceso de acompañamiento se muestran más seguras, indicando incluso que seguirán sus estudios.

2.7 Uniones Tempranas (UT), casos que llegan hasta el CPN-CASC

De acuerdo al equipo consultado, CPN se tiene conocimiento de la problemática. Las uniones tempranas, son comunes en su entorno, "son el pan nuestro de cada día". Indican que en el sector muchas de las adolescentes que se embarazan continúan en sus casas; mantienen su relación con su pareja en la misma casa de los padres y/o tutores; "es dominio público de que son una pareja, están unidos pero cada uno probablemente vive en su casa". *En ocasiones alquilan una "piececita" pero cuando la joven queda embarazada y/o al nacer el/a niño/a, casi siempre se separan.*

El tema de las uniones tempranas, forma parte de una cadena intergeneracional, las madres de las adolescentes que llegan a este tipo de relación a temprana edad, vivieron iguales circunstancias; constituyen patrones culturales. *"La vida que se está viviendo ahora, como se está viviendo ahora la falta de atención que tiene nuestra niñez. La madre de las adolescentes de 13, 14, y 15 años tuvieron esa misma vida, se embarazaron a los 12, 14, 15 años y es lo mismo que se está reproduciendo -es una prolongación-"*

2.8 Espacio Físico en Uso

El CPN CASC dispone, en estemomento, de los siguientes epacios. Existen (en la parte delantera) salones y áreas que serán integradas en el futuro:

- Un Area para consultorio
- Un área para farmacia o botica
- Un área para oficina administrativa (utilizada básicamente por el equipo médico y enfermera).
- Un baño común para pacientes CPN
- Area para laboratorio clínico (en readecuación).
- Para reuniones u otros eventos puntuales, se utiliza el Salón del Buro de la CASC.

- Se dispone de espaciosos salones en la parte frontal, a ser destinado a ampliación servicios a futuro.
- El CPN-CASC está vinculado al Servicio Nacional de Salud (con estatus en proceso formalización).

Relevante es indicar que el *CPN-CASC forma parte de la Red de Atención Primaria en Salud coordinada por el Servicio Nacional de Salud*. Tomando en cuenta las características generales de un centro de primer nivel (CPN), según la Norma emitida por el SNS, el CPN-CASC cumple de manera parcial con la misma. Varios indicadores deben ser complementado:

- ✓ Código o formulario EZ;
- ✓ Ficha Familiar de Salud-base de datos de familias recabada y/o registradas
- ✓ Territorio de actuación delimitado, especificado;
- ✓ Organizar los-as usuarios del servicio por Unidades de Atención Primarias (UNAP), según en el número o cantidad especificada de familias en dicha norma (de 500 a 700 familias/UNAP).

3. Fase de Diagnóstico de Campo

3.1 Perfil Demográfico de los tres (3) sectores involucrados en el Estudio⁵

Debido a que no se localizaron informaciones recientes, presentamos a continuación algunos datos proyectados, los cuales permiten una idea de las características demográficas de los tres sectores: Villa Juana, Villas Agrícolas y Villa Consuelo, pertenecientes a la circunscripción 3 (C3), la más grande del Distrito Nacional, tanto en concentración poblacional, como territorial. Según datos recopilados, en la década 2000-2010 el crecimiento poblacional alcanzó una media del 0.7%; mostrando importante disminución en el ritmo de crecimiento en relación a décadas anteriores. Para el 2010, 37 de cada 100 habitantes del DN residía en esta circunscripción⁶. Estudios indican que esta desaceleración del crecimiento demográfico de la C3, no afecta la demografía nacional, pues lo que ocurre es una movilidad circular de persona de esta hacia otras zonas del gran Santo Domingo (especialmente Sto. Dgo. Este y Boca Chica, zonas en expansión).

Villa Juana, forma parte de los cinco sectores de la C3, donde se concentra el 50% del total de la población residente en esta circunscripción⁷. De los tres sectores del estudio, es donde mayor concentración poblacional existe, a pesar del decrecimiento paulatino que experimenta. Villas Agrícolas y Villa Consuelo forman parte de los restantes 9 sectores de la C3 donde se concentra el otro 50% de la población. De estos dos sectores, Villas Agrícolas ha mostrado significativo

⁵ Fuente: CNPV-ONE 2010

⁶ Fuente: CNPV-ONE/déficit habitacional 2000-2011, Ciudad Alternativa, julio 2013

⁷ Nota: los restante 4 sectores son: Domingo Sabio, M Social, M Auxiliadora y Capotillo

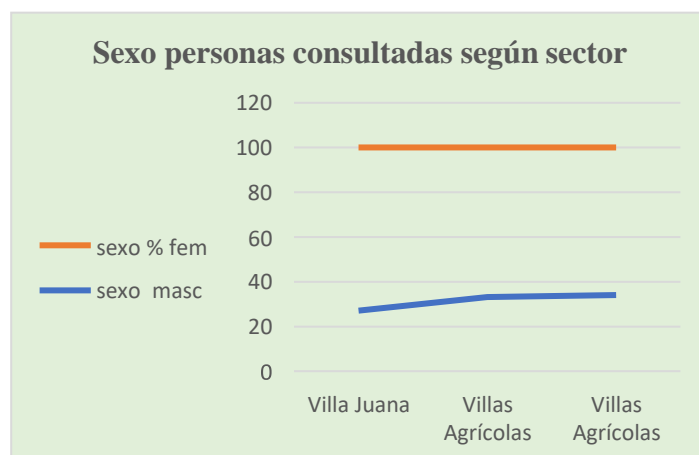
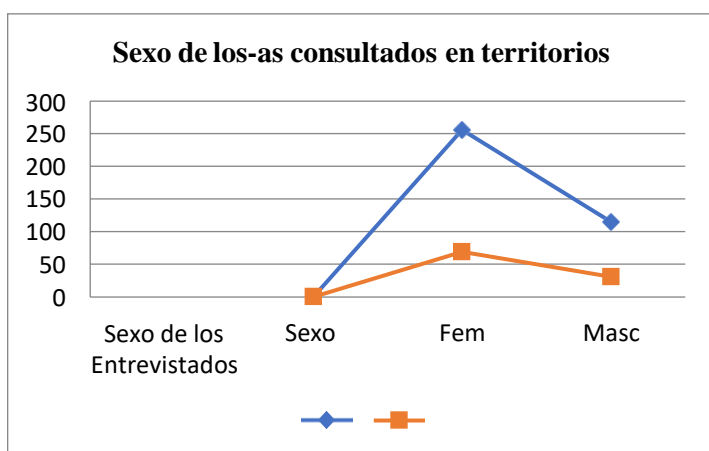
crecimiento poblacional, mientras Villa Consuelo ha disminuido de forma significativa (debido posiblemente a que ha ido convirtiéndose progresivamente en zona predominantemente comercial)- ver siguiente matriz.

Población sectores Estudio (variación crecimiento intercensal 2000-2010)						
Sector	CNPV2002	CNPV 2010	Tasa (dismin)	C	Tasa (Incremento)	C.
Villa Juana	33,005	31,070	(-0.75) hab.	1,935		
Villas Agrícolas	15,902	26,866			(+ 6.77)	10,964 hab.
Villa Consuelo	24,890	19,425	(-3,05) hab.	5,465		

3.2 Resultados generales consultas a ciudadanas y ciudadanos de los tres sectores: Villa Juana, Villas Agrícolas y Villa Consuelo ubicados en el entorno del CPN-CASC

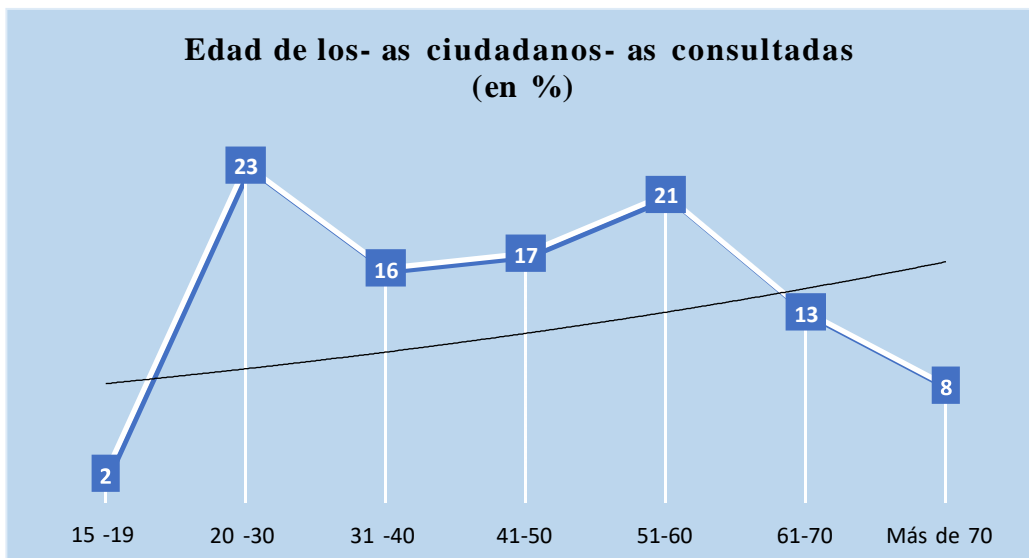
3.2.1 Sexo y Edad de los-as ciudadanos consultados

Del total de personas consultadas, el 69% fueron mujeres y el 31% hombres. Desagregados por sectores, en Villa Juana los consultados fueron 73% mujeres y 27% hombres; en Villas Agrícolas el 67% eran mujeres y el 33% hombres y en el caso de Villa Consuelo, el 66% eran mujeres y el 34% hombres.



En general los-as ciudadanos y ciudadanas consultadas responden a las características demográficas descritas anteriormente (tomadas de base de datos proyectados de la ONE). Los-as consultados en su mayoría eran jóvenes y de edad mediana. Sementados según rangos de edad, los de 20 a 30 años tiene la mayor proporción %. A continuación se presentan datos porcentuales globales de los tres (3) sectores: El 2% de los-as fueron jóvenes con edades entre 15 y 19 años; un

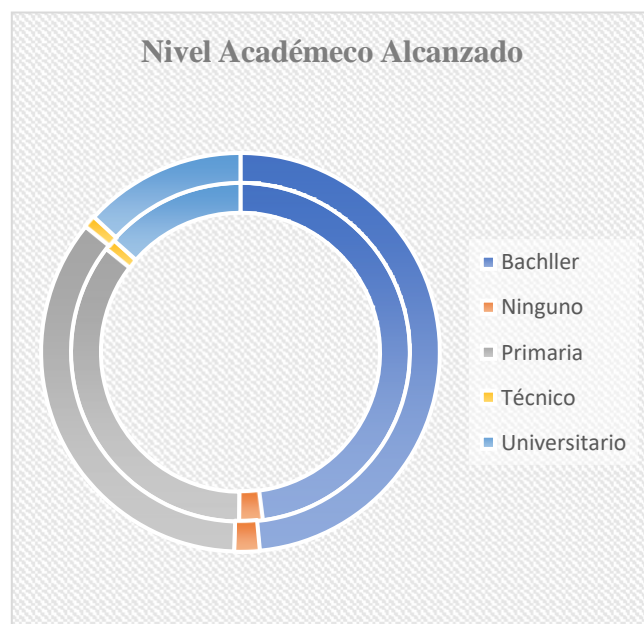
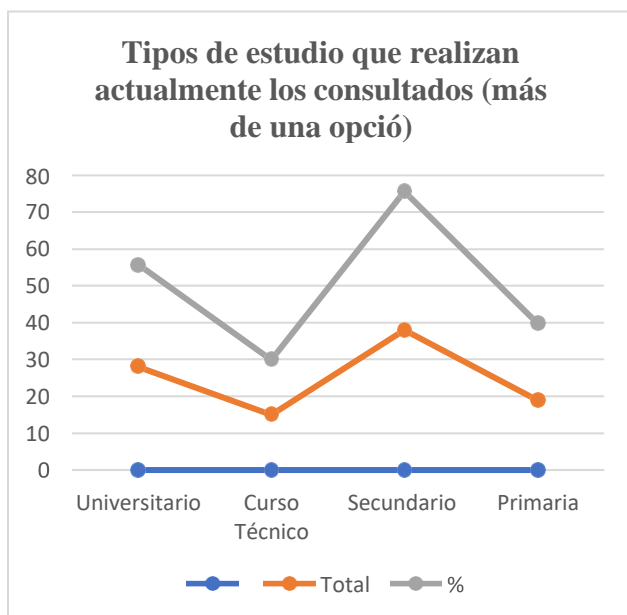
23% de 20 a 30 años (*el %más alto*); 16% está entre los 31 a 40 años; el 17 % entre 41 y 50 años; un 21% tiene edades entre los 51 y 60 años; 13 % entre 61 y 70 años y un 8% se encuentran por encima de los 70 años.



Analizado por sector, tenemos que en **Villa Juana** la composición de los consultados según rango de edad es la siguiente: jóvenes con edades entre 15 y 19 apenas un 2%; de 20 a 30 años un 20%; de 31 a 40 años un 16%; de 41 a 50 años de consulto un 20%; de 51 a 60 años el 24%; de 61 a 70 años un 11%; más de 70 años un 7%. **En Villas Agrícolas**, la composición de los-as consultados según edad fue la siguiente: 3% jóvenes de 15 a 19 años; 21% de 20 a 30 años; 15% con edad de 31 a 40 años; 21% de 41 a 50 años; 16% de 51 a 60 años; 15% de 61 a 70 años y un 9% de más de 70 años. De su parte en **Villa Consuelo** la composición según rango de edad fue así, 3% fueron jóvenes de 15 a 19 años; 28% de 20 a 30 años; 14% de 31 a 40 años; 15% de 41 a 50 años; 22% de 51 a 60 años; 11% de 61 a 70 años y 7% con más de 70 años.

3.2.2 Nivel académico, tanto en el ámbito formal como en el nivel técnico

A pesar de que los-as consultados en una alta proporción son jóvenes de edad mediana, el 87.3% manifestó que no estudia en los actuales momentos, apenas un 12.7% indicó que si cursa algún nivel educativo al momento de la consulta. Los niveles o grados son los siguientes: 37.6% cursó la secundaria; 27.7% el universitario; 20.8% el nivel primario y el 14.9% realizó cursos técnicos. En cuanto al nivel de formación y/o académico alcanzado a lo largo de la vida (*todos los consultados*), el 97% posee algún nivel o grado de escolaridad. De ellos el 48% informó que es bachiller concluido o en proceso; un 35% ha cursado sólo el nivel primario, un 13% universitario; un 2% informó ha realizado o realiza curso técnico. El 8% no posee escolaridad.



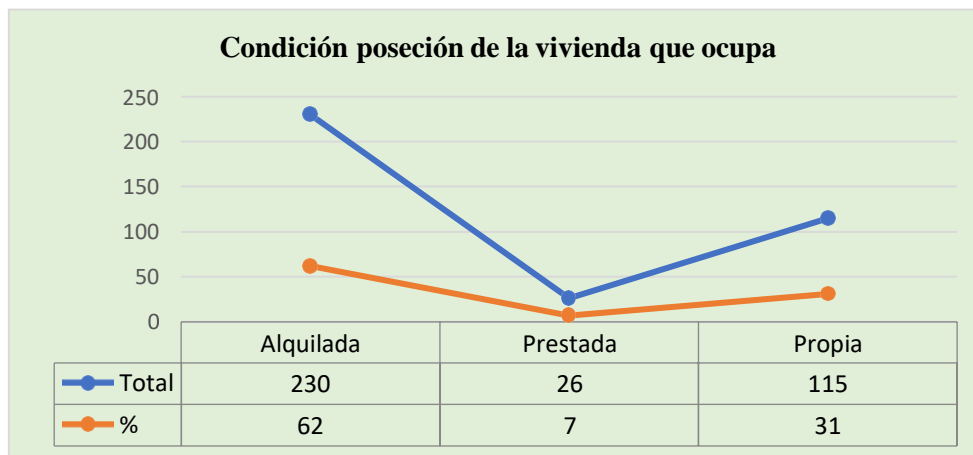
Quienes realizan algún curso técnico al momento de la consulta, indicaron que los centros donde lo realizan son: Infotep; Escuela Concepción Bona, la CASC (cursos manualidades, entre otros), Escuela República Dominicana y a través del Programa Prepara-MINERD.

3.2.3 La vivienda, como se da su usufructo o se gestiona este vital recurso en estos sectores desde la realidad de los/a ciudadanos/as consultados

En lo concerniente a la vivienda, en los tres sectores del estudio, como el conjunto de los demás sectores de la C3 y del resto de Circunscripciones C2 y C1 del Distrito Nacional el tema de la disponibilidad de viviendas adecuadas (en cantidad y condiciones) presenta un significativo déficit. Esto a pesar de que el número de vivienda en dos de los sectores (Villa Juana y Villas Agrícolas) aumentó ligeramente entre el 2000 y 2010. Datos estadísticos del último CNPV 2000-2010, e investigaciones de instituciones estudiosa del tema, confirman esta aseveración, ver siguiente matriz

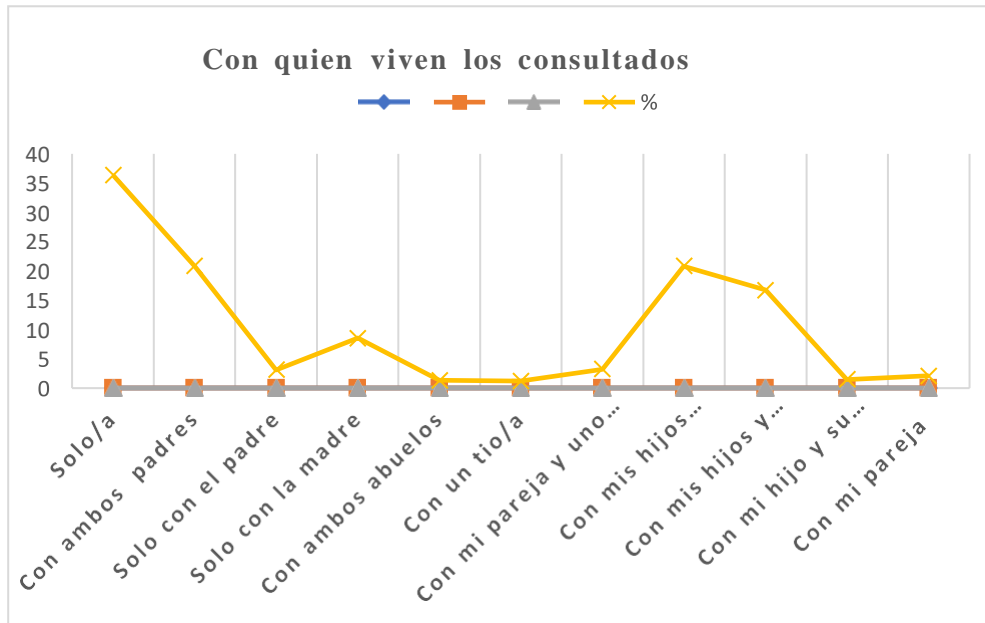
Viviendas sectores Estudio (variación crecimiento intercensal 2000-2010)				
Sector	CNPV2002	CNPV 2010	Incremento	Disminución
Villa Juana	9,968	10,785	827 (+)	
Villas Agrícolas	4,650	8,626	3,976 (+)	
Villa Consuelo	7,397	6,907		490 (-)

Los resultados de la consulta realizada en lo concerniente a la condición de posesión de la vivienda en que habitan al momento de la consulta establecen que la posesión en alquiler es predominante, el 62% de los-as consultados vive en casas alquiladas; un 31% es propietario y un 7% dijo poseer vivienda en condición de préstamo.



3.2.4 Estructura Familiar y Medio de Vida

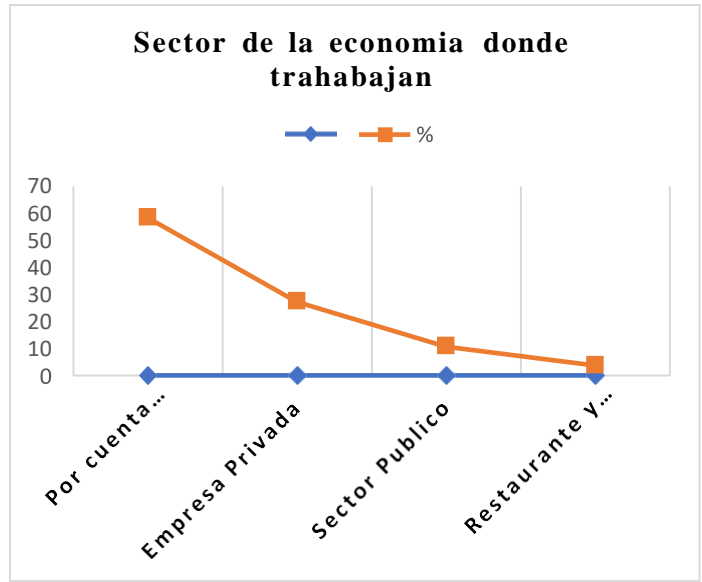
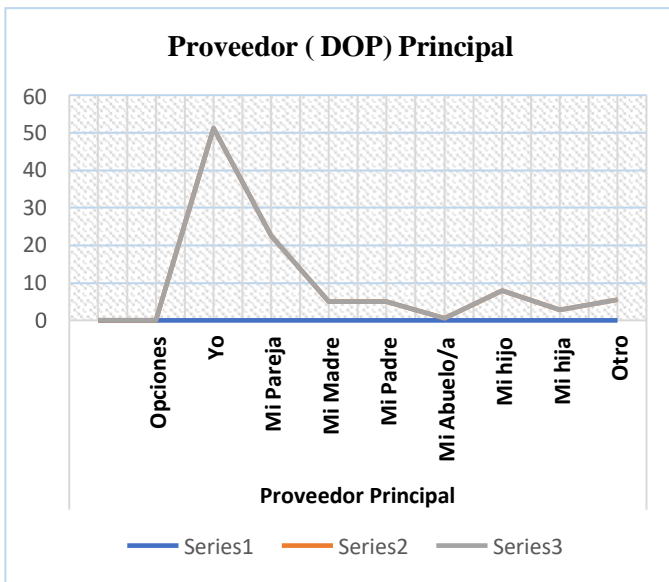
A través de esta variable se indagó o midieron varios indicadores en diferentes ámbitos, relacionados con la capacidad o recursos necesarios que poseen lo-as consultados, a nivel familiar, social y material para ganarse o “garantizar” la vida, la sobrevivencia. En tal sentido, se le preguntó con quién comparte la vida, su casa, cada ciudadano consultado y los resultados fueron los siguientes: 36.4% dijo vivir sólo-a, el 20.8% con ambos padres, y un porcentaje igual indicó vivir solo con sus hijos-as, 2.2 vive con uno de su hijo y la pareja de este, un 8.5% vive con la madre y 3.1% con el padre, 3.2% vive con su pareja y uno de sus padres. Destacable es el hecho de que apenas el 2.7% vive con su pareja-*ver gráfico*



3.2.5 Proveedor principal, ingresos económicos del hogar, actividad y condición laboral

En lo relativo a quién es el/a proveedor principal de la familia a la que pertenecen o encabezan los/as ciudadanos consultados, el 52.2% dijo ser el proveedor principal. **Si tomamos en cuenta que el 69% del segmento poblacional consultados en los tres sectores fueron mujeres, por el grado de jerarquía en el hogar (comentando por ellas), inferimos que en aproximadamente un 76% las jefaturas de hogar v/o familia recae en la mujer.** Un 22.6% indicó que es su pareja; 7.8% dijo que uno de sus hijos; 4.9 % indicó que su padre e igual porcentaje dijo que lo es su madre; 0.5% dijo que el proveedor principal es el abuelo y un 5.4% señaló otros responsables.

