

República Dominicana



Universidad Iberoamericana

UNIBE

**Proyecto de Tesis de Postgrado para optar por el título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria**

**Diagnóstico de situación de salud del Manguito, Sabana Perdida, Santo Domingo Norte, República Dominicana, mayo-agosto 2024.**

**Realizado por:**

**Dra. Massiel Ramona Mateo Cuevas 22-1213**

**Dr. Jose Miguel Reyes Jess 22-1188**

**Asesorado por:**

**Dra. Violeta González (Asesora Metodológica)**

**Dra. Isabel Díaz (Asesora clínica)**

Los conceptos emitidos en la presente tesis de postgrado son de la exclusiva responsabilidad de los sustentantes de la misma.

**Santo Domingo, Distrito Nacional**

**Junio 2025**

**Diagnóstico de situación de salud del Manguito, Sabana Perdida, Santo  
Domingo Norte, República Dominicana, mayo-agosto 2024**

**Tabla de contenido**

Resumen.....6

Abstract.....9

Introducción.....11

Capítulo 1 El problema.....13

1.1 Planteamiento del problema.....14

1.2 Preguntas de investigación.....17

1.3 Objetivos..... 18

1.3.1 Objetivo general..... 18

1.3.2 Objetivos específicos .....18

1.4 Justificación.....19

1.5 Limitaciones.....21

Capítulo 2: Marco teórico.....22

2.1 Antecedentes y referencias.....23

2.2 Marco conceptual.....25

2.2.1 Definición de diagnóstico de situación de salud.....25

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 2.2.2 | Eventos históricos de impacto para los diagnósticos de situación de salud..... | 25 |
| 2.2.3 | Principios que rigen el diagnóstico de salud.....                              | 27 |
| 2.2.4 | Factores a considerar en un diagnóstico de salud.....                          | 27 |
| 2.2.5 | Elementos claves del diagnóstico de situación de salud.....                    | 28 |
| 2.2.6 | Fases del diagnóstico de situación de salud.....                               | 29 |
| 2.2.7 | Promoción de la salud.....   | 32 |
| 2.2.8 | Prevención de enfermedades.....  | 33 |
| 2.3   | Contextualización.....   | 35 |
| 2.3.1 | Reseña del sector.....   | 35 |
| 2.3.2 | Reseña histórica.....  | 35 |
| 2.4   | Aspectos sociales.....   | 36 |

|   |    |
|---|----|
| 2.5 Marco espacial.....                       | 37 |
| Capítulo 3: Diseño metodológico.....          | 38 |
| 3.1 Contexto o demarcación geográfica.....    | 39 |
| 3.2 Tipo de estudio.....                      | 39 |
| 3.3 Operacionalización y Variables.....       | 39 |
| 3.4 Métodos de investigación.....             | 44 |
| 3.5 Instrumentos de recolección de datos..... | 44 |
| 3.6 Consideraciones éticas.....               | 46 |
| 3.7 Universo.....                             | 47 |
| 3.8 Muestra.....                              | 47 |
| 3.9 Criterio de inclusión.....                | 48 |
| 3.10 Criterios de exclusión.....              | 48 |
| Capítulo 4: Resultados.....                   | 49 |
| Capítulo 5: Discusión y conclusiones.....     | 59 |

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| Capítulo 6: Recomendaciones..... | 70 |
| Anexos.....                      | 74 |
| Referencias.....                 | 99 |

## Resumen

**Introducción y objetivo:** El perfil de los problemas de la salud de una sociedad expresa la interacción entre el modo de vida general y de las respuestas sociales organizadas en salud y bienestar (1). Un diagnóstico de situación de salud es un proceso sistemático y detallado que se utiliza para evaluar el estado de salud de una comunidad o población específica. Este diagnóstico permite identificar los problemas principales de salud, las necesidades prioritarias y los determinantes que influyen en la situación de salud de la comunidad que está siendo evaluada. La población de El Manguito, consta de ciertas problemáticas relacionadas con factores ambientales debido a su ubicación geográfica, puesto que está ubicada en zonas aledañas al río Ozama, también destacar el acceso deficiente de agua potable, mantenimiento de áreas de circulación y esparcimiento, gestión de los residuos (aseo municipal), situaciones que predisponen la prevalencia de enfermedades infecciosas como dengue, lesiones e infecciones de piel y tejido blando, infecciones de vías urinarias entre otros. Se puede mencionar también la presencia de factores influyentes en la salud como grupos en situaciones de pobreza y vulnerabilidad, problemas de infraestructura básica, oferta insuficiente de servicios de salud, acceso limitado a fuentes laborales para sustento propio, del hogar y de la salud, considerando esto se realizó nuestro estudio con el objetivo de realizar el diagnóstico de situación de salud del Manguito, Sabana Perdida, Santo Domingo Norte, República Dominicana mayo-agosto 2024 para determinar las problemáticas de la comunidad y plantear recomendaciones.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo, con el fin de realizar un diagnóstico de salud de la comunidad del Manguito.

**Resultados:** El diagnóstico de salud realizado en el sector del Manguito evidenció una población predominantemente adulta (80%) y femenina (53%). Los rangos de edad más comunes se ubicaron entre los 41-50 años (17.4%), 51-60 años (20%) y mayores de 60 años (18.8%), constituyendo el grupo con mayor riesgo epidemiológico. En términos de morbilidad, se reportó una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles: hipertensión arterial sistémica (49%), diabetes mellitus (31%), trastornos respiratorios (10%), enfermedad renal crónica (7%) y accidente cerebrovascular isquémico (3%). Los factores de riesgo comportamentales más destacados fueron el sedentarismo (60%) y el bajo consumo regular de frutas y vegetales (41%) en personas con antecedentes patológicos. Asimismo, se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre estas enfermedades y determinantes sociales como el nivel educativo ( $p = 0.00002$ ), las condiciones de la vivienda ( $p < 0.00001$ ) y el tipo de empleo ( $p < 0.00001$ ). Aunque el 65% de los evaluados posee cobertura médica, persiste una vulnerabilidad estructural que afecta el acceso a servicios preventivos.

**Conclusiones:** El estudio realizado en la comunidad del Manguito evidenció una alta carga de enfermedades crónicas no transmisibles, destacando una prevalencia de hipertensión arterial sistémica en el 49% de los adultos evaluados, seguida por diabetes mellitus (31%), enfermedad renal crónica (7%), enfermedad cerebrovascular isquémica (3%) y trastornos respiratorios como EPOC y asma bronquial (10%). Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre estas patologías y determinantes sociales de la salud como el nivel educativo ( $p = 0.00002$ ), las condiciones de la vivienda ( $p < 0.00001$ ) y el tipo de empleo ( $p < 0.00001$ ).

Aunque el 65% de la población posee cobertura médica mediante una ARS, persisten importantes barreras para la promoción de la salud, como el sedentarismo (60%) entre personas con antecedentes patológicos y una baja adherencia al consumo regular de una dieta saludable (proteínas, carbohidratos y lípidos) (41%).

**Palabras claves:** Diagnóstico de salud, enfermedades crónicas, determinantes de la salud, factores de riesgo.

## **Abstract**

**Introduction and Objective:** The profile of a society's health problems reflects the interaction between general living conditions and organized social responses in health and well-being. A health situation diagnosis is a systematic and detailed process used to assess the health status of a specific community or population. It allows the identification of key health issues, priority needs, and the determinants that influence the health conditions of the population being evaluated. The population of El Manguito presents challenges related to environmental factors due to its geographic location—near the Ozama River—as well as deficient access to potable water, poor maintenance of public spaces, and inadequate waste management. These conditions promote the prevalence of infectious diseases such as dengue, skin and soft tissue infections, and urinary tract infections, among others. Additional factors include poverty and vulnerability, lack of basic infrastructure, insufficient healthcare services, and limited access to employment for household and personal sustainability. This study aimed to conduct a health situation diagnosis in El Manguito, Sabana Perdida, Santo Domingo Norte, Dominican Republic, from May to August 2024, to identify community health issues and propose recommendations.

**Materials and Methods:** A quantitative, non-experimental, descriptive study was conducted to assess the health status of the El Manguito community.

**Results:** The health assessment revealed a predominantly adult population (80%) with a female majority (53%). The most common age ranges were 41–50 years (17.4%), 51–60 years (20%), and over 60 years (18.8%), which represent the highest epidemiological risk. There was a high prevalence of non-communicable chronic diseases in adults: systemic arterial hypertension (49%), diabetes mellitus (31%), respiratory disorders (10%), chronic kidney disease (7%), and ischemic cerebrovascular events (3%).

The most significant behavioral risk factors were sedentary lifestyle (60%) and low regular consumption of fruits and vegetables (41%) among those with pathological antecedents. Statistically significant associations were found between these diseases and social determinants such as educational level ( $p = 0.00002$ ), housing conditions ( $p < 0.00001$ ), and employment status ( $p < 0.00001$ ). Although 65% of those evaluated had medical insurance coverage, structural vulnerabilities continue to affect access to preventive services.

**Conclusions:** The study revealed a substantial burden of chronic non-communicable diseases in the El Manguito community, with the highest prevalence in systemic arterial hypertension (49%), followed by diabetes mellitus (31%), chronic kidney disease (7%), ischemic cerebrovascular disease (3%), and respiratory disorders (EPOC/asthma) (10%). Significant associations were found between these pathologies and social determinants such as education level, housing conditions, and employment status. Despite the majority having medical coverage through a health insurance provider (65%), there are key barriers to health promotion, including a sedentary lifestyle (60%) and a low adherence to a balanced diet (41%) among those with pre-existing conditions.

**Keywords:** Health diagnosis, chronic diseases, social determinants of health, risk factors.

## Introducción

El perfil de los problemas de la salud de una sociedad expresa la interacción entre el modo de vida general y de las respuestas sociales organizadas en salud y bienestar (1). Un diagnóstico de situación de salud es un proceso sistemático y detallado que se utiliza para evaluar el estado de salud de una comunidad o población específica. Este diagnóstico permite identificar los problemas principales de salud, las necesidades prioritarias y los determinantes que influyen en la situación de salud de la comunidad que está siendo evaluada. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los determinantes sociales de la salud (DSS) como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana (2).

El Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana plantea que un diagnóstico de salud, está íntimamente vinculado con la necesidad de identificar los problemas de salud para así proceder a la toma de decisiones sobre las estrategias de intervención con la finalidad de mejorar la salud y bienestar de la comunidad; es importante destacar que los efectos de las políticas y planes económicos, sociales y de salud del periodo, expresados como cambios o diferencias en el perfil de problemas y/o estados favorables a salud de la población dominicana, deben esperarse según el nivel de las intervenciones(1).

La comunidad del Manguito, sector estudiado en nuestro diagnóstico de salud, se encuentra localizado en Sabana Perdida, es uno de los sectores más grandes de Santo Domingo Norte, con una población de aproximadamente 200,000 habitantes, históricamente ha sido un asentamiento de personas desplazadas desde la colonización española y es una comunidad levantada en un terreno muy vulnerable al encontrarse ubicado colindando con el río Ozama.

Es importante conocer los factores que pueden influir en la población de la comunidad estudiada, para así superar obstáculos que pueden impactar en la salud de los habitantes y con ello desarrollar o promover políticas sociales, de salud y ambientales que permitan el mejoramiento de la salud en la comunidad. Estos determinantes pueden tener un impacto significativo en el bienestar físico y mental de las personas, así como de un acceso a servicios de salud en sus resultados de salud general. La distribución desigual de los determinantes sociales de la salud es una de las principales causas de la inequidad en salud. Cuando ciertos grupos de la población enfrentan condiciones desfavorables, tienen más probabilidades de experimentar peores resultados de salud en comparación con aquellos que están en una posición más favorable. Para mejorar estas inequidades en salud, es fundamental no solo mejorar el acceso a la atención médica, sino también abordar las causas subyacentes de estas disparidades. Esto puede implicar políticas y programas que aborden la pobreza, promuevan la igualdad de género y la inclusión social, mejoren la calidad de la educación, proporcionen vivienda adecuada y fomenten entornos saludables y seguros para vivir y trabajar. Al abordar estas desigualdades sociales de la salud de manera integral y equitativa, es posible reducir las inequidades en salud y mejorar el bienestar de toda la población y a su vez que sirva de referencia a futuras acciones aplicables en otras regiones de nuestro país.

## **Capítulo 1:**

### **Problema de investigación**

## Capítulo I: Problema de investigación

### 1.1 Planteamiento del problema

El diagnóstico de situación de salud, es una actividad necesaria en los centros de atención primaria por parte del personal de salud y social, con el propósito de identificar las características socio psicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que inciden en la salud de la población, así como los problemas de salud que presentan los individuos, las familias, los grupos y la comunidad en su conjunto, para desarrollar acciones que contribuyan a su solución (3).

Estas herramientas proporcionan información vital sobre las condiciones de salud de poblaciones específicas, lo que permite diseñar políticas públicas y programas de salud adaptados a las necesidades de cada grupo, por ejemplo, un diagnóstico de situación de salud realizado en la población rural de la República Dominicana identificó una alta tasa de mortalidad materna e infantil de aproximadamente 110 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, según la OMS y el Ministerio de Salud Pública, además de un alto índice de desnutrición. Esto permitió que el gobierno y organizaciones no gubernamentales lanzaron programas focalizados en la atención prenatal, la nutrición infantil y el acceso a servicios médicos en zonas alejadas y posterior a este diagnóstico de situación de salud, el país ha hecho esfuerzos para mejorar la infraestructura sanitaria, ampliar la cobertura de atención prenatal y mejorar la formación del personal de salud, lo que ha contribuido a la reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil (1).

El objetivo de este trabajo es presentar un planteamiento de este análisis realizado de la comunidad del Manguito, Sabana Perdida, enfrenta numerosos desafíos relacionados con salud pública, por lo cual se realiza este diagnóstico de salud con la finalidad de identificar la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades infecciosas, factores socio ambientales desfavorables que entendemos que deben ser identificados y comprendidos para la implementación de políticas de salud efectivas y sostenibles.

La población de El Manguito, consta de ciertas problemáticas relacionadas con factores ambientales debido a su ubicación geográfica, puesto que está ubicada en zonas aledañas al río Ozama, también destacar el acceso deficiente de agua potable, mantenimiento de áreas de circulación y esparcimiento, gestión de los residuos (aseo municipal), situaciones que predisponen la prevalencia de enfermedades infecciosas como dengue, lesiones e infecciones de piel y tejido blando, infecciones de vías urinarias entre otros. Se puede mencionar también la presencia de factores influyentes en la salud como grupos en situaciones de pobreza y vulnerabilidad, problemas de infraestructura básica, oferta insuficiente de servicios de salud, acceso limitado a fuentes laborales para sustento propio, del hogar y de la salud.

La importancia de reconocer e identificar los determinantes presentes en la comunidad de El Manguito, es permitir el seguimiento oportuno de cada uno de ellos, así como la ejecución oportuna de medidas correctivas para mejorar el bienestar general de la población. El problema principal que afronta nuestros habitantes y que se encuentran dentro de los aspectos claves a evaluar en este diagnóstico de salud se encuentran:

1. Acceso a servicios de salud.
2. Problemas de salud prioritarios (enfermedades infecciosas, desnutrición, salud materna y neonatal).
3. Factores sociales (condiciones socioeconómicas, ambiente físico, estilo de vida).
4. Factores de riesgo.

El diagnóstico de situación de salud de El Manguito, permitirá obtener una visión clara y actualizada de las condiciones de salud de la población, lo que facilitará la toma de decisiones en cuanto a manejos y estrategias de intervención en salud pública; servirá como base para el desarrollo de programas de prevención, promoción de salud y atención de enfermedades, ajustados a las necesidades reales de la comunidad y contribuirá a reducir las disparidades en salud que actualmente afectan esta población. Por lo tanto, se hace necesario determinar **¿Cuál es el diagnóstico de situación de salud del Manguito, Sabana Perdida, Santo Domingo Norte, República Dominicana mayo-agosto 2024?**

## **1.2 Preguntas de investigación**

- 1 ¿Cuál es la distribución de la población por edad y sexo de la comunidad del Manguito?
- 2 ¿Cuáles son las enfermedades más prevalentes en la comunidad del Manguito, Sabana Perdida?
- 3 ¿Qué factores de riesgo están presentes en la población, y cómo influyen en la prevalencia de las enfermedades crónicas?
- 4 ¿Cómo afectan los determinantes sociales (nivel de escolaridad, tipo de empleo y tipo de vivienda etc.) la salud de la comunidad?
- 5 ¿Cuál es la cobertura de la Administradora de Riesgos de Salud (ARS) en la población de la comunidad?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

- Realizar el diagnóstico de situación de salud del Manguito, Sabana Perdida, Santo Domingo Norte, República Dominicana mayo-agosto 2024 para identificar los principales problemas de la comunidad para plantear recomendaciones e intervenciones requeridas.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar distribución de la población por edad y sexo de la comunidad del Manguito
- Analizar cómo los determinantes sociales (nivel de escolaridad, tipo de empleo y tipo de hogar etc.) afectan la salud de la comunidad.
- Examinar los factores de riesgo están presentes en la población, y analizar la relación entre ellos con la presencia de enfermedades crónicas.
- Identificar las enfermedades más prevalentes en la comunidad adulta y pediátrica del Manguito, Sabana Perdida.
- Identificar cual es el porcentaje de la población que tiene cobertura de una ARS.



