

República Dominicana

Universidad Pedro Henríquez Ureña

Hospital regional Taiwan 19 de Marzo.

Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE SALUD DEL SECTOR PUEBLO ABAJO AZUA,  
2011.

Tesis de pos grado para optar por el título de especialista en:

**MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**



**UNPHU**  
Universidad Nacional  
Pedro Henríquez Ureña

Sustentante:

Dra. Rosanna María Portorreal Luna

Asesores:

Dra. Mercedes Vázquez (Clínica)

Rubén Darío Pimentel (Metodológico)

Los conceptos emitidos en la presente tesis de pos grado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante.

Distrito Nacional: 2013

## CONTENIDO

Agradecimientos

Dedicatorias

Resumen

Abstract

I. Introducción...	12
I.1. Antecedentes .....	12
I.1. Justificación .....	14
II. Planteamiento del Problema. ....	15
III. Objetivos. ....	16
III.1. General. ....	16
III.2. Específicos. ....	16
IV. Marco Teórico. ....	17
IV.1. Contexto del sistema de salud .....	17
IV.1.1. Análisis de la situación de salud .....	18
IV.1.2. Análisis epidemiológico .....	19
IV.1.3. Objetivos de desarrollo del milenio. ....	20
IV.2. Historia del ASIS .....	21
IV.3. Definición de ASIS. ....	22
IV.3.1. Clasificación .....	24
IV.3.2. Propósitos .....	24
IV.3.3. Finalidad. ....	24
IV.3.4. Ámbito. ....	24
IV.3.5. Razones para hacer el ASIS .....	25
IV.3.6. Quienes y como participan. ....	25
IV.3.7. Pasos para elaborar el ASIS .....	25
IV.3.8. Fuentes de elaboración .....	26
IV.4. Área principales a considerar. ....	26
IV.5. Perfil de salud .....	29
IV.6. Determinaciones de la salud .....	32
IV.6.1. Determinación de la salud .....	32
IV.6.2. Determinantes políticos .....	32
IV.6.3. Determinantes económicos .....	63

IV.6.4. Determinantes sociales . . . . .	63
IV.6.5. Determinantes medioambientales . . . . .	63
IV.7. Funciones del sistema de salud . . . . .	34
IV.7.1. Rectoría. . . . .	34
V. Hipótesis . . . . .	38
VI. Operacionalización de las variables . . . . .	39
VII. Material y método. . . . .	40
VII.1. Tipos de estudio . . . . .	40
VII.2. Demarcación geográfica. . . . .	40
VII.3. Universo . . . . .	40
VII.4. Muestra . . . . .	40
VII.5. Criterios . . . . .	40
VII.5.1. De inclusión . . . . .	40
VII.5.2. De exclusión. . . . .	41
VII.6. Instrumento de recolección de los datos . . . . .	41
VII.7. Procedimientos . . . . .	41
VII.8. Tabulación . . . . .	41
VII.9. Análisis de datos . . . . .	41
VII.10. Aspectos éticos. . . . .	41
VIII. Resultados . . . . .	42
IX. Discusión . . . . .	55
X. Conclusiones . . . . .	57
XI. Recomendaciones . . . . .	58
XII. Referencias. . . . .	59
XIII. Anexos . . . . .	62
XIII.1. Cronograma. . . . .	62
XIII.2. Instrumento de recolección de datos . . . . .	63
XIII.3. Costos y recursos . . . . .	64
XIII.4. Mapa vista aérea. . . . .	65
XIII.5. Evaluación . . . . .	66

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios.

Que es nuestro refugio y fortaleza de permitir realizar mi objetivo, saber lo que necesitamos antes de pedírselo y sé que nunca nos abandona.

A mis padres: María Consuelo Luna y Domingo Portorreal.

Son parte importante en todos mis proyectos, por estar siempre apoyándome sé que puedo contar con ustedes cada día de mi vida, porque lo logramos juntos.

A mis hermanos: Elizabeth, Luz del Alba, Carolina, Daniel y Andy.

Por estar siempre presentes en todos los momentos y saber que puedo contar con ustedes.

A mis amigos y compañeros: Dra. Mildred Flores Ramírez.

Por ser una gran amiga solidaria, laboriosa y aceptarme en tu familia con las mejores intenciones y actitudes estar presente en los momentos de salud, enfermedad, alegría y tristeza. Florecita gracias de corazón, que Dios te de un grandioso futuro para ver realizados todos tus proyectos, sabes que mi casa es tu casa.

A la familia Flores Ramírez.

Por acogerme en su hogar y permitir que sea parte de ustedes en tan importante etapa de mi vida.

Al Hospital Regional Taiwán 19 de marzo.

Por tener la residencia de medicina familiar y comunitaria tan importante para la atención primaria.

A la residencia de medicina familiar del Hospital Regional Taiwán 19 de marzo.

Por ayudarnos a realizar nuestro objetivo ser médicos especialistas en medicina familiar y poder ejercer con un alto índice de satisfacción.

Al consejo de enseñanza y profesores: Dras. Acosta, De León, Rosa, Piña, Lizardo, Reyes, Díaz Cedano, Vásquez, Barranco. Dres. Roa, Mejía, Reyes, Martínez, Peltier.

Por tener las mejores intenciones para que estuviéramos una adecuada capacitación, para que seamos médicos de familia emprendedores con espíritu innovador que nos permita obrar con los mejores principios hacia el ser humano.

A la Dra. Rosa Magalis Piña.

Por su cariño y fuerza de carácter y dedicación a la enseñanza de la residencia para que pudiéramos lograr nuestra meta.

Al Dr. Rafael Roa.

Por su solidaridad y cooperación para con nosotros y enseñarnos que el éxito no esta tan solo en las características del líder sino en las del grupo.

Al Dr. Eusebio Almonte.

Por sus mejores deseos hacia nosotros y brindarnos su cariño.

A mis asesores metodológico y clínico: Dr. Rubén Darío Pimentel y Dra. Mercedes J. Vásquez.

Gracias por su ayuda y colaboración en la realización de este proyecto.

A mis amigos: Elvis Torres, Anderson Rosso, Robelin Ramírez.

Por su amistad, tiempo, dedicación y esfuerzo, estar siempre disponibles y ser excelentes colaboradores.

A los Dres: Jiménez Montaz, Díaz, Peña, Cuevas, Hernández, Lebrón, Terrero.

Por sus afectos y buenos deseos gracias.

A mi amigo especial: Dr. Milciades Jiménez Ortiz.

Por ser un colaborador incondicional con la mayor disposición y disponibilidad conmigo, por estar presente en los momentos buenos y malos de estos años de preparación. Por decirme que sea paciente y tolerante y que con dedicación y perseverancia podemos realizar nuestros objetivos, por recordarme que valió el esfuerzo que hicimos para poder alcanzar nuestra meta. Gracias por el cariño personal mostrado.

## **DEDICATORIAS**

A mis padres: Domingo y María Consuelo.

Por su optimismo, e integridad y responsabilidad para que realicemos nuestros proyectos. Mi logro es de ustedes.

A mis hermanos: Andy, Daniel, Carolina, Luz de Alba, Elizabeth.

Decirles que con dedicación y esfuerzo se pueden lograr nuestras metas.

A mis sobrinos: Daylan, Daneyli y Lismel.

Por ser tan cariñosos y tener un espíritu muy creativo.

A mi amiga: Mildred Flores Ramírez.

Por ser mi compañera en este trayecto, siempre luchar por lo que queremos sin importar los obstáculos que podemos encontrar en el camino y así poder realizar todo lo que queremos. Amiga mía lo logramos!

A mis tías: Aura y Mercedes (Mey).

Por sus muestras de cariño y buenos deseos.

A mi primo: Joel González Luna.

Saber que siempre que queremos realizar algo en la vida con dedicación y esfuerzo lo podemos lograr.

A mis amigos: Adalgisa, Ana, Rossina, Rosilda, Yokasta, Carlos, Yolanda, Diana, Sagrario, Rudel, Cándida, Elpidio, Oscar.

A pesar de la distancia seguimos siendo amigos.

A mi amigo: Miguel Taveras Cabral.

Al ser perseverante y perseguir tus objetivos que te motiven puedes realizar lo que te propongas, que nadie perturbe tu paz.

A mis compañeros de residencia: Rosanna Farías, Keila Rosario, Basilia de la Cruz, Martha Hernández, Mary Hernández y Yudelka Martínez.

A pesar de las dificultades que se presenten en nuestras vidas siempre perseguir nuestros sueños y ver al final que se ha logrado el éxito porque nos decidimos y atrevimos y descubrimos lo extraordinario que somos que construimos nuestro destino cada día y desafiamos al mundo cada vez que nos proponemos cumplir una de nuestras metas. Sigamos creciendo.

Tener Fé.

El que cree es el que realmente ve,  
Cree en el amor y veras sus efectos,  
Cree que puedes triunfar y triunfaras,  
Cree que nada es imposible, y todo será posible,  
Cree en la oración y veras su eficacia,  
Cree en la fuerza de la palabra de Dios y ella te  
iluminara y guiara.

Dra. Rosanna María Portorreal Luna



## **RESUMEN**

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, para determinar el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua, República Dominicana, durante el año 2011. El grupo de edad más frecuente estuvo entre 20 a 49 años con un 30.1 por ciento. En la población estudiada el sexo predominante corresponde al femenino con 54.7 por ciento. En cuanto al nivel educativo de la población el mayor porcentaje está representado por el nivel bachiller con 29.2 por ciento. La mayoría de la población estudiada se encuentra desempleada representando el 35.0 por ciento. En el sector predominan las viviendas propias para un 68.3 por ciento. El 75.6 por ciento de las viviendas se encuentra en buen estado. El 73.8 por ciento de la población tiene acceso a inodoro exclusivo. El 100.0 por ciento de la población estudiada se abastece de agua proveniente de acueductos y cisternas. La morbilidad de mayor porcentaje corresponde a la Hipertensión arterial lo que representa el 51.2 por ciento. Del total de la población estudiada el 74 por ciento está representado por el tipo de familia nuclear. El 100% de las viviendas utiliza el servicio de energía eléctrica. El resultado de las fichas familiares de los infantes arrojó que el 85 por ciento de la población del pueblo abajo tiene la vacuna completa

**Palabra clave:** diagnóstico situacional.

## **ABSTRACT**

There was realized a retrospective, descriptive study, to determine the situational diagnosis of health of the sector I populate Below, Azua, Dominican Republic, during the year 2011. The group of the most frequent age was between 20 to 49 years with 30.1 per cent. In the studied population the predominant sex corresponds to the feminine one with 54.7 per cent. As for the educational level of the population the major percentage graduate is represented by the level by 29.2 per cent. The majority of the studied population is unemployed representing 35.0 per cent. In the sector they predominate over the own housings for 68.3 per cent. 75.6 per cent of the housings is in good condition. 73.8 per cent of the population has access to exclusive watercloset. 100.0 per cent of the studied population is supplied of water from aqueducts and cisterns. The morbidity of major percentage corresponds to the arterial Hypertension what represents 51.2 per cent. Of the total of the studied population 74 per cent is represented by the type of nuclear family. 100 % of the housings uses the service of electric power. The result of the familiar cards of the infantes threw that 85 per cent of the population of the people below has the bovine complete.

**key Word:** situational diagnosis.

## **I. INTRODUCCIÓN.**

El diagnóstico de situación formal parte de la primera etapa del proceso administrativo. La planeación es un hecho imprescindible dentro de las actividades de programación en Salud Pública. Es la ejecución de una metodología que permite la detección de diversas problemáticas y los factores que la determinan.

Existen varios procesos para analizar las acciones que se deben llevar a cabo y para la toma de decisiones correctas es necesario utilizar un método eficaz, para esto existen varios tipos de diagnósticos que se adaptan a las necesidades de una comunidad, empresa o persona. Estos pueden ser diagnósticos organizacional, empresarial, estratégicos o situacional en el cual nos enfocaremos.

Un diagnóstico situacional de salud es el conocimiento aproximado de las diversas problemáticas de una población e interpretación de los factores y actores que determinan su situación, en análisis de la perspectiva y una evaluación de la misma.

Su propósito es identificar las problemáticas detectadas en término de su naturaleza y malignidad.

Entenderemos que tan importante y sencillo es utilizar el diagnostico situacional, pues nos permite encontrar respuestas a muchas incógnitas que envuelven a una sociedad, en este caso al sector del Pueblo Abajo.

En vez encontrado el problema de la comunidad se intenta llevar a cabo una serie de pasos para ayudarlas a solucionar sus problemas que este pueden ser económicos, culturales, sociales y familiares.

### **I.1. Antecedentes.**

Para dar cumplimiento a los compromisos contraídos en la Cumbre del Milenio, celebra en la Sede de las Naciones Unidas en septiembre de 2000, SESPAS formulo y puso en ejecución la Estrategia Tolerancia Cero para reducir 7 problemas de salud priorizados: Mortalidad Materna, Mortalidad Infantil, Enfermedades Prevenibles por Vacunas, Dengue, malaria, TB, VIH y Rabia.

