

PERSPECTIVAS DE LA PEDIATRIA SOCIAL

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ESTE. SANTO DOMINGO

Dr. Emil Kasse Acta*

Se exponen los conceptos, la definición y los objetivos de la pediatría social como punto de confluencia entre la pediatría y otras ciencias relacionadas con el hombre y la sociedad. Se detallan los aspectos colectivos e individuales que la componen. Se abordan los principales problemas sociales que influyen sobre la salud del niño, y se hace énfasis en el niño abandonado, el abuso infantil y el abuso sexual, particularizando la situación en la República Dominicana y comparándola con la de otros países.

INTRODUCCION

La pediatría ha evolucionado considerablemente desde que en 1802 se fundó en París el primer hospital de niños de que se tiene conocimiento: el Hospital des Enfants Malades. En 1855 se construye en Filadelfia el primer hospital infantil de América.¹

Para Riera,² el siglo xx podría pasar a la historia de la medicina como el siglo del niño y de la pediatría. El mismo autor señala 3 rasgos constitutivos de la medicina actual:

1. Creciente tecnificación y crecimiento cuantitativo de los saberes que el médico posee.
2. Colectivización de la asistencia sanitaria.
3. Sistematización de una medicina preventiva dirigida a la lucha contra la enfermedad y a la promoción de salud.

A los fines de nuestra temática, conviene recordar algunas definiciones sobre pediatría.

Prader³ la define como el conocimiento del crecimiento y el desarrollo humano y de las enfermedades y salud de los niños, incluyendo aspectos psicológicos y sociales, y estima que dentro de esta definición amplia, no hay diferencias entre la pediatría del pasado, del presente y del futuro, ni entre la pediatría de los países en desarrollo y la de los países desarrollados.

* Profesor Titular de Pediatría. Tesorero de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE). Facultad de Medicina. Universidad Central del Este. Santo Domingo, República Dominicana.

Si como señala Esquivel,⁴ la pediatría se responsabiliza por la primera etapa de la vida del hombre, nuestro trabajo debe estar dirigido al cuerpo social de nuestros países, y debe desaparecer la economía de escasez de la mayoría y pasar a una economía de abundancia para todos.

Para Manciaux,⁵ el objetivo mayor de la pediatría es ayudar a cada niño a realizar plenamente el potencial inscrito en su patrimonio genético.

Para Haggerty,⁶ el pediatra de finales del siglo xx tiene el desafío de aprender a enfrentarse en los países desarrollados a las nuevas causas de morbilidad, porque han logrado dominar las diarreas, las enfermedades infectocontagiosas, la fiebre reumática y otras; y esa nueva morbilidad está constituida por los accidentes, los suicidios, los homicidios, los problemas de impedimento del habla, del oído, del comportamiento, escolares, abusos de sustancias, de la sexualidad en los adolescentes (embarazos y enfermedades de transmisión sexual), alergias y muchas producidas por la violencia.

Una comprensión adecuada del niño por el pediatra, es contemplarlo en la salud o en la enfermedad como un ente biosocial, indivisible, pluridimensional, dotado de cuerpo y mente, inmerso en su medio ambiente e influido por su ecología sociofamiliar en la que crece y se desarrolla con ritmo propio y peculiar según las etapas cronológicas de su existir.

En la figura 1 se observan esquematizadas las interacciones entre el medio familiar, el medio social y el medio ambiente, sobre el cuerpo y la mente de ese ser humano en crecimiento y desarrollo que es el niño.

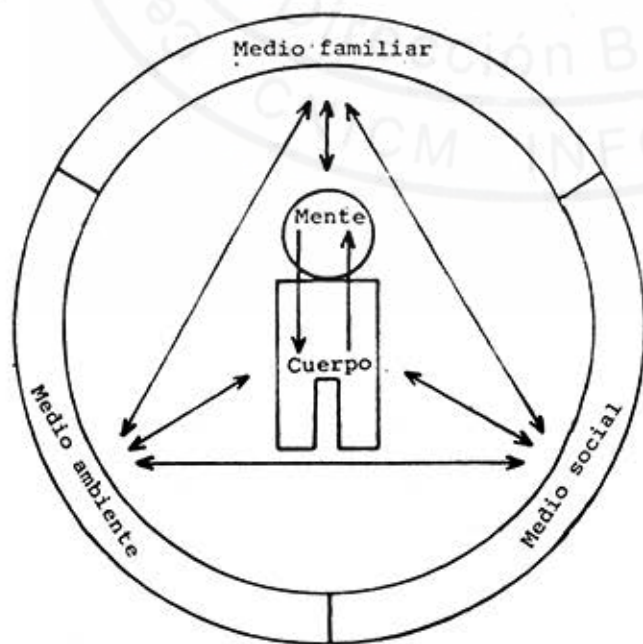


FIGURA 1. Interacciones entre el medio familiar, el medio social y el medio ambiente sobre el cuerpo y la mente del niño.

OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo es crear conciencia en las nuevas generaciones de pediatras de que la pediatría social no es una nueva disciplina ni una subespecialidad pediátrica, ni un capítulo independiente, ni una técnica individualizada, sino una actitud que acompaña el gesto curativo o preventivo del médico.

Asimismo, los objetivos específicos podrían resumirse como sigue:

1. Difundir aspectos epidemiológicos de algunos problemas sociales que requieren soluciones.
2. Englobar al pediatra en esta tarea de manera positiva y permanente para que añada a los recursos disponibles el más valioso de todos: el de su propia responsabilidad.
3. Crear conciencia colectiva de esta problemática para que sea enfrentada aislada o mancomunadamente (por médicos, profanos y otros profesionales) en la necesidad de una acción concertada en favor de los niños abandonados en la calle, maltratados, víctimas de abusos sexuales, violencia, drogas y otras.

DEFINICIONES

La pediatría social trata del niño sano y enfermo en función del grupo humano del cual forma parte y de los medios en los cuales él se desarrolla.

Para Debré⁸ "la pediatría social representa más que un programa de estudios, un espíritu".

Escardó,⁹ la considera "una convención verbal más llena de inercia que de sentido, ya que la pediatría es siempre social porque el niño es biológicamente un ser social que no puede dejar de serlo sin enfermar o morir".¹⁰

Masse¹⁰ señala que "desde el momento que se ejerce una acción colectiva, local, nacional o internacional, la pediatría pasa a ser social".

Existen 2 aspectos de la medicina infantil profundamente ligados¹⁰: la pediatría clínica, que estudia las enfermedades, y la pediatría preventiva o puericultura, que se preocupa de la conservación de la salud y la prevención de las enfermedades. Todo lo que en pediatría clínica como en puericultura concierne a la influencia del medio y de la sociedad sobre el niño o el papel de éste en el medio y la sociedad, es del dominio de la pediatría social. Estas relaciones aparecen esquematizadas en la figura 2.

A nuestro juicio, el pediatra debe estar englobado en la protección social del niño y la familia. Esta comprende los siguientes aspectos:

1. El pediatra debe incorporarse al terreno de la pediatría social.
2. El pediatra no puede estar ajeno ante los problemas sociales ni como profesional ni como ciudadano.
3. El pediatra no puede permanecer indiferente, debe encarar estos problemas integrándose a instituciones voluntarias activamente, o asesorán-

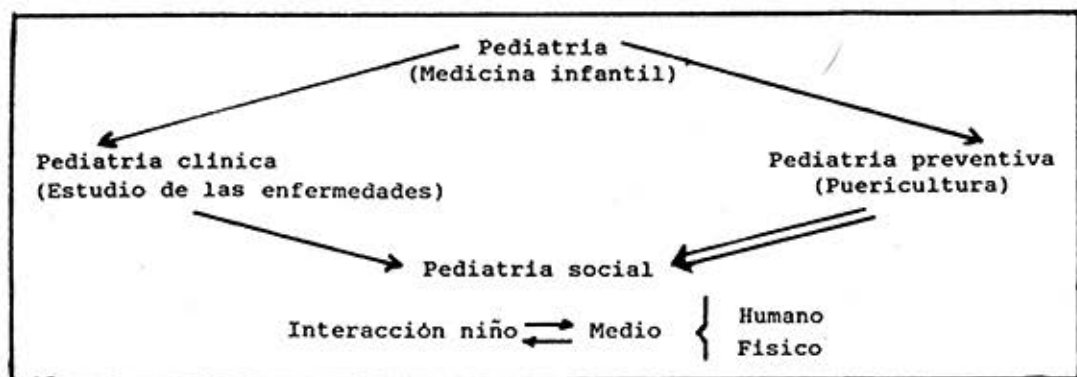


FIGURA 2. Relaciones entre la pediatría (medicina infantil), la pediatría clínica, la pediatría preventiva y la pediatría social.

dolos como líder indiscutible que es dentro del ámbito medicosocial, actuando eficazmente, y utilizando, como dice Cruz Hernández,¹¹ "toda su ascendencia moral y profesional".