## 1.4 Justificación

Existe una necesidad clara de identificar y reconocer los determinantes de salud de una comunidad con la finalidad de promover y ofrecer mejoras en nuestro sistema de salud con el beneficio de poseer comunidades íntegras y saludables dentro de nuestra sociedad (1). República Dominicana se beneficiaría por implementar estrategias comunitarias que tendrán efecto a corto y mediano plazo, pero a su vez que sea prolongado y estable, la comunidad del Manguito como parte de nuestro enfoque de estudio se enriquecería al realizar esfuerzos para superar los obstáculos y factores que pudiesen limitar e influir en la salud de cada uno de sus habitantes.

Con la realización de este diagnóstico de salud, se identificaron los principales problemas de salud que afectan a la comunidad, lo que facilita la priorización de necesidades y la adecuada orientación de los recursos ya disponibles, además de contar con un diagnóstico fiable que permitirá a los responsables de tomas de decisiones, tanto a nivel local como regional, basar sus estrategias y políticas de salud en datos concretos. Esto favorece la implementación de medidas más acertadas y efectivas.

El diagnóstico inicial también servirá como línea base para la monitorización y evaluación de las intervenciones y políticas implementadas, permitiendo medir el impacto de las acciones de salud y ajustar estrategias en caso de ser necesario.

La realización de un diagnóstico de salud no solo implica el análisis técnico, sino que también fomenta la participación activa de la comunidad en la identificación de sus propios problemas y en la búsqueda de soluciones, esto promueve un sentido de pertenencia y colaboración entre los habitantes del Manguito (2).

El objetivo del diagnóstico es mejorar la calidad de vida de los residentes del Manguito, asegurando que todos tengan acceso a servicios de salud adecuados, promoviendo un ambiente saludable y abordar los determinantes sociales de la salud, para así lograr un mejor bienestar físico, mental y social.

## 1.5 Limitaciones

Durante la realización del presente diagnóstico de salud de la comunidad del Manguito, pudimos identificar limitantes como la calidad de los datos por la información desactualizada o incompleta en registro de las fichas familiares, sesgos por mal interpretación de las preguntas realizadas para la recolección de datos, así como también las dificultades para llegar a zonas remotas o inseguras por la infraestructura o condición geográfica, barreras socioculturales considerando desconfianza hacia los investigadores o la institución de salud que se negaban a compartir información relacionada con su salud o estatus socioeconómico, diferencias lingüísticas o culturales identificadas al momento de la entrevista. A pesar de las limitaciones planteadas los hallazgos obtenidos ofrecen una visión valiosa sobre las condiciones de salud de la comunidad y constituyen una base sólida para la planificación de intervenciones futuras.

## **Capítulo 2: Marco teórico**

## Capítulo II: Marcó teórico

### 2.1 Antecedentes y referencias.

El diagnóstico de salud es una herramienta que permite conocer las necesidades y fortalezas sobre el proceso de salud-enfermedad en una población específica (26). Diversos estudios se han realizado durante el pasar de los años, con la finalidad de determinar el estatus poblacional que tienen las comunidades en cuanto a salud.

En México, en la comunidad de San Pedro Atocpan, Milpa Alta, para el periodo 2022 y 2023, se realizó un diagnóstico de salud por parte de Díaz Adame César Omar y el Dr. Leal Fernandez Gustavo, en el cual se obtuvieron resultados correspondientes a los diferentes factores sociales de la salud, considerando el nivel de escolaridad donde 375 personas de 15 y más años son analfabetas, mientras que 47 niños de 6 a 14 años no van a la escuela. De la población de 15 años o más, 386 nunca estudiaron en una escuela y 2223 tienen una educación trunca. 1789 cuentan con secundaria completa y 1774 tenían una preparatoria terminada.<sup>5</sup> La mediana edad de escolaridad de la población es de 8 años, y 782 de los jóvenes de 15 a 24 años han asistido a la escuela. Por otra parte, las enfermedades a las que les debemos importante seguimiento, son a las enfermedades crónico-degenerativas, en el centro de salud T-II Dr. Luis Alberto Erosa León se atienden 235 pacientes activos con al menos una enfermedad crónica como son diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias y obesidad. (27) Para este mismo año, en la comunidad Balerío Estacio–Fortín, Guayaquil, Ecuador, el diagnóstico situacional evidenció que la población femenina consta de 33,316 y la población masculina de 27.901 un total poblacional de 61.217, donde el nivel de instrucción es el 0.22% analfabetismo, primaria 28.69%, secundaria el 25.05%, educación básica 20.73%. educación superior 0.29% y el posgrado el 0.06%. Las enfermedades crónicas no transmisibles son hipertensión arterial con el 53%, diabetes con el 33% y obesidad 14%. (32)

En Chile , en el año 2022, se realizó un Estudio epidemiológico en el centro de salud familiar Yanequen, donde se determinó que el 69% de la población tenía hipertensión arterial, 55% sobrepeso y 24,9% obesidad. (29).

En el 2019, en Colombia, se realizó un análisis de situación de salud, donde se estableció que la la cobertura de energía del Chocó es del 60,7 % de su territorio, para el 2016 la cobertura en acueducto según el DANE era de 54,3 %, el sistema de alcantarillado presenta una cobertura del 55,7 % por debajo de la cobertura nacional y, por último, el porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas para el Chocó es de 67,8 %, paradójicamente es una de las zonas con peores índices en materia de salud. (30)

En Argentina, se investigó la situación de salud del Barrio Centenario, de Cruzú Cuatiá, provincia de Corrientes, año 2011, comunidad de 2.667 habitantes, población económicamente activa del 61,9 %. Población con desocupación del 28%, y 51% con necesidades básicas insatisfechas. El 48% posee obra social. Prevalencia de enfermedades crónicas como hipertensión arterial en un 26 %. (28) Para ese mismo período de tiempo, 2011, en República Dominicana, se realizó un diagnóstico situacional de salud en el sector pueblo Abajo, Azua, donde se determinó que el grupo de edad más frecuente estuvo entre 20 a 49 años con un 30.1% y siendo el sexo predominante el femenino con 54.7%. En cuanto al nivel educativo de la población el mayor porcentaje está representado por el nivel bachiller con 29.2%. La mayoría de la población estudiada se encuentra desempleada representando el 35.0%. En el sector predominan las viviendas propias para un 68.3% y el 75.6% de las viviendas se encuentra en buen estado. La morbilidad de mayor porcentaje corresponde a la hipertensión arterial lo que representa el 51.2%. (31)

## **2.2 Marco conceptual**

### **2.2.1 Definición de diagnóstico de situación de salud.**

El diagnóstico de situación de salud (DSS) es un proceso que implica la recopilación, análisis e interpretación de datos relacionados con la salud de una población, comunidad o grupo de personas, con el objetivo de identificar las condiciones, problemas y determinantes de salud predominantes. Este diagnóstico se basa en diversos indicadores de salud, como la morbilidad, mortalidad, factores de riesgo, acceso a servicios de salud, entre otros, y permite identificar áreas de intervención para mejorar la salud de la población en cuestión. (5)

Es una herramienta esencial para la planificación y evaluación de políticas de salud pública, programas y proyectos de intervención en las comunidades con la finalidad de conocer las brechas y desigualdades en salud, lo cual es fundamental para el diseño de estrategias específicas para optimizar la salud en las comunidades.

El diagnóstico de situación de salud se sustenta en la epidemiología, la salud pública y la sociología de la salud. Este proceso se basa en la recolección y análisis de datos cualitativos y cuantitativos provenientes de diversas fuentes como censos, encuestas, registros de salud, estadísticas vitales, entre otros. (6)

### **2.2.2 Eventos históricos de impacto para los diagnósticos de situación de salud.**

- **Declaración de ALMA-ATA:**

En septiembre de 1978 se llevó a cabo la conferencia internacional de atención primaria de salud, donde se planteó la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad

mundial para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo (9). Esto sirvió de iniciativa para la implementación de programas sobre la atención primaria, el cual serían dirigido a los principales problemas sanitarios de la comunidad, proporcionando y promoviendo servicios preventivos, curativos y rehabilitadores. Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus poblaciones, que puede ser conseguida sólo mediante la provisión de unas medidas sanitarias y sociales adecuadas. Deberían formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción para establecer y mantener la atención primaria sanitaria como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Para este fin, será necesario ejercitar voluntades políticas, a fin de movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

- **Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud:**

La Conferencia Mundial Sobre Determinantes Sociales de la Salud, la cual se celebró por primera vez en Río de Janeiro, Brasil del 19 al 21 de octubre del 2011. Fue un evento internacional crucial que reúne a expertos, líderes políticos, profesionales de la salud y activistas para los factores sociales que influyen en la salud de las poblaciones, dentro de los cuales se incluyeron la educación, el empleo, la vivienda, el género, la etnia, la pobreza, entre otros (10). La conferencia busca identificar estrategias y políticas efectivas para reducir las desigualdades en salud y promover la equidad.

- **Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible**

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible es un plan de acción global adoptado por los Estados miembros de las Naciones Unidas en septiembre de 2015.

Establece 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y 169 metas interrelacionadas que abordan los desafíos más urgentes a los que se enfrenta el mundo, desde la erradicación de la pobreza hasta la lucha contra el cambio climático, la igualdad de género, la educación, la salud y más (11).

### 2.2.3 Principios que rigen el diagnóstico de salud.

- **Objetividad:** Expresa los fenómenos de forma cuantitativa para elegir criterios definidos que identifiquen y midan la importancia de cada problema de salud.
- **Integralidad:** Describe, explica y evalúa la situación de salud de todas las comunidades en conjunto.
- **Sujeto del diagnóstico:** Debe referirse a la comunidad que vive en una localidad, con asiento humano, con características geográficas, suficientemente homogénea que configuren una unidad ecológica.
- **Temporalidad:** Se realiza en un período de tiempo determinado. (7)

### 2.2.4 Factores a considerar en un diagnóstico de situación de salud

**Nivel y estructura de la salud:** se mide en términos de mortalidad y morbilidad.

#### Factores condicionantes del estado de salud de la población

- **Factores socioeconómicos:** se incluyen el trabajo, vivienda, alimentación, condiciones de vida, escolaridad.
- **Factores biológicos:** Sexo, edad, herencia, agentes patógenos.

- **Factores naturales:** Clima y agentes químicos.

### 2.2.5 Elementos claves del diagnóstico de situación de salud

- **Aspectos demográficos:** El estudio demográfico proporciona una visión general de la estructura y dinámica de la población a investigar, tomando encuentra elementos esenciales para el diagnóstico de salud como son, edad y sexo, tamaño de la población y crecimiento de la misma y la migración (14).
- **Indicadores de Salud:** Los indicadores de salud son herramientas cuantitativas utilizadas para medir el estado de salud de una población. Son esenciales para identificar problemas de salud prioritarios y medir el impacto de las políticas públicas (15). Algunos indicadores clave para el desarrollo de un diagnóstico de salud incluyen determinar la mortalidad y morbilidad de los habitantes, esperanza de vida, tasas de discapacidad entre otros.
- **Determinantes de la Salud:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los determinantes sociales como las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana (16) (19). Un diagnóstico de situación de salud debe considerar estos determinantes que afectan las condiciones de salud de una población de manera directa o indirecta, se toman en consideración factores como el nivel educativo, acceso a los servicios básicos de agua potable, saneamiento y vivienda, empleo e ingresos, determinantes biológicos (genética y predisposición hereditaria) y determinantes ambientales (calidad de aire, acceso a agua limpia, contaminación, exposición a toxinas o sustancias peligrosas).

- **Condiciones de vida y hábitos de Salud:** Estudio de las prácticas de salud de la población, incluyendo hábitos alimentarios, ejercicio físico, consumo de sustancias, salud mental y bienestar emocional, gracias a la correcta identificación de estos se puede determinar la correlación entre los hallazgos encontrados y la prevalencia de enfermedades dentro de la comunidad.
- **Acceso a los servicios de salud:** Evaluación de la disponibilidad y calidad de los servicios sanitarios, cobertura (que porcentaje de la población tiene acceso a seguro médico), infraestructura y recursos (cantidad y calidad de las instituciones de salud de la comunidad), equidad en el acceso y la calidad de los servicios prestados a la comunidad. (12).
- **Enfermedades prevalentes:** Es fundamental identificar las enfermedades más prevalentes o que representan una amenaza significativa para la población, tomando en cuenta enfermedades infecciosas, crónicas no transmisibles y mentales (21).

### 2.2.6 Fases del diagnóstico de situación de salud

El diagnóstico de situación de salud es un proceso sistemático y periódico a través del cual se pretende conocer la situación de salud de una comunidad, este conocimiento se consigue a través de la información que identifique los factores, problemas y necesidades que condicionan y afectan la salud de una comunidad. Este proceso generalmente se desarrolla en varias fases que permiten realizar un análisis exhaustivo y fundamentado.

- **Fase I - Planeación y preparación:** En esta fase se establecen las bases para llevar a cabo el diagnóstico. Esto incluye la definición clara del objetivo del diagnóstico y la determinación de los recursos necesarios.

Se lleva a cabo la definición del problema, la formulación de preguntas claves como ¿Cuáles son los problemas de salud más importantes? ¿Qué determinantes están influyendo en esos problemas? ¿Cuáles son las poblaciones más vulnerables?, se selecciona la fuente de datos (encuestas, registros de salud, datos estadísticos etc) y el equipo de trabajo que usualmente es un equipo multidisciplinario que puede incluir epidemiólogos, médicos, sociólogos, estadísticos y otros profesionales de la salud.

- **Fase II - Recopilación de información:** Durante esta fase se lleva a cabo la recolección de datos relevantes para el diagnóstico de salud. Es fundamental contar con información precisa, confiable y actualizada. Es importante destacar la obtención de datos secundarios como registros administrativos, encuestas previas, estadísticas vitales o bases de datos de los hospitales de la comunidad; además de verificar si es necesario el diseño de encuestas o entrevistas para la obtención de datos directos de la población, así como también la evaluación inmediata de los determinantes sociales, económicos y ambientales de la comunidad.
- **Fase III - Análisis de la información:** Esta fase implica procesar y analizar los datos obtenidos para interpretar la situación de salud de la población. Se realiza un análisis descriptivo de los datos recopilados, se identifican patrones y tendencias en la población y se analizan los determinantes identificados. Una vez concluido se priorizan los problemas de salud identificados, cualquier requieren de una intervención urgente basándose en los criterios de prevalencia, gravedad y capacidad de intervención.

- **Fase IV - Interpretación y diagnóstico final:** En esta fase se sintetizan los resultados del análisis para realizar una interpretación clara y precisa de la situación de salud de la población. El diagnóstico final permite comprender los problemas clave y sus causas subyacentes. Se elabora como tal el diagnóstico de salud a partir de los datos analizados, se redacta un informe que resuma las condiciones de salud más importantes de la población, así como también los determinantes y los grupos vulnerables identificados.
- **Fase V - Formulación de Recomendaciones y Planificación:** Basado en el diagnóstico final, esta fase se enfoca en generar recomendaciones para abordar los problemas de salud identificados y planificar intervenciones apropiadas. Se establecen las áreas prioritarias de intervención, se definen estrategias y acciones para abordar los problemas, se evalúan los recursos financieros, humanos y materiales que pueden ser necesarios para las intervenciones propuestas y se establece los indicadores de monitorear la efectividad de las intervenciones.
- **Fase VI - Implementación y Monitoreo:** Es técnicamente parte de la fase de ejecución, a menudo se incluye dentro del diagnóstico para asegurar que las estrategias propuestas sean evaluadas constantemente. Se ponen en marcha las intervenciones recomendadas, se monitorean los resultados del impacto de intervenciones y si es necesario se ajustan o corrigen en caso de que los resultados no sean los esperados.

- **Fase VII – Evaluación:** Esta fase implica evaluar la efectividad de las intervenciones y determinar si se han logrado los objetivos establecidos. También es importante evaluar el proceso de diagnóstico en sí mismo, para aprender y mejorar en futuras evaluaciones. Se evalúa si las intervenciones han logrado mejorar la situación de salud de la población y se analizan las lecciones aprendidas durante el proceso para mejorar futuras acciones de diagnóstico y salud pública (20).

### **2.2.7 Promoción de la salud**

Constituye un proceso político y social global que abarca acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y de las comunidades y, aún más importante, acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y de las comunidades y, aún más importante, acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva. (17) Dentro de los diagnósticos de salud parte de las intervenciones a realizar posterior a la identificación de los determinantes de la comunidad, enfermedades prevalentes y grupos vulnerables la promoción de salud y prevención de enfermedades. En la realización de las promociones, se pueden considerar dos enfoques que deben ser aplicados según los requerimientos y objetivos con la población a impactar. El enfoque salutogénico de la salud adapta los promotores de la salud donde su objetivo es identificar y potenciar los factores positivos o protectores de la salud, es decir que estén vinculados con el bienestar de la población mientras que el enfoque patogénico se centra en identificar y evitar los factores de riesgo que causan una enfermedad en específico y que ya previamente han sido descritos y se implementa en su mayoría en la prevención de enfermedades (Ver tabla No.1).