Si bien en República Dominicana se han analizado y publicado informes sobre la situación de salud de la población, así como estudios de la oferta de servicios de

salud y evaluaciones parciales de las políticas públicas en salud, incluyendo el proceso de reforma, el país no se ha embarcado en la realización de ejercicios integradores de análisis de la situación del sector de salud.

A partir de los mandatos de la legislación sanitaria en salud, vigente desde el 2001, que la necesidad de contar con estos análisis comienza a evidenciarse en el marco del fortalecimiento del rol rector de SESPAS para regular la producción social de la salud, dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias.

La Ley General de Salud (42-01) y la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (87-01) crean un escenario de separación de funciones en el cual SESPAS tiene la misión de especializarse como institución rectora y máxima autoridad sanitaria, responsable por la conducción y regulación eficientes del sector y el buen desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), responsabilidades que cobran especial relevancia ante la alta segmentación del sistema y la insuficiente participación social en la gestión de la salud.

Dentro de la función de rectoría del Sistema de Salud, el desempeño adecuado de la dimensión de conducción sectorial reviste especial importancia debida a que la formación, ejecución y evaluación de políticas y planes que implacten la calidad de vida de la población debe basarse en el análisis de los daños a la salud, sus determinantes y la capacidad de respuesta del sector, entre otros aspectos.

En marzo 2006, mediante un ejercicio participativo y con representación de los diferentes actores e instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, se realizó la medición del desempeño en la Rectoría a nivel nacional y por Regiones. El estudio obtenido en conducción fue de 2.7 (desempeño considerado entre pobre y normal), puntaje que indica la necesidad de invertir recursos en el desarrollo del capital humano y el fortalecimiento institucional para alcanzar el buen desempeño.

Ante esta realidad y dada la relevancia que para la conducción tiene el análisis sectorial, la Subsecretaria Técnica ha decidió iniciar el proceso de su realización con la finalidad de que se convierta en una herramienta útil para proveer información de calidad para la toma de desiciones programáticas y estratégicas, además de contribuir con el monitoreo y evaluación de los procesos de reforma.

## I.2. Justificación.

La salud es la manifestación dinámica del individuo y/o población que le permite adaptarse, integrarse y ser funcional en su entorno, tomando en cuenta los campos biológicos humanos, medio ambiente, estilos de vida y sistemas de salud.

Según la organización mundial de salud, «salud es el grado en que una persona pueda llevar a cabo sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y relacionarse adecuadamente con su ambiente».

El 25 de junio del 2012 en la conferencia de las naciones unidas sobre el desarrollo sostenible (Río + 20), se reconoció los importantes vínculos existentes entre la salud y el desarrollo y que la reducción de los contaminantes del aire, el agua y las sustancias químicas pueden evitar hasta la cuarta parte de la carga mundial de morbilidad.

Los objetivos de la salud pública: son la promoción y restauración de la salud, es por ello que conocer y comprender la dinámica de los diferentes determinantes que intervienen permitiendo establecer acciones para lograr dichos objetivos.

Es importante elaborar un diagnóstico de situación de salud de las comunidades, por lo que se propone la elaboración de un diagnóstico situacional de salud en el sector Pueblo Abajo, Azua, puesto que fomenta la participación de la población en la identificación de la problemática de salud.

## **II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Los diagnósticos en salud son instrumentos que plantean el nivel de salud de una población, y los factores que la condicionan.

Identifican los principales problemas y necesidades, así como los recursos disponibles estableciendo prioridades y proponiendo áreas de acción. Sirven de punto de partida para la elaboración de programas y estrategias locales encaminadas a convertir las localidades en lugares más habitables, así como la situación de salud de la población, evaluarla, identificar sus determinantes y los recursos que constituyen en la promoción de ésta.

Otras de las bondades de éste es poder ofrecer información confiable para la toma de decisiones a nivel de salud, ya que orienta a seleccionar y filtrar la información relevante, formulando conclusiones que posibilitan valorar la gravedad de los problemas indicando cuales son las principales causa.

Los diagnósticos de salud nos orientan en conocimiento de los factores sociales, económicos y culturales que intervienen en el desarrollo o no de las comunidades.

Su impacto en la salud de las poblaciones y finalmente a través de ellos se puede elaborar alternativas de solución a los problemas con la participación activa de la población.

Por éste motivo es de primordial importancia la elaboración de un diagnostico situacional en el sector de Pueblo Abajo, y conocer las necesidades de salud sentidas por la población, por lo que se propone la realización del mismo.

Es por ello que se parte de la siguiente pregunta en la investigación: ¿Cuál es el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua, 2011?

### **III. OBJETIVOS.**

#### **III.1. General.**

Determinar el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua 2011.

#### **III.2. Específicos.**

1. Describir las características sociales, económicas, ambientales, geográficas y demográficas del sector.
2. Clasificar la infraestructura y condiciones de las viviendas.
3. Analizar los determinantes sociales implicados en los problemas de salud.
4. Determinar las morbilidades más frecuentes en la población.
5. Presentar los resultados del diagnóstico de salud a la población y autoridades sanitaria, de los problemas detectados en el estudio realizado.

## **IV. MARCO TEÓRICO.**

### **IV.1. Contexto del sistema de salud**

A partir del año 2001, con la aprobación de un nuevo marco legal sanitario, el Sistema de Salud de República Dominicana entra en un proceso de grandes modificaciones. Las Leyes 42-01 (Ley General de Salud), promulgada el 8 de marzo del año 2001 y 87-01 (Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social) promulgada el 9 de mayo del mismo año, sientan las bases para la conformación del Sistema Nacional de Salud (SNS) y del Sistema Dominicano de Seguridad Social, respectivamente. La Ley 87-01 establece los fundamentos para el desarrollo de un sistema de protección social con cobertura universal, promoviendo el aumento del aseguramiento vía cotizaciones sociales, con los aportes de empleadores y empleados, así como del Estado para las personas de menores ingresos.

Este nuevo marco legal consagra el deber del Estado en garantizar la salud a toda la población y ordena realizar las transformaciones necesarias para que las funciones del Sistema Nacional de Salud –rectoría, provisión, aseguramiento, financiamiento– se separen y sean asumidas por las diferentes instituciones que le conforman. A la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) se le asigna la Función de Rectoría y la provisión de las intervenciones de Salud Colectiva.

La función de Financiamiento a las prestaciones de atención a las personas de menores ingresos se transfiere, vía subsidio a la oferta, al Seguro Nacional de Salud, el cual compra los servicios en los establecimientos de salud que se organizaran a través de redes de prestación con vocación pública, descentralizadas y de ámbito regional. Estas redes posteriormente conformarán los Servicios Regionales de Salud, con autonomía jurídica y administrativa.

La Ley 87-01 en sus artículos 127,128 y 129 establece el plan de beneficios y el plan de servicios de salud a la que tendrá derecho la población una vez este identificadas y seleccionada para uno de los regimenes para el aseguramiento, En atención al mandato de dicha Ley el Consejo Nacional de la Seguridad Social - CNSS-, ente rector de la aplicación de la Ley, ha precisado los contenidos específicos del Plan de servicios a ser ofertado (PBS) que debe garantizar el Sistema



Dominicano de Seguridad Social –SDSS- a toda la población, independientemente del régimen al cual pertenezca por su situación laboral, en el cual se han incluido las atenciones curativas básicas en los tres niveles de atención, así como, las intervenciones preventivas de carácter individual.

Las intervenciones preventivas de carácter poblacional y colectivo son explícitamente excluidas del financiamiento del Plan Básico de Salud, por entenderse que son responsabilidad del Estado y deben financiarse con presupuesto público.

#### IV.1.1 Análisis de la Situación de Salud

La población dominicana, atendiendo al censo del 2002, era 8,562,541 habitantes, con una densidad poblacional de 175,9 habitantes por km<sup>2</sup> con un crecimiento intercensal entre 1993-2002 de 1.8 por ciento, dato este que se puede correlacionar con la tasa de crecimiento anual (1.73 en el quinquenio 1990-1995 a 1.61 en el quinquenio 2000-2005).

Otro elemento a destacar es que el 63.6% de la población se ha movilizado a las áreas urbanas. Por otro lado, existe una tendencia a la disminución de la tasa de crecimiento anual de la población (1.73 en el quinquenio 1990-1995 a 1.61 en el quinquenio 2000-2005) la que podría relacionarse con la disminución de la tasa global de fecundidad y la tasa bruta de natalidad de ambos sexos.

También se observa una disminución en la tasa global de Fecundidad que para el quinquenio 1990-1995 era de 3.23 hijos, sin embargo en el quinquenio 2000-2004 fue 2.99 hijos, lo que representa una disminución de 0.24 en relación al primer periodo.

La tasa bruta de natalidad por mil habitantes de ambos sexos ha disminuido de 28.43 en el quinquenio 1990-1995 a 26.06 en el quinquenio 2000-2004, se ha incrementado la diferencia por sexo en la esperanza de vida al nacer de 66.47 años en el quinquenio 1990-1995 para los hombres a 68.11 años en el quinquenio 2000-2004, para las mujeres.

La esperanza de vida ha aumentado de 71.86 años a 74.35 años en los dos periodos, lo que se evidencia en las pirámides poblacionales.

Asimismo, se observa que la tasa bruta de mortalidad que para el quinquenio 1990-1995 fue de 5.87, no ha tenido cambios significativos para el quinquenio 2000-2004, en un 5.51.

#### IV.1.2. Análisis Epidemiológico

El país se encuentra en una etapa de transición epidemiológica, manifestada por la disminución de las enfermedades infecciosas frente a un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles; y una disminución de la desnutrición (La prevalencia anual de déficit nutricional moderado y grave en niños menores de 5 años, tiene diferencias significativas de acuerdo a la condición de urbano y rural. Para el nivel urbano tiene una tendencia oscilante mientras que, a nivel rural, la tendencia es a la disminución; así para el quinquenio 1990-1994, a nivel rural la prevalencia era de un 14.3, continuando con un 8.5 en el segundo quinquenio y un 6.9 para el tercer quinquenio, a diferencia en el nivel urbano, la prevalencia oscila entre un quinquenio y otro entre 7.7, 3.9 y 4.3 respectivamente) en relación al aumento del sobrepeso y la obesidad. Mientras la prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 120 días de edad para el quinquenio 2000-2004, fue de un 10 % de los nacidos vivos.

En relación al número anual de casos de las Enfermedades Prevenibles por Vacunas, para el quinquenio 1990-1995 se confirmaron 568 casos y para el año 2002 se confirmaron 1,111 casos de las enfermedades cuya situación general es la siguiente: La difteria, la tos ferina y el tétanos no neonatal han sido reducidos considerablemente desde la década del 1980, de tasas alrededor de 10 casos por 100,000 habitantes a por debajo de 0.1 por 100,000. En 2002, fueron notificados 35 casos de difteria y 10 de tos ferina.

De acuerdo a los datos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), a nivel nacional la proporción de población menor de un año vacunada contra difteria, pertusis y tétanos en 2002 fue de 72.8%.

..

..

#### IV.1.3. Objetivos de Desarrollo del Milenio

Para dar cumplimiento a los compromisos contraídos en la Cumbre del Milenio, celebrada en la Sede de las Naciones Unidas en septiembre de 2000, MISPAS formuló y puso en ejecución la Estrategia Tolerancia Cero para reducir 7 problemas de salud priorizados: Mortalidad Materna, Mortalidad infantil, Enfermedades Prevenibles por Vacunas, Dengue, malaria, TB, VIH y Rabia.

En Malaria: la tendencia en la ocurrencia de casos ha ido en aumento. En el quinquenio 1990-1994 se confirmaron 4,088 casos de malaria, para el siguiente quinquenio se confirmaron 9,633 casos y para el quinquenio 2000-2004 se confirmaron 11,287 casos con un promedio anual de casos de 2,257.

Tuberculosis: la tasa de incidencia anual de Tuberculosis para el quinquenio 1990-1994 fue de 45.24 casos/100,000 habitantes, para el quinquenio 1995-2000 la tasa de incidencia de casos fue de 65.8 casos por 100,000 habitantes.

Tuberculosis: la tasa de incidencia anual de Tuberculosis para el quinquenio 1990-1994 fue de 45.24 casos/100,000 habitantes, para el quinquenio 1995-2000 la tasa de incidencia de casos fue de 65.8 casos por 100,000 habitantes.

Dengue: Se observa una tendencia al aumento que viene dada por el fortalecimiento del sistema de vigilancia, el cual ha confirmado 1,734 casos para el quinquenio 1990-1994 y 5,587 casos para el 2000-2004.