Massé¹⁰ ha brindado excelente aportes sobre los aspectos colectivos de la pediatría social y también sobre aspectos individuales de esta misma pediatría social (anexos 1 y 2).

Los principales problemas sociales referentes a la nutrición, la higiene, la inadaptación, el abandono y las comunidades infantiles, según Cruz,¹¹ aparecen sumariados en el anexo 3.

ANEXO 1. Aspectos colectivos de la pediatría social

1. Cuando la pediatría social colectiva se preocupa por las enfermedades, se basa en:

- Estadísticas de morbilidad y mortalidad.
- La epidemiología de las infecciones, las carencias y los desequilibrios alimentarios, de las enfermedades genéticas, crónicas y malignas, de los accidentes y otras.

2. Cuando se limita a la prevención, a la puericultura, reposa en:

- Conocimiento del desarrollo somático del niño.
- Nutrición y dietética.
- Vacunas.
- Aseamiento e higiene del medio.
- Psicosociología del niño y de la familia.
- Métodos de educación e información de padres y especialistas de la infancia.

ANEXO 2. Aspectos individuales de la pediatría social

1. Concerniente a la prevención debe considerarse para la protección:

- a) El consejo genético.
- b) La vigilancia auxológica.
- c) La organización de las vacunas.
- ch) La vigilancia prenupcial, prenatal y la organización del parto.
- d) La vigilancia de la salud del lactante y del niño pequeño.
- e) La vigilancia de la salud del escolar, estudiantil y de trabajadores jóvenes.
- f) Las medidas de saneamiento (agua potable, mejoramiento de la vivienda, etcétera).
- g) La educación sanitaria de los padres, de los niños y de los especialistas de la infancia.
- h) El financiamiento de programas de prevención y educación.

2. Concerniente al niño enfermo, considerar:

- a) Cuidado y atenciones (hospitalización y atención domiciliaria).
- b) Readaptación, escolaridad, formación profesional y vida familiar.

ANEXO 3. Principales problemas sociales (Tomado de Cruz¹¹)

Nutrición

Mala nutrición proteicoenergética.
Mala nutrición proteica.
Carencias vitamínicas. Ferropenias.

Higiene

Higiene general. Tuberculosis.
Profilaxis de infecciones.

Inadaptación

Subnormalidad mental. Parálisis cerebral.
Subnormalidad sensorial.
Subnormalidad física.

Abandono

Carencia afectiva. Abandono total.
Niño maltratado.
Hijos de madre soltera.
Problemas de adopción.

Comunidades infantiles

Hospitalismo.

Sin duda alguna, el pediatra requiere conocer tanto los problemas sociales que plantea el hijo de un matrimonio como el hijo de una madre soltera. En la tabla 1 se suman los problemas sociales que plantea el hijo, basados en datos de Arbelo Curbelo¹² y Kasse Acta.¹³

TABLA 1. Problemas sociales que plantea el hijo

Matrimonio	Madre soltera
Psicológicos	
No aceptación por la madre, padres, hermanos u otros familiares allegados	Trauma del hijo
Económicos	
Muchos hijos y escasos ingresos Vivienda reducida	Escasos medios de subsistencia
Laborales	
Trabajo de la madre Desempleo del padre	Dificultades
Familiares	
Desequilibrio familiar psicológico-económico-laboral	No aceptación ni prestación de ayuda
Insuficientes recursos de la comunidad	Marginación social
Guarderías, escuelas, trabajo	Vacio en el trabajo, en el círculo de amistades, en la familia
	Vivienda
	Generalmente no son admitidos en pensiones, residencias y domicilios privados

Resulta de interés tener en cuenta algunas definiciones de problemas sociales comúnmente observados, algunos datos epidemiológicos nacionales e internacionales, así como ciertas legislaciones y proyectos de leyes encaminados a la protección del menor.

