

# REVISTA DOMINICANA DE **SALUD PÚBLICA**





# REVISTA DOMINICANA DE **SALUD PÚBLICA**

1era edición | Diciembre 2025 | Santo Domingo D.N.





®Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

**Título original**

Revista Dominicana de Salud Pública

**Coordinación técnica editorial**

Viceministerio de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud  
Dirección de Investigación en Salud

**Diagramación electrónica**

Dra. Alarice Francisco, Dirección de Investigación en Salud

eISSN: 3117-2644

Primer Volumen

Número 1

Diciembre, 2025

Copyright © Todos los Derechos Reservados. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción parcial de este documento solo para actividades académicas y sin fines de lucro; prohibiendo su uso comercial. Su contenido es el resultado de las publicaciones realizadas por investigadores expertos independientes de diversas áreas de la salud. Para otro tipo de uso, traducción, reproducción o distribución debe contactarse directamente a los autores por medio de la coordinación editorial de la revista.

**Contacto editorial**

dinisa@ministeriodesalud.gob.do

La *Revista Dominicana de Salud Pública* es una publicación de carácter científico, de periodicidad semestral en formato electrónico y de acceso abierto, editada por la Dirección de Investigación en Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana. Está destinada a difundir la producción científica en salud pública y áreas afines, promoviendo el intercambio de conocimientos y perspectivas que fortalezcan el desarrollo de la salud pública como herramienta para mejorar la calidad de vida y la equidad en salud de la población. La revista está dirigida a profesionales de la salud, investigadores, académicos, instituciones sanitarias y organizaciones científicas.

## Autoridades

---

### **Dr. Victor Elías Atallah Lajam**

Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

### **Lcda. Luisa Yudelka Batista Reyes**

Viceministra de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud

### **Dr. José Antonio Matos Pérez**

Viceministro de Garantía de Calidad de los Servicios de Salud

### **Dra. Gina Beatriz Estrella Ramia**

Viceministra para la Gestión de Riesgo y Salud Ambiental

### **Dr. Eladio Radhamés Pérez Antonio**

Viceministro de Salud Colectiva

### **Lcda. Raysa Bello Arias de Peña**

Viceministra de Asistencia Social

### **Dr. Luis Nelson Rosario Socias**

Viceministerio para las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud

## Equipo Editorial

---

### **Editor en jefe**

**Dr. Nelson Martínez**

Director de la Dirección de Investigación en Salud  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

### **Asistente de editor**

**Dra. Penélope Parra**

Encargada de Gestión del Conocimiento

### **Editores asociados**

**Dr. José Selig Ripley**

Asesor. Dirección de Investigación en Salud

**Dra. Katherine Victorio**

Encargada de Gestión para el Desarrollo de Tecnologías en Salud

**Dra. Estefanía Henríquez**

Coordinadora de investigación

**Dra. Nicole Galán**

Analista de investigación

**Dra. Nidia Vargas**

Analista de investigación

### **Editora de producción**

**Dra. Alarice Francisco**

Analista de investigación

## Comité Consultivo

---

### **Dra. Zobeida Bonilla**

MPH, Ph.D

Associate Professor, Division of Epidemiology & Community Health  
School of Public Health  
University of Minnesota

### **Marie C. Montás**

MPH, Ph.D (c)

Department of Global Health and Population  
Harvard T.H. Chan School of Public Health

### **Dr. Manuel Colomé**

MD, Ph.D

Profesor - Área de Ciencias de la Salud  
Instituto Tecnológico de Santo Domingo  
Universidad Autónoma de Santo Domingo

### **Dr. Eddy Pérez Then**

MD, MPH, M.S.P.H., Ph.D

Presidente ejecutivo  
Two Oceans in Health (2OiH)

### **Dra. Andelys De La Rosa**

MSc, Ph.D

Encargada del Departamento de Prevención de Enfermedades No Transmisibles  
Directora Cochrane-República Dominicana  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

## **Viabilidad Jurídica, Metodológica y Sanitaria**

---

**Dirección de Normas, Guías y Protocolos**

**Lcda. Anel Payero González**

Encargada de Documentos Técnicos Sanitarios

Coordinadora Técnico Legal

**Dra. Ibsen Veloz Suárez**

Encargada de Reglamentación Sanitaria

## Contenido

Carta del editor.....	8
Editorial.....	9
Artículos originales.....	10
<b>I. PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MÉDICOS RESIDENTES DE SANTIAGO DE LOS CABALLEROS.....</b>	<b>11</b>
<i>Prevalence of depressive symptoms in resident physicians of Santiago de los Caballeros</i>	
Cinthia Yamel Reyes Cruz, Vilma Yamel Santana Matos†, Gabriela Michelle Arocha Pérez, Kimberly Almonte De Martínez, Nelson Leonel Martínez Rodríguez	
<b>II. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EN EL CONTEXTO DE LA COVID-19 EN EL PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO COMUNITARIO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.....</b>	<b>22</b>
<i>Knowledge, attitudes, and practices on breastfeeding in the context of COVID-19 in the Community Support Program of the Ministry of Public Health and Social Assistance</i>	
Estefanía Henríquez Luthje, Massiel Álvarez Barbour, Patricia Grullón, María M. Del Orbe, María Fernanda Díaz Soto, Mariel Germán, Sheena Chen	
<b>III. VALORACIÓN DE LA PRESENCIA DEL DOLOR NEUROPÁTICO, FACTORES NUTRICIONALES Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES.....</b>	<b>39</b>
<i>Assessment of neuropathic pain, nutritional factors, and quality of life in patients with diabetes</i>	
Laura Filpo Mercado, Karla Salcedo Guillermo, Darianny Corniel, Gregory Castillo, Heidy Reyes Sabater	
<b>IV. GESTIÓN DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN EL CARIBE INSULAR.....</b>	<b>51</b>
<i>Management of the COVID-19 pandemic in the insular Caribbean</i>	
José Selig Ripley, Francisco Fernández	
<b>Artículo de opinión.....</b>	<b>61</b>
<b>DIÁLOGO ESCALONADO: MÉTODO PARA LA FORMULACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD.....</b>	<b>62</b>
<i>Stepwise dialogue: a method for formulating and substantiating health policies</i>	
José Selig Ripley	
<b>Guía para autores.....</b>	<b>68</b>

# Carta del editor

---

Con gran satisfacción presentamos el primer número de la *Revista Dominicana de Salud Pública*, una publicación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS) a través de su Dirección de Investigación en Salud. Este lanzamiento representa un paso significativo en el fortalecimiento de la producción científica nacional y en la consolidación de un espacio de reflexión, análisis y divulgación sobre los temas que inciden en la salud de la población dominicana.

El surgimiento de esta revista responde a la necesidad de contar con un medio académico que promueva el intercambio de conocimientos, la visibilidad de las investigaciones locales y la difusión de evidencias que orienten la toma de decisiones en el campo de la salud pública. En un contexto en el que los desafíos sanitarios son cada vez más complejos y globales, disponer de una plataforma científica nacional es esencial para comprender nuestras realidades, generar soluciones pertinentes y fortalecer las políticas públicas basadas en evidencia.

La *Revista Dominicana de Salud Pública* es una publicación de periodicidad semestral y circulación virtual, lo que permite un acceso amplio, oportuno y equitativo al conocimiento. Su misión es poner a disposición de profesionales de la salud, gestores, académicos, investigadores y tomadores de decisiones información relevante y actualizada que contribuya al análisis y mejora de la situación de salud de nuestras comunidades. Desde un enfoque en derechos, la revista busca ser un puente entre la investigación científica y la acción sanitaria, articulando la academia con la gestión y la práctica en salud pública.

Nuestra visión es que esta revista se consolide como un referente nacional e internacional en la difusión del conocimiento científico en salud pública, destacándose por la calidad y pertinencia de sus contenidos, así como por su compromiso con los principios éticos y científicos que sustentan la investigación. Aspiramos a que se convierta en un instrumento útil para el fortalecimiento de las capacidades institucionales y para el debate informado sobre las políticas y estrategias que buscan mejorar las condiciones de salud de la población.

Esta primera edición es fruto del esfuerzo conjunto de profesionales comprometidos con la excelencia académica y con el desarrollo del país. Agradecemos a los autores que confiaron en esta nueva plataforma para divulgar sus trabajos, al comité editorial y científico por su dedicación y rigor, y al equipo técnico y administrativo del MISPAS por su apoyo en hacer realidad este proyecto.

Invitamos a la comunidad científica, académica y profesional a integrarse a este espacio, ya sea como lectores, autores o revisores, y a contribuir con sus conocimientos, experiencias y reflexiones. Solo mediante la colaboración y el intercambio podremos avanzar hacia una salud pública más inclusiva, equitativa y basada en la evidencia.

Reciban mi más sincero agradecimiento y bienvenida a esta primera edición de la *Revista Dominicana de Salud Pública*, que nace con el firme propósito de servir como herramienta para el desarrollo del conocimiento y la mejora continua del sistema de salud en la República Dominicana.

**Dr. Nelson Leonel Martínez Rodríguez**

Editor en jefe

Director de Investigación en Salud

# Editorial

---

Todo sistema de salud que aspire a ser integral, justo y humano debe ser, por esencia, abierto, flexible y dinámico, pero también capaz de responder con inteligencia y sensibilidad a los desafíos de su tiempo.

Su misión no se limita a curar, sino a promover, proteger y restaurar la salud, reduciendo inequidades y cerrando las brechas que separan a unos dominicanos de otros. Un sistema así, solo se sostiene sobre una gestión pública eficiente, transparente y visionaria.

Por mandato legal y compromiso moral, esta responsabilidad recae en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, llamado a conducir, regular y coordinar con firmeza y humanidad las acciones que garantizan el derecho a la salud.

Este liderazgo se ejerce en un escenario complejo, de demandas múltiples y cambiantes, que exige la articulación sinérgica de todos los sectores: sociales, institucionales y académicos, unidos por un mismo propósito —el bienestar de la población—.

Fortalecer las instituciones del sector salud, elevar las competencias de sus agentes y consolidar la calidad de la atención sanitaria, la promoción y la prevención son pilares esenciales de este camino.

Pero nada de ello es posible sin un elemento vital: el talento humano, formado con rigor, vocación y ética de servicio.

En la salud, el conocimiento es tan decisivo como la compasión y la empatía. Vivimos tiempos donde el pensamiento se renueva cada día. Por ello, no podemos enfrentar los nuevos desafíos con viejas teorías.

La investigación científica se erige como motor de cambio y brújula del progreso sanitario. La Organización Panamericana y la Organización Mundial de la Salud la reconocen como una de las funciones esenciales de la salud pública, porque genera evidencia para decidir mejor, formar mejor y actuar con mayor impacto. Difundir, debatir y aplicar ese conocimiento es tan importante como producirlo.

La crítica y el intercambio de ideas también fortalecen la verdad científica y elevan la práctica sanitaria. Por eso, la gestión del conocimiento es hoy una responsabilidad colectiva, un ejercicio de madurez institucional y compromiso con el futuro.

La presente edición de nuestra revista destaca investigaciones que abordan desafíos cruciales y se articulan estrechamente con las prioridades nacionales de salud:

Se identifica una preocupación crítica en el ámbito de la salud mental de los profesionales sanitarios, un factor que afecta directamente la calidad y sostenibilidad del sistema de atención.

Otro estudio subraya la alta prevalencia de complicaciones y el exceso de peso asociado a las enfermedades crónicas no transmisibles, resaltando la urgencia de robustecer la educación nutricional y las estrategias de prevención diferenciadas.

Adicionalmente, se analiza el papel fundamental de los programas de acompañamiento comunitario en la promoción de la salud materno-infantil, enfatizando la importancia de la lactancia materna, incluso en contextos de crisis sanitaria.

Finalmente, una investigación sobre la gestión de emergencias sanitarias en el Caribe recalca la efectividad de las medidas de salud pública basadas en evidencia, como la vacunación y el control social.

Esta edición es reflejo de ese compromiso: el de un país que avanza, que aprende y que mejora continuamente su sistema de salud. Un país que cree, con convicción profunda, que la salud no es solo un derecho, sino también un deber compartido.

¡Adelante, República Dominicana, hacia un sistema de salud más fuerte, más justo y más humano!

**Dr. Victor Elías Atallah Lajam**  
Ministro de Salud

# Artículos originales

---

REVISTA DOMINICANA DE SALUD PÚBLICA

## PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MÉDICOS RESIDENTES DE SANTIAGO DE LOS CABALLEROS

### *Prevalence of depressive symptoms in resident physicians of Santiago de los Caballeros*

Cinthia Yamel Reyes Cruz<sup>1</sup>✉, Vilma Yamel Santana Matos<sup>1</sup>†, Gabriela Michelle Arocha Pérez<sup>1</sup>,  
Kimberly Almonte De Martínez<sup>2</sup>, Nelson Leonel Martínez Rodríguez<sup>2</sup>

1. Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, Santiago, República Dominicana.  
2. PRAXIS Psicología Integral, Santo Domingo, República Dominicana.

† Fallecida el 25 de septiembre del 2024

Recibido: 12 enero 2024 | Aceptado: 30 de abril 2025 | Publicado: Diciembre de 2025

#### RESUMEN

**Introducción.** La depresión y el riesgo de suicidio en los profesionales de la salud son un problema creciente a nivel global. Solo en los Estados Unidos, se ha identificado una prevalencia de síntomas depresivos de hasta un 50.8% en médicos residentes. Actualmente, los datos locales vinculados a este tema son escasos.

**Objetivo.** El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de síntomas depresivos y el riesgo suicida en médicos residentes en Santiago de los Caballeros, República Dominicana.

**Metodología.** Se realizó un estudio descriptivo transversal, reclutando a 507 médicos residentes de la ciudad de Santiago de los Caballeros, República Dominicana, durante el periodo de febrero a mayo de 2021. Se aplicaron el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-2) y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. Se utilizó el programa SPSS versión 28 para el análisis estadístico de los datos.

**Resultados.** 217 médicos residentes participaron en la investigación. La prevalencia de síntomas depresivos y de riesgo suicida fue de un 24.9% (IC95%: 19.6%-31.0%) y un 23.0% (IC95%: 17.9%-29.1%), respectivamente. Aquellos pertenecientes a centros de salud privados presentaron una mayor prevalencia de síntomas depresivos en comparación con el sector público ( $p < 0.01$ ). Además, al comparar entre las especialidades médicas, los residentes de medicina interna mostraron una mayor prevalencia de síntomas depresivos (39.5%), mientras que los de anestesiología presentaron riesgo suicida en mayor proporción (42.2%).

**Conclusiones.** Los médicos residentes presentan una alta prevalencia de síntomas depresivos y riesgo suicida, especialmente en centros privados y en especialidades como medicina interna y anestesiología. Estos hallazgos resaltan la necesidad de integrar programas de apoyo psicoemocional y estrategias preventivas en las residencias médicas, adaptadas a los contextos de mayor riesgo.

#### Palabras clave

Suicidio; depresión; salud mental; prevención del suicidio; personal médico hospitalario

✉ Autor para correspondencia: cinthiayamel@gmail.com

**Cómo citar:** Reyes Cruz CY, Santana Matos VY, Arocha Pérez GM, Almonte De Martínez K, Martínez Rodríguez NL. Prevalencia de síntomas depresivos en médicos residentes de Santiago de los Caballeros. Revista Dominicana de Salud Pública [Internet]. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2025.

## ABSTRACT

**Introduction.** Depression and suicide risk in health professionals are a growing problem globally. In the United States alone, a prevalence of depressive symptoms of up to 50.8% has been identified in resident physicians. Currently, local data linked to this topic is scarce.

**Objective.** The objective of this study was to determine the prevalence of depressive symptoms and suicidal risk in doctors residing in Santiago de los Caballeros, Dominican Republic.

**Methodology.** A cross-sectional descriptive study was carried out, recruiting 507 resident doctors from the city of Santiago de los Caballeros, Dominican Republic, during the period from February to May 2021. The Beck Depression Inventory II (BDI-2) and the Plutchik Suicide Risk Scale were applied. SPSS version 28 was used for statistical analysis of the data.

**Results.** 217 resident doctors participated in the research. The prevalence of depressive symptoms and suicidal risk was 24.9% (95% CI: 19.6%–31.0%) and 23.0% (95% CI: 17.9%–29.1%), respectively. Those belonging to private health centers had a higher prevalence of depressive symptoms compared to the public sector ( $p < 0.01$ ). Furthermore, when comparing medical specialties, Internal Medicine residents showed a higher prevalence of depressive symptoms (39.5%), while Anesthesiology residents presented a higher suicide risk (42.2%).

**Conclusions.** Resident doctors have a high prevalence of depressive symptoms and suicidal risk, especially in private centers and in specialties such as Internal Medicine and Anesthesiology. These findings highlight the need to integrate psychoemotional support programs and preventive strategies in medical residences, adapted to higher-risk contexts.

## Keywords

Suicide; depression; mental health; suicide prevention; hospital medical staff

## LISTA DE ABREVIATURAS

**BDI-2:** Inventario de Depresión de Beck II

**IC:** Intervalo de Confianza

**MINI:** Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

## INTRODUCCIÓN

La depresión y el riesgo suicida entre profesionales de la salud representan un desafío relevante para la comunidad médica a nivel mundial. En diversos contextos, la salud mental del personal médico hospitalario en formación —médico residente— no siempre recibe la atención prioritaria que requiere, en parte por estigmas persistentes que dificultan reconocerlos como posibles pacientes en esta área. Las exigencias cognitivas, emocionales y físicas propias de esta etapa formativa pueden afectar negativamente la salud mental de esta población.

