

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo
Residencia de Medicina y Comunitaria

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE TABARA
ARRIBA, PERÍODO 2019-2020.



Tesis de pos

grado para optar por el

título de especialista en:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentante

Dra. Cesarina Benjamina Navarro Martínez

Asesora

Dra. Claridania Rodríguez (Metodológica)

Los conceptos expuestos en la presente tesis, son de la entera responsabilidad de la sustentante de la misma.

Distrito Nacional: 2021.

CONTENIDO

Agradecimientos

Resumen

Abstract

I. Introducción.....	1
I.1. Antecedentes.....	3
I.2. Justificación.....	7
II. Planteamiento del problema.....	9
III. Objetivos.....	12
III.1. General.....	12
III.2. Específicos.....	12
IV. Marco teórico.....	13
IV.1. Salud Pública.....	13
IV.1.1. Concepto de Salud y sus Determinantes.....	13
IV.1.2. Diagnóstico de Situación de Salud y Análisis de Situación de Salud.....	16
IV.1.3. Particularidades de ASIS en áreas pequeñas.....	19
IV.1.4. Creación de entornos saludables.....	20
IV.1.5. Salud en la provincia de Azua.....	21
IV.1.6. Diagnóstico de salud.....	22
IV.1.7. Entorno saludable.....	23
V. Operacionalización de las variables.....	25
VI. Material y métodos.....	27
VI.1. Tipo de estudio.....	27
VI.2. Área de estudio.....	27
VI.3. Universo.....	27
VI.4. Muestra.....	27
VI.5. Criterios de inclusión.....	27
VI.6. Criterios de exclusión.....	28
VI.7. Instrumento de recolección de datos.....	28
VI.8. Procedimiento.....	28
VI.9. Tabulación.....	28
VI.10. Análisis.....	28
VI.11. Aspectos éticos.....	29
VII. Resultados.....	30

VIII. Discusión.....	41
IX. Conclusiones.....	42
X. Recomendaciones.....	43
XI. Referencias.....	44
XII Anexos.....	49
XI.1. Cronograma.....	49
XII.2. Instrumento de recolección de los datos.....	50
XII.3. Costos y recursos.....	52
XII.4. Evaluación.....	53

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por ser mi soporte y fortaleza en cada paso de mi vida, gracias por iluminar mi mente Y poner personas en mi camino que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Mi padre: Benjamín Navarro

Hombre ejemplar, mi soporte gracias por siempre estar en cada etapa de mi vida profesional por tu apoyo emocional , económico Gracias mil.. te amo

Mi madre : Magali Martínez gracias madre incansable mujer valiente

Que aún en la distancia sin importar horas siempre me escucha gracias por tus palabras de aliento de hacer siempre el bien y ser humilde... te amo

A mis abuelos :

Gracias por ser parte de mi triunfo profesional por sus consejos y bendiciones... los amo.

Mis hermanas:

Gracias por ser parte de este logro por su apoyo incondicional y bendiciones .. las amo

Darielys Lapaix Navarro:

Hija mía eres mi motivación e inspiración para ser y luchar por lo que soy, cada día y noche sin ti valieron la pena porque logré mi objetivo y estoy segura que algún día entenderás y me lo agradecerás.

Dariél Lapaix Rodríguez:

Gracias por tu apoyo y tu entrega para conmigo, Gracias por entender mis días y noches de ausencia.

Familia garabito guerrero:

Gracias mil, le agradezco por ser parte de este logro tan importante en mi vida nunca estuve preocupada al momento de ir detrás de mi objetivo, porque estaba segura que mi hija quedaba en buenas manos, con personas que las quieren y la adoran muchas gracias Andry

Griselys Garabito guerrero, Altagracia Guerero, Dionicio Garabito, Dioni Garabito, Wily Garabito ..

Mis tíos:

Gracias por siempre apoyarme en cada etapa de mi vía

Mis primas:

Gracias por siempre confiar en mi y apoyarme

Mis amigos (as):

Gracias por ser parte de este logro, Dra. Yocabel Feliz, Dra. Figuereo, Dra. Romero, Dr. Corniel, Dr. Estrella, Dra. Luberrise, Dra. Acela Sánchez, Dra. Alcantara, Lic. Medina, Lic. Dinorah Soriano y mi gran amigo Rafelo Ramírez.

Mis profesores: gracias por ser parte de mi formación Profesional como especialista,

Por su apoyo y entrega Dra. Sandra Reyes, Dr. Juan Reyes, Dra. Díaz Cedano, Dra. Eribelis Ramírez, Dra. Beltre, Dr. Suero; Dr. Bayohan, Dra. Piña.

La sustentante.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal con recolección de datos prospectivos, con el propósito de identificar el Análisis de Situación de Salud en el Municipio de Tábara Arriba, periodo 2019-2020. El 54.7 por ciento de los pacientes tenían una edad entre 20 a 64 años, el 51.6 por ciento de los pacientes eran del sexo masculino, el 36 por ciento de los pacientes cursaron la secundaria, el 56.9 por ciento de los pacientes vivían en unión libre, el 39.6 por ciento de los pacientes eran empleados público, el 32.9 por ciento de los pacientes tienen empleo temporal, el 41.3 por ciento de los pacientes Vivían en casa propias, el 42.2 por ciento de los pacientes tiene la vivienda en buena condición, el 100 por ciento de los pacientes tiene agua potable, el 31.1 por ciento de los pacientes usaban inodoros exclusivos, el 27.1 por ciento de los pacientes la principal causa de morbilidad fue la hipertensión arterial.

Palabras clave: análisis de situación de salud.

ABSTRACT.

An observational, descriptive and cross-sectional study was carried out with prospective data collection, in order to identify the Health Situation Analysis in the Municipality of Tábara Arriba, period 2019-2020. 54.7 percent of the patients were between 20 and 64 years old, 51.6 percent of the patients were male, 36 percent of the patients attended high school, 56.9 percent of the patients lived in common law union, 39.6 percent of the patients were public employees, 32.9 percent of the patients have temporary employment, 41.3 percent of the patients lived in their own home, 42.2 percent of the patients have their homes in good condition, the 100 percent of the patients have drinking water, 31.1 percent of the patients used exclusive toilets, and 27.1 percent of the patients, the main cause of morbidity was arterial hypertension.

Keywords: health situation análisis.

I. INTRODUCCIÓN

Desde finales de la década de los noventa, el análisis de situación de salud (ASIS) es reconocido como una función y un campo de actuación sustantivo e indelegable de la autoridad sanitaria. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) lo entiende como la capacidad del sistema de salud para evaluar la situación y las tendencias que muestra la salud de una población o grupos poblacionales específicos, lo que incluye identificar sus determinantes, las brechas de desigualdad en la exposición a los riesgos, a los daños y en el acceso a los servicios, así como reconocer los recursos extra sectoriales que pueden participar en la promoción de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida.¹

Esta evaluación amplia de la situación sanitaria constituye la primera función esencial de la salud pública y culmina con la comunicación de los resultados a autoridades públicas y ciudadanía.² La evaluación, interpretación y divulgación de la situación de salud poblacional es la base de las acciones públicas relacionadas con el bienestar de la población. El ASIS representa una capacidad institucional básica en todo sistema sanitario, indispensable para el monitoreo, la vigilancia y la inteligencia epidemiológica, entendida esta última como un proceso estratégico de análisis de información multidimensional, con fines de proyección y toma de decisiones en políticas de salud.³

Constituye también una competencia profesional del personal involucrado en los diferentes niveles de atención a la salud, desde el local hasta el nacional. Su adecuado funcionamiento requiere consensos sobre sus fines, enfoques y métodos; demanda articulaciones oportunas y efectivas con otros procesos sanitarios, especialmente los vinculados con la planificación, la gestión y la administración de la respuesta institucional respecto a las demandas en salud, y obliga a procesos de formación, asesoría y seguimiento del personal, para garantizar su correcta implementación.

Más allá de su referencia como una función esencial de la salud pública, los ASIS poblacionales constituyen estudios socio epidemiológicos complejos, que permiten identificar, describir y comprender las interacciones entre ambientes, determinantes estructurales, condiciones y modos de vida en la construcción social de la salud. Su

nivel de análisis es el poblacional y pueden desarrollarse en los ámbitos local, regional, estatal, nacional y global. También se han descrito como estrategias científicas para la focalización y la planificación de servicios e intervenciones de salud. Pueden diseñarse como estudios de caso o como estudios comparativos entre grupos poblacionales, incluso con diferente nivel de agregación. Se llevan a cabo como respuesta a emergencias sanitarias, o en forma planificada, para analizar sistemáticamente las tendencias de situaciones de salud prioritarias.⁴

Algunos especialistas reconocen dificultades operativas y para la enseñanza de los ASIS. Respecto a su implementación, aún es limitada la participación de otros sectores sociales distintos al de salud; lo mismo sucede con el personal de las unidades administrativas de salud, para quienes no parece ser una tarea prioritaria. En consecuencia, es escasa la articulación entre los niveles locales y regionales. Además, la recuperación de sus resultados para la planificación de acciones sanitarias compite con los intereses de las agendas políticas.⁵ El desarrollo de estos estudios en las unidades de salud se dificulta por la falta de una metodología estandarizada para su realización y por las deficiencias en las fuentes de información oficial; también, por la alta rotación de personal en las unidades médicas y la insuficiente capacitación sobre el ASIS durante los estudios de pregrado.⁶

En países como Cuba, la enseñanza del ASIS se incorporó como parte de las disciplinas sociomédicas; sin embargo, se reconoce la necesidad de actualizar sus contenidos e implementar una evaluación rigurosa del proceso educativo, que contribuya a la adecuada preparación de los profesionales de la salud.⁷ Esto coincide con lo observado en los servicios de salud de Veracruz, México, donde, bajo el nombre de “diagnósticos de salud” (DS), se desarrollan estudios descriptivos, con orientación de riesgos y daños. Por lo general, se circunscriben al ámbito de las unidades médicas de primer nivel; el personal responsable los asume como una carga administrativa poco útil, sin conexión directa con la planificación de los servicios e insumos de salud; se realizan en forma rutinaria y sin participación de la población.⁸

Los DS suelen concentrarse en la descripción del estado de salud/enfermedad de la población en el momento presente, sin profundizar en las tendencias de la salud

poblacional a lo largo del tiempo, ni en los comportamientos estacionales o en los elementos contextuales que pueden relacionarse con los cambios en salud. Al ser ejercicios locales, tampoco analizan comparativamente la situación entre poblaciones, y pocas veces desagregan sus datos por gradientes sociales en salud, como la ubicación territorial o la clase social basada en la ocupación, el género o la identidad étnica.

Por lo anterior, el objetivo de este trabajo es explorar la evolución teórico-metodológica del ASIS en América Latina y el Caribe y, con base en las evidencias de su práctica, analizar los desafíos en su implementación, a fin de contribuir a su posicionamiento como proceso técnico indispensable para la conducción, la gestión y la toma de decisiones en salud en todos los niveles y sectores del sistema sanitario, especialmente en el primer nivel de atención.⁸

I.1. Antecedentes

Rocío López Lara (2017) Se encontró que las guías para orientar la implementación de los ASIS reproducen un modelo de diagnóstico de salud epidemiológico/ administrativo, aunque algunas suscriben, como ejes del análisis, la perspectiva de género, de determinantes sociales, la intersectorialidad y la participación social; esto se refleja en el 90 % de los 19 informes gubernamentales recuperados. El 80 % de las 10 investigaciones originales recuperadas se identifican como estudios descriptivos, observacionales y transversales, con escasa actuación de los equipos de salud del primer nivel y mínima participación de las poblaciones y los representantes de otros sectores vinculados con la salud. Las principales fuentes utilizadas son estadísticas demográficas y epidemiológicas oficiales, y una mínima proporción de los ASIS concluye en la generación de propuestas de actuación. Con la siguiente determinante: Identificar la evolución teórico-metodológica del análisis de situación de salud (ASIS) en América Latina y el Caribe, y analizar los desafíos en su implementación. Revisión narrativa a partir del estudio de trabajos de investigación, artículos de reflexión y manuales publicados en las bases de datos ebsco, PubMed, Redalyc, Scielo y Lilacs, entre los años 2000 y 2017, relacionados con el análisis de la situación de salud a nivel poblacional. Se analizaron los 67 documentos

seleccionados y se hizo comparación de contenidos de los ASIS realizados en la región. La implementación de los asis enfrenta, como desafíos, trascender la noción patológica y sectorial de la salud; incorporar indicadores de salud positiva, así como otros de inequidad en salud, que permitan una valoración amplia de la situación de salud poblacional, sus determinantes sociales y los gradientes de desigualdad en la expresión de la enfermedad y del acceso a servicios para su atención; articular, en su práctica, el método epidemiológico, con técnicas etnográficas y de participación social, para apoyar el análisis integral e interseccional de la salud; y capacitar a los equipos de salud, especialmente de primer nivel, para el desarrollo efectivo de estos estudios, con fines de monitoreo y comprensión de las tendencias y los diferenciales en la salud/enfermedad de los grupos poblacionales. Palabras clave: diagnóstico de la situación de salud, colaboración intersectorial, determinantes sociales de la salud, participación social, planificación en salud.