El niño abandonado forma parte de un grupo de población en riesgo donde existen menores que viven en situación socioeconómica adversa: sin padres o con largos periodos de ausencia de éstos; faltos de protección familiar, lo que los lanza a un ambiente más libre y menos invasivo: la calle. Según el tiempo que se mantenga fuera del hogar, se considera el abandono parcial o total.

Abandono material. Se define como el descuido en la alimentación, la higiene, el vestuario, la medicación y la falta de obligación de padres o tutores.

Abandono moral. Es la carencia de educación, vigilancia o corrección del menor, lo cual lo convierte en un ser inadaptable para la convivencia social por incumplimiento de deberes.

Alma de Ruiz et al.¹⁴ clasifican el abuso infantil como sigue:

Abuso físico implícito. Golpizas por irritación o ira.

Abuso físico expreso. De mayor intensidad, mayores consecuencias físicas y aceptación cultural discutible.

Agresiones verbales. Burlas, insultos sobre su apariencia física y manera de ser.

Abusos psicológicos y emocionales. Conducta deliberada que afecta o limita seriamente el sentido de competencia o capacidad del niño.

Abuso sexual. Donde se reconocen 3 tipos de riesgo para las víctimas:

1. Riesgo ético. Implica confusión de valores morales.
2. Riesgo psicológico. Alta probabilidad de disturbios emocionales y trastornos en el desarrollo afectivo.
3. Riesgo físico. Laceración, infecciones, enfermedades de transmisión sexual y riesgo de embarazo en adolescentes.

Resumiendo de manera apretada algunas consideraciones epidemiológicas de niños abandonados en la calle y en faenas laborales,¹⁵⁻¹⁸ veremos que, por cada niño abandonado hay una familia abandonada y en el origen, con frecuencia, un embarazo no deseado.

En 1980, en México, 2 350 000 menores eran explotados laboralmente. En Brasil (1982), 30 000 000, la mayoría de los niños en la calle vivían en severa pobreza. En Colombia (1983), 3 000 000 de niños menores de 14 años trabajaban. En 1984, el IIN (Montevideo, reveló que en Latinoamérica y el Caribe, entre 25 y 30 millones de habitantes urbanos entre menores y jóvenes vivían en extrema pobreza, estimándose que en el año 2000 la misma región tendrá entre 55 y 80 millones de menores viviendo en iguales condiciones.

En Haití (1987), más de 50 000 niños viven en la calle y de ellos, 5 000 están totalmente abandonados. En República Dominicana (1987), según cifras no oficiales, hay 45 000 niños en la calle.

Sobre el abuso sexual mostramos algunos datos epidemiológicos nacionales de República Dominicana (tabla 2).

En Japón¹⁹ se realizó una encuesta de 22 583 niños, de los cuales se clasificaron como maltratados 7 460 (33 %). En Australia,²⁰ se registraron 3 000 casos de abusos físicos en New South Wales durante 1985 y el South Australia (1981 a 1982), se registró un incremento de casos del 18 %.

En referencia al maltrato traemos a colación un artículo de Elvira Martín aparecido en un diario local,²¹ por considerarlo de extraordinario interés, en el cual se hace un enfoque diferente de la problemática del infanticidio en algunos países africanos. A este respecto, un grupo de

TABLA 2. Epidemiología del abuso sexual en República Dominicana

Agente	Caricia sexual (%) 176 casos	Relación sexual (%) 209 casos
Padre o tutor	7,4	1,0
Madre o tutora	10,2	1,9
Padraastro	2,3	0,5
Madrastra	0,6	1,0
Familiar cercano	23,9	24,8
No familiar	53,9	70,8
No contestó	1,7	0,0
	100,0	100,0

feministas han convencido a las cortes de justicia de que este crimen está basado en las injusticias sociales y económicas que sufren las mujeres al ser abandonadas por el padre de la criatura, y han logrado reducir la sentencia; una mujer abogado del Centro de Protección Legal que ha defendido a muchas mujeres culpables de infanticidio, ha logrado convencer a los jueces de que tal delito es más bien sociológico a diferencia del asesinato. Algunos jueces han empezado a comprender que el infanticidio es un crimen de autodefensa y no un acto de fría crueldad, sino una desesperada lucha de la mujer por su supervivencia. A nuestro juicio, nadie tiene derecho a quitar la vida a otro y menos la madre que trajo una criatura inocente al mundo. La sociedad no debe permitir este enfoque, a todas luces con ribetes de ausencia de humanismo.