VIH/SIDA: la incidencia anual de VIH/SIDA tiene una tendencia a la disminución. En el quinquenio 1990-1994 se notificaron al sistema de vigilancia 1,800 casos de infección VIH, en el quinquenio 1995-2000 se notificaron 2,324 nuevos casos y para el quinquenio 2000-2005, se notificaron 2,110 casos. La razón hombre mujer ha variado de 2.1 en el quinquenio 1990-1994 a 1.4 en el quinquenio 2000-2004.

En cuanto a la mortalidad infantil en los últimos años, la tasa de mortalidad estimada descendió de 47 por 1000 nacidos vivos en el periodo 1990-1995 a 40 por 1,000 en 1995-2000 y en la última encuesta demográfica, se estima en 31 muertes por 1,000 nacidos vivos, para el periodo 1997-2002.

En relación a la mortalidad materna, el país presenta un número elevado de muertes, las cuales presentan un alto subregistro e imprecisiones en la consignación de la causa de muerte. En 1999 el estudio de evaluación del sistema de vigilancia de

la mortalidad materna captó 260 muertes ocurridas ese año, para una tasa de 122 muertes por 100,000 nacidos vivos. Partiendo que las muertes notificadas en el 2002 tuvieran el mismo nivel de subregistro encontrado en el 1999, el número de muertes maternas estimadas para ese año sería de 283 (124 muertes por 100,000 nacidos vivos). El número de muertes notificadas en el 2002 fue de 163, para una tasa de muertes maternas notificadas de 71.4 por 100,000 nacidos vivos. Entre las principales causas de muertes maternas notificadas al sistema tenemos que las toxemias se constituyen en la primera causa.

De acuerdo a los datos del sistema de vigilancia epidemiológica de los eventos bajo observancia de la estrategia Tolerancia O, la razón de mortalidad materna notificada al sistema para el año 2006 fue de 80 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos.

Según la ENDESA 2002, casi la totalidad de los embarazos en el país (99%) son atendidos por personal profesional de la salud. El 97% de los partos son atendidos en establecimientos de salud, siendo el 75.5% de los mismos atendidos en hospital públicos.

Sin embargo, la existencia de elevados índices de mortalidad materna con una elevada cobertura de atención traduce deficiencias en la organización y calidad de la atención.

#### IV.2. Historia.

En 1977, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobaron por unanimidad la estrategia mundial de salud para todos en el año 2000 (resolución WHA30.43 y, posteriormente, el plan de acción para su aplicación).

La mayoría de los países de la región de las Américas se han reunido, las principales metas propuestas en la conferencia histórica sobre atención primaria de salud celebrada en 1978 en alma alta que estableció "la salud para todos en el año 2000" la iniciativa.

El proceso se refleja en mejoras constantes en indicadores nacionales de bienestar como a la esperanza de vida de fácil acceso de suministro de agua

potable, cobertura de inmunización y en la reducción de la enfermedad en particular la reducción de la mortalidad infantil debido a enfermedades transmisibles.

Estos cambios están teniendo lugar en el contexto de la política y reformas económicas, así como una descentralización de los servicios de salud.

Sin embargo el reto de crear los sistemas de salud para reducir las grandes desigualdades entre las poblaciones de la región sigue siendo una prioridad. Normalmente las brechas de la salud entre los países no han disminuido incluso cuando los análisis de medir y comprar países con similares condiciones socioeconómicas.

Los cambios socioeconómicos han inhibido la capacidad de los países e instituciones de salud para prestar servicio de manera eficaz y equitativa a los grupos y segmentos vulnerables de la población.

Teniendo en cuenta esto hay una necesidad urgente de mejorar la salud pública para evaluar periódicamente la situación de salud y analizar tendencias.

Un gran desafío para la organización mundial de la salud ha sido para mejorar la comparabilidad, la validez y fiabilidad de la información de salud necesaria para identificar las desigualdades que afectan de manera desproporcionada a personas en determinadas áreas geográficas o ciertos grupos de la sociedad, es igualmente importante reconocer los factores que determinan las desigualdades de salud.

Un logro es que los Ministerios de salud de 18 países de las Américas se han constituido y mejorado la disponibilidad de sus principales indicadores de salud de bases de datos para desglosar por los niveles subnacionales sobre la base de las regiones de la organización panamericana de la salud de datos básicos de salud/país.

#### IV.3. Definición de ASIS.

El ASIS es un concepto plural que define procesos analíticos y sintéticos desarrollados para caracterizar, medir y explicar el perfil de la salud – enfermedad de una población, incluyendo a los problemas de salud y a sus determinantes, sean estos competencia del sector de salud o de otros sectores.

Proceso continuo de recopilación, procesamiento e interpretación de información que permite identificar los problemas prioritarios y los hechos de salud entre los diferentes estratos poblacionales, así como las causas que los determinan y a partir de ellos tomar decisiones, técnicas y políticas adecuadas a la realidad nacional, regional y/o local buscando de optimizar las respuestas institucionales y propiciar la participación comunicativa en el mejoramiento de las condiciones de salud y desarrollo.

El ASIS se enmarca en la esencia de la epidemiología social.

Caracteriza el proceso de salud–enfermedad, como lo resultante de hechos históricos y complejos, multifactoriales y concadenados entre si.

Pretende comprender íntegramente las exclusividades de una realidad concreta.

Es un instrumento vinculado al esfuerzo transformador.

Busca reducir las inequidades en salud y construir alternativas prospectivas de bienestar.

El asís tiene base en los estudios de interacción de las condiciones de vida. También en el nivel existente de los procesos que determinaron el estado de bienestar de la población (Unidades Geográficas o políticas: Distritos, UTES, Redes, Regiones, País, etc.).

Esa interacción de salud – enfermedad y condiciones de vida es un proceso.

Es decir, cada estado de salud de una determinada población es sólo un instante de dichos procesos.

Por lo tanto cambian, se transforman mejorando o empeorando, en sus diferentes momentos.

Depende de la dinámica reproductiva de esas poblaciones.

También depende de la acciones de salud y bienestar.

Los resultados del ASIS son una de las formas de concretación que caracterizan a una sociedad.

Dependen de la estructura y dinámica de la población y del grado de desarrollo de sus fuerzas productivas.

De sus relaciones sociales, del modelo económico y de su forma de inserción internacional.

De su organización estatal y las relaciones políticas que las caracterizan en un momento dado de su historia.

#### IV.3.1. Clasificación.

1. Análisis de tendencias: Identifican y determinan los cambios en los procesos de salud – enfermedad de mediano y largo plazo.
2. Análisis de conyuntura: Responden a un concepto más definido y de corto plazo y orientan acciones inmediatas.
3. Nacional.
4. Local.

#### IV.3.2. Propósitos.

1. Definir necesidades y prioridades para plantear políticas en salud y evaluar su pertinencia.
2. Permite formular estrategias para la promoción, prevención y control de daños.
3. Permite la construcción de escenarios prospectivos de salud.
4. Están dirigidos a la negociación política.

#### IV.3.3. Finalidad.

1. Contribuir a la toma racional de decisiones.
2. Para satisfacer las necesidades de salud de una población.
3. Con un máximo de equidad, eficiencia y participación social.

#### IV.3.4. Ámbito.

Prioritariamente en aquellos lugares donde la toma de decisiones sea lo más cercana posible al lugar donde se desarrollan los hechos vitales.

Donde hay datos en cantidad y calidad suficientes para comparar y ejecutar procesos de gestión (distritos). También en las UGP con capacidad de gestión que permita mejorar la toma de decisiones en salud.



#### IV.3.5 Razones para hacer el ASIS.

1. Para observar los escenarios prospectivos de la salud, es decir, ver las tendencias de mediano y largo plazo de los daños y emergencias sanitarias que se presentan en una población determinada.
2. Identificar los grupos de mayor vulnerabilidad en salud.
3. Formulación de políticas necesarias para enfrentar las inequidades.
4. Determinar los componentes de los problemas de salud.
5. Identificar las inequidades.
6. Establecer las prioridades.
7. Priorizar y focalizar los servicios y áreas de intervención.
8. Fortalecer la capacidad de gobierno y gerencia del trabajo en salud.
9. Cómo insumo esencial para la planificación en salud.
10. Para la reforma de prestación de los servicios de salud.
11. Fortaleciendo la capacidad de propuesta de los trabajadores de salud.

#### IV.3.6. ¿Quiénes y cómo participan?

- La responsabilidad recae en los equipos de gestión y autoridad de los servicios públicos y privados.
- La elaboración recae en los órganos de asesoramiento técnico de los diferentes niveles de organización de los servicios de salud:
  - Epidemiología.
  - Planificación.
  - Responsables de los programas.
  - Todo el personal que realice gestión en los servicios de salud.
  - Elementos técnicos de otras instituciones.
  - La comunidad en general.
- Estos equipos técnicos deben participar en forma permanente, dinámica y constante.

#### IV.3.7. Pasos para elaborar el ASIS.

- 1) Identificación de componentes e indicadores.
- 2) Identificación de fuentes de datos



- 3) Elaboración de instrumentos de recolección de datos.
- 4) Procesamiento de datos.
- 5) Análisis e interpretación de la información.
- 6) Identificación y priorización de los principales problemas de salud.
- 7) Identificación de inequidades.
- 8) Formulación del plan local de salud.

#### IV.3.8. Fuentes de elaboración.

Varía según el nivel donde se elabore el ASIS

- Censos de población: Se recolectan datos demográficos, sociales y económicos.
- Encuestas poblacionales: Se toma una muestra de la población.
- Los resultados pueden inferirse a ámbitos grandes; nivel nacional, departamental, regional. No son útiles para los niveles locales, pero se pueden hacer encuestas para esos ámbitos.
- Encuestas de demanda de servicios de salud: Ejemplo EUDES-2000.
- Servicios de salud: Principal fuente de datos sobre morbilidad, mortalidad de la población.
- Estudios especiales: Antropológicos, sociológicos, cualitativos.
- Información de otros sectores: Agricultura (censo agropecuario), economía, transporte, educación, ONG, organismos internacionales (OPS, UNICEF, Banco Mundial), etc.

#### IV.4. Áreas principales a considerar.

##### A) Áreas Socio-Culturales:

##### 1) Indicadores sociales:

- |                    |             |
|--------------------|-------------|
| - Reseña histórica | - Actitudes |
| - Religión         | - Prácticas |
| - Raza             | - Mitos     |
| - Idioma           | - Leyendas  |

- Educación
- Hábitos
- Costumbres
- Creencias
- Ejemplo
- Derecho reproductivo

2) Hogares en situación de pobreza. Hay 5 criterios:

- Porcentaje de hogares en viviendas con características físicas inadecuadas.
- Porcentaje de hogares en viviendas sin desagüe de ningún tipo.
- Porcentaje de hogares en viviendas con hacinamiento.
- Porcentaje de hogares con niños de 6 a 12 años de edad que no asisten a la escuela.
- Porcentaje de hogares con alta dependencia económica.

3) Nivel de escolaridad.

- Tasa de analfabetismo.
- Años promedio de escolaridad.
- Número y porcentaje de niños matriculados.
- Porcentaje de deserción escolar.
- Porcentaje de población con educación superior.

4) Saneamiento.

- Acceso a servicios básicos.
- Fuentes que proveen agua.
- Electricidad.
- Servicio de alcantarillado.
- Condiciones de higiene.
- Eliminación de desechos.

B) Áreas Socio-Económicas:

1) Actividades económicas principales

- Agricultura
- Ganadería
- Pesca
- Extracción forestal
- Recursos
- Empleos
- Desempleos
- Sub-empleos

- Comercio
- Política de población
- Economía
- Ingreso familiar
- Niveles salariales
- Distribución del ingreso
- Gasto de salud.

### C) Razón de Dependencia:

Es la relación entre edades dependientes (menores de 15 años y mayores de 64 años) y las personas en las edades económicamente productivas (15 a 64 años) dentro de una población multiplicada por 100.

### D) Áreas Socio-Demográficas:

#### 1) Estructura de la población:

- Población total.
- Segmentación poblacional (grupos, etáreos).
- Población urbana y rural.

#### 2) Dinámica de la población:

- Tasa de crecimiento intercensal.
- Tasa global de fecundidad.
- Tasa de natalidad.
- Tasa de mortalidad.
- Esperanza de vida al nacer.

#### 3) Migraciones:

- Emigración.
- Inmigración.

#### 4) Estado civil.

#### 5) Años de vida potencialmente perdida (AVPP).

### E) Áreas de Oferta y Demanda de Servicios de Salud:

#### 1) Ambiente interno:

- Administración de los servicios de salud.
- Desarrollo de los servicios de salud.
- Desempeño de los servicios de salud.
- Infraestructura: elementos físicos y servicios.

- Políticas, principios, normas, aspiraciones, etiologías, planes y acciones.
- Estructura organizativa.
- Recursos humanos.
- Experiencia institucional.
- Equipos y materiales, insumos.
- Medicamentos.
- Accesibilidad.

2) Ambiente externo:

- Proveedores.
- Mercado.
- Intermediarios.
- Competencias.