María Gianelli Villagra Noguera (2017) Con este trabajo me propongo realizar el diagnóstico de situación de salud (ASIS) de la zona de influencia de la Policlínica de Medicina Familiar (MF) de El Dorado, Canelones, área donde desarrollo mi práctica médica. Considero que dicha tarea debería ser la primera actividad a realizar por un médico de familia y/o equipo de salud, una vez que se le asigna una zona de trabajo. Es una de las habilidades que diferencia a los médicos de familia de otras disciplinas clínicas y se transforma en una herramienta fundamental a la hora de trabajar con comunidades y organizar la Atención de la Salud de las mismas. Un buen diagnóstico o análisis de situación de salud (ASIS) debería, caracterizar, medir y explicar el perfil de salud –enfermedad de su comunidad. Reconociendo sus necesidades y problemas de salud, así como sus determinantes. Es de esperar que el equipo de salud en conjunto con la comunidad, y definiendo la metodología, indague, profundice, observe, integre y cree, con todos los datos analizados, una propuesta de transformación de la situación de salud de su comunidad. El proceso concluye (en una primera etapa) con la elaboración de un plan de acción y/o el diseño de un programa que dé respuesta al problema priorizado. En atención a la propia dinámica de la comunidad, será necesario hacer evaluaciones periódicas del mismo, así como su revisión o reformulación si es necesario. Durante marzo-

noviembre del 2006, pasamos por las diferentes etapas que incluye el (ASIS): descriptiva, búsqueda de la información, selección metodológica, aportes de los distintos actores de la comunidad, procesamiento, análisis, identificación, priorización y difusión. Aún hoy, nos encontramos en la etapa final del diseño del programa priorizado; en la fase de difusión –discusión y búsqueda del financiamiento para ejecutarlo a partir del próximo año.⁹

Dr. Franklin Patricio Villalba Correa (2015) El problema consiste en que el diagnóstico de salud en este Dispensario no se ha realizado no hay datos estadísticos registrados, tampoco se ha efectuado un análisis de situación de salud de manera periódica, por lo menos anualmente. Objetivo fue analizar la situación de salud en el área de influencia del Dispensario Tres Postes Seguro Social Campesino durante el período 2012. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo no experimental. La población estudiada estuvo constituida por 246 personas seleccionadas al azar a las que se les aplicó una encuesta. Se describieron las características de las variables psicosociales, ambiente, biológicos, daños a la salud. Consta una recopilación de datos y análisis. Indican estructura poblacional con índice de envejecimiento 8,5%, se encontraron factores de riesgos psicosociales en un 11%, ambientales con 36% y biológicos en 28%, la obesidad representa el mayor porcentaje, se evidenció que la hipertensión arterial 18%, osteoartritis 26%, parasitosis 39% y caries dental 29% son las causas más frecuentes de daños a la salud. Aporta información importante sobre la situación de salud de estas comunidades. Se plantea un programa educativo dirigido a la población como estrategia de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.¹⁰

Rocío Isabel Gómez Mora Ana Isabel Orozco Álvarez (2018) La presente investigación analiza la atención en salud en los servicios médicos de empresa del Poder Judicial, específicamente en el I y II Circuitos Judiciales de San José, durante el año 2007. Este estudio se realiza a partir del análisis de los siguientes factores: Atención Integral en Salud, desde el punto de vista de la aplicación de las diversas estrategias como los son la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la morbilidad, se incluye por tanto aspectos de participación de la población laboral en actividades en salud, estilos de vida, educación en salud, consultas médicas, control

y seguimiento en enfermedades crónicas; también se consideran las necesidades y expectativas tanto de los servidores judiciales para recibir atención integral en salud, como de los trabajadores en salud para brindar atención integral y satisfacer las necesidades de las personas. La finalidad de conocer si se brinda atención integral ó no en los servicios de salud mencionados es establecer las recomendaciones que contribuyan a la gestión de los servicios médicos de empresa de la Institución. La metodología que se aplicó en esta investigación es de tipo cuantitativa, ya que se utilizó la recolección y el análisis de datos que se obtuvieron mediante la aplicación de un cuestionario de tipo cuantitativo, auto administrado, a los Servidores Judiciales, mientras a los trabajadores en salud llevó a cabo mediante la aplicación de un cuestionario por entrevista personal; además, se ejecutó el análisis de documentos, tales como los informes de consultas atendidas, causas de consulta, o bien de actividades en salud, entre otros. El tipo de estudio que se realizó es exploratorio, en virtud de que existen pocos estudios relacionados a la atención en salud integral en el escenario laboral. Para esta investigación se seleccionó una muestra total de 252 servidores judiciales, 204 del Primer Circuito y 48 del Segundo. Una vez obtenida la información se desarrolló una base de datos y el procesamiento estadístico en EXCEL. En lo que respecta al análisis de las entrevistas al personal de salud se utilizó el método de la codificación de los datos. ¡Los resultados del análisis evidencian que existen esfuerzos por realizar actividades de promoción de la salud; se obtuvo que hay ausencia de intervenciones efectivas de promoción de la salud. Se encontró disposición positiva de los servidores judiciales en áreas como la recreación y actividad física, sin embargo, no la practican lo necesario. Relacionado con la participación de las organizaciones internas, en los asuntos de salud, se demuestra que ha sido escasa, a pesar de que los servidores judiciales y los trabajadores en salud catalogan como importante su participación, en actividades de salud y hay disposición para ello en ambas partes. Los datos recopilados comprueban que existe poca actividad preventiva en los servicios médicos de ambos Circuitos Judiciales, donde el enfoque es en mayor proporción de tipo biólogo. Hay escaso abordaje relacionado con los factores de riesgo de las diferentes enfermedades de la población judicial. Otro aspecto es que el trabajo en general, se

desarrolla en forma desarticulada, no solo por los profesionales a lo interno de cada área, sino entre las diferentes disciplinas en salud. En lo relativo a la accesibilidad, ¡la población laboral estudiada considera a ambos Servicios de salud muy accesibles; se encontró que existen diferencias por circuito judicial y por áreas de atención, en cuanto a la empatía y el trato brindado por el personal de salud. ¡Los resultados proyectan que el enfoque interdisciplinario se realiza en forma inadecuada; el abordaje, tanto individual como grupal, se brinda sin interrelacionarse. El personal de salud muestra una actitud muy positiva para brindar atención integral en salud, así como para capacitarse en el tema. Si bien es cierto la institución se ha preocupado por brindar una atención en salud a los trabajadores y la inversión ha sido significativa, también es cierto que para los servicios de salud existe una estructura organizacional débil, no bien definida, con escaso poder de decisión. Los resultados evidencian en forma global que no se brinda atención integral en salud en los servicios de medicina de empresa del I y II Circuitos Judiciales de San José, del Poder Judicial, las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, carecen de análisis previo de prioridades. De acuerdo a los resultados obtenidos se emiten las recomendaciones relacionadas con aspectos internos, así como externos a la Institución, con el objetivo que sean valoradas por las Jefaturas, la Dirección Ejecutiva y el Consejo Superior, tomando en cuenta también a las organizaciones de servidores judiciales, de tal forma que decidan respecto a la pertinencia de implementarlas.¹¹

I.2. Justificación

La salud está determinada por un conjunto de factores que actúan directamente o indirectamente y afectan a individuos y poblaciones. La salud es esencial para un aprendizaje eficaz, y la educación es un medio poderoso que permite a los niños/as alcanzar y mantener la salud y el bienestar. Las escuelas son el medio para coordinar, integrar, implementar y mantener una variedad de actividades de prevención de enfermedades, lesiones y reducción de los factores de riesgo, en donde escolares, maestros, padres/madres de familias pueden intervenir y apoyar. “Los individuos están expuestos a una multitud de enfermedades transmisibles,

situación atribuible al entorno natural, las malas condiciones de vida, la educación sanitaria deficiente y baja calidad o inexistencia de los servicios básicos en general.⁹

El estado de salud de las personas, depende del desarrollo de cada país y de las condiciones de vida que este preste a su población. La prevención de enfermedades, es tan importante como la cura, por lo que es indispensable para la comunidad, la participación en la asistencia sanitaria utilizando medios sencillos y baratos para el mejoramiento de la salud”.¹² Existe una relación claramente definida entre la existencia de una higiene ambiental libre de contaminación y el estado de Bienestar y Salud de la población, “Una higiene ambiental adecuada se traduce en una disminución de las enfermedades que generalmente se adquieren o transmiten por vías de contaminación como heces fecales, aguas contaminadas, insectos o roedores, entre otras”.¹³

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se requirió identificar problemas de salud de los usuarios, las familias y de la comunidad, su morbilidad, mortalidad, grupos vulnerables, familias con riesgos sanitarios, socio económicos, ambientales, biológicos. La insatisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios o deficiencias en la realización de los objetivos de la institución, ya sea por falta de recursos, estrategias inadecuadas, problemas de motivación, la prestación de servicios de salud de calidad, accesible y oportuna. La dotación de servicios básicos, con la eliminación de riesgos de impacto ecológico, con programas que impulsen el empleo adquisición y mejoramiento de vivienda etc, se evitarían gastos y costos sociales no previstos derivados de las malas condiciones de salud.¹⁸

El problema consistió en el Subcentro de salud —El Bosquell siempre se realizó el diagnóstico de salud con datos estadísticos, en lo que destaca el incremento de casos de mal nutrición en niños y adolescentes, de enfermedades crónicas no transmisible, de discapacidades, la prevalencia de enfermedades vectoriales transmisibles, etc, pero no se está efectuando un análisis de situación de salud de manera periódica, por lo menos anualmente para que se realicen las medidas de prevención, promoción y todas las intervenciones que se requieran.

En este trabajo, se reconoció como elementos esenciales del análisis: la identificación de los problemas, luego la priorización y posible solución de los problemas detectados. En la cual el diagnóstico de salud fue la fase descriptiva y el análisis de la situación de salud es el elemento conclusivo para la solución de estos problemas.¹⁹

Esa interrelación entre los problemas percibidos por la población y la información disponible en las instituciones de salud, generó insumos fundamentales para evitar el riesgo de la ceguera situacional, sobre la cual Matus llama la atención, proponiendo utilizar varias miradas que se complementen, para llegar a obtener un conocimiento más amplio sobre las causas del problema. Es aquí donde el ASIS toma importancia porque permite a los actores sustentar mejor la situación problema, utilizando la información producida por los servicios de salud como insumos claves en las discusiones, tanto para hacer una priorización y análisis de los problemas con una

mirada más equitativa, como para sustentar con datos los problemas manifestados por los sujetos de la investigación, generando así una explicación situacional de los problemas seleccionados, que va más allá de un simple diagnóstico.²⁰

Con esto nos hacemos la siguiente pregunta: ¿Cuál es el análisis de situación de salud en el municipio de tábara Arriba, periodo 2019-2020?

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Análisis De Situación De Salud En El Municipio De Tábara Arriba, periodo 2019-2020.