### 2.2.8 Prevención de las enfermedades

Incluye medidas para reducir la presencia de factores de riesgo, de la enfermedad, para evitar su progreso, mediante medidas activas caracterizadas por una actitud empoderada en lo que las personas participan de forma activa (18). En República Dominicana contamos con ciertos programas de prevención llevados a cabo por parte del Ministerio de Salud Pública, estas son integradas a las estrategias gubernamentales, orientadas hacia el desarrollo sostenible. Algunas medidas importantes para prevenir enfermedades son:

- Programas de inmunización: Mantener al día las vacunas recomendadas de acuerdo al grupo etario al que pertenece puede prevenir enfermedades graves. En República Dominicana, contamos con el Programa Ampliado para la Inmunización (PAI) que corresponde a una herramienta del ministerio que permite llevar a cabo la implementación de las vacunas correspondientes, así como también identificar y evaluar los esquemas de vacunación de las áreas y comunidades de nuestro país.
- Campañas de higiene personal: Estimular a la población a lavarse las manos regularmente con agua y jabón, especialmente antes de comer y después de usar el baño, con el objetivo de educar que dicho acto puede prevenir la propagación de gérmenes y enfermedades infecciosas.
- Promoción de alimentación saludable: Incentivar a la comunidad a consumir una dieta equilibrada rica en frutas, verduras, granos enteros y proteínas magras, exaltando el beneficio de fortalecer el sistema inmunológico y prevenir enfermedades crónicas como la diabetes, la obesidad y las enfermedades cardíacas.

Lineamientos “SaSa” Saludable y Sabroso programa realizado por el Ministerio de Salud Pública en el año 2023, en el cual se promueve estilos de vida saludables mediante la educación sobre alimentación.

- Realizar ejercicio de manera regular: Mantenerse físicamente activo puede fortalecer el sistema inmunológico, mejorar la salud cardiovascular y reducir el riesgo de enfermedades crónicas. A ritmo de tambora programa implementado por el Ministerio de Salud Pública para la promoción e incentivo de realizar actividad física.
- Evitar hábitos tóxicos como el tabaco y el alcohol: El tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol pueden aumentar el riesgo de enfermedades cardíacas, cáncer y otras enfermedades graves. Evitar estas sustancias o limitar su consumo puede mejorar la salud general.
- Manejo de estrés: El estrés crónico puede debilitar el sistema inmunológico y aumentar el riesgo de enfermedades. Aprender técnicas de manejo del estrés, como la meditación, el yoga o la respiración profunda, puede ayudar a reducir este riesgo.
- Pruebas de detección y chequeos regulares: Realizarse pruebas de detección recomendadas por el médico, puede ayudar a detectar enfermedades en etapas tempranas.
- Campañas de salud sexual y reproductiva: Incentivar a la comunidad actividades educativas sobre el uso de métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, seguimiento médico de mujeres durante el periodo del embarazo etc.

## **2.3 Contextualización**

### **2.3.1 Reseña del sector**

La investigación se realizó en la comunidad del Manguito, Sabana Perdida, es uno de los sectores más grandes de Santo Domingo Norte, con una población de 200,000 habitantes, distribuidos en 80 barrios y 20 urbanizaciones o residenciales.

### **2.3.2 Reseña histórica**

Sabana Perdida es en su origen una zona de desplazados. Su gran nombre le viene por ser un gran llano en el que la gente que incursionan “se perdía en la sabana”. Sabana Perdida ha sido históricamente un asentamiento de personas desplazadas desde la colonización española y la posterior fundación de las villas de Monte Plata y Bayaguana. Era el lugar predilecto donde los esclavos que lograban escapar del yugo de sus amos iban a asentarse, siendo su población hasta inicios del siglo XX, predominantemente negra. Se cree que el nombre de "sabana perdida" se debe a que es una extensa llanura que en su momento estuvo repleta de árboles y tan aislada que se consideraba "perdida". En 1907 mediante la ley 48-03 se crearon oficialmente los municipios de La Victoria, Monte Plata y Guerra, para ese entonces Sabana Perdida pertenecía a estos como un "sector rural" y posteriormente pasaría a pertenecer al municipio de Villa Mella mediante la ley 125 de 1939. (33).

## 2.4 Aspectos sociales

- Población urbana y rural: La población continuaba siendo rural, sin embargo, con el desarrollo urbanístico del casco urbano de la ciudad de Santo Domingo, se vio en la necesidad de movilizar a cientos de miles de personas para dar curso a las obras de infraestructura y modernización que desarrollaba, la mayoría de estas personas llegaron hasta Sabana Perdida expandiendo sus límites y creando las comunidades de "La Barquita", "La Javilla", "Lorezin", "Lomo Caliente" y "Campechito".
- Educación y economía local: A lo largo del tiempo Sabana Perdida ha aglomerado a una importante masa pobre que se alojó en los extremos de la ciudad de Santo Domingo, para 1985 solo el 30% de su población poseía ingresos formales, el restante 70% vivía de ingresos informales por cualquier tipo de actividad intermitente. El Manguito, consta con centros educativos como el Centro Educativo Suiza, el cual ofrece disponibilidad de educación para niños desde el nivel inicial hasta el secundario, con instalaciones modernas que incluyen aulas especiales, laboratorios, biblioteca, salón de profesores, oficinas administrativas, enfermería, comedores y cocina, plaza cívica y dos canchas (34).
- Servicios básicos: Actualmente la mayoría de los barrios de Sabana Perdida poseen calles asfaltadas más sin embargo la mayoría de encuentran en condiciones deplorables. El acceso a agua potable, drenaje sanitario, recogida de basura y electricidad severamente deficiente llegando a ser nulo en algunos puntos, lo que genera un importante retraso en esta demarcación y problemas graves de salud pública.

- Transporte y comunicación, red vial: El Teleférico de Santo Domingo conectó directamente la comunidad de Sabana Perdida con el Metro de Santo Domingo en un intento por dinamizar la economía de la zona y facilitar la movilización de sus habitantes hacia el centro de la ciudad. También está la parada de carros públicos sabana Barrio Y Km 9 De La Mella.
- Características socio culturales y políticas: Este municipio es que creen en Dios también no tienen discriminación en la raza, lo cual cumplen con las leyes para hacer tener una mejor comunidad. La región esta comunidad es más del católico, pero hay iglesia evangélica también está una de la principal es una Parroquia Sagrado Corazón de Jesús donde la mayoría visitarán esta religión y algunos visitan Iglesia Cristiana Puerta de Esperanza ya que está ligado de diferentes religiones, pero la más visitada es la católica.

## **2.5 Marco espacial**

La comunidad del Manguito, colinda con el Norte con La Javilla, con La Barquita por el sur, con la Av. Los Restauradores al este y con el Río Ozama por el oeste, es una comunidad levantada en un terreno muy vulnerable. Mantiene un crecimiento acelerado de urbanización, alcanzando en la actualidad un 78.7% cerca de los 10 millones de habitantes viviendo en ciudades y un 21.3% en campos, según el boletín estadístico de Secretaria de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo Oficina Nacional de Estadística. Sabana Perdida cuenta con una población de 200,000 habitantes aproximadamente distribuidos en 80 barrios y 20 residenciales

## **Capítulo 3: Diseño metodológico**

## Capítulo III: Diseño Metodológico

### 3.1 Contexto o demarcación geográfica

La investigación se realizará en la comunidad del Manguito, Sabana Perdida con la finalidad de realizar un diagnóstico de salud del área antes mencionada.

### 3.2 Tipo de estudio

Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo, con el fin de realizar un diagnóstico de salud de la comunidad del Manguito.

### 3.3 Operacionalización y Variables

| Dimensión               | Variable | Concepto  | Dirección | Escala   |
|-------------------------|----------|---|-----------|--|
| Datos sociodemográficos | Edad     | Tiempo transcurrido desde su nacimiento hasta la realización del estudio. | Años      | Categorica:<br>Niños y adolescentes: <ul style="list-style-type: none"><li>● 0-28 días</li><li>● 1 mes– 11 meses</li><li>● 1-2 años</li><li>● 3-6 años</li></ul> |

|                         |      |   |                       |   |
|-------------------------|------|---|-----------------------|---|
|                         |      |   |                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 7-10 años</li> <li>● 11-17 años</li> </ul> <p>Adultos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 18-25 años</li> <li>● 26-30 años</li> <li>● 31-35 años</li> <li>● 36-40 años</li> <li>● 41-50 años</li> <li>● 51-59 años</li> <li>● Mayores de 60 años</li> </ul> |
| Datos sociodemográficos | Sexo | Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres (24). | Femenino<br>Masculino | Categoría <ul style="list-style-type: none"> <li>● Femenino</li> <li>● Masculino</li> </ul>   |

|                                 |  |   |  |   |
|---------------------------------|--|---|--|---|
| Enfermedades/<br>Discapacidades | Enfermedades crónicas no transmisibles | Se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo (22). | Antecedentes mórbidos conocidos prevalentes en la población. | Categoría<br><ul style="list-style-type: none"> <li>● Hipertensión arterial sistémica</li> <li>● Diabetes mellitus</li> <li>● Enfermedad renal crónica</li> <li>● Enfermedad cerebrovascular</li> <li>● Asma bronquial/EP OC</li> </ul> |
| Enfermedades/<br>Discapacidades | Enfermedades infecciosas               | Trastornos causados por microorganismos   | Presencia de enfermedades infecciosas                        | Categoría<br><ul style="list-style-type: none"> <li>● Falcemia</li> </ul>   |

|                               |   |  |  |   |
|-------------------------------|---|--|--|---|
|                               |   | <p>como bacterias, virus, hongos o parásitos que pueden transmitirse de una persona a otra, de un animal a una persona, o a través de diferentes vías como el contacto directo, indirecto, o vectores como insectos.</p> |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Enfermedades respiratorias</li> <li>● Dengue</li> <li>● Enfermedades gastrointestinales</li> </ul>         |
| <p>Determinantes de salud</p> | <p>Determinantes sociales, económicos y ambientales</p> | <p>Establecen el grado en que una persona tiene los recursos físicos, sociales y personales para identificar y lograr sus aspiraciones,</p>  | <p>Nivel educativo, tipo de vivienda y tipo de empleo.</p> | <p>Categoría Escolaridad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● No sabe leer ni escribir</li> <li>● Preescolar</li> <li>● Primaria</li> </ul> |

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
|  |  | <p>satisfacer<br/>necesidades de<br/>salud, educación,<br/>alimentación,<br/>empleo y adaptarse<br/>al medio ambiente.<br/>(23)</p> |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Bachillerato</li> <li>● Universitario</li> <li>● Técnico</li> </ul> <p>Característica de la vivienda</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Buena<br/>(Más de 75 puntos)</li> <li>● Regular<br/>(Entre 50-74 puntos)</li> <li>● Mala<br/>(Menos de 50 puntos)</li> </ul> <p>Tipo de empleo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Temporal</li> </ul> |
|--|--|---|--|--|

|                    |                     |   |   |   |
|--------------------|---------------------|---|---|---|
|                    |                     |   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fijo</li> </ul>  |
| Factores de riesgo | Factores de riesgos | Cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a una enfermedad. (24) | Evaluar la frecuencia y la gravedad de los riesgos identificados y la posible distribución de los resultados. | <p>Nominal</p> <p>Actividad física y/o ejercicio (30min al día)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si o No</li> </ul> <p>Alimentación saludable (proteínas, carbohidratos, lípidos)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si o No</li> </ul> |

### 3.4 Métodos y técnicas de investigación

El método que se utilizó para la recolección de datos fueron las fichas familiares de la comunidad del Manguito almacenadas en el Centro de primer nivel de atención “Comunidad Carismática de la Visitación y de la Eucaristía”.

### 3.5 Instrumentos de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos que se implementará serán las fichas familiares de la comunidad del Manguito almacenadas en el Centro de primer nivel de atención “Comunidad Carismática de la Visitación y de la Eucaristía”. La ficha familiar, es un instrumento que permite obtener valiosa información de cada una de las familias que habitan un sector donde desarrolla sus labores la Unidad de Atención Primaria (UNAP) (25). Las fichas familiares constan de un primer acápite donde son descritos los datos principales de la familia como son el nombre del jefe de la familia, apodo, numero de casa, calle donde está ubicada la vivienda, nombre del barrio, provincia, municipio, sección, paraje, región de salud, dirección provincial/área de salud y los datos de la persona que llena la ficha considerando su nombre, profesión dentro de la institución y la fecha en la que fue llenada la ficha.

Un segundo acápite que corresponde a las características de la vivienda, donde se le otorga un puntaje a cada dato evaluado, se colocan los datos de fecha en la que se visitó la vivienda y se valoran los datos de tenencia de la vivienda (propia- 5 puntos, alquilada- 3 puntos, cedida/prestada- 2 puntos, paredes de la vivienda (cemento, block, ladrillo- 10 puntos, madera- 9 puntos, asbesto cemento-6 puntos, tabla de palma- 5 puntos, zinc- 4 puntos, tejamani, carton, desechos y yagua- 0 puntos), techo de la vivienda (concreto- 10 puntos, asbesto cemento- 9 puntos, zinc, cana, yagua/desechos- 0 puntos), piso de la vivienda (mosaico, granito, marmol, cemento o ladrillo- 10 puntos, madera- 9 puntos, tierra- 0 puntos), servicios sanitarios (inodoro exclusivo- 10 puntos, letrina exclusiva- 9 puntos, inodoro colectivo- 6 puntos, letrina colectiva- 4 puntos, en patio/monte, no tiene- 0 puntos), agua instalación (Dentro de la vivienda y llega- 9 puntos, fuera de la vivienda y llega- 8 puntos, fuera de la vivienda y no llega- 0 puntos y no tiene servicios de agua- 0 puntos), abastecimiento de agua (acueducto y cisterna- 9 puntos, manantial- 8 puntos, rio/arroyo- 4 puntos, pozo/camión- 3 puntos, lluvia/tanque/aljibe- 2 puntos y no tiene- 0 puntos), eliminación de basura (recoge ayuntamiento/otra institución- 8 puntos, la entierra- 7 puntos, quemada- 6 puntos, tirada en

el patio o cañada- 0 puntos), servicio de electricidad (tiene energía CDE, inversor, planta- 5 puntos, no tiene- 0 puntos), número de dormitorios (cuatro o más- 9 puntos, tres- 8 puntos, dos- 5 puntos y uno- 0 puntos), combustible de cocina (gas propano, electricidad- 5 puntos, carbón- 4 puntos, leña- 2 puntos), animales domésticos (Si, especifique perro, gato, cerdo otros - 5 puntos, No - 2 puntos), vectores criadores (Si, especifique mosquitos, ratones, moscas, cucarachas, otros - 5 puntos, No- 0 puntos), se totaliza la cantidad de puntos obtenidos y se clasifica según la cualificación donde es catalogada como buena cuando obtiene una puntuación de más de 75 puntos, regular entre 50-74 puntos y mala menos de 50 puntos.

El tercer acápite corresponde a los datos personales, considerando nombres y apellidos, parentesco, estado civil (casada, unión libre, soltero, viudo, divorciado, menor de edad), fecha de nacimiento, edad y sexo, acta de nacimiento (si tiene o no), escolaridad (no sabe leer ni escribir, primaria incompleta, primaria completa, intermedia/básica, bachillerato, técnico, universitario, profesional), trabaja (temporal o fijo), factores de riesgos/enfermedades, discapacidades, fecha de ingreso, fecha de egreso, estado de vacunación, medicamentos de uso frecuente, observaciones.

Cuarto acápite donde corresponde los datos de las visitas domiciliarias, fecha, motivo de la visita, principales problemas familiares, principales acciones y recomendaciones, fecha de próxima visita y persona que hace la visita.

### **3.6 Consideraciones éticas**

La Universidad Iberoamericana (UNIBE) dispone del Comité de Ética de Investigación (CEI), el cual garantiza la protección de los pacientes que conforman las investigaciones pertinentes y sus derechos respectivos. El CEI se rige mediante el Decanato de Investigación Académica (DIA) de

UNIBE, el cual se correlaciona institucionalmente con el Consejo Nacional de Bioética para la Salud, de manera tal que se certifique que los protocolos aprobados por dicho consejo, vayan acordes a las pautas establecidas nacionalmente, incluyendo los permisos para la realización de la investigación y el plantel en el cual se llevará a cabo previo al inicio.

El CIE toma en cuenta los principios tratados en el Informe Belmont, enfatizando la dignidad, respeto, justicia y beneficencia de los participantes humanos, de manera que se aseguren que dichos principios se cumplan previa, durante y posterior a la investigación.