En cuanto a la condición laboral, el 65.2% de los consultados trabaja actualmente; un 34.8% no trabaja. Los que se encuentran laborando, lo hacen en diferentes sectores de la economía: **el 58.3% indicó que trabaja por cuenta propia;** el 27 % en empresas privadas, 10.7% en el sector público, los restantes 3.7% laboran en la industria y restaurantes.



3.2.6 Niveles de Ingresos y/o Salarios y Sector Económico

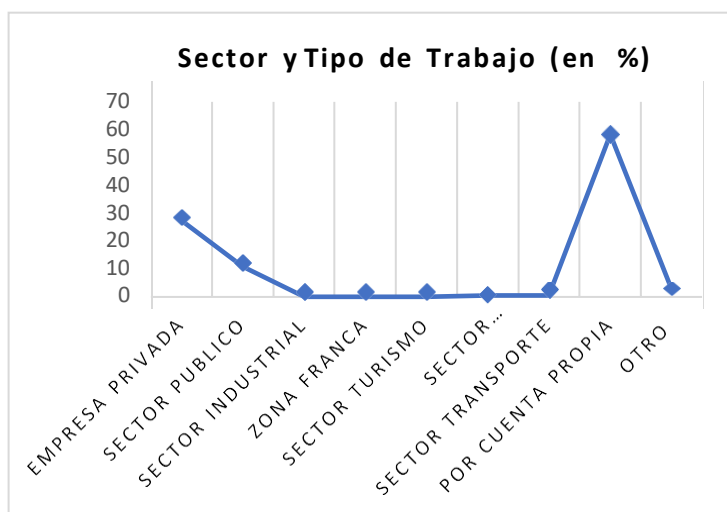
Existe un vínculo directo entre formación académica, actividad laboral e ingresos. Esto pudiera explicar los bajos salarios informados por los consultados (**menos de DOP10,000 diez mil pesos**). Un porcentaje relevante de los-as ciudadanos consultados, el **41.9% percibe salarios de menos del citado monto**; el cual se sitúa por debajo del salario mínimo nacional (sector público y privado). La **RESOLUCIÓN 01/2021**, de fecha 14 de julio de 2021, emitida por el Comité Nacional de Salarios, establece las siguientes escalas de salarios mínimos según tipo de empresas. *Un dato relevante es que en el caso de los ciudadanos consultados en el estudio, el 58.3% cuentapropista.* (Ver a continuación escalas salarios mínimos según categoría empresas)

Salario Mínimo Nacional según Sector y Tipo de Empresas Resolución 01/2021.Comite Nacional de Salario		
Categoría de Empresa	16 Julio 2021	1 de enero 2022
Empresas Grandes	DOP 20,000.00	DOP 21,000.00
Empresas Medianas	DOP 18,000.00	DOP 19,250.00
Empresas Pequeñas	DOP 12,400.00	DOP 12,900.00
Microempresas	DOP 11,500	DOP 11,900.00

Los ingresos percibidos por los-as consultados que trabajan, en los diferentes sectores y actividades respectivas, en general se coloca en escala de bajo a mediano, el porcentaje más alto de consultados gana por debajo de los **DOP 10,000 pesos (41.9%)**. El mayor porcentaje de consultado indico que labora por cuenta propia (**58.3%**). A continuación, matriz con datos de tipo de actividad laboral y escalas salariales de los/a consultados, estimada en **%**.

Tipo actividad laboral	%
Empresa Privada	27.3
Sector Publico	10.7
Sector Industrial	0
Zona Franca	0
Sector Turismo	0
Sector Restauración	0.5
Sector Transporte	0.5
Por Cuenta Propia	58.3
Otro	2.7

Escala salarial de los-as Consultados	
Ingresos	%
Menos de 10 mil	41.9
De 10 a 15 mil	18,0
De 15 a 20 mil	12.8
De 20 a 25 mil	9.1
De 25 a 30 mil	8.7
Más de 30 mil	8.8

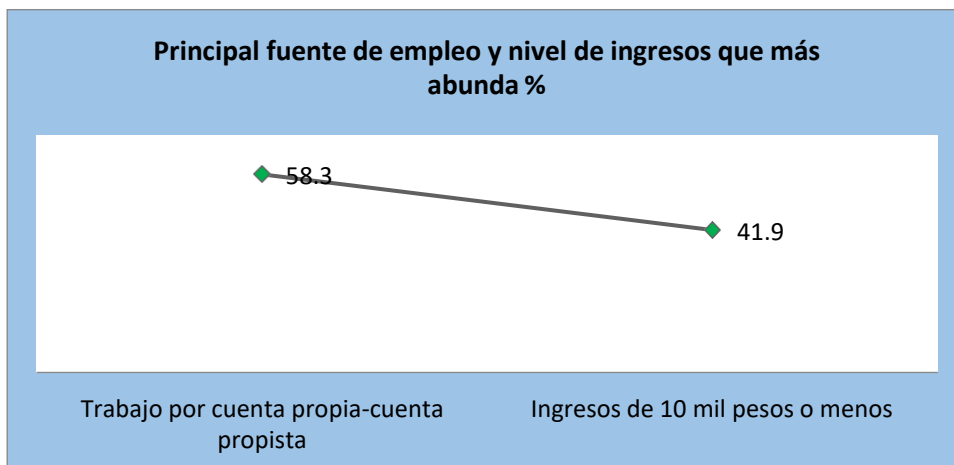


3.2.7 Sector de la Economía donde laboran los-as Consultados

Cuenta Propista	Sector Privado	Sector Público
<ul style="list-style-type: none">• Cafeteria, Albañil, Chofer, Colmados , Cafeterías, Comerciantes, Comedor (exp. Comida cocida).• Taller de Desabolladura y Pintura, Decoración Interiores, Electrónica, Imprenta, Salón de Belleza. Trabajador ambulatorio indep.;Masajista, Estilista de su propio salón de belleza.• Mecánico Automotriz, Moto Concho, Negocio propio, Peluquería,Pintor , Plomería; Tienda (fantasías); Venta de carnes para humanos; Comida rápida, Venta de comida Criolla• Venta de ropa (paca), Venta chucherías, Puesto de empanadas, Venta de frutas	<ul style="list-style-type: none">• Venta producto limpieza, Banca de Lotería. Banca de Apuesta, Agencia de Viaje, Banca Comercial, Agencia de Seguros, Importadora Neumáticos, Empleado Molino Moderno, Oficina Jurídica, Colcenter, Tienda de ropa, Call Center	<ul style="list-style-type: none">• Ayuntamiento, Policiaz Nacional, CASC, Centros Educativos Públicos, Pensionado.-jubilado.
Otro (s)	Trabajo Doméstico, Cocinero Rest., Cuidador de familiar, por paga; Drink, Lavado de autos, Veterinario	

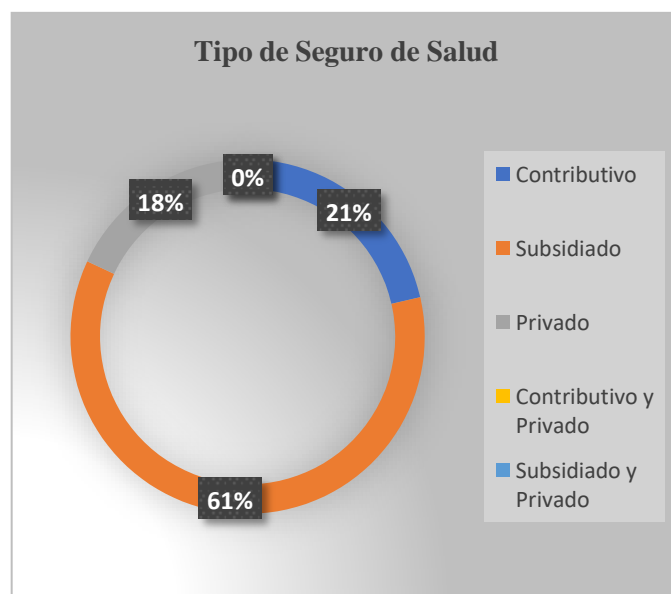
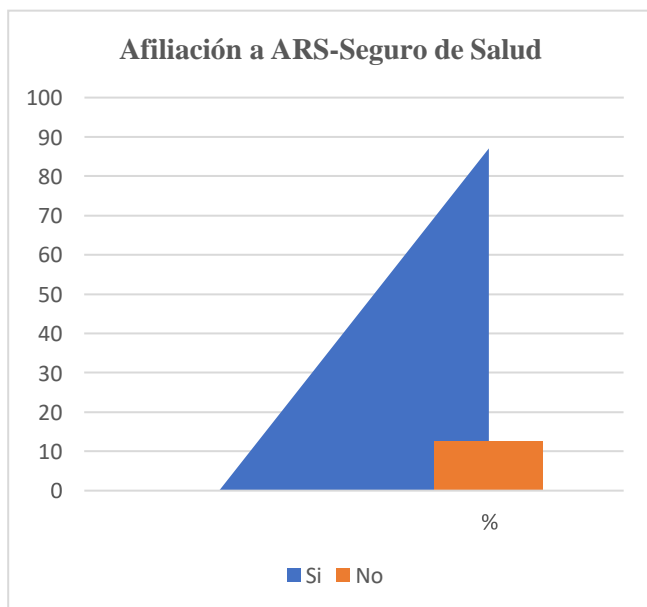
El **sector informal de la economía-el cuentapropismo-**, es la mayor fuente de trabajo citada por los/as personas consultadas, quienes constituyen una fotografía de la realidad en los sectores estudiado, en el ámbito laboral. El 58.3% pertenece al mismo; de ahí los bajos niveles de ingresos por salarios devengado (41.9% indicó gana DOP10,000 pesos o menos); esto a su vez se refleja en las condiciones socioeconómicas deprimida, vulnerabilizada que predomina en los tres sectores estudiado, como se puede observar en siguiente gráfico

Otro dato importante es la sindicalización de los-as trabajadores, decualquier sector económico, en este aspecto encontramos que el 93.1% de los consultados, trabajadores-as y no, indicaron que no tienen vínculos de afiliación con ninguna mecanismo u organización sindical. Esta realidad y siendo que entre los-as consultados un alto porcentaje trabaja (65.2%), **podiera resultar una oportunidad a la CASC para generar procesos formativos y de afiliación a estructuras gremiales y sindicales vinculadas.**

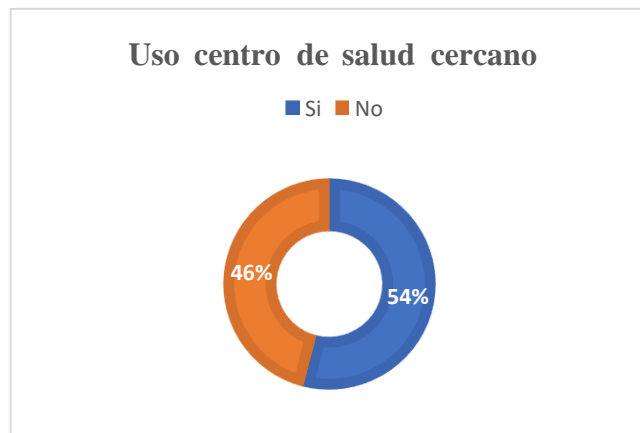
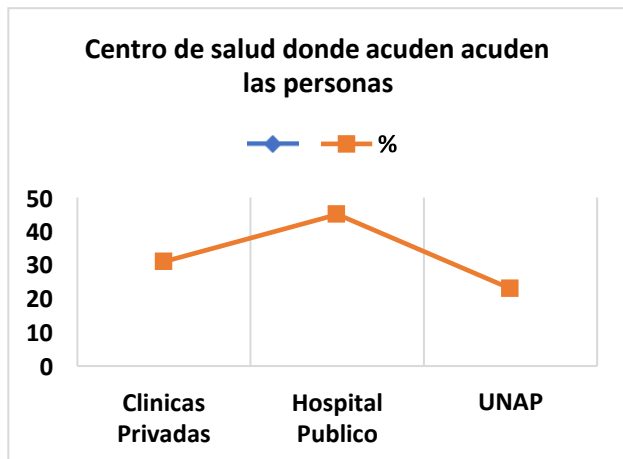


3.2.8 Percepciones sobre acceso y demanda de servicios de salud en los sectores consultados

Una alta proporción de los ciudadanos y ciudadanos consultados se encuentran afiliados a la Administradoras de Riesgos de Salud-ARS, el 87.1% de los-as mismo lo está. La brecha de no afiliación es de un 12.9% en éste segmento poblacional. En cuanto al tipo de seguro, el 60% está bajo la cobertura del Régimen Subsidiado, 21% pertenece al Régimen Contributivo y el 18% dijo tener seguro privado.

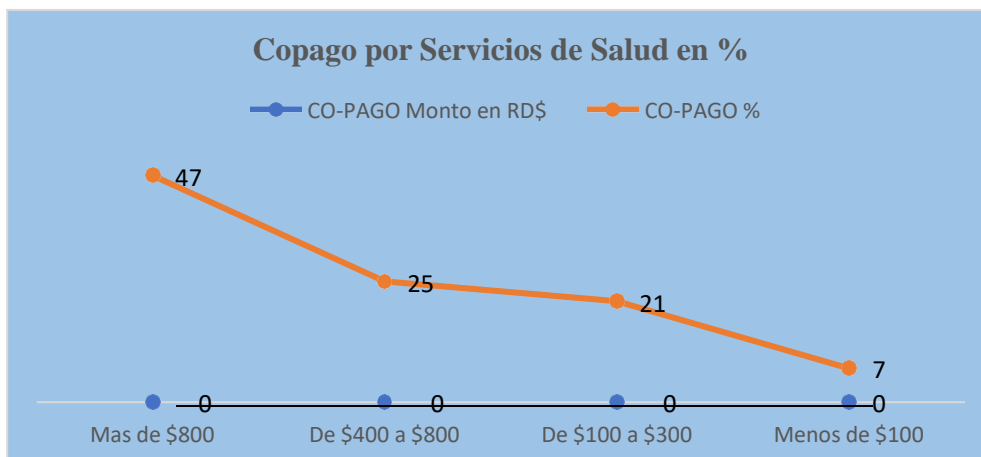


El 54% de los-as ciudadanos consultados indicó que al momento de necesitar alguna atención en salud acude a centros que le quedan cerca del entorno donde viven. Estos centros son mayormente hospitales de tercer nivel y/o especializados, el 45% indicó que atiende sus necesidades y urgencias de salud en los mismos. Un 31 % acude a su Unidad de Atención Primaria (UNAP) y el 23% de los-as consultados dijo que usa centros clínicos privados. El restante 46% de los consultados indicó que al momento de necesitar algún servicio de salud va a centros que no les quedan cerca del lugar donde residen. Estos informaron que al momento de necesitar atención en salud acuden a clínicas privadas, hospitales y a UNAP, localizadas en otros sectores

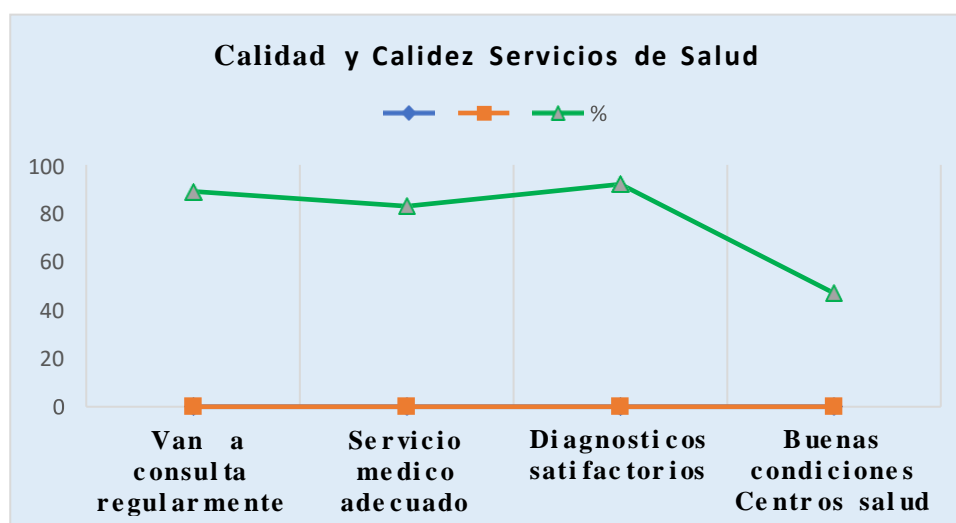


A la hora de recibir los servicios de salud necesarios, el 45% de los-as consultados indicó que realiza un copago por los servicios de salud que le brindan en el centro donde es atendido, el otro 55% indicó que no paga nada al recibir el servicio. Este dato se vincula estrechamente al uso de centros hospitalarios públicos (no especializado) y las propias Unidades de Atención UNAP, el número mayor de consultado los usa o se "atiende" en ellos.

Como se indica anteriormente, el 45% de los-as consultados dice que realiza copago al momento de recibir los servicios de salud el centro donde se atienden (centro privado, semi-privado u hospital especializado); además de lo que les cubre su seguro de salud. **El 47% de los que informaron realizan copago invierten más de \$800 pesos por este concepto al momento de recibir el servicio (utilizando además su seguro de salud).** Un 25% dijo que el copago que realiza ronda los \$400 a \$800 pesos; el 21% paga de \$100 a \$300 pesos y un 7% indicó que paga menos de \$100 pesos.



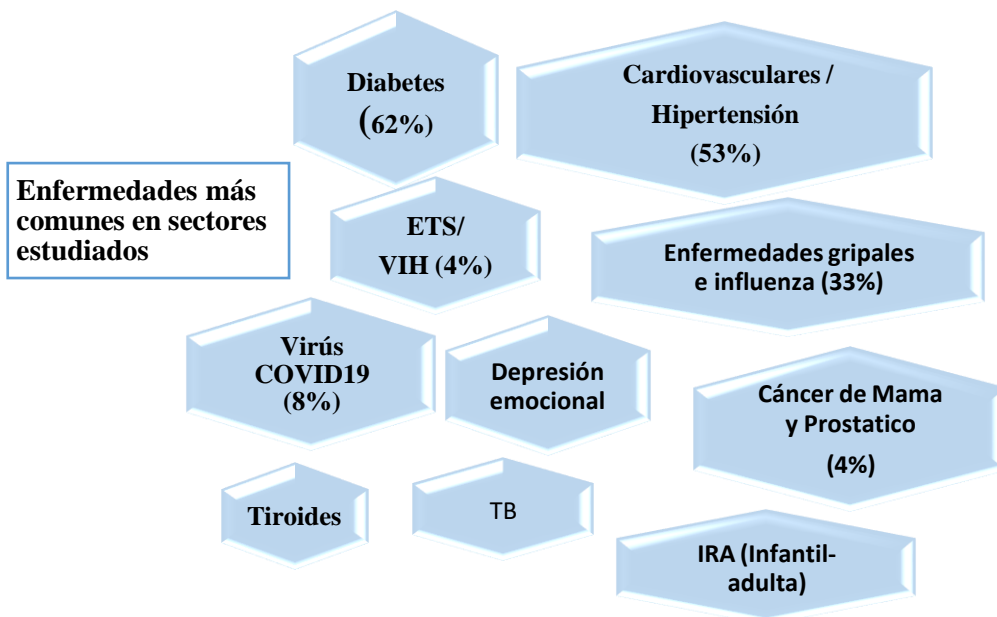
En lo que tiene que ver con la humanización de la prestación del servicio de salud recibido, la calidad y calidez del mismo, el 89% de los-as ciudadanos consultados indicaron que al momento de ser atendido por el personal médico logran comunicar, conversar sobre la condición que los lleva a buscar dicha atención. En cuanto al tiempo para recibir diagnóstico de la dolencia, el 83% indicó que es adecuado y el 92% dijo que le es satisfactoria las informaciones y diagnósticos que les entrega el personal médico al momento de la consulta o posterior a esta. Un % menor (8.4%); pero no menos relevante, no se mostró satisfecho, consideran el servicio recibido como deficiente: el personal médico no asiste al centro (especialmente en el caso de las UNAP), en ocasiones "le han dado diagnósticos errados" y el tiempo de espera de los resultados es prolongado; de igual manera argumentan que no se presta adecuada atención al usuario y el personal de salud muestra baja cualificación técnica- no se profundizó en estas percepciones, pero pudieran representar importantes brechas para mejoras impostergables. Puede que no estar muy alejada del estado general de la atención en salud ofrecida.

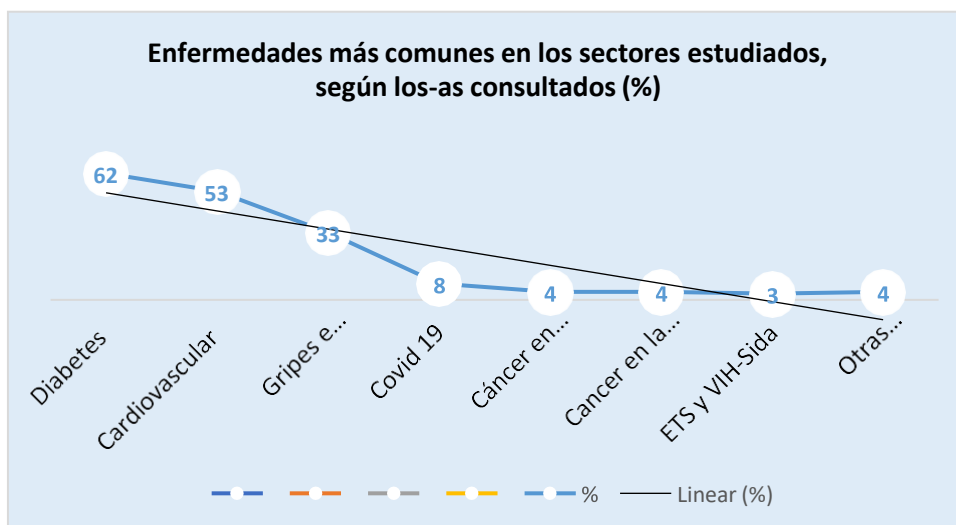


En cuanto a la calidad o condiciones físicas de los centros de salud a los que acuden los ciudadanos y ciudadanas consultados, un 47% dijo que están en muy buenas condiciones, un 33% dijo los califico como bueno y un 14% dijo que dichas condiciones son regulares. La condición de excelente solo alcanzo un 7%. Estos datos, sin bien no son negativos, dan indicios de que existe una brecha de mejora de los centros de salud de esta zona que amerita ser atendida por autoridades responsables.