E) Áreas de Fuente de Financiamiento y Suministros:

- Recursos financieros.
- Necesidad presupuestales.
- Directos.
- Indirectos.
- Comunidad.

IV.5. Perfil de salud.

Comportamiento y tendencia de las enfermedades.

A) Mortalidad:

- Cuándo mueren.
- Dónde mueren.
- Cómo mueren.
- De qué mueren.
- Hay dificultades: sub-registro, calidad del dato, estimaciones, correcciones por causas, por grupos de edad y sexo.
- Tasa de mortalidad general.
- Tasa bruta de mortalidad.
- Tasa de mortalidad específica.

- Tasa de mortalidad neonatal.
- Tasa de mortalidad infantil.
- Tasa de mortalidad materna.
- Tasa de letalidad.

#### B) Mortalidad:

- Personas que están enfermas.
- Enfermedades que estas personas experimentaban.
- Duración de dichas enfermedades.
- Enfermedades transmisibles.
- Enfermedades crónicas generativas.
- Fuentes: HIS, registro VE, registros de egreso hospitalarios, de los programas de salud.
- Principales causas de demanda de los servicios de salud por grupo étnico y género.
- Tasa de incidencia.
- Tasa de ataque.
- Tasa de ataque secundario.
- Tasa de prevalencia.

#### 2) Nutrición.

- Tipo de alimentación.
- Frecuencia.
- Hábitos, costumbres.

#### 3) Otros problemas de importancia para la salud.

##### Problemas infecciosos de importancia regional:

- |                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| - Malaria         | - Cólera             |
| - EDA             | - Tifus exantemático |
| - IRA             | - Peste              |
| - TBC             |                      |
| - ITS-SIDA        |                      |
| - Fiebre amarilla |                      |

#### 4) Jurisdicción sanitaria.

- Levantamiento cartográfico (croquis).
- Descripción de las localidades existentes.
- Rutas de acceso.
- Medios de comunicación.
- Medios de transporte.
- Topografía.
- Clima.
- Humedad.
- Flora
- Fauna.
- Límites.
- Superficie.

#### 5) Actores Sociales:

- Alcalde.
- Teniente Gobernador.
- Presidente de la comunidad.
- Parteras.
- Curanderos.
- Otros.

#### 6) Organizaciones comunales:

- Políticas.
- Sociales.
- Comunales.
- Religiosas.
- Jurídicas.
- Policiales.
- Deportivas.
- Educativas.
- Otras.

## IV.6. Determinantes de la Salud

La salud de la población del país, como ocurre a nivel mundial, esta condicionada por diferentes elementos que influyen en el comportamiento de los indicadores, estos son los determinantes políticos, económicos y sociales.

### IV.6.1. Determinantes políticos

En las últimas décadas, el país ha experimentado enormes transformaciones en el orden económico y social como resultado de los cambios globales y de su propia dinámica interna. Estos cambios han representado para el país periodos de profunda crisis económica y el establecimiento de nuevas formas de relacionamiento con otros países a través de acuerdos sub-regionales de intercambio comercial, como son el Tratado de Libre Comercio entre República Dominicana, Centroamérica y Estados Unidos (DRCAFTA) y el Sistema de Integración Centroamericana (SICA).

### IV.6.2. Determinantes Económicos

Durante la década de los noventa, República Dominicana ocupó los primeros lugares en el liderazgo del crecimiento económico en América Latina y el Caribe; el ingreso per cápita del país pasó de US \$1,410 en 1990 a US\$2,080 en el año 1999, lo que significó un incremento de un 47%, superando los US \$2,100 en el año 2000 y un producto Interno Bruto (PBI) 5.9% en el período 1991-2000

Sin embargo este crecimiento no se reflejó en la mejoría de las condiciones de vida de los grupos más vulnerables, en virtud de que hubo un aumento de la pobreza. Así lo expresan los datos ofrecidos por los organismos económicos del país y lo confirma el Banco Mundial cuando dice que en el 2002 el 2.7% de la población urbana está en extrema pobreza y que al final del 2004, 42 de cada 100 dominicanos eran pobres y de éstos 16 se encontraban viviendo en situación de pobreza extrema.

En relación al Gasto Nacional en Salud según las mediciones realizadas por Cuentas Nacionales de Salud es el 7.3 % del Producto Bruto Interno. De este monto, el 67.7% circula en el sector privado, y apenas el 32.3 % es aportado por el sector público lo que es igual a un 2.4 % del PBI. Del gasto total en salud, el pago de

bolsillo para el 1997-98 era de 75%, mientras que, para el 2002, este pago directo representa el 88.2%.

#### IV.6.3. Determinantes Sociales

El crecimiento económico de la República Dominicana no se ha correspondido con el desarrollo humano y social; es decir, no hay una correspondencia de la producción de riquezas con la promoción de un ambiente que le otorgue viabilidad al ejercicio del pleno derecho de las capacidades humanas.

Los datos del Informe sobre Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas en el 2004, evidencian que el país en los últimos 3 años ha decrecido, ya que para el 2002 y el 2003 estaba en la posición 94 y en el último informe está en la posición 98 con relación a 199 países.

Otros indicadores sociales a evaluar son: población con acceso a agua potable que para el quinquenio 2000-2004 era de 87.6%, mientras que el 89.5% de la población tiene acceso a eliminación de excretas. Tasa Bruta de Asistencia Escolar Primaria es 115, con una Tasa de deserción escolar de 5.7%; y el 7.9% de la población entre 15-24 años es analfabeta. En cuanto al Trabajo Infantil tenemos que el 9% de la población de 5 -14 años realiza algún tipo de trabajo que es remunerado.

#### IV.6.4. Determinantes Medioambientales

El país, en materia ambiental, está prácticamente en su etapa inicial, en virtud de que hasta el año 2000 las acciones relacionadas con medioambiente eran desarrolladas por más de una institución. Es en el año 2000 cuando se crea la Secretaría de Estado de Medio Ambiente y Recursos Naturales, mediante la Ley 64-00 y se le confiere la autoridad del país en materia de medioambiente, en la cual se ordena la integración de los programas de protección al medioambiente y los recursos naturales a los planes y programas de desarrollo económico y social, lo que le permite interactuar con las diferentes instituciones estatales y privadas que desarrollan algún tipo de actividad que incida favorable o desfavorablemente en el medioambiente.



Tal es el caso de la Secretaría de Estado de Salud quien a través de la Dirección General de Salud Ambiental, es la responsable de velar por lo temas bióticos, es decir las acciones que afectan el medioambiente y que inciden en la salud de los individuos, por ejemplo, el control aguas y bebidas de consumo humano, calidad de los alimentos, control de vectores y zoonosis, emisiones de gases, etc.

En cuanto a los indicadores de salud relacionados con el medioambiente, el país, realiza acciones específicas en algunas áreas como el monitoreo de la calidad del agua, con miras a disminuir la ocurrencia de infecciones de origen hídrico. Estas acciones están amparadas en la Ley General de Salud y el Reglamento 528-01 sobre Vigilancia, Control de Agua y Normas Alimentarias sobre Riesgos a la Salud, estos mismos instrumentos legales, junto con convenios internacionales, regulan y fiscalizan todo lo relativo a material radioactivo y productos tóxicos que afecten el medioambiente y, por ende, la salud de las personas.

#### IV.7. Funciones del sistema de salud

##### IV.7.1 Rectoría

A partir del marco legal vigente, Ley 42-01 (Ley General de Salud) y Ley 87-01 (Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social- SDSS) surgen nuevas instituciones y organismos de participación de los actores del sistema, sobre los cuales se sustenta el nuevo Sistema Nacional de Salud. Entre estas instituciones se encuentran la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa), y la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA), las cuales iniciaron sus labores a partir de año 2002. Igualmente, como órganos colegiados, el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), con una Gerencia de la Seguridad Social (GSS), y el Consejo Nacional de Salud (CNS).

Así mismo, el marco legal ordena la reestructuración de las instituciones existentes como requisito para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud. La Secretaría de Estado de Salud Pública (SESPAS), a fin de fortalecer sus funciones como entidad rectora del sistema, inicia el proceso de transición hacia la separación de funciones, la desconcentración y la descentralización. A este mandato obedece la transformación

de sus expresiones centrales y territoriales: en el nivel central se evidencia un reordenamiento de las funciones de las principales subsecretarías (Atención a las Personas, Salud Colectiva y Técnica) y en los niveles territoriales se despliegan esfuerzos para dotar a las Direcciones Provinciales de Salud (representantes locales de la rectoría y la salud colectiva) y a las Direcciones Regionales de Salud (responsables de la organización y gestión de las Redes de servicios de salud) de las capacidades y recursos que les permitan cumplir a cabalidad sus respectivos roles.

Por mandato legal, el Instituto Dominicano de Seguro Social (IDSS) dejó de ser la institución responsable de la dirección, regulación y financiamiento de la Seguridad Social y se transformó en una entidad administradora de riesgos de salud y laborales y en proveedora de servicios de salud.

Con el surgimiento de las nuevas instituciones del Sistema Dominicano de Seguridad Social también se produce una redefinición de las funciones del sistema. SESPAS era la institución que ejercía todas las funciones: Rectoría, Financiamiento (a través de los fondos emitidos por el gobierno central), Provisión de Servicios (mediante la red de establecimientos en todo el país) con excepción de Aseguramiento, el cual se ofrecía a través del Instituto Dominicano del Seguro Social para el sector público y las Igualas médicas y planes de retiro, para el sector privado.

A partir del nuevo marco legal se ratifica la función rectora de la SESPAS y así queda expresado en ley cuando dice que, la rectoría del Sistema Nacional de Salud, estará a cargo de la SESPAS y sus expresiones territoriales, locales y técnicas; entendida esta rectoría como la capacidad política de SESPAS para regular la producción social de la salud, dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias; concertar intereses; movilizar recursos de toda índole; vigilar la salud; y coordinar acciones de las diferentes instituciones públicas y privadas y de otros actores sociales comprometidos con la producción de la salud, para el cumplimiento de las políticas nacionales de salud.

Con la finalidad de cumplir las ordenanza y mandatos establecidos en el marco legal, en cuanto a la reestructuración institucional y fortalecimiento de acciones y actividades que permitan cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Política Nacional de Salud se orienta al aumento del acceso de la población a los

servicios y a la reorganización de los servicios por niveles de atención, priorizando el primer nivel con base en la estrategia de atención primaria.

Otro de los aspectos del marco de políticas es la mejora del acceso a medicamentos de bajo costo y calidad y el aumento de las coberturas de aseguramiento en salud. Como ejes transversales de ese marco de políticas se establecen la transformación de los Recursos Humanos a través de sistemas de capacitación, incentivos y nuevas formas de contratación y el fortalecimiento de los sistemas de información que contribuyan a transparentar las acciones del sector.

Actualmente, el país está inmerso en la elaboración de un Plan Decenal de Salud el cual es uno de los principales instrumentos para la regulación continua, integral y sistémica de la producción social de la salud. La elaboración del Plan parte de la situación de salud del país y del compromiso con los Objetivos de Desarrollo del Milenio e incorpora la Estrategia Tolerancia Cero mediante la cual se hace vigilancia y monitoreo de las enfermedades transmisibles, prevenibles y controlables y de los eventos como mortalidad infantil y materna. La primera versión del Plan se encuentra en la fase de consulta con diferentes sectores y actores sociales.

En el área de cooperación en salud, país cuenta con la cooperación técnica de diferentes agencias y organismos internacionales: Organización Panamericana de la Salud, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID), Cooperación Japonesa (JICA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Unión Europea, Agencia de Cooperación Alemana (GTZ), Fondo de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA), Fondo Mundial para el control de Tuberculosis, Malaria y SIDA y la colaboración, a través de los organismos crediticios, como el Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo (BID), para cuya armonización se crea en el 2003 la Unidad de Modernización y Desarrollo Institucional de SESPAS, (UMDI).

Mediante el decreto No. 308-97 del 10 de julio de 1997, se crea la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS) con el objetivo de impulsar el proceso de reforma del sector salud. Actualmente la CERSS funge como Unidad Coordinadora de los Proyectos de Reforma ejecutados con fondos de préstamos internacionales.

La Ley General de Salud es la que le confiere a SESPAS, en su calidad de máxima autoridad sanitaria, el ejercicio de la función de regulación sectorial y le da la potestad para implantar las sanciones necesarias en caso de daño a la salud. La autoridad sanitaria tiene sus representaciones locales, las cuales ejercen sus funciones de fiscalización en sus ámbitos de acción, observando el cumplimiento de las normas sanitarias con el apoyo de las autoridades centrales.

## **V. HIPÓTESIS**

El diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo Azua es desconocido.

## VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable	Definición	Indicador	Escala
Situación de salud	Procesos analíticos desarrollados para caracterizar, medir y explicar el perfil de la salud – enfermedad de una población, incluyendo a los problemas de salud y sus determinantes.	Salud – enfermedad, sector salud.	Nominal
Condiciones sociodemograficas.	Estudio estadístico de las características de una población humana.	Estudios, trabajo, tendencia de viviendas.	Nominal
Determinante de salud	Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven y envejecen incluido el sistema salud.	Entorno, medio ambiente	Nominal
Morbilidad	Caridad de personas o individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedades en un espacio y tiempo determinado.	Datos estadísticos, frecuencia de la enfermedad en proporción a una formación.	Nominal
Vivienda	Es una identificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a personas protegiéndolas de las implemencias climáticas y de otras amenazas naturales.	Buena, mala y regular.	Nominal.

## **VII. MATERIAL Y MÉTODO**

### **VII.1. Tipos de estudio**

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, para determinar el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua, República Dominicana, durante el año 2011. (Ver anexo VIII.1. Cronograma)

### **VII.2. Demarcación Geográfica**

El estudio tuvo lugar en un sector de la Provincia de azua. Ubicado en la parte suroeste de la ciudad de azua de Compostela de la República Dominicana. Recibe su nombre a partir de la construcción del parque Colón, iniciado en el año 1918 y que en la actualidad se conoce como parque Duarte. Dicha construcción dividió la ciudad de Azua en dos grandes sectores Pueblo Arriba a la parte Norte y Pueblo Abajo a la parte Sur, límites geográficos del Sector Pueblo Abajo, Al Norte; Calle Duvergé desde la independencia hasta la calle 30 de Marzo, Al Sur; calle Primera de Savica, desde la calle Independencia hasta la calle 30 de Marzo: Al Este; calle 30 de Marzo, desde la calle Duvergé, hasta la calle Primera de Savica y al Oeste: Calle Independencia, desde la calle Primera de Savica. Hasta la calle Duvergé. (Ver anexo VIII.4 Vista aérea).

### **VII.3. Universo**

La población de estudio estuvo constituida por universo de 1,463 habitantes del sector Pueblo Abajo, 375 viviendas. Y la muestra serán 180 fichas familiares.

### **VII.4. Muestra**

La población estuvo constituía por 180 fichas familiares, con 702 habitantes.

### **VII.5. Criterios**

#### **VII.5.1. De inclusión**

Una porción representativa de la población, que permite generalizar los resultados de una investigación, las cuales las viviendas censadas para el llenado de fichas familiares fueron 180 con 702 habitantes.

#### VII.5.2. De exclusión

Todas aquellas viviendas que no se tomaron para el estudio, fue de 195 en total.

#### VII.6. Instrumento de recolección de los datos

La recolección de los datos se realizó mediante fuentes primarias como son: la comunidad de Pueblo Abajo y encuestas sociodemográfica de vivienda mediante llenado de fichas familiares.

#### VII.7. Procedimientos

Se aplicará el llenado de fichas familiares a las 180 familias y viviendas del sector, con 702 integrantes de la población.

El área de estudio fue visitado previo a la recolección de datos con la finalidad de reconocer el lugar. El recorrido por el sector Pueblo Abajo, los realizamos con la ayuda de la epidemióloga, jefa de enseñanza y la coordinadora de la residencia de medicina familiar y comunitaria del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, iniciando la visita con un recorrido por todo el lugar.

Posteriormente se realizará un croquis del sector Pueblo Abajo, luego se visitó a los hogares comunitarios, en éste caso 180 viviendas por los residentes de medicina familiar y comunitaria. El tiempo definido para la recolección de los datos fue de un año.

#### VII.8. Tabulación

Se realizará un análisis descriptivo de los datos utilizándose distribuciones de frecuencia simple, porcentajes, para la determinación de la magnitud y características de la población en estudios.

#### VII.9. Análisis de los datos

El plan de análisis fue estructurado en función de los objetivos planteado determinándose el diagnóstico situacional de salud y las características sociodemográficas, ambientales y geográficas del sector, así como la infraestructura y condiciones de las viviendas.



Se analizó los determinantes sociales y las morbilidades más frecuentes en el sector.

Para la entrada y análisis estadístico de los datos se utilizó Epi Info 3.5, como procesador de textos se utilizó el sistema operativo Linux, y para la elaboración de gráficos y tablas se utilizó el Microsoft Word 2010.

#### VII.10. Aspectos éticos

Previo a la recolección de los datos se realizó una convocatoria a los moradores del sector con la finalidad de informarle acerca de la investigación, y solicitarle su consentimiento y participación activa.

Durante ésta reunión se le informo sobre la importancia de reconocer su situación de salud, y conductas a seguir según los resultados de la investigación. Se les distribuyo copias del instrumento de recolección de datos (ficha familiar).

El instrumento fue leído por parte de los entrevistadores y se les explico su contenido, así como también que se elegirían 180 viviendas y estas representarían todo el sector.

## VIII. RESULTADOS

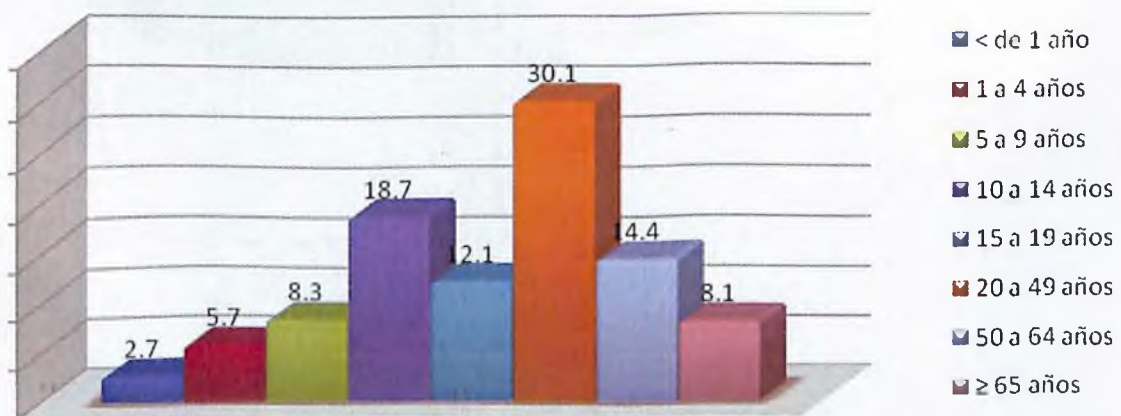
Cuadro 1. Determinar el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua, República Dominicana, durante el año 2011. Según la edad:

Grupo de edad (años)	Frecuencia	%
< de 1 año	19	2.7
De 1 a 4 años	40	5.7
De 5 a 9 años	58	8.3
De 10 a 14 años	131	18.7
De 15 a 19 años	85	12.1
De 20 a 49 años	211	30.1
De 50 a 64 años	101	14.4
≥ de 65 años	57	8.1
Total	702	100.0

Fuente: Fichas familiares

El grupo de edad más frecuente estuvo entre 20 a 49 años con un 30.1 por ciento, siguiéndole entre 10 a 14 años con un 18.7 por ciento, luego de 50 a 64 años con un 14.4 por ciento, de 15 a 19 años con un 12.1 por ciento, de 5 a 9 años con un 8.3 por ciento, mayores o con 65 años con un 8.1 por ciento, de 1 a 4 años con un 5.7 por ciento y menores de un año con un 2.7 por ciento.

Gráfico 1. Determinar el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua, República Dominicana, durante el año 2011. Según la edad:



Fuente: Cuadro 1.

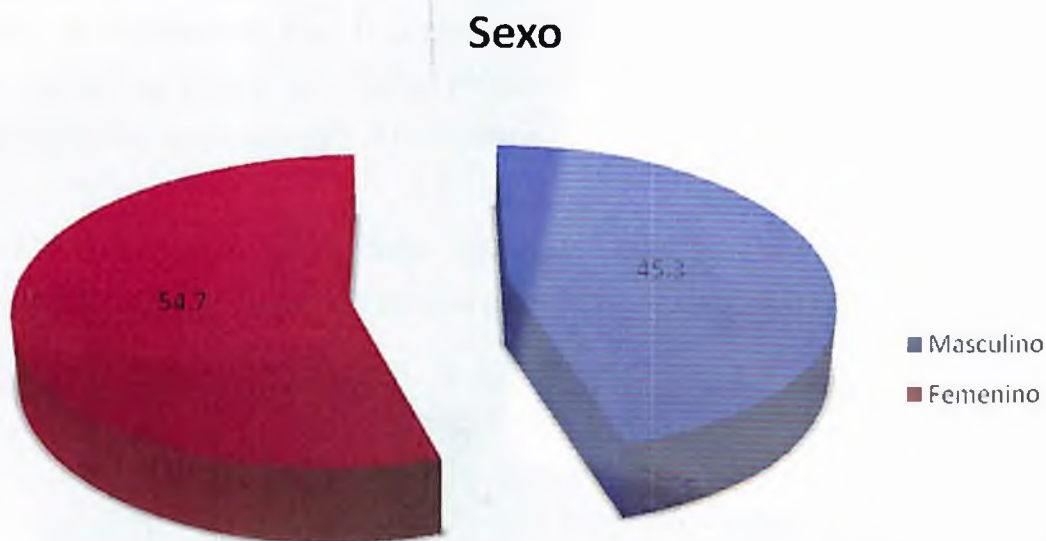
Cuadro 2. Determinar el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua, República Dominicana, durante el año 2011. Según sexo:

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	318	45.3
Femenino	384	54.7
Total	702	100.0

Fuente: Fichas familiares

En la población estudiada el sexo predominante corresponde al femenino con 54.7 por ciento, mientras que el masculino con un 45.3 por ciento.

Gráfico 2. Determinar el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua, República Dominicana, durante el año 2011. Según sexo:



Fuente: Cuadro 2

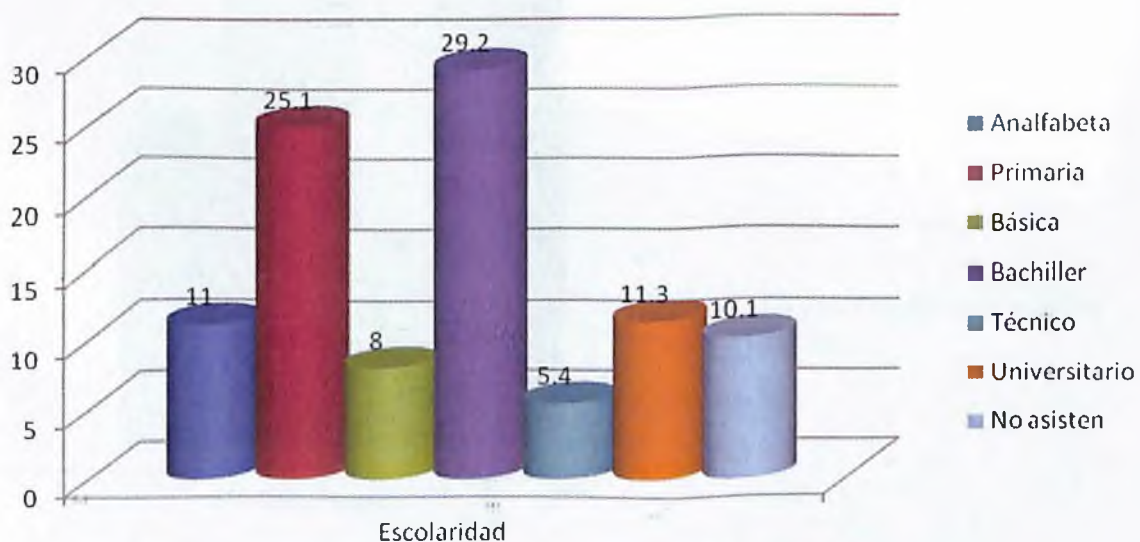
Cuadro 3. Determinar el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua, República Dominicana, durante el año 2011. Según nivel educativo:

Escolaridad	Frecuencia	%
Analfabeta	77	11.0
Primario	176	25.1
Básica	56	8.0
Bachiller	205	29.2
Técnico	38	5.4
Universitario	79	11.3
No asisten	71	10.1
Total	702	100.0

Fuente: Fichas familiares

En cuanto al nivel educativo de la población el mayor porcentaje está representado por el nivel bachiller con 29.2 por ciento, seguido de primaria con 25.1 por ciento, el universitario con 11.3 por ciento, analfabeto con un 11.0 por ciento, el 10.1 por ciento no asiste, en menor proporción lo ocupa el nivel básico con 8 por ciento y el técnico con sólo un 5.4 por ciento.

Gráfico 3. Determinar el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua, República Dominicana, durante el año 2011. Según nivel educativo:



Fuente: Cuadro 3.