Inicialmente se sometió la propuesta de investigación al departamento de investigación del Hospital General de la Plaza de la Salud, con el fin de solicitar la autorización de ésta por parte de la institución y confirmar la viabilidad del estudio. Una vez confirmado esto, el 04 de junio del 2025, el Comité de Ética de la Universidad Iberoamericana aprobó la aplicación del estudio, bajo el número de aprobación ACECEI2024-279, para así proceder con la recolección de datos (Ver anexo).

En Santo Domingo, Distrito Nacional, República Dominicana a los 14 días del mes de marzo del 2024, el Departamento de Investigación del Hospital General de la Plaza de la Salud realizó una evaluación en consecuencia, donde se emitió la aprobación del estudio registrado en la institución con el código 2-TPG- (Ver anexo). Tras la evaluación de la propuesta se certificó que cumple con los requisitos metodológicos y éticos establecidos por la institución.

### **3.7 Universo**

Estuvo conformado por las personas que asisten a consultas o seguimientos por parte del personal de salud del Centro de primer nivel de atención “Comunidad Carismática de la Visitación

y de la Eucaristía y que constan con fichas familiares recopilada por parte del personal durante el período mayo-agosto 2024.

### **3.8 Muestra**

Como población se escogió la comunidad del Manguito, aquellas familias que fueron evaluados por parte del equipo de salud del Centro de primer nivel de atención “Comunidad Carismática de la Visitación y de la Eucaristía” durante el período mayo-agosto 2024 y que consten de ficha familiar en la institución.

### **3.9 Criterio de inclusión**

- Familias que constan con una ficha familiar en el Centro de primer nivel de atención “Comunidad Carismática de la Visitación y de la Eucaristía” de la comunidad del Manguito.

### **3.10 Criterios de exclusión**

- Familias del Manguito que no tengan ficha familiar en el Centro de primer nivel de atención “Comunidad Carismática de la Visitación y de la Eucaristía”.

### **3.11 Procedimiento para el procesamiento de análisis de datos.**

Los datos recolectados fueron procesados usando el programa de Microsoft Excel, estudiados en frecuencia simple. Las variables que serán susceptibles de comparación fueron estudiadas a través de la prueba de Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ) considerándose de significación estadística cuando el valor de  $p$  es menor a 0.05.



## Capítulo 4: Resultados

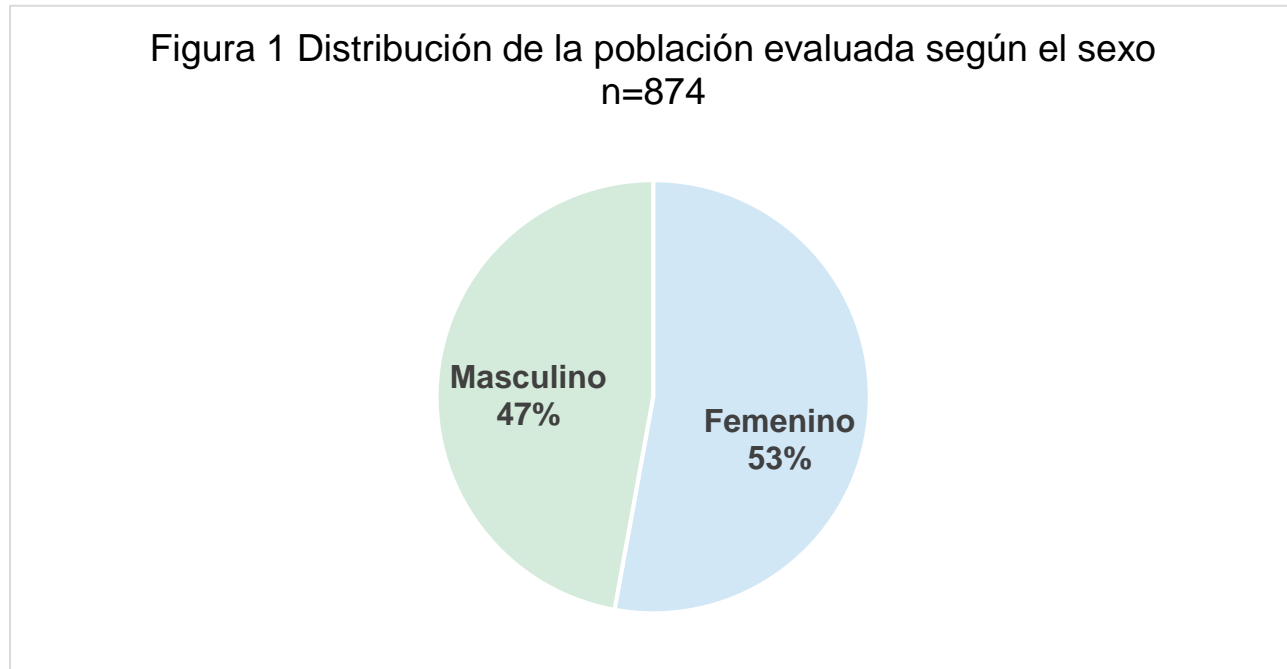
## Capítulo IV: Resultados

### 4.1 Participación

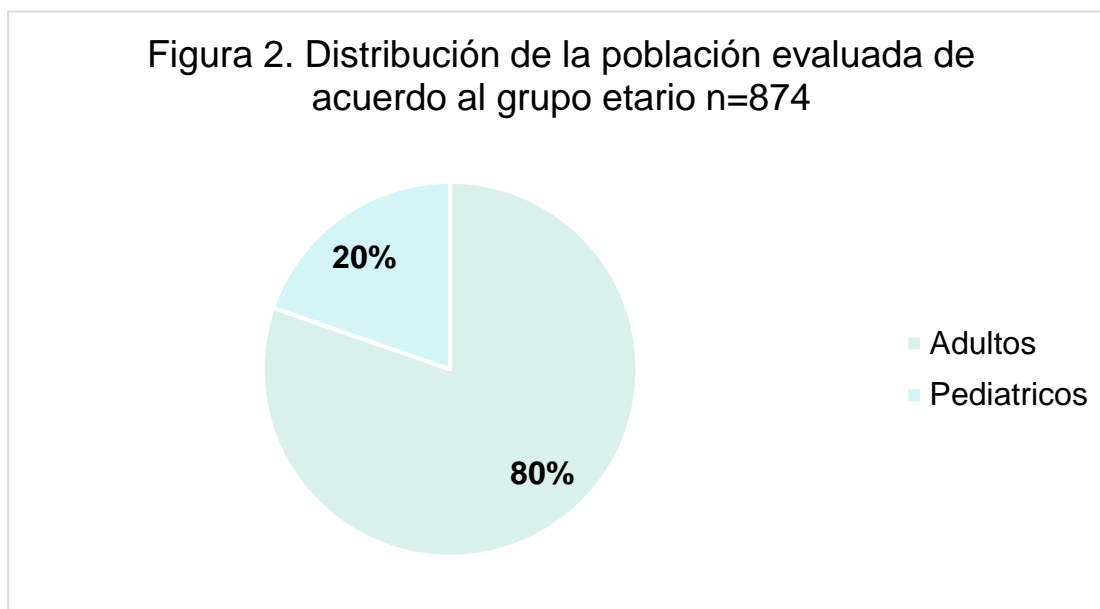
El estudio fue dirigido a la población de la comunidad del Manguito, Sabana Perdida, Santo Domingo Norte, familias que fueron evaluados por parte del equipo de salud del Centro de primer nivel de atención “Comunidad Carismática de la Visitación y de la Eucaristía” y que constaban de fichas familiares en la institución (874 personas que corresponden a 372 familias).

### 4.2 Características sociodemográficas de la población

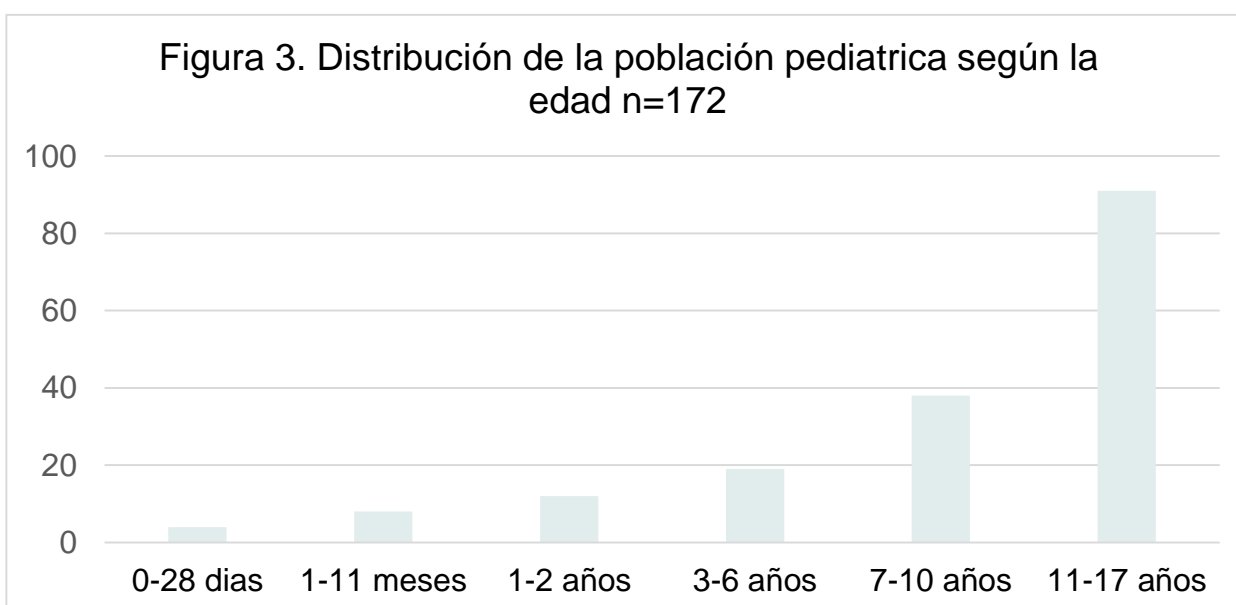
En la figura 1 se evidencia la distribución de la muestra evaluada de la Comunidad del Manguito que participaron del estudio, según el sexo 412 (47%) personas son masculino y 462 (53%) femenino. (Ver tabla 1 en anexos).



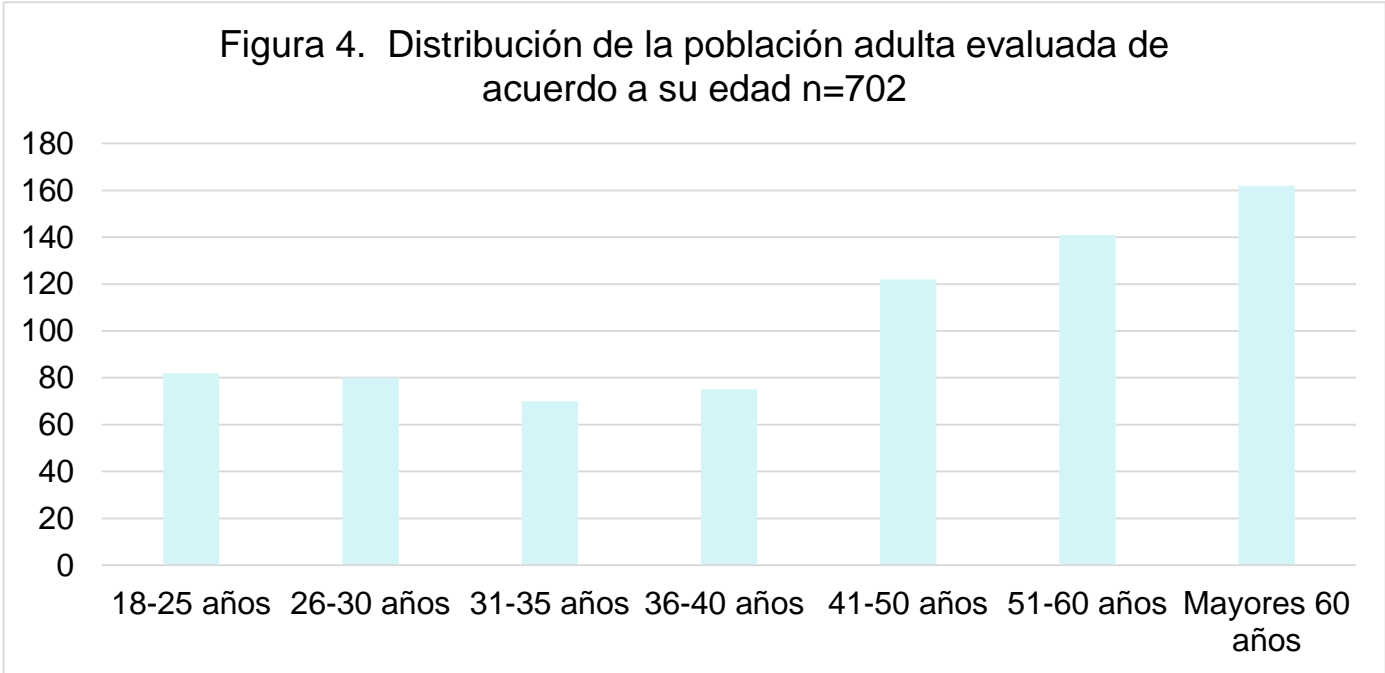
En la figura 2 se expresa la distribución de está considerando el grupo etario en que se encuentra, 702 personas (80%) son adultos y 172 personas (20%) son catalogados población pediátrica. (Ver tabla 2 en anexos).



La población pediátrica la comunidad del Manguito se encuentra entre las edades de 0-28 días 4 niños (2.3%), 1 mes-11 meses 8 niños (4.8%), 1-2 años 12 niños (6.9%), 3-6 años 19 niños (11%), 7-10 años 38 niños (22%), 11-17 años 91 adolescentes (53%) (Ver tabla 3 y figura 3).



Los adultos comprenden edades entre 18-25 años 82 personas (11.7%), 26-30 años 80 personas (11.4%), 31-35 años 70 personas (10%), 36-40 años 75 personas (10.7%), 41-50 años 122 personas (17.4%), 51-60 años 141 personas (20%) y mayores de 60 años 132 personas (18.8%). Resultados desglosados en la figura 4. (Ver tabla 4 y figura 4).



### 4.3 Características de la población adulta según los determinantes sociales

En la población evaluada se identificaron determinantes sociales, considerando las características de la vivienda (tabla 5 en anexos y figura 5) donde se considera una vivienda de característica buena cuando obtienen un puntaje de más de 75 puntos, regular entre 50 y 74 puntos y mala menos de 50 puntos, siendo entonces los resultados obtenidos mayor prevalencia de hogares clasificados como buenos 400 viviendas (57%), regulares 289 viviendas (41%) y malas 13 viviendas (2%).

En cuanto al nivel de escolaridad la población adulta posee un grado de no sabe leer ni escribir 43 personas (6%); preescolar 6 personas (1%), primaria 244 personas (35%), bachiller 305 personas (43%), universitarios 95 personas (14%), técnico 9 personas (1%) mientras que la población pediátrica tienen un nivel de escolaridad de 32 niños (19%) no sabe leer ni escribir, 20 niños (9%) preescolar, 93 niños (56%) primaria, 18 adolescentes (11%) bachiller, 9 jóvenes son universitarios (5%) y 0 niños en técnicos (tabla 6 en anexos y figura 6). Considerando el tipo de empleo (tabla 7 en anexos y figura 7) que poseen la población adulta, donde 231 personas (34%) tiene un empleo fijo, 261 personas (37%) temporal y 199 personas (29%) son desempleadas.