3.2.9 Tipos de enfermedades más comunes en los sectores estudiados según parecer de los/as ciudadanos/as consultados/as

Para conocer la situación epidemiológica de los sectores y por ende la percepción y conocimiento de los-as ciudadanos sobre condiciones de salubridad en general del lugar donde viven, se les preguntó cuáles, a su entender, son las enfermedades que más comúnmente padecen las personas residentes en sus respectivos sectores; se obtuvo el siguiente resultado: las enfermedades de mayor prevalencia son la diabetes y las cardiovascular, con 62% y 53% respectivamente, un 33% indico que las enfermedades gripales e influencias; un 8% señala el virus del COVID 19; un 4% señala el cáncer en la mujer y los hombres (mamas, intrauterino y prostático); igual porcentaje (4%) señaló que las Enfermedades de Transmisión Sexual- ETS y VIH-Sida, y un 3% citó la depresión emocional.





Los indicadores nacionales de Salud del Ministerio de Salud 2016⁸, indican que las causas de muerte por problemas circulatorios alcanzan el 27%; los problemas cardiovasculares rondan el 36% para hombres y 29% para mujeres. Indican además que veinte (20) enfermedades son las más frecuentes en las consultas externas: de ellas la hipertensión arterial ocupa el 44% de las consultas; la diabetes mellitus el 77%, y las respiratorias agudas se sitúan por encima del 14%.

Con menor nivel de incidencia los consultados citaron otras enfermedades como: Desnutrición Infantil y en personas adultas, tuberculosis, enfermedades reumatoideas, artritis, problemas renales y osteoporosis, dengue, IRA, problemas respiratorios (una variante en este caso es la tuberculosis. Al preguntárseles cuáles enfermedades o condiciones de salud tiene cada consultado (personal y directamente) en el momento de la consulta, un alto porcentaje indico que sufre de hipertensión arterial y otras afecciones cardiovasculares; cáncer, covid19, problemas diarreicos, asma bronquial osteoporosis, problemas renales, artritis, tiroides, infecciones respiratorias agudas, ETS, entre otras condiciones.

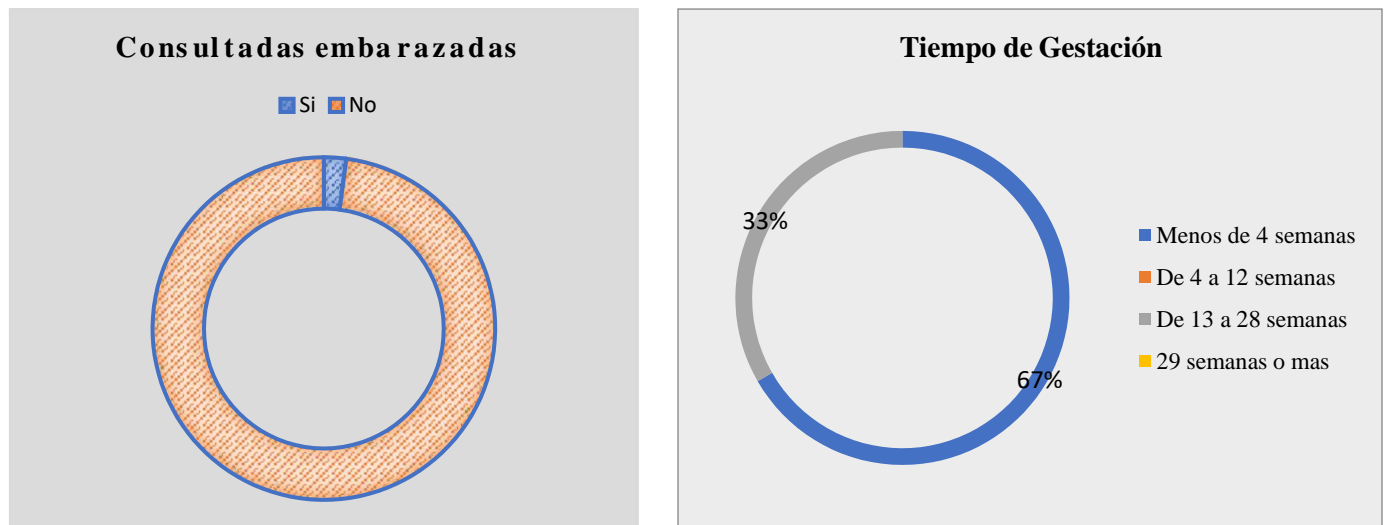
Para el Distrito Nacional, los indicadores nacionales 2016 establecen un 7% padece colesterol; las enfermedades cutáneas-dermatológicas y accidentes de tránsito alcanzan un 4%. De igual manera en lo que respecta a la desnutrición crónica en menores rondaba los 6.7% a para el referido año.

⁸ Fuente: *Indicadores Nacionales de Salud 2016- Ministerio de Salud*

3.3 Salud sexual y reproductiva de la mujer

3.3.1 Embarazos en las mujeres consultadas y estado actual del embarazo en la Rep. Dom.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva de la mujer, relacionada a la cantidad de embarazos y número de hijos paridos; del total de mujeres consultadas (69%), únicamente un 2.1% manifestó estar embarazada al momento de la consulta. De las consultadas que dijeron estar en estado de embarazo, el 66.7% tiene cuatro (4) semanas y el 33.13% entre trece (13) y veintiocho (28) semanas de gestación.



Aquí es oportuno ver algunas variantes que pudieran incidir en el bajo % de embarazos encontrado, en las mujeres consultadas, sobre todo, tomando en cuenta que un alto porcentaje de los/as consultados eran jóvenes y de edad mediana, con condiciones de fecundidad óptima (el rango de edad óptimo estimado va de 15 a 49 años de edad).

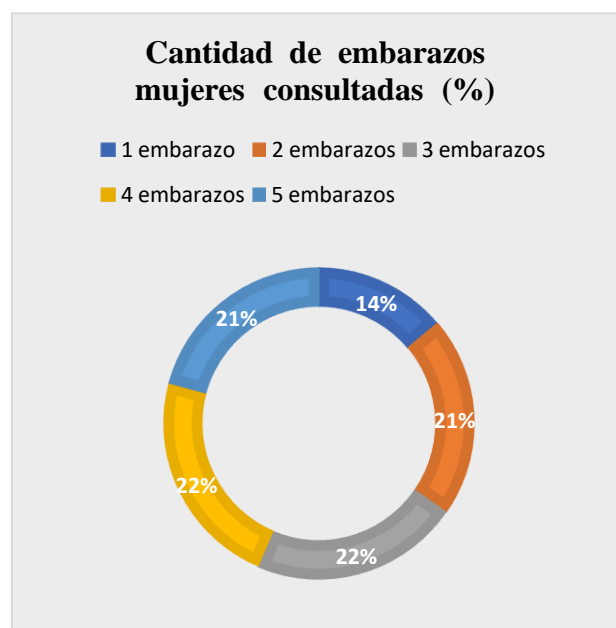
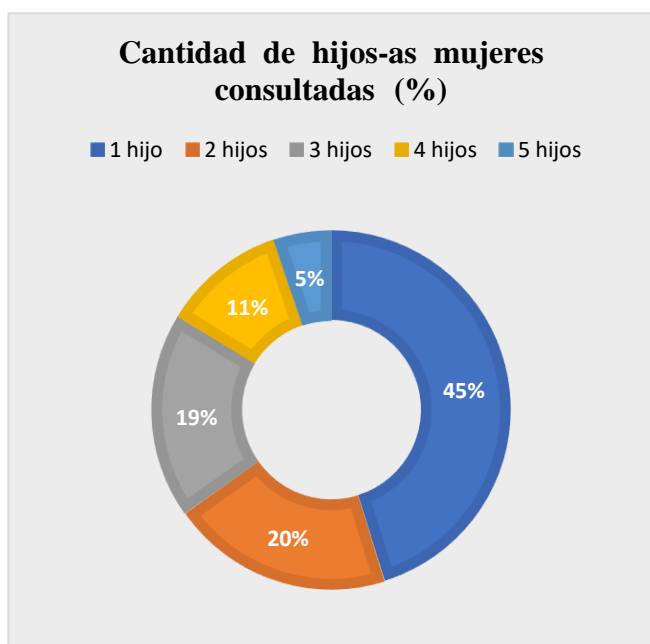
Estadísticas globales (contenidas en informe UNFPA), sitúan a la Rep. Dominicana entre los 12 países con una tasa de fecundidad media, entre 1.8 y 2.5 nacimientos por mujer, entrando en la tendencia mundial de familias cada vez más pequeñas en cantidad de hijos nacidos⁹. Al presentar dicho informe, UNFPA manifiesta que, en el país a pesar de avances logrados, persisten retos, sobre todo en poblaciones concretas como es la adolescente. Señala además que los niveles de ingresos, educativos, y lugar de residencia tienen vínculos estrechos con la fecundidad.¹⁰

⁹ Informe Estado de la Población Mundial 2018 "El Poder de Decidir Derechos Reproductivos y Transición Demográfica, presentado por UNFPA

¹⁰ Idem/ El análisis concerniente a la población adolescente lo analizamos más adelante en este informe

Los datos resultantes del diagnóstico de campo confirman la caracterización anterior. Del total de mujeres consultadas, el 84% dijo que tiene hijos; 16% no ha tenido. En las que afirman tenerlos, la media global de hijos se encuentra entre 1 y 3. Una menor proporción indicó que tuvo entre 4 y 5. Desagregado según cantidad de hijos tenemos el siguiente resultado: 61% indicó que tiene un (1) hijo; el 27% tuvo dos (2) hijos; el 25% tres (3). El 15% y el 7% indicaron que tuvieron entre 4 y 5 respectivamente.

En cuanto al número de embarazos, de los cuales quizás algunos no llegaron al nacimiento, tenemos que el 89% de las mujeres consultadas dijo que estuvo embarazada (*5% más que las que dijeron tienen hijos*). La cantidad de embarazos estuvieron en su mayor proporción en una media global de 1 a 5. El porcentaje más alto (23%) indicó que tuvo 4 embarazos, las que indicaron tuvieron tres embarazos representan el 22%; un 21% dijo haber tenido 5 embarazos y ese mismo porcentaje (21%) indicó que solo tuvo 2 embarazos. El 14% dijo haber tenido un (1) sólo embarazo. **Un dato importante es de que un 44% de las mujeres consultadas dijo que en algún momento de su edad reproductiva perdió embarazos.**¹¹

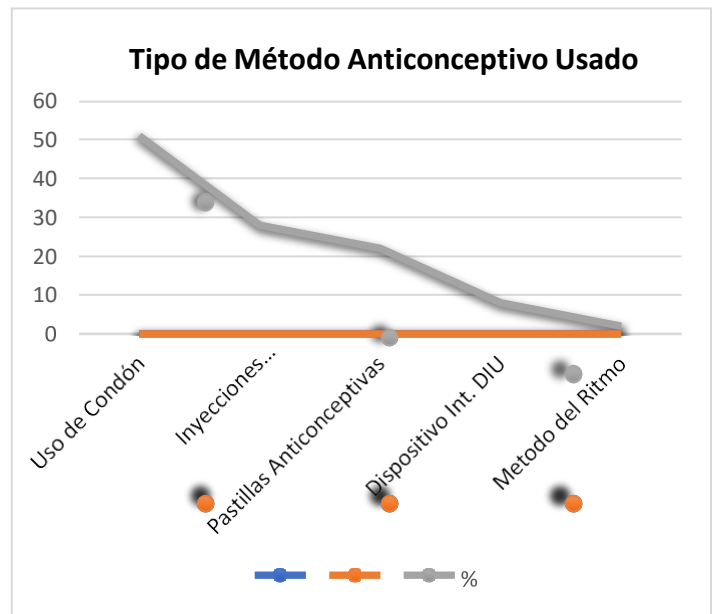
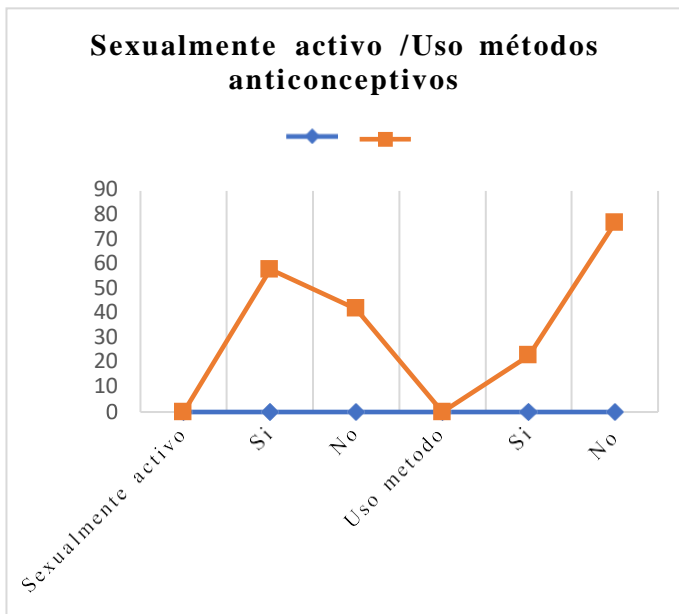


Oportuno es resultar la manera en que las mujeres que indicaron haber tenido pérdidas de embarazos enfrentaron o resolvieron la situación, recibieron o no asistencia del sistema de salud, e igualmente el grado de conocimiento de estas para acudir en ayuda correcta. En este sentido, el 59% de las que tuvieron pérdida (abortos) dijo que acudió a su ginecólogo, **el 15% dijo haber sido atendida en la UNAP del entorno**, un 2% lo resolvió por su cuenta (no fue explicado el método). Un 24% utilizó otras maneras de solucionarlo (igualmente no se profundizó en esta parte, por actitud de la mujer para hablar de ello).

¹¹ De acuerdo a los Indicadores de Salud-MSP 2015, en RD se produjeron 31,458 nacimientos y 29,857 fueron registrados en oficinas

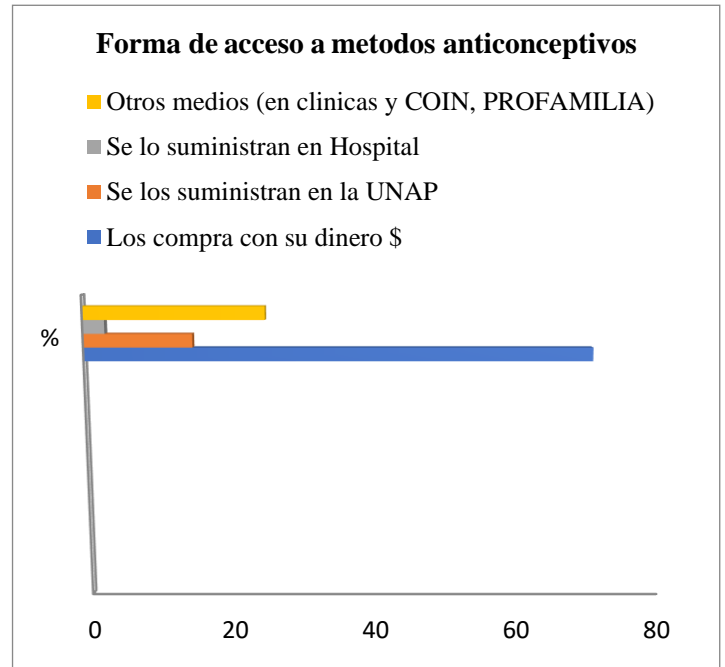
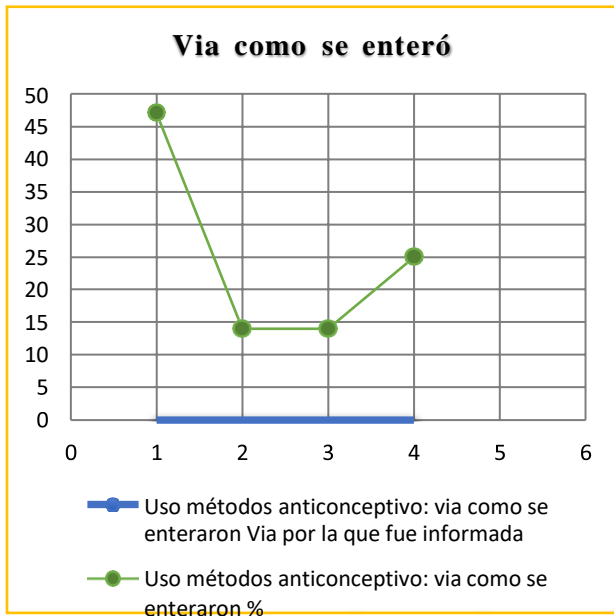
3.3.2 Anticoncepción, métodos para control de la natalidad usados por ciudadanas y ciudadanos consultados

El 58% de los-as consultados que dijeron encontrarse sexualmente activo; el 42% manifestó no estarlo. De los que manifestaron encontrarse en actividad sexual activa, el 77% indicó que no usa ningún método, sólo el 23% manifestó usarlo. Los consultados que usan métodos anticonceptivos, utilizan una variedad de opciones: 51% usa condón, 28% inyecciones anticonceptivas, 22% pastillas, 8% tiene colocado el dispositivo intrauterino (DIU) y un 1% indicó que lleva el método del ritmo. El 56% se indicó que la anticoncepción la lleva en común acuerdo con su pareja, un 44% lo ha decidido individualmente.



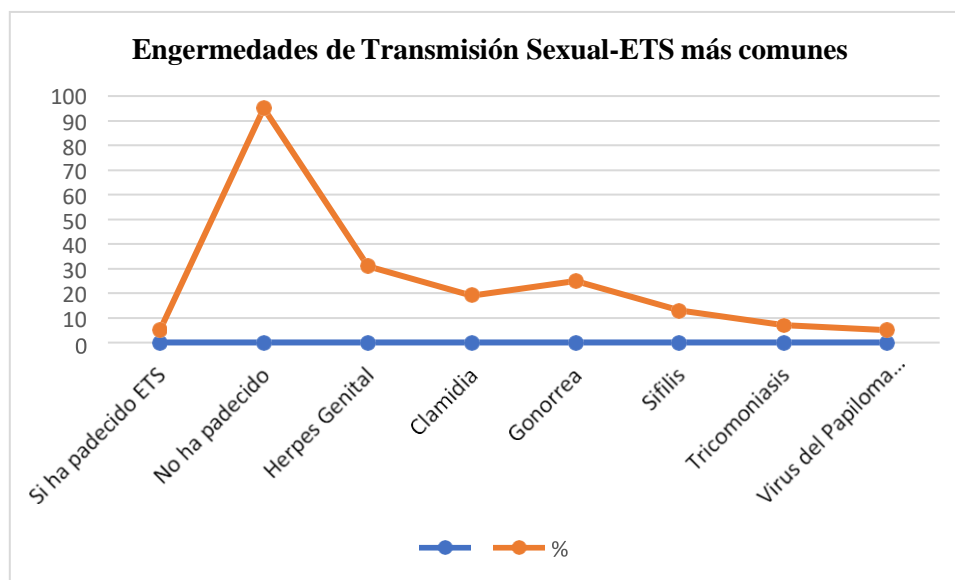
La indagatoria sobre los programas de acompañamiento y atención a la población sexualmente activa son diversos, tanto a nivel de la atención primaria, a través de las UNAP, uno de los servicios que se le ofrece, especialmente a la mujer es el de control de la natalidad (planificación familiar). Las instituciones (ONGs) consultadas por igual, desarrollan diversas acciones de apoyo en éste orden, otorgando de manera gratuita, y relativamente oportuno. Generalmente mantienen disponibilidad e incluso días específicos en sus planificaciones para consultas ginecológicas y suministros de métodos anticonceptivos. A pesar de disponibilidad gratis en los indicados centros, al preguntar sobre la forma o manera en que acceden a dichos métodos anticonceptivos, un porcentaje elevado (70%) manifestó que los compra con recursos \$ propios; un 15% indicó que se lo suministran en la UNAP que visita; un 12% dijo que los consigue en las UNAP que funcionan en ONG, y dan un aporte de \$50 pesos; un 3% manifestó que se lo suministran en el hospital (tercer nivel) que frecuentan.

La manera como se enteraron de los planes y programas de planificación familiar, sobre el uso de métodos anticonceptivo, el 47% indicó que fue orientada en la consulta con su ginecólogo; a través de campañas de orientación y difusión realizadas en UNAP y hospital, un 14% e igual porcentaje (14%) dijo que se enteró mediante campañas publicitarias transmitidas por televisiva y radial. Un 25% se enteró por otras vías o medios =*PROFAMILIA, sus madres, hermanas, amistades, vecinas, la calle, a través de cursos realizados sobre el tema*=



3.3.3 Las Enfermedades de Transmisión Sexual que más inciden

A pesar de que, en cierto modo, el tema de las ETS para la población es un tema tabú, las personas prefieren hablar poco de ello, indagamos con los-as ciudadanos consultados sobre la prevalencia o incidencia de la misma en este segmento, obteniendo los datos siguientes: el 95% negó haber padecido alguna vez o en el momento de ETS; el 5% fue más franco e indicó si en algún momento la ha padecido. El tipo de ETS que más abunda en esa población es el herpes genital, 31% dijo haberlo padecido; 19% clamidia; 13% sífilis, 25% gonorrea; 7% tricomoniasis y un 5% dijo haber padecido del virus del papiloma humano.