III.2. Específicos

1. Describir las principales características de la comunidad.
2. Identificar los principales problemas de salud.
3. Detectar los determinantes de los problemas encontrados, identificando probables grupos de riesgo.
4. Evaluar calidad de los servicios de salud disponibles, identificando necesidades de la comunidad.
5. Identificar mecanismos de participación comunitaria, detectando redes u otro mecanismo de apoyo social ya sean actuales o potenciales.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Salud Pública

La Salud Pública ha sido definida como los esfuerzos organizados de una sociedad para la prevención, control y atención de los problemas de salud y para promover una vida saludable.²³ Es preocupación constante, conocer la situación de salud del individuo, la familia y la comunidad; para ello se ha desarrollado un instrumento de diagnóstico que permite acercarse a la identificación de los problemas de salud, haciendo hincapié en los determinantes sociales, sobre los cuales el sector de la salud y las comunidades pueden influir para mejorarlos y modificarlos, y de esta manera evitar la enfermedad.²³ Los Análisis de Situación de Salud (ASIS), como parte de la Salud Pública, conllevan una intención de intervenir y dirigidos a fortalecer las decisiones, e involucran un compromiso con la transformación de la salud de las poblaciones y, sobre todo, con la reducción de las inequidades sociales en salud.²³

IV.1.1. Concepto de salud y sus determinantes

La concepción de salud ha evolucionado a través del tiempo, desde una mayor vinculación con las enfermedades y la muerte, hasta concepciones más relacionadas con las posibilidades de realización personal y colectiva, es decir, la salud y enfermedad son inherentes a la vida y expresan la forma como vive cada persona y cada población. La salud, la enfermedad, la vida, son procesos, por lo tanto, cambian, mejoran o empeoran, se transforman permanentemente.²³ En este sentido se puede acotar, que una de las formas en las que se expresan las condiciones de vida es a través del proceso salud- enfermedad, por lo tanto, fenómenos ambientales, políticos y sociales se manifiestan de manera particular en cada grupo social o individuo, expresan en su cotidianeidad su inserción (individual y particular) en los procesos más generales de la sociedad.²³

Según Bergonzoli citado por Hernández históricamente se ha dado un interesante desarrollo epistemológico sobre el concepto de la salud como Producto Social, con este desarrollo epistemológico de salud, entendida como la resultante de la acción de la sociedad en su conjunto; la producción social de salud y bienestar en los espacios-

población es, ahora, responsabilidad de todos los actores sociales.²³ Esta nueva concepción de salud exige de metodologías innovadoras para ser utilizadas en la construcción de los diagnósticos y Análisis de Situación de Salud (ASIS), metodologías que, además, de superar los enfoques tradicionalmente fragmentados o reduccionistas, presenten suficiente consistencia entre el marco conceptual multifactorial y polidimensional en la producción de salud. La observación de la realidad la naturaleza tal como existe- y la organización racional de esas observaciones para describir, explicar, predecir, intervenir, controlar y modificar la realidad es el fundamento de la ciencia.²³

Esta forma de percibir la realidad y, con ella, la generación de conocimiento, se ven necesariamente influenciadas por las concepciones dominantes en cada tiempo y lugar, los llamados paradigmas.²⁴ Estos paradigmas, con sus elementos objetivos y subjetivos, postulan modelos y valores que forman un marco teórico y proveen una estructura coherente para entender la realidad.²⁴ Para poder analizar la relación entre los factores de riesgo y el estado de salud y enfermedad, es necesario contar con un amplio marco de referencia o conceptualización de la salud y sus determinantes. Tal marco de referencia deberá ser integral y operativo desde el punto de vista de una política sanitaria. La secuencia de paradigmas en épocas sucesivas ilumina la evolución de una disciplina científica.²³

En base al paradigma reinante en cada época, Históricamente, los servicios de salud siempre han procurado la construcción del ASIS mediante el empleo de diferentes metodologías y con varios enfoques conceptuales. Estos enfoques han ido evolucionando desde la década de los sesenta en la que se preconizaba el uso de la Guía CENDES/OPS, la cual incluía un enorme número de información, sin ajuste a los niveles a los que se aplicaba, y lo que la llevo a convertirse en un ejercicio rutinario. En la década de los setenta el enfoque se realiza bajo el estudio de los determinantes de la salud, en esta época destacan los aportes de Morris basados en un modelo socioecológico.²³

Con la definición amplia de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad" se plantean nuevas perspectivas epidemiológicas sobre

la salud poblacional. En 1973, cuando Laframboise propuso un marco conceptual para el campo de la salud, se diseñó un plan para las décadas de 1980 y 1990. Este enfoque más conocido como “concepto de campo de la salud” e incluido en un trabajo del gobierno canadiense que fue la base sobre la que se proyectó la política sanitaria del país, implica que la salud está determinada por una variedad de factores que se puede agrupar en cuatro divisiones primarias (Variables y/o dimensiones primarias): estilo de vida, medio ambiente, organización de la atención de la salud, y biología humana.²⁵

En 1.974, Blum propuso un modelo de “ambiente de salud” que luego se llamó “Campo causal y paradigmas de bienestar en salud”. En 1.976, basándose en el modelo de Laframboise y Lalonde, Dever lo presentó como “Modelo epidemiológico para el análisis de una política sanitaria”.²⁵ Blum plantea que la amplitud de los cuatro factores determinantes de la salud demuestra la importancia relativa de los mismos. Los cuatro factores se relacionan y se modifican entre si mediante un círculo envolvente formado por la población, los sistemas culturales, la salud mental, el equilibrio ecológico y los recursos naturales.

Contrariamente, Lalonde y Dever sostienen que los cuatro factores son igualmente importantes, de modo que para logara un estado de salud es necesario que los mismos estén en equilibrio.²⁵ El informe de Lalonde, muestra cómo se vierten gran cantidad de los recursos para organizar el sistema sanitario, descuidando los tres elementos anteriores, es decir actuando en la prevención y promoción de la salud, poniendo, en el plano de las políticas nacionales de salud y no solo en el académico, la importancia de considerar una visión más holística o integral de la salud pública. Al mismo tiempo demuestra, que la forma como se organizan o se dejan de organizar los sistemas de salud es, en sí misma, un elemento clave para la presencia o ausencia de enfermedad en la población, que la prestación de servicios de atención de salud y la inversión en tecnología y tratamiento médicos no son suficientes para mejorar las condiciones de salud en la población y que los múltiples factores que determinan el estado de salud y la enfermedad en la población trascienden la esfera individual y se proyectan al colectivo social.²⁵

Una de las consecuencias evidentes del concepto del campo de la salud ha sido elevar biología humana, el ambiente y el estilo de vida a un nivel de importancia categórica igual a la de la organización del cuidado médico. Esto, en sí mismo, es un paso radical debido a la superioridad clara que esta última categoría ha tenido adentro últimos conceptos del campo de la salud. Una segunda cualidad del concepto es que es comprensiva. Cualquier problema de salud se puede remontar a uno, o a una combinación de los cuatro elementos. Esto de la comprensión es importante porque se asegura de que todos los aspectos de la salud tendrán la debida consideración y que todos contribuyen a la salud, individualmente y colectivamente, el paciente, el médico, el científico y el gobierno, son conscientes de sus papeles y de su influencia en el nivel de salud. Una tercera característica es que el concepto permite un sistema de análisis por el cual cualquier pregunta se puede examinar bajo cuatro elementos para determinar su significación e interacción relativas.²⁵

Este análisis permite que los planificadores de programas de salud centren su atención en más factores que contribuyen de manera importante en los problemas. Una cuarta característica del concepto es que permite otra subdivisión de factores. Proporciona en gran medida, un mapa itinerario que muestra la mayoría de los enlaces directos entre los problemas de salud, y sus causas subyacentes, y la importancia relativa de varios factores que contribuyen. Finalmente, el concepto del campo de la salud proporciona una nueva perspectiva en salud, una perspectiva que libera las mentes creativas para el reconocimiento y la exploración de campos hasta ahora descuidados.²⁶

El análisis de los factores de riesgo para las categorías de enfermedades dentro del marco del modelo epidemiológico de Dever para el análisis de una política sanitaria, arroja resultados similares a los que resultan de la teoría de Blum.²⁵ Breihl-Granda y Castellanos orientan el análisis de la situación de salud hacia el estudio de las condiciones de vida como mediadores entre la inserción social y la situación de salud.²³ En la tarea por integrar las dimensiones biológica, socioeconómica y política al enfoque epidemiológico, se empieza a reconocer entonces el surgimiento de un nuevo paradigma: la eco-epidemiología, que pone énfasis en la interdependencia de

los individuos con el contexto biológico, físico, social, económico e histórico en el que viven y, por lo tanto, establece la necesidad de examinar múltiples niveles de organización, tanto en el individuo como fuera de él, en la exploración de causalidad en epidemiología.²⁷

IV.1.2. Diagnóstico de situación de salud y análisis de situación de salud

Los términos "diagnóstico de salud" y "análisis de la situación de salud" suelen manejarse como sinónimos, se considera que más bien representan diferentes etapas del mismo procedimiento epidemiológico para enfrentar los problemas de salud, el primero es la fase descriptiva de su desarrollo, mientras que el segundo es el elemento conclusivo para la solución de esos problemas.²³

Según Martínez y otros, el Diagnóstico de la Situación de Salud (DSS) es el proceso multidisciplinario e intersectorial mediante el cual se describe y analiza la situación concreta de salud-enfermedad de una comunidad, se identifican sus problemas, estableciéndose las prioridades, todo ello como pasos previos para lograr el propósito fundamental del DSS que es el de permitir adoptar un plan de intervención que, acorde con medidas específicas y a plazos determinados permita mejorar el estado de salud de la comunidad en que se ejecuta . Mientras que el Análisis de Situación de Salud, representa un instrumento científico metodológico útil para identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios.²³

Para la Organización Panamericana de Salud, el ASIS, es la primera función, esencial de salud pública y es un instrumento fundamental para la identificación de necesidades y prioridades en salud, y para evaluar el impacto de las políticas públicas, mejorar el diseño y la implementación de políticas, estrategias y programas que los gobiernos y la sociedad en su conjunto implementan para alcanzar la equidad en salud y el desarrollo humano sostenible.²⁸ Los ASIS, son procesos analítico-sintéticos que incluyen diferentes métodos de estudio, a través de los cuales se puede caracterizar, medir y explicar el perfil de salud enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud y sus determinantes, sean estos del sector salud o de otros sectores.²⁸

Estudian la interacción de las condiciones de vida y el nivel existente de los procesos de salud de un país u de otra unidad geográficopolítica.²⁹ También se puede definir al ASIS como el estudio por parte de un actor de aquello relevante para la acción, entendiendo por actor a toda persona, grupo o institución que controla recursos de poder.³⁰ La Planificación en Salud, parte de la identificación y diagnóstico de problemas de salud. Como los profesionales y las comunidades tienen percepciones diferentes de la realidad y de lo alcanzable, es indispensable que este diagnóstico sea hecho conjuntamente.³¹

La Planificación Estratégica implica formular planes y programas de trabajo, con la participación de todos los actores en un espacio geográfico.³² Un problema, es una realidad insatisfactoria definida por un actor social, que es posible de cambiar y que desafía a la acción. Para la identificación de problemas pueden utilizarse y combinarse técnicas cuantitativas y cualitativas, cobrando mayor importancia las últimas cuanto más pequeña es la unidad de análisis.³⁰ Existen básicamente tres tipos de ASIS, el institucional, el cual se maneja desde las instituciones prestadoras de servicios, el ASIS con información y participación de las comunidades y el ASIS realizado con la integración de los dos anteriores. Pudiéndose realizar el ASIS en los tres niveles del sistema de salud, nacional, estatal y local, es recomendable ajustar la metodología a cada uno de estos niveles.²³

Actualmente, se concibe dentro de las características del ASIS un carácter dialéctico, en el cual no está acordado el regirse por esquemas rígidos o recetas preconcebidas; considerándose muy importante en lugar de ello, la necesidad de una orientación metodológica, variable, según el nivel donde se realice el ASIS, seleccionada por el grado de complejidad del territorio a estudiar y por la aceptación que tenga la metodología por el equipo de salud y la comunidad para poder ser aplicada y entendida.²³ El ASIS con enfoque poblacional se realiza en un territorio-población definido y en un período de tiempo determinado, país, estado, municipio o sector, con fines asistenciales, docentes y de investigación, esta integración es indispensable para demostrar el compromiso social para el cambio.

En su construcción, el ASIS, debe avanzar en la tendencia a realizarlo considerando los riesgos de los diferentes grupos poblacionales, de manera de

anticiparse para evitar o disminuir el daño, y no construirlo de manera retrospectiva como usualmente ocurre.²³ La disponibilidad de información respaldada en datos válidos y confiables es condición sine qua non para el análisis y evaluación objetiva de la situación sanitaria, la toma de decisiones basada en evidencia y la programación en salud. La búsqueda de medidas objetivas del estado de salud de la población es una antigua tradición en salud pública, particularmente en epidemiología. Desde los trabajos de William Farr en el siglo XIX, la descripción y análisis del estado de salud fueron fundados en medidas de mortalidad y sobrevivencia.

Más recientemente, en parte como resultado del control exitoso sobre todo en las áreas de mayor industrialización de las enfermedades infecciosas tradicionalmente responsables de la mayor carga de mortalidad, así como producto de una visión más comprehensiva del concepto de salud y sus determinantes poblacionales, se reconoció la necesidad de considerar también otras dimensiones del estado de salud. En consecuencia, las medidas de morbilidad, discapacidad y de determinantes no biológicos de la salud, como el acceso a servicios, la calidad de la atención, las condiciones de vida y los factores ambientales son de necesidad creciente para analizar con objetividad la situación de salud de grupos poblacionales y para documentar la capacidad de las personas de funcionar física, emocional y socialmente.³²

De inicio se debe previamente realizar una revisión documental de toda la información disponible para la caracterización del contexto, y a continuación efectuar los siguientes pasos o fases 1: 1. Identificación de problemas, 2. Priorización de problemas, 3. Análisis causal y búsqueda de alternativas de solución, 4. Elaboración del plan de acción y 5. Vigilancia y evaluación.