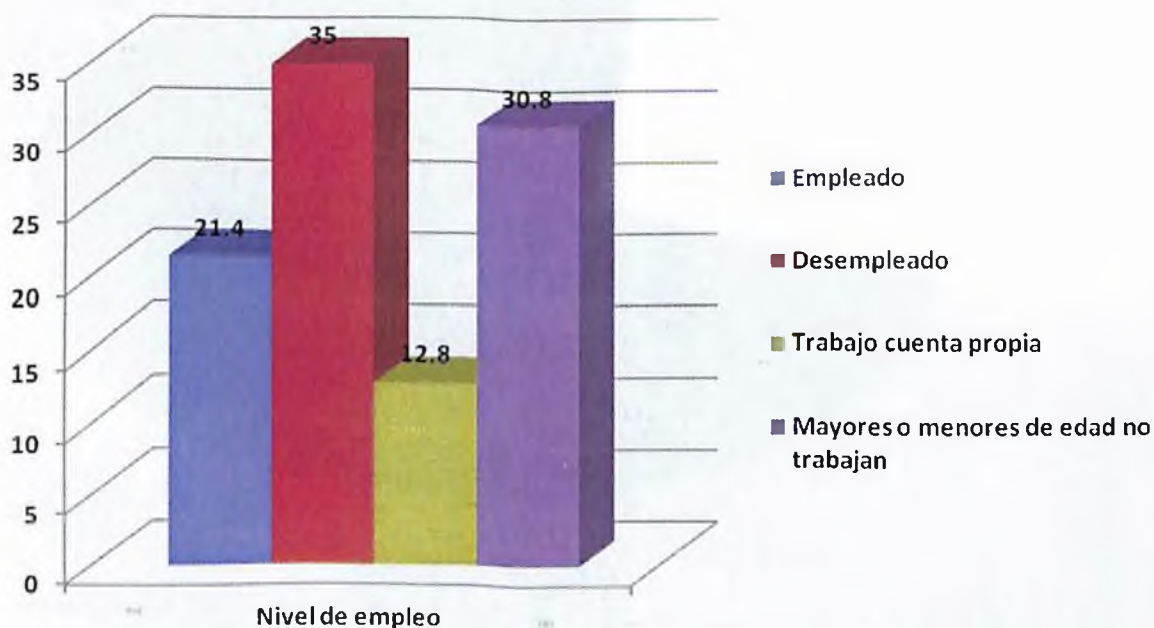
Cuadro 4. Determinar el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua, República Dominicana, durante el año 2011. Según nivel de empleo:

Nivel de empleo	Frecuencia	%
Empleado	150	21.4
Desempleado	246	35.0
Trabajo cuenta propia	90	12.8
Mayores o menores de edad no trabajan	216	30.8
Total	702	100.0

Fuente: Fichas familiares

La mayoría de la población estudiada se encuentra desempleada representando el 35.0 por ciento. Los mayores o menores de edad que no trabajan para un 30.8 por ciento y el restante corresponden a los empleados equivalentes al 21.4 por ciento y los que trabajan por cuenta propia el 12.8 por ciento.

Gráfico 4. Determinar el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua, República Dominicana, durante el año 2011. Según nivel de empleo:



Fuente: Cuadro 4.

Cuadro 5. Determinar el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua, República Dominicana, durante el año 2011. Según tenencia de la vivienda:

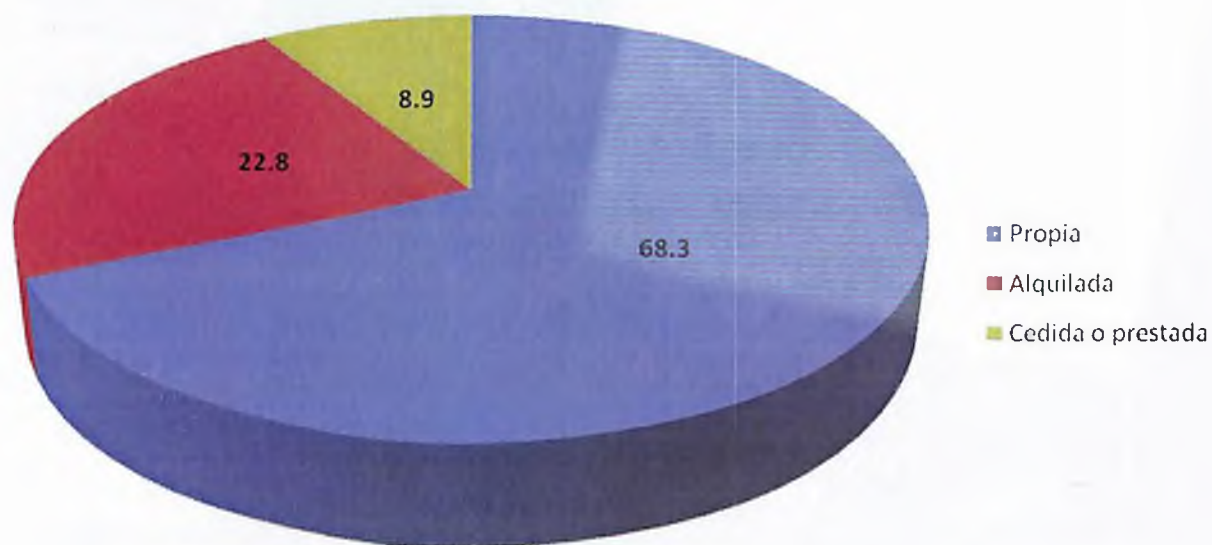
Tenencia de la vivienda	Frecuencia	%
Propia	123	68.3
Alquilada	41	22.8
Cedida prestada	16	8.9
Total	180	100.0

Fuente: Fichas familiares

En el sector predominan las viviendas propias para un 68.3 por ciento, seguida de las alquiladas para el 22.8 por ciento y en último lugar las cedidas o prestadas con un 8.9 por ciento del total de la población.

Gráfico 5. Determinar el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua, República Dominicana, durante el año 2011. Según tenencia de la vivienda:

**Tenencia de la vivienda**



Fuente: Cuadro 5.

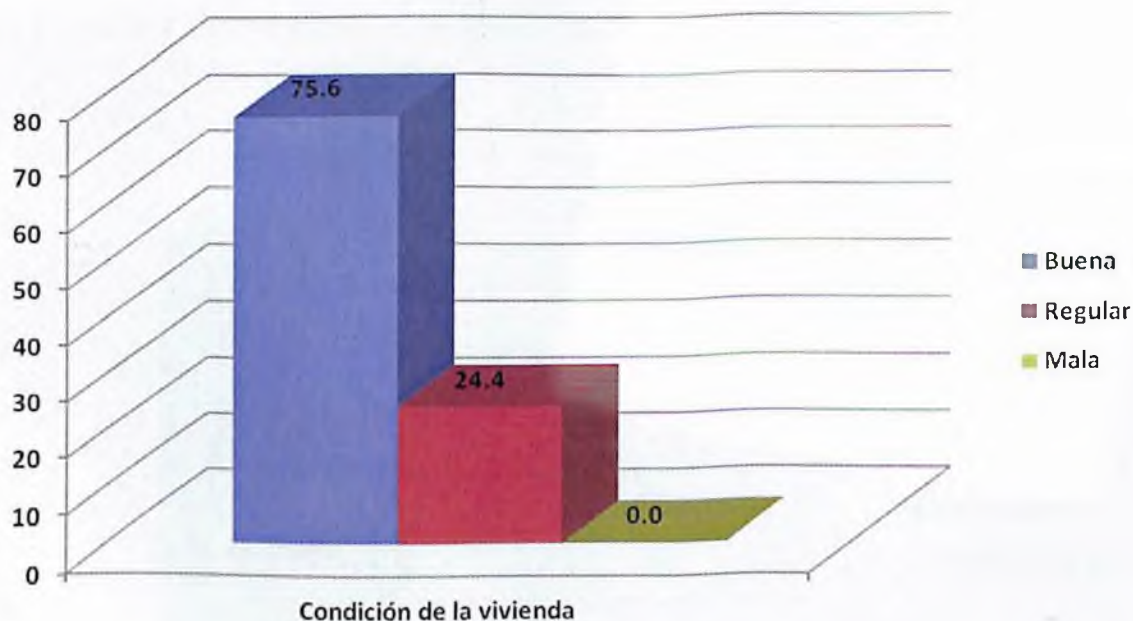
Cuadro 6. Determinar el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua, República Dominicana, durante el año 2011. Según condición de la vivienda:

Condición de la vivienda	Frecuencia	%
Buena	136	75.6
Regular	44	24.4
Total	180	100.0

Fuente: Fichas familiares

El 75.6 por ciento de las viviendas se encuentra en buen estado, el 24.4 por ciento en estado regular y las fichas familiares arrojaron que no existen casas malas.

Gráfico 6. Determinar el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua, República Dominicana, durante el año 2011. Según condición de la vivienda:



Fuente: Cuadro 6.



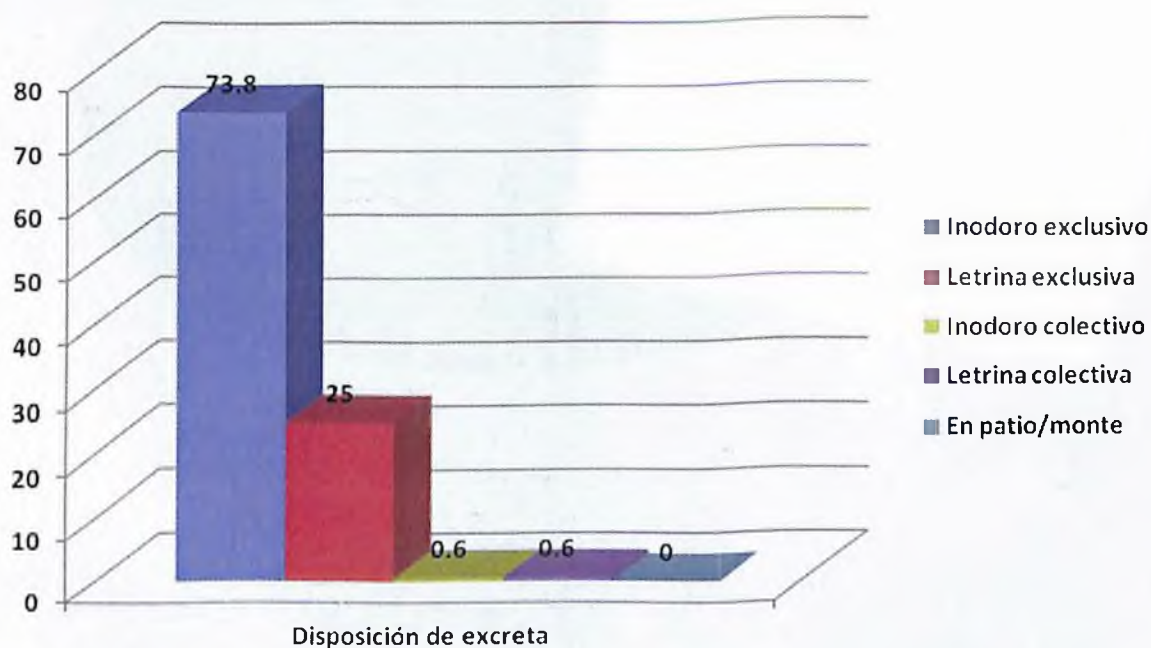
Cuadro 7. Determinar el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua, República Dominicana, durante el año 2011. Según disposición de excreta:

Disposición de excreta	Frecuencia	%
Inodoro exclusivo	133	73.8
Letrina exclusiva	45	25.0
Inodoro colectivo	1	0.6
Letrina colectiva	1	0.6
Total	180	100.0

Fuente: Fichas familiares

El 73.8 por ciento de la población tiene acceso a inodoro exclusivo, el 25.0 por ciento posee letrina exclusiva y solo el 0.6 por ciento inodoros colectivos y letrina colectiva respectivamente.

Gráfico 7. Determinar el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua, República Dominicana, durante el año 2011. Según disposición de excreta:



Fuente: Cuadro 7.



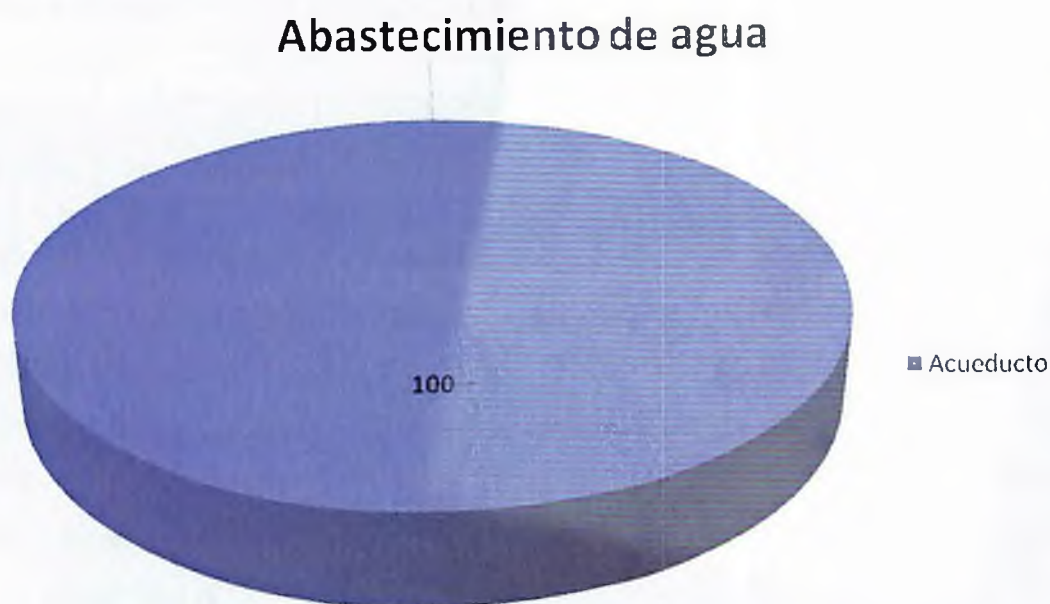
Cuadro 8. Determinar el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua, República Dominicana, durante el año 2011. Según abastecimiento de agua:

Abastecimiento de agua	Frecuencia	%
Acueducto	180	100.0
Total	180	100.0

Fuente: Fichas familiares

El 100.0 por ciento de la población estudiada se abastece de agua proveniente de acueductos y cisternas.