Oportuno señalar que a pesar del bajo porcentaje que indicó que en algún momento ha padecido de ETS, para el Centro de Orientación Integral-COIN, especializado en el acompañamiento a grupos vulnerables y expuestos a esta condición, las nuevas infecciones están en una **meceta de 2000 mil y pico de casos todos los años**; mientras la curva de mortalidad sigue disminuyendo de manera paulatina. Las muertes asociadas al VIH, precisamente por la eficacia de los medicamentos y su implementación, son cada vez menos en Rep. Dom (*en los Indicadores de Salud 2016-MSP, la tasa global de muerte por causas asociadas al VIH-Sida es de un 11%, para los hombres es de 7 y en el caso de la mujer 8, un punto por encima*)¹²

Las muertes asociadas al VIH-Sida disminuyen, sin embargo, según estadísticas del COIN, en un año (el 2019) los pacientes activos atendidos en el Centro se incrementaron en un 20%, pasando de 1,261 a 1,577. Halagüeño es el hecho de que, debido a la aplicación de política eficiente de atención, en el marco de la estrategia 90, 90, 90, al cierre de noviembre de 2021, en el servicio de atención integral contaba con un total de 1577 pacientes en tratamiento, de los cuales el 66.2% se encuentra en supresión viral, quedando solo un 23.8% del alcance del 3er noventa en la estrategia 90-90-90 (en el caso específico de dicho centro)¹³.

De acuerdo a esta misma fuente, durante 2020-2021, se realizaron 2 mil 532 pruebas voluntarias de VIH, 2 mil 784 pruebas de VDRL, 3 mil 277 pruebas de hepatitis B y C y se captaron 732 nuevos pacientes. El Programa SAIS (Servicios Integrados de Salud) dan seguimiento a 1,977 personas. Durante el 2021 realizaron 2 mil 228 consultas.¹⁴

¹² Fuente: datos suministrados por COIN en entrevista a Gerente Salud y Memorias e Informes consultados.

¹³ Fuente: entrevista Dr. Fernando Díaz, Gerente Salud COIN

¹⁴ Idem,

4. Embarazos en Adolescentes-EA y Uniones Tempranas-UT, dos flagelos que se retroalimentan: impacto social y de salud

4.1 Embarazos en Adolescentes- Hallazgos

El estudio indagó sobre las edades en que las mujeres consultadas en los tres sectores iniciaron sus embarazos, encontrado que el 80.7% de ellas manifestaron que tuvieron sus embarazos (hasta un total de tres) en las edades comprendidas entre 15 y 24 años. El 34.5% inició sus embarazos en la adolescencia entre los 15 y 17 años. El 10.4% dijo que su primer embarazo lo tuvo antes de los 15 años. De acuerdo a datos estadísticos de la ONE, el embarazo en las zonas urbanas (ámbito nacional), el 19.6% de las mujeres en edad fértil que han tenido hijos, su primer embarazo ocurrió antes de los 15 años (9.2% más que hallazgo del presente estudio)

El % de hijos-as nacidos de madres adolescentes en RD sobrepasa el promedio de América Latina y el Caribe. Entre el 2010 y el 2015, las cifras alcanzaron 22.3%, representado 5.8% más que la de la región situada en 16.5%¹⁵. Para 2019 se registraron 27,734 partos de adolescentes en los centros hospitalarios del país, representando el 23.5% del total nacional ocurrido en el año (unos 117,882)¹⁶. Se estima que El 36% estima que la maternidad en la adolescencia es una vía para “mudarse fuera de la casa de sus padres”¹⁷.

De alta importancia resulta relacionar el % nacional con el arrojado en el estudio, éste último es 14.9% mayor que el nacional (34.5%). Este porcentaje es solo comparable con los de provincias como Independencias (34.51%), municipio Los Ríos, provincia Bahoruco (34,34%), municipio Oviedo en Pedernales (36.64%)¹⁸

4.2 Uniones Temprana-UT- Hallazgos

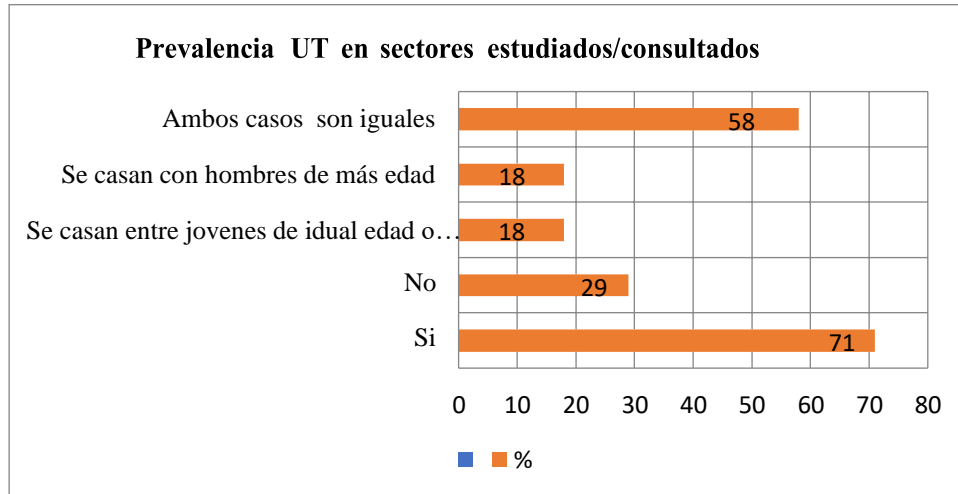
Sobre las uniones tempranas, fenómeno social que ha existido históricamente en Rep. Dominicana; pero que en los últimos años es “tendencia”, tratamos de conocer la percepción de los ciudadanos y ciudadanas consultados sobre esta problemática y el 71% de estos dijo que conoce casos de menores de edad con parejas (casadas o unidas), 29% manifestó no conocer. Los 58% de los-as consultados cree que estas uniones tempranas ocurren en la misma proporción entre jóvenes pares y entre las jovencitas y hombres de mayor edad que ellas; un 24% opina que se casan entre pares (edades similares o cercanas) y 18% indicó que estas uniones se dan con hombres con edades más avanzadas que las jóvenes.

¹⁵ Fuente: Estudio publicado por ONE y UNFPA, 2017

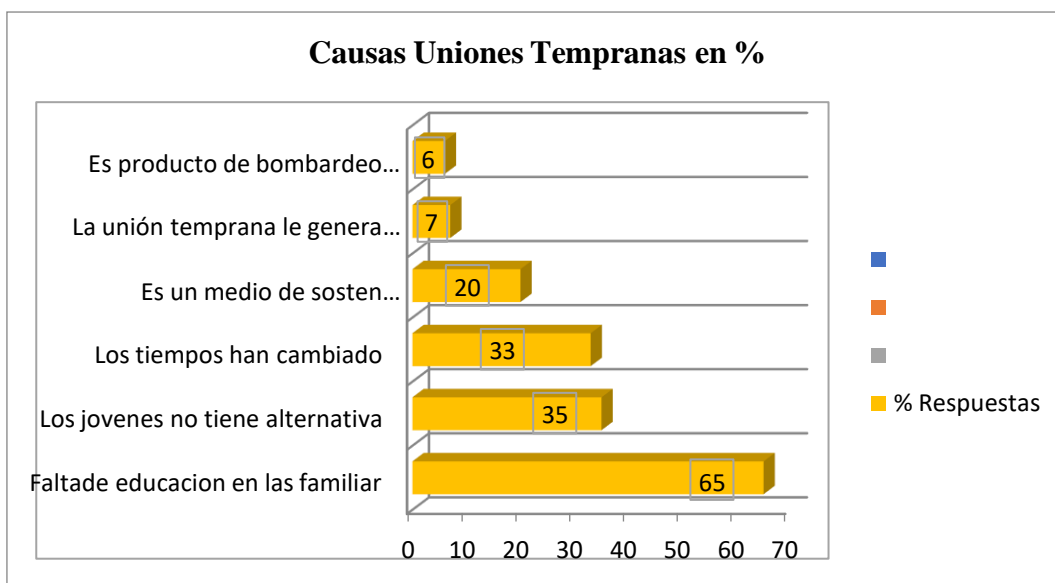
¹⁶ Fuente: Estadísticas Servicio Nacional de Salud-SNS

¹⁷ Fuente: Estudio publicado por ONE y UNFPA, 2017

¹⁸ Fuentes : Resultados consultas realizadas y Estadísticas ONE, 2017



Los pareceres y criterios de los/as consultados/as son distintos a la hora de opinar sobre las causas que influyen en que estas uniones tempranas sean tan numerosas en las adolescentes y jóvenes. Los/as consultados ofrecieron varios pareceres al respecto (**múltiples respuestas**). En tal sentido, un 65% de ellos/as entiende que es la falta de educación al interior de las familias; un 35% entiende que esto ocurre porque la/os jóvenes no tienen alternativas; el 33% piensa que es debido a que los tiempos han cambiado; **20% dice que las familias las obligas, porque les representa un medio de vida, les brinda seguridad económica para ellas y para las familias propiamente; un 7% indicó que embarazarse a edad temprana les permite a las-os jóvenes ganar libertad**, no tienen que rendir cuentas; un 6% manifestó que es debido al bombardeo e incitación constante que ejercen los distintos medios de comunicación y redes sociales; y un 3% estimó que esto ocurre porque, a pesar de existir un marco jurídico, no se sancionan con se debe a los adultos que incurren en esta práctica.



Las causas o motivantes encontrados en el presente estudio que relacionan las uniones tempranas (UT) con un medio de vida-o seguridad económica para la adolescente y la familia, así como aquella que indica que la UT representa una puerta o paso a la libertad de la adolescente, se reflejan por igual en otras investigaciones, como la encuesta ENHOGAR 2018 y datos manejados por UNFPA, entre otras fuentes consultadas (realizados con muestras distribuidas a nivel nacional). Estos datos deben llamar la atención de los tomadores de decisiones en cuanto a política de protección y creación de oportunidades y medios de vida a los/as adolescentes. Al final el costo que conlleva la atención a este fenómeno (en vida y DOP), es mayor y sin retorno.

Otros de los/as consultados, citaron otras razones o caldos de cultivo que influyen en este fenómeno, que en cierto modo guardan someros parecidos con las anteriores, pero con matices diferenciadas en el fondo: un 27% de los consultados lo atribuye a la falta de atención por parte del gobierno y las instituciones llamadas a preservar los derechos de las niñas y adolescentes; el 20% indica que se debe al poco cuidado y atención de las familias; el 20% dice que es por la falta políticas y programas que incentiven la educación, la orientación y preservación de estas poblaciones, así opinó; un 15% manifestó que esto ocurre porque las jóvenes y adolescentes afectadas, ya tienen una condición de vulneración de derechos, viven o se encuentran en situación de calle; un 15% lo atribuye a la descomposición social generalizada; 16% entiende que es debido a la falta de oportunidades , 13% que dando este paso ven oportunidad de hacerse libre, un 6% lo atribuye a los niveles de rebeldía de la juventud y un 4% dijo que todo esto ocurre porque la gente no busca de Dios.

Persiste en los territorios, y a nivel país, necesidades crecientes y matizadas por las características endógenas, propias de cada territorio y en segmentos poblacionales jóvenes, la urgente necesidad de implementar planes viables de pronto y eficiente impacto, que pongan luz en el túnel de la vida de las y los adolescentes. Los nuevos patrones culturales mediáticos, los programas y estrategias pocos o nada relacionados con las micros y/o diferenciadas realidades¹⁹ de esta población. Generar variadas y novedosas oportunidades y medios de vida, de reproducción social, personal, espiritual, es urgente.

4.3 Contexto general-nacional de ambas Problemáticas

Las uniones tempranas (UT) superan en cifras los matrimonios infantiles en Rep. Dom., afectando el cumplimiento de los derechos de las niñas, y adolescentes, condicionando su desarrollo pues un alto porcentaje abandona los estudios y tienen embarazos a edades tempranas, diagnosticados como de riesgo, por la inmadurez fisiológica de sus cuerpos²⁰.

De igual manera, las adolescentes se encuentran expuestas a la violencia en las relaciones de noviazgo desde muy temprana edad. En un estudio realizado por el Ministerio de Educación, UNFPA y PNUD (2015), se constató que cerca de un 80% de adolescentes entre 13 y 17 años había estado en una relación de noviazgo. Los resultados de los conocimientos, actitudes y

¹⁹ Terminologías y Conceptos propios

²⁰ Fuentes: UNFPA 2017-ENHOGAR 2018

prácticas frente a la violencia son preocupantes: el 60% de las consultadas dijo que el rol más importante de la mujer era tener hijos e hijas

Los embarazos en adolescentes (EA) y las uniones tempranas (UT) son problemáticas sociales que afectan el desarrollo integral de las niñas y adolescentes en nuestro país. Rep. Dominicana es el país de la región de América Latina con el mayor índice de embarazos, situado en 77 por cada 10000 mil mujeres, en edades comprendidas entre 15 y 19 años. Esta realidad le hace merecedor de ocupar el primer lugar en cuanto a cantidad de adolescentes embarazadas, siendo también uno de los porcentajes más altos del mundo. El 32% de las mujeres entre 20 y 24 años se ha casado o unido antes de los 18 años, y el 9.4 se casó o unión antes de los 15 (encuestas ENHOGAR 2019).

El UNFPA indica además que, una de cada cuatro mujeres (24% del total nacional) entre 20 y 49 años tuvo un hijo antes de los 18 años, y casi la mitad (41%) antes de los 20 años. El 61.4% de las adolescentes que alguna vez se embarazó en RD pertenecen a los dos quintiles más empobrecidos. Las adolescentes con nivel de instrucción básico o primario presentan un % de embarazo hasta seis veces mayor a las que tienen nivel superior. Según ENHOGAR 2018, el embarazo en adolescentes tiene una estrecha relación con los niveles de pobreza del hogar de procedencias; lo que se convierte en una reproducción intergeneracional de la pobreza²¹

Las uniones tempranas, por su parte son un predisponente importantes para el embarazo a temprana edad; de acuerdo al UNFPA, 2017 *“Estar en una situación de unión temprana y de embarazo en adolescentes constituye el factor principal que determina que las adolescentes sean madres antes de cumplir los 15 años, más que las relaciones sexuales en sí mismas”*. La tasa de fecundidad en la edad temprana alcanza los 92 por cada 1000 mil mujeres en edades comprendidas entre 15 y 19 años. La misma es asociada por los expertos de la mortalidad de estas situadas en un 16% de la tasa general de mortalidad materna, situada en el 2018. Otro dato relevante es relacionado a que el 24.5% de los nacidos vivos y el 20% de los abortos atendidos en centros públicos de salud fueron de madres adolescentes (menores de 19 años) según los datos del Repositorio del Servicio Nacional de Salud.

En el caso de las Uniones Tempranas (UT), Según la ENHOGAR-MICS, 2019²², la RD está entre los cuatro países de América Latina y el Caribe con mayor incidencia de esta práctica nociva. El 32% de las mujeres dominicanas de 20 a 24 años se unió o casó antes de los 18 años, muy por encima de la media regional que es del 22% (RD es superado por Surinam, Nicaragua, Honduras y Belices, con 36, 35 y 34 % respectivamente). Por otro lado, en el grupo etáreo entre 20 y 24 años, RD duplica la media regional de adolescentes casadas o unidas que lo hicieron antes de los 15 años, alcanzando concentrando el 9%, la región es 4%²³

²¹ Fuente: ENHOGAR 2018

²² Encuestas Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples 2019

²³ UNICEF 2021

La encuesta ENHOGAR-MICS-2019 muestra, igualmente, que la práctica de las uniones tempranas se transmite inter generacionalmente, ya que el 35% de las mujeres entre 20 y 49 años se unió antes de los 18 años y el 11% lo hizo antes de los 15 años.²⁴

En cuanto al matrimonio legal, practica limitada en el país a partir de la aprobación de la Ley 1-21, promulgada por el Poder Ejecutivo en enero 2021, entre el 2001 y el 2018, de acuerdo a datos de la ONE²⁵ en el país se realizaron 8,009 matrimonios, en los cuales uno de los contrayentes era menor de 18 años. En el 93% de los casos se trató de niñas y adolescentes de entre 15 y 17 años que se casaron legalmente con hombres adultos; de estas, el 67% lo hizo con hombres de entre 20 y 29 años, el 21% con hombres mayores de 30 años y solo el 12% con hombres adolescentes y jóvenes entre 15 y 19 años²⁶. Existen factores que se constituyen en determinantes que incentivan o acrecientan el embarazo y la unión temprana en las adolescentes, convirtiéndolos en fenómenos multidimensionales relacionados entre sí por variables distintas a nivel socioeconómico, demográfico, cultural, tales son: Iniciación sexual temprana Abuso sexual, Ausencia y uso inadecuado de anticonceptivos. Contexto socioeconómico, Deficiente educación integral en sexualidad (EIS); Normas sociales y patrones culturales, bajo nivel de escolaridad

El UNFPA indica además que una de cada cuatro mujeres (24% del total nacional) entre 20 y 49 años tuvo un hijo antes de los 18 años, y casi la mitad (41%) antes de los 20 años. El 61.4% de las adolescentes que alguna vez se embarazó en RD pertenecen a los dos quintiles más empobrecidos. Las adolescentes con nivel de instrucción básico o primario presentan un % de embarazo hasta seis veces mayor a las que tienen nivel superior. Según ENHOGAR 2018, el embarazo en adolescentes tiene una estrecha relación con los niveles de pobreza del hogar de procedencias; lo que se convierte en una reproducción intergeneracional de la pobreza²⁷

*De acuerdo a otras fuentes, como el Informe Global de Desarrollo Humano 2015, en Rep. Dom. De cada 100 mil nacimientos, ocurren 100 muertes maternas, lo que ubica el país entre los 10 con mayores tasas de mortalidad materna de América Latina.*²⁸

La carga o costo económico que representa esta problemática al Estado, es 33 veces la inversión estimada del plan de prevención de embarazos en adolescentes. Solo en 2015, 34, 453 de los partos, cesáreas y abortos realizados en el país correspondieron a adolescentes entre 10 y 19 años²⁹

²⁴ **Encuesta Nacional de Hogares de Múltiple Propósito**

²⁵ Oficina Nacional de Estadísticas

²⁶ Idem.

²⁷ ENHOGAR 2018

²⁸ Informe de Global de Desarrollo Humano 2015

²⁹ Fuente: Dirección de Información y Estadísticas de la MSP

5. Manifestaciones de Violencia Intrafamiliar (VIF) y contra la Mujer (VCM) en sectores involucrados en Estudio

5.1 Hallazgos del levantamiento de información realizado en los tres sectores

A modo de contexto; los datos que a continuación se presentan salen de las consultas realizadas a Ministerio Público, Fiscalías Barriales, y de la percepción de ciudadanos y ciudadanas consultados-as. Los hallazgos no evidencian estadísticas de homicidios provocados por feminicidios, expresión extrema de la violencia de género e intrafamiliar y de pareja, pues no los ha habido casos en estos sectores, sin embargo, si muestra una convivencia en general violenta en estos territorios. Violencia psicológica (verbal y física), violencia económica (en el ámbito íntimo y público), son el “el pan nuestro”. Las personas consultadas lo consideran así. Y estos niveles de convivencia violenta afectan a todos-as, pero más directamente a la población vulnerable al fenómeno: mujeres, niños/as y jóvenes.

Entendiendo que agregan valor a la conceptualización y comprensión del fenómeno de la violencia multidimensional, compartimos las siguientes expresiones emitidas por las Magistradas Fiscales consultadas:

Es complejo el fenómeno de la violencia; “Cada caso de violencia tiene sus particularidades. En violencia no hay casos comunes, los mismos hechos, pero circunstancias diferentes”.

Licda Teresa Garcia
Fiscalia Villa Consuelo

La violencia es con la educación que se va combatiendo. Esta se reproduce en todos los escenarios y extractos sociales.

Licda. Belkis Polanco.
Fiscalia Villa Juana

En los casos de Violencia, hay que actuar rápido; inmediatamente se deben agotar los protocolos correspondientes, pues la víctima se puede arrepentir y puede llegar a pérdida de vida

Los patrones culturales, la economía y las limitaciones propias del sistema judicial y social, influyen poderosamente en el círculo que perpetua y normatiza la violencia

Todas las víctimas tienen derechos a denunciar, a ser escuchadas. Derechos a la intimidad. Lo que la víctima comunicas, debe quedar en el círculo del caso mismo Licda. Evayerine del Rosario, Fiscalia Villas Agícolas.

5.2 Consultas Fiscalías Barriales Villa Juana, Villa Agrícolas y Villa Consuelo

Los resultados del estudio sobre la incidencia de la violencia intrafamiliar y de género prevalentes en los tres sectores indicados, basada en la percepción Fiscales y ciudadanos/as consultados y la propia realidad, muestran una alta similitud. Oportuno es mostrar algunos datos estadísticos sobre casos de denuncias de agresiones y/o episodios de violencias, especialmente intrafamiliar, recopilados en las tres (3) Fiscalías Barriales, a través de entrevistas realizadas a Magistradas Fiscales a cargo de las Unidades de Género de las mismas y revisiones de registros que permanecen en las mismas en los cuales se asienta cada caso. Los datos muestran una ligera disminución entre los casos denunciados en 2021 en relación a los registrados hasta la fecha del levantamiento (al 17 de marzo 2022). La comparación % trimestral 2021-2022 así lo indica, exceptuando el caso de Villas Agrícolas con 5 puntos por encima en primer trimestre del 2022 en comparación con mismo trimestre de 2021, en lo concerniente a los casos de denuncias. Estos datos están, además contenidos en informes o relatorías completas de dichas entrevistas, efectuada a cada Procuradora Fiscal (*en anexos informe general*).