Esto fue demostrado por Dyrbye et al. (1), quienes estudiaron los síntomas de depresión en estudiantes de medicina, médicos residentes y médicos en las primeras etapas de su carrera en los Estados Unidos. Encontraron una prevalencia de depresión del 50.8% entre los médicos residentes, lo que refleja un mayor nivel de agotamiento emocional y despersonalización.

De manera similar, la carga laboral se ha relacionado con una mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos; como describieron Ogawa et al. (2), los residentes que trabajan 80 horas o más por semana tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar estos síntomas (OR = 2.83).

Los síntomas depresivos suelen estar estrechamente vinculados al riesgo suicida, una de las consecuencias más graves de la depresión. Esta relación fue corroborada por un estudio colombiano de Pinzón-Amado et al. (3), que identificó una asociación significativa entre síntomas depresivos y riesgo suicida (OR = 6.9; IC del 95%: 4.54-10.4). A pesar de esta realidad, los médicos residentes afectados rara vez buscan atención psiquiátrica, lo que dificulta su recuperación. Talih et al. (4), en un estudio realizado en el Líbano, reportaron una prevalencia de síntomas depresivos leves del 30% y moderados a severos del 22%, pero solo el 23% de los residentes afectados buscó ayuda profesional.

A pesar de la relevancia de esta problemática, aún se dispone de pocos datos sobre la prevalencia de síntomas depresivos y riesgo suicida entre los médicos residentes en la República Dominicana. Por ello, el propósito de este estudio fue determinar dicha prevalencia en médicos residentes de Santiago de los Caballeros, República Dominicana, así como explorar su relación con variables sociodemográficas y aquellas vinculadas al contexto formativo-asistencial de los médicos residentes.

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo transversal para determinar la prevalencia de síntomas depresivos y riesgo suicida entre médicos residentes de los sectores público y privado en centros de salud de Santiago de los Caballeros, República Dominicana. La recolección de datos se llevó a cabo entre los meses de febrero y mayo de 2021. La población de estudio contó con un total de 507 residentes inscritos en los Programas de Residencias Médicas de la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (PUCMM), Campus Santiago, de los cuales 231 completaron la encuesta y 217 fueron elegibles para el análisis estadístico. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los médicos residentes fueron invitados a completar una encuesta autoadministrada en línea a través de correo electrónico, clases virtuales y plataformas de redes sociales como WhatsApp.

Se incluyeron en el estudio los médicos residentes que formaban parte de los programas de residencias médicas de la PUCMM, Campus Santiago, que completaron el consentimiento informado y el formulario virtual de recolección de datos. Se excluyeron del estudio aquellos residentes que declararon haber sido diagnosticados con una enfermedad mental antes de iniciar la residencia médica.

El cuestionario contenía tres secciones, además de un consentimiento informado. La primera sección incluía nueve preguntas demográficas de opción múltiple, tales como: sexo, especialidad médica e historial de salud mental. La segunda sección consistió en una adaptación del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-2) (5) traducido para la República Dominicana. Este consta de 21 ítems, con un rango de puntuación de 0 a 3 por pregunta, alcanzando un puntaje máximo de 63 puntos. La prevalencia de síntomas depresivos se categorizó de la siguiente manera:

- Mínima: 0-13
- Leve: 14-19
- Moderada: 20-28
- Grave: 29-63

El punto de corte para determinar la presencia de síntomas depresivos fue una puntuación superior a 19 puntos.

La tercera sección evaluó el riesgo suicida a través de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (6), un cuestionario de 15 preguntas cerradas dicotómicas, validado en España. Cada respuesta afirmativa ("sí") sumaba 1 punto, con una puntuación máxima posible de 15 puntos.

El punto de corte para determinar el riesgo suicida fue de 6 puntos o más. Esta escala fue utilizada debido a su previa validación en el idioma español y su amplio uso en la investigación médica. En España se validó esta versión que cuenta con tan solo 15 ítems.

Para el análisis estadístico, se utilizó el programa Excel de Microsoft Office 365 ProPlus como herramienta de organización y tabulación. Además, se empleó el software IBM SPSS Statistics versión 28 para el análisis y procesamiento de datos. Las variables fueron analizadas mediante la prueba de Chi cuadrado, estableciendo un valor de  $p \leq 0.05$  como estadísticamente significativo.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud (COBE-FACS) de la universidad PUCMM el 9 de septiembre del año 2019. Se tomaron en cuenta los principios bioéticos establecidos por el informe de Belmont, estos son: respeto a las personas, beneficencia y justicia. Antes de iniciar el formulario en línea, todos los participantes leyeron y aceptaron un consentimiento informado digital donde se detallaban los objetivos, procedimientos y uso de los datos; únicamente aquellos que otorgaron su consentimiento informado participaron en el estudio. Toda la información recibida de los participantes fue obtenida y recolectada virtualmente a través de un formulario online, donde se tuvo en cuenta la privacidad y confidencialidad de todos los participantes, pues por cuestiones de salud ante la pandemia del COVID-19 se optó dicho abordaje, protegiendo así todo el personal involucrado en este estudio.

## RESULTADOS

De un total de 507 médicos residentes en Santiago de los Caballeros, 231 completaron el cuestionario. Uno de ellos rechazó participar en el estudio y 14 fueron excluidos según criterios de exclusión, por lo que el análisis estadístico incluyó 217 residentes médicos.

La Tabla 1 presenta las características sociodemográficas de la muestra. La mayoría de los participantes fueron mujeres, representando el 66.4% del total. En cuanto a la especialidad, la mayor proporción correspondió al programa de residencia de medicina interna (35%), mientras que anatomía patológica registró el menor número de participantes.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas y formativas de los médicos residentes de Santiago de los Caballeros (n= 217)

Sexo	No. (%)
Hombre	73 (33.6)
Mujer	144 (66.4)
<b>Total</b>	<b>217 (100)</b>
Especialidad	No. (%)
Anatomía patológica	1 (0.5)
Anestesiología	19 (8.8)
Cérvico-buco-máxilo facial	3 (1.4)
Cirugía general	14 (6.5)
Emergenciología	17 (7.8)
Fisiatría	2 (0.9)
Geriatría	3 (1.4)
Gineco-obstetricia	19 (8.8)
Imagenología	14 (6.5)
Medicina familiar	7 (3.2)
Medicina interna	77 (35.0)
Nutrición hospitalaria	1 (0.5)
Oftalmología	5 (2.3)
Ortopedia y traumatología	4 (1.8)
Pediatría	26 (12.0)
Urología	3 (1.4)
Terapia intensiva	3 (1.4)
<b>Total</b>	<b>217 (100)</b>

**Fuente:** elaboración propia a partir de los datos del estudio.

La Tabla 2 muestra los hábitos tóxicos de los participantes del estudio. El 79.3% de los residentes encuestados había consumido alcohol en los últimos

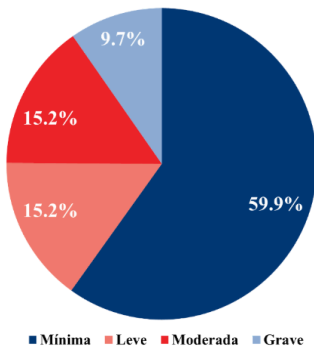
6 meses, seguido de tabaco con un 14.7% y, por último, sustancias ilícitas con un 2.3%.

**Tabla 2.** Hábitos tóxicos en médicos residentes de Santiago de los Caballeros (n= 217)

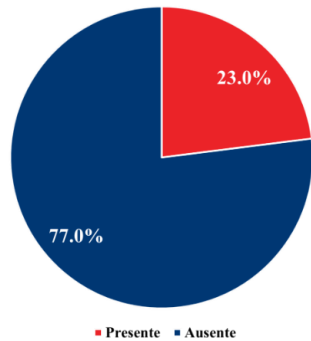
Hábitos tóxicos	No. (%)
Consumo de alcohol	
Sí	172.0 (79.3)
No	45.0 (20.7)
Consumo de tabaco	
Sí	32.0 (14.7)
No	185.0 (85.3)
Consumo de sustancias ilícitas	
Sí	5.0 (2.3)
No	212.0 (97.7)
<b>Total</b>	<b>217 (100)</b>

**Fuente:** elaboración propia a partir de los datos del estudio.

El 24.9% (IC95%: 19.6%-31.0%) de los médicos residentes presentó síntomas depresivos durante la encuesta, de los cuales el 15.2% (IC95%: 11.0%-20.6%) correspondía a síntomas moderados y el 9.7% (IC95%: 6.4%-14.3%) a síntomas graves (Gráfica 1). El 23% (IC95%: 17.9%-29.1%) presentó riesgo suicida durante la encuesta (Gráfica 2).

**Gráfica 1.** Prevalencia de síntomas depresivos en médicos residentes de Santiago de los Caballeros (n= 217)

**Fuente:** elaboración propia a partir de los datos del estudio.

**Gráfica 2.** Prevalencia de riesgo suicida en médicos residentes de Santiago de los Caballeros (n= 217)

**Fuente:** elaboración propia a partir de los datos del estudio.

Respecto a la prevalencia de los síntomas depresivos según factores relacionados (Tabla 3), la mayoría de los participantes pertenecientes al sector público mostró síntomas depresivos mínimos (63.8%), mientras que, en el sector privado, el 40.6% de los participantes presentó síntomas depresivos moderados, con una diferencia significativa en la prevalencia de síntomas depresivos según el tipo de centro de salud ( $p < 0.001$ ).

**Tabla 3.** Prevalencia de síntomas depresivos según factores relacionados en médicos residentes de Santiago de los Caballeros (n= 217)

		Síntomas depresivos				Valor p
		Mínimo No. (%)	Leve No. (%)	Moderado No. (%)	Grave No. (%)	
Tipo de centro de salud	Público	118(63.8)	29(15.7)	20(10.8)	18(9.7)	<0.001
	Privado	12(37.5)	4(12.5)	13(40.6)	3(9.4)	
Sexo	Hombre	49(67.1)	12(16.4)	8(11.0)	4(5.5)	0.201
	Mujer	81(56.3)	21(14.6)	25(17.4)	17(11.8)	
Especialidad	Anestesiología	14(73.7)	3(15.8)	0(0.0)	2(10.5)	0.024
	Cirugía general	10(71.4)	2(14.3)	0(0.0)	2(14.3)	
	Emergenciología	11(64.7)	1(5.9)	4(23.5)	1(5.9)	
	Gineco-obstetricia	18(94.7)	1(5.3)	0(0.0)	0(0.0)	
	Imagenología	8(57.1)	3(21.4)	2(14.3)	1(7.1)	
	Medicina familiar	5(71.4)	2(28.6)	0(0.0)	0(0.0)	
	Medicina interna	35(46.1)	11(14.5)	21(26.3)	10(13.2)	
	Oftalmología	5(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
	Pediatría	13(50.0)	8(30.8)	3(11.5)	2(7.7)	
	R1	28(45.2)	13(20.9)	14(22.6)	7(11.3)	
R2	48(65.8)	10(13.7)	8(10.9)	7(9.6)		
R3	50(64.9)	10(13.0)	10(13.0)	7(9.0)		
R4	4(80.0)	0(0.0)	1(20.0)	0(0.0)		

**Fuente:** elaboración propia a partir de los datos del estudio.

**Nota:** se omitieron las especialidades: anatomía patológica, cérvico-buco-máximo facial, fisiatría, geriatría, nutrición, ortopedia, urología, terapia intensiva, ya que estas tuvieron una frecuencia menor de 5.

En cuanto a la prevalencia de síntomas depresivos según el sexo, se identificó una mayor proporción de casos moderados y graves en mujeres. No obstante, la diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p=0.201$ ).

Al analizar la distribución de los niveles de síntomas depresivos por especialidad, se observó que los síntomas mínimos fueron más frecuentes

en los residentes de oftalmología y gineco-obstetricia. En contraste, los síntomas moderados y graves predominaban en residentes de medicina interna, emergenciología, imagenología y pediatría. En particular, medicina interna registró el mayor porcentaje de síntomas moderados y graves, representando un 40.2%, diferencia que resultó estadísticamente significativa ( $p=0.024$ ).

Con relación al año de formación, los Residentes de Primer Año (R1) mostraron el mayor porcentaje con síntomas depresivos graves y moderados, mientras que los Residentes de Cuarto Año (R4) presentaron mayormente síntomas depresivos mínimos. No obstante, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p=0.36$ ).

Los hallazgos del riesgo suicida según factores relacionados (Tabla 4) muestran que, según el sexo, las mujeres presentaron riesgo suicida en mayor proporción frente a los hombres. No obstante, esta relación no fue estadísticamente significativa ( $p=0.55$ ).

**Tabla 4.** Prevalencia de riesgo suicida según factores relacionados en médicos residentes de Santiago de los Caballeros (n=217)

		Riesgo suicida		
		Presente No. (%)	Ausente No. (%)	Valor p
Sexo	Hombre	15(20.5)	58(79.5)	0.55
	Mujer	35(24.3)	109(75.7)	
Especialidad	Anestesiología	8(42.1)	11(57.9)	0.008
	Cirugía general	0(0.0)	14(100.0)	
	Emergenciólogía	1(5.9)	16(94.1)	
	Gineco- obstetricia	1(5.3)	18(94.7)	
	Imagenología	2(14.3)	12(85.7)	
	Medicina familiar	1(14.3)	6(85.7)	
	Medicina interna	24(31.6)	52(68.4)	
	Oftalmología	0(0.0)	5(100.0)	
	Pediatría	5(19.2)	21(80.8)	
		<35	0(0)	
Tiempo invertido en residencia (horas)	35-44	1(11.1)	8(88.9)	
	45-59	10(24.4)	31(75.6)	
	60-69	5(10.4)	43(89.6)	
	≥70	34(30.1)	79(69.9)	

**Fuente:** elaboración propia a partir de los datos del estudio.

**Nota:** se omitieron las especialidades: anatomía patológica, cérvico-buco-máxilo facial, fisiatría, geriatría, nutrición, ortopedia, urología, terapia intensiva, ya que estas tuvieron una frecuencia menor de 5.

La presencia de riesgo suicida según las especialidades médicas (Tabla 4) muestra un mayor porcentaje en los residentes de anestesiología, medicina interna y pediatría, predominando anestesiología (42.1%). En contraste, las especialidades de cirugía general, oftalmología, ginecología y emergenciólogía presentaron la menor proporción de riesgo suicida, siendo estos hallazgos estadísticamente significativos ( $p=0.008$ ).

Con referencia al tiempo invertido en la residencia médica, los residentes que trabajaban más de 70 horas a la semana presentaron un riesgo suicida de 30.1%, mientras que aquellos que

trabajaban menos de 35 horas no presentaron riesgo suicida. Estos resultados fueron estadísticamente significativos ( $p=0.043$ ).

La relación entre síntomas depresivos y riesgo suicida fue directamente proporcional (Tabla 5). A mayor severidad de los síntomas, mayor proporción de presencia de riesgo suicida. El 76.2% de los participantes con síntomas depresivos graves presentaron riesgo suicida. En contraste, aquellos con síntomas depresivos mínimos presentaron riesgo suicida en un 6.2%, siendo estos resultados estadísticamente significativos ( $p<0.01$ ).

**Tabla 5.** Prevalencia de riesgo suicida según los síntomas depresivos en médicos residentes de Santiago de los Caballeros

		Síntomas depresivos				
		Mínimo No. (%)	Leve No. (%)	Moderado No. (%)	Grave No. (%)	Valor p
Riesgo suicida	Presente	122(93.8)	23(69.7)	17(51.5)	5(23.8)	<0.01
	Ausente	8(6.2)	10(30.3)	16(48.5)	16(76.2)	

**Fuente:** elaboración propia a partir de los datos del estudio.

## DISCUSIÓN

Este estudio evidenció una alta prevalencia de síntomas depresivos (24.9%) y riesgo suicida (23%) en médicos residentes de la ciudad de Santiago de los Caballeros, República Dominicana. Estos resultados reflejan una situación alarmante que debe ser atendida con urgencia por las autoridades sanitarias y académicas, considerando el papel clave que desempeñan los médicos en formación en la atención en salud del país. La etapa de residencia médica representa una fase de elevada exigencia física y emocional, que puede amplificar condiciones predisponentes a trastornos del estado de ánimo.

La prevalencia hallada en este estudio es similar a la reportada por Gómez Martínez et al. (7) en un contexto latinoamericano (24%) y por Talih et al. (4) y Jiménez-López et al. (8) (22%), quienes también evaluaron médicos residentes durante su formación hospitalaria. Esta concordancia sugiere que existen factores estructurales comunes entre estos entornos —como la sobrecarga laboral, la falta de apoyo institucional y la escasa disponibilidad de servicios de salud mental— que pueden explicar esta similitud.

Sin embargo, estudios realizados durante la pandemia, como el de Khodoruth et al. (9) en Qatar, encontraron cifras más elevadas (42.5%)

utilizando la escala DASS-21, lo que evidencia la influencia de los instrumentos aplicados y del momento histórico en que se realiza la medición. Si bien estos instrumentos no son directamente comparables al BDI-II usado en el presente estudio, los hallazgos refuerzan la necesidad de contextualizar los resultados en función del entorno social, sanitario y metodológico.