Gráfico 8. Determinar el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua, República Dominicana, durante el año 2011. Según abastecimiento de agua:



Fuente: Cuadro 8.

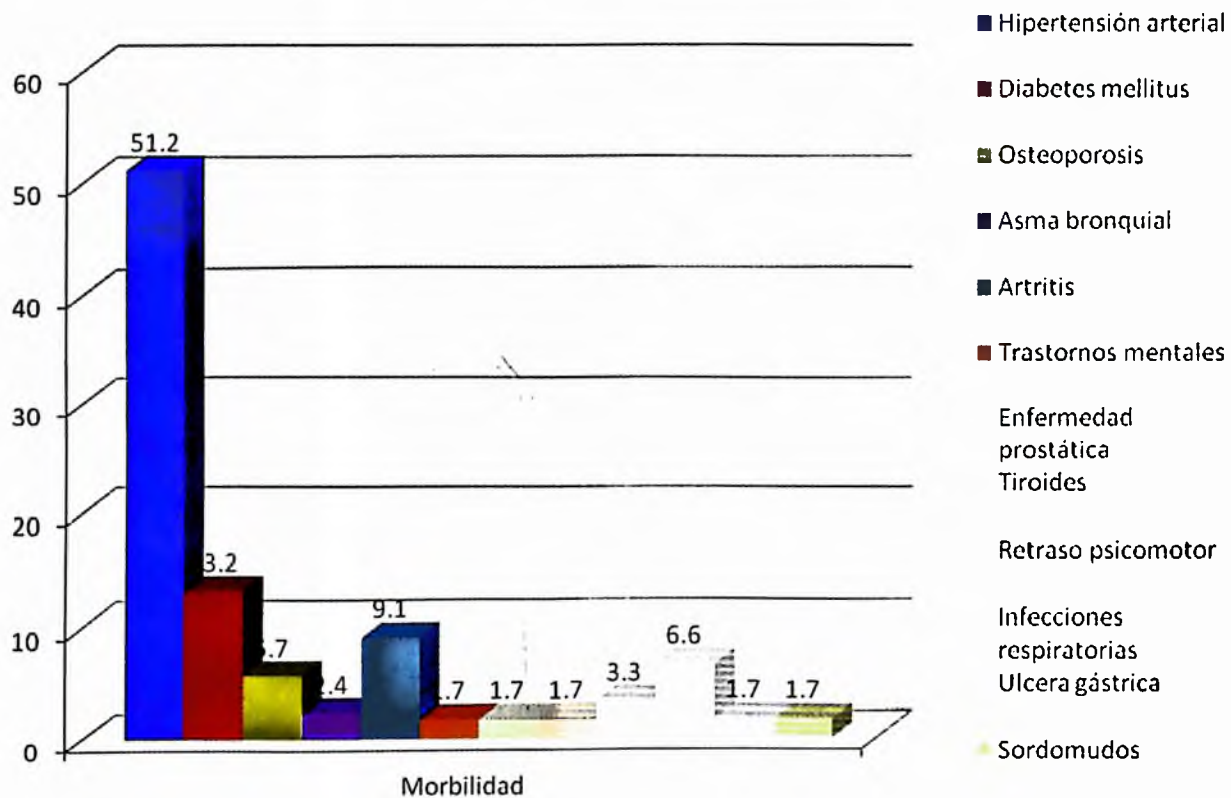
Cuadro 9. Determinar el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua, República Dominicana, durante el año 2011. Según morbilidad:

Morbilidad	Frecuencia	%
Hipertensión arterial	62	51.2
Diabetes mellitus	16	13.2
Osteoporosis	7	5.7
Asma bronquial	3	2.4
Artritis	11	9.1
Trastornos mentales	2	1.7
Enfermedad prostática	2	1.7
Tiroides	2	1.7
Retraso psicomotor	4	3.3
Infecciones respiratorias	8	6.6
Úlcera gástrica	2	1.7
Sordomudos	2	1.7
Total	121	100.0

Fuente: Fichas familiares

La morbilidad de mayor porcentaje corresponde a la Hipertensión arterial lo que representa el 51.2 por ciento, seguida de la diabetes mellitus con 13.2 por ciento, la artritis con 9.1 por ciento y las infecciones respiratoria con 6.6 por ciento. En menor proporción la osteoporosis 5.7 por ciento, retraso psicomotor 3.3 por ciento, el asma bronquial 2.4 por ciento, mientras que los trastornos mentales, enfermedad prostática, tiroides, úlcera gástrica y los sordomudos representan cada uno el 1.7 por ciento de la población.

Gráfico 9. Determinar el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua, República Dominicana, durante el año 2011. Según morbilidad:



Fuente: Cuadro 9.

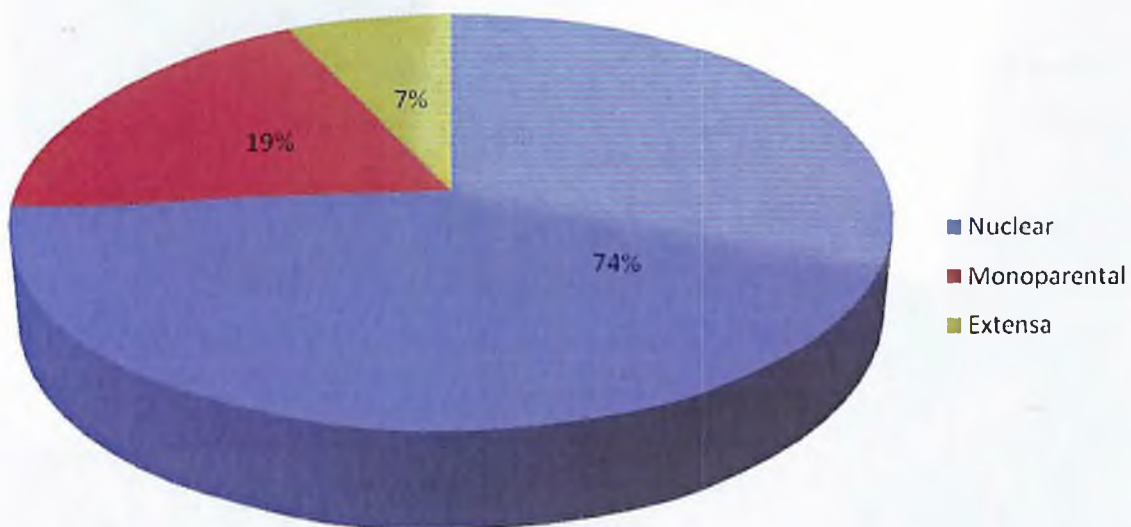
Cuadro 10. Determinar el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua, República Dominicana, durante el año 2011. Según tipo de familiar.

Tipo de familia	Frecuencia	%
Nuclear	132	74.0
Monoparental	35	19.0
Extensa	13	7.0
<b>Total</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Fichas familiares

Del total de la población estudiada el 74 por ciento está representado por el tipo de familia nuclear, el 19 por ciento por el tipo monoparental y el tipo de familia extensa ocupa el 7 por ciento.

Gráfico 10. Determinar el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua, República Dominicana, durante el año 2011. Según tipo de familiar.



Fuente: cuadro 9.

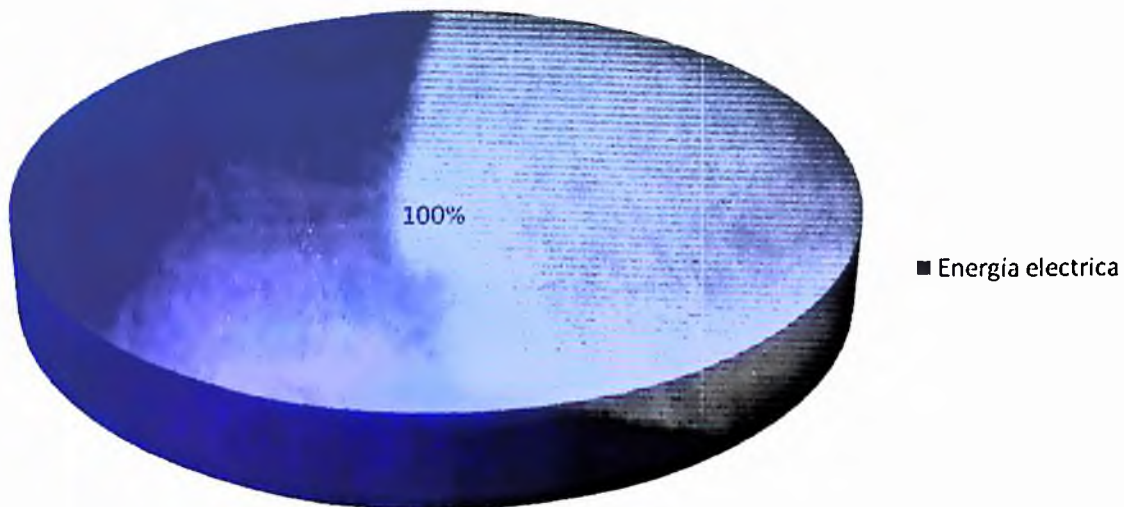
Cuadro 11. Determinar el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua, República Dominicana, durante el año 2011. Según características de la vivienda en servicio de electricidad.

Electricidad	Frecuencia	%
Energía eléctrica	180	100.0
Total	180	100.0

Fuente: Fichas familiares

El 100% de las viviendas utiliza el servicio de energía eléctrica

Gráfico 11. Determinar el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua, República Dominicana, durante el año 2011. Según características de la vivienda en servicio de electricidad.



Fuente: cuadro 11.



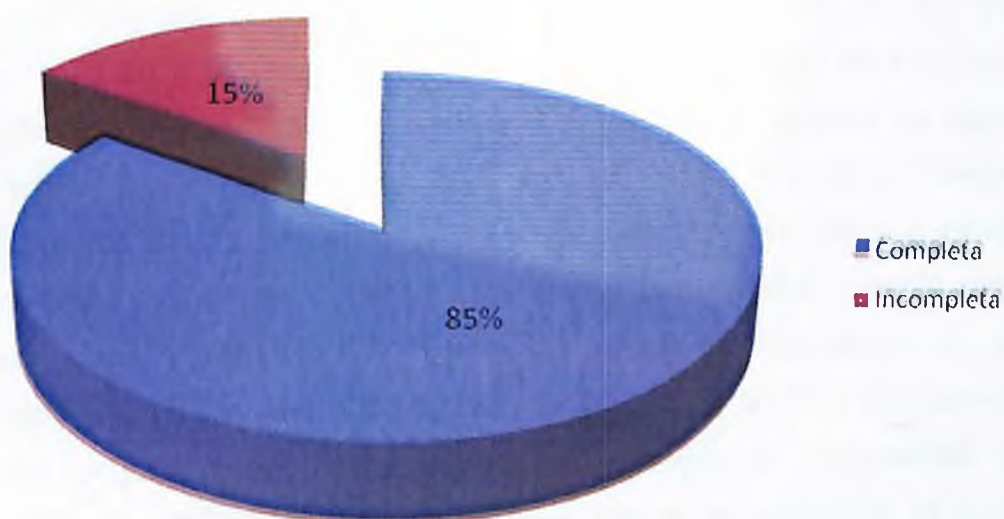
Cuadro 12. Determinar el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua, República Dominicana, durante el año 2011. Según cobertura de vacunas infantiles.

Cobertura	Frecuencia	%
Completa	50	85.0
Incompleta	9	15.0
Total	59	100.0

Fuente: Fichas familiares

El resultado de las fichas familiares de los infantes arrojó que el 85 por ciento de la población del pueblo abajo tiene la vacuna completa, mientras que solo el 15 por ciento de dicha población tiene todas las vacunas.