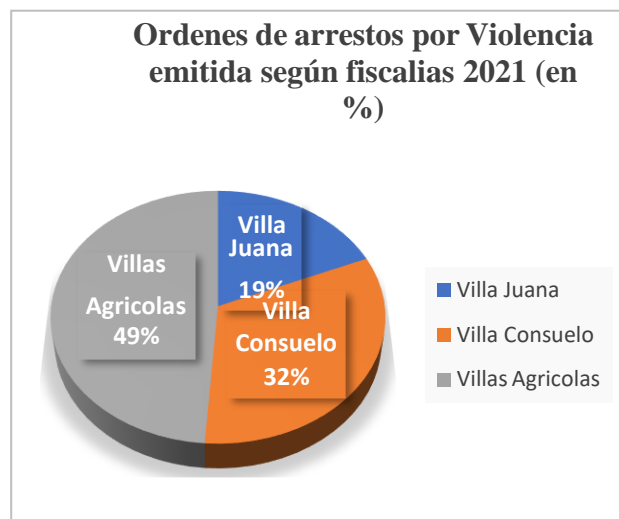
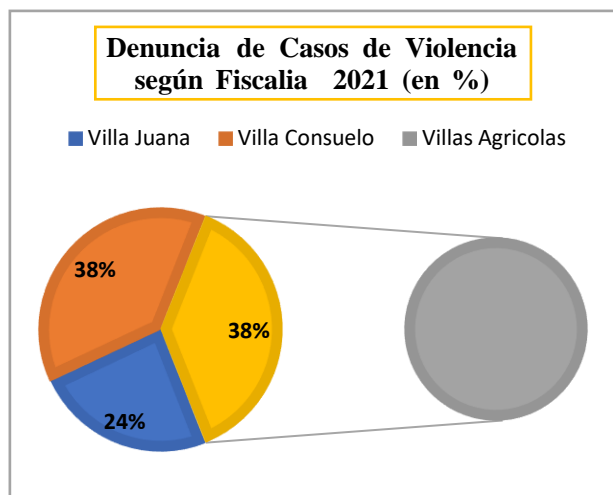
Estadísticas sobre denuncias de Violencia Intrafamiliar y de Género Tres Fiscalías³⁰

Fiscalías Barriales/ Unidades de Género	Enero-Diciembre año 2021			Enero al 17 de marzo 2022		
	Denuncias	Órdenes de Arresto Emitidas	de Ordenes Ejecutadas	Denuncias	Ordenes de arrestos emitidas	Ordenes Ejecutadas
Villa Juana	190 (24%)	8	0	22	0	0
Villas Consuelo	300 (38%)	14	0	60	5	0
Villas Agrícolas	300 (38%)	21	0	80	1	1
Totales	790 (100%)	43 (5%)	0	162 (100%)	6 (4%)	1 (17%)

Fuente: Elaboración propia con información suministrados a través de las Consultas a Magistradas Fiscales

³⁰ Fuente: Datos propios, generados durante investigación

Como se observa, el 24% de denuncias de casos de violencias intrafamiliar durante el año 2021 ocurrieron del sector de Villa Juana (*la menor tasa de los tres sectores*); el 38% en el sector Villa Consuelo e igual porcentaje en Villas Agrícolas. De su parte, las órdenes de arresto emitidas fueron en total 43, equivalente al 5.4% del total de denuncias; de estas órdenes se ejecutó un 0%. En los tres casos consultados, una debilidad importante que confrontan las Unidades de Atención a la Violencia de Género e Intrafamiliar es la "tibia" y en ocasiones ninguna actuación de la policía al momento de ejecutar las órdenes. Todas las Fiscalías indican que mantienen una relación con este organismo de orden público, sin embargo, a la hora en que el o los agresores deben ser aprehendido no tiene el control de este aparato. En algunos casos indicaron que cuando estas órdenes se van a ejecutar, la víctima a modificado o cambiado de parecer tendiendo a caerse la acción.³¹



Para lo que va del año en curso, 2022, las denuncias suman 162 en total, y apenas 6 órdenes de arrestos. Si hacemos una relación porcentual trimestral del total de denuncias ocurridas el año pasado, tenemos que para el primer trimestre del 2021 ocurrieron en el 1er trimestre 198 denuncias, 36 más (un 18%) que las que se han producido en el mismo periodo del 2022. Pudiera explicarse el hecho a que los niveles de confinamiento ocurrido por la covid19 en ese 1er trimestre de 2021, no existen en el mismo periodo de 2022³². Las ordenes de arrestos representan la mitad (5) de las ocurrida para igual periodo en 2021 (11)³³

Un dato relevante, y hasta curioso por no ser común, es el hecho de que este año, de las 80 denuncias registradas en la Fiscalía Barrial de Villas Agrícolas 9 (11%) corresponden a hombres contras sus esposas y compañeras. Este dato suministrado por la Fiscalía Barrial del sector, en donde indican que en el mismo es costumbre que el hombre se querelle contra la mujer por asuntos

³¹ Ver detalles en las relatorías de las consultas, en los anexos

³² Diversos estudios hacen referencias al aumento de los niveles de violencia producidos durante confinamiento

³³ Fuente: Consultas realizadas a Magistradas Fiscales, 3 Fiscalías Barriales

*de acoso de estas por ellas contra ellos por celos, escándalos en las vías públicas, etc., Uno de estos casos fue judicializado, la mujer está detenida*³⁴.

Los tipos de violencias más comunes citadas por las Magistradas son: Violencia Psicológica (incluye psicológica y verbal), Violencia Económica y Violencia Física. De las tres, la primera tiende a dejar daños permanentes a nivel psicoemocional y autoestima de la mujer víctima de la misma.

5.3 La Violencia en el Villas Consuelo, sus características y matices, una mirada desde el Ministerio Público

5.3.1 Tipos de violencias más atendidas

Violencia física y verbal, son los casos que se atienden más frecuentemente (*novedoso, han tenido casos de violencia a través de redes sociales*). Hay temporadas altas y bajas, posterior al confinamiento por la Covid-19 (2020, mediado 2021) se produjo un incremento, entre 40 y 50 denuncias diarias, hoy se producen entre 25 y 30 denuncias (60% menos aprox). En ocasiones, ha habido meses en que se juntan innúmeros casos que ameritan ordenes de arrestos, las cuales se emiten; pero no se ejecutan ninguna. ¿Ejemplo las 10 órdenes no se pueden ejecutar? ”.

Las víctimas de estas expresiones de violencias son mayormente mujeres jóvenes entre 18 y 35 años. Esporádicos se ven casos que involucran personas más adultas. La violencia a veces es agravada porque se da cerca de los niños y en ocasiones estos son agredidos.

En cuanto a las barreras o condicionantes que limitan a la actuación firme de las víctimas cito las siguientes, a juicio de la Procuradora Fiscal:

- El hecho de la cercanía y familiaridad con su victimario “No se está denunciando un particular, sino muchas veces al padre de los hijos-as, al hijo de la madre y de la familia que ha acogido a la víctima”
- El apego familiar y dependencia “El primer ataque que tiene la víctima es la familia del esposo o compañero, por la afectividad, también la dependencia económica”.
- Las características propias multidimensionales que envuelven la violencia:

Cada caso de violencia tiene sus particularidades. En violencia no hay casos comunes, los mismos hechos, pero circunstancias diferentes

Las mujeres víctimas de violencia son valientes, tienen muchos obstáculos para sobrevivir

En el caso de la violencia doméstica (íntima), las decisiones tomadas como Ministerio Público son de vida y muerte.

Cada caso es especial

³⁴ Ver detalles en apartado violencia en Villas Agrícolas, mirada desde la Fiscalía Barrial

Muchas veces la víctima no sabe o no cree que está en peligro de muerte

Ejemplo de casos de Impacto

Para la Magistrada Fiscal consultada, no fueron tantos los casos de impactos ocurridos recientemente, sin embargo, citó dos (2) dramáticos, ninguno ha completado el ciclo judicial.

Año 2021: Una fue mujer arrastrada por su pareja en el pavimento, en la vía pública. Sufrió muchos golpes y laceraciones. El victimario **no fue detenido, cuando la policía iba por él la persona se ocultaba**. Luego la víctima desistió, aunque el juez continuo (el sistema prohíbe declinación). **No se tiene evidencia de nivel de avance alcanzado en proceso judicialización**

Característica: Era una pareja joven, la mujer recién parida.

En lo que va del 2022, temprano del año cita el siguiente caso: Una mujer agredida por su exmarido. Llegó embriagada, con signos fuertes de violencia física, verbal, psicológica y amenazas de muerte

Característica: Es un caso recurrente, la víctima es adicta a sustancias narcóticas.

Problemas existentes en el sector que influyen en la violencia de género e intrafamiliar

A juicio de la Magistrada Fiscal, en el sector prolifera la venta y consumo de estupefacientes (droga), los atracos (asaltos) y la prostitución.

5.4 Violencia Intrafamiliar y de Género en Villa Juana, Valoración de la Fiscalía Barrial

5.4.1 Tipos de Violencia más atendidas

Los tipos de violencia presentados con más frecuencia en la Fiscalía Barrial de Villa Juana, a juicio de la Magistrada Fiscal consultadas son: violencia psicológica (en sus expresiones verbales y físicas) y la violencia económica. Las denuncias registradas en el año 2021 asociadas a violencia fueron unas 190, equivalente al 24% del total de denuncias registradas en los tres sectores y el más bajo. Las ordenes de arrestos fueron 8 en total (un 4% del total de denuncias), de estas órdenes una (1) completó el ciclo judicial y se encuentra en cumplimiento de parte del victimario, las demás ordenes (7), el 88% se encuentran en sin ejecución. A la primera quincena del cursante año 2022, hay registradas 22 denuncias, equivalente al 14% del total registrada en los tres sectores para el período. Los sometimientos suman 0.

Los rangos de edades de las personas involucradas en estos casos esta entre los 20 y 30 años. *“También aquí han llegado mujeres de más de 50 años a poner querellas”.*

“A veces las personas vienen aquí a poner una denuncia, se le recibe, y por ello suben las estadísticas, pero cuando revisas el caso, ve que es un conflicto, no ha llegado a la violencia”. Indica la Magistrada Fiscal.

A juicio de la Magistrada Fiscal entrevistada, la violencia intrafamiliar y de género en el área de alcance de Fiscalía; Villa Juana, Mira Flores y Don Bosco, *“ ha bajado bastante*. Al principio, cuando llegamos, había bastante casos de violencia. Personas que eran víctimas de violencia, que vivían en ese círculo y que había que luchar para lograr que las personas se amen para ir a sacándola de ese círculo”.

“Hoy día, producto del proceso llevado, las estrategias educativas impulsadas, permite afirmar que la violencia de género e intrafamiliar realmente han ido bajando. Encontrar a un hombre que está ejerciendo violencia física, por ej. en estos sectores (Villa Juana, Mira Flores y Don Bosco) es raro encontrar estos casos. A lo sumo, en los últimos tiempos, no más de 5 casos de agresión física”

“Cuando yo llegué aquí a Villa Juana, hace 4 años, recuerdo que una mis reuniones con los comunitarios, le decía que aspiraba a que en Villa Juana tuviéramos la tasa más baja de sometimientos, no por impunidad, porque la gente se haya educado, no surjan esos hechos y ha bajado sobre manera, entonces, cuando uno ve eso, cuando vemos que las personas vienen aquí, se le notifica su alejamiento de la persona agredida, se le da el seguimiento y vez que cuando lo llamas , y te dicen, no, pero después que fuimos allá no hemos vuelto a tener problemas o yo me case de nuevo, tengo mi vida por otro lado”.

Los tipos de violencias más comunes atendidos en esta Fiscalía Barrial son: Psicológica, que deriva en verbal y física, así como la violencia Económica.

A esta Fiscalía llegan casos de mucha violencia psicológica, acompañada después con violencia física, que son los casos más frecuentes. Se convierte en un círculo, la mujer ha ido aguantando y en un último caso es que denuncia el hecho, porque quizás un vecino intervino, la socorrió.

Durante el diálogo con la Magistrada Fiscal fue posible registrar valoraciones importantes, a entender de la investigadora, respecto a cómo enfrentar el fenómeno de la violencia e impactos en el cambio de comportamiento del victimario y la propia víctima, abrimos comillas (“ ”)

- *Lla violencia es con la educación que se va combatiendo la misma. La cual se da en todos los escenarios y extractos sociales.*
- *La mujer siempre está atenta a todo, al bienestar común, aunque no trabaje en la calle remuneradamente, pero siempre está en el hogar levantando los hijos, la familia.*
- *Hay una serie de cosas que se van dando, que las personas, uno tiene que ir a analizando, estudiando, hay cantidad de pareja que han pasado por situaciones y se van educando y están bien hoy*
- *Hay muchos casos, que cuando el hombre sale de prisión dicen, ya yo sé lo que es eso, yo no vuelvo a mirar a faltar, no ya con su anterior pareja, sino también con su nueva pareja. porque ha puesto de su parte para corregirse, para sanarse.*

- *Entonces a veces dicen, que están haciendo, si no han hecho nada, sr. Es que usted no ha denunciado su caso. Eso no ha llegado el Ministerio Público.*
- Porque hay caso en que la persona no está siendo sometida a una violencia constante, sino que, por un hecho determinado, aislado, discuten y en ese momento la ha agredido, y luego cada uno se va por su lado. Estos casos no ameritan sometimientos.
- En cambio, hay casos de la violencia es continua, aquí se procede a emitir ordenes de arrestos.
- En ocasiones la gente no quiere darle apoyo, pero si deben apoyarlas. Hay gente que le ha abierto las puertas a mujeres maltratadas y le dicen ven amaneces aquí porque ese hombre borracho te va a matar...
- **La pareja puede tener conflicto, pero violencia NO, son dos cosas muy diferentes.**
- Yo como fiscal no puedo quedarme aquí con las piernas cruzadas, sino que debemos salir a conocer lo que pasa en el territorio, porque esta dejade o desconocimiento de la realidad se puede cometer injusticias.
- La violencia se va gestando, a veces empiezan entre los amigos, con las novias.
- Con medida de protección, se llama al 911, a los 10 minutos se activa el socorro o protección a la víctima.

Barreras que incitan a la Violencia, limitan a la mujer para su salida del círculo

- La dependencia que la mujer experimenta del hombre, generalmente por el tema económico
- El hombre es más cerrado que la mujer, tratarle es muy difícil, comienza a decir mi mujer es violenta, no se puede compartir con ella, es muy agresiva, porque, a él no le gusta que lo relajen, al comentar que sufre violencia, piensa ah me van a hacer bulling, van a decir que yo soy un marica, que soy un palomo. Entonces, esas situaciones hacen que el hombre se cierre con el mismo en su pensar y determine demostrar que él es el hombre, entonces bota la presión agrediendo la pareja
- Generalmente muchas personas dicen hay yo no voy a denunciar, porque si él va preso este va a venir y me va a denunciar.
- Cuando se cree que si tu denuncia el caso, mete preso al hombre, dicen cuan ese tipo salga si es ver. Realmente el hombre violento debe ser denunciado, debe haber un régimen de consecuencia para lo que hace incorrecto.
- **La mujer entiende muchas veces, que la culpable es ella, y dice, el es bueno, el nada más se pone así cuando toma, eso es un día y el me hace eso porque yo me lo busco. Es decir, son ellas van entendiendo que son la culpable, entonces ir luchando contra eso, educando sobre esto y sacándole ese chip a la mujer de que ella entienda que NO, que ella tiene valor, que nadie merece estar en una condición, que ella es y puede seguir siendo una persona útil que tiene que quererse, que entienda que todas las parejas tienen un conflicto y no solo la pareja, todos los seres humanos, ahora de que ese conflicto se lleve a violencia, y uno viva en la violencia NO.**
- El hombre dice, porque pusiste esto ahí, el muchacho no está bañado, o quieren algo rápido y por ello golpea a la mujer, beben mucho alcohol y esto incentiva su carácter de violencia.

Casos de Impactos atendidos en esta Fiscalía Barrial

- El caso de un hombre, denunciado y sometido a la justicia por la violencia contra su pareja (hace aprox. dos años). Fue sentenciado a 3 años de prisión; este hombre experimentó grandes cambios de conducta mientras cumplía pena, a tal punto que la pareja se reconcilió, y hace dos años que se casaron hasta por la Iglesia. El salió de prisión, y es increíble, está que habla del tema de la violencia, de sus consecuencias. Este caso es sumamente importante, el proceso de regeneración, modificación de conducta experimentado por el agresor. Ellos tienen un hijo y este fue quien llevo su madre a entregársela en el altar.
- **Un caso de violencia de género:** un hombre agredió a una mujer, por el hecho de ser mujer. Esta llegó a su negocio (colmado) la vio indefensa, quería algo y se puso de agresivo para lo que quería y la agredió. Esa persona fue sometida y está detenida.
- El caso de una joven que su novio, por celos, la arrastró en la terminal del metro Sto, Dgo. El agresor fue sometido a la justicia (ese fue uno de los casos sometido el año pasado).
- El caso de un padre desesperado preocupado, porque tiene **un hijo y la esposa de este es muy violenta, y son dos muchachitos, jóvenes, de 21 año.** El hombre también sufre violencia.
- Tiempos atrás las mujeres presentaban querellas los viernes, con la finalidad de que el hombre estuviera detenido o corriendo, ellas mientras aprovechaban el fin de semana salían a tomar, a parrandear y los lunes regresaban a levantar dicha querella. Al descubrir el móvil, esta práctica fue suspendida. Son asuntos que se van aprendiendo en el área.

5.5 Situación Violencia de Género e Intrafamiliar Villas Agrícolas, mirada desde la Fiscalía Barrial

5.5.1 Tipos de Violencias más atendidas

La violencia en el sector de Villas Agrícolas se ha mantenido igual al 2021. La violencia física es la más atendida, seguida de verbal y psicológica (dada por el tema de los celos) y la violencia económica. La mayoría de víctimas llegan sintiéndose humilladas, amenazadas; atribuyéndose la culpa de la situación de violencia que padecen con temor y desconfianza, las cuales se producen por el maltrato que ejerce su pareja sobre ella. **Son maltratadas emocional y físicamente.** Los delitos más comunes, es la violencia verbal, psicológica y la física. Durante el año 2021 se registraron 300 denuncias (el 38%) del total registrado en los tres sectores (790), las órdenes de arrestos derivadas de los casos fueron 20 (el 7% del total de casos) y 0 judicialización o detención. A la primera quincena de marzo 2022, las denuncias suman 80, equivalente al 49.3% del total de denuncias registradas en los tres sectores (162) para periodo, **la más alta de los tres sectores.** Las ordenes de arrestos suman 20 (el 25%) del total de denuncias registradas.

Los rangos de edades de las víctimas y victimarios ronda entre 21 y 35 años.

Un aspecto relevante y en cierto modo novedoso, en tanto no se evidenció en los otros dos sectores, **son las denuncias por violencia doméstica o íntimas que realizan los hombres contra las mujeres. De las 80 denuncias registradas al mes de marzo 2022 en esta fiscalía, 9 (el 11.25%) corresponden a hombres en contra de su esposa o compañera.**

Del total de denuncias rastreadas al mes de marzo 2022, el 22% corresponde a violencia física (22%), escándalo en las vías públicas por agresión, y ocultamiento de los hijo-as, son las expresiones, la causa común son los celos, según la Magistrada Fiscal consultadas. Por estas causas se produjo y concretó una (1) orden de arresto en contra de una de las victimarias.

- **“Aquí en villas agrícolas, los hombres se quejan y denuncian mucho, por violencia de sus compañeras y esposa en su contra”.**
- La mayoría de víctimas se encuentra en el ciclo de la violencia, que tiene tres fases:
 - a) Tensión (hay mujeres que vienen en crisis y deben ser atendidas). Cuando la pareja viene diciendo que la amenaza y desvaloriza.
 - b) Explosión de violencia
 - c) El arrepentimiento,
- ***Todos los casos de violencia son diferentes. Pueden tener características similares, pero no son iguales***
- ***Todas las víctimas tienen derechos a denunciar, a ser escuchadas. Derechos a la intimidad. Lo que la víctima comunicas, debe quedar en el círculo del caso mismo.***

Barreras que incitan a la violencia y limitan a la víctima a salir de la misma

- El tema que no ayuda es que las víctimas tienen poca formación, instrucción académica y/o técnica, o no han estudiado, cuenta con poco o ningún recurso, depende de su agresor y tales condiciones provocan que se sientan atadas a la pareja que la maltrata.
- La violencia económica es cuando la pareja obliga a trabajar en la casa, y no que salga al trabajo.
- Las amenazas o limita suministro de dinero para los gastos en la casa.
- Los familiares de los agresores, generalmente se acercan a la víctima para que desistan. En este caso la víctima ha mantenido la decisión de mantener el agresor presa.
- ***Todas las víctimas tienen derechos a denunciar, a ser escuchadas. Derechos a la intimidad. Lo que la víctima comunicas, debe quedar en el círculo del caso mismo.***

Casos de Impactos tratados en la Fiscalía Barrial

- El caso es reciente de **violencia física**, la mujer fue golpeada salvajemente por su pareja.
- Se le dio asistencia salvaguardo la seguridad de ella y los hijos, fue a una Casa de Acogida, se habló con ella y era lo más favorable.
En este caso, se arrestó al agresor estando ella en la casa de acogida

Característica: **La víctima recién parida, con un hijo de apenas 3 meses.**

Edades de esta pareja *ambos con 25 años de edad*

- ***En los casos de violencia hay que actuar rápido, inmediatamente se deben agotar los protocolos correspondientes, pues la víctima se puede arrepentirse y puede llegar a pérdida de vida.***

Principales Problemas del Sector, predisponente para incremento de la violencia

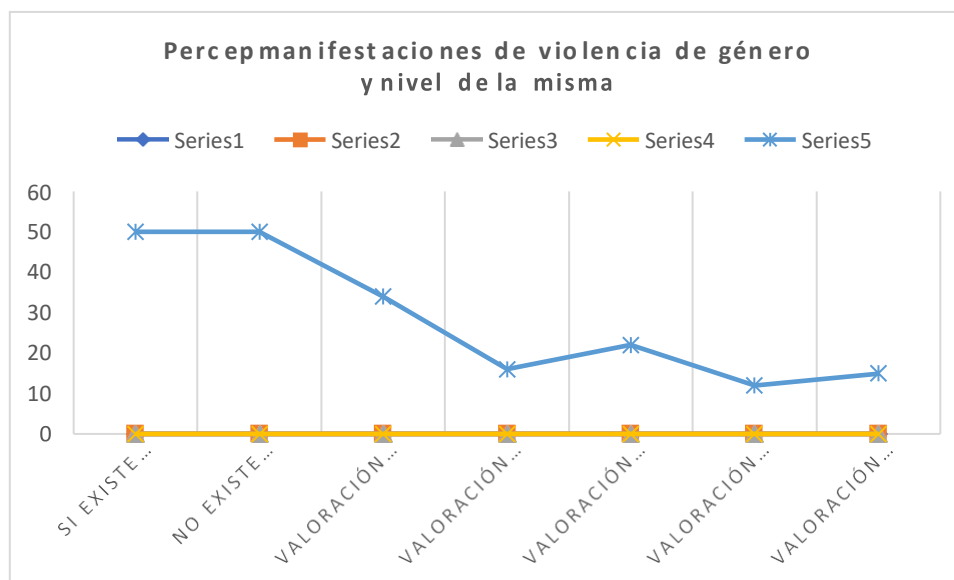
- La violencia en general, agresividad entre los vecinos (pelean, se agreden-hieren)
- El narcotráfico (en especial en zona denominada "Colombia")
- Robos y atracos
- Presencia de muchos extranjeros
- La cercanía del mercado, tiende a generar ambiente de inseguridad y contaminación ambiental.