IV.1.3. Particularidades de ASIS en áreas pequeñas

Para confeccionar el análisis de situación de salud en el nivel local, o sea, en consultorios, área de salud o municipio, surge como obstáculo la población reducida, este aumenta cuando se utilizan modalidades del análisis de situación de salud como el análisis según condiciones de vida u otras formas diferentes de analizar la

información según grupos de edad y sexo. El concepto de “área pequeña” está relacionado con la incidencia de la enfermedad que se estudia, la densidad de la población existente en el área y el período que se estudia, más que con el tamaño del área geográfica. En Cuba se considera un área pequeña cuando existen menos de 20 casos de la enfermedad estudiada y/o cuando la población en estudio es menor que o igual a 10.000 habitantes.³⁴

En otros países como España, consideran “área pequeña” o “pequeña comunidad”, a aquellas menores de 2.000 habitantes.³³ Cuando se analizan áreas con poblaciones menores de 10 000 habitantes surgen problemas: Ausencia de denominadores adecuados. Esta limitación produce indicadores inestables, o sea, cuando varía el número de casos, aunque esta sea mínima, los indicadores resultantes alcanzan gran variabilidad y deben calcularse intervalos de confianza para tener una medida de la precisión del indicador. Si es muy elevada la variabilidad, se realizará un análisis cualitativo de la información.³⁴

Dificultad para localizar casos en enfermedades de baja incidencia. Cuando la incidencia de la enfermedad es menor que 1%, deben adicionarse áreas, períodos o ambos elementos para analizar un número aceptable de casos. Es pertinente esclarecer que el análisis de la mortalidad en el espacio de un consultorio del médico de la familia, debe realizarse “caso a caso” mediante la descripción del fallecimiento, el tipo de enfermedad y los factores que condicionaron la defunción, la calidad de atención recibida y otros elementos que contribuyan a detectar su posible evitabilidad. En espacios de poblaciones más grandes, de acuerdo con el número de habitantes podrán estimarse las tasas generales y específicas de mortalidad, así como el indicador de AVPP, que contribuye a comprender realmente el comportamiento de la mortalidad mediante elementos epidemiológicos importantes.³⁴

IV.1.4. Creación de entornos saludables

El hogar, la Escuela y la Comunidad existe un amplio abanico de soluciones contra las amenazas ambientales para la salud de los niños/as. La mayoría de esas intervenciones se centran en el terreno de las políticas, la educación, la sensibilización, el desarrollo de tecnologías y los cambios de comportamiento. Para

abordar las amenazas ambientales se requiere un enfoque concertado y coordinado, en el que participen personas de muchos sectores diferentes (p. ej., salud, educación, vivienda, energía, agua y planificación). Trabajando juntos, las instancias normativas, funcionarios públicos y miembros de la comunidad como padres, profesores y trabajadores sanitarios pueden aprovechar los programas existentes y adaptar las intervenciones a las necesidades locales.

Este enfoque multisectorial y participativo se ha aplicado con éxito en varios proyectos a pequeña escala en todo el mundo, el reto consiste en implementar esas estrategias eficaces a nivel nacional y mundial para proporcionar a todos los niños/as un lugar saludable donde vivir, estudiar y jugar. Alianza en pro de los Ambientes Saludables para los Niños/as, la OMS está colaborando con diversos asociados y grupos de todo el mundo para establecer una alianza mundial que haga frente a las amenazas ambientales para la salud de los niños/as. Esta iniciativa fue lanzada en 2002 en la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible, aprovechando los puntos fuertes de muchas partes diferentes, la Alianza en pro de los Ambientes Saludables para los Niños/as pretende movilizar el apoyo e intensificar la acción mundial.³⁵

IV.1.5. Salud en la provincia de Azua

En este capítulo se analiza la situación de la salud en la provincia Azua, desde una perspectiva de análisis y caracterización de la demanda de servicios y de la oferta con el fin de establecer las brechas de acceso y calidad que determinan la evolución de las principales variables que definen la situación general de salud de la población. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud se define “como un estado de completo bienestar físico, mental y social” en equilibrio y que no tiene solo relación con la ausencia de enfermedad, sino que abarca mayor integralidad. Por cuanto, desde una perspectiva de la salud en el desarrollo, interesa dimensionar cuáles son los factores del entorno que condicionan la carga de morbilidad en la población de la provincia, como medida de la pérdida de la salud por estos condicionantes.

En el estado de salud de la población también inciden factores como el contexto socioeconómico y político, calidad del medio-ambiente, conocimientos acumulados,

que en general se correlaciona con el nivel de bienestar de las personas. De acuerdo a la OMS, la situación de salud de una población puede depender de los determinantes sociales de la salud (DSS), los que se definen como las condiciones sociales en las cuales nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen las personas, incluyendo los sistemas de salud. Estas condiciones vienen definidas por la distribución de los ingresos, el empoderamiento, y la disposición de los recursos a nivel mundial, nacional y local, y a su vez dependen de opciones políticas.

Existe una alta carga de enfermedad en la que el medio ambiente, los estilos de vida y las características condiciones de vida, constituyen factores de riesgo causales de afecciones de salud y enfermedades. La alta densidad poblacional en el territorio, hacinamiento en las viviendas, las características físicas de la vivienda, acceso a servicios básicos; dentro de los cuales es fundamental el abastecimiento y almacenamiento adecuado del agua; unido a los efectos del cambio climático, y la calidad mismo de los servicios, determinan en gran medida la situación de salud de la población. Estos hechos determinan que el abordaje de la salud se realice desde una perspectiva multidimensional e interdisciplinaria, integrando una perspectiva de transversalizar la dimensión salud en el desarrollo.

La visión de exhaustividad en la recopilación de datos y análisis de este informe se vio limitada por los problemas que enfrenta el país en el sistema estadístico nacional y las debilidades institucionales de las sectoriales, lo que dificulta realizar un análisis detallado de la situación de la salud y factores que determinan estilos de vida y patrones de comportamiento a favor del desarrollo. En el país son escasas las estadísticas con desagregación regional y provincial, y los registros administrativos mantienen altos niveles de sub-registro y errores de clasificación y diagnóstico, que finalmente inciden en la consistencia, integración y calidad de los datos estadísticos.

Por otro lado, las encuestas de hogares implementadas en el país que deben ser conceptualizadas como fuentes complementarias para evaluar la calidad de los registros administrativos, se han convertido en las fuentes de información primaria, con el problema de que en general su diseño sólo permite generar indicadores agregados, cuanto más, permite la desagregación regional de la data, por los altos

costos que involucran. Este escenario afecta en particular la generación de datos en salud para la provincia Azua.³⁶

IV.1.6. Diagnóstico de salud

En la década de los 70 surgen definiciones como la siguiente: El diagnóstico de salud de la comunidad es una categoría principal en el Sistema Nacional ya que tiene una connotación mucho más amplia que la sola noción de salud, ya que implica conocer todos los problemas, riesgos y necesidades reales de salud identificados con fines preventivos y de promoción de salud, conocer las interrelaciones sociales en la comunidad y los recursos de salud disponibles, es una categoría principal por que el diagnóstico de salud de la comunidad responde al concepto nuevo y social de lo que salud.³⁷

El diagnóstico de la situación de salud es el proceso multidisciplinario e intersectorial mediante el cual se describe y analiza la situación concreta de salud enfermedad de una comunidad, se identifican sus problemas, estableciéndose las prioridades, todo ello como pasos previos para lograr el propósito fundamental del diagnóstico situacional de salud que es el de permitir adoptar un plan de intervención que, perspectivamente con medidas específicas y a plazos determinados permita mejorar el estado de salud de la comunidad en que se ejecuta.³⁸

El diagnóstico de salud es realmente de aproximación a la realidad, es decir, a la gran variedad de determinantes biológicos, psicológicos y sociales que se asocian para producir el proceso individual y colectivo de la salud, la enfermedad, la invalidez o la muerte, por ello es que insistimos en el enfoque clínico-epidemiológico y social para la solución de los problemas de salud del individuo, de la familia y de la comunidad.³⁹

El diagnóstico de la situación inicial de salud, es el conjunto de aproximaciones a la explicación de la situación de salud enfermedad de un espacio-población, según sus necesidades por condiciones de vida y los problemas de salud que se generan de las realidades biológicas, sanitaria, sociales económicas, demográficas, ambientales, culturales y de los servicios, es un proceso compartido entre actores

sociales mediante el cual se describe y explica, en un momento dado, la situación de salud de un espacio de población.³⁹

En resumen, cualquiera sea la definición más acertada, existe consenso en reconocer como elemento esencial del análisis la identificación de los problemas, que a su vez se derivan de los perfiles epidemiológicos comunitarios. Esta identificación se continua con la priorización y posible solución del problema detectado y ambas acciones surgidas de un abordaje interdisciplinario imprescindible, por tal razón, más que definiciones deben lograrse enfoques conceptuales que propicien la flexibilidad de su aplicación. Los términos diagnóstico de salud y análisis de situación de salud, no son excluyentes sino más bien diferentes etapas del mismo procedimiento epidemiológico para enfrentar los problemas de salud, uno en la fase descriptiva de su desarrollo y el otro como elemento conclusivo para la solución de esos problemas.³⁹

IV.1.7. Entorno saludable

La OMS define entornos saludables como aquellos que “apoyan la Salud y ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprenden los lugares donde viven las personas, su comunidad local, el hogar, los sitios de estudio, los lugares de trabajo y el esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento”. Un entorno saludable alude a un ámbito de la vida que carece o presenta factores de riesgos controlados y prevenibles e incluye factores promotores de la salud y el bienestar. Los entornos saludables son el marco para identificar los factores protectores (físicos y sociales) y comprender como estos contribuyen a la salud, la calidad de vida y el desarrollo humano sostenible y sustentable.⁴⁰

Las mayores amenazas para la salud de los niños/as acechan precisamente en los lugares que deberían ser los más seguros: el Hogar, la Escuela y la Comunidad. Peligros como el agua contaminada, el aire contaminado, la falta de saneamiento básico, los insectos vectores de enfermedades y diversos productos químicos representan riesgos para la salud que afectan desproporcionadamente a los niños/as

y se cobran un tributo enorme e innecesario de enfermedades y muerte. Más de cinco millones de niños/as mueren cada año por enfermedades relacionadas con el ambiente y problemas tales como diarreas, enfermedades respiratorias, malaria y lesiones no intencionales. Muchos millones más se ven debilitados por esas enfermedades o viven con problemas crónicos relacionados con su ambiente, desde alergias hasta discapacidad mental o física. No obstante, ese sufrimiento no es inevitable, hay soluciones, la mayoría de las enfermedades y las defunciones relacionadas con el ambiente pueden prevenirse mediante instrumentos y estrategias eficaces, poco costosas y sostenibles.⁴¹

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento, hasta la fecha en años cumplidos	Años cumplidos	Numérica
Sexo	Características biológicas que definen al sujeto	Femenino Masculino	Nominal
Escolaridad	Nivel máximo de escolaridad alcanzado por una persona	Primaria Secundaria Superior	Nominal
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Soltero Unión libre Casado Divorciado Viudo	Nominal
Ocupación	Tarea o función que se desempeña en el trabajo, puede estar o no relacionada con la profesión	Empleado publico Empleado privado Ninguno	Nominal
Nivel socioeconómico	Es una medida económica y sociológica total combinada de la experiencia de trabajo de una persona y de la posición económica y social de un individuo o familiar en relación con los demás, basada en el ingreso, la educación y la ocupación	Nivel bajo Nivel medio bajo Nivel intermedio Nivel alto	Nominal
Identificación de factores protectores en	Características geográficas del espacio geográfico que favorece a la salud y el	Identificar desde el espacio geográfico los	Nominal

el entorno	Buen Vivir	factores que pueden favorecer la salud y calidad Registrar en el documento del DS	
Situación de salud	Es el proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población	La política sanitaria. Las condiciones socioeconómicas. Las prestaciones de atención de salud. El estado de salud	Nominal

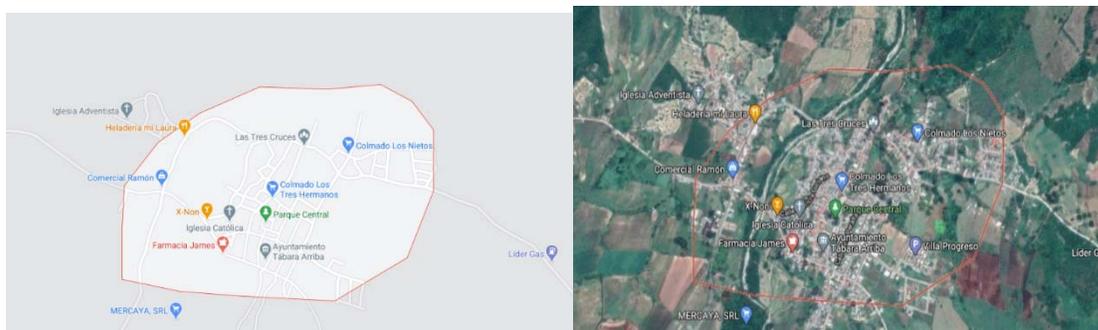
VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal con recolección de datos prospectivos, con el propósito de identificar el Análisis de Situación de Salud en el Municipio de Tábara Arriba, periodo 2019-2020.