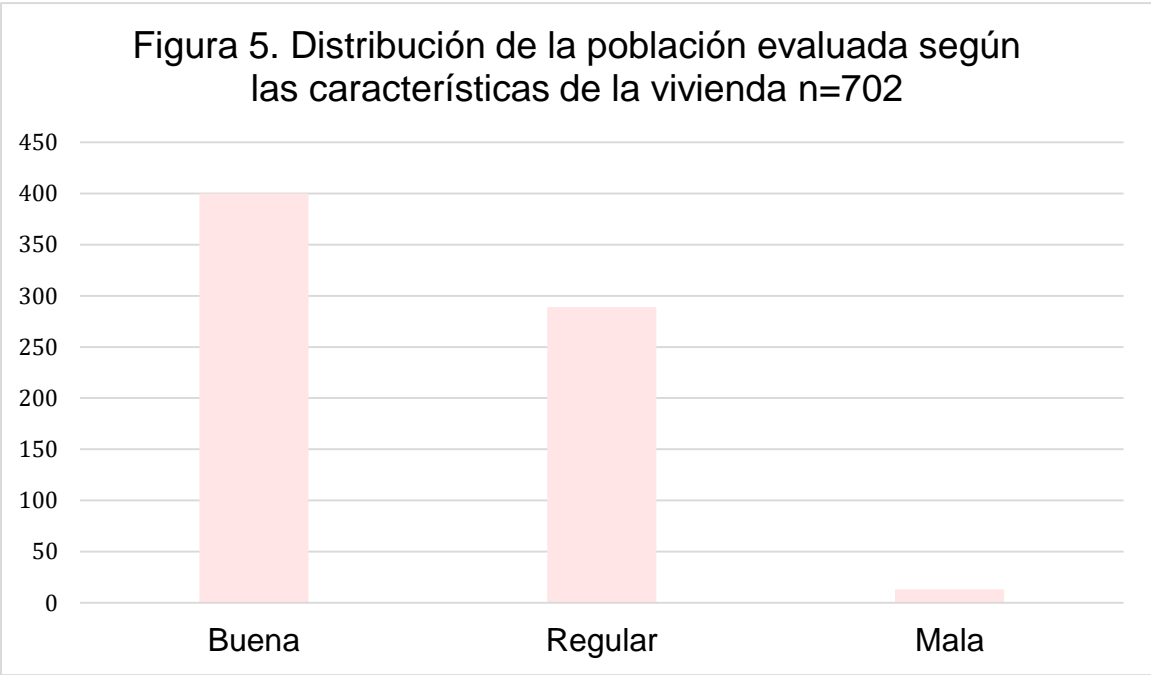


Figura. 6 Distribución de la población adulta evaluada según su escolaridad n=702

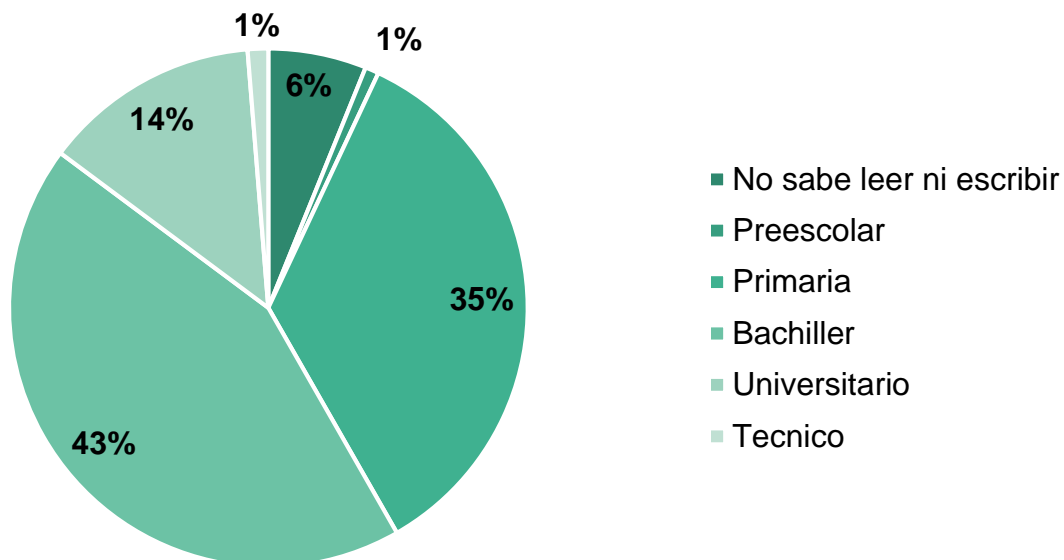
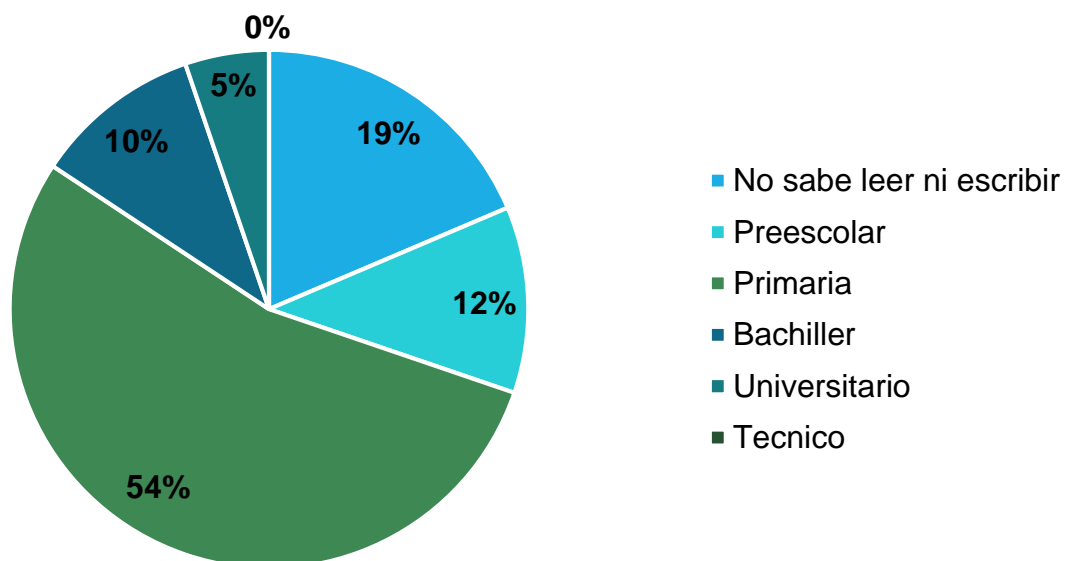
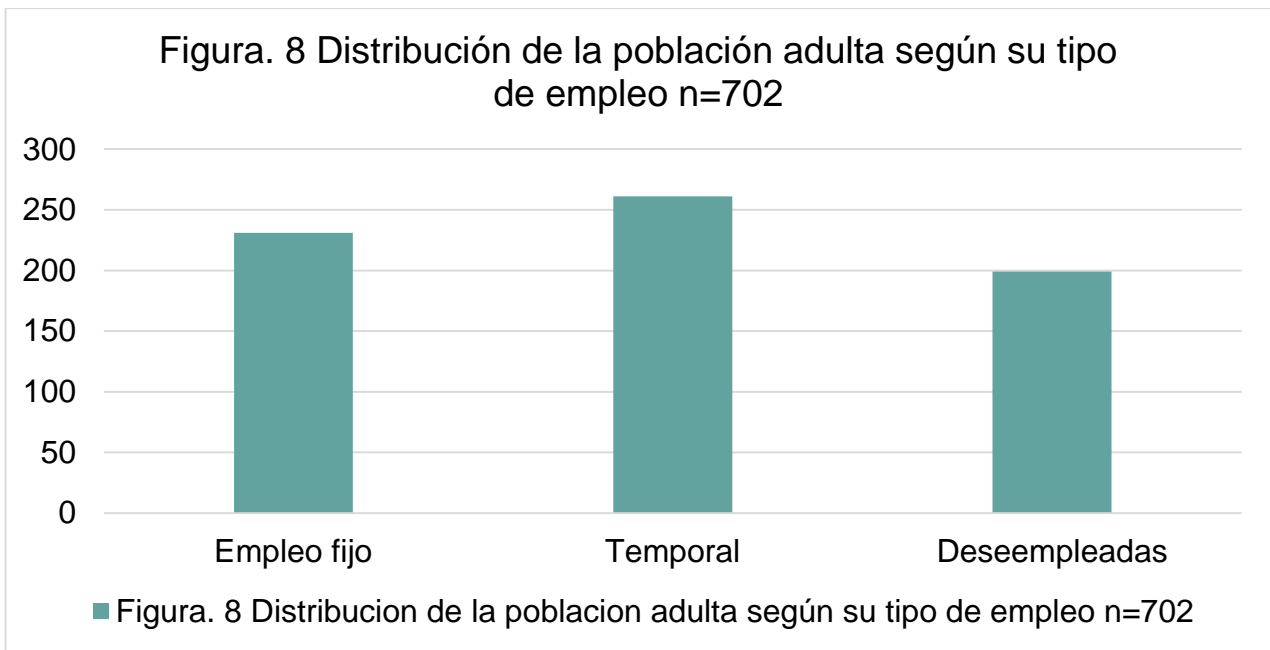


Figura. 7 Distribución de la población pediátrica evaluada según su escolaridad n=172





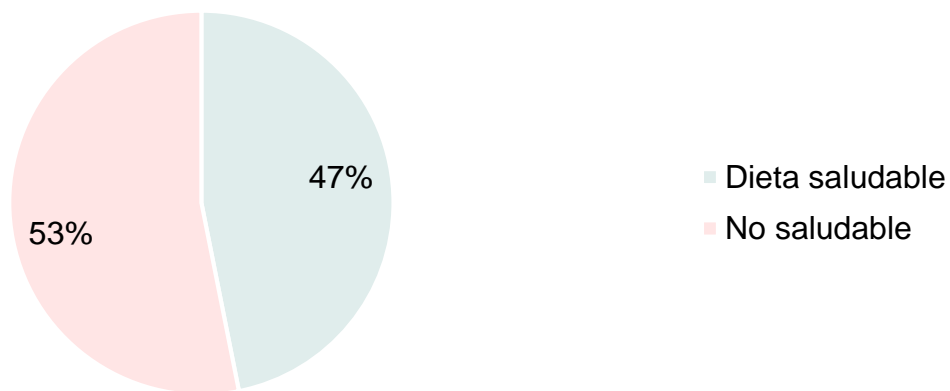
#### **4.4 Características de la población adulta según la presencia de factores de riesgos**

En la tabla 9-10 (Ver anexos) y figura 9-10 se representan los resultados obtenidos correspondiente a la presencia de factores de riesgos identificados en la población estudiada, considerando la realización de actividad física o ejercicio durante 30 min al día, 43% (299 personas) refirieron si realizar alguna actividad durante 30 min, mientras que 57% (403 personas) no realizan ningún tipo de actividad por lo cual se consideran sedentarias. Sobre el consumo diario de una dieta saludable (proteínas, lípidos, carbohidratos), 47% (329 personas) de la población aceptó llevar un consumo de una dieta saludable durante el día y 53% (373 personas) niegan llevar este estilo de dieta.

Figura 9. Distribución de la población adulta según la realización de actividad física o ejercicio 30 min al día  
n=702



Figura 10. Distribución de la población adulta según el tipo de dieta que consume n=702



#### 4.5 Características de la población según la presencia de enfermedades.

Se identificaron un total de 295 adultos que constan con antecedentes patológicos conocidos, mientras que 407 adultos no refirieron ningún tipo de antecedentes, en la tabla 11 (ver anexos) y figura 11 se desglosa las enfermedades más prevalentes identificadas en la población adulta evaluada, donde el 49% (236 personas) constan de hipertensión arterial sistémica, 31% (151 personas) diabetes mellitus, 7% (33 personas) enfermedad renal crónica, 3% (12 personas) enfermedad cerebrovascular, 10% (50 personas) trastornos respiratorios (EPOC/Asma bronquial) para un total de 482 enfermedades identificadas. En la población pediátrica evaluada se identificaron 50 niños (29%) con antecedentes patológicos dentro de los cuales, 3 niños (6%) presentan falcemia, 15 niños (30%) presentaron enfermedades respiratorias aguda, 28 niños (56%) dengue, 4 niños (8%) enfermedades gastrointestinales aguda, y 124 niños (71%) no presentan ningún tipo de patología (ver tabla 11 y figura 11).

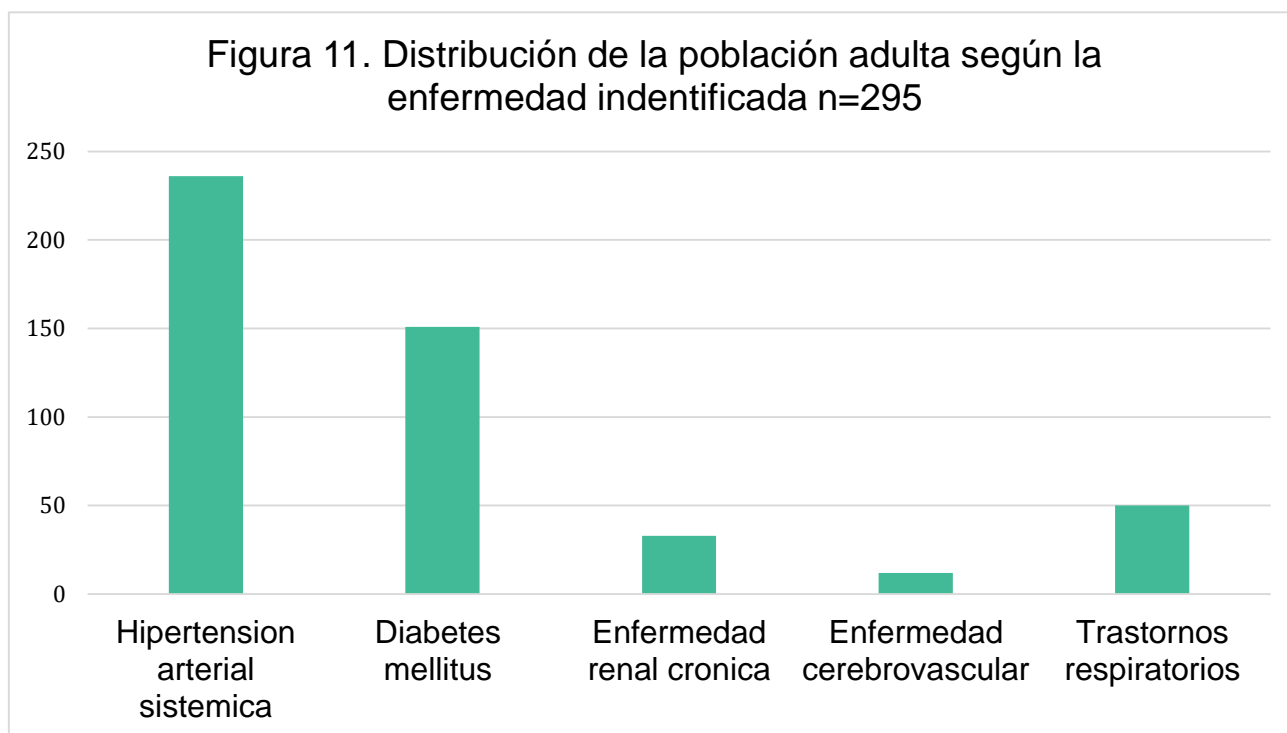
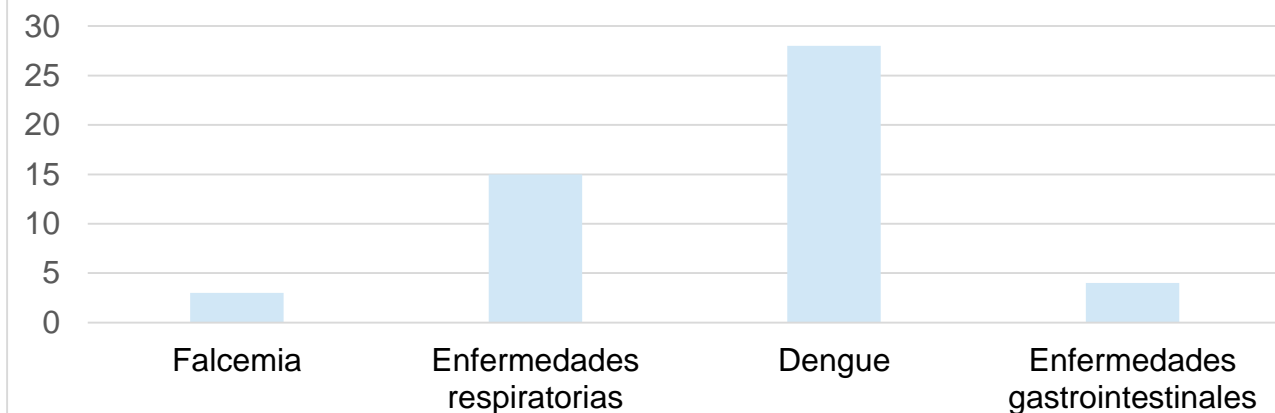


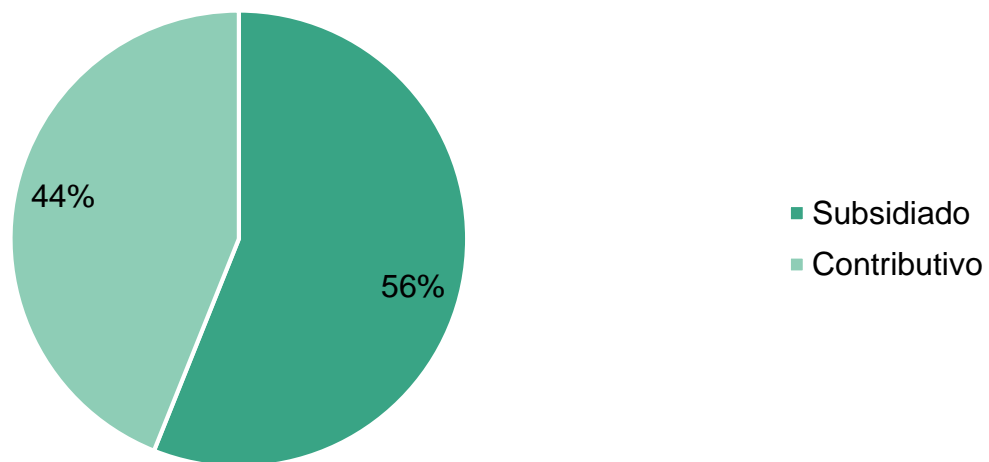
Figura 12. Distribución de la población pediátrica según la enfermedad indentificada n=50



#### 4.6 Características de la población según la cobertura de alguna ARS

Los resultados obtenidos en cuanto a si la población consta con algún tipo cobertura de ARS, siendo 36% (319 personas) régimen subsidiado, 29% (250 personas) régimen contributivo y 35% (305 personas) no constan de seguro médico son expresados en la tabla 13 (ver anexos) y figura 13.