5.6 Percepción sobre la Violencia de Género e Intrafamiliar de Ciudadanos y Ciudadanas de los Tres (3) Sectores- Hallazgos Diagnostico de Campo

5.6.1 Hallazgos consultas a ciudadanos y ciudadanas de los tres sectores

Los hallazgos del diagnóstico de campo, igualmente procuró obtener las opiniones, basadas en sus vivencias y percepciones del segmento poblacional de ciudadanos y ciudadanas consultados. En algunas de las percepciones sobre la problemática hay importantes coincidencias con lo reflejado por el Ministerio Público, a través de las Fiscalías Barriales consultadas. Coinciden en que persisten las situaciones y expresiones de violencia, sus pareceres respecto a los escasos resultados en los procesos de judicialización quedan confirmados, según expresado en resultados consultas a las Fiscalías. Un dato relevante, que confirman las estadísticas nacionales manejadas por la Procuraduría General de la República (PGR), es que en ninguno de los tres (3) sectores la violencia física a devenido, terminado en agresiones agravadas con muertes de las mujeres u hombres afectadas-os. A lo sumo, las muertes ocurridas por homicidios, y que pudieron ser causadas por agresión directa a la mujer (feminicidios), ocurrieron en sectores periféricos.

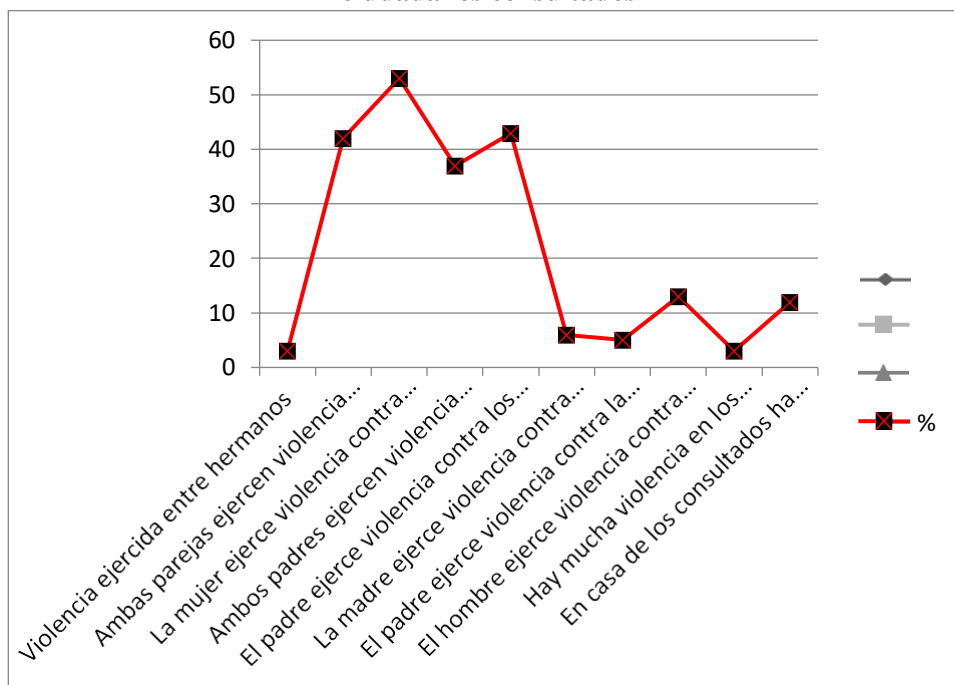
En proporciones iguales, 50 y 50 por ciento estos ciudadanos-as manifestaron, por un lado, la existencia de hechos, situaciones de violencia de género e intrafamiliar y que no se dan o existen. Partiendo de una escala del 1 al 5, siendo el 5 la más alta, se indagó con os-as consultados sobre su percepción en cuanto a la ocurrencia de hechos o situaciones de violencia en el entorno donde residen o más próximo al mismo, los resultados fueron los siguientes: 34% apostó por el nivel o escala 1; 16% la escala 2; 22% la escala o nivel 3; 12% la escala 4 y un 15% la escala 5. Esto podría significar el nivel de violencia perceptible en los sectores involucrados, o al menos en los entornos y cercanías de los-as entrevistados muestra un nivel de mediano a bajo.



Los niveles de receptividad se separan en el orden porcentual en cuanto a la expresión, manifestación u ocurrencia de hechos de violencia en sus hogares, familias o familias del entorno. El 33% afirmó que estos ocurren mientras un 67 (17 más que en el caso anterior) indicó que no se dan. Al profundizar sobre los episodios y acciones violenta al interno de los hogares, quién la ejerce y quien (es) es víctima, las respuestas son **multiactoral**³⁵, expresándose en algunos casos en todos-as los-as miembros de las familias. Cada consultado, tuvo oportunidad de seleccionar más de una opción. En tal sentido, el 43% afirma que la misma la provoca el padre; 6% la madre; en cambio, un 37% manifestó que ambos padres son responsables del estado o episodios de violencia que se vive en estos hogares y familias; un 53 indicó que también hay una práctica violenta del marido contra su mujer y los hijos e hijas, un 13% aseguró que estos episodios se dan del hombre hacia su parejas; un 42% dijo que ambas parejas son violenta; un 5% los padres ejercen violencia contra los hijos; el 3% dice que los hermanos son los violentos y otro 3% entiende que las familias, todos sus integrantes o miembros ejercen violencia. Un 12% de los-as consultados dijo que en sus casas ha habido episodios de violencia

³⁵ Multiactoral=concepto propio.

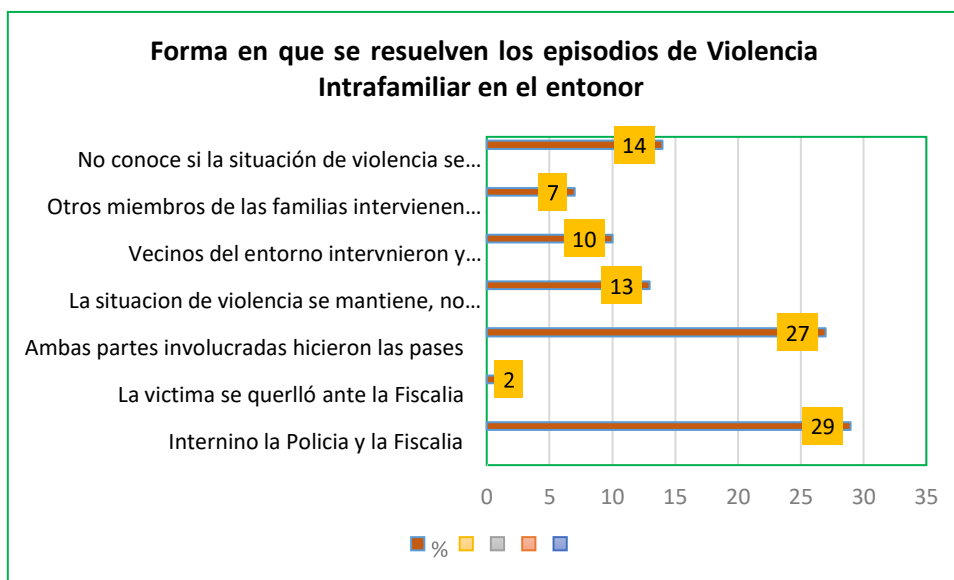
Episodios de violencia identificados en su sector, quien la ejerce, quién es víctima, según ciudadanos consultados



5.6.2 Formas en que acostumbran las familias, sus miembros-as a solucionar o los episodios y/o acciones de violencia intrafamiliar.

La manera en que se resuelven, soluciona y calman los episodios de violencias intrafamiliar manifestada en hogares y familias del entorno de los-as consultados, es la siguiente. En algunos casos 29%, indicaron que interviene la Policía y la Fiscalía en algunos casos, en otros solo la Fiscalía, a través de llamadas o denuncias. Sólo el 2% termina querellándose ante la Fiscalía Barrial correspondiente, *dato que concuerda con los planteado por las magistradas Fiscales consultadas, quienes indican que los casos de violencia que terminan procesados son los menos*³⁶. Un 27% manifestó que suele suceder que una vez ocurre el conato violento, luego las partes enfrentadas por si solas hacen las pases; un 13% dice que la situación de violencia aun persiste, que forma parte de la dinámica de vida de las familias y personas envueltas; 10% indican que los vecinos intervinieron y colaboraron a la solución del conflicto; un 7% dice que por lo regular otros miembros de la familia, con ascendentes sobre el resto calma la situación de violencia que se presentan y un 14% en realidad no sabe si los casos de violencia que conoce se dan en hogares de su entorno, se han resuelto o permanecen igual.

³⁶ Ver detalles más adelante



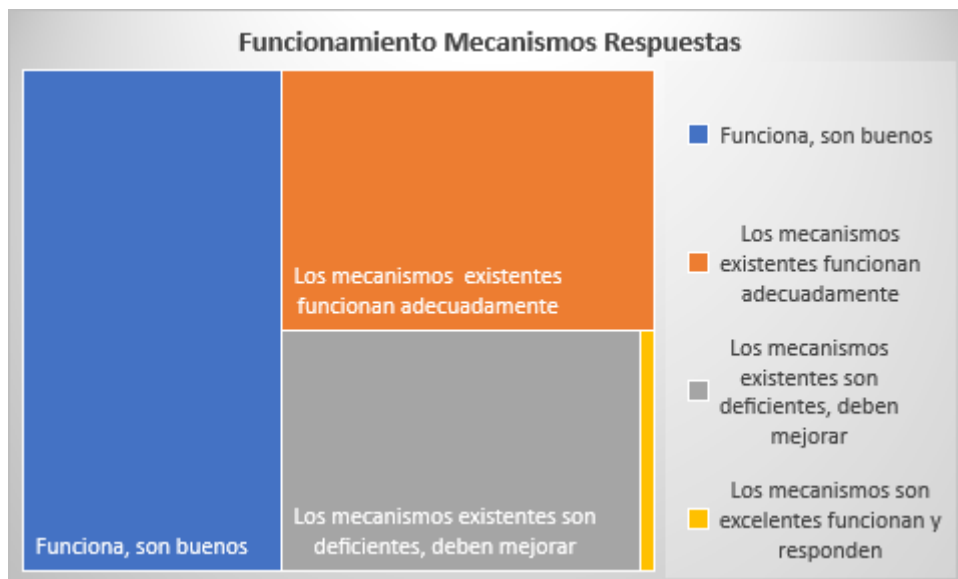
Por la importancia que reviste, no sólo para conocer los niveles de conocimiento en si de las personas, sino indirectamente, hasta donde hay un quehacer, un activismo, un involucramiento de los mecanismos, e instancias de gobierno y privadas con la comunidad, los-as ciudadanos, esto último de practicarse, siembra en el imaginario colectivo³⁷. En general, la ciudadanía conoce los mecanismos y medios de respuestas ante situaciones o caso de emergencia por violencia doméstica o intrafamiliar. Los datos a continuación, así lo indican; fue preguntado a los-as ciudadanos consultados si saben o no saben dónde acudir cuando se presentan casos, episodios de violencia intrafamiliar en su entorno, el 64% indicó saber; el 36% dijo no saber dónde acudir.

Del porcentaje que manifestó saber dónde ir en caso de episodios violentos en hogares y familias de su entorno, dijo que se debe ir a la Fiscalía o Ministerio Público correspondiente; 21% entiende que se debe usar la línea de Emergencia (líneas de ayuda: 911 y/o *462 (*GOB)); un 19% indicó que se debe llamar a la policía, como responsable del orden público; 17% indicó que se debe acudir al Ministerio de la Mujer, a la OPM o OMM más cercana, y un 2% señaló que si hay menores involucrados, lo que aplica es acudir al CONANI.

³⁷ Siembra en imaginario colectivo=Concepto propio



Ahora, la calidad, eficiencia y respuesta oportuna de estos mecanismos, cómo es de acuerdo a la percepción de los consultados; en general se tiene una valoración aceptable o buena en el común de la gente. Un 36% de los-as consultado aprecia que estos mecanismos son buenos, funcionan; un 27% dijo que son adecuado, con respuesta oportuna y un 24% los considera ineficientes, deben ser mejorados o cambiados, apenas un 1% indicó que son excelentes



En los casos en que se buscó o acudió a la Fiscalía o Ministerio Público cercano (2% Fiscalía y 27% combinado Fiscalía -Policía); tomando con cautela las percepciones manifiestas, el 100% dice que el Ministerio público ha sido "flojo" y un 71% dijo que esté organismo no actuó, no hizo nada. Señalan que ha habido casos de violencia que involucran a niños/as, e incluso, otros donde

las personas involucrada, afectada, ha terminado en homicidio.³⁸ Oportuno es indicar que las Magistradas Fiscales entrevistadas, manifestaron (unánime) que se han dado casos de violencia extrema (mujeres recién paridas) arrastradas, heridas golpeadas, en los que se instrumentan los expedientes, se apoderan jueces e incluso, la víctimas son llevadas a las Casas de Acogidas, per en el trayecto, o la mujer vuelve atrás, en estos casos generalmente por un tema de dependencia económica, en otros por influencia familiar de las parejas y su temor a quedar desamparadas, o en algunos casos las ordenes de arrestos contra los agresores no son ejecutadas oportunamente por no disponibilidad o manejo policial³⁹

5.6.3 Cómo prevenir la Violencia de Género e Intrafamiliar en las familias y territorios, según los/as ciudadanos consultados

En este punto, los pareceres y recomendaciones de los-as consultados no fueron tantas, ni diversas. Se concentraron en que debe haber más educación, orientación y concienciación ciudadana masiva sobre esta problemática, un 39% opina de esta manera; definir e implementar mejores estrategias comunicacionales, de difusión, y de manera masiva, incluida las redes sociales que incentiven la buena convivencia y la unidad familiar, un 25% cree en ello; algunos fueron enfáticos en que la Policía Nacional, como órgano de orden público, debe ser fortalecida, formada en el manejo de estos casos y el patrullaje aumentado, un 18% opinó al respecto; un 11% piensa que debe aplicarse la ley, que los violadores de las mismas sean oportuna y ejemplarmente corregidos; Desu parte, un 4% entiende que deben incentivarse los valores Cristiano en las familias, buscar de Dios; igual porcentaje (4%) entiende que deben ser aumentadas las ofertas de trabajo en las comunidades que amplíen el acceso, bajar la desocupación y/o desempleo.

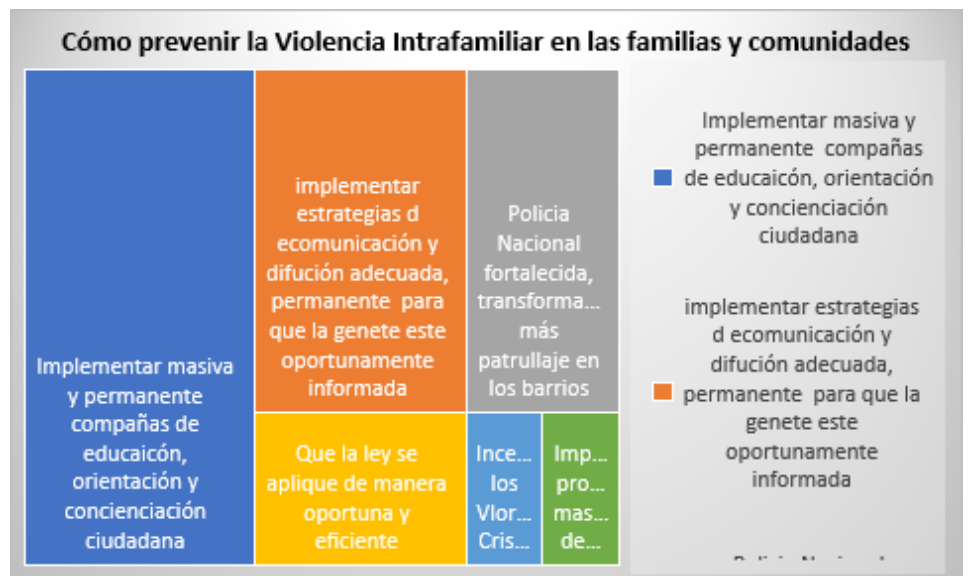
5.6.4 El Sistema- Política de Atención y Respuesta: requiere mejoría, qué hacer, cuáles aspectos se consideran claves y que debes ser mejorados

Igual que en el caso anterior, los-as consultados que emitieron parecer sobre estos aspectos, lo hicieron muy concreta y directamente. Entienden que deben mejorar sustancialmente los programas, estrategias y acciones de educación y orientación dirigidos a la población en general y de manera especial hacia los grupos vulnerabilizados, el 32% opino de esta manera; un 25% entiende que deben ser mejoradas las estrategias y planes globales de comunicación y difusión, que la gente este eficiente y oportunamente informada. El 29% cree que la policía nacional debe ser modificada, fortalecer las acciones preventivas y los mecanismos de persecución del delito, en estrecho vínculo y coordinación entre Ministerio Público y Policía Nacional, para respuestas oportuna; crear programas y estratégicas que incentiven la empleabilidad para la mujer, adolescentes y jóvenes de mediana edad deben ser aumentados, consideran que el tema económico, la falta de empleo influye en el incremento de los niveles de violencia, el 10% opino de esta manera. Lo espiritual no faltó, algunos de los-as consultados dicen que las políticas públicasde atención y prevención deben se contener acciones que vayan en pos de trabajar, fortalecer la

³⁸ No citan cantidad, ni circunstancias

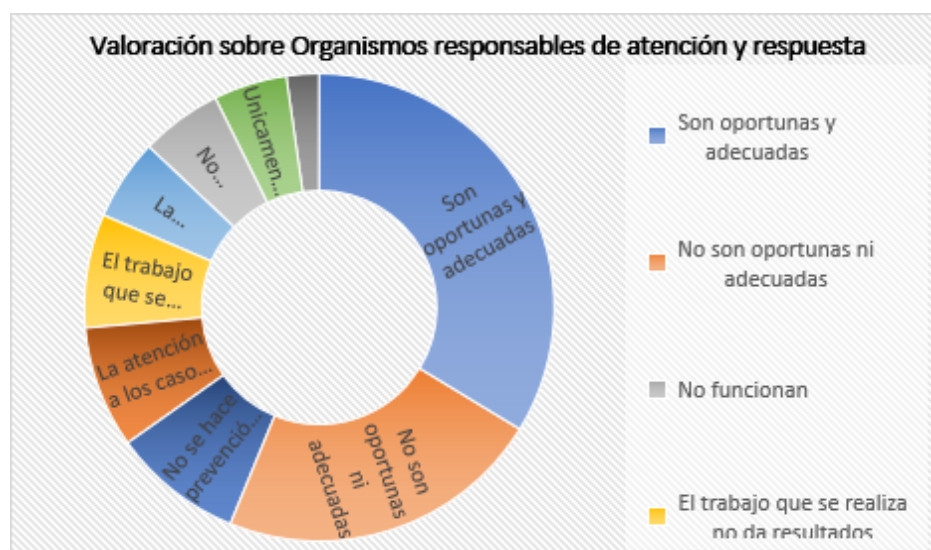
³⁹ Ver tema consulta a Ministerio Público (Fiscalías Barriales)

parte espiritual en las poblaciones y grupos vulnerables, en especial, y en toda la población en general, se debe promover el evangelio, la Palabra de Dios , un %4% opino favorable.



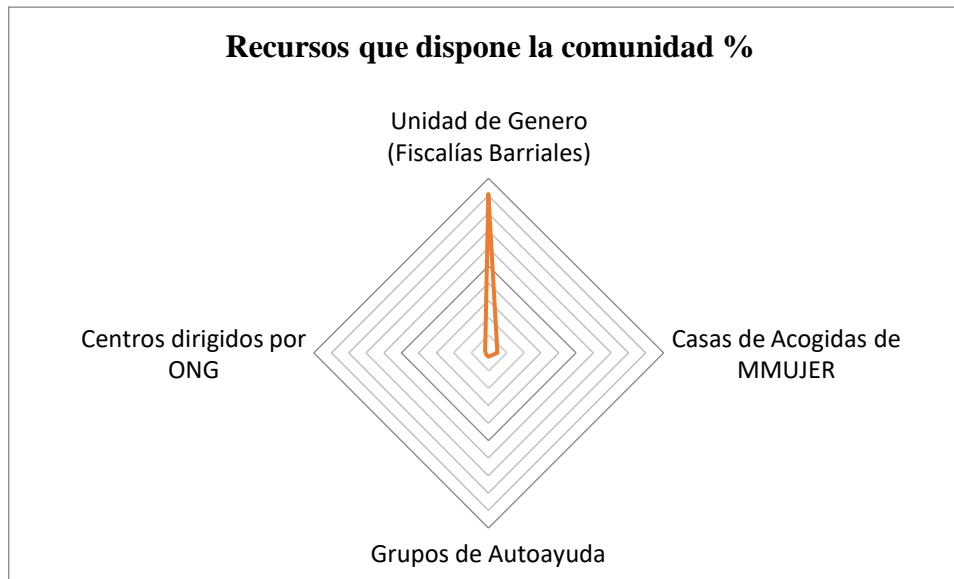
5.6.5 Son oportunas y adecuadas las medidas que se toman desde el gobierno, desde las instituciones llamadas a frenar la Violencia de Género e Intrafamiliar?

Una proporción de consultados-as ve favorables las medidas, el 60% opino positivamente sobre este particular; en cambio un 40% que considera lo contrario. De aquellos que contestaron negativamente, el 10% dijo que estas medidas y estrategias no funcionan; el 14% indicó que no hay respuesta oportuna a los casos y situaciones; el 9% cree el trabajo que se realiza no es el adecuado; igualmente el 9% está convencido que sólo se atienden las emergencias, y luego no pasa nada, no hay régimen de consecuencia; el 16% indicó que solo se actúa ante los casos extremos, cuando hay tragedias, pero no se hace prevención; el 15% considera que es baja la atención y seguimiento a los casos de violencia; el 4% entiende que las instancias y órganos de respuestas a nivel del orden público deben estar mejor preparado técnicamente para atender estos casos.



5.6.6. Con qué recursos dispone-cuenta la comunidad

En cuanto a los recursos con las comunidades cuentas para enfrentar la violencia intrafamiliar, El 26% de los-as consultados no sabe de qué se dispone y de que no en su sector o comunidad, como recurso y medio de respuesta ante casos de violencia. Los que conocen, indicaron que cuentan con Fiscalías Barriales (91%); Centros de Acogidas de MMUJER (5%); grupos de Autoayuda (2%) y Centros Dirigidos por ONG, donde se ofrecen algún apoyo (2%)



6. Datos e indicadores Generales sobre el estado de Violencia de Género e Intrafamiliar: Muertes de Mujeres Homicidios y Femicidios en Rep. Dom. 2005-2021

6.1 Los Homicidios contra la Mujer 2005-2021

El estudio realizado para CASC, AMUSOL, apoyado por WSM, centra la atención en el horizonte temporal del 2021 a marzo 2022. En casos específicos y relevantes, se hace una mirada al 2020. Justo años críticos por motivo de la pandemia de la COVID 19. Los datos estadísticos que compartimos a continuación pudieran tener relación con las condiciones especiales vivida por toda la población del país en confinamiento.