La situación de la delincuencia juvenil en República Dominicana queda expuesta en el anexo 4. En nuestro país existen diversas leyes de protección al menor que reflejan la preocupación que ha existido por garantizar legislaciones adecuadas, pero su cumplimiento está lejos de ser completo y riguroso.

Queremos enfatizar que el pediatra de hoy debe tener una formación en aspectos concernientes de la pediatría social sobre la base de que esta disciplina debe favorecer el establecimiento de sentimientos reales entre el niño y el médico en su función, éste último, de componente de la sociedad en la cual se desenvuelve. Tanto la investigación en pediatría social como su enseñanza, deben ser valorizadas por las escuelas de medicina y esta investigación debe abarcar la formación de los estudios de posgrado. España y Francia, por ejemplo, crearon hace muchos años esta especialidad en su antigua designación de puericultura. El interés por la pediatría social es creciente y recientemente el AAP News de junio de 1987 de la Academia Americana de Pediatría notifica que se ha expandido una red

ANEXO 4. Delincuencia juvenil en República Dominicana

Menores juzgados (1979-1981)	4 333
Edad entre 13 y 15 años	62 %
Varones	90 %
Niñas	10 %
Vivían en barrios marginados	95 %
Habían trabajado alguna vez	79 %
Delitos (robo simple)	58 %
Provenían de hogares deshechos	60 %
Menores juzgados (de enero de 1982 a julio de 1987)	
Número de casos	9 807
Por robo	41 %
Por agresiones y riñas	10 %
Por uso de drogas	5 %
Por daños a la propiedad ajena	3 %
Por intento de viajar como polizontes	1 %
Intento de homicidios, estupro, accidentes del tránsito, etcétera.	37 %
Por deambular en la calle	3 %

Fuente: Simposio Dominicano sobre la delincuencia, 1983. Tribunal Tutorial de Menores (casa albergue o centro de observación de menores).

nacional de pediatras para mejorar la prevención del niño maltratado y del niño abandonado, elaborándose anteproyectos legislativos dirigidos por el doctor Richard Krugman, Director del Centro Nacional C. Kempe para la prevención y tratamiento del niño maltratado y abandonado.²²

Levy et al.²³ del Mount Sinai Hospital de Chicago, están hablando de la ecología pediátrica como una "nueva subespecialidad del futuro" y han diseñado una unidad de ecología pediátrica que envuelve al Departamento de Ayuda Pública del Niño y la Familia para proveer sostén y crear comunicaciones dentro de los profesionales que trabajan con familias de niños que han sufrido abuso, abandono, molestias sexuales, accidentes y lesiones por violencia.

Tenemos que luchar porque mejoren las condiciones socioeconómicas y culturales de nuestros pueblos, y también las políticas, para evitar accidentes fatales como el del niño que se presenta en la figura 3, posiblemente abandonado, muerto en el barrio Los Minas de nuestra capital, en una balacera cruzada entre ladrones y agentes del orden público.

La especial situación de la pediatría social en la confluencia de terrenos propios de la pediatría y de otras ciencias relacionadas con el hombre y la sociedad, como preconiza García Caballero,²⁴ permite contemplar

nuevas perspectivas y abrir desconocidos campos a la investigación con el apoyo de muy diversas disciplinas: desde la sociología a la economía: desde la ecología a la bioestadística: desde la higiene a la medicina legal o la administración sanitaria (figura 4).



FIGURA 3. Niño muerto accidentalmente en una balacera entre ladrones y agentes del orden público en un barrio de la capital dominicana. Obsérvese la entrada del proyectil.