VI.2. Área de estudio

El estudio se realizó en el Municipio de Tábara Arriba. Ubicado en la Provincia de Azua de Compostela.



Mapa cartográfico

Vista aérea

VI.3. Universo

Universo estuvo constituido por todas las personas del sector de Tábara Arriba en la provincia de Azua de Compostela, periodo 2019-2020.

VI.4. Muestra

Muestra estuvo constituida por todas las personas del sector de Tábara Arriba en la provincia de Azua de Compostela, periodo 2019-2020.

VI.5. Criterios de inclusión

- Pacientes que asistan a la consulta de atención primaria.
- Pacientes diagnosticados con frecuencia de deterioro cognitivo.
- Pacientes que su madre, padre o tutor haya firmado el consentimiento informado.

VI.6. Criterios de exclusión

- Pacientes que no asistan a la consulta de atención primaria.
- Pacientes sin diagnóstico de frecuencia de deterioro cognitivo.
- Pacientes que su madre, padre o tutor no firme el consentimiento.

VI.7. Instrumento de recolección de datos

Luego de la aprobación del anteproyecto por parte de la unidad de investigación de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), se procedió a depositar en el comité de investigación, para su revisión y posterior aprobación. Los participantes fueron seleccionados, en los días laborables, de lunes a viernes en las tardes durante el período enero-febrero 2020, residentes que se encontraron en el área. Una vez seleccionados los pacientes, se inició el proceso del consentimiento informado, y una vez obtenido este, se procedió a tomar las muestras para valorar la función renal en los pacientes de dicho estudio.

VI.8. Procedimiento

Para la recolección de los datos se construyó un instrumento por los sustentantes que contuvo 8 preguntas de las cuales 3 eran abiertas y 5 cerradas. Contiene datos sociodemográficos tales como: Edad, Sexo, Escolaridad, Estado civil, Ocupación, Nivel socioeconómico, Identificación de factores protectores en el entorno, Situación de salud, etc.).

VI.9. Tabulación

Luego de que la información se procedió mediante los programas de Microsoft Excel, a tabular y computarizar los resultados en tablas y gráficos para mejor interpretación y análisis de la muestra utilizando medidas estadísticas apropiadas tales como porcentajes.

VI.10. Análisis

Los datos obtenidos en el estudio se presentarán mediante tablas y gráficos de frecuencia simple.

VI.11. Aspectos éticos

El estudio se realizó de acuerdo a las normativas-éticas internacionales tales como los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki y las Pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud. La información de los pacientes se manejó de manera discreta y fueron introducidos en la base de datos creada con estas informaciones y asegurando la identidad del paciente por códigos asignados manejados solamente por los investigadores. Los padres, madres y tutores que firmaron el consentimiento informado participaron en el estudio de manera voluntaria y sin compromiso, considerando como referencia que la información proporcionada por los mismos se manejó bajo estricta confidencialidad, así como los documentos, análisis, exámenes de laboratorio o el expediente clínico se manejaron los datos que puedan identificar a cada paciente de manera desligada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

VII. RESULTADOS

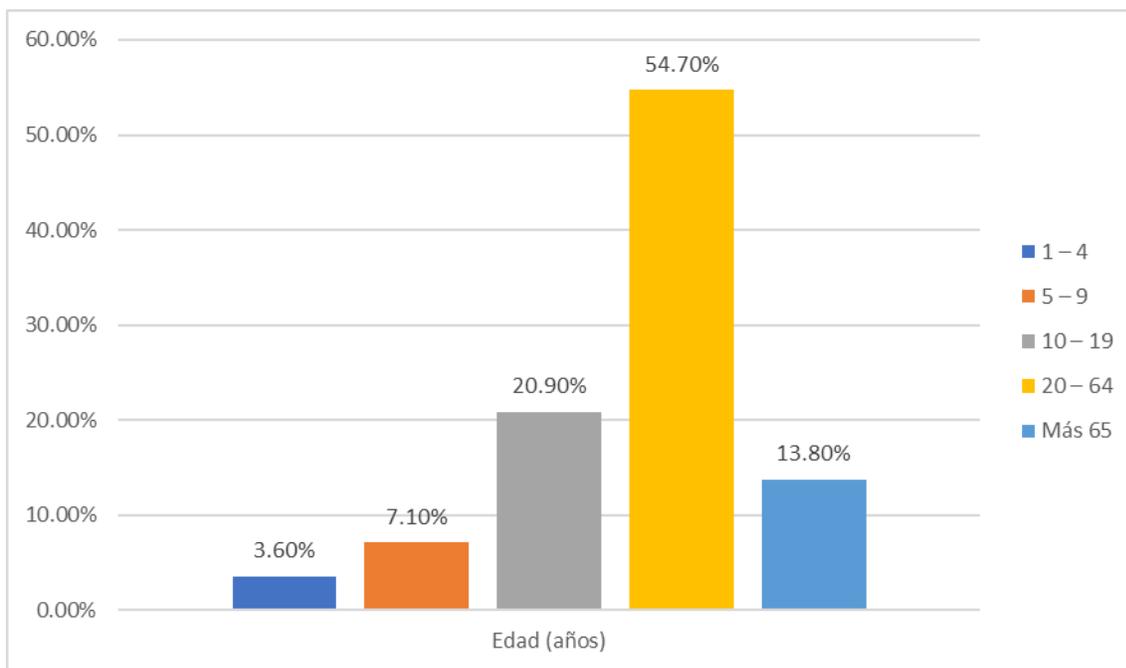
Cuadro 1. Análisis de situación de salud en el municipio de Tábara Arriba, periodo 2019-2020. Según edad.

Edad (años)	Frecuencia	%
1 – 4	8	3.6
5 – 9	16	7.1
10 – 19	47	20.9
20 – 64	123	54.7
Más 65	31	13.8
Total	225	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

El 54.7 por ciento de los pacientes tenían una edad entre 20 a 64 años, el 20.9 por ciento entre 10 a 19 años, el 13.8 por ciento mayor e igual a 65 años, e 7.1 por ciento entre 5 a 9 años y el 3.6 por ciento entre 1 a 4 años.

Gráfico 1. Análisis de situación de salud en el municipio de Tábara Arriba, periodo 2019-2020. Según edad.



Fuente cuadro 1.

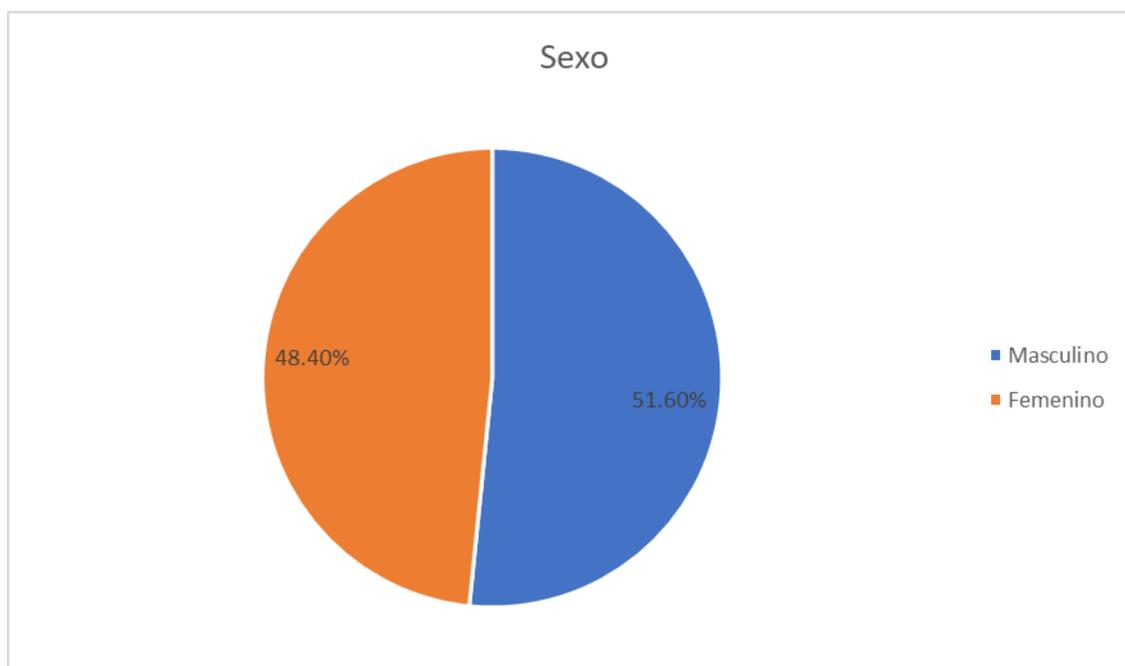
Cuadro 2. Análisis de situación de salud en el municipio de Tábara Arriba, periodo 2019-2020. Según sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	116	51.6
Femenino	109	48.4
Total	225	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

El 51.6 por ciento de los pacientes eran del sexo masculino y el 48.4 por ciento femenino.

Gráfico 2. Análisis de situación de salud en el municipio de Tábara Arriba, periodo 2019-2020. Según sexo.



Fuente cuadro 2.

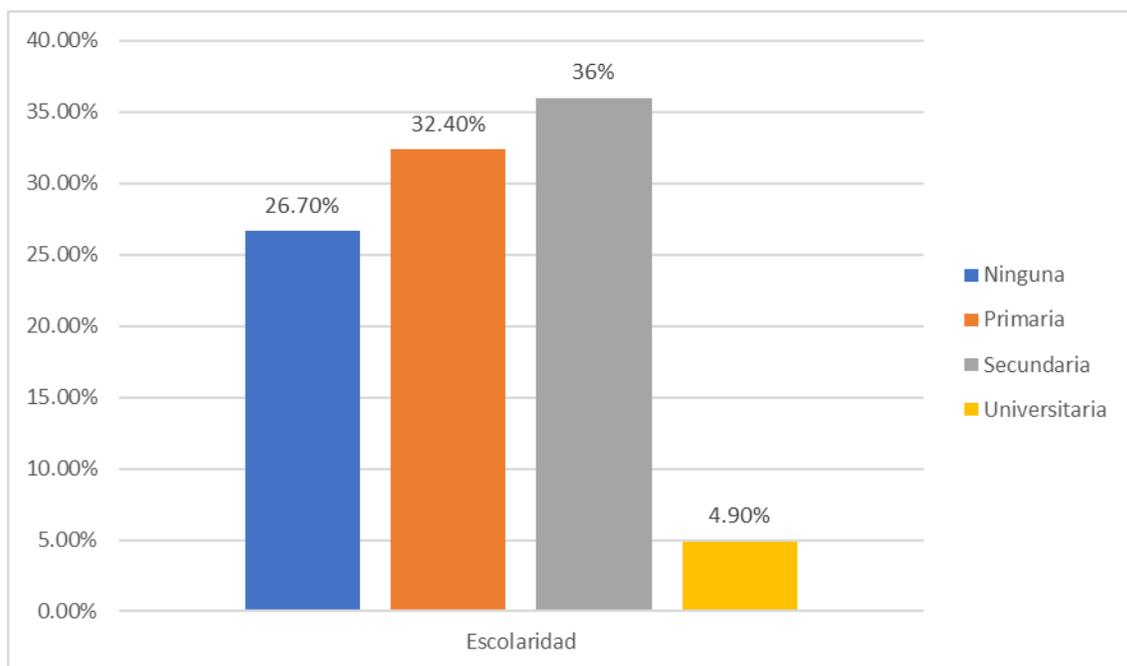
Cuadro 3. Análisis de situación de salud en el municipio de Tábara Arriba, periodo 2019-2020. Según escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	%
Ninguna	60	26.7
Primaria	73	32.4
Secundaria	81	36
Universitaria	11	4.9
Total	225	100.0

Fuente expedientes clínicos.

El 36 por ciento de los pacientes cursaron la secundaria, el 32.4 por ciento la primaria, el 26.7 por ciento ninguna t el 4.9 por ciento universitaria.

Gráfico 3. Análisis de situación de salud en el municipio de Tábara Arriba, periodo 2019-2020. Según escolaridad.



Fuente cuadro 3.