No obstante, lo indicado anteriormente sobre alcance temporal del estudio, entendemos útil u oportuno realizar, en este caso una mirada más amplia al fenómeno de la violencia contra la mujer que culmina con lo más preciado, su vida. En el país, la problemática de la violencia de género e intrafamiliar ha sido denominado por los/as especialistas como “fenómeno de características multidimensionales”, global y en crecimiento⁴⁰. Los datos estadísticos año tras año lo rebela; ocupando el país posiciones cimera en la región de América Latina de mayor tasa de casos de violencia de género e intrafamiliar que culminan en femicidios. **Un recorrido por 17 años, a través de las estadísticas registradas en la Procuraduría General de la República, (2005-2021), revelan el nivel de agravio padecido por la mujer en Rep. Dom que termina arrancándoles la vida**⁴¹. Por igual, la ENSIM-ONE 2018⁴² refleja datos muy rebeladores respecto

⁴⁰ Conceptos propios.

⁴¹ Estadísticas sobre Homicidios y Femicidios, PGR 2005-2021

la violencia psicológica, verbal, económica y física, padecida por las mujeres en todo el territorio nacional⁴³. *Ver datos debajo*

Una mirada retrospectiva de la violencia física contra las mujeres en la Rep. Dominicana, desde el año 2005 hasta el pasado año 2021, según estadísticas oficiales de la Procuraduría General de la República (PGR), indican 3,049 mujeres perdieron la vida por homicidios. A lo largo de estos 17 años la muerte violenta de mujeres ha mantenido una media nacional por encima de las 130 muertes por año, llegando a picos estremecedores los años: 2011 con 233 muertes (8%) del total; 2017 con 209 (7%) del total nacional, seguido de 2010 y 2008 con 207 y 204, para un 7% respectivamente. A continuación, un el siguiente cuadro y grafico que muestran totales absolutos y porcentuales del comportamiento del fenómeno. En 2021, año de confinamiento por la COVID19, el # de muerte fue igual al 2019 (152), en 2020, año en que inició el confinamiento, es el que menor cantidad de muerte violenta de mujeres presenta (unas 134 en total). En cambio, las denuncias por violencia sí aumentaron.

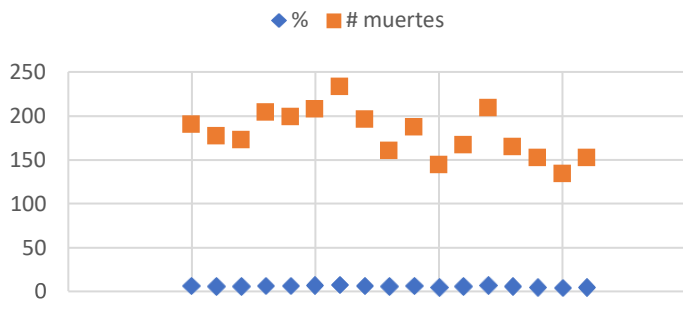
Homicidios de Mujeres 13 años 2005-2021		
Año	#Muertes	%
2005	190	6.2
2006	177	5.8
2007	173	5.6
2008	204	6.6
2009	199	6.5
2010	208	6.8
2011	233	7.6
2012	196	6.4
2013	160	5.2
2014	187	6.1
2015	144	4.7
2016	167	5.4
2017	209	6.8
2018	165	5.4
2019	152	4.9
2020	134	4.4
2021	152	4.9
Totales	3050	99.3

En los registros de la PGR consultados, aparecen detalladas las muertes de mujeres por causas violentas cinco (5) de los 13 años analizados, del 2015 al 2018 y el 2021. En ese periodo ocurrieron 724 muertes, 27.7% del total general; del total de muertes en esos años el 33.7% (244) ocurrieron en el Gran Santo Domingo: 68 (el 27.8 %) en el Distrito Nacional y las restantes 176 (72.1%) en la Provincia Santo Domingo. Un detalle importante para los fines del estudio es que del total de muertes ocurridas en el Distrito Nacional en dicho cuatrienio (68) el 25% (17) ocurrieron en sectores de la zona norte, ninguno en los tres sectores de interés. Los indicadores Nacionales de Salud 2016 establecen que en el Distrito Nacional los homicidios alcanzan el 28.6% entre las causas de muertes por razones no transmisibles⁴⁴. Estas 17 muertes ocurrieron en 2017 (6) y 2018 (5). Los sectores afectados por la tragedia fueron en 2017: 27 de febrero y Capotillo con un (1) homicidio cada uno; Cristo Rey con 3 y Ensanche Luperón 1. En el 2018, Cristo Rey repite con 2 muertes, Gualley 2 y la Ciénaga 1 En 2021 ocurrieron 9 muertes: 1 en el 24 de abril, 1 en el 27 de Febrero, 1 en Capotillo, 1 en La Ciénaga y 2 en la Zurza.

⁴³ Encuesta Nacional Experimental sobre la Situación de la Mujer (ENSIM) 2018-ONE Encuesta Nacional Experimental sobre la Situación de la Mujer (ENSIM) 2018-ONE

⁴⁴ Fuente: Indicadores Nacionales de Salud 2016-Ministerio de Salud y Asistencia Social

Muertes violentas de mujeres(homicidios) Periodo 2005-2021



Los rangos de edades indican que las mujeres que mueren se encuentran en plena edad productiva, son madres de familias que dejan en la orfandad a niños, niñas y adolescentes, quienes luego se pierden en el limbo de la vida en una sociedad de escasas oportunidades como la de RD.

6.2 Femicidios en el periodo 2005-2021⁴⁵

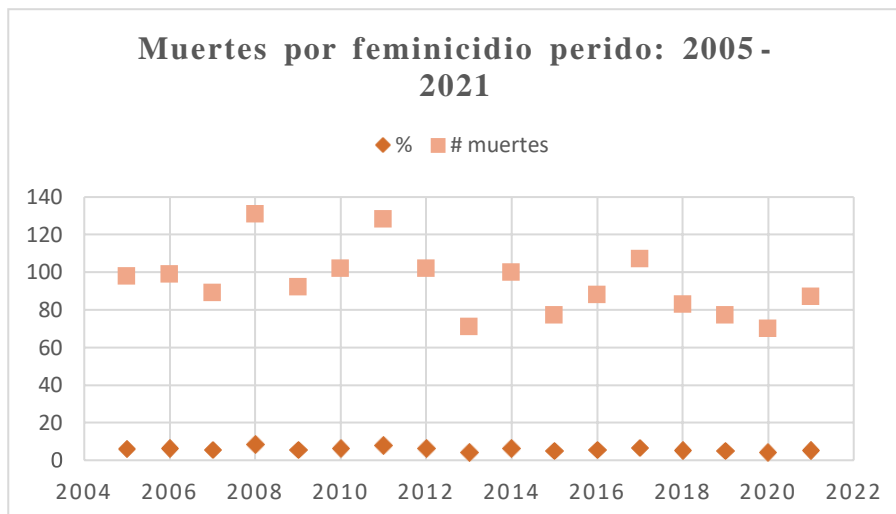
Durante los diecisiete (17) años analizados, **el 52.4% de las muertes violenta de mujeres fueron causadas por feminicidios, 1,601 muertes de las 3,050 reportadas por la PGR.** Solo en seis (6) años de dicho periodo ocurrió el 41.8% de las muertes (670 en total); en estos años la media nacional de muerte por feminicidios se mantuvo por encima de los 100 casos por año, superando en varios de ellos el total de muertes por causas comunes: el año más violento fue el 2008 con 131 muertes (el 8.2%), seguido del 2011 con 128 (el 7.9%), en el 2017 ocurrieron 107 muertes (un 6.6%) y en el 2010 (6.3%) muertes y el 2012 la misma cantidad 102 (6.3%) y en el 2014 ocurrieron 100 muertes (el 6.2%) respectivamente.

En los restantes siete (7) años las muertes por feminicidios se mantuvieron entre 70 y 99 casos por año: 2005 con 98 (6.1%) muertes, en 2006 ocurrieron 99 (6.2%) muertes, en 2007 perdieron la batalla 89 (5.6%) mujeres, en 2009 ocurrieron 92 (5.7%) muertes, en el 2013 perdieron la vida 71 (4.4%) y en el 2015 corrieron igual suerte 77 (4.8%) mujeres. En el 2016 les toco a 88 (5.5%) mujeres y en el 2018 a 83 (5.5%) mujeres; en 2019 murieron 87 (el 5.4%). En el 2020 hubo un pico menor que el resto de años con 70 (4.3%) muertes, elevándose luego en 2021 con 87 (5.4%) muertes (ambos años pandémicos por la COVID 19).

⁴⁵ Fuente: Estadísticas Procuraduría General de la República-PGR

**Muertes de Mujeres por
Feminicidios
años 2005-2021**

Año	#Muertes	%
2005	98	6.1
2006	99	6.2
2007	89	5.6
2008	131	8.2
2009	92	5.7
2010	102	6.3
2011	128	7.9
2012	102	6.3
2013	71	4.4
2014	100	6.2
2015	77	4.8
2016	88	5.5
2017	107	6.6
2018	83	5.2
2019	77	4.8
2020	70	4.4
2021	87	5.4
Totales	1601	99.6



En toda la indagatoria realizada, no fue posible identificar del total de feminicidios cuántos ocurrieron en el Gran Santo Domingo, especialmente en Distrito Nacional. Las dista dísticas consultadas llegan a este nivel de detalles solo para los homicidios en general, cuyas casuísticas es diversa, incluyendo el feminicidio.

La expresión más extrema de la violencia contra la mujer son los feminicidios. Los datos anteriores muestran la rudeza del fenómeno de la violencia contra la mujer, en la dimensión física (VIF) que le desprende el derecho a vivir que cada ser humano tiene naturalmente⁴⁶. Una mirada a los datos mostrados por la Encuesta Nacional Experimental sobre la Situación de la Mujer (ENSIM)⁴⁷, realizada por la Oficina Nacional de Estadísticas ONE en el año 2018, con una muestra de mujeres de 15 años más, diseminadas en todo el territorio nacional, indica que el 68% de las mujeres de 15 años y más consultadas manifestó haber experimentado algún tipo de violencia a lo largo de su vida, 12 meses anteriores a dicho estudio, 55.9% de las encuestada fueron directamente afectadas por actos de violencia de género e intrafamiliar. Relevante es el dato revelado en esta encuesta⁴⁸ que señala el 52.7% de las mujeres consultadas de 15 años y más, manifestaron que en el ámbito privado (familia y otros) han sufrido violaciones a lo largo de toda su vida. En el ámbito social y comunitario, 2 de cada 5 mujeres consultadas (39.2%) y en los últimos 12 meses 1 de cada 5 mujeres (20.6%) de 15 años y más han sido víctima de este flagelo.

⁴⁶ Conceptos propios

⁴⁷ Encuesta Nacional Experimental sobre VCM- ENSIM-ONE 2018

La Encuesta revela datos igualmente de violencia contra las mujeres de 15 años y más consultadas en los ámbitos educativos, laboral, intrafamiliar y de la pareja. En los dos primeros ámbitos 75.8% dijo haber sido violentada por sus propios compañeros-as; en el laboral un 62-4% indicó que su jefe o jefa. En el ámbito familiar, el 32.8% y en el de pareja 41.8%, en este caso, los datos indican además que en los 12 meses previo a la encuesta, el 7.7% la había sufrido.

Clasificada la violencia según tipo, la ENSIM-ONE 2018 indica que las mujeres consultadas de 15 y más a lo largo de su vida y en los últimos 12 meses previo a la encuesta padecieron algún tipo de violencia: Violencia Psicológica 50.8% y 32.7% respectivamente; Violencia Física 40.1% y 19.9% respectivamente; Violencia Sexual 51.3% y 32.8% respectivamente; Violencia Económica o Patrimonial 29.1% y 21.5% respectivamente.

A modo de ilustrar de los profundos e irremediables daños colaterales del flagelo de los feminicidios presentamos breve reseña del impacto generado solo en el año 2019, y que situaron al país en ese momento en la 5ta posición en la región de América Latina: de acuerdo a datos u análisis sobre feminicidios ocurridos en la República Dom. durante el año 2019, realizado por UNFPA (2020) de las 87 mujeres víctimas de feminicidios, estas dejaron 122 niños. Niñas y adolescentes en la orfandad. Solo en 9 casos, sus familiares comunicaron que hubo denuncia previa contra los agresores (11%). De acuerdo a la CEPAL, los países de América Latina en que la tasa de feminicidios por cada 100 mil mujeres es mayor son: El Salvador 6.8%, Honduras 5.1; Bolivia 2.3%, Guatemala 2.0 y Rep. Dom. 1.9

En cuanto a las adolescentes se encuentran expuestas a la violencia en las relaciones de noviazgo desde muy temprana edad. En un estudio realizado por el Ministerio de Educación, UNFPA y PNUD (2015), se constató que cerca de un 80% de adolescentes entre 13 y 17 años había estado en una relación de noviazgo. Los resultados de los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la violencia son preocupantes: el 60% de las consultadas dijo que el rol más importante de la mujer era tener hijos e hijas.

6.3 Datos de manifestaciones de violencia en periodo propios de Pandemia por la COVID 19⁴⁹

Oportuno es indicar, de inicio, que tal como muestran las estadísticas presentadas anteriormente, la violencia intrafamiliar y de género ejercida contra la mujer, ha sido un fenómeno en crecimiento constante durante los últimos 17 años. Las condiciones especiales generadas por el confinamiento debido a la pandemia por la COVID 19, en algunas manifestaciones de éste fenómeno, se recrudeció, como se muestra a continuación.

A pesar de no localizar suficientes datos oficiales, se muestra a continuación las siguientes estadísticas. del primer trimestre de los años 2020 y 2021, dos años especiales por el nivel de reclusión por la COVID19. El Observatorio de Seguridad Ciudadana (OSC), muestra datos que indican que solo en el primer trimestre de 2021 se produjeron 17,835 denuncias de violencia. Los

⁴⁹ Fuente: Observatorio de Seguridad Ciudadana-OSC, 2021

casos de denuncias por violencia intrafamiliar sumaron 11, 793 (un 66%); la violencia de genero alcanzó 4,444 (21 25%) y los delitos sexuales sumaron 1,598 (un 9%). En cuanto a los casos de violencia de género acontecidos, el 2,851 (el 64%) correspondieron a violencia verbal y psicológica; a violencia física correspondió el 36% (1,593 casos). Para ese periodo 4,890 del total de denuncias (el 28%) terminaron con emisiones de órdenes de protección a las víctimas.

Durante el periodo analizado, el Ministerio de la Mujer recibió y acogió 267 personas en las Casas de Acogidas mediante las cuales además se brindó refugio a los hijos-as. De este total 128 (48%) eran mujeres víctimas de violencia. Para el mismo periodo de 2020 acogió 308 personas (41 más que en 2021).

7. Relanzamiento del Centro Primer Nivel- CPN-CASC, una Propuesta Integral de Servicios de Salud y Comunitario

Este es un punto de alta relevancia para la Central Autónoma Sindical Clasista-CASC por razones ya expuesta el estudio en sí mismo no está en posibilidad de trazar las pautas, ni dispone de informaciones que permitan estructura -esquematizar una propuesta de un modelo de atención en salud que incluya la dotación y suministros de servicios comunitarios que satisfagan la demandas insatisfecha de atención, acompañamiento y suministro de servicio de la a la ciudadanía que residen en los tres (3), el ámbito de la salud, atención y respuesta a la violencia intrafamiliar (VIF) y contra la Mujer (VCM), medios críticos de vida, etc, que legalmente estas instituciones tienen atribuciones, en el marco de sus competencias jurídicas y su propio quehacer histórico.

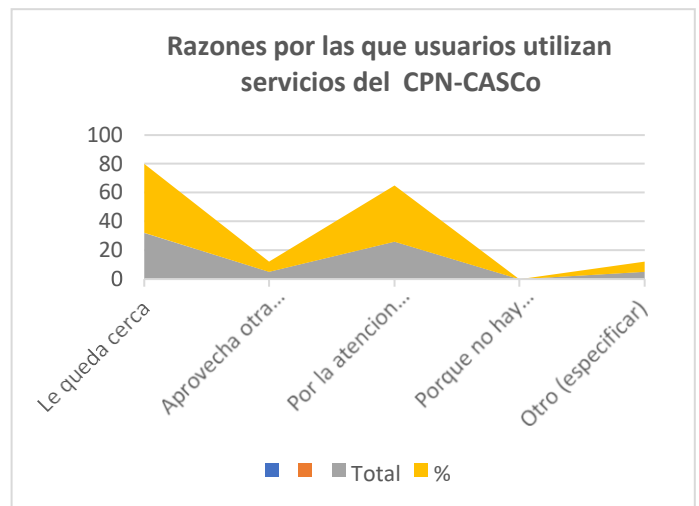
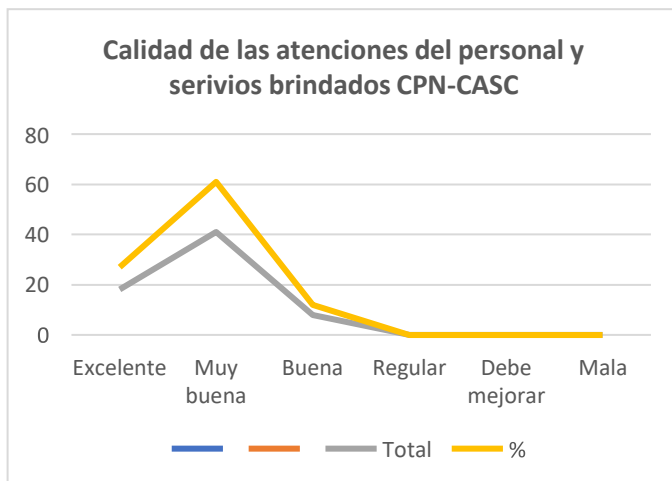
Estando claro en este punto, si se toma en cuenta los voluminoso, diversos e inéditos paquete de datos e informaciones relevantes contenidas en el presente informe, relativos a la demanda de servicios de salud de calidad y oportunamente brindados, así como en materia de atención a la violencia intrafamiliar y de género, incluidos los que se describen a continuación pueden servirle de base a las autoridades competentes de la CASC para, mediante un análisis de contexto o FODA, estructura la propuesta metodológica y estrategias para el inicio de la reestructuración-relanzamiento del CPN. A continuación, enumeramos aspectos que favorecen la reestructuración y ampliación de los servicios del Centro de Salud CASC.

7.1 Confianza en el Centro, en el servicio brindado al momento, de parte de sus usuarios actuales

A pesar de no ser tan alta la demanda de servicios que hoy día se brinda desde el centro y de no disponerse, aún en estas condiciones de estrategias de promoción y posicionamiento del mismo, hay una afluencia constante de personas que acuden en búsqueda del servicio, vienen lejos, muchos llegan por las noticias que corren de voz a voz. Los cuales están destinados en principio a afiliados sindicatos de trabajadores, pero en la práctica son mayoritariamente utilizados por no afiliados.

7.2 Los usuarios actuales encuentran calidad y calidez del servicio brindado, igual los potenciales clientes.

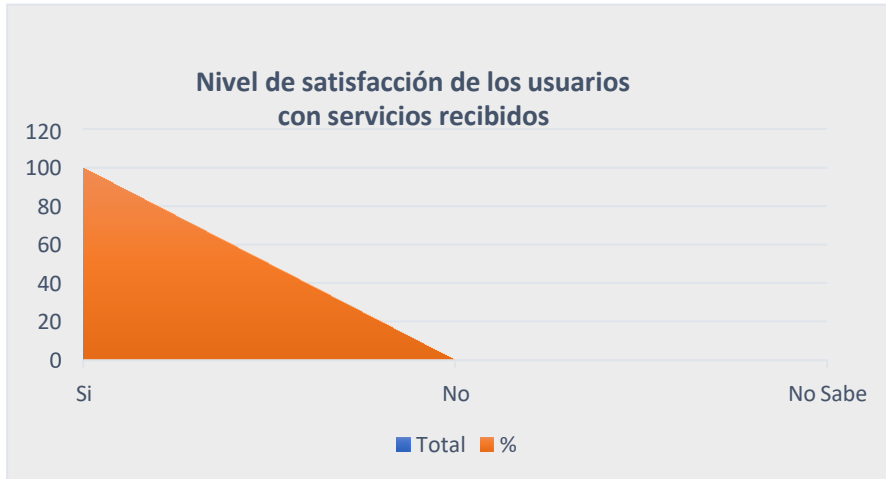
Este aspecto, el propio personal manifiesta que trabajan con calidad y calidez, que tratan a sus usuarios con respecto, amor y cuidado. Consideran tratan de brindar atención personalizada y en un ambiente responsable y familiar. De su parte, los usuarios plantean razones de peso, que les motiva visitar este centro y no otros centros, que en ocasiones disponen les queda cerca del lugar donde se desenvuelven cotidianamente, *un 46% por las atenciones que les brinda el personal y por lo económico del servicio; el restante 7% dijo que andan en la zona y aprovechan. Tienen una población cercana con creciente demandade servicios de salud, y las ofertas no son tantas, el 48% de los usuarios consultados manifestó que utilizanlos servicios del centro porque les queda cerca.*



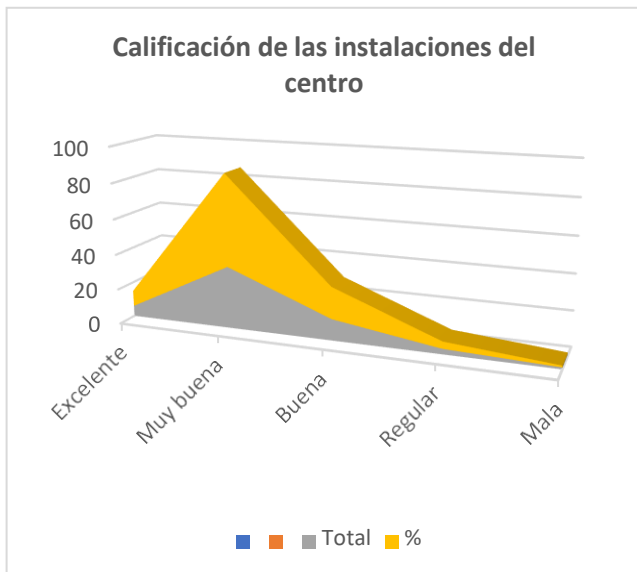
7.3 Los Usuarios tienen alta valoración sobre los servicios que se brindan en el CPN CASC

Otra variable que se quiso analizar es el grado de satisfacción de los/as usuarios de los servicios ofrecidos actualmente en el CPN CASC. Este es un aspecto relevante para el ahora, y sobre todo para ese futuro cercano en el que se espera contar con un centro de atención integral remozado, ampliado, cuyos existos se medirán, entre otros indicadores, por la calidad del servicio brindado; el cual redundará necesariamente en un volumen alto de usuarios de dichos servicios (indicador de peso a nivel de impacto). En tal sentido, el 88% de los usuarios consultados dijeron estar totalmente satisfecho con las atenciones y ervicios recibidos en las tres (3) áreas: medicina general, odontología y psicología. Un 17% indicó que el servicio es económico y le queda cerca.