Figura 13. Distribución de la población según la cobertura de ARS n=874



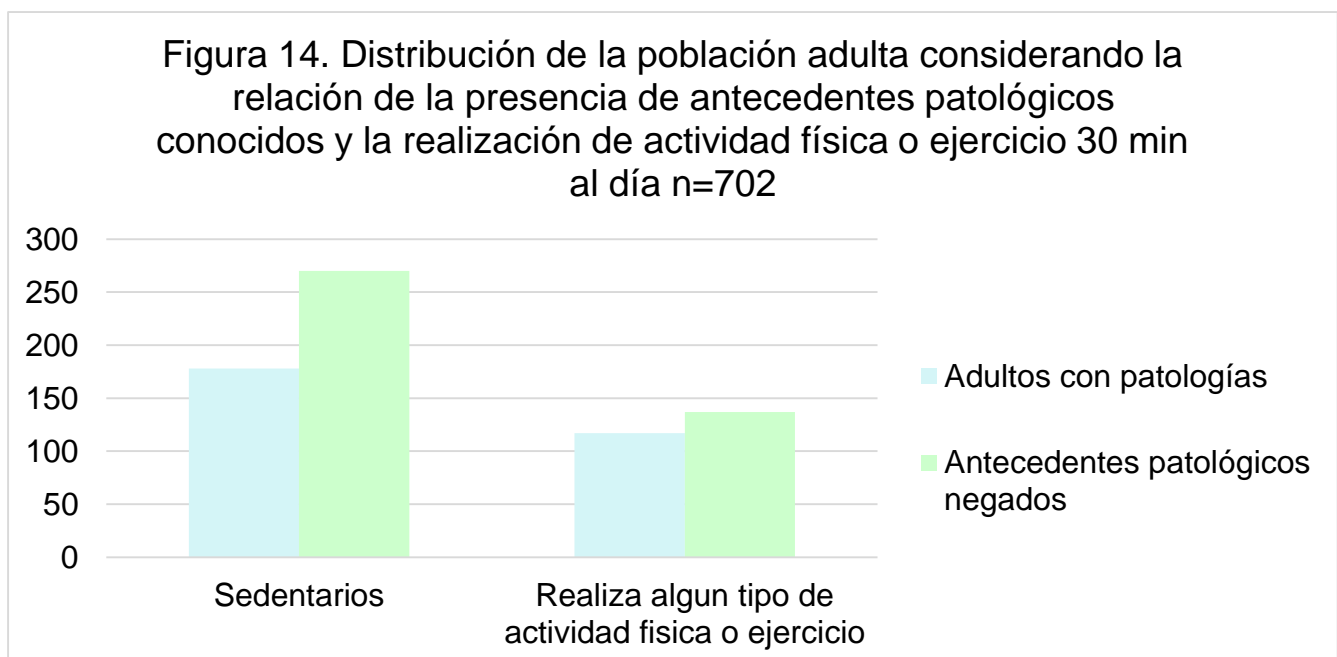
## **Capítulo 5 Discusión y Conclusiones**

## Capítulo V: Discusión de resultados

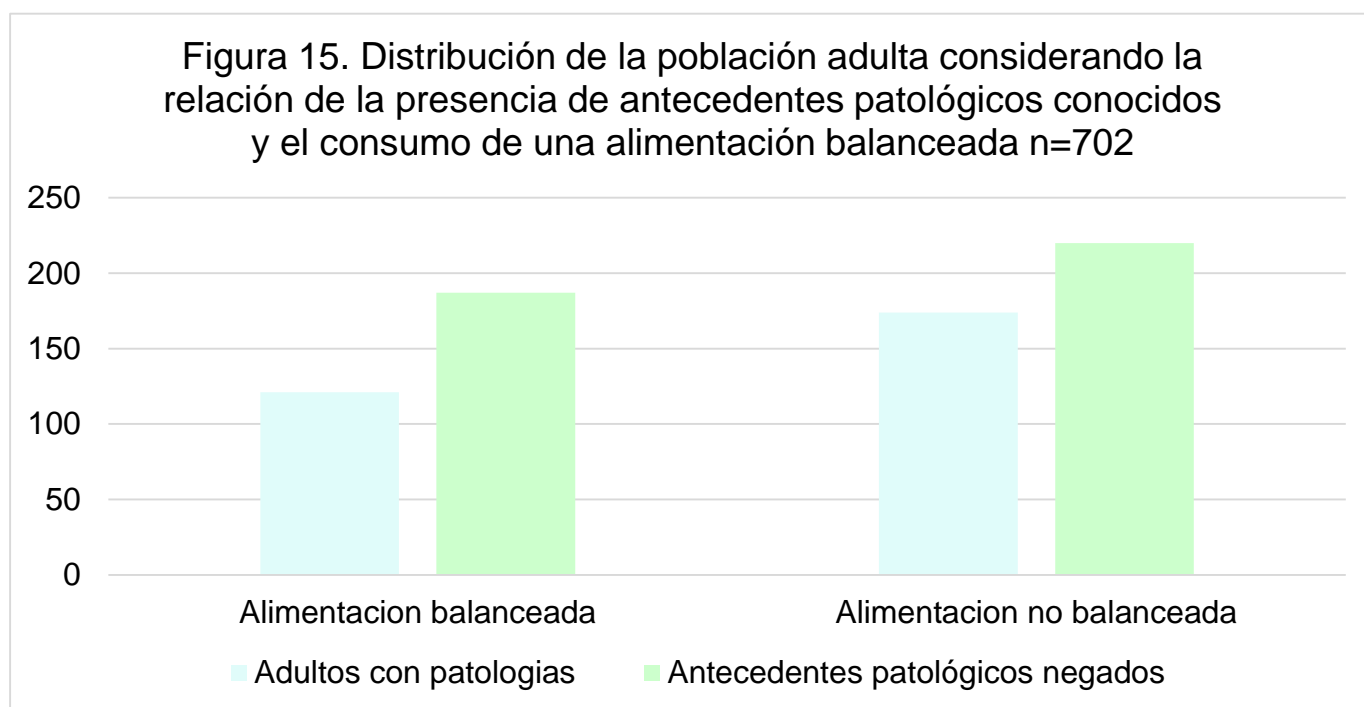
El diagnóstico de salud constituye una herramienta esencial en salud pública, ya que permite comprender de manera integral el estado de salud de una comunidad, identificar los principales problemas y fortalezas para analizar los factores sociales, económicos y ambientales que influyen en el proceso salud-enfermedad. Esta discusión se enmarca en la realidad local de la comunidad contrastando los resultados obtenidos con estudios previos y el análisis de los datos correspondientes a la relación de las variables evaluadas.

### **Características de la población adulta de acuerdo con los resultados obtenidos de la relación de los factores de riesgo identificados y la presencia de enfermedades.**

Considerando la población estudiada, 702 personas adultas de la comunidad del Manguito, Sabana Perdida, Santo Domingo Norte, se identificaron un total de 295 personas que constan con algún tipo de antecedente patológicos conocido, de los cuales el 178 personas (60%) son sedentarios y 117 personas (40%) si realiza actividad física o ejercicio 30 min al día (ver tabla 14 y figura 14).



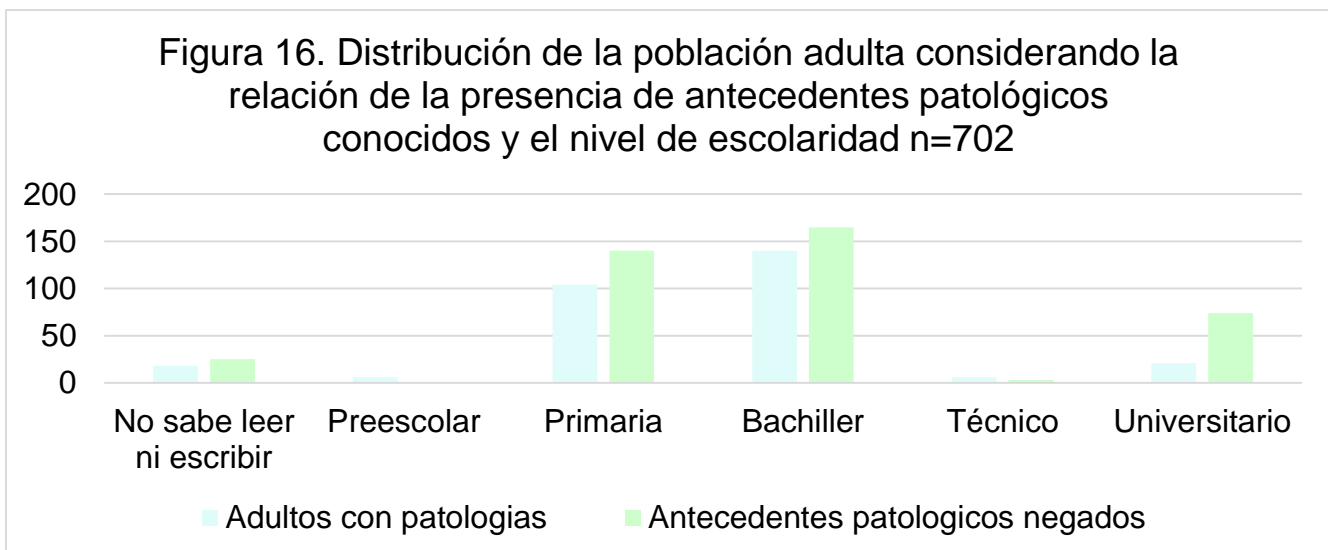
Se estableció la relación de estos factores de riesgo con la presencia de enfermedades según la prueba de Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ), obteniendo un valor de  $p$  0.00263 siendo esta menor a 0.05 se puede concluir que hay una asociación estadísticamente significativa entre las variables. De las 295 personas que constan con antecedentes el 59% (174 personas) no consumen una dieta saludable (proteínas, carbohidratos y lípidos) de manera diaria y 41% (121 personas) constan de una alimentación saludable (proteínas, carbohidratos y lípidos), el valor de  $p$  obtenido es de 0.11 por lo que al ser mayor de 0.05 indica que no hay una asociación estadística significativa (ver tabla 15 y figura 15).



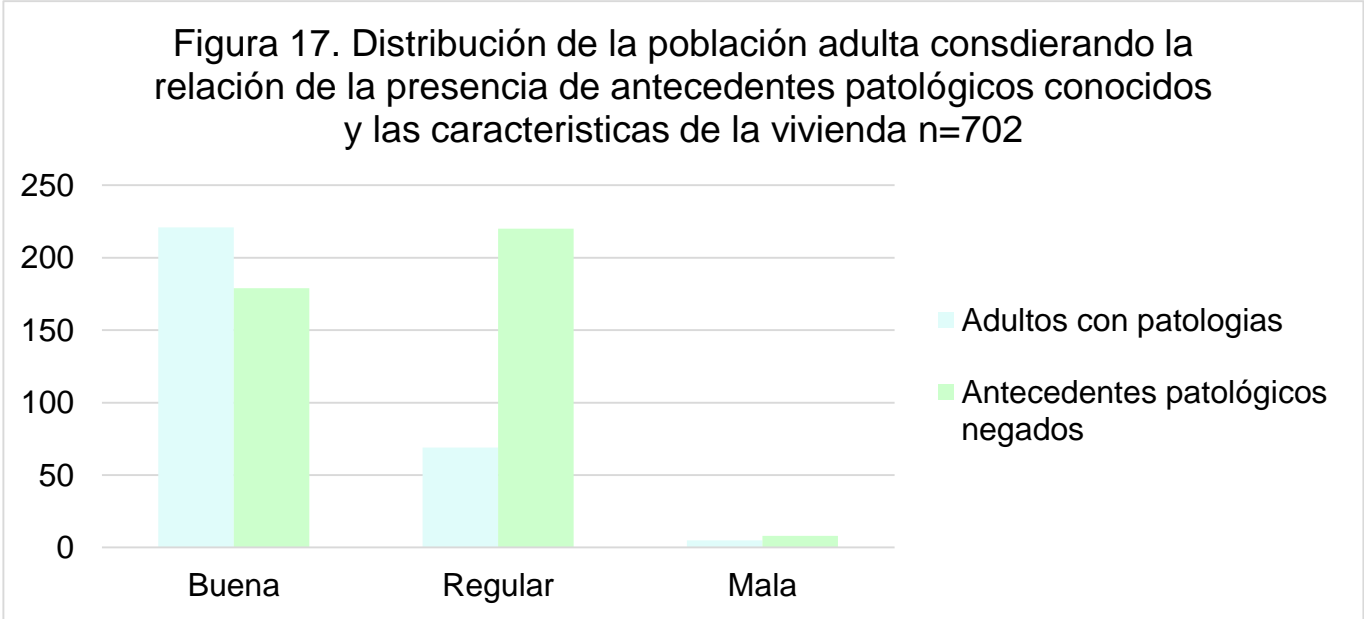
## Características de la población adulta de acuerdo con los resultados obtenidos de los determinantes sociales y la relación con la presencia de enfermedades.

Tomando en cuenta el total de personas identificadas con antecedentes patológicos (295 personas) y evaluando los determinantes sociales como fueron escolaridad, características de la vivienda y tipo de empleo que posee y se estableció la relación que existe entre los determinantes sociales y la presencia de antecedentes mórbidos.

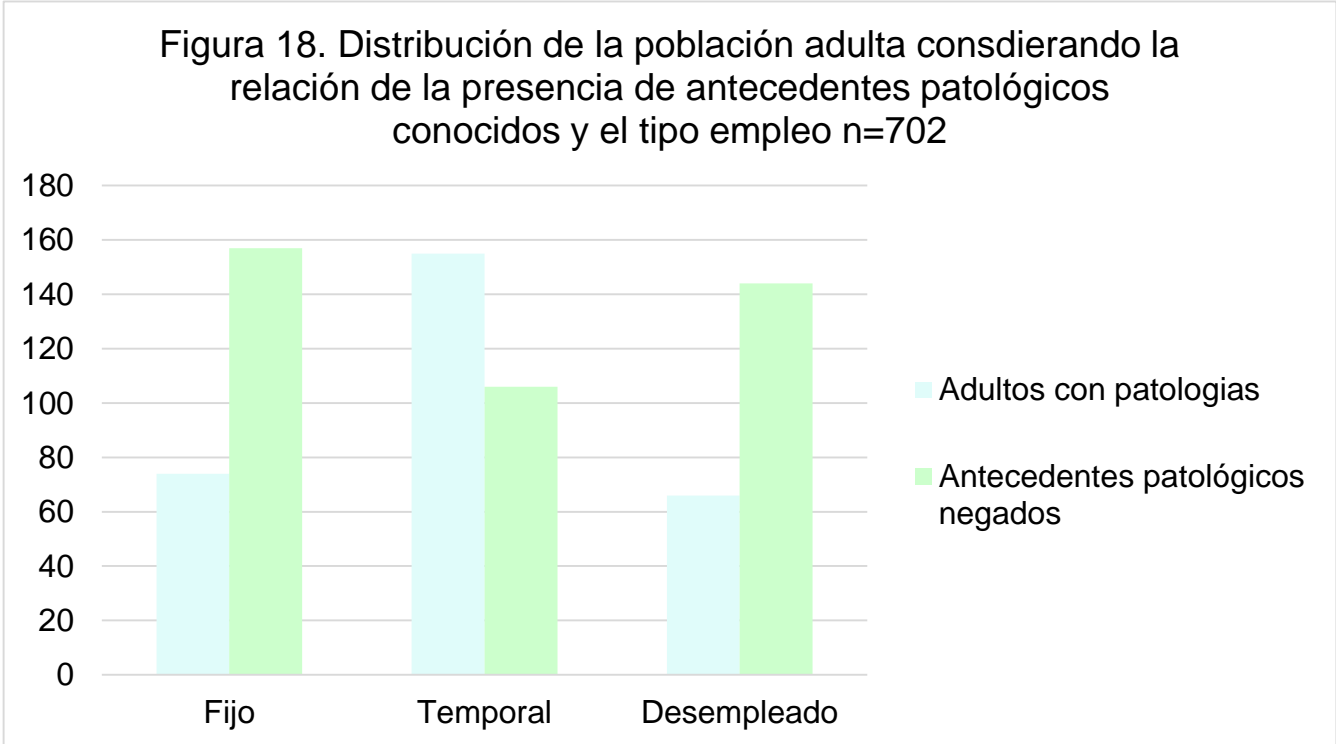
Los adultos que constan con alguna patología tienen un nivel de escolaridad de preescolar 6 personas (2%, primaria 104 personas (35%), bachilleres 140 personas (47%), técnicos 6 personas (2%, universitarios 21 personas (8%) y 18 personas no tienen ningún grado académico, mientras que aquellos que niegan algún antecedente, 0 personas hicieron preescolar, 140 personas primaria (34%), 165 personas bachilleres (41%), 3 personas (1%) técnicos, 74 personas (18%) universitarios y 25 personas (6%) no posee ningún grado académico, al aplicar la prueba de Chi cuadrado a los datos obtenidos relacionando el nivel de escolaridad y la presencia de antecedentes patológicos, se obtiene un valor de  $p=0.00002$ , lo que indica una asociación estadísticamente significativa entre las variables.(Ver tabla 16 en anexos y figura 16).