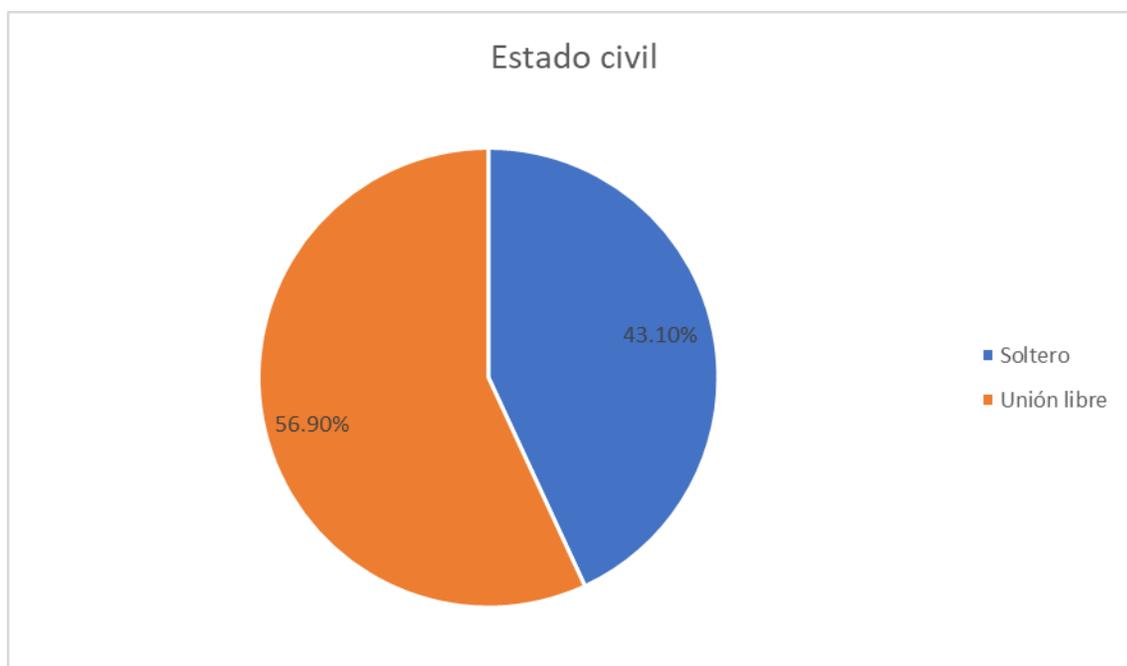
Cuadro 4. Análisis de situación de salud en el municipio de Tábara Arriba, periodo 2019-2020. Según estado civil.

Estado civil	Frecuencia	%
Soltero	97	43.1
Unión libre	128	56.9
Total	225	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

El 56.9 por ciento de los pacientes vivían en unión libre y el 43.1 por ciento eran solteros.

Gráfico 4. Análisis de situación de salud en el municipio de Tábara Arriba, periodo 2019-2020. Según estado civil.



Fuente cuadro 4.

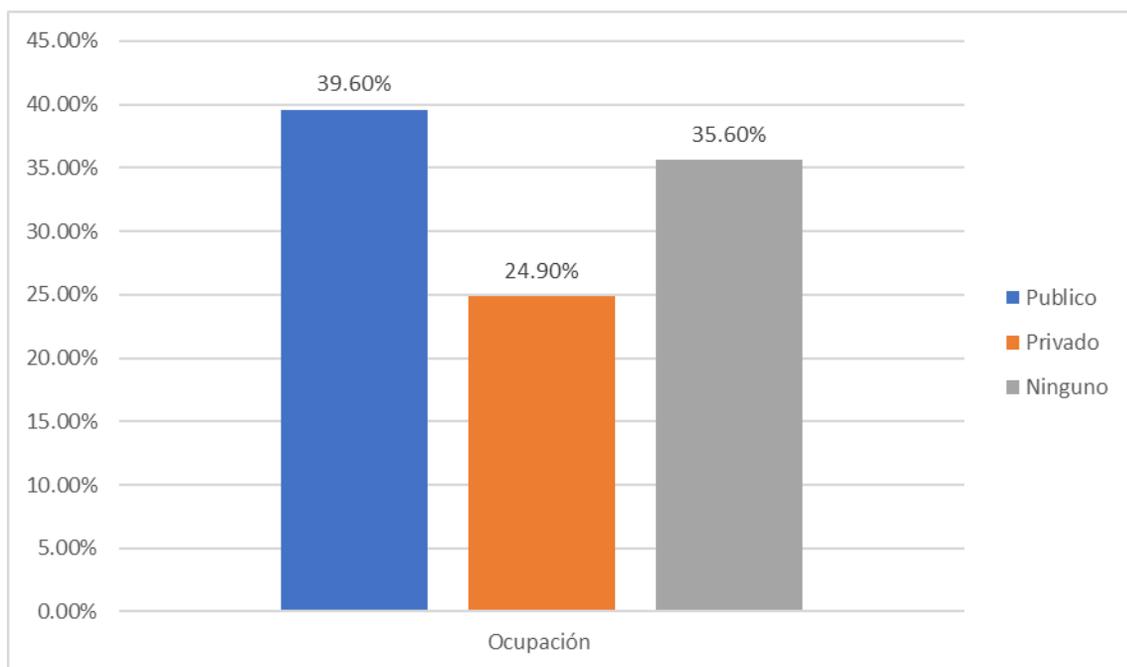
Cuadro 5. Análisis de situación de salud en el municipio de Tábara Arriba, periodo 2019-2020. Según ocupación.

Ocupación	Frecuencia	%
Publico	89	39.6
Privado	56	24.9
Ninguno	80	35.6
Total	225	100.0

Fuente expediente clínico.

El 39.6 por ciento de los pacientes eran empleados público, el 35.6 por ciento ninguno y el 24.9 por ciento empleados privados.

Gráfico 5. Análisis de situación de salud en el municipio de Tábara Arriba, periodo 2019-2020. Según ocupación.



Fuente cuadro 5.

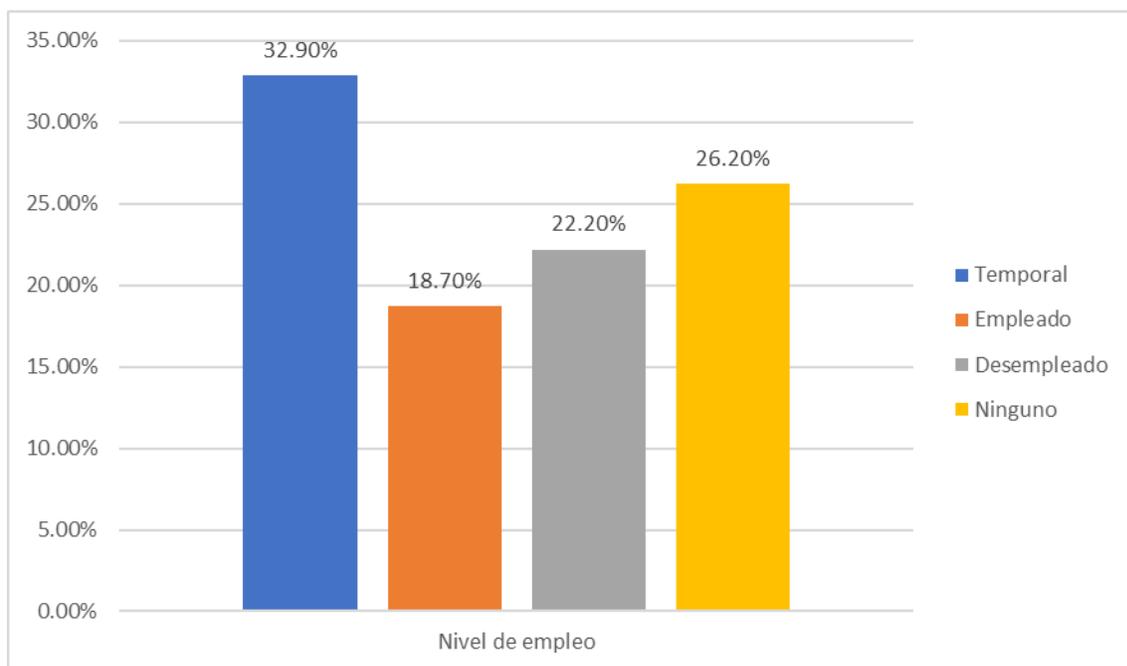
Cuadro 6. Análisis de situación de salud en el municipio de Tábara Arriba, periodo 2019-2020. Según nivel de empleo.

Nivel de empleo	Frecuencia	%
Temporal	74	32.9
Empleado	42	18.7
Desempleado	50	22.2
Ninguno.	59	26.2
Total	225	100.0

Fuente expediente clínico.

El 32.9 por ciento de los pacientes tienen empleo temporal en 26.2 por ciento ninguno, el 22.2 por ciento desempleado y el 18.7 por ciento empleados fijos.

Gráfico 6. Análisis de situación de salud en el municipio de Tábara Arriba, periodo 2019-2020. Según nivel de empleo.



Fuente cuadro 6.

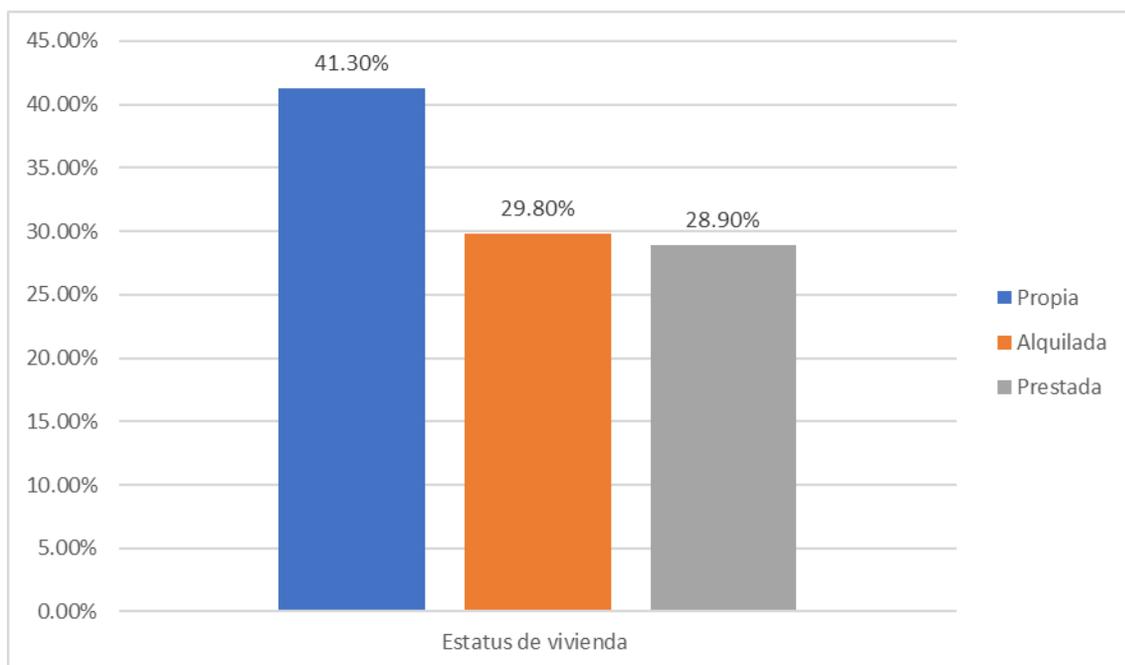
Cuadro 7. Análisis de situación de salud en el municipio de Tábara Arriba, periodo 2019-2020. Según estatus de vivienda.

Estatus de vivienda	Frecuencia	%
Propia	93	41.3
Alquilada	67	29.8
Prestada	65	28.9
Total	225	100.0

Fuente expediente clínico.

El 41.3 por ciento de los pacientes Vivian en casa propias, el 29.8 por ciento alquilada y el 28.9 por ciento prestada.

Gráfico 7. Análisis de situación de salud en el municipio de Tábara Arriba, periodo 2019-2020. Según estatus de vivienda.



Fuente cuadro 7.

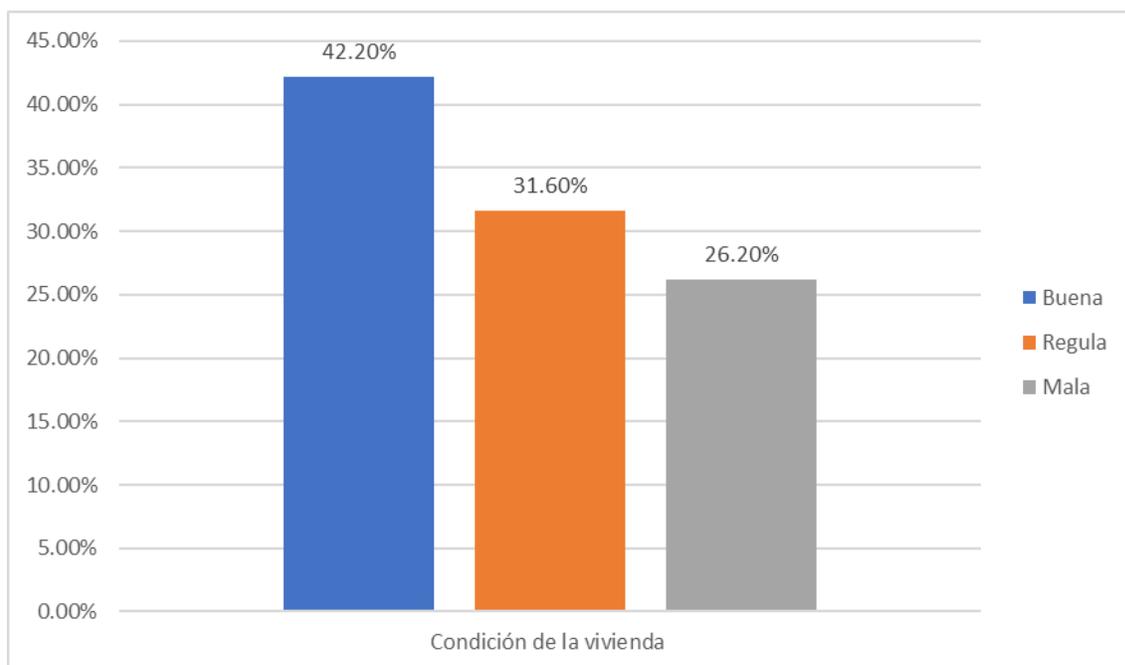
Cuadro 8. Análisis de situación de salud en el municipio de Tábara Arriba, periodo 2019-2020. Según condición de la vivienda.