Por el contrario, estudios como el de Ángeles-Garay et al. (10) en una unidad médica de alta especialidad de México reportaron una prevalencia más baja (12.2%), lo que podría estar relacionado con condiciones laborales más favorables, mejor infraestructura o una cultura institucional más orientada al bienestar del personal médico. Asimismo, Chew et al. (11) reportaron una prevalencia de 10.6% en un grupo mixto de profesionales de salud, donde la menor carga emocional directa y la diversidad de funciones podrían explicar los niveles más bajos de depresión.

En cuanto al sexo, se observó una mayor proporción de síntomas depresivos moderados y graves en mujeres (29.2%) frente a hombres (16.5%), aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

A pesar de ello, este patrón ha sido ampliamente documentado en la literatura. Dyrbye et al. (1), por ejemplo, identificaron que el sexo femenino se asocia con un mayor riesgo de presentar síntomas depresivos durante la residencia médica, posiblemente debido a factores sociales como la doble carga laboral (profesional y doméstica), las expectativas de género y el desequilibrio en roles familiares.

Otro hallazgo importante fue la diferencia por especialidad médica. Las especialidades de medicina interna, emergenciológica y pediatría concentraron los niveles más altos de síntomas depresivos moderados a graves, siendo estadísticamente significativa esta distribución ( $p=0.024$ ). Esto coincide parcialmente con los hallazgos de Alshardi et al. (12) en Arabia Saudita, quienes identificaron una mayor prevalencia de depresión en residentes de cirugía y emergencias. La diferencia podría atribuirse al contexto de recolección de datos durante la pandemia y a los cambios en la dinámica asistencial —como la reducción de cirugías electivas— que probablemente desplazaron la carga emocional hacia otras especialidades como medicina interna.

Respecto al año de residencia, los residentes de primer año (R1) mostraron una mayor prevalencia de síntomas depresivos moderados y graves (33.9%), aunque la diferencia no fue significativa. Esto es coherente con estudios como el de Carrillo-Córdova et al. (13) e Ibarra et al. (14), quienes identificaron que los residentes en etapas iniciales presentan mayores niveles de afectación emocional, posiblemente por el proceso de adaptación, la incertidumbre profesional, la falta de experiencia y la intensa carga laboral. Alshardi et al. (12) también señalaron una tendencia a menor prevalencia de depresión severa en residentes de años avanzados, lo cual también fue observado en esta investigación.

Un hallazgo novedoso del presente estudio fue la diferencia significativa en la prevalencia de síntomas depresivos entre residentes del sector privado (50%) y público (20.5%). Aunque no se identificaron estudios previos que evaluaran esta variable de forma directa, esta diferencia podría estar relacionada con las mayores expectativas de los pacientes del sector privado, la presión institucional orientada a la productividad, o incluso una menor oferta de redes de apoyo institucional.

La relación entre síntomas depresivos y riesgo suicida fue directa y estadísticamente significativa: el 76.2% de los participantes con síntomas depresivos graves presentaron riesgo suicida ( $p<0.01$ ). Esta asociación ha sido ampliamente documentada. Pinzón-Amado et al. (3) encontraron una fuerte correlación entre depresión e ideación suicida en médicos colombianos.

Igualmente, estudios de Adhikari et al. (15) en Nepal y Tin et al. (16) en Malasia reportaron un mayor riesgo de suicidio en residentes con diagnóstico de depresión. Esta relación también ha sido descrita en contextos desarrollados como Ohio, Estados Unidos, por Levy et al. (17), y está respaldada por criterios diagnósticos del DSM-V (18), que asocian la depresión mayor con un riesgo incrementado de suicidio.

En términos de carga laboral, los residentes que trabajaban más de 70 horas semanales mostraron una prevalencia de riesgo suicida de 30.1%, en comparación con un 0% entre quienes laboraban menos de 35 horas ( $p=0.043$ ). Este hallazgo resalta la importancia de regular las jornadas de trabajo durante la formación médica, dado que la sobrecarga laboral no solo afecta el rendimiento académico, sino también la salud mental de los residentes. Estudios como los de Dong et al. (19) y Ventriliglio et al. (20) en Estados Unidos y Europa, así como el de Vargas-Terrez et al. (21) en México, respaldan esta relación entre agotamiento físico-emocional y conductas de riesgo suicida.

Aunque la pandemia del COVID-19 no coincidió con el período de recolección de datos, es posible que sus efectos persistentes influyeran en la salud mental de los residentes. Durante esta crisis, estudios como el de Freire et al. (22) en Brasil y reportes desde Nueva York (23) documentaron un aumento en los síntomas depresivos y suicidios entre personal médico de primera línea, lo cual debe tenerse en cuenta al interpretar los resultados de este estudio.

Finalmente, la diferencia por sexo en cuanto al riesgo suicida (24.3% en mujeres vs. 20.5% en hombres) no fue significativa, pero se alinea con literatura que sugiere que las mujeres tienden a reportar más ideación suicida, mientras que los hombres presentan tasas más altas de suicidio consumado (24). Este patrón podría explicarse por factores sociales como el acceso al apoyo emocional, estigmas de género y diferencias en los métodos empleados.

## CONCLUSIONES

Aproximadamente una cuarta parte de los médicos residentes de Santiago de los Caballeros presentó síntomas depresivos, mientras que una proporción ligeramente menor mostró riesgo suicida. Estos resultados representan un llamado de atención a los Programas de Residencias Médicas para que tomen en cuenta la salud mental del personal de salud que se encuentra en formación.

La alta tasa de síntomas depresivos y el peligro que supone la presencia de riesgo suicida en los

médicos residentes requiere una atención especial por parte de las entidades que supervisan el desarrollo de este tipo de programas académicos en el área de la salud. Por otro lado, la relación entre los síntomas depresivos y los diferentes centros de salud evidencia la necesidad, por parte de las autoridades, de establecer estándares y regulaciones universales sobre la carga laboral en los programas de residencia del país, independientemente del tipo de centro en el que se formen los médicos residentes.

## FINANCIAMIENTO

Sin financiamiento externo.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan profundo agradecimiento a la Dra. Vilma Yamel Santana Matos, quién participó en la investigación. Como expresaron sus colegas: *“Gracias por brindarnos tu compañía alegre, amorosa e inigualable durante esta investigación. Fuiste una pieza esencial para nuestro equipo. Siempre te recordaremos”*.

## CONTRIBUCIONES DEL AUTOR

Los autores Y.C.R.C., V.Y.S.M., K.A.M., G.M.A.P. y N.L.M.R. trabajaron en la concepción y diseño del trabajo. La recopilación de datos fue realizada por Y.C.R.C., V.Y.S.M. y G.M.A.P. mientras que su análisis e interpretación estuvo a cargo de Y.C.R.C., V.Y.S.M., G.M.A.P. y N.L.M.R. La redacción del manuscrito fue responsabilidad de Y.C.R.C., V.Y.S.M. y G.M.A.P. y su revisión fue realizada por K.A.M. y N.L.M.R.

## DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

El autor N.L.M.R. forma parte del equipo editorial de la Revista Dominicana de Salud Pública. No participó en ninguna etapa del proceso editorial ni en la toma de decisiones relacionadas con este manuscrito.

## DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Las conclusiones expresadas en este artículo son exclusiva responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la posición institucional de la Revista Dominicana de Salud Pública, o del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

## REFERENCIAS

1. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, Shanafelt TD. Burnout Among U.S.

- Medical Students, Residents, and Early Career Physicians Relative to the General U.S. Population. *Academic Medicine*, 2014; 89(3).
2. Ogawa R, Seo E, Maeno T, Ito M, Sanuki M, Maeno T. The relationship between long working hours and depression among first-year residents in Japan. *BMC Medical Education*, 2018; 18: 50.
3. Pinzón-Amado A, Guerrero S, Moreno K, Landínez C, Pinzón J. Ideación suicida en estudiantes de medicina: prevalencia y factores asociados. *Rev Colomb Psiquiat*, 2014; 43 (S1): 47–55.197
4. Talih F, Daher M, Daou D, Ajaltouni J. Examining Burnout, Depression, and Attitudes Regarding Drug Use Among Lebanese Medical Students During the 4 Years of Medical School. *Acad Psychiatry*, 2018.
5. Jackson-Koku G. Beck Depression Inventory. *Occupational Medicine [Internet]*. 2016; 66(2): 174–175. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv087>
6. Gaibor-Gonzalez I, Vargas-Espín A, Rodríguez-Pérez M, Lara-Salazar C, Gavilanes-Gómez D. Propiedades psicométricas de la escala de Plutchik en voluntarios de la Cruz Roja Ecuatoriana. 593 Digital Publisher CEIT. 2025 Mar 11;10(2):366–75.
7. Gómez-Martínez S, Ballester-Arnal R, Gil-Julia B, Abizanda-Campos R. Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos. *Anales de Psicología*, 2015; 31(2): 743-750.
8. Jiménez-López JL, Arenas-Osuna J, Angeles-Garay U. Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015; 53(1):20-28.
9. Khodoruth M, Al-Nuaimi S, Al-Salihy Z, Ghaffar A, Khodoruth W, Ouanes S. Factors associated with mental health outcomes among medical residents exposed to COVID-19 [Internet]. *BJPsych Open*, 2021;7(2).
10. Angeles-Garay U, Tleucuil-Mendoza N, Jiménez-López JL, Velázquez García JA. Association of depression and anxiety with characteristics related to the training of medical residents. *Salud Mental*, 2020; 43(5): 195-199.
11. Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, Jing M, Goh Y, Ngiam NJH, et al. A Multinational, Multicentre Study on the Psychological Outcomes and Associated Physical Symptoms Amongst Healthcare Workers During COVID-19 Outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity*, 2020; 88: 559-565.
12. Alshardi A, Farahat F. Prevalence and Predictors of Depression Among Medical Residents in Western Saudi Arabia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2019.
13. Carrillo-Córdova LD, Carrillo-Córdova JR, Carrillo-Esper R, Garduño-Arteaga ML. Prevalencia de depresión y síndrome de burnout

## REFERENCIAS

- en residentes de urología de un hospital de tercer nivel. *Rev Mex Urol* [Internet]. 2018 [Citado 6 Feb 2019];78(2):105-111. DOI: <https://doi.org/10.24245/revmexurol.v78i2.1492>
14. Saldaña Ibarra O, López Ozuna VM. Prevalencia de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades: Secretaría de Salud del Distrito Federal. *Evid Med Invest Salud* [Internet]. 2014 [Citado 5 Feb 2019]; 7(4): 170-178.
  15. Adhikari A, Dutta A, Sapkota S, Chapagain A, Aryal A, Pradhan A. Prevalence of poor mental health among medical students in Nepal: a cross-sectional study. *BMC Medical Education* [Internet]. 2017 [Citado 6 Feb 2019]; 17: 232. DOI: [10.1186/s12909-017-1083-0](https://doi.org/10.1186/s12909-017-1083-0)
  16. Tin TS, Sidik S, Rampal L, Ibrahim N. and Predictors of Suicide Among Medical Students in A Public University. *Med J Malaysia*, 2015; 70(1).
  17. Levy AB, Nahhas RW, Sampang S, Jacobs K, Weston C, Cerny-Suelzer C, et al. Characteristics Associated with Depression and Suicidal Thoughts Among Medical Residents: Results from the DEPRESS-Ohio Study. *Academic Psychiatry*. 2019. doi: [10.1007/s40596-019-01089-9](https://doi.org/10.1007/s40596-019-01089-9).
  18. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. 5ta Edición. España: Editorial Médica Panamericana; 2014.
  19. Dong M, Zhou FC, Xu SW, et al. Prevalence of suicide-related behaviors among physicians: A systematic review and meta-analysis. *Suicide Life Threat Behav*, 2020; 50:1264–1275.
  20. Ventriglio A, Watson C, Bhugra D. Suicide among doctors: A narrative review. *Indian J Psychiatry*, 2020; 62(2):114-120.
  21. Vargas-Terreza BE, Moheno-Kleeb V, Cortés-Sotrescuy JF, Heinze-Martin G. Médicos residentes: rasgos de personalidad, salud mental e ideación suicida. *Inv Ed Med* [Internet]. 2015 [Citado 4 Feb 2019]; 4(16):229-235. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2015.08.001>
  22. Freire F et al. Factors associated with suicide risk among nurses and physicians: a cross-section study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2020; 73(1) :e20200352.
  23. Gautam GI, Kelly B. Physician suicide and the COVID-19 pandemic. *Occupational Medicine*. 2020; 70(7):515. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa104>.
  24. Oficina Nacional de Estadística. Mortalidad por suicidios en adolescentes en la República Dominicana. ONE [Internet]. 2018 [Citado 5 mar 2019]; 9(91). Disponible en: <https://www.one.gob.do/Multimedia/Download?ObjId=65407>

# CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EN EL CONTEXTO DE LA COVID-19 EN EL PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO COMUNITARIO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

*Knowledge, attitudes, and practices regarding breastfeeding in the context of COVID-19 in the Community Support Program of the Ministry of Public Health and Social Assistance*

Estefanía Henríquez Luthje<sup>1</sup> ✉, Massiel Álvarez Barbour<sup>1</sup>, Patricia Grullón<sup>1</sup>, María M. Del Orbe<sup>2</sup>, María Fernanda Díaz Soto<sup>3</sup>, Mariel Germán<sup>4</sup>, Sheena Chen<sup>5</sup>

1. Programa de Nutrición, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Santo Domingo, República Dominicana

2. Programa Materno Infantil, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Santo Domingo, República Dominicana

3. University of Miami/Jackson Memorial Hospital, Florida, Estados Unidos

4. University of North Florida, Florida, Estados Unidos

5. Lincoln Hospital, Nueva York, Estados Unidos

Recibido: 12 enero 2024 | Aceptado: 30 de abril 2025 | Publicado: Diciembre de 2025

## RESUMEN

**Introducción.** La lactancia materna (LM) es el alimento ideal para los lactantes, incluso durante una infección por COVID-19. No obstante, persisten dudas sobre sus ventajas y desventajas en este contexto. En la República Dominicana, la evidencia sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de las embarazadas, puérperas y personal de acompañamiento en LM es limitada. Esta información es fundamental para mitigar la amenaza al ya bajo porcentaje de LM exclusiva en el país.

**Objetivo.** El objetivo de este estudio fue evaluar conocimientos, actitudes y prácticas sobre LM y COVID-19 en embarazadas, puérperas y acompañantes comunitarias del Programa de Acompañamiento del Ministerio de Salud y Asistencia Social.

**Metodología.** Estudio observacional, descriptivo, y transversal. Se estudiaron 171 embarazadas y 100 puérperas de Domingo Savio y La Zurza (Área IV de Salud del Distrito Nacional). Se estudió la totalidad de acompañantes comunitarias. Cuestionarios diseñados y validados por las autoras se utilizaron para entrevistar a las participantes. Datos procesados mediante estadística descriptiva.

**Resultados.** Más del 85% de las acompañantes comunitarias respondieron correctamente cada pregunta sobre conocimientos; algunas preguntas fueron acertadas por todas. Todas demostraron actitudes y prácticas favorables. La mitad de embarazadas y puérperas recibió información sobre el tema, principalmente de la acompañante. Entre las embarazadas y puérperas, se observó desconocimiento sobre la seguridad de amamantar durante la infección por COVID-19; algunas consideraron la fórmula como opción óptima. Conocen las pautas de higiene para ofrecer LM en caso de COVID-19; aproximadamente el 60% afirmó que la ofrecería, y esto se reflejó en las prácticas. Reconocieron la posibilidad de vacunarse, pero más de un tercio se mostró renuente y más de dos tercios evitaron hacerlo por temor a consecuencias o rechazo del médico o la pareja. Aunque conocen las recomendaciones de LM exclusiva, solo la mitad la practicó.

**Conclusiones.** Las acompañantes demostraron conocimientos, actitudes y prácticas favorables. En embarazadas y puérperas, se observó desconocimiento. A pesar de conocer las recomendaciones de vacunación, las actitudes y prácticas fueron desfavorables. Se recomienda fortalecer la capacitación en el Área IV y extender este programa a otras áreas.

## Palabras clave

Lactancia materna exclusiva; COVID-19; embarazadas; periodo parto; vacunas contra la COVID-19; agentes comunitarios de salud; conocimientos, actitudes y práctica en salud

✉ Autor para correspondencia: estefania.henriquez@ministeriodesalud.gob.do

**Cómo citar:** Henríquez Luthje E, Álvarez Barbour M, Grullón P, Del Orbe MM, Díaz Soto MF, Germán M, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en el contexto de la COVID-19 en el Programa de Acompañamiento Comunitario del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Revista Dominicana de Salud Pública [Internet]. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2025.

## ABSTRACT

**Introduction.** Breastfeeding (BF) is the ideal nourishment for infants, even during a COVID-19 infection. However, doubts persist regarding its advantages and disadvantages in this context. In the Dominican Republic, evidence regarding the knowledge, attitudes, and practices of pregnant women, postpartum women, and support personnel in BF is limited. This information is crucial to mitigate the threat to the already low percentage of exclusive BF in the country.

**Objective.** This study aimed to assess knowledge, attitudes, and practices regarding BF and COVID-19 in pregnant women, postpartum women, and community health workers (CHW) of the Ministry of Public Health and Social Assistance's Community Support Program.

**Methodology.** Observational, descriptive, and cross-sectional study. A total of 171 pregnant women and 100 postpartum women were studied from Domingo Savio and La Zurza (Health Area IV), Distrito Nacional. All CHW were studied. Questionnaires designed and validated by the authors were used to interview the participants. Data were processed using descriptive statistics.