Evaluando la relación de las características de la vivienda y la presencia de antecedentes mórbidos, se evidenció que aquellos que constan con antecedentes patológicos 221 personas (75%) tienen una vivienda clasificada como buena, 69 personas (23%) regular y 5 personas (2%) mala y aquellos que no refirieron ningún antecedente, 179 personas (44%) tienen una vivienda clasificada como buena, 220 personas (54%) regular y 8 personas (2%) mala, con la prueba de Chi Cuadrado se obtuvo un valor de p menor de 0.00001, lo cual indica que hay una asociación estadísticamente significativa entre las variables. (Ver tabla 17 en anexos y figura 17).



Analizando la presencia de antecedentes patológicos y el tipo de empleo que posee la persona, los que tienen antecedentes patológicos tienen un empleo fijo 74 personas (25%), temporal 155 personas (52%) y 66 personas (23%) son desempleadas, mientras que aquellos que niegan algún tipo de antecedentes 157 personas (39%) tienen un empleo fijo, 106 personas (26%) temporal y 144 personas (35%) son desempleadas, el valor de p obtenido es menor de 0.00001, indicando que hay una asociación estadísticamente significativa entre las variables. (Ver tabla 18 y figura 18).



De acuerdo con los datos recolectados en nuestro diagnóstico de salud de la comunidad del Manguito, Sabana Perdida, República Dominicana, en la población estudiada el sexo predominante fue el femenino con 462 personas (52.9%) característica demográfica que se comparte con un estudio realizado en el año 2011, en Pueblo Abajo, Azua, República Dominicana, donde se determinó que el sexo predominante el femenino con 54.7%.

Considerando el grupo de edad más frecuente en este estudio estuvo comprendida entre 20 a 49 años con un 30.1%, sin embargo, nuestra población estudiada la edad más frecuente fue de 51-60 años con un 20%, destacando la presencia de una mayor cantidad de adultos mayores.

Tomando en cuenta los datos obtenidos con respecto a las características que poseen las viviendas de nuestra comunidad evaluada, 400 personas (57%) constan con un hogar clasificado como “Bueno”, lo cual se proyecta por igual en el estudio realizado en Azua, donde el 75.6% de las viviendas se encuentran en buen estado.

Dentro de los determinantes evaluados, el nivel de escolaridad de la comunidad es de suma importancia puesto que se asocia con una mejor comprensión de las prácticas saludables, mayor adherencia a tratamientos médicos y una actitud más proactiva hacia la prevención de enfermedades, la comunidad del Manguito, consta de una población pediátrica con un nivel de escolaridad de estudios de primaria en un 56% (93 niños) y la población adulta 43% (305 personas) con estudios de bachiller, dato importante de comparar con estudios como el realizado en México, en la comunidad de San Pedro Atocpan, Milpa Alta, para el periodo 2022 y 2023, donde los resultados correspondientes a la escolaridad es que 782 de los jóvenes de 15 a 24 años han asistido a la escuela, por igual en la comunidad Balerío Estacio–Fortín, Guayaquil, Ecuador, el nivel de instrucción es el 0.22% analfabetismo, primaria 28.69%, secundaria el 25.05%, educación básica 20.73%. educación superior 0.29% y el posgrado el 0.06%.

En segundo lugar en cuanto a los determinantes de salud evaluados, considerando el tipo de empleo que posee la población adulta de la comunidad del Manguito, Sabana Perdida, el 37% posee un trabajo temporal, 34% fijo y 29% se encuentran desempleados lo cual se asemeja a los resultados obtenidos en Argentina, Barrio Centenario, de Cruzú Cuatía, provincia de Corrientes, año 2011, donde se evaluó una comunidad de 2.667 habitantes de los cuales 61.9% es económicamente activa y 28% se encuentra desocupado. En Azua, República Dominicana la mayoría de la población estudiada se encuentra desempleada representando el 35.0%.

Las enfermedades crónicas no transmisibles representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, según la OMS son responsables del 60% de las muertes a nivel mundial; en nuestro diagnóstico de salud pudimos identificar 295 personas adultas con condiciones de salud, las cuales fueron prevalentes la hipertensión arterial sistémica con 236 personas (49%) y diabetes mellitus 151 personas (31%), condiciones de salud presentes en otras comunidades evaluadas como la Comunidad Balerío Estacio–Fortín, Guayaquil, Ecuador, con el 53% de personas con hipertensión arterial, diabetes 33% y obesidad 14%, así como también en Chile, en el año 2022, se realizó un Estudio epidemiológico en el centro de salud familiar Yanequen, donde se determinó que el 69% de la población tenía hipertensión arterial, 55% sobrepeso y 24,9% obesidad y en Argentina, Barrio Centenario un 26% constaban con antecedentes de hipertensión arterial sistémica.

## Conclusiones

El diagnóstico de salud realizado en la población del Manguito permitió abordar de manera integral los principales determinantes sociales de la salud, las condiciones epidemiológicas locales y las conductas de riesgo prevalentes. Entendiendo la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social más allá de la mera ausencia de enfermedad se evaluaron variables estructurales, demográficas y comportamentales que influyen directamente en la calidad de vida de los individuos.

Según la OMS, los **determinantes sociales de la salud (DSS)** son “las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen”, incluyendo el sistema de salud. En este estudio, tres DSS fueron evaluados con profundidad: nivel educativo, características de la vivienda y actividad laboral. Se observó una correlación estadísticamente significativa entre estos factores y la presencia de antecedentes patológicos:

- **Escolaridad:** La menor instrucción formal se asoció con mayor prevalencia de patologías crónicas ( $p = 0.00002$ ).
- **Condición de vivienda:** Los individuos con patologías presentaban mayor probabilidad de habitar viviendas clasificadas como “buenas” en comparación con quienes no referían enfermedad ( $p < 0.00001$ ), lo que puede interpretarse en el contexto de acumulación de riesgos ambientales o mejor acceso a diagnóstico.
- **Actividad económica:** El empleo temporal mostró una relación directa con la presencia de enfermedades ( $p < 0.00001$ ), sugiriendo que la inestabilidad laboral representa una fuente de vulnerabilidad sanitaria.

En cuanto a los **factores de riesgo modificables**, se identificó una alta prevalencia de sedentarismo (60% entre quienes tienen antecedentes patológicos) y una baja adherencia al consumo de frutas y vegetales (solo el 41% con dieta saludable entre este grupo). Aunque el sedentarismo sí mostró relación significativa con la presencia de enfermedades ( $p = 0.00263$ ), el tipo de dieta no se asoció estadísticamente ( $p = 0.11$ ), lo cual plantea preguntas para investigaciones futuras sobre la calidad nutricional más allá de la percepción del consumo.

El perfil epidemiológico destaca una carga significativa de enfermedades crónicas no transmisibles, tales como:

- **Hipertensión arterial sistémica** (49%)
- **Diabetes mellitus tipo 2** (31%)
- **Enfermedad renal crónica, enfermedades respiratorias y accidentes cerebrovasculares isquémicos** en menor proporción

La presencia de estas enfermedades sugiere una transición epidemiológica en la comunidad, con predominancia de patologías crónicas sobre enfermedades infecciosas, típico de poblaciones en proceso de urbanización o con acceso limitado a servicios preventivos.

A pesar de que el 65% de la población cuenta con cobertura por parte de una ARS, el 35% permanece desprovisto de seguro médico, lo cual representa una barrera para el acceso a diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. Este hallazgo es particularmente relevante al considerar que el enfoque de atención primaria en salud requiere accesibilidad universal como uno de sus pilares fundamentales.

Los hallazgos obtenidos no solo permiten caracterizar el estado de salud de la comunidad, sino también evidencian la urgente necesidad de implementar políticas públicas con enfoque en DSS, fortalecimiento de la red de atención primaria y programas de promoción de salud que contemplen la realidad sociocultural local. Se recomienda continuar con intervenciones comunitarias participativas, que promuevan hábitos saludables desde la escuela, generen oportunidades de empleo estable y garanticen acceso equitativo a los servicios médicos. Este abordaje multiaxial es indispensable para avanzar hacia una mejora sostenible del bienestar colectivo.

## **Capítulo 6: Recomendaciones**

## Capítulo VI Recomendaciones

### 1. Fortalecimiento de la Prevención y Control de Enfermedades Crónicas No

**Transmisibles:** Dado el alto porcentaje de personas adultas con antecedentes patológicos de con hipertensión arterial (49%) y diabetes mellitus (31%), recomendamos diseñar e implementar un programa integral de seguimiento clínico para pacientes con enfermedades crónicas, que incluya educación en autocuidado, monitoreo regular y adherencia terapéutica, realizar jornadas comunitarias de tamizaje con medición de presión arterial y glucemia capilar, priorizando a los grupos etarios mayores de 40 años y crear redes de apoyo intersectoriales, integrando personal de salud, líderes comunitarios y familias, para acompañar a pacientes con patologías crónicas desde un enfoque biopsicosocial.

### 2. Promoción de Estilos de Vida Saludables:

Frente a los bajos niveles de actividad física y alimentación con una dieta saludable, identificados como factores de riesgo con asociación estadística significativa en nuestro estudio de investigación, proponemos desarrollar intervenciones comunitarias de promoción de la salud, tales como clases abiertas de ejercicio físico, caminatas organizadas y eventos deportivos intergeneracionales, fomentar hábitos nutricionales saludables mediante talleres de cocina saludable, charlas nutricionales y campañas visuales en espacios públicos y así como también incentivar la implementación de huertos familiares y escolares, como estrategia educativa y de autosuficiencia alimentaria.

3. **Enfoque Intersectorial sobre Determinantes Sociales de la Salud:** La significativa asociación entre enfermedades crónicas y determinantes como nivel de escolaridad ( $p = 0.00002$ ), tipo de empleo ( $p < 0.00001$ ) y condiciones de vivienda ( $p < 0.00001$ ) evidencia la necesidad de acciones integradas, como establecer alianzas estratégicas con instituciones educativas para reforzar programas de alfabetización funcional y capacitación técnico-laboral para jóvenes y adultos con bajo nivel educativo, impulsar programas de mejoramiento habitacional, priorizando hogares clasificados como “regulares” o “malos”, a través de programas estatales y participación comunitaria y promover iniciativas de formación y empleo local, con orientación vocacional y apoyo a emprendimientos, especialmente entre población con empleo temporal o desempleada.
4. **Ampliación de la Cobertura y Accesibilidad a Servicios de Salud:** Ante el 35% de la población que no cuenta con afiliación a una ARS, recomendamos gestionar campañas de afiliación masiva en colaboración con las entidades gubernamentales y fortalecer la atención primaria, mediante consultorios móviles, jornadas médicas periódicas y extensión de horarios de atención en el centro de salud más cercano.
5. **Participación Social y Gobernanza Local en Salud:** Constituir comités locales de salud comunitaria, integrados por representantes de los distintos sectores de la comunidad, con funciones de vigilancia, gestión y evaluación participativa, desarrollar programas de educación popular en salud, con materiales accesibles y metodologías activas, potenciar el liderazgo juvenil, promoviendo su protagonismo en iniciativas comunitarias que aborden los principales retos sanitarios.

6. **Educación Sanitaria y Alfabetización en Salud:** Diseñar materiales educativos visuales y sonoros enfocados en prevención de enfermedades comunes y uso adecuado de los servicios de salud, capacitar agentes comunitarios en estrategias de educación sanitaria puerta a puerta y con enfoques lúdicos y fomentar la comprensión del etiquetado nutricional, riesgos de la automedicación y uso racional de medicamentos.
7. **Gestión de Riesgos y medidas de prevención Comunitaria:** Desarrollar un plan local de preparación ante emergencias sanitarias, desastres naturales o brotes epidemiológicos, formar brigadas de primeros auxilios comunitarios, equipadas y entrenadas para actuar en situaciones de crisis e integrar simulacros periódicos en escuelas y espacios comunitarios para fortalecer la cultura de prevención.
8. **Inclusión Digital y Acceso a Tecnología para la Salud:** Promover el uso de aplicaciones de salud en dispositivos móviles y plataformas de telemedicina para fortalecer el autocuidado y el monitoreo de pacientes que sea difícil su traslado a la institución de salud.

## **Anexos**

## Tablas

| Tabla #1 Distribución de la población evaluada de acuerdo con el sexo |            |                |
|---|------------|----------------|
| Sexo  | Frecuencia | Porcentaje (%) |
| Masculino   | 412        | 47             |
| Femenino  | 462        | 53             |
| Total   | 874        | 100            |

| Tabla #2 Distribución de la población evaluada de acuerdo al grupo etario |            |                |
|---|------------|----------------|
| Grupo etario  | Frecuencia | Porcentaje (%) |
| Adulto  | 702        | 80             |
| Pediátrico  | 172        | 20             |
| Total   | 874        | 100            |

Tabla #3 Distribución de la población pediátrica evaluada de acuerdo a su edad

| Rango de edad | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|---------------|------------|----------------|
| 0-28 días     | 4          | 2.3            |
| 1-11 meses    | 8          | 4.8            |
| 1-2 años      | 12         | 6.9            |
| 3-6 años      | 19         | 11             |
| 7-10 años     | 38         | 22             |
| 11-17 años    | 91         | 53             |
| Total         | 172        | 100            |

Tabla #4 Distribución de la población adulta evaluados de acuerdo con su edad

| Rango de edad      | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|--------------------|------------|----------------|
| 18-25 años         | 82         | 11.7           |
| 26-30 años         | 80         | 11.4           |
| 31-35 años         | 70         | 10             |
| 36-40 años         | 75         | 10.7           |
| 41-50 años         | 122        | 17.4           |
| 51-60 años         | 141        | 20             |
| Mayores de 60 años | 132        | 18.8           |
| Total              | 702        | 100            |

Tabla #5 Distribución de la población adulta según la característica de la vivienda

| Características de la vivienda | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|--------------------------------|------------|----------------|
| Buena                          | 400        | 57             |
| Regular                        | 289        | 41             |
| Mala                           | 13         | 2              |
| Total                          | 702        | 100            |

Tabla #6 Distribución de la población adulta según el nivel de escolaridad

| Escolaridad               | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|---------------------------|------------|----------------|
| No sabe leer, ni escribir | 43         | 6              |
| Preescolar                | 6          | 1              |

|               |     |     |
|---------------|-----|-----|
| Primaria      | 244 | 35  |
| Bachiller     | 305 | 43  |
| Universitario | 95  | 14  |
| Técnico       | 9   | 1   |
| Total         | 702 | 100 |

Tabla #7 Distribución de la población pediátrica según el nivel de escolaridad

| Escolaridad               | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|---------------------------|------------|----------------|
| No sabe leer, ni escribir | 32         | 19             |
| Preescolar                | 20         | 12             |
| Primaria                  | 93         | 54             |

|               |     |     |
|---------------|-----|-----|
| Bachiller     | 18  | 10  |
| Técnico       | 0   | 0   |
| Universitario | 9   | 5   |
| Total         | 172 | 100 |

Tabla #8 Distribución de la población adulta según el tipo de empleo que posee

| Tipo de empleo | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|----------------|------------|----------------|
| Temporal       | 261        | 37             |
| Fijo           | 231        | 34             |
| Desempleado    | 199        | 29             |
| Total          | 702        | 100            |

Tabla #9 Distribución de la población adulta según la realización de al menos 30 min de actividad física al día.

| Actividad física | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|------------------|------------|----------------|
| Si               | 329        | 43             |
| No               | 373        | 57             |
| Total            | 702        | 100            |

Tabla #10 Distribución de la población adulta según el consumo diario de una dieta saludable (proteínas, lípidos, carbohidratos).

| Consumo de dieta saludable | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|----------------------------|------------|----------------|
| Si                         | 329        | 47             |
| No                         | 373        | 53             |
| Total                      | 702        | 100            |

Tabla #11 Distribución de la población adulta con antecedentes patológicos conocidos según la patología identificada

| Enfermedades identificadas      | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|---------------------------------|------------|----------------|
| Hipertensión arterial sistémica | 236        | 49             |
| Diabetes mellitus               | 151        | 31             |

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| Enfermedad renal crónica                          | 33  | 7   |
| Enfermedad cerebrovascular                        | 12  | 3   |
| Trastornos respiratorios<br>(Asma bronquial/EPOC) | 50  | 10  |
| Total de enfermedades<br>identificadas            | 482 | 100 |

Tabla #12 Distribución de la población pediátrica con antecedentes patológicos conocidos según la patología identificada

| Enfermedades identificadas | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|----------------------------|------------|----------------|
| Falcemia                   | 3          | 6              |
| Enfermedades respiratorias | 15         | 30             |
| Enfermedades               | 4          | 8              |

|                      |    |     |
|----------------------|----|-----|
| gastrointestinales   |    |     |
| Dengue               | 28 | 56  |
| Total de pediátricos | 50 | 100 |