Gráficos 12. Determinar el diagnóstico situacional de salud del sector Pueblo Abajo, Azua, República Dominicana, durante el año 2011. Según cobertura de vacunas infantiles.



## IX. DISCUSIÓN.

El grupo de edad más frecuente estuvo entre 20 a 49 años con un 30.1 por ciento. Tenemos que el sexo más predominante en este estudio estuvo conformado por el femenino para un 54.7 por ciento, sin diferencia significativa frente al sexo masculino. Tenemos que el nivel educativo más predominante en la población estudiantil fue el nivel de bachillerato con un 29.2 por ciento, seguido del nivel primario con un 25.1 por ciento, según estadísticas mundiales la mayor parte de la población solo culmina el nivel educativo primario o comienzan la secundaria. La mayor parte de la población se encuentra desempleada; en términos generales, la República Dominicana tiene una tasa de desempleo de 14.3 por ciento y una desocupación de 4.5 por ciento, de acuerdo a las estadísticas del Banco Central. De las personas sin empleo, las mujeres representan un 21.9 por ciento y los hombres 9.7 por ciento. La mayoría de la población de estudio posee vivienda propia siendo este el 75.6 por ciento de la población de estudio. La gran parte de las viviendas de la población de estudio sus viviendas se encuentran en buen estado para un 75.6 por ciento. Tenemos que el 73.8 por ciento de la población de estudio tiene acceso a inodoro exclusivo, siendo esto un dato favorable, ya que con el uso de inodoros exclusivos se pueden evitar enfermedades contagiosas como puede suceder con el uso de inodoros colectivos. Favorablemente el 100.0 por ciento de la población se abastece de aguas provenientes de acueductos y cisternas, aunque es más seguro no debe desconsiderarse tomar ciertas precauciones a la hora de utilizar el agua por estas vías y aun más cuando sea para ser consumida por las personas, ya que estas pueden tener microorganismos que producen enfermedades renales u otras que podrían ser perjudiciales para su salud. La mayor causa de mortalidad en la población de estudio es la Hipertensión arterial lo que representa un 51.2 por ciento; según la literatura mundial dentro de las patologías crónicas no transmisibles la Hipertensión Arterial se considera la de mayor prevalencia e incidencia ya que alrededor del 15 por ciento de la población mundial está diagnosticada como hipertensa y se cree que cerca del 30 por ciento de la misma padece esta entidad y por diferentes motivos no están diagnosticados o presentan diagnósticos

inconclusos. El 74.0 por ciento de la población de estudio están representados por el tipo de familiar nuclear. El 100.0 por ciento de la población de estudio está debidamente dotada del servicio de energía eléctrica. El resultado de las fichas familiares de los infantes arrojó que el 85 por ciento de la población del pueblo abajo tiene la vacuna completa.

...



## **X. CONCLUSIONES.**

Podemos concluir que la población de estudio, tiene una calidad de vida aceptable, y sus condiciones de vida la mayoría de sus viviendas están en buen estado, partiendo de esto obtuvimos las siguientes conclusiones:

- El grupo de edad más frecuente estuvo entre 20 a 49 años con un 30.1 por ciento.
- En la población estudiada el sexo predominante corresponde al femenino con 54.7 por ciento.
- En cuanto al nivel educativo de la población el mayor porcentaje está representado por el nivel bachiller con 29.2 por ciento.
- La mayoría de la población estudiada se encuentra desempleada representando el 35.0 por ciento.
- En el sector predominan las viviendas propias para un 68.3 por ciento.
- El 75.6 por ciento de las viviendas se encuentra en buen estado.
- El 73.8 por ciento de la población tiene acceso a inodoro exclusivo.
- El 100.0 por ciento de la población estudiada se abastece de agua proveniente de acueductos y cisternas.
- La morbilidad de mayor porcentaje corresponde a la Hipertensión arterial lo que representa el 51.2 por ciento.
- Del total de la población estudiada el 74 por ciento está representado por el tipo de familia nuclear.
- El 100% de las viviendas utiliza el servicio de energía eléctrica.
- El resultado de las fichas familiares de los infantes arrojó que el 85 por ciento de la población del pueblo abajo tenía la vacuna completa.

## **XI. RECOMENDACIONES.**

- Se recomienda al Ministerio de Salud Pública, realizar lo antes posible talleres informativos sobre calidad de vida, condiciones de vida y riesgos de salud especialmente en las zonas de escasos recursos, con el fin de dar herramientas para mantener el bienestar de la salud.
- Fortalecer la organización social y promover espacios saludables en las comunidades, viviendas y familias.
- Exhortar a la población estudiantil y centros estadísticos a realizar investigaciones orientadas al tema, para de esta manera dar seguimiento al diagnóstico situacional de salud de nuestra población en especial en zonas de alta pobreza.
- Realizar operativos médicos gratuitos en las zonas de escasos recursos, para de esta forma evitar posibles enfermedades en la población, por falta de recursos económicos.

## XII. REFERENCIAS

1. Vásquez H., Enrique, Aramburu L, Carlos y otros; Gerencia Social, diseño, monitoreo y evaluación de proyectos sociales, Universidad del Pacífico, Centro de Investigación: IDRC, Lima, 2000.
2. Grey Figueroa, Carlos Y Casas Casas, César; Manual de Planificación Estratégica y Proyectos para el Desarrollo Local, Dirección Regional de Salud de Cajamarca, APRISABAC, Cajamarca, 2000.
3. Inide; Manual para el Diagnóstico Situacional del NEC, Ministerio de Educación del Perú, Primera Edición, 1975.
4. Aguilar Idañez, María José y Anderg-Egg, Ezequiel Diagnóstico Social, conceptos y metodología, Instituto de Ciencias Sociales Aplicada, 3ra. Edición, Madrid, España, 1999.
5. Aprisabac, Manual de Planificación Estratégica y Proyectos para el Desarrollo Local. Dirección Regional de Salud-APRISABAC. Cajamarca 2000.
6. MINSA. Estudio de balance de oferta-demanda de servicios de salud y prioridades de inversión pública en salud-programa de fortalecimiento de los servicios de salud, Informe de brechas, Lima 1999.
7. Diresa Ayacucho. Línea de Base Proyecto de atención a comunidades Dispersas de Ayacucho. PACD, Huamanga 2001.
8. Walsh-TGP Estudio de Impacto ambiental gaseoducto Camisea-Lima, TGP-2002.
9. Rosell, Gustavo. Propuesta metodológica para la identificación de las necesidades y demanda de salud de las poblaciones pobres y excluidas de las regiones de Ayacucho, Apurímac y Huancavelica, tesis 2004.
10. Madueño Dávila, Miguel, Partners of Health Reform, El Perú estudios de demanda de los servicios de salud (Documento 01).
11. Alarcón Villaverde, Jorge, Partners of Health Reform, El Perú y el perfil epidemiológico en un contexto de demanda reprimida de los servicios de salud (Documento 02).
12. Oficina Internacional del trabajo, Un estudio cualitativo sobre la demanda y explotación sexual comercial de adolescentes: el caso de Colombia, 2003.

13. MINSA. Estudio de Balance de Oferta- Demanda de Servicios de Salud y prioridades de inversión en salud pública, 1999.
14. <http://es.scribd.com/doc/413445448/Bases-Para-El-Diagnóstico-situaciona-de-salud>.
15. [http://www.gycperu.com/descargas/6\\_octubre/como%20hacer%20ASIS%20ou%20una%20linea%20de%20Base%20salud%20para%20Zona%20Rural.pdf](http://www.gycperu.com/descargas/6_octubre/como%20hacer%20ASIS%20ou%20una%20linea%20de%20Base%20salud%20para%20Zona%20Rural.pdf). (Guía para elaborar un análisis situacional de salud.
16. Secretaria de Estado de Salud Pública, La Movilización Tolerancia cero a Nivel Desconcentrado, Noviembre 2005.
17. Organización Panamericana de la Salud, La Salud Publica en las Américas, 2002.
18. Secretaria de Estado de Salud Pública y Organización Panamericana de la Salud, *Indicadores Básicos de la Salud 2003 Republica Dominicana*.
19. Presidencia de la Republica Dominicana, Reglamentos de la Ley General de salud (42-01) Volumen II.
20. Secretaria de Estado de Salud y Asistencia Social, Guía Farmacoterapeutica de Medicamentos Esenciales de la republica Dominicana, 1998.
21. Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud, Consultoría Análisis de las Funciones Criticas de Rectoría y Provisión de Servicios de Salud en la Reforma del Sector Salud, Santo Domingo 2006 .
22. Organización Panamericana de la Salud, Situación de Salud de las Américas Indicadores Básicos 2005.
23. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional; Comisión
24. Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud; República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; Macro International/DHS Program;
25. Centro de Estudios Sociales y Demográficos. Encuesta Demográfica y de Salud: ENDESA 2002. Santo Domingo, 2003.
26. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional; Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud; República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; Macro International/DHS

- Program; Centro de Estudios Sociales y Demográficos. Encuesta Demográfica y de Salud: ENDESA 1996. Santo Domingo, 1997.
27. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Sobre el Desarrollo Humano 1990- 2004. Disponibles en <http://www.idh.pnud.org>.
  28. Oficina Nacional de Estadísticas. Proyecciones Nacionales de Población por Sexo y Grupos Quinquenales 1980-2050, Santo Domingo 2006.
  29. Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud; Unión Europea; República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Sistema Dominicano de Seguridad Social, Rostro de la anhelada Protección Social, Santo Domingo, 2005.
  30. Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud; Unión Europea; República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Una Reforma para estar en Salud, Santo Domingo, 2004.
  31. Comisión Presidencial Objetivos del Milenio el Desarrollo Sostenible y Sistema de las Naciones Unidas Republica Dominicana. Objetivos Desarrollo del Milenio, Republica Dominicana 2004, Santo Domingo 2004 .
  32. República Dominicana. Oficina Nacional de Estadísticas. VIII Censo Nacional de Población y Vivienda 2002. Resultados preliminares. Disponibles en <http://www.one.gov.do/datos2002.htm>.
  33. República Dominicana. Oficina Nacional de Planificación. Estrategia para la reducción de la Pobreza en la República Dominicana 2004-2015. Santo Domingo, 2003.

### XIII. ANEXOS

#### XIII.1. Cronograma

<b>Variables</b>		<b>Tiempo:2012</b>
Selección del tema		Junio
Búsqueda de referencias		Junio
Elaboración del anteproyecto		Julio
Sometimiento y aprobación		Julio
Recolección de los datos	2012	Julio
Tabulación y análisis de la información		Agosto
Redacción del informe		Agosto
Revisión del informe		Agosto
Encuadernación		Agosto
Presentación		Agosto

XIII.2. Instrumento de recolección de datos

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SALUD DEL SECTOR PUEBLO ABAJO, AZUA,  
2011.

### XIII.3. Costos y recursos

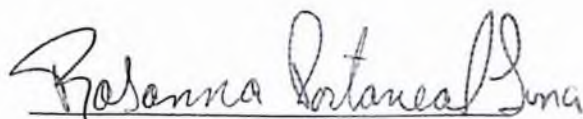
XIII.3.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un investigador o sustentante</li> <li>• Dos asesores</li> <li>• Archivistas y digitadores</li> </ul>			
XIII.3.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	3 resmas	130.00	390.00
Papel Mistique	3 resmas	80.00	540.00
Lápices	1 docena	180.00	36.00
Borras	6 unidades	3.00	24.00
Bolígrafos	1 docena	4.00	36.00
Sacapuntas	6 unidades	3.00	18.00
Computador Hardware: Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.; CD-ROM 52x Impresora HP 932c Scanner: Microteck 3700 Software: Microsoft Windows XP Microsoft Office XP MSN internet service Omnipage Pro 10 Dragon Naturally Speaking Easy CD Creator 2.0 Presentación: Sony SVGA VPL-SC2 Digital data proyector			3.00
Cartuchos HP 45 A y 78 D	2 unidades		1,200.00
Calculadoras	2 unidades		150.00
			10,000.00
XIII.3.3. Información			
Adquisición de libros Revistas Otros documentos Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
XIII.3.4. Económicos			
Papelería(copias )	1200 copias	2.00	2,400.00
Encuadernación	12 informes		9,600.00
Alimentación		800.00	2,200.00
Transporte			3,000.00
Imprevistos			3,000.00
<b>Total</b>			<b>\$33,197.00</b>





XIII.5. Evaluación

Sustentante



Dra. Rosanna María Portorreal Luna

Asesores:




Dra. Mercedes Vázquez (Clínico)



Dr. Rubén Darío Pimentel (Metodológico)

Jurados

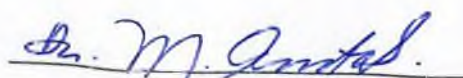




Autoridades



Coordinador de Residencia Medicina Familiar



Jefe de Enseñanza



Dr. José Javier Asilis Záiter  
Decano Facultad de Ciencias de la Salud



Fecha de Presentación:

20/8/2012

Calificación:

96