**Results.** More than 85% of the CHW answered each knowledge question correctly; some were answered correctly by all. All CHW showed favorable attitudes and practices. Half of the pregnant and postpartum women received information on the topic, mainly from the CHW. Among pregnant and postpartum women, there was a lack of awareness about the safety of BF during COVID-19 infection; some considered formula as the optimal option. They were aware of hygiene guidelines for BF in case of COVID-19; approximately 60% stated they would offer it, and this was reflected in their practices. They recognized the possibility of getting vaccinated, but over a third were reluctant, and more than two-thirds avoided it due to fear of consequences or rejection by the doctor or partner. Despite knowing the recommendations for exclusive BF, only half practiced it.

**Conclusions.** The CHW demonstrated favorable knowledge, attitudes, and practices. There was a lack of awareness among pregnant and postpartum women. Despite being aware of vaccination recommendations, their attitudes and practices were unfavorable. It is recommended to strengthen training in Area IV and expanding this program to other areas.

## Keywords

Exclusive breastfeeding; COVID-19; pregnant women; postpartum period; COVID-19 vaccines; community health workers; health knowledge, attitudes, practice

## LISTA DE ABREVIATURAS

**LM:** Lactancia materna

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**MISPAS:** Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

**RIQ:** Rango intercuartílico

**DAS-IV:** Area IV de Salud

## INTRODUCCIÓN

Por sus esenciales e insustituibles nutrientes, la lactancia materna es el alimento ideal para el óptimo desarrollo de los lactantes (1-2). Además de su impacto en la supervivencia y en la salud física, emocional, cognitiva y social del lactante, la lactancia beneficia la salud materna, la economía familiar y nacional y el medioambiente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia exclusiva—dar únicamente leche materna—durante los primeros seis meses y continuar hasta los dos años o más en conjunto con alimentos complementarios (1-2).

Durante la pandemia de COVID-19 han surgido preocupaciones a si las madres infectadas pueden transmitir el virus a través de la leche materna (3). Estas inquietudes fueron agravadas por las discrepancias en la literatura inicialmente disponible, sobre la separación de las madres positivas al virus de sus recién nacidos, la lactancia directa y el uso de leche extraída (4). Hoy en día, la evidencia no es suficiente para concluir si existe la transmisión vertical. Sin embargo, en los lactantes, el riesgo de infección por este virus es bajo, y de suceder, suele manifestarse de forma leve o asintomática. Por el contrario, las consecuencias de no lactar, de separar prolongadamente al lactante de su madre y de utilizar inapropiadamente las fórmulas pueden ser significativas (3).

La COVID-19 en lactantes parece representar un menor riesgo a la salud en comparación con otras infecciones ante las cuales la lactancia confiere protección (3). Además, sus beneficios cobran aún más relevancia en las circunstancias de vulnerabilidad sobrellevadas por las madres y sus lactantes debido a las limitaciones en el acceso al sistema de salud y otros servicios, los crecientes mitos sobre la lactancia durante la pandemia, la reducción en el poder

adquisitivo familiar y el estrés asociado a un futuro lactante (4).

En vista de que los beneficios superan los riesgos, la OMS y otras agencias recomiendan que las madres con sospecha o confirmación de infección inicien o continúen la lactancia, debido a que es una práctica segura siempre que se tomen las precauciones debidas (3,5). A pesar de estas recomendaciones, persiste la indecisión en relación con la seguridad del lactante y sobre las ventajas y desventajas percibidas (6). Estudios observacionales realizados tanto en embarazadas y sus círculos de apoyo como en pediatras y obstetras muestran niveles importantes de incertidumbre, desconocimiento o rechazo hacia la evidencia y las pautas sobre COVID-19 y lactancia materna (7-11).

La OMS estima que alrededor del 41% de los lactantes entre cero y seis meses en todo el mundo son amamantados de forma exclusiva (12). En la República Dominicana, a pesar de la implementación de numerosas intervenciones de promoción de la lactancia en los últimos 30 años, la prevalencia es considerablemente menor (13). En el grupo menor de seis meses, la prevalencia de lactancia exclusiva fue de 18% en 1996, 10.4% en el 2002, 7.1% en el 2007, 4.6% en el 2014 y 15.8% en el 2019 (14-15). Reconociendo que la falta de acompañamiento por parte de personal capacitado representa una barrera a la lactancia tanto a nivel mundial como en el país (5,16), es imprescindible que durante momentos de incertidumbre se garantice el acceso a estos servicios para mitigar la amenaza al ya reducido porcentaje de lactancia exclusiva.

El Programa de Acompañamiento Comunitario de Embarazadas, Púerperas y Menores de un Año pertenece al Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS). Establecido como un piloto en el año 2020 guiado por la línea estratégica 2.1 de la Alianza Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil, plantea la promoción de la salud reproductiva y la salud materna e infantil para empoderar a las mujeres, las familias y las comunidades. Este piloto fue implementado en sectores ubicados al margen del Río Ozama, específicamente en las Areas I, II, IV y VI de Salud de Santo Domingo, seleccionados por la característica común de la vulnerabilidad social y/o elevada mortalidad materna y neonatal. A través de 120 acompañantes comunitarias que realizan tanto visitas comunitarias como encuentros grupales, el programa orienta y apoya a mujeres para la gestión de una mejor salud y desarrollo integral y a la vez mantener la vigilancia de los factores de riesgo y señales de peligro durante el embarazo, puerperio y primer año de vida. Entre

sus acciones, el programa incluye la promoción de la lactancia como prioridad en la salud infantil (17).

La necesidad de promover, proteger y apoyar la lactancia durante la pandemia de COVID-19 y la escasez de evidencia sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de las embarazadas, púerperas y el personal de acompañamiento en la República Dominicana, motivó a evaluar lo que se conoce, se piensa y se hace en relación con la lactancia materna en el contexto de la COVID-19 como base para apoyar los servicios de consejería ofrecidos por las acompañantes comunitarias del Programa de Acompañamiento.

## METODOLOGÍA

### *Diseño del estudio, población, periodo y muestreo*

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, y de corte transversal para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la lactancia en el contexto de la COVID-19 en los sectores de Domingo Savio (Los Guandules y La Ciénega) y La Zurza, pertenecientes al Área IV de Salud (DAS-IV). Se estudió la totalidad de las acompañantes comunitarias del programa de acompañamiento en esta área. Las embarazadas y púerperas, todas pertenecientes al programa de acompañamiento, fueron seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia y reclutadas según su disponibilidad y disposición a participar, a través de visitas domiciliarias. El reclutamiento tomó lugar en octubre de 2021.

### *Cálculo del tamaño de la muestra*

El reporte para abril de 2021 del Programa de Acompañamiento reportó un total de 295 embarazadas y 134 púerperas evaluadas por 13 acompañantes. Utilizando la herramienta OpenEpi, en su función de tamaño de muestra para la frecuencia en una población, se obtuvo una muestra de 168 embarazadas y 100 púerperas. Para ambos cálculos se adoptó un nivel de confianza de 95%, una precisión de 5% y una frecuencia hipotética de 50% +/-5. No obstante, cabe señalar que el muestreo no probabilístico no permite generalizar estos cálculos con la misma precisión que un muestreo probabilístico.

### *Procedimiento y herramienta de recolección de datos*

Se recolectaron los datos mediante dos cuestionarios. Los instrumentos fueron diseñados por las investigadoras luego de una revisión de la literatura y las guías propuestas por las principales agencias de salud sobre lactancia en el contexto de la COVID-19 (3,5,18-20). Estos fueron revisados por expertos, actores clave y representantes de la población con la finalidad de determinar su validez.

Previo a la recolección de los datos, las investigadoras validaron los cuestionarios en 17 embarazadas, 10 púerperas y dos acompañantes en el Área VI de Salud, demarcación con características similares a la población seleccionada. Se evaluó la claridad de las preguntas, las opciones propuestas y sus observaciones al respecto, y se tomó el tiempo invertido en la entrevista y en la posterior consejería. Las respuestas fueron tabuladas y analizadas para determinar su efectividad en responder las dimensiones propuestas. Se tomó en consideración la retroalimentación para realizar los ajustes necesarios en la redacción de las preguntas, así como en las opciones de respuesta propuestas.

Las acompañantes fueron entrevistadas por las investigadoras. Una vez completadas estas entrevistas, se realizaron dos capacitaciones para las acompañantes, quienes fungieron como entrevistadoras de las embarazadas y púerperas y ofrecieron la consejería inmediatamente después de completar el cuestionario. Durante las capacitaciones, se discutieron los instrumentos y los procedimientos de recolección de datos, incluyendo el consentimiento informado, la confidencialidad, el almacenamiento de los cuestionarios y el protocolo de prevención ante la COVID-19. Se ofreció además las pautas puntuales para brindar la consejería sobre COVID-19 y lactancia materna.

Durante todas las entrevistas se acató el protocolo de medidas preventivas ante la COVID-19. Previo al inicio del cuestionario, se informó sobre el estudio, con la finalidad de obtener su consentimiento. En el caso de las entrevistas a embarazadas y púerperas, inmediatamente después de concluir el cuestionario, la entrevistadora ofreció una breve consejería, para fortalecer su conocimiento y dar respuesta a potenciales confusiones generadas durante la entrevista.

### *Análisis y procesamiento de datos*

Una vez finalizada la recolección, los datos fueron validados para garantizar fuesen correctos y útiles. La tabulación se realizó en la plataforma Google Forms, configurada para admitir únicamente el registro del tipo de variable correspondiente. Además, se revisó manualmente la base de datos para detectar errores e incoherencias.

Las variables se presentaron con métodos de estadística descriptiva, con el uso de frecuencias y proporciones en las variables categóricas y ordinales y medidas de tendencia central y de dispersión en las variables numéricas continuas y discretas. La elección de la mediana como medida de tendencia central se tomó luego de realizar pruebas de normalidad. Se utilizó el programa *Stata* (*StataCorp.* 2019. *Stata Statistical Software*:

Release 16. College Station, TX: *StataCorp LLC.*).

### *Consideraciones éticas*

Para su realización, esta investigación consideró los aspectos éticos propuestos por Ezequiel Emanuel (21). Se incluyó, previo a la entrevista, la lectura de una hoja informativa donde se explican los detalles de la investigación. Únicamente si el individuo aceptó la participación, se procedió a firmar la ficha de consentimiento. La propuesta fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación del Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza el 3 de septiembre del año 2021.

## **RESULTADOS**

Se entrevistó un total de 171 embarazadas, 102 púerperas y 13 acompañantes comunitarias pertenecientes a la DAS-IV. Fueron descartados dos cuestionarios del grupo de púerperas por dificultades mayores en su comprensión.

### *Preguntas iniciales*

La totalidad de acompañantes afirmó haber recibido instrucción sobre la práctica de la lactancia en casos de sospecha o confirmación de infección por SARS-CoV-2, siendo las fuentes de información más frecuentes las capacitaciones provistas por el Programa de Acompañamiento (n=12, 92.3%) y la DAS-IV (n=11, 84.6%). Un 38.5% (n=5) indicó haber recibido la orientación de la Pastoral Materno Infantil. La mediana de tiempo de pertenencia de las acompañantes al Programa de Acompañamiento Comunitario hasta octubre de 2021 fue de 24 meses (rango intercuartílico o RIQ de 4).

La mediana de edad de las embarazadas y púerperas entrevistadas fue de 23 (RIQ: 8) y 24 años (RIQ: 7.5) respectivamente. Se obtuvo distribuciones equivalentes de residentes de los tres sectores. El 82% de las participantes tenía una escolaridad mayor a séptimo curso. Sin embargo, únicamente el 32.6% se había graduado de bachiller. Entre las embarazadas, la mediana de semanas de embarazo fue de 28 (RIQ: 12) y entre las púerperas, la mediana de edad de los lactantes fue de dos meses (RIQ: 4). El 2.9% (n=5) de las embarazadas y el 9% (n=9) de las púerperas reportó haber estado infectada por SARS-CoV-2, en su mayoría antes del embarazo.

Únicamente el 48% (n=82) de las embarazadas y el 52% (n=52) de las púerperas reporta haber recibido información sobre qué hacer en caso de infección por COVID-19 mientras amamanta. Las fuentes de información más frecuentes fueron la acompañante y el médico. La mediana de tiempo de pertenencia al Programa de Acompañamiento hasta el día de la entrevista fue de cuatro meses en las embarazadas (RIQ: 3) y ocho meses en las púerperas (RIQ: 4.5).

*Conocimientos de las acompañantes comunitarias*

La totalidad de las preguntas relacionadas a los conocimientos fueron respondidas correctamente por entre el 85 y el 100% de las acompañantes. Un 92.3% (n=12) afirma que el SARS-CoV-2 no se

transmite a través de la leche materna. En este contexto, la proporción mencionada afirma que es seguro ofrecer leche materna, que no es un deber la alimentación con fórmula ni que esta es más segura que la leche materna (Tabla 1).

**Tabla 1.** Conocimientos de las acompañantes comunitarias, embarazadas y puérperas sobre la lactancia materna en el contexto de la COVID-19 en el Área IV de Salud

Tabla 1. Conocimientos	Acompañantes comunitarias (n=13)	Embarazadas (n=171)	Puérperas (n=100)
	No. (%)	No. (%)	No. (%)
¿El virus de COVID puede pasarse a un bebé a través de leche del seno?			
Sí	1 (7.7)	53 (31)	28 (28)
No*	12 (92.3)	78 (45.6)	55 (55)
Los científicos no saben todavía*	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)
No sé	0 (0)	38 (22.2)	16 (16)
En blanco	0 (0)	1 (0.6)	1 (1)
¿Una madre con COVID puede dar el seno?			
Sí*	13 (100)	95 (55.6)	56 (56)
No	0 (0)	52 (30.4)	28 (28)
No sé	0 (0)	23 (13.5)	16 (16)
En blanco	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)
¿Una madre con COVID puede ponerse el bebé directo en el seno para alimentarlo?			
Sí, puede ponerse el bebé directo en el seno*	13 (100)	97 (56.7)	60 (60)
No, si tiene COVID solo puede sacarse la leche y darla en biberón, nunca poner el bebé en el seno	0 (0)	31 (18.1)	16 (16)
No, una madre con COVID no puede dar el seno de ninguna manera	0 (0)	22 (12.9)	15 (15)
No sé	0 (0)	18 (10.5)	9 (9)
En blanco	0 (0)	3 (1.8)	0 (0)
¿Es seguro para el bebé darle leche sacada de una madre con COVID?			
Sí*	12 (92.3)	96 (56.1)	62 (62)

**Tabla 1.** Conocimientos de las acompañantes comunitarias, embarazadas y púerperas sobre la lactancia materna en el contexto de la COVID-19 en el Area IV de Salud (Continuación)

No	1 (7.7)	54 (31.6)	28 (28)
No sé	0 (0)	20 (11.7)	10 (19)
En blanco	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)
Si una madre con COVID está dando el seno, ¿debe lavarse las manos con agua y jabón o limpiárselas con alcohol antes de tocar al bebé?			
Sí*	13 (100)	162 (94.7)	96 (96)
No	0 (0)	4 (2.3)	1 (1)
No sé	0 (0)	3 (1.8)	1 (1)
En blanco	0 (0)	2 (1.2)	2 (2)
Si una madre con COVID está dando el seno, ¿debe ponerse mascarilla mientras da el seno?			
Sí*	13 (100)	161 (94.2)	95 (95)
No	0 (0)	6 (3.5)	3 (3)
No sé	0 (0)	3 (1.8)	2 (2)
En blanco	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)
Si una madre con COVID está dando el seno y no tiene una mascarilla desechable, ¿puede dar el seno usando una mascarilla de tela?			
Sí*	11 (84.6)	148 (86.5)	81 (81)
No	1 (7.7)	13 (7.6)	10 (10)
No sé	1 (7.7)	9 (5.3)	9 (9)
En blanco	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)
Si una madre con COVID está dando el seno, ¿debe taparse la boca y nariz antes de estornudar o toser?			
Sí*	13 (100)	167 (97.7)	99 (99)
No	0 (0)	3 (1.8)	0 (0)
No sé	0 (0)	0 (0)	1 (1)
En blanco	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)
Si una madre con COVID está dando el seno, ¿debe lavarse los senos antes de alimentar al bebé y antes de sacarse leche?			
Sí, debe hacerlo siempre*	12 (92.3)	156 (91.2)	85 (85)
Sí, solo si tosió o estornudó sobre el pecho, no siempre*	1 (7.7)	9 (5.3)	8 (8)
No	0 (0)	3 (1.8)	3 (3)

**Tabla 1.** Conocimientos de las acompañantes comunitarias, embarazadas y púerperas sobre la lactancia materna en el contexto de la COVID-19 en el Area IV de Salud (Continuación)