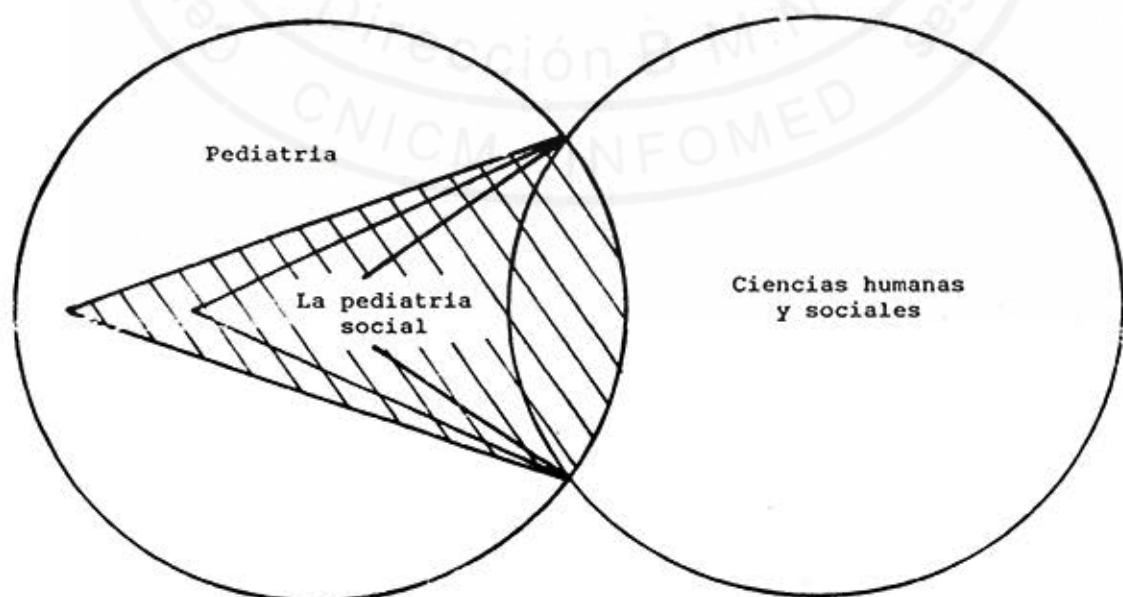


FIGURA 4. Situación de la pediatria social en la confluencia de la pediatria con otras ciencias relacionadas con el hombre y la sociedad.

La pediatría social representa un área de trabajo específica, inconmensurable, apasionante, que siendo actual, está llena de futuro y cuya práctica necesita cada vez más de los avances tecnológicos, científicos y sociales, para una preparación adecuada que proporcione, además, móviles emocionales para beneficiar al mayor número de niños en las mejores condiciones posibles en la cruzada en favor de la población infantil.

La pediatría social tendrá mayores perspectivas en la medida en que el pediatra logra "mentalizarse" en el sentido de su responsabilidad social.

Selfa Martínez²⁵ sugiere que un programa para posgraduados en pediatría preventiva y social podría abarcar las siguientes materias:

1. Introducción a la pediatría preventiva y social.
2. Acción preventiva y social en favor de los padres.
3. Morbilidad y mortalidad en las diferentes edades pediátricas.
4. Lucha contra la morbilidad y la mortalidad infantil.
5. Acción preventivosocial en favor de los niños.
6. Prevención de las enfermedades infecciosas.
7. Los accidentes en la infancia.
8. El niño en edad escolar y el adolescente.
9. Los niños minusválidos e inadaptados.
10. La hospitalización infantil.
11. El abandono y la adopción.

Muchas jornadas pediátricas escogen como tema "La Revolución por la supervivencia del Niño", merecedor de activa protección y conquistas sociales, repitiendo las palabras que pronunciara el profesor Donald A. Henderson,²⁶ decano de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, en la primera sesión plenaria del XVIII Congreso Internacional de Pediatría en Honolulu: "La revolución por la supervivencia del niño ha comenzado, pero está lejos de ser realizada; tu liderazgo y tu voz articulada son vitales para esta conquista". Estas palabras son un llamado a no cruzarnos de brazos y a continuar colaborando cada quien en la medida de sus posibilidades para poder implantar, definitivamente, los 4 puntos básicos originales en que descansa la plataforma de esta estrategia: crecimiento y desarrollo; rehidratación oral; alimentación "a pecho" e inmunizaciones.

Agradecimientos

Al estudiante de medicina Ricardo Elías Melgen, a los doctores Tony Mendoza, Alberto Mejía, César Tavad y Eusebio Cano, a la compañera América Martínez Villa, por su trabajo secretarial y a Luis y Sarah Pena-Manso.

SUMMARY

The concepts, definition, and objectives of social pediatrics as the cross-road of pediatrics and other sciences related with man and society are

described. Some collective and individual concepts forming it are detailed. The main social problems influencing child health are dealt with. Emphasis is placed in the neglected child, child abuse, and sexual abuse, with particular stress on the situation in the Dominican Republic and comparing it with that in other countries.