Tabla #13 Distribución de la muestra según si constan con cobertura de alguna ARS.

| Cobertura    | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|--------------|------------|----------------|
| Subsidiado   | 319        | 36             |
| Contributivo | 250        | 29             |
| No           | 305        | 35             |
| Total        | 874        | 100            |

Tabla #14 Distribución de la población considerando la relación de la presencia de antecedentes patológicos conocidos y la realización de actividad física o ejercicio

| Factor de riesgo evaluado   | Presencia de antecedentes patológicos |            | Antecedentes patológicos negados |            |
|---|---------------------------------------|------------|----------------------------------|------------|
|   | Frecuencia                            | Porcentaje | Frecuencia                       | Porcentaje |
| Sedentario  | 178                                   | 60         | 270                              | 66         |
| Realiza algún tipo de actividad física o ejercicio durante 30 min en el día | 117                                   | 40         | 137                              | 33         |
| Total   | 295                                   | 100        | 407                              | 100        |

Tabla #15 Distribución de la población que consta con antecedentes mórbidos conocidos y la relación con el tipo de alimentación balanceada (proteínas, lípidos, carbohidratos).

| Factor de riesgo evaluado  | Presencia de antecedentes patológicos |                | Antecedentes patológicos negados |                |
|----------------------------|---------------------------------------|----------------|----------------------------------|----------------|
|                            | Frecuencia                            | Porcentaje (%) | Frecuencia                       | Porcentaje (%) |
| Alimentación no balanceada | 174                                   | 59             | 220                              | 54             |
| Alimentación balanceada    | 121                                   | 41             | 187                              | 46             |
| Total                      | 295                                   | 100            | 407                              | 100            |

Tabla #16 Distribución de la población adulta considerando la relación entre el nivel de escolaridad y los antecedentes patológicos

| Nivel de escolaridad     | Presencia de antecedentes patológicos |                | Antecedentes patológicos negados |                |
|--------------------------|---------------------------------------|----------------|----------------------------------|----------------|
|                          | Frecuencia                            | Porcentaje (%) | Frecuencia                       | Porcentaje (%) |
| No sabe leer ni escribir | 18                                    | 6              | 25                               | 6              |
| Preescolar               | 6                                     | 2              | 0                                | 0              |
| Primaria                 | 104                                   | 35             | 140                              | 34             |
| Bachiller                | 140                                   | 47             | 165                              | 41             |
| Técnico                  | 6                                     | 2              | 3                                | 1              |
| Universitario            | 21                                    | 8              | 74                               | 18             |

|       |     |     |     |     |
|-------|-----|-----|-----|-----|
| Total | 295 | 100 | 407 | 100 |
|-------|-----|-----|-----|-----|

Tabla #17 Distribución de la población adulta que consta con antecedentes patológicos conocidos y las características de su vivienda

| Características de la vivienda | Presencia de antecedentes patológicos |                | Antecedentes patológicos negados |                |
|--------------------------------|---------------------------------------|----------------|----------------------------------|----------------|
|                                | Frecuencia                            | Porcentaje (%) | Frecuencia                       | Porcentaje (%) |
| Buena                          | 221                                   | 75             | 179                              | 44             |
| Regular                        | 69                                    | 23             | 220                              | 54             |
| Mala                           | 5                                     | 2              | 8                                | 2              |
| Total                          | 295                                   | 100            | 407                              | 100            |

Tabla #18 Distribución de la población adulta que consta con antecedentes patológicos conocidos y su tipo de empleo.

| Tipo de empleo | Presencia de antecedentes patológicos |                | Antecedentes patológicos negados |                |
|----------------|---------------------------------------|----------------|----------------------------------|----------------|
|                | Frecuencia                            | Porcentaje (%) | Frecuencia                       | Porcentaje (%) |
| Fijo           | 74                                    | 25             | 157                              | 39             |
| Temporal       | 155                                   | 52             | 106                              | 26             |
| Desempleado    | 66                                    | 23             | 144                              | 35             |
| Total          | 295                                   | 100            | 407                              | 100            |



## **Consentimiento informado**

### **Diagnóstico de situación de salud del Manguito, Sabana Perdida, Santo Domingo Norte, República Dominicana, mayo-agosto 2024.**

Usted ha sido invitado a participar en un trabajo de investigación del **Diagnóstico de situación de salud del Manguito, Sabana Perdida, Santo Domingo Norte, República Dominicana, mayo-agosto 2024** por parte del Dr. José Miguel Reyes Jess y la Dra. Massiel Ramona Mateo Cuevas.

Se trata de un trabajo de investigación para postgrado de medicina familiar y comunitaria, donde utilizaremos los datos de las fichas familiares de la comunidad del Manguito almacenadas en el Centro de primer nivel de atención “Comunidad Carismática de la Visitación y de la Eucaristía” con el fin de identificar los datos sociodemográficos de la población, determinantes sociales, enfermedades crónicas y factores de riesgo. No existe costo por participar en este trabajo de investigación, el beneficio que obtendremos será poder argumentar y desarrollar medidas para lograr identificar con tiempo las problemáticas de salud presentes en la comunidad, así como datos generales de la población sobre los factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas.

No existen riesgos relevantes por la colaboración en este estudio. Los datos obtenidos son totalmente confidenciales, la información personal como identidad no será divulgada.

Nombre: \_\_\_\_\_ apruebo mi participación en este estudio, en el cual fui informado correctamente del uso de mis datos en este estudio de investigación, en la fecha \_\_\_\_\_

Sustentantes:

José Miguel Reyes Jess \_\_\_\_\_

Massiel Ramona Mateo Cuevas \_\_\_\_\_





**Tabla No. 1 Diferencia entre promoción de la salud y prevención de enfermedades**

|                         | Promoción de la salud   | Prevención de enfermedades  |
|-------------------------|---|---|
| Modelo                  | <p>Salutogénico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud = positivo y multidimensional vinculado con el bienestar</li> <li>• Modelo socioecológico</li> <li>• Factores de protección/ activos sanitarios</li> <li>• Proactivo</li> <li>• Foco lingüístico: Fortalezas y motivación</li> </ul> | <p>Patogénico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud = ausencia de enfermedades.</li> <li>• Modelo biomédico.</li> <li>• Factores de riesgo</li> <li>• Reactivo</li> <li>• Foco lingüístico: Déficit y prevención.</li> </ul> |
| Acciones encaminadas a: | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toda la sociedad.</li> <li>• Personas, grupos y comunidades.</li> <li>• Personas saludables y enfermas</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciertas personas o grupos para:</li> <li>• Reducir el riesgo de enfermedades (prevención primaria).</li> </ul>   |

|                              |  |   |
|------------------------------|--|---|
|                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sectores de la salud y otros entornos.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosticar enfermedades de forma oportuna (prevención secundaria).</li> <li>• Reducir complicaciones o los fallecimientos (prevención terciaria).</li> <li>• Sector salud.</li> </ul>  |
| <p>Métodos y estrategias</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gobernanza para mejorar la salud y el bienestar.</li> <li>• Legislación y políticas públicas.</li> <li>• Acción intersectorial y múltiples niveles</li> <li>• Participación y empoderamiento de la comunidad.</li> <li>• Entornos saludables.</li> <li>• Marketing social.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de revisión medica</li> <li>• Pruebas de detección.</li> <li>• Servicios clínicos preventivos</li> <li>• Tratamientos oportunos</li> <li>• Educación y comunicación sobre salud, enfoque basado en el riesgo.</li> </ul> |

# Aplicación Completa para Estudiantes

**Código de Aplicación**

ACECEI2024-279

**Nombre del Estudiante #1**

José Miguel Reyes

**Matrícula del Estudiante #1**

221188

**Nombre del Estudiante #2**

Massiel Ramona Mateo

**Nombre del Proyecto de Investigación**

Diagnóstico de situación de salud del Manguito, Sabana Perdida, Santo Domingo Norte, República Dominicana, mayo-agosto 2024

**ESTADO DE LA APLICACIÓN**

APROBADO



## CERTIFICACIÓN EN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

**Nombre Completo** José Miguel Reyes Jess

**Matrícula o código institucional** 000000

**Carrera/Posición:** Postgrado en Medicina

**Estado del examen** Aprobado

**Número de Certificación** **DIAIRB2025-1017**

**Fecha** Wednesday, April 2, 2025

**Michael A. Alcántara-Minaya, MD**  
Coordinador Comité de Ética  
Vicerrectoría de Investigación e Innovación  
Universidad Iberoamericana (UNIBE)





## CERTIFICACIÓN EN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

**Nombre Completo** MASSIEL RAMONA MATEO CUEVAS  
**Matrícula o código institucional** 000000  
**Correo Electrónico Institucional** massielcuevas74@gmail.com  
**Carrera/Posición:** Medicina  
**Estado del examen** Aprobado  
**Número de Certificación** **DIAIRB2025-1084**  
**Fecha** Tuesday, April 22, 2025

**Michael A. Alcántara-Minaya, MD**  
Coordinador Comité de Ética  
Vicerrectoría de Investigación e Innovación  
Universidad Iberoamericana (UNIBE)



## Referencias

1. Situación de salud y sus tendencias. Reposorio del Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana [Internet]. marzo de 2000; Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/135/situacionSalud2000.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
2. Determinantes sociales de la salud [Internet]. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
3. Del Carmen PBM, Isabel LB, Teresa FRA, De Haz Héctor G, Alina SP. Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria [Internet]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252006000300002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000300002)
4. Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana. (2021). *Diagnóstico de situación de salud en la República Dominicana 2021*. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública.
5. González-Cantero, A., & Ramírez-Moreno, M. A. (2022). *La evaluación de la situación de salud: Herramientas y modelos en la salud pública*. Revista Española de Salud Pública, 96 (1),
6. Análisis de Situación de Salud (ASIS) | Buenos Aires Ciudad - Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [Internet]. Disponible en: <https://buenosaires.gob.ar/salud/servicios-de-salud/epidemiologia/analisis-de-situacion-de-salud-asis#:~:text=Los%20ASIS%20son%20procesos%20que,de%20promoci%C3%B3n%20prevenci%C3%B3n%20y%20control.>

7. Universidad Abierta y a Distancia de México. Diagnóstico de salud: Programa desarrollado. Segundo Semestre Salud Pública [Internet]. U3. Disponible en: [https://dmd.unadmexico.mx/contenidos/DCSBA/BLOQUE1/PES/02/FSPU/unidad\\_03/descargables/FSPU\\_U3\\_Contenido.pdf](https://dmd.unadmexico.mx/contenidos/DCSBA/BLOQUE1/PES/02/FSPU/unidad_03/descargables/FSPU_U3_Contenido.pdf)
8. Salud pública I: productos del módulo [internet]. Colecciones educativas 3 en salud pública. Universidad Abierta y a Distancia de México. Mauricio Mendoza González; 2005. Disponible en: <https://www.uv.mx/msp/files/2013/01/dx-2005.pdf>
9. Declaración de Alma-Ata [Internet]. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
10. Determinantes sociales de la salud: Resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (Río de Janeiro, Brasil, octubre de 2011) [Internet]. 2012. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/wha65/a65\\_16-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha65/a65_16-sp.pdf)
11. Desarrollo Sostenible. La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Desarrollo Sostenible. 2017. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>
12. Sanchez. El diagnóstico de salud y la planificación en salud pública. Editorial Médica Panamericana.; 2010.
13. Diccionario de cáncer del NCI [Internet]. Cancer.gov. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/determinantes-sociales-de-la-salud>

14. Lopez, Alvarado. Métodos de investigación en salud pública. Editorial McGraw-Hill; 2009.
15. Indicadores de salud: Aspectos conceptuales y operativos [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2018. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49058/9789275320051\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49058/9789275320051_spa.pdf)
16. Determinantes sociales de la salud [Internet]. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,condiciones%20de%20la%20vida%20cotidiana%22.>
17. Promoción de la salud [Internet]. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>
18. González Betancourt E, García Baró Y, Jiménez Sánchez L, García Dihigo JA. Prevenção de doenças ocupacionais e desenvolvimento sustentável: rumo a uma abordagem interdisciplinar, humanista, ativa e transformadora. SCIELO [Internet]. 2022; Coodes vol.10 no.1 Pinar del Río. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2310-340X2022000100203&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2310-340X2022000100203&script=sci_arttext)
19. Bégin M. Social Determinants of Health. Oxford University Press eBooks [Internet]. 13 de octubre de 2005; Disponible en: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198565895.001.0001>
20. DEPARTAMENTO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y GESTIÓN DE USUARIO [SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE]. DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO: ORIENTACIONES TÉCNICAS [Internet]. 2016. Disponible en: <https://redsalud.ssmso.cl/wp->

[content/uploads/2018/08/Orientaciones-para-realizar-Diagn%C3%B3sticos-Participativos-Final-2.0.pdf](#)

21. Murray, Christopher J. L, Lopez, Alan D, World Health Organization, World Bank & Harvard School of Public Health. (1996). Global health statistics : a compendium of incidence, prevalence and mortality estimates for over 200 conditions / Christopher J. L. Murray, Alan D. Lopez. Harvard School of Public Health. <https://iris.who.int/handle/10665/41848>
22. Enfermedades no transmisibles [Internet]. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
23. Instituto Nacional de Salud Pública, González Block MÁ. Importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas [Internet]. 2012. Disponible en: [https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/131209\\_determinantesSociales.pdf](https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/131209_determinantesSociales.pdf)  
[ISBN 978-607-511-081-3](#)
24. INE - Instituto Nacional de Estadística. Glosario de conceptos [Internet]. INE. Disponible en: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4484>
25. Ministerio de Salud Pública de República Dominicana. MANUAL INFORMATIVO E INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA FICHA FAMILIAR DE LAS UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIAS: Serie Guía y Manuales para el Desarrollo del Primer Nivel de Atención No. 4.6 [Internet]. 2010. Disponible en: <https://srsnordeste.gob.do/download/14/sistema-de-informacion/1007/manual-informativo-e-instructivo-de-ficha-familiar.pdf>

26. Cottonieto-Martínez E. Componentes y actividades del diagnóstico de salud poblacional [Internet]. 2020. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/issue/archive>. ISSN: 2007-4573. Publicación semestral, Vol. 9 No. 17 (2020) 66-68.
27. DÍAZ ADAME CO, FERNÁNDEZ GUSTAVO L. DIAGNÓSTICO DE SALUD CENTRO DE SALUD TII DR. LUIS ALBERTO EROSA LEÓN SAN PEDRO ATOCPAN, MILPA ALTA FEBRERO 2022 – ENERO 2023 [Internet] [Tesis de licenciatura]. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco; 2021. Disponible en: <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/retrieve/0a7b8ce9-f14f-4348-a03d-e16a71ba3331/251493.pdf>
28. Marcelo Grela J. Analizar la situación de salud del Barrio Centenario y formular líneas estratégicas de acción para abordar los principales problemas encontrados. [Internet]. Universidad Nacional de Córdoba; 2011. Disponible en: [https://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/grela\\_marcelo\\_jose\\_parte2.pdf](https://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/grela_marcelo_jose_parte2.pdf)
29. Ocaranza RB, Ojeda IM, Aedo JAC. Estudio epidemiológico de pacientes con diabetes mellitus en el centro de salud familiar Yanequen, Chile [Internet]. Dialnet. 2022. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8659120>
30. Peña Chocué DC, Toro Aguirre CM, Brito EM, Girón Restrepo GA, Afanador Rodríguez MI, Delgado D, Nossa D, Beltrán Camayo J. Determinantes sociales y su influencia en la enfermedad, visión latinoamericana, caso Colombia 2020. Sapientía [Internet]. 3 de agosto de 2022 [citado 23 de febrero de 2025];14(27):38-4. Disponible en: <https://revistas.uniajc.edu.co/index.php/sapientia/article/view/117>

31. María PLR. Diagnóstico situacional de salud del sector pueblo Abajo Azua, 2011 [Internet]. 2013. Available from: <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/4792>
32. Labanda Casquete J, Herrera Martínez C, Rodríguez Cagua M, Moreno Guambo E. Análisis situacional integral de salud en la comunidad de Balerío Estacio, Guayaquil. 2023. prosciences [Internet]. 30 de junio de 2024 [citado 23 de febrero de 2025];8(52):95-105. Disponible en: <https://journalprosciences.com/index.php/ps/article/view/710>
33. Análisis de situación de salud Sabana perdida [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-autonoma-de-santo-domingo/salud-y-sociedad-i/unidad-4-diagnostico-de-salud/88016811>
34. De Portales Web Del Ministerio De Educación De La República Dominicana D. Presidente deja inaugurados 13 centros educativos y cuatro estancias infantiles en la provincia Santo Domingo | Ministerio de Educación de la República Dominicana [Internet]. Available from: <https://ministeriodeeducacion.gob.do/comunicaciones/noticias/presidente-deja-inaugurados-13-centros-educativos-y-cuatro-estancias-infantiles-en-la-provincia-santo-domingo>