No sé	0 (0)	3 (1.8)	4 (4)
En blanco	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Si una madre con COVID está dando el seno, ¿debe desinfectar las cosas que usa para alimentar al bebé (ej. biberones, teteras y extractores) antes y después de usarlos?			
Sí*	13 (100)	171 (100)	100 (100)
No	0 (0)	0 (0)	0 (0)
No sé	0 (0)	0 (0)	0 (0)
En blanco	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Si una madre está muy enferma de COVID y está en el hospital lejos de su bebé, ¿cómo puede alimentarlo?*			
Sacarse leche de sus senos y mandársela a la casa	13 (100)	95 (55.6)	62 (62)
Darle leche que le donaron en el banco de leche del hospital	7 (53.8)	52 (30.4)	27 (27)
Pedirle a la vecina recién parida que se ponga el bebé al seno	8 (61.5)	23 (13.5)	11 (11)
Puede darle fórmula (leche de potecitos o latas de leche que venden en la farmacia)	3 (23.1)	90 (52.6)	55 (55)
No sé	0 (0)	6 (3.5)	4 (4)
En blanco	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Si una madre dejó de dar el seno por unos días porque le dio COVID, ¿es posible que le baje la leche de nuevo y vuelva a dar el seno cuando se le quite el COVID?			
Sí*	13 (100)	104 (60.8)	64 (64)
No	0 (0)	35 (20.5)	25 (25)
No sé	0 (0)	30 (17.5)	10 (10)
En blanco	0 (0)	2 (1.2)	1 (1)
Si una madre con COVID está dando el seno, ¿debe dar fórmula también?			
Sí	1 (7.7)	91 (53.2)	51 (51)
No*	12 (92.3)	64 (37.4)	46 (46)
No sé	0 (0)	16 (9.4)	3 (3)
En blanco	0 (0)	0 (0)	0 (1)
Si una madre tiene COVID, ¿es más seguro alimentar al bebé con fórmula?			
Sí, es más seguro dar fórmula	1 (7.7)	77 (45)	37 (37)

**Tabla 1.** Conocimientos de las acompañantes comunitarias, embarazadas y púerperas sobre la lactancia materna en el contexto de la COVID-19 en el Area IV de Salud (Continuación)

No, es más seguro dar el seno*	12 (92.3)	89 (52)	61 (61)
No sé	0 (0)	5 (2.9)	2 (2)
En blanco	0 (0)	0 (0)	0 (0)
¿Las embarazadas pueden ponerse la vacuna contra COVID?			
Sí*	13 (100)	115 (67.3)	72 (72)
No	0 (0)	37 (21.6)	20 (20)
No sé	0 (0)	17 (9.9)	8 (8)
En blanco	0 (0)	2 (1.2)	0 (0)
¿Las madres que están dando el seno pueden ponerse la vacuna contra COVID?			
Sí*	13 (100)	112 (65.5)	71 (71)
No	0 (0)	32 (18.7)	15 (15)
No sé	0 (0)	27 (15.8)	14 (14)
En blanco	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Si una madre que está dando el seno se pone la vacuna, ¿las defensas contra COVID pueden llegarle al bebé a través del seno?			
Sí*	12 (92.3)	113 (66.1)	75 (75)
No	1 (7.7)	17 (9.9)	10 (10)
No sé	0 (0)	41 (24)	15 (15)
En blanco	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Si un bebé tiene COVID, ¿cuál es la mejor manera de alimentarlo?			
Darle el seno*	13 (100)	139 (81.3)	81 (81)
Darle fórmula	0 (0)	26 (15.2)	13 (13)
No sé	0 (0)	5 (2.9)	6 (6)
En blanco	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)
¿Qué significa "seno solo seno" o lactancia materna exclusiva?			
Alimentar al bebé con leche del seno y nada más*	13 (100)	156 (91.2)	94 (94)
Alimentar al bebé con leche del seno y completar con agua	0 (0)	4 (2.3)	1 (1)
Alimentar al bebé con leche del seno y completar con fórmula	0 (0)	3 (1.8)	2 (2)

**Tabla 1.** Conocimientos de las acompañantes comunitarias, embarazadas y púerperas sobre la lactancia materna en el contexto de la COVID-19 en el Área IV de Salud (Continuación)

Alimentar al bebé con leche del seno y otros líquidos como té o agua de arroz o sólidos como arroz y habichuelas	0 (0)	3 (1.8)	1 (1)
No sé	0 (0)	4 (2.3)	2 (2)
En blanco	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)
¿Por cuánto tiempo se recomienda que el bebé reciba "seno solo seno", es decir, que reciba únicamente leche del seno y nada más?			
4 meses continuos	0 (0)	7 (4.1)	3 (3)
2 meses continuos	0 (0)	2 (1.2)	1 (1)
6 meses continuos*	11 (84.6)	137 (80.1)	78 (78)
2 años continuos	1 (7.7)	21 (12.3)	15 (15)
No sé	1 (7.7)	1 (0.6)	1 (1)
En blanco	0 (0)	3 (1.8)	2 (2)
¿Los centros de salud o programas de salud pueden aceptar latas o potes de fórmula para regalar a las púerperas que tengan COVID-19?			
Sí	1 (7.7)		
No	11 (84.6)		
No sé	1 (7.7)		
En blanco	0 (0)		
<b>*Respuesta correcta</b>			
<b>**Puede marcar más de una opción, todas son correctas</b>			

**Fuente:** elaboración propia a partir de los datos del estudio.

Todas acertaron que una madre infectada puede amamantar, incluso de forma directa, utilizando medidas de mitigación de riesgos como la higienización de las manos, el uso de mascarilla, el cubrirse la boca y la nariz antes de estornudar y toser y la desinfección de utensilios para la alimentación. Un 84.6% respondió que el uso de mascarillas de tela es una alternativa adecuada en caso de no poseer mascarillas desechables. La mayoría reportó que la madre debe higienizarse las mamas antes y después de cada alimentación.

Sobre las alternativas a la lactancia directa en caso de separación obligatoria de la madre y el lactante, el 100% consideró la extracción. Una menor cantidad refirió como válidas las opciones de recibir donaciones de un banco de leche (53.8%, n=7), asistencia de una madre nodriza (61.5%, n=8) y alimentación con fórmula (23.1%, n=3).

El 100% (n=13) reportó que es posible restablecer la lactancia luego de padecer la infección, en caso de esta verse interrumpida.

La totalidad de las acompañantes aseguraron que las embarazadas y púerperas pueden vacunarse contra COVID-19. Además, 92.43 (n=12) reconocen que los anticuerpos obtenidos pueden beneficiar al lactante. El 100% (n=13) afirma que la lactancia es la forma óptima de alimentar a lactantes que padezcan la infección y conoce el significado y la recomendación de lactancia exclusiva. Un 84.6% (n=11) de las acompañantes niega que los centros de salud puedan aceptar sucedáneos de la leche materna para su distribución.

### Conocimientos de las embarazadas y puérperas

El 44% de las embarazadas y puérperas niega o desconoce si una mujer infectada puede amamantar. Una proporción mayor afirma que el virus puede transmitirse a través de la leche materna o desconoce la información. Asimismo, las entrevistadas rechazan que la leche materna proveniente de una madre infectada sea segura para el lactante. En ambos grupos, el 31% reporta que de presentar una infección por SARS-CoV-2, la madre no debe ofrecer leche materna en ninguna circunstancia o en su defecto, esta debe de ser suministrada a través de la extracción, no directamente. En este contexto, más del 51% consideró como necesario el ofrecer fórmula además de leche materna y aproximadamente un 40% afirmó que la fórmula es más segura que la leche materna (Tabla 1).

Entre el 80% y 100% de las embarazadas y puérperas coincidieron en el lavado de manos, uso de mascarilla desechable o de tela, cubrirse la boca y nariz antes de estornudar o toser y la desinfección de utensilios, como medidas de protección al amamantar con una infección por SARS-CoV-2.

Sobre las alternativas de alimentación del lactante en caso de separación obligatoria de la madre, cerca

de la mitad de las embarazadas y puérperas reportó la extracción de leche materna y el uso de fórmula. La donación por parte de un banco de leche o el uso de una madre nodriza fueron opciones señaladas en menores frecuencias. Más del 35% de las entrevistadas en ambos grupos considera imposible o desconoce si es posible reestablecer la lactancia luego de abandonarla debido a la infección por SARS-CoV-2.

Más del 65% de las embarazadas y el 71% de las puérperas afirma que una mujer en periodo de gestación o lactancia puede vacunarse, y sobre el 66.1% y 75% respectivamente, reporta que la madre recién vacunada que amamante provee anticuerpos al lactante. De las entrevistadas, 81% considera que la forma óptima de alimentación de un lactante con COVID-19 es la leche materna. Sobre el 91% conoce el significado y la recomendación de lactancia exclusiva.

### Actitudes de las acompañantes comunitarias

El 100% (n=13) de las respuestas de las acompañantes comunitarias a ítems de actitudes sobre lactancia, vacunación y COVID-19, fueron favorables (Tabla 2).

**Tabla 2.** Actitudes de las acompañantes comunitarias, embarazadas y puérperas sobre la lactancia materna en el contexto de la COVID-19 en el Área IV de Salud

Tabla 2. Actitudes	Acompañantes comunitarias (n=13)	Embarazadas (n=171)	Puérperas (n=100)
	No. (%)	No. (%)	No. (%)
Acompañante Comunitaria (AC): A una mujer que tenga COVID, ¿le recomendaría iniciar o seguir dando el seno?			
Embarazada o Puérpera (EP): De tener COVID, ¿daría el seno?			
Sí*	13 (100)	100 (58.5)	64 (64)
No	0 (0)	67 (39.2)	36 (36)
En blanco	0 (0)	4 (2.3)	0 (0)
AC: A una embarazada o mujer dando el seno ¿le recomendaría vacunarse contra COVID?			
EP: ¿Se vacunaría contra COVID estando embarazada o dando el seno?			
Sí*	13 (100)	97 (56.7)	63 (63)
No	0 (0)	70 (40.9)	37 (37)
En blanco	0 (0)	4 (2.3)	0 (0)
¿Qué cree que puede hacerle más daño al bebé: no darle el seno o que le de COVID?			
No darle el seno*	13 (100)	94 (55)	60 (60)
Que le de COVID	0 (0)	75 (43.9)	40 (40)

**Tabla 2.** Actitudes de las acompañantes comunitarias, embarazadas y puérperas sobre la lactancia materna en el contexto de la COVID-19 en el Área IV de Salud (Continuación)

En blanco	0 (0)	2 (1.2)	0 (0)
En un barrio donde hay mucho COVID, ¿crees que las madres deben dar el seno?			
Si*	13 (100)	126 (73.7)	81 (81)
No	0 (0)	41 (24)	18 (18)
En blanco	0 (0)	4 (2.3)	1 (1)
<b>*Actitudes favorables</b>			

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio.

*Actitudes de las embarazadas y puérperas*

El 58.5% (n=100) de las embarazadas y el 64% (n=64) de las puérperas afirma que amamantaría en caso de padecer COVID-19. Un 40.9% (n=70) de las embarazadas y 37% (n=37) de las puérperas reporta que no se vacunaría contra la COVID-19 estando embarazada o en etapa de lactancia. Cerca del 40% de las entrevistadas en ambos grupos afirman que los riesgos de una infección en el lactante son mayores que los riesgos de no amamantar. Asimismo,

aproximadamente el 20% considera que, en un sector con alta prevalencia de infección, las madres no deben amamantar (Tabla 2).

*Prácticas de las acompañantes comunitarias*

La totalidad de las acompañantes reporta haber aconsejado a embarazadas y puérperas sobre la lactancia en el contexto de una infección por SARS-CoV-2 (Tabla 3).

**Tabla 3.** Prácticas de las acompañantes comunitarias, embarazadas y puérperas sobre la lactancia materna en el contexto de la COVID-19 en el Área IV de Salud

Tabla 3. Prácticas	Acompañantes comunitarias (n=13)	Embarazadas (n=171)	Puérperas (n=100)
	No. (%)	No. (%)	No. (%)
¿Alguna vez ha aconsejado a una embarazada o puérpera sobre lo que debe hacer si le da COVID mientras está dando el seno?			
Si*	13 (100)		
No	0 (0)		
En blanco	0 (0)		
¿Se vacunó contra la COVID-19?			
Si, una dosis*		23 (13.5)	7 (7)
Si, dos dosis*		20 (11.7)	16 (16)
Si, tres dosis*		0 (0)	0 (0)
No me he vacunado		124 (72.5)	77 (77)
En blanco		4 (2.3)	0 (0)
Si se vacunó contra la COVID-19, ¿cuándo lo hizo?			
Antes de estar embarazada		20 (11.7)	3 (3)

**Tabla 3.** Prácticas de las acompañantes comunitarias, embarazadas y puérperas sobre la lactancia materna en el contexto de la COVID-19 en el Área IV de Salud (Continuación)

Estando embarazada	23 (13.5)	4 (4)
Luego de dar a luz	0 (0)	16 (16)
No me he vacunado	124 (72.5)	77 (77)
En blanco	4 (2.3)	0 (0)
Si se vacunó contra la COVID-19, ¿qué la llevó a vacunarse?*		
Lo escuché en la televisión, radio o internet	19 (11.1)	9 (9)
Un familiar o amigo me dijo que me vacunara	14 (8.2)	9 (9)
Yo misma quise vacunarme	23 (13.5)	16 (16)
En mi barrio hicieron campañas de vacunación	9 (5.3)	8 (8)
Vinieron a buscarme a mi casa para vacunarme	6 (3.5)	4 (4)
Mi médico me dijo que me vacunara	14 (8.2)	9 (9)
Mi acompañante comunitaria me dijo que me vacunara	17 (9.9)	10 (10)
No me he vacunado	124 (72.5)	75 (75)
Otro	5 (2.9)	2 (2)
En blanco	3 (1.8)	2 (2)
Si NO se vacunó contra la COVID-19, ¿por qué no lo ha hecho?*		
Tengo miedo de lo que pueda hacerme la vacuna durante el embarazo o mientras doy el seno	81 (47.4)	51 (51)
No he tenido tiempo	11 (6.4)	6 (6)
No conozco ningún centro de vacunación o me es complicado ir a uno	2 (1.2)	2 (2)
Ya yo me vacuné*	44 (25.7)	23 (23)
Otro	39 (22.8)	22 (22)
En blanco	4 (2.3)	3 (3)
En el día de ayer, ¿qué le dio de comer a su bebé?*		
Le di leche materna*		69 (69)
Le di fórmula		49 (49)

**Tabla 3.** Prácticas de las acompañantes comunitarias, embarazadas y puérperas sobre la lactancia materna en el contexto de la COVID-19 en el Área IV de Salud (Continuación)

Le di líquidos (como agua, jugo, té)	12 (12)
Le di comida sólida (como arroz), semisólida o suave (como purés o papillas)	11 (11)
En blanco	2 (2)
Si le dio COVID mientras daba el seno, ¿siguió dando el seno estando positiva al virus?	
Sí, le di el seno mientras estuve positiva al virus*	2 (2)
No, dejé el seno mientras estuve positiva al virus	0 (0)
Yo nunca di el seno al bebé o lo dejé antes de que me diera COVID	2 (2)
No me ha dado COVID	94 (94)
En blanco	2 (2)
Si dio el seno a su bebé mientras estuvo positiva al COVID, ¿tomó alguna medida de higiene?*	
Me lavaba las manos con agua y con jabón antes de tocar al bebé*	2 (2)
Me desinfectaba las manos con alcohol antes de tocar al bebé*	2 (2)
Usaba mascarilla mientras daba el seno*	2 (2)
Me cubría la boca y la nariz con un pañuelo al estornudar o toser*	2 (2)
Desinfectaba las cosas que usaba para alimentar al bebé (ej. biberón, tetera, extractor)*	2 (2)
Me lavaba los senos antes de dar el seno o antes de sacarme la leche*	2 (2)
No me ha dado COVID	95 (95)
En blanco	3 (3)
*Prácticas favorables	
**Puede marcar más de una opción	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del estudio.

### Prácticas de las embarazadas y puérperas

El 72.5% (n=124) de las embarazadas y el 77% (n=77) de las puérperas no se ha vacunado contra COVID-19. Entre las embarazadas vacunadas, números equivalentes se colocaron la vacuna antes o durante el embarazo, y en las puérperas vacunadas, números equivalentes se colocaron la vacuna antes o

durante el embarazo, y en las puérperas vacunadas, la mayoría lo hizo luego de finalizar el embarazo. Las motivaciones más frecuentes para vacunarse fueron la decisión personal, la recomendación de la acompañante, médico, familiares o amigos y las campañas de vacunación. Un 47.4% (n=81) de las embarazadas y un 51% (n=51) de las puérperas

reporta no haberse vacunado por temor a posibles efectos secundarios de la vacuna. El 22% de las entrevistadas reportó otras motivaciones a no vacunarse, siendo las más frecuentes la falta de recomendación, rechazo o no autorización por parte del personal de salud o de su pareja. Las dos púerperas que padecieron de COVID-19 durante el parto, amamantaron a sus lactantes y siguieron las medidas de protección recomendadas (Tabla 3).

### *Formas de alimentación*

La muestra estudiada comprendió 77 lactantes menores de seis meses. Entre estos, 46.8% (n=36) recibió leche materna como único alimento. El 32.5% (n=25) recibió una alimentación mixta, mayormente compuesta por leche materna y fórmula, y en menor proporción otros sólidos (ej. puré de papa, harinas o huevo) y líquidos (ej. agua, té y jugos). Un 20.8% (n=16) recibió únicamente fórmula.