Condición de la vivienda	Frecuencia	%
Buena	95	42.2
Regula	71	31.6
Mala	59	26.2
Total	225	100.0

Fuente expediente clínico.

El 42.2 por ciento de los pacientes tiene la vivienda en buena condición, el 31.6 por ciento regular y el 26.2 por ciento mala.

Gráfico 8. Análisis de situación de salud en el municipio de Tábara Arriba, periodo 2019-2020. Según condición de la vivienda.



Fuente cuadro 8.

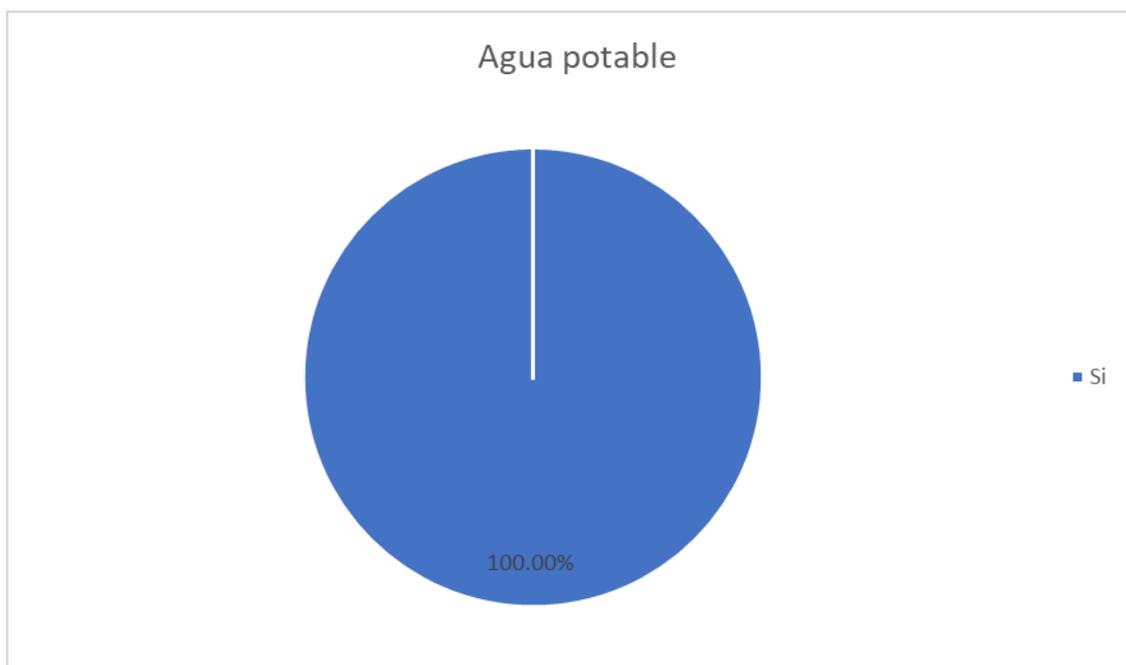
Cuadro 9. Análisis de situación de salud en el municipio de Tábara Arriba, periodo 2019-2020. Según agua potable.

Agua potable	Frecuencia	%
Sí	225	100.0
Total	225	100.0

Fuente expediente clínico.

El 100 por ciento de los pacientes tiene agua potable.

Gráfico 9. Análisis de situación de salud en el municipio de Tábara Arriba, periodo 2019-2020. Según agua potable.



Fuente cuadro 9.

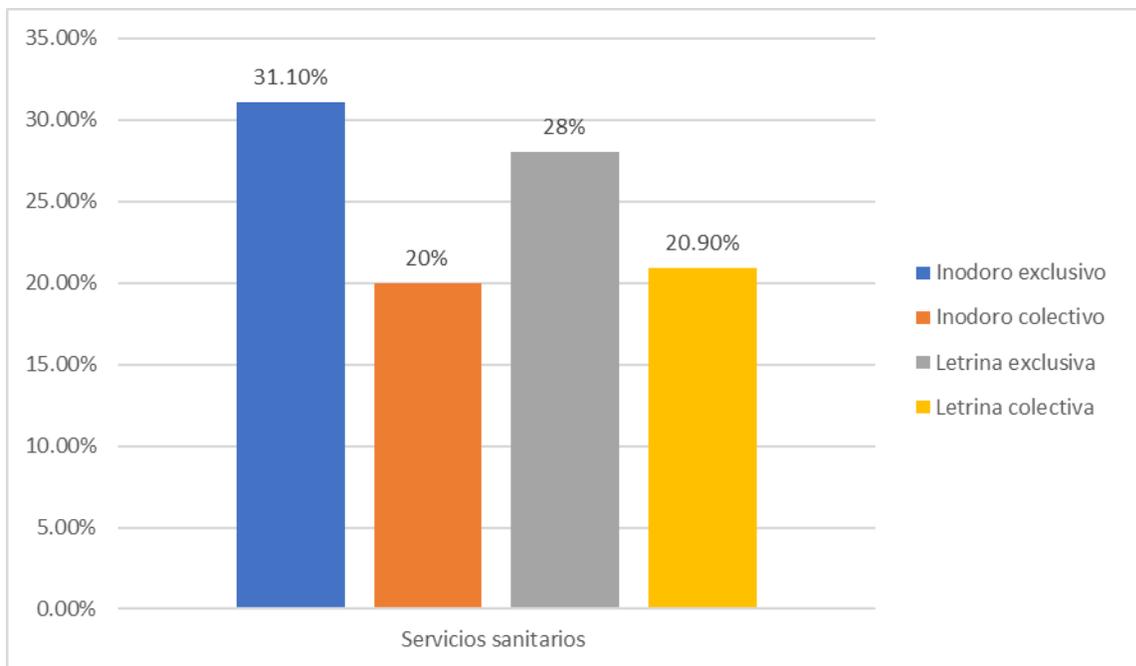
Cuadro 10. Análisis de situación de salud en el municipio de Tábara Arriba, periodo 2019-2020. Según servicio sanitarios.

Servicios sanitarios	Frecuencia	%
Inodoro exclusivo	70	31.1
Inodoro colectivo	45	20
Letrina exclusiva	63	28
Letrina colectiva	47	20.9
Total	225	100.0

Fuente expediente clínico.

El 31.1 por ciento de los pacientes usaban inodoros exclusivos, el 28 por ciento letrina exclusiva, el 20.9 por ciento letrina colectiva y el 20 por ciento inodoro colectivo.

Gráfico 10. Análisis de situación de salud en el municipio de Tábara Arriba, periodo 2019-2020. Según servicio sanitarios.



Fuente cuadro 10.

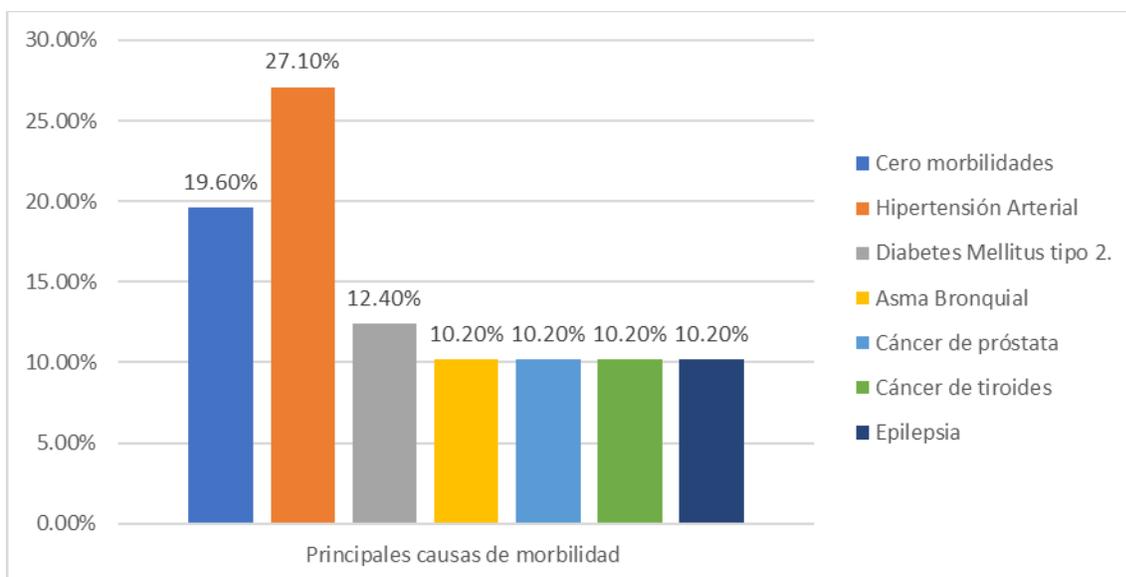
Cuadro 11. Análisis de situación de salud en el municipio de Tábara Arriba, periodo 2019-2020. Según principales causas de morbilidad.

Principales causas de morbilidad	Frecuencia	%
Cero morbilidades	44	19.6
Hipertensión Arterial	61	27.1
Diabetes Mellitus tipo 2.	28	12.4
Asma Bronquial	23	10.2
Cáncer de próstata	23	10.2
Cáncer de tiroides	23	10.2
Epilepsia	23	10.2
Total	225	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

El 27.1 por ciento de los pacientes la principal causa de morbilidad fue la hipertensión arterial, el 19.6 por ciento cero morbilidades, el 12.4 por ciento diabetes mellitus tipo 2 y el 10.2 por ciento asma bronquial, cáncer de próstata, cáncer de tiroides y epilepsia.

Gráfico 11. Análisis de situación de salud en el municipio de Tábara Arriba, periodo 2019-2020. Según principales causas de morbilidad.



Fuente cuadro 11.

VIII. DISCUSIÓN

El 54.7 por ciento de los pacientes tenían una edad entre 20 a 64 años. Coincidiendo con el estudio realizado por Roció López Lara en el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana donde analizaron la situación de salud de la población en el año 2017, donde el 65 por ciento de los pacientes tenían una edad entre 20 a 75 años.

El 51.6 por ciento de los pacientes eran del sexo masculino. Coincidiendo con el estudio realizado por Karen Eugenia Castro Bone en la Provincia Delguayas, Riobamaba Ecuador en el año 2016, donde el 65 por ciento de los pacientes eran del sexo masculino.

El 36 por ciento de los pacientes cursaron la secundaria. Coincidiendo con el estudio realizado por Silvia Martínez Calvo en el Instituto Superior de Ciencias de la Habana. Facultad de Salud Pública, donde analizaron la situación de salud en el año 2017, el 45 por ciento de la población curso la secundaria.

El 56.9 por ciento de los pacientes vivían en unión libre. Coincidiendo con el estudio realizado por Cindy Azofeifa González el cual analizaron la situación de salud del sector de Santa Rosa Norte en Costa Rica en el año 2018, donde el 65 por ciento vivían en unión libre.

El 100 por ciento de los pacientes tiene agua potable. Coincidiendo con el estudio realizado por Cindy Azofeifa González el cual analizaron la situación de salud del sector de Santa Rosa Norte en Costa Rica en el año 2018, donde el 95 por ciento tenían agua potable.

El 27.1 por ciento de los pacientes la principal causa de morbilidad fue la hipertensión arterial. Coincidiendo con el estudio realizado por Franklin Patricio Villalba Correa en la Universidad de Guayaquil Ecuador en el año 2015, donde el 33 por ciento de la causa principal de morbilidad en los pacientes fue la hipertensión arterial.