RESUME

Les concepts, la définition et les objectifs de la pédiatrie sociale comme point de rencontre entre la pédiatrie et d'autres sciences liées à l'homme et à la société sont exposés. Les aspects collectifs et individuels qui en font partie sont détaillés. On envisage les principaux problèmes sociaux influant sur la santé de l'enfant, en mettant l'accent sur l'enfant abandonné, l'abus infantile et l'abus sexuel; il est signalé en particulier la situation existante en République Dominicaine, laquelle est comparée à celle d'autres pays.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. FANCONI, G.: The history of the International Paediatric Association. Schwabe & Co. Publishers. Basel-Stuttgart, 1968.
2. RIERA, J.: La Pediatría en la perspectiva de la medicina actual. An Esp Pediatr 10(4): 1976.
3. PRADER, A.: El futuro de la Pediatría. IPA Bulletin No. 3, julio, 1975.
4. ESQUIVEL, J. R.: Prioridades en países en desarrollo y el futuro de la Pediatría. IPA Bulletin No. 3, julio, 1975.
5. MANCIAUX, M.: Nuevas dimensiones en Pediatría Social. IPA Bulletin, julio, 1976.
6. HAGGERT, R. J.: The new morbidity. Hawaii, Abstracts of Scientific Reports Honolulu, del 7 al 12 de julio de 1986.
7. GARCIA CABALLERO, C.: Problemática de la Pediatría Social. An Esp Pediatr (Supl.) 7(9): 1976.
8. DEBRE, R.: Séminaire de Pédiatrie Social. Centre International de l'Enfance, Paris, 1975.
9. ESCARDO, F.: Clase de despedida. Buenos Aires, Ed. Americanas, 1970.
10. MASSE, N. P.: La Pediatría Social. Simposio. Asociación Española de Pediatría, Madrid, 1972.
11. CRUZ, M.: Tratado de Pediatría. 5ta. ed., Barcelona, Ed. Espaxs, Publicaciones Médicas, 1983.
12. CURBELO, A.: Factores médico-sociales en patología perinatal. Simposio de Pediatría Social. Valencia, Seminario de Pediatría Preventiva y Social, 1974. P. 22.
13. KASSE ACTA, E.: Rehabilitación social del hijo de madre soltera. Rev Dom Psiquiatral: 34, 1984.
14. ALMA de RUIZ, Z.; L. VALDEZ TORRES; L. GARCIA: Resumen de "Prevalencia del abuso infantil en la población universitaria de Santo Domingo". Conferencia a cargo del Instituto de la Familia de la Universidad Católica de Santo Domingo. Ofrecida en la AMD por la Sociedad Dominicana de Pediatría en sus 40 años. Julio, 1987.
15. TACON, P.: Los niños abandonados y en la calle. IPA Bulletin 6(2): 1985.
16. PHILIPPE, J.: Comunicación personal (Port au Prince, 1987).
17. ROBERT CHERRY, J.: Socio-Analyse des groupes "Enfants de la rue" Port au Prince, 1987.
18. ESCOTTO, B.: Datos compilados en casa albergue.

19. IKEDA, Y.: Japanese National Institute of Mental health. IPA Bulletin 7(3): 299, 1986.
20. NEAL, B. W.: Royal Children's Hospital, Melbourne, Australia. IPA Bulletin 7(3): 291, 1986.
21. EL CARIBE: Diario Dominicano. Agosto 1, 1987. P. 3.
22. Child abuse. Comentarios aparecidos en AAP. Agosto, 1987. P. 7.
23. LEVY, H. B.: A subspeciality of the future: Pediatric Ecology. Abstract XVII Internacional Congres of Pediatrics, Honolulu, julio, 1986.
24. GARCIA CABALLERO, C.: La Pediatría Social y su papel en la promoción de la salud infantil. En: Pediatría Básica. Sánchez Villares, E. (ed.) IDEPSA, 1980. pp. 709-736.
25. SELFA MARTINEZ, J.: Introducción a la Pediatría Preventiva y Social. V Seminario de Pediatría Preventiva y Social. Valencia, 1974.
26. HENDERSON, D. A.: A revolution. Begun but nor realized. XVII International Congres of Pediatric, Honolulu, julio, 1986.

Recibido: 26 de marzo de 1988. Aprobado: 14 de abril de 1988.

Dr. Emil Kasse Acta. Avenida Independencia No. 504, Santo Domingo, República Dominicana.