## **DISCUSIÓN**

Este estudio evaluó los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia en el contexto de la COVID-19 de las acompañantes comunitarias, embarazadas y púerperas pertenecientes al Programa de Acompañamiento Comunitario en la DAS-IV. Las acompañantes entrevistadas mostraron altos niveles de conocimientos sobre las recomendaciones y medidas de precaución. Además, se evidenciaron excelentes actitudes y prácticas en relación con la lactancia durante la pandemia, incluyendo las recomendaciones sobre la lactancia exclusiva y la vacunación en gestantes y madres lactantes. Estos resultados difieren de los reportados por Obeidat et al., quienes documentaron que solo el 34% del personal de salud creía que una mujer con COVID-19 podía amamantar a su bebé de forma segura, mientras que el 34.1% consideraba que lo aconsejable era no hacerlo (11), lo cual contradice las recomendaciones internacionales. Asimismo, los resultados de este estudio difieren del estudio realizado por Sahoo et al. en trabajadores comunitarios, donde solo el 44.1% de los participantes sabía que el COVID-19 no se transmite a través de la lactancia materna (8). Otros estudios, como el de Malik et al. (9), también reportan un considerable desconocimiento y opiniones desfavorables en el personal de salud.

Únicamente la mitad de las embarazadas y púerperas reportó haber recibido información sobre lactancia materna en el contexto de la pandemia, siendo la fuente de información más frecuente la acompañante comunitaria. Este dato está respaldado por la literatura, que señala que la consejería en lactancia materna y el apoyo social durante la pandemia se vieron negativamente afectados por el confinamiento (10).

Las entrevistas a las embarazadas y púerperas revelaron un gran desconocimiento sobre la seguridad de amamantar en una mujer con infección por SARS-CoV-2. Esto es similar a lo encontrado en el estudio de Yassa et al., donde se observó que la mitad de las mujeres encuestadas creía que no era seguro amamantar durante la pandemia o no estaba segura al respecto (7).

En el caso de las embarazadas y púerperas, aunque más de la mitad consideró que la leche materna es segura en el contexto de una infección por COVID-19, un número significativo expresó desconocimiento o afirmó que la fórmula era la opción más adecuada. Además, se consideró poco probable reestablecer la lactancia si esta se suspendía debido a la enfermedad. No obstante, a pesar del desconocimiento, cerca de la totalidad de las embarazadas y púerperas están al tanto de las medidas de precaución que debe implementar una madre infectada en caso de decidir amamantar. Asimismo, al indagar sobre las actitudes, un número importante reportó que ofrecería leche materna si padeciera COVID-19, lo cual se reflejó en las prácticas de las madres que ya habían experimentado esta situación.

En relación con la vacunación contra COVID-19 en embarazadas y púerperas, la mayoría coincidió en conocer que ambos grupos pueden vacunarse. Más de un tercio reportó que no lo haría durante la gestación o la lactancia, y esta actitud se reflejó en las prácticas, reportando que más de dos tercios no se había vacunado al momento de la entrevista, siendo la razón principal el temor a consecuencias que entienden pudieran resultar y por el rechazo a la medida por parte del personal de salud o la pareja. Aquellas que sí se vacunaron, reportaron haberlo hecho por decisión personal y por las exhortaciones de su acompañante comunitaria y médico. Corroborando los resultados de este estudio, un análisis realizado por Schaal et al. en 2021, reveló que el 57.4% de las embarazadas se oponían a recibir la vacuna, mientras que el 28.8% estaba indecisa. El rechazo fue menor, aunque aún significativo, en las púerperas encuestadas por Schaal. Al igual que en el presente estudio, uno de los motivos importantes para el rechazo a la vacunación fue el temor a que el feto o el lactante pudiera verse afectado negativamente (22).

Las embarazadas y púerperas conocen las recomendaciones y duración de la lactancia materna exclusiva, pero en la práctica solo la mitad reportó alimentar al lactante menor de seis meses únicamente con leche materna. Aunque aún hay margen para mejorar, este resultado es mucho más alentador en comparación con la prevalencia de lactancia materna exclusiva a nivel nacional en la República Dominicana, que fue estimada en un 16% en 2019 (15).

Al evaluar las alternativas a la lactancia directa en caso de separación obligatoria del lactante y la madre, la opción más señalada tanto por las acompañantes como por las embarazadas y puérperas fue la extracción. La fórmula como alternativa fue mencionada en mayor frecuencia por las embarazadas y puérperas que por las acompañantes. Durante las entrevistas, estas últimas se mostraron reacias a recomendar la alimentación con fórmula, aun en situaciones como una separación forzosa debido a enfermedad.

Reconociendo que los conocimientos, actitudes y prácticas de la población tienen un impacto en la implementación exitosa de intervenciones, se evidencia la relevancia de esta investigación. Los resultados, incluyendo los conceptos errados y otros factores que potencialmente obstaculizan el desarrollo de acciones a favor de la lactancia, pueden ser útiles para los tomadores de decisiones en el Programa de Acompañamiento Comunitario. Debido a las similitudes de los sectores pertenecientes al programa, se prevé la posibilidad de generalización de los resultados obtenidos a los sectores dentro de otras áreas. No obstante, es preciso considerar la ardua labor de los coordinadores del Programa en la DAS-IV y evaluar si las otras áreas cuentan con programas tan robustos. Estos hallazgos servirán también de punto de referencia para futuros estudios en relación con la lactancia materna en el país, tanto dentro como fuera del contexto de la COVID-19.

Este tipo de estudio está limitado por las desventajas propias de estudios transversales, como el sesgo de respuesta y de entrevista. Para prevenir sesgos por parte de las entrevistadoras, estas participaron en una capacitación para estandarizar sus preguntas y respuestas, de manera que se pudiese evitar la realización de preguntas inductivas. Es importante aclarar que este estudio solo permitió evaluar el conocimiento y valoración de las prácticas, mas no la ejecución de estas en el día a día, pues esto requeriría una observación continua. Consecuentemente, es importante considerar la posibilidad de que las prácticas sean aún menos favorables de lo reportado. A pesar de estas limitaciones, este estudio permite evaluar a gran escala, de forma simple, rápida y relativamente económica, la situación de la población, lo que facilita el diseño e implementación de intervenciones ajustadas a las necesidades reales de los sujetos. Además, permitirá en un futuro evaluar el impacto de las intervenciones.

## CONCLUSIONES

Los hallazgos de este estudio aportan evidencia relevante sobre los conocimientos, actitudes y

prácticas en torno a la lactancia materna durante la pandemia de COVID-19 en el contexto del Programa de Acompañamiento Comunitario en la DAS-IV. Las acompañantes demostraron conocimientos, actitudes y prácticas favorables. En embarazadas y puérperas, se observó desconocimiento. A pesar de conocer las recomendaciones de vacunación, las actitudes y prácticas fueron desfavorables.

Se recomienda a la coordinación del Programa de Acompañamiento en la DAS-IV continuar fortaleciendo la capacitación y motivación de las acompañantes comunitarias, así como instruir las sobre alternativas de alimentación cuando la lactancia directa no sea posible. A su vez, se sugiere que las acompañantes continúen promoviendo la lactancia materna y la vacunación contra COVID-19 entre embarazadas, puérperas y sus redes de apoyo, y que identifiquen las barreras que limitan la práctica efectiva de la lactancia exclusiva. Por otro lado, se alienta a la DAS-IV y al Programa Materno Infantil del MISPAS a organizar espacios de formación para el personal de salud, especialmente gineco-obstetras, y a socializar la evidencia disponible sobre la vacunación en este grupo poblacional. Finalmente, se propone reconocer el modelo de gestión desarrollado en la DAS-IV e impulsar la expansión del Programa de Acompañamiento a otros sectores vulnerables de la provincia y del país.

## FINANCIAMIENTO

Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; African Field Epidemiology Network (AFENET).

## AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen el apoyo brindado por las acompañantes comunitarias del Programa de Acompañamiento del Área de Salud IV Distrito Nacional durante el desarrollo de esta investigación. También se reconoce el aporte de las Dras. Martha Nina y Clavel Sánchez, y los Dres. José De Lancer y Nelson Martínez durante el proceso de revisión y retroalimentación del trabajo de investigación.

## CONTRIBUCIONES DEL AUTOR

E.H.L., P.G. y M.M.O. participaron en la concepción y diseño del trabajo. La recopilación de datos fue realizada por E.H.L. y M.M.O., mientras que el análisis e interpretación de los datos estuvo a cargo de E.H.L., M.A.B., M.F.D.S. y S.C. La redacción del manuscrito fue responsabilidad de E.H.L., M.M.O. y M.G., y su revisión fue realizada por E.H.L., P.G., M.A.B., M.G., M.F.D.S. y S.C. Las capacitaciones fueron coordinadas por E.H.L. y M.A.B., y la gestión de asesorías de expertos estuvo a cargo de P.G.

## DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Esta propuesta fue financiada por las mini-subvenciones para investigaciones de COVID-19 de la Dirección de Epidemiología, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la African Field Epidemiology Network (AFENET). El financiador no tuvo ningún papel en el diseño del estudio, recopilación, análisis e interpretación de datos, redacción del artículo y/o decisión de someterlo a la revista para su publicación.

La autora E.H.L. forma parte del equipo editorial de la Revista Dominicana de Salud Pública. No participó en ninguna etapa del proceso editorial ni en la toma de decisiones relacionadas con este manuscrito.

## DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Las conclusiones expresadas en este artículo son exclusiva responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la posición institucional de la Revista Dominicana de Salud Pública, o del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2010. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241597494>
2. Organización Mundial de la Salud, UNICEF. Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre lactancia materna [Internet]. 2017. Disponible en: [https://apps.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025\\_policybrief\\_breastfeeding/es/index.html](https://apps.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/es/index.html)
3. World Health Organization. Breastfeeding and COVID-19 Scientific Brief [Internet]. 2020 [citado el 8 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/breastfeeding-and-covid-19>
4. Hirani SAA, Pearce M, Lanoway A. Knowledge mobilization tool to promote, protect, and support breastfeeding during COVID-19. *Can J Public Health*. 2021.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Care for Breastfeeding People [Internet]. 2020 [citado el 7 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/care-for-breastfeeding-women.html>
6. Vassilopoulou E, Feketea G, Koumbi L, Mesari C, Berghea EC, Konstantinou GN. Breastfeeding and COVID-19: From Nutrition to Immunity. *Front Immunol*. 2021;12:661806.
7. Yassa M, Birol P, Yirmibes C, Usta C, Haydar A, Yassa A, et al. Near-term pregnant women's attitude toward, concern about and knowledge of the COVID-19 pandemic. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2020;33(22):3827–34.
8. Sahoo S, Pattnaik JI, Mehra A, Nehra R, Padhy SK, Grover S. Beliefs related to sexual intimacy, pregnancy and breastfeeding in the public during COVID-19 era: a web-based survey from India. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2021;42(2):100–7.
9. Malik S, Joshi P, Gupta P, Sharma S. Assessment of knowledge and opinion regarding breastfeeding practices during COVID-19 pandemic among paediatricians and obstetricians in India: an online survey. *Sudan J Paediatr*. 2021;30–5.
10. Ceulemans M, Verbakel JY, Van Calsteren K, Eerdeken A, Allegaert K, Foulon V. SARS-CoV-2 Infections and Impact of the COVID-19 Pandemic in Pregnancy and Breastfeeding: Results from an Observational Study in Primary Care in Belgium. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18):6766.
11. Obeidat N, Saadeh R, Obeidat M, Khasawneh W, Khader Y, Alfaqih M. Perceptions of obstetricians and pediatricians about the risk of COVID-19 for pregnant women and newborns. *Int J Gynecol Obstet*. 2020;150(3):306–11.
12. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Global Breastfeeding Scorecard, 2019 [Internet]. Report No.: WHO/NMH/NHD/19.22. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326049/WHO-NMH-NHD-19.22-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Lanzalet ML, Olarte Rodríguez L, Yañez-Pagans P. Lactancia materna en peligro de extinción. Una llamada a iniciativas público-privadas en República Dominicana. Banco Interamericano de Desarrollo; 2018. Nota Técnica No. 14.
14. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. 2019 [citado el 9 de junio de 2021]. Exclusive breastfeeding under 6 months, data by country. Disponible en: <https://apps.who.int/gho/data/view.main.NUT1730>
15. Oficina Nacional de Estadística, Ministerio de Economía, UNICEF. Informe General ENHOGAR-MICS 2019 [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.unicef.org/dominicanrepublic/media/6931/file/Informe%20general%20ENHOGAR%20MICS%202019%20-%20Apendices%20-%20Publicacion.pdf>
16. Kristensen-Cabrera A, Perez-Then E, Miric M, Smith-Oka, V. Factors associated with the practice of breastfeeding for mothers in Santo Domingo, Dominican Republic. *Public Health Rev [Internet]*. 2019;2(2). Disponible en: <https://pubs.lib.umn.edu/index.php/phr/article/view/1620/1567>

17. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Alianza Nacional para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil - Documento Marco. [Internet]. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2019. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/1431>
18. UNICEF. Lactancia materna segura durante la pandemia de COVID-19. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/coronavirus/lactancia-materna-segura-durante-la-pandemia-covid19>
19. Organización Mundial de la Salud. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2009. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44156/9789243596662\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44156/9789243596662_spa.pdf?sequence=1)
20. Organización Mundial de la Salud. Preguntas Frecuentes: Lactancia materna y COVID-19 Para trabajadores de la salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2020. Disponible en: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/breastfeeding-covid-who-faqs-es-12may2020.pdf?sfvrsn=f1fd92c\\_8](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/breastfeeding-covid-who-faqs-es-12may2020.pdf?sfvrsn=f1fd92c_8)
21. Emanuel EJ, Wendler D, Killen J, Grady C. What Makes Clinical Research in Developing Countries Ethical? The Benchmarks of Ethical Research. *J Infect Dis.* 2004;189(5):930–7.
22. Schaal NK, Zöllkau J, Hepp P, Fehm T, Hagenbeck C. Pregnant and breastfeeding women's attitudes and fears regarding the COVID-19 vaccination. *Arch Gynecol Obstet.* 2022;306(2):365–72.

# VALORACIÓN DE LA PRESENCIA DEL DOLOR NEUROPÁTICO, FACTORES NUTRICIONALES Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES

*Assessment of neuropathic pain, nutritional factors, and quality of life in patients with diabetes*

Laura Filpo Mercado<sup>1</sup> ✉, Karla Salcedo Guillermo<sup>1</sup>, Darianny Corniel<sup>1</sup>, Gregory Castillo<sup>1</sup>, Heidy Reyes Sabater<sup>2</sup>

1. Programa de Nutrición y Dietética, Facultad de Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, Santiago, República Dominicana.
2. Comité de Investigación, Escuela de Ciencias Aplicadas a la Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, Santiago, República Dominicana.

Recibido: 12 enero 2024 | Aceptado: 30 de abril 2025 | Publicado: Diciembre de 2025

## RESUMEN

**Introducción.** La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica prevalente en la República Dominicana, asociada frecuentemente con complicaciones como el dolor neuropático, afectando la calidad de vida de los pacientes. Se dispone de escasa literatura que aborde la relación entre el estado nutricional, la presencia de dolor neuropático y la calidad de vida en esta población, limitando la implementación de estrategias de intervención efectivas y adaptadas al contexto nacional.

**Objetivo.** Este estudio tiene como objetivo evaluar la relación entre el estado nutricional, el dolor neuropático y la calidad de vida en pacientes con DM en la República Dominicana.

**Metodología.** Se realizó un estudio descriptivo, transversal, de fuente primaria, en 50 pacientes mayores de 18 años, diagnosticados con diabetes, atendidos en el Instituto de Diabetes de Santiago, República Dominicana. Se recolectaron datos sociodemográficos, antropométricos, nutricionales, de dolor neuropático (DN-4), actividad física (IPAQ) y calidad de vida (WHOQOL-BREF).

**Resultados.** La mayoría de los participantes fueron mujeres (66%), con un 80% presentando exceso de peso (sobrepeso y obesidad). El 42% de la muestra presentó dolor neuropático. Los hombres obtuvieron mejor puntaje de calidad de vida ( $288.53 \pm 58.49$ ) que las mujeres ( $255.27 \pm 50.34$ ). Un mayor consumo de carbohidratos se asoció positivamente con la calidad de vida ( $p < 0.05$ ). No se observó relación significativa entre el nivel de actividad física y la presencia de dolor neuropático.

**Conclusiones.** Se identificó un alto porcentaje de sobrepeso y dolor neuropático en la población estudiada. Los hombres reportaron mejor calidad de vida que las mujeres. El consumo de carbohidratos se asoció positivamente con la calidad de vida. Se recomienda fortalecer los programas de educación nutricional para mejorar el bienestar de las personas con DM y considerar enfoques diferenciados según sexo y sintomatología.

## Palabras clave

Neuropatías diabéticas; diabetes mellitus; complicaciones de la diabetes; calidad de vida; nutrición, alimentación y dieta; ejercicio físico

✉ Autor para correspondencia: LMF0002@ce.pucmm.edu.do

**Cómo citar:** Filpo Mercado L, Salcedo Guillermo K, Corniel D, Castillo G, Reyes Sabater H. Valoración de la presencia del dolor neuropático, factores nutricionales y calidad de vida en pacientes con diabetes. Revista Dominicana de Salud Pública [Internet]. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2025.

## ABSTRACT

**Introduction.** Diabetes Mellitus (DM) is a prevalent chronic disease in the Dominican Republic, frequently associated with complications such as neuropathic pain, which negatively impacts patients' quality of life. Limited literature addresses the relationship between nutritional status, the presence of neuropathic pain, and quality of life in this population, restricting the implementation of effective intervention strategies tailored to the national context.

**Objective.** This study aims to evaluate the relationship between nutritional status, neuropathic pain, and quality of life in patients with DM in the Dominican Republic.