En lo que respecta a la satisfacción de los usuarios actuales con los servicios brindados al momento en el CPN CASC, el 100% de los contactados manifiestan tal estado, lo cual es de notoria importancia, al momento de posible toma de decisión respecto a ampliación de servicios y cobertura del CPN CASC

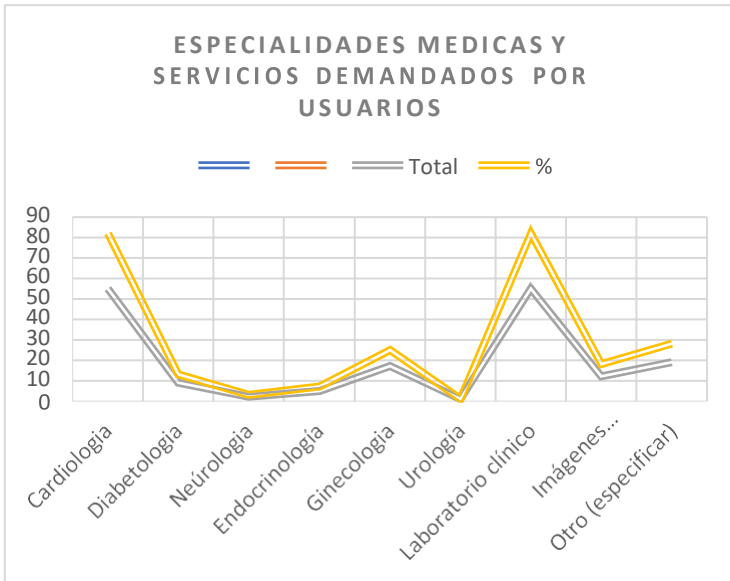


7.5 Calidad de las instalaciones



En lo concerniente a la calidad y condiciones de las instalaciones donde hoy funciona el CPN, también fue evaluada positivamente. Los usuarios en su mayoría, el 52% las consideran muy buena, un 18% buena, un 9% excelente, un 5% entre regular y malas. Para la ampliación del CPN, en el que se integren una gama mayor de servicios de salud e incluya la atención a la Violencia Intrafamiliar, de Género y Comunitaria, la CASC dispone de espacio físico que se dispondría para su utilización en este esfuerzo de brindar apoyo integral al desarrollo del entorno comunitario y del CPN como ente activo-motorizador del mismo.

7.5.1 Existe una real demanda de parte de los usuarios actuales de otros servicios especializados y de diagnósticos

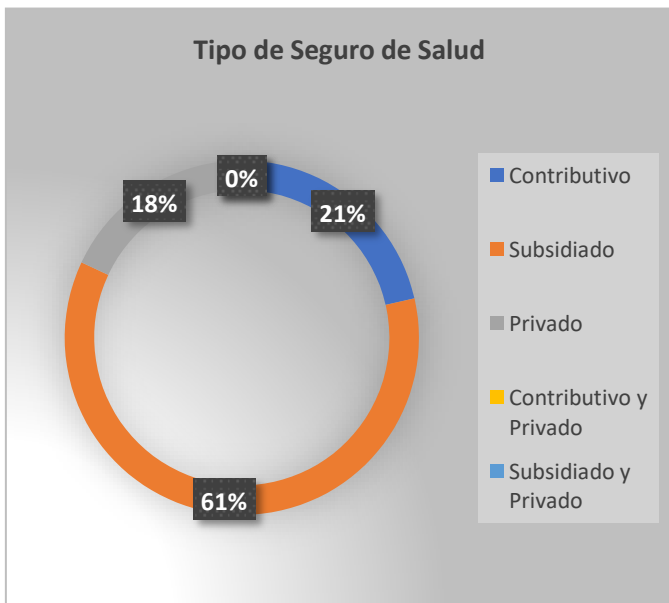


Consultados sobre otros servicios y especialidades médicas que el CPN debería ofrecer a sus usuarios/as, A VIVA VOZ, indicaron que se requiere con urgencia las siguientes especialidades médica: cardiología ginecología, endocrinología-diabetología, pediatría. Demandan también, aunque con menos vehemencia neurología y urología.

En cuanto al Centro Diagnostico, hicieron énfasis especial en servicio de imágenes diagnósticas, incluido laboratorio clínico y un centro especializado en atención a mujeres y familias víctimas de violencia.

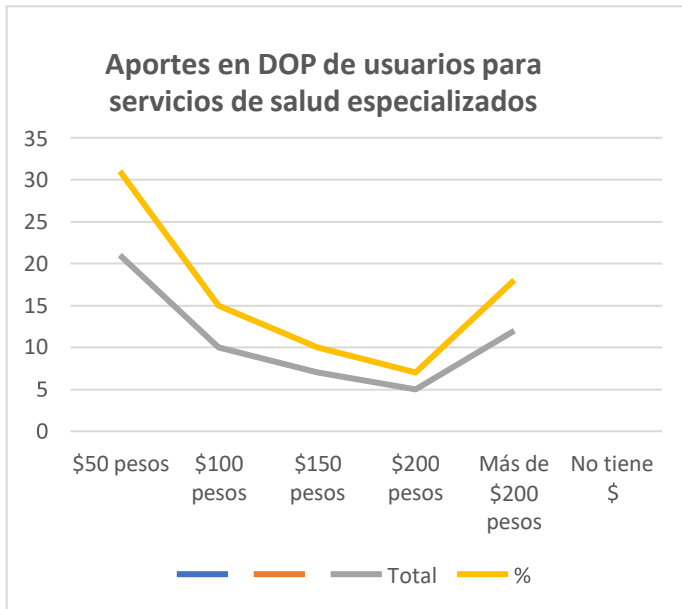
Los consultados en territorios presentan necesidades similares, además de atención a ITS-VIH, prevención de enfermedades catastróficas como cáncer, etc.

7.5.2 Afiliación a ARS, Copagos y Disposición de asumir Copago en Centro CASC.



Una alta proporción de los ciudadanos y ciudadanas consultados se encuentran afiliados a la Administradoras de Riesgos de Salud-ARS, el 87.1% de los-as consultados, la brecha de no afiliación es de un 12.9% en este segmento poblacional. En cuanto al tipo de seguro, el 60% está bajo la cobertura del Régimen Subsidiado, 21% Al Régimen Contributivo y el 18% dijo tener seguro privado. El 47% de los que tienen seguros contributivos y privados realizan un copago de 800, entre 400 y 800\$; entre 100 y 300 y 100 pesos. El 100% de los usuarios actuales del centro, están dispuestos a realizar copago, desde 50 \$ a más 500\$.

Hay oportunidad para establecer, por un lado afiliaciones a ARS para cobertura afiliados y por el otro, tarifa de copagos según tablas ARS y criterios socioeconómicos propios.



Se consultó a los usuarios sobre disposición de hacer aporte o pago de compensación, aun mínima, para poder establecer las condiciones de ampliar los servicios y así lograr satisfacer las crecientes demandas de servicios especializados médicos y diagnósticos, el 100% manifestó estar de acuerdo con ello, con cualquier medida que en este sentido encaminen las autoridades del Centro. En una escala de 50 a 200 pesos o más, el 25% manifestó que podría aportar 200 ó más de 200 pesos (algunos de ellos dijeron hasta 500); el 15% 100 pesos, el 10% 150 pesos, el 31% indicó que solo 50 pesos.

7.6 Un camino recorrido, que representa un avance tácito para el Centro CASC

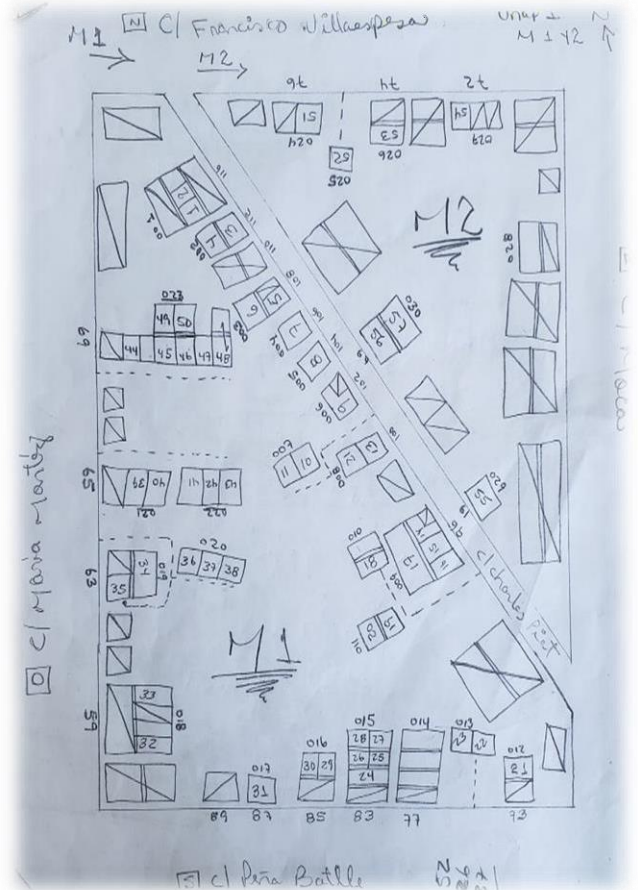
El CPN-CASC aviene operando de manera ininterrumpida dentro de la Red de Atención Primaria, desde hace varios años, contado con personal medico costado por el Servicio Nacional de Salud-SNS. Los servicios brindados siguen las especificaciones establecidas en la Norma de Salud y Manual de APS. Los servicios brindados forman parte de la Cartera de las APS, son reportados al sistema de salud, a través de sistema informatico interconectado, mediante formularios y fichas de registros establecida a tales fines por el órgano rector (SNS). Cuenta con Comité de Salud, creado a los fines de organizar y dar seguimiento a la labor que desarrollo el CPN.

Los siguientes datos están sujetos a confirmación-validación de parte de autoridades del CPN CASC, nos fueron suministrados por informante clave que maneja todas las informaciones al respecto

De acuerdo a la distribución de las UNAP en el perímetro donde se encuentra el CPN CASC, se comparte territorio con el CPN CTU, están dadas las posibilidad de conformar UNAP, agrupando las familias según establecido en la Norma de Atención Primaria. De hecho se dispones de la base de datos, el personal asignado: médico, enfermera, disponen del formulario S-Z completado y confirmado en terreno, tiene los límites geográficos ordenados, y se han ordenado por cuadrantes, según muestran las siguientes gráficas y aproximadamente 500 fichas familiares completadas (cerca de la totalidad de fichas requeridas)

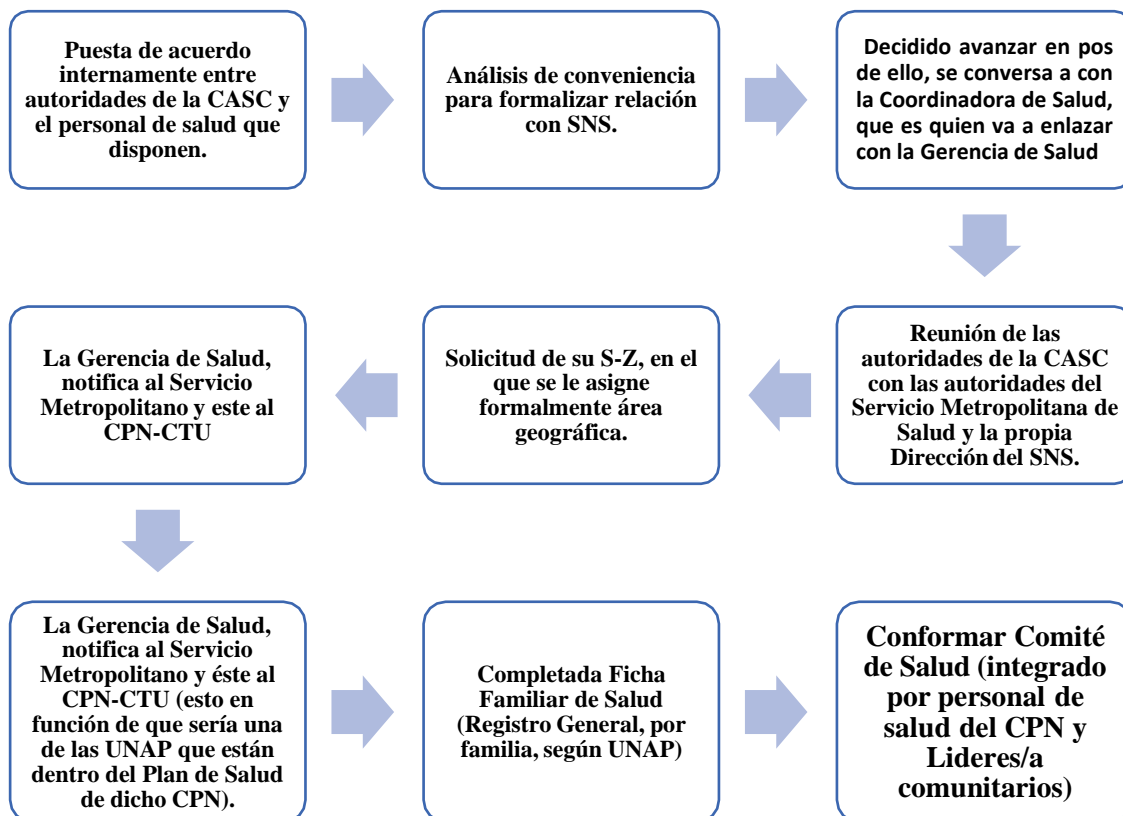
- Los límites de una de las UNAP a integrar el CPN CASC, comprenden: Borde sur María

Montes, norte sería el borde este de la Tunti Cáceres, y el borde norte de la Av. San Martín. Hay una parte que habría que negociar, para llegar hasta la Av. V Centenario. De tomarse el perímetro completo hasta dicha avenida, el borde sur que le correspondería, sería parte o borde oeste de la misma. A continuación croquis y mapa, suministrado por personal consultado.



7.7 Formalización del Centro de Primer Nivel CPN

7.7.1 Pasos que deben ser dados formalización CPN (*UNAP):



7.7.2 Modelo a Seguir en cuanto a reorientación servicios de salud

A partir de las consultas y revisión de las modalidades de servicios que brindan, se consideran modelos a evaluar, haciendo una combinación de ambos en aquellos servicios y áreas de atención de interés del CPN CASC y tomando en cuenta los resultados arrojados en los dos diagnósticos realizados (interno y externo). Los modelos sugeridos son los siguientes, con los cuales entendemos altamente probable el establecimiento de alianzas estratégicas que fortalezcan la prestación de servicios integrales de salud y otros servicios comunitarios:



El Centro de Orientación Integral -COIN, sobre todo relacionado a **MODELOS DIFERENCIADOS DE ATENCIÓN**, que son un tipo de modelo de atención que toma como punto focal las necesidades de un grupo de pacientes, y adaptando los servicios a ellos. El COIN se visualiza como un fuerte aliado para el Centro CASC, en: acompañamiento-orientación para diseño de estrategia de reorientación según modelos diferenciados priorizados, como en la tercerización de determinados servicios, como la atención a las ITS-VIH.



PROFAMILIA (Clínica Evangelina Rodríguez), especialmente en lo relativo a la Telemedicina y a los programas de Control de la Natalidad-Planificación Familiar; servicios de Apoyo Emocional.

7.8 Área de Atención a la Violencia Intrafamiliar (VIF) y Violencia contra la Mujer (VVM)

Los datos expuestos en los dos diagnósticos realizados, sobre todo el diagnóstico de campo en los tres sectores, indican que en ambos temas hay que prestarle la debida atención; el presente informe contiene una caracterización de las manifestaciones más comunes de violencia que se registran en los tres sectores (ver datos del propio centro, de las Magistradas Fiscales y los relatos de los-as consultados en los tres sectores) El centro CASC ya cuenta con personal experimentado, que habría que reforzar en caso de decidir organizar el servicio de atención a este fenómeno social y de salud pública.

Por las características de las manifestaciones de la VIF y VCM, se sugiere pensar en un área, dentro del Centro de Atención Integral a las/os Trabajadores, la Familia y la Comunidad, enfocado en las áreas de: Salud, Educación y Protección a Grupos y Personas Vulnerables.

Los servicios especializados a brindar serian:



En el Mapa de instituciones que trabajan violencia VIF y VCM (*ver en informe general*), hay aproximadamente 10 instituciones, públicas y privadas que el Centro CASC podría considerar aliados estratégicos en este tema. Primordial a nivel de alianzas, Fiscalías Barriales, como instancias de atención y administración de justicia y las organizaciones comunitarias, especialmente las Juntas de Vecinos (JV) en los tres sectores

8. Recomendaciones Generales

- Asumir el reto de la redefinición u orientación del Centro, los usuarios, las comunidades y las propias circunstancias actuales invitan a dar este paso adelante.
- Existe un acumulado histórico en el CPN CASC-AMUSSOL, que se constituyen en el basamento primordial para avanzar en pos de está reorientación, así como la fortaleza de que en los actuales momentos se mantiene una relación con el Servicio Nacional de Salud, la Gerencia de Salud.
- Proceder a ampliar la cartera de servicios, acorde lo establecido para el Primer Nivel de Atención, esto tomando en cuenta las capacidades instaladas en términos de experiencia del personal de salud del CPN, la demanda expresada por los/as ciudadanos consultados (usuarios y potenciales consultados-residentes en los tres sectores) e igualmente la disponibilidad de espacio físico para las distintas áreas que conllevaría (*ver en informe gral. detalles cartera de servicios*).
- El fenómeno de la violencia, en su expresión VCM y VIF, es real, persiste en los sectores estudiados, lo que representa un nicho de oportunidad para CASC-AMUSSOL para el diseño de una estratégica que aporte a la reducción y eliminación del mismo, es parte de su responsabilidad institucional.

- Es oportuna una estrategia de intervención basada en un robusto componente de educación, que influya de manera transversal en el cambio de comportamiento de ciudadanos y ciudadanas sobre resolución pacífica de conflictos sociales y familiares.
- Existe nicho para la creación de un espacio, de un mecanismo con enfoque integral en el ámbito social y comunitario; desde el cual se brinde acompañamiento a los grupos vulnerables ante la VIF y VCM (niñas, niños, adolescentes, mujeres y mujeres adultas mayores, incluso los mismos hombres-la familia en su conjunto), exceptuando las unidades establecidas en los centros hospitalarios de la zona (Luis E. Aybar), y las propias Unidades de Género de las Fiscalías Barriales, no se identificó, los ciudadanos e informantes claves consultados no hacen referencia.
- **Se sugiere, tomando como sustento los resultados del presente estudio** contenidos en este Resumen Ejecutivo e Informe General, y con el apoyo de expertos/as, proceder al diseño del modelo de centro que se requiere y que sea estratégico acorde a posibilidades de CASC-AMUSSOL, que cumpla con las expectativas y/o demandas documentadas en el estudio existente en los tres sectores, cumpliendo con los estándares de calidad suficiente en la prestación eficiente y oportuna de los servicios. Se deberá definir las condiciones en que los mismos se ofrecen, recursos humanos suficientes y cualificados, equipamiento, espacio físico adecuado, estrategias de comunicación, difusión apropiadas, sistema de registros, administración y control.
- Las alianzas estratégicas interinstitucionales (públicas y privadas) son claves para fortalecimiento a nivel de enfoques y contenidos de los programas, proyectos y servicios a desarrollar y ofrecer a la comunidad; al igual para acuíñamiento recursos financieros, técnicos, humanos indispensables.
- En este sentido, se recomienda entrar en contacto-comunicación, en primer lugar con el Ministerio de la Mujer como órgano rector, las Unidades de Género de las tres Fiscalías Barriales consultadas, así como con otras instituciones pares de la sociedad civil (ver mapeo en informe gral), así como con organismos financieros nacionales e internacionales que aporten recursos DOP al Centro.
- Ampliar y/o reforzar equipo de gestión (RRHH) en función de las áreas de servicios a ofrecer, incluyendo especialistas a cargo, de áreas sensibles como la Unidad de Atención, Tratamiento y Atención a la Violencia.
- Se recomienda diseñar estrategia de comunicación, difusión, educación y sensibilización, la cual permitirá mantener población orientada e informada, aumentar la demanda de servicios por parte de la población residente tanto en Villa Juana, como en los demás sectores, y muy importante, presencia permanente del CPN CASC en imaginario colectivo de pobladores y pobladoras.

9. Bibliografía consultada

Constitución de la Republica

Estrategia Nacional de Desarrollo-END al 2030

Marcos Legales: Protección Niños, Niñas y Adolescentes y Mujeres

Política de Prevención y Atención de EA y TU-GANA-RD, al 2030, diciembre 2020

Plan Estratégico por una Vida sin Violencia Contra las Mujeres, 2020-2024, noviembre 2020

Plan Estratégico CONANI 2020- 2024

Plan Estratégico MMUJER 2020-2024

Manual de Atención Primaria-Ministerio de Salud

Manual Sectorización / Zonificación de las UNAP

Indicadores Nacionales de Salud 2016

Plan Estratégico 2016-2022-PROFAMILIA

Boletín Banco Central, abril 2021

Boletín Observatorio de Seguridad Ciudadana-OSC, abril 2021

Encuesta Nacional Experimental de Sobre Situación de la Violencia de la Mujer (ENSIM) 2018, ONE 2018

Estadísticas sobre Homicidios y Femicidios, PGR 2005-2021

Informe sobre impacto feminicidios UNFPA 2019

Memoria Institucional PROFAMILIA 2020, junio 2021

Memoria Institucional COIN 2021

Boletín-Memoria Institucional COIN 2020