IX. CONCLUSIONES

Analizados y discutidos los resultados hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1. El 54.7 por ciento de los pacientes tenían una edad entre 20 a 64 años
2. El 51.6 por ciento de los pacientes eran del sexo masculino
3. El 36 por ciento de los pacientes cursaron la secundaria
4. El 56.9 por ciento de los pacientes vivían en unión libre
5. El 39.6 por ciento de los pacientes eran empleados públicos
6. El 32.9 por ciento de los pacientes tienen empleo temporal
7. El 41.3 por ciento de los pacientes Vivian en casa propias
8. El 42.2 por ciento de los pacientes tiene la vivienda en buena condición
9. El 100 por ciento de los pacientes tiene agua potable.
- 10.El 31.1 por ciento de los pacientes usaban inodoros exclusivos
- 11.El 27.1 por ciento de los pacientes la principal causa de morbilidad fue la hipertensión arterial

X. RECOMENDACIONES

- Se debe sensibilizar y capacitar a todos los trabajadores que forman parte del Equipo Básico de Atención en Salud para que participen activamente en la elaboración del Análisis de Situación de Salud de sus sectores, ya que son ellos los que deben realizar las acciones pertinentes para modificar las situaciones de riesgo.
- Como parte del proceso de análisis de la situación, la elaboración de un análisis FODA por cada equipo, debe complementar la fase previa a la planificación estratégica.
- Se debe comparar la información obtenida no solamente con años anteriores en el mismo sector sino también con el entorno nacional, para obtener una perspectiva más amplia de la situación, y de esta manera una mejor planificación de las acciones correctivas

XI. REFERENCIAS

1. Feo O. La salud pública en los procesos de reforma y las funciones esenciales de salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [internet]. 2004 [citado 2017 oct. 3]; 22(9):61-71.
2. Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Guerra C, Hanna W, Larrieu M et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud. Rev. Panam. Salud Pública [internet]. 2000 [citado 2017 oct. 6]; 8(1/2):126- 34.
3. Rodríguez-Júnior AL. A inteligência epidemiológica como modelo de organização em saúde. Ciencia & Saúde Coletiva [internet]. 2012 [citado 2018 oct. 16]; 17(3):797-805.
4. Organización Panamericana de la Salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: análisis de la situación de salud (asis). Boletín Epidemiológico [internet]. 1999 [citado 2017 oct. 3]; 20(3):1-3. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31849/BE_v20n3.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Palma-Pinedo H. El análisis de situación de salud regional: una contribución para la identificación de los determinantes sociales de la salud. Rev. Peru. Epidemiol [internet]. 2014 [citado 2017 oct. 7]; 18(1):1-6. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203132677008.pdf>
6. Escobar-Díaz F, Castillo-Santana P, Rodríguez-Salazar N, Quintero-Cabezas C, Castañeda-Orjuela C. Experiencias departamentales en la construcción, divulgación y uso del análisis de situación de salud, Colombia 2016. Rev. Salud Pública. [internet]. 2017 [citado 2018 may. 24]; 19(3):368-73. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42254536012>
7. Martínez S. Calidad del proceso de enseñanza del análisis de situación de salud en la carrera de Medicina. Rev. Haban. de Cienc. Méd. [internet]. 2013 [citado 2017 oct. 6]; 12(2):237- 48. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/rhab/vol_12_2_13/rhcm11213.htm
8. Mota M, Magallón J, Barajas F, Luzania M. Sistematización de la cédula de microdiagnóstico para facilitar la elaboración del diagnóstico de salud

- comunitario. UniverSalud. [internet]. 2016 [citado 2018 ago. 21]; 12(24):17-24. Disponible en: [https:// www.uv.mx/msp/files/2014/04/UniverSalud-24.pdf](https://www.uv.mx/msp/files/2014/04/UniverSalud-24.pdf)
9. María Gianelli Villagra Noguera Análisis de situación de salud de los Barrios El Dorado y Villa Foresti Las Piedras – Canelones durante el periodo marzo-noviembre 2017.
 10. Dr. Franklin Patricio Villalba Correa análisis situacional de salud en el área de influencia del dispensario tres postes - seguro social campesino Guayaquil - Ecuador 2015.
 11. Rocío Isabel Gómez Mora Ana Isabel Orozco Álvarez Análisis sobre la Atención Integral en Salud suministrada por los Servicios Médicos de Empresa del I y II Circuitos de San José, Poder Judicial, año 2018.
 12. Higiene Ambiental. Personal. Salud esx www.Terra.es 2015-11-17
 13. Higiene Y Salud. Show Doc www.buenasalud.com 2015-11-17
 14. Revista Correo Poblacional De La Salud. Declaración de Salud de los pueblos. Vol.4 Quito: CEPAR. 14-20
 15. Guía Para El Funcionamiento De Las Unidades Móviles De Salud. 3ª. ed: Editorial Offset.
 16. Red Ecuatoriana De Escuelas Promotoras De La Salud. Ministerio de Educación y Cultura. Ministerio de Salud Pública OPS/OMS.
 17. Bergonzoli G. *Sala situacional: instrumento para la Vigilancia de Salud Pública*. Maracay: Editora IAESP; 2016.
 18. Castellano P. Análisis de la situación de salud de las poblaciones. In: Ferran MN, editor. *Vigilancia Epidemiológica*. Madrid: McGraw-Hill; 2014. p. 193-213.
 19. Moreira M, Cruz O, Sucena, L. Um olhar sobre condições de vida: mortalidade de crianças e adolescentes residentes em Manguinhos. *Cad Saude Publica* 2013; 19(1):161-173.
 20. Matus C. *Política, planejamento & governo*. 2ª ed. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); 2015.

21. Matus C. *Adeus, senhor presidente: governantes governados*. São Paulo: Edições da Fundação de Desenvolvimento Administrativo (Fundap); 2017.
22. Venezuela. Aragua. Corporación de Salud del Estado Aragua (Corposalud-Aragua). *Sistema del Modelo de Atención Integral (SISMAI)*. Maracay: Corporación de Salud del Estado Aragua; 2015.
23. Dávila F, Gómez W, Hernández T. Situación de salud, una herramienta para la gerencia en los posgrados. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en Internet]. 2009 [acceso 13 de marzo de 2011]; 35(1): Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v35n1/spu17109.pdf>
24. Gómez M. Determinantes de la Salud. En: Panel 1: Contexto del Sistema de Salud, Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio de los Sistemas de Salud. [Internet]. En: Taller San Juan, Puerto Rico. Agosto 2005. OPS/OMS Nicaragua; 2005. p 1-18. [acceso 23 de abril de 2011]. Disponible en: <http://www.lachealthsys.org/documents/events/puertorico05/8-magomez-determsalud-pur05.pdf>
25. Dever A. *Epidemiología y administración de servicios de salud*. Rockeville. 2014 Aspen Publishers, Inc. (serie Paltex)
26. Lalonde M. A new perspective on the Health of Canadians. A working documents. [Internet]. Ottawa: Department of Health and Welfare; 2016. [Acceso 23 de abril]. Disponible en: <http://www.phacaspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
27. Susser, M, Susser, E. Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms. *Am J Public Health* [Internet]. 2016 [acceso 23 de abril]. 86: 668-673. Disponible en: <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/86/5/668>
28. OPS, Boletín Epidemiológico, Vol. 20 No. 3, septiembre 2015.
29. Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara". Módulo 8: Análisis de Situación de Salud. En: Curso de Epidemiología General. 2ª. Subsecretaría de Investigación y Tecnología. Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr Carlos G. Malbrán". Ministerio de Salud de la Nación, 2012: 9-55.

30. Virgolini M, Pracilio H. Análisis de la situación de salud a nivel local, en Área temática B: Salud Pública y Medicina Comunitaria. Programa de educación continua a distancia e Medicina General Familiar. Centro INUS. Universidad Nacional de La Plata. 2010-2015 :9-16.
31. OPS. Planificación local participativa. Metodologías para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe. Canadá. 2019: 61-177. Serie Paltex Para Ejecutores de Programas de Salud No.41
32. Rovere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 96. Washington: OPS, 2015.
33. Elliott P. Investigation of disease risks in small areas. [Internet]. Occupational and Environmental Medicine 2015 [acceso 31 de julio de 2017]; 52: 785-789. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1128377/pdf/oenvmed_00072-0001.pdf
34. Martínez Calvo S. Análisis de Situación de Salud. [Internet]. La Habana: Editorial Ciencia Médicas; 2014. XII. 156p. [Acceso 22 de junio]. Disponible en: <http://out.uclv.edu.cu/fcie/teresita/Nicaragua/Bibliograf%C3%ADa%20Isaac/Libros%20Psicolog%C3%ADa%20de%20la%20salud/situaci%C3%B3n%20de%20salud.pdf>
35. Organización mundial de la salud <http://www.who.int/features/2013/04/es/2015-11-17>.
36. OMS: “Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”. Resumen Analítico del Informe Final de la Comisión de Determinantes Sociales. 2018.
37. Haz, Héctor José Gómez de análisis de la situación de salud y medicina familiar. En S. M. Calvo, análisis situacional de salud 2014; pp75-93. La Habana: ciencias médicas.
38. Slimming, A.N. “prevención promoción y atención de los servicios de salud”. Obtenido de Guía para elaborar el análisis situacional de salud en zonas rurales: <http://www.gycperu.com/descargas/2019>: 6_

octubre/como%20hacer%20ASIS%20%20una%20Linea%20de%20base%20salud%20para%20zona%20rural.pdf

39. Ministerio de la Salud Pública Coordinación general de desarrollo estratégico en salud dirección de inteligencia de la salud. 2013; 03,12 prioridades de investigación en salud 2013-2017. Obtenido de prioridades investigación salud: http://instituciones.msp.gob.ec/imagenes/documentos/varios/prioridades_investigacion_salud2013-2017.Pdf
40. Entornos Saludables. Niños Y Escuelas Saludables. <http://www.slideshare.net/caritosuarez/ninos-y-2015-11-17>
41. Organización Mundial De La Salud. <http://www.who.int/features/2003/04/es/2017-11-17>

XIII. ANEXOS

XIII.1. Cronograma

Variables	Tiempo: 2020/2021	
Selección del tema		Octubre 2020
Búsqueda de referencias		Noviembre 2020
Elaboración del anteproyecto		Diciembre 2020
Sometimiento y aprobación del anteproyecto		
	2021	Enero- 2021
Tabulación y análisis de la información		Febrero 2021
Redacción del informe		Febrero 2021
Revisión del informe		Febrero 2021
Encuadernación		Febrero 2021
Presentación		Febrero 2021

XII. Instrumento de recolección de los datos

**ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE TÁBARA ARRIBA,
PERIODO 2019-2020.**

Formulario No. (ID): _____ Expediente: _____

Fecha de recolección: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

1. Edad: Años cumplidos _____
2. Sexo: Femenino _____ Masculino _____
3. Escolaridad: Primaria _____ Secundaria _____ Superior _____
4. Estado civil: Soltero _____ Unión libre _____ Casado _____ Divorciado _____
Viudo _____
5. Ocupación: Empleado público _____ Empleado privado _____ Ninguno _____

6. Nivel de empleo:
Temporal: ____
Empleado: ____
Desempleado: ____
Ninguno: ____
7. Estatus de vivienda:
Propia: ____
Alquilada: ____
Prestada: ____
8. Condición de la vivienda
Buena: ____
Regular: ____
Mala: ____
9. Agua potable
Sí: ____
No: ____
10. Servicios sanitarios
Inodoro exclusivo: ____
Inodoro colectivo: ____
Letrina exclusiva: ____
Letrina colectiva: ____
Ninguno: ____
11. Principales causas de morbilidad
Cero morbilidades: ____

Hipertensión Arterial: ____

Diabetes Mellitus tipo 2 ____

Asma Bronquial: ____

Cáncer de próstata: ____

Cáncer de tiroides: ____

Epilepsia: ____

XII. Costos y recursos

Humanos			
Sustentante: uno Asesores: dos digitadores			
Equipos y materiales	Cantidad	Precio (RD)	Total
Papel bond 20 (8 ½ X 11)	3 resmas	200.00	600.00
Lápices	6 unidades	10.00	60.00
Borras	3 unidades	10.00	30.00
Bolígrafos	6 unidades	30.00	180.00
Sacapuntas	2 unidades	40.00	80.00
Computadora: Hardware: Intel® Core™ i5-2100 3.10 GHz. 4.00 GB RAM. Impresora HP all in one. Software: Microsoft Windows 8. Microsoft Word 2013. IBM SPSS 9. Presentación: Proyector SVGA/HDMI LG. Cartuchos HP 122	2 unidades	1,500.00	3,000.00
Información			
Libros, Revistas, Artículos online Otros documentos			
Económicos			
Inscripción de anteproyecto tesis UNPHU			10,000.00
Papelería (copias)			3,400.00
Encuadernación	4		13,000.00
Alimentación y Transporte	informes		5,200.00
Imprevistos			7,000.00
Total			42,750.00

*Los costos totales de la investigación serán cubiertos por la sustentante

Evaluación

Sustentante

Dra. Cesarina Benjamina Navarro Martínez

Asesora

Dra. Claridania Rodríguez
Metodológica

Jurado:

Autoridades:

Dra. Yenny Beltré
Coordinador de Residencia de
Medicina Familiar y Comunitaria
Hospital Taiwán 19 de Marzo

Dr. Bayohan Martínez
Jefe de Enseñanza
Hospital Regional Taiwan 19 de
Marzo

Dra. Claridania Rodríguez
Director de la Escuela de Medicina

Dr. William Duke
Decano de la Facultad

Fecha presentación _____

Calificación: _____