**Methodology.** A descriptive, cross-sectional, primary-source study was conducted in 50 patients over 18 years of age, diagnosed with DM, treated at the Diabetes Institute in Santiago de Los Caballeros, Dominican Republic. Sociodemographic, anthropometric, nutritional, neuropathic pain (DN-4), physical activity (IPAQ), and quality of life (WHOQOL-BREF) data were collected.

**Results.** Most participants were women (66%), with 80% having excess body weight (overweight and obese). Forty-two percent of the samples presented neuropathic pain. Men had higher quality of life scores ( $288.53 \pm 58.49$ ) than women ( $255.27 \pm 50.34$ ). Higher carbohydrate consumption was positively associated with quality of life ( $p < 0.05$ ). No significant relationship was observed between physical activity level and the presence of neuropathic pain.

**Conclusions.** A high percentage of overweight and neuropathic pain was identified in the study population. Men reported better quality of life than women. Carbohydrate consumption was positively associated with quality of life. It is recommended to strengthen nutritional education programs to improve the well-being of people with DM, and consider differentiated approaches based on sex and symptoms.

## Keywords

Diabetic neuropathies; diabetes mellitus; diabetes complications; quality of life; nutrition, food, and diet; exercise

## LISTA DE ABREVIATURAS

**ANOVA:** Análisis de la Varianza

**DN-4:** Douleur Neuropathic 4

**ISAK:** International Society for the Advancement of Kinanthropometry

**IPAQ:** The International Physical Activity Questionnaire

**NDP:** Neuropatía Diabética Periférica

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**WHOQOL-BREF:** The World Health Organization Quality of Life – BREF

## INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre, resultado de defectos en la secreción o acción de la insulina (1). Factores como una alimentación inadecuada y el sedentarismo contribuyen significativamente al desarrollo y progresión de esta patología (2). A nivel mundial, la prevalencia de la diabetes ha aumentado de manera alarmante, afectando a más de 800 millones de adultos en 2022, en comparación con aproximadamente 200 millones en 1990 (3). Este incremento se atribuye en gran medida al aumento de la obesidad, la inactividad física y la adopción de

dietas poco saludables, especialmente en países de ingresos bajos y medianos, donde el acceso al tratamiento sigue siendo limitado (3-4). En la República Dominicana, la situación es igualmente preocupante. Según un estudio realizado en 10,549 personas en 2017, alrededor del 13.7% de la población dominicana padece diabetes, y un 9.3% presenta prediabetes (5).

Entre las complicaciones más comunes de la DM se encuentra la Neuropatía Diabética Periférica (NDP), y a nivel global se estima que el 50% de los pacientes con diabetes presentan esta complicación (6). Dentro de este grupo, una proporción significativa experimenta dolor neuropático, caracterizado por sensaciones de ardor, hormigueo y dolor punzante (7). Además, la NDP incrementa el riesgo de úlceras y amputaciones (8), incidiendo negativamente en la calidad de vida de los pacientes.

La calidad de vida en personas con diabetes se ve afectada no solo por las complicaciones físicas, sino también por el impacto emocional y social de la enfermedad. Estudios han demostrado que el manejo diario de la diabetes puede generar sentimientos de ansiedad, depresión y frustración, dificultando el autocuidado y el control glucémico (9-10). Además, factores como el estado nutricional y el nivel de actividad física influyen significativamente en la percepción de bienestar y en la evolución de la enfermedad (11).

En la República Dominicana, tanto como a nivel global, la prevalencia de la diabetes ha ido en aumento, pero existen pocas investigaciones que aborden la relación entre el estado nutricional, la presencia de dolor neuropático y la calidad de vida en esta población. La escasez de datos locales limita la implementación de estrategias de intervención efectivas y adaptadas al contexto nacional. Una investigación reciente (12), realizada en el Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición, Santo Domingo, evidenció la alta prevalencia de NDP entre los pacientes con DM, obteniendo un 76% utilizando el instrumento NerveCheck, y un 50% con el Test de Michigan (12); estos hallazgos resaltan la magnitud de este problema. Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo evaluar la relación entre el estado nutricional, el dolor neuropático y la calidad de vida en pacientes con DM en la República Dominicana, proporcionando información que pueda contribuir al desarrollo de programas de salud más efectivos y contextualizados.

## METODOLOGÍA

Se planteó un estudio descriptivo transversal de fuente primaria. La muestra estuvo conformada por 50 pacientes seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia en las áreas de espera del Instituto de Diabetes de Santiago, República Dominicana, durante el período de mayo a julio de 2023. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, contar con un diagnóstico confirmado de diabetes mellitus, asistir al Instituto de Diabetes de Santiago y otorgar consentimiento informado por escrito para participar en el estudio. No se excluyó a ningún participante.

El protocolo del estudio fue diseñado conforme a los principios éticos establecidos en el Informe de Belmont, respetando los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Se contó con aprobación del Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud (COBE-FACS) el 2 de mayo del año 2023. Por medio del consentimiento informado y explicación del equipo todos los participantes fueron informados detalladamente sobre los objetivos, procedimientos, beneficios y posibles riesgos del estudio, asegurando su comprensión y consentimiento voluntario.

Se empleó un cuestionario diseñado por los investigadores, el cual incorporó instrumentos validados internacionalmente (13-16) y fue compuesto por un total de 67 ítems distribuidos en distintas secciones. La primera sección incluyó variables sociodemográficas como edad, sexo, nivel educativo, ocupación y zona de residencia.

La evaluación del dolor neuropático se realizó mediante la versión corta del cuestionario DN-4 (14), compuesto por 7 ítems, validado para la detección de síntomas característicos de esta condición. El nivel de actividad física fue medido utilizando el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) (15), el cual estima el gasto energético semanal en METs/min/semana y clasifica a los participantes en niveles de actividad baja, moderada o alta. Los hábitos alimentarios y el estado nutricional fueron explorados a través de preguntas cerradas desarrolladas por los autores del estudio, enfocadas en la frecuencia de consumo de grupos alimentarios específicos (carbohidratos, carnes, vegetales, alcohol) y en los patrones generales de alimentación. La calidad de vida fue evaluada mediante el cuestionario WHOQOL-BREF (16), propuesto por la Organización Mundial de la Salud, que considera los dominios físico, psicológico, social y ambiental.

Las variables antropométricas medidas fueron: el peso corporal (kg), la estatura (cm), con los cuales se obtuvo el Índice de Masa Corporal (IMC, clasificado por categorías), también se midió la circunferencia de cintura y de cadera (cm), para calcular el Índice Cintura-Cadera (ICC, clasificado en categorías). La evaluación antropométrica se llevó a cabo conforme a los lineamientos de la International Society for the Advancement of Kinanthropometry (ISAK). Se utilizó una balanza digital (Camry Electronic Co., Ltd., Zhongshan, China) con una precisión de 0.1 lb para la medición del peso corporal y un tallmetro para la estatura (Seca 213, Seca GmbH & Co., Hamburg, Alemania). Las circunferencias de cintura y cadera fueron medidas utilizando una cinta métrica flexible. Estos parámetros permitieron establecer el estado nutricional y estimar el riesgo cardiovascular de los participantes.

Los datos recolectados fueron tabulados y verificados en el software Microsoft Excel (versión 2301 Build 16.0.16026.20002) y posteriormente analizados utilizando el programa estadístico PSPP (GNU PSPP 1.6.2-g78a33a). El análisis estadístico se realizó en dos fases. En la fase univariada, las variables cualitativas fueron descritas mediante frecuencias absolutas y relativas, mientras que las variables cuantitativas se presentaron a través de medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar). En la fase bivariada, se aplicaron diferentes pruebas estadísticas, como chi-cuadrado y análisis de la varianza (ANOVA) (distribución normal). La normalidad fue evaluada con la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Se estableció un nivel de significancia estadística de  $p < 0.05$  y un intervalo de confianza del 95% para todas las pruebas.

## RESULTADOS

La muestra estudiada estuvo conformada predominantemente por mujeres (66%), con un nivel educativo de básica incompleta (54%) y un 58% en la categoría de no empleados. Entre quienes trabajaban, el 24% desempeñaba ocupaciones de esfuerzo moderado (Tabla 1). El 42% de los participantes obtuvo un resultado positivo para

dolor neuropático, mientras que el 80% presentó exceso de peso según el IMC (42% con sobrepeso y 38% con obesidad). Además, el 34% mostró riesgo cardiovascular alto según el ICC, con mayor prevalencia en mujeres y a mayor edad ( $p < 0.05$ ).

**Tabla 1.** Características sociodemográficas y clínicas (n=50)

Variables	No. (%)
<b>Sexo</b>	
Masculino	17 (34)
Femenino	33 (66)
<b>Estado civil</b>	
Soltero (a)	13 (26)
Casado (a)	13 (26)
Unión libre	16 (32)
Separado/divorciado (a)	3 (6)
Viudo (a)	5 (10)
<b>Grado académico</b>	
Básica incompleta	27 (54)
Básica completa	12 (24)
Media incompleta	1 (2)
Media completa	6 (12)
Universitario incompleto	2 (4)
Universitario completo	2 (4)
<b>Residencia</b>	
Santo Domingo	1 (2)
Santiago	34 (68)
Puerto Plata	8 (16)
Valverde	2 (4)
La Vega	1 (2)
Dajabón	1 (2)

**Tabla 1.** Características sociodemográficas y clínicas (n=50) (Continuación)

Mao	2 (4)
La Vega	1 (2)
Dajabón	1 (2)
<b>Ocupación</b>	
No empleado	29 (58)
Empleado temporal	5 (10)
Empleado fijo	16 (32)
<b>Tipo de trabajo</b>	
No trabaja	29 (58)
Bajo esfuerzo	5 (10)
Moderado esfuerzo	12 (24)
Alto esfuerzo	4 (8)
<b>Desempleado, que realiza</b>	
No trabaja	28 (56)
Retirado	1 (2)
Servicios domésticos	21 (42)
<b>Nivel de actividad física</b>	
Nivel bajo de actividad física	30 (60)
Nivel moderado de actividad física	12 (24)
Nivel alto de actividad física	8 (16)
<b>Presencia del dolor neuropático</b>	
Positivo	21 (42)
Negativo	29 (58)
<b>Clasificación del IMC</b>	
Normopeso	10 (20)
Sobrepeso	21 (42)
Obesidad tipo I	12 (24)
Obesidad tipo II	3 (6)
Obesidad tipo III	4 (8)

**Tabla 1.** Características sociodemográficas y clínicas (n=50) (Continuación)

Clasificación del ICC	
Riesgo bajo	21 (42)
Riesgo moderado	12 (24)
Riesgo alto	17 (34)
<b>Total</b>	<b>50 (100)</b>

**Fuente:** elaboración propia a partir de los datos del estudio.

En relación con los hábitos asociados a la diabetes, el 56% de los participantes refirió recibir consejos nutricionales por parte del médico tratante, mientras que solo el 12% declaró haberlos recibido de un nutricionista. El 36% manifestó tener la costumbre de endulzar con azúcar, y el consumo

de bebidas alcohólicas fue reportado por el 22%. Solo el 4% refirió hábito de fumar. En cuanto a los tiempos de comida, la mayoría de los encuestados (56%) indicó comer entre tres y cuatro veces al día, seguido por un 38% que lo hace más de seis veces al día (Tabla 2).

**Tabla 2.** Descripción de los hábitos relacionados con la diabetes (n=50)

Variables	No. (%)
Recibe consejos nutricionales por parte del médico tratante	
Sí	28 (56)
No	22 (44)
Recibe consejos nutricionales por parte de un nutricionista	
Sí	6 (12)
No	44 (88)
Costumbre de endulzar con azúcar	
Sí	18 (36)
No	32 (64)
Consumo de bebidas alcohólicas	
Sí	11 (22)
No	39 (78)
Hábitos de fumar	
Sí	2 (4)
No	48 (96)

**Tabla 2.** Descripción de los hábitos relacionados con la diabetes (n=50) (Continuación)

Tiempos de comida	
Una – dos veces al día	2 (4)
Tres – cuatro veces al día	38 (76)
Cinco – seis veces al día	9 (18)
Más de seis veces al día	1 (2)
<b>Total</b>	<b>50 (100)</b>

**Fuente:** elaboración propia a partir de los datos del estudio.

El sexo masculino presentó una mejor calidad de vida, con un puntaje total promedio de  $288.53 \pm 58.49$ , en comparación con las mujeres, quienes registraron  $255.27 \pm 50.34$  ( $p > 0.05$ ). En los participantes con dolor neuropático, no se identificaron asociaciones significativas entre la calidad de vida y el consumo de carbohidratos ( $p = 0.081$ ), proteínas animales ( $p = 0.067$ ), alcohol ( $p = 0.396$ ) o vegetales ( $p = 0.269$ ). Sin embargo, en este grupo, el mayor puntaje de calidad de vida

(332 puntos) se observó en quienes consumían carbohidratos entre 4 y 6 veces por semana. Por el contrario, en el grupo sin dolor neuropático, el consumo de carbohidratos mostró una asociación significativa con la calidad de vida ( $p = 0.050$ ), destacando los puntajes más altos en quienes los consumían 4-6 veces por semana (360 puntos) y en aquellos que no los consumían (321 puntos) (Tabla 3).

**Tabla 3.** Asociación entre la presencia del dolor neuropático y el puntaje total de la calidad de vida de acuerdo con la frecuencia de consumo de alimentos (n=50)

Presencia de dolor neuropático	Frecuencia de consumo	Calidad de vida (puntaje total) Media $\pm$ DE	
	Menos de una vez a la semana	141 $\pm$ 13	
	Una a tres veces a la semana	235 $\pm$ 59	
	Cuatro a seis veces a la semana	332 $\pm$ 0	
	Consumo de alimentos ricos en carbohidratos	Una vez al día	236 $\pm$ 45
	Todos los días	278 $\pm$ 71	
	Total	243 $\pm$ 68	
	p = 0.081		
Positivo	Menos de una vez a la semana	185 $\pm$ 75	
	Una a tres veces a la semana	226 $\pm$ 79	
	Consumo de alimentos proteicos de origen animal	Una vez al día	194 $\pm$ 54
	Todos los días	283 $\pm$ 39	

**Tabla 3.** Asociación entre la presencia del dolor neuropático y el puntaje total de la calidad de vida de acuerdo con la frecuencia de consumo de alimentos (n=50) (Continuación)

		Total	243 ± 68
		p = 0.067	
		Nunca	236 ± 66
		Menos de una vez a la semana	265 ± 86
	Consumo de alcohol	Una a tres veces a la semana	276 ± 0
		Total	243 ± 68
		p = 0.396	
		Nunca	238 ± 0
		Menos de una vez a la semana	310 ± 66
		Una a tres veces a la semana	197 ± 90
	Consumo de vegetales	Una vez al día	263 ± 1
		Todos los días	247 ± 62
		Total	243 ± 68
		p = 0.269	
		Nunca	321 ± 9
		Menos de una vez a la semana	287 ± 14
		Una a tres veces a la semana	263 ± 44
	Consumo de alimentos ricos en carbohidratos	Cuatro a seis veces a la semana	360 ± 30
		Una vez al día	294 ± 35
		Todos los días	268 ± 40
		Total	284 ± 42
		p =0.050	
<b>Negativo</b>	Consumo de alimentos proteicos de origen animal	Nunca	310 ± 13
		Menos de una vez a la semana	296 ± 25
		Una a tres veces a la semana	277 ± 39

**Tabla 3.** Asociación entre la presencia del dolor neuropático y el puntaje total de la calidad de vida de acuerdo con la frecuencia de consumo de alimentos (n=50) (Continuación)

	Una vez al día	231 ± 0
	Todos los días	286 ± 73
	Total	284 ± 42
	p =0.657	
	Nunca	274 ± 40
	Menos de una vez a la semana	320 ± 38
Consumo de alcohol	Una a tres veces a la semana	275 ± 0
	Total	284 ± 42
	p =0.084	
	Menos de una vez a la semana	252 ± 31
	Una a tres veces a la semana	286 ± 49
	Cuatro a seis veces a la semana	315 ± 23
Consumo de vegetales	Una vez al día	296 ± 21
	Todos los días	278 ± 37
	Total	284 ± 42
	p =0.098	

**Fuente:** elaboración propia a partir de los datos del estudio.

No se encontró una relación significativa entre el nivel de actividad física, evaluado mediante el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), y la presencia de dolor neuropático

(p = 0,645) (Tabla 4). El 60% de la muestra se clasificó con un nivel bajo de actividad física, sin diferencias relevantes entre quienes presentaban o no dolor neuropático.

**Tabla 4.** Contraste entre el nivel de actividad física con la clasificación del dolor neuropático

Nivel de actividad física	Positivo No. (%)	Negativo No. (%)	Total No. (%)
Bajo	11 (22)	19 (38)	30 (60)
Moderado	6 (12)	6 (12)	12 (24)
Alto	4 (8)	4 (8)	8 (16)
<b>Total</b>	<b>21 (42)</b>	<b>29 (58)</b>	<b>50 (100)</b>

**Fuente:** elaboración propia a partir de los datos del estudio.

**Nota:** p = 0.645

## DISCUSIÓN

En esta investigación, el 42% de los participantes presentó sobrepeso y 38% algún grado de obesidad, asociado a un consumo elevado de carbohidratos (34%) y una baja ingesta de frutas (28%). Estos datos coinciden con estudios previos que vinculan patrones dietéticos altos en carbohidratos refinados y bajos en fibra (proveniente de frutas y vegetales) con un mayor índice de masa corporal (IMC) y riesgo cardiovascular en Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) (18). Específicamente, una alimentación adecuada para reducir dicho riesgo debería priorizar vegetales frescos, frutas con bajo índice glucémico y carbohidratos complejos, tal como recomienda la American Diabetes Association (ADA) en sus guías de 2023 (19). Aunque el 30% de los participantes reportó consumo diario de vegetales —asociado a un 42% de bajo riesgo cardiovascular según el Índice Cintura-Cadera (ICC)—, el 58% de la muestra mostró un riesgo cardiovascular moderado-alto. Esto subraya la necesidad de intervenciones nutricionales personalizadas, enfocadas no solo en la cantidad, sino en la calidad de los macronutrientes para mitigar comorbilidades (20).

El 42% de los participantes reportó dolor neuropático, una prevalencia superior a la observada en estudios como el de Öggiam et al. (21) (23%), pero con una media de tiempo desde el diagnóstico similar (11 años vs. 12 años). Esta divergencia podría explicarse por diferencias metodológicas, como el uso del cuestionario DN-4, validado para detectar síntomas subclínicos, o variaciones poblacionales en el acceso a controles glucémicos tempranos. Investigaciones recientes respaldan que la neuropatía diabética se manifiesta clínicamente después de la primera década de diagnóstico, aunque su progresión está modulada por factores como la hiperglucemia sostenida y el estrés oxidativo (8). Estos hallazgos refuerzan la importancia del monitoreo en pacientes con DM2, incluso antes de la aparición de síntomas evidentes.

El 60% de la muestra presentó un nivel de actividad física bajo según el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), sin asociación estadística con la presencia de dolor neuropático ( $p>0.05$ ). Este resultado contrasta con estudios piloto que reportan mejoras en la interferencia del dolor tras programas de ejercicio aeróbico moderado, como caminata supervisada (22). Sin embargo, coinciden con revisiones sistemáticas que señalan que, aunque el ejercicio mejora la calidad de vida y la función física en personas con DM, su impacto directo en la intensidad del dolor neuropático es limitado (23). Una posible explicación es que la inactividad física en esta población podría ser tanto causa como consecuencia del dolor, creando un ciclo difícil de romper sin intervenciones multifactoriales (24).

Entre las limitaciones de este estudio, el diseño transversal impide establecer causalidad y la baja representabilidad de la muestra, debido a un muestreo no probabilístico, no permite la generalización de los resultados. Además, aunque se emplearon herramientas validadas (IPAQ, DN-4), no se exploró el impacto psicológico de las restricciones dietéticas, un factor crítico en la adherencia a tratamientos. Recomendamos que futuros estudios integren enfoques longitudinales y evalúen cómo intervenciones combinadas (nutrición, ejercicio y soporte emocional) modulan tanto parámetros metabólicos como síntomas neuropáticos.

## CONCLUSIONES

Este estudio evaluó la relación entre el estado nutricional, el dolor neuropático y la calidad de vida en pacientes con DM en la República Dominicana. Se identificó una asociación positiva entre el consumo de carbohidratos y la calidad de vida en quienes no presentaban dolor neuropático, mientras que no se halló relación entre actividad física y dolor. Ante la alta prevalencia de sobrepeso, hábitos alimenticios inadecuados y la inactividad física en pacientes con DM2 y sus potenciales efectos acumulativos en el riesgo cardiovascular y la progresión de complicaciones como el dolor neuropático, se recomienda fomentar un abordaje interdisciplinario, incorporar nutricionistas en equipos de salud y estandarizar herramientas validadas para optimizar el manejo de la DM2 en contextos clínicos.

## FINANCIAMIENTO

Sin financiamiento externo.

## CONTRIBUCIONES DEL AUTOR

Los autores L.F.M., K.S.G., D.C. y G.C. trabajaron equitativamente en la concepción y diseño del trabajo; recopilación, análisis e interpretación de datos; y redacción del manuscrito. La autora H.R.S. asesoró la metodología del estudio y aportó en la validación de los datos analizados, supervisión de cada fase de la investigación y revisión del manuscrito.

## DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés relacionado con esta publicación.

## DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Las conclusiones expresadas en este artículo son exclusiva responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la posición institucional de la Revista Dominicana de Salud Pública, o del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

## REFERENCIAS

- Organización Panamericana de la Salud. Panorama de la diabetes en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2023 [citado 2025 abr 29]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57197>
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. 3. Prevention or Delay of Diabetes and Associated Comorbidities: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*. 2025 Jan 1;48(Suppl 1):S50–8. doi:10.2337/dc25-S003.
- Zhou B, Carrillo-Larco RM, Danaei G, Riley LM, Di Cesare M, Taddei C, et al. Worldwide trends in diabetes prevalence and treatment from 1990 to 2022: a pooled analysis of 1108 population-representative studies with 141 million participants. *Lancet*. 2024;404(10467):2077–93.
- Kovács N, Shahin B, Andrade CAS, Borges GM, Horváth C, Szabó KI, et al. Lifestyle and metabolic risk factors, and diabetes mellitus prevalence in European countries from three waves of the European Health Interview Survey. *Sci Rep*. 2024;14:11623. doi:10.1038/s41598-024-61221-y.
- Ibrahim A, Camilo A, Ruiz-Matuk CB, Cepeda J. Caracterización de la diabetes mellitus en la República Dominicana. En: *Ciencias de la salud: explorando el bienestar físico y mental* 3. p.54–75. septiembre de 2024. doi:10.22533/at.ed.2822417098.
- Sun, H. et al. IDF Diabetes Atlas: global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes Res. Clin. Pract.* 183, 109119 (2022).
- Feldman EL, Callaghan BC, Pop-Busui R, et al. Diabetic neuropathy. *Nat Rev Dis Primers*. 2019 Jun 13;5(1):42. doi: 10.1038/s41572-019-0097-9.
- Pop-Busui, R. et al. Diabetic neuropathy: a position statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 40, 136–154 (2017).
- Beléndez Vázquez M, Lorente Armendáriz I, Maderuelo Labrador M. Estrés emocional y calidad de vida en personas con diabetes y sus familiares [Emotional distress and quality of life in people with diabetes and their families]. *Gac Sanit*. 2015;29(4):300–3. doi: 10.1016/j.gaceta.2015.02.005.
- Donald M, Dower J, Coll JR, Baker P, Mukandi B, Doi SA. Mental health issues decrease diabetes-specific quality of life independent of glycaemic control and complications: findings from Australia's living with diabetes cohort study. *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11:170. doi:10.1186/1477-7525-11-170.
- Lee S, Lee D, Choun S. Determinants of high self-confidence in diabetes management among older diabetes patients. *Innovation in Aging*. 2017;1(suppl\_1):324-325. doi: [10.1093/geroni/gjx004.1196](https://doi.org/10.1093/geroni/gjx004.1196) [sequence=1&isAllowed=y](https://doi.org/10.1093/geroni/gjx004.1196)
- Morillo J, Encarnación R. Estudio comparativo del NerveCheck frente al Test de Michigan para el diagnóstico oportuno de Neuropatía Diabética en pacientes con Diabetes Mellitus que acuden a consulta de Neuropatía Diabética en el Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición del Periodo Noviembre 2022 - Abril 2023 [tesis]. Santo Domingo (DO): Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición (INDEN); 2023.
- Spallone V, Morganti R, D'Amato C, Greco C, Cacciotti L, Marfia GA. Validation of DN4 as a screening tool for neuropathic pain in painful diabetic polyneuropathy. *Diabet Med*. 2012 May;29(5):578-85. doi: 10.1111/j.1464-5491.2011.03500.x. PMID: 22023377.
- Hardt S, Bergau S, Jacques A, Tampin B. Short- and long-term test-retest reliability of the English version of the 7-item DN4 questionnaire – a screening tool for neuropathic pain. *Scandinavian Journal of Pain*. 2023;23(3):494-500. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2022-0149>
- Caravali-Meza NY, Bacardi-Gascón M, Armendariz-Anguiano AL, Jiménez-Cruz A. Validación del Cuestionario de Actividad Física del IPAQ en Adultos Mexicanos con Diabetes Tipo 2. *JONNPR*. 2016;1(3):93-99. DOI: 10.19230/jonpr.2016.1.3.1015
- López Huerta, J. A., González Romo, R. A., & Tejeda Tayabas, J. M. (2017). PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DE LA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHO QOL BREF EN UNA MUESTRA MEXICANA. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 44(2), 105–115. <https://doi.org/10.21865/ridep44.2.09>
- Sociedad Internacional para el Avance de la Cineantropometría. Normas Internacionales para la Valoración Antropométrica. 1st ed. Potchefstroom: ISAK; 2001.
- Rojas-Padilla I, Zambrano-Rios D, Matta-Miramar A. Evaluación de la influencia del estado nutricional en el control de Diabetes mellitus tipo 2. *Duazary*. 2020;17(2):10–9.
- American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care*. 2023;46(Supplement\_1):S1-S102.
- Ley SH, et al. Prevention and management of type 2 diabetes: dietary components and

## REFERENCIAS

- nutritional strategies. Lancet. 2014;383(9933):1999-2007.
21. Silva Oggaim D, Vallim Jorgetto J, Luiz Chinini G, Miyuki Kusahara , Antar Gamba M. Dolor por polineuropatía simétrica distal en la diabetes mellitus. Aquichan. 2021; 21(3). <https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.3.7>
  22. Min Yoo, MS et al., Estudio piloto de terapia de ejercicio en neuropatía diabética periférica dolorosa. Medicina del Dolor, 2015;16(8):1482–1489. <https://doi.org/10.1111/pme.12743>
  23. Kluding PM, et al. Exercise for neuropathic pain: a systematic review. Pain Physician. 2012;15(1):E1-E20.
  24. Singleton JR, et al. Exercise as a therapeutic strategy for diabetic neuropathy. Curr Diab Rep. 2015;15(12):120.

# GESTIÓN DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN EL CARIBE INSULAR

## *Management of the COVID-19 pandemic in the insular Caribbean*

José Selig Ripley<sup>1</sup>✉, Francisco Fernández<sup>1</sup>

1. Escuela de Salud Pública, Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), Santo Domingo, República Dominicana.

Recibido: 12 enero 2024 | Aceptado: 30 de abril 2025 | Publicado: Diciembre de 2025

### RESUMEN

**Introducción.** Los países del Caribe Insular enfrentaron una situación muy compleja: el desafío de controlar la frecuencia de los casos de COVID-19. La literatura disponible sobre el impacto conjunto de la vacunación y las medidas de control de la interacción social en el riesgo de enfermar era limitada.

**Objetivo.** Se evalúa la efectividad de estas acciones en el control de frecuencia casos de COVID-19, con el fin de aportar evidencia que oriente decisiones futuras.

**Metodología.** Estudio ecológico en el que se valoraron las acciones llevadas a cabo por los países y territorios del Caribe insular en la gestión de la pandemia del COVID-19, comparando cambios en los riesgos de enfermar. Se emplearon tres métricas: razón de densidad de incidencia (RDI), razón de riesgos (RR) y proporción de vacunados con una segunda dosis. La información se obtuvo de las bases de datos en línea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

**Resultados.** Tomando como referencia el riesgo calculado para la aplicación de cuatro medidas, la RDI fue de 3.6125 cuando se implementaron tres medidas y 9.9418 con dos medidas. Se observó que, al aplicar más medidas para el control del metabolismo social, menor fue el riesgo de enfermar. El RR entre países con alta cobertura de vacunación y los de cobertura media fue de 5.5037; entre los de alta y baja cobertura, fue de 12.1050.

**Conclusiones.** El comportamiento de los casos de COVID-19 en el Caribe, al final del periodo estudiado, refleja el efecto combinado de la cobertura de vacunación durante casi dos años y la inmunidad natural provocada por el pico de casos registrados a inicios de 2022. Ambos elementos contribuyeron al descenso de la frecuencia de casos observado posteriormente. Se recomienda fortalecer la preparación proactiva a este tipo de eventos de emergencia sanitaria.

### Palabras clave

COVID-19; vacunas contra la COVID-19; riesgo relativo; pandemias; capacidad de respuesta; región del Caribe

✉ Autor para correspondencia: jselig13@gmail.com

**Cómo citar:** Selig Ripley J, Fernández F. Gestión de la pandemia de COVID-19 en el Caribe Insular. Revista Dominicana de Salud Pública [Internet]. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2025.

## ABSTRACT

**Introduction.** The countries of the insular Caribbean faced a very complex situation: the challenge of controlling the frequency of COVID-19 cases. The available literature on the combined impact of vaccination and social interaction control measures on the risk of illness was limited.

**Objective.** The effectiveness of these actions in controlling the frequency of COVID-19 cases is evaluated to provide evidence to guide future decisions.

**Methodology.** An ecological study that assessed the actions carried out by the countries and territories of the insular Caribbean in managing the COVID-19 pandemic, comparing changes in the risks of illness. Three metrics were used: incidence density ratio (IDR), risk ratio (RR), and proportion of those vaccinated with a second dose. The information was obtained from the online databases of the World Health Organization (WHO) and the Pan American Health Organization (PAHO).

**Results.** Taking the calculated risk for the implementation of four measures as a reference, the RDI was 3.6125 when three measures were implemented and 9.9418 with two measures. It was observed that applying more measures to control social metabolism lowered the risk of illness. The RR between countries with high vaccination coverage and those with medium coverage was 5.5037; between those with high and low coverage, it was 12.1050.

**Conclusions.** The behavior of COVID-19 cases in the Caribbean at the end of the study period reflects the combined effect of vaccination coverage for almost two years and natural immunity caused by the peak of cases recorded at the beginning of 2022. Both elements contributed to the decline in case frequency observed subsequently. It is recommended that proactive preparation for this type of health emergency is strengthened.

## Keywords

COVID-19; COVID-19 vaccines; relative risk; pandemics; response capacity; Caribbean region

## LISTA DE ABREVIATURAS

**CDC:** Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

**COVID-19:** enfermedad Coronavirus de 2019

**IC:** Intervalo de Confianza

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

**R2:** Coeficiente de determinación

**RDI:** razón de densidad de incidencia

**RR:** Riesgo Relativo

## INTRODUCCIÓN

La humanidad se desenvuelve en medio de una profunda crisis civilizatoria, entendida desde la Medicina Social como la manifestación del agotamiento de un modelo de producción y consumo insostenible, marcado por desigualdades estructurales, pobreza extrema y una relación desequilibrada con la naturaleza (1-2).

La pandemia de COVID-19 es una manifestación de esta crisis, al reflejar la tensión entre la dinámica de la sociedad (metabolismo social) versus la capacidad de adaptación del virus SARS-CoV-2 (metabolismo natural), cuyas características cambiantes han condicionado su transmisión y persistencia en un hábitat determinado (3-4).

El riesgo de enfermar depende de la interacción de estos dos factores, lo que se traduce en cambios en las características del virus —como su virulencia o capacidad infectiva— y en la respuesta de los colectivos humanos, en términos de inmunidad generada, tanto innata como adquirida (5).

Frente a esta situación, los países del Caribe Insular enfrentaron una situación muy compleja: el desafío de controlar la frecuencia de los casos de COVID-19, provocando respuestas en dos sentidos: a) controlar el metabolismo social por la vía de detener o reducir el accionar social; y b) incrementar la capacidad de las personas de resistir a la infección por la vía de la vacunación.

Este estudio evalúa la efectividad de estas acciones para reducir el riesgo de enfermar en el contexto del Caribe insular, una región diversa que agrupa más de 45 millones de personas con diferentes niveles de desarrollo económico y social, y con respuestas heterogéneas y desigual frente a la pandemia.

Este análisis parte de la premisa de que sustituir el enfoque colectivo por un enfoque clínico centrado en la persona y su enfermedad limita considerablemente el control de la pandemia (6). Por ello, se pretende estimular el intercambio de ideas, a partir de los resultados, sobre las medidas de salud colectiva y políticas públicas que deben fortalecerse para mejorar la preparación y respuesta ante futuros eventos sanitarios.

## METODOLOGÍA

Se trata de un estudio ecológico, centrado en evaluar el riesgo de enfermar por COVID-19 en relación con las medidas de gestión de la pandemia aplicadas en los países y territorios del Caribe Insular desde marzo de 2020 hasta diciembre de 2022. Se utilizaron datos secundarios de más de 25 países y territorios del Caribe Insular, incluyendo Surinam, Guyana, Guyana Francesa y Belice.

Se analizó la frecuencia semanal de casos por COVID-19 a partir de la experiencia de cada país o territorio, considerando la frecuencia y el riesgo por unidad de tiempo. Asimismo, se identificó el tiempo de exposición de la población a las medidas de control implementadas, dentro de las cuales se incluyó la vacunación —para esto se midió el número mensual de personas que recibieron la segunda dosis de la vacuna— lo que permitió comparar los cambios en el riesgo de enfermar según las estrategias adoptadas.

Para determinar la frecuencia de casos por períodos, se tomaron en cuenta las medidas aplicadas por los países estudiados para el control de la pandemia, clasificadas en dos tipos:

- Medidas dirigidas a limitar el metabolismo social, como el cierre de fronteras, confinamientos, suspensión de actividades laborales y educativas, y restricciones de movilidad.
- Medidas dirigidas al metabolismo del virus, principalmente la vacunación.

Los períodos fueron definidos de acuerdo con el contexto e intervenciones implementadas durante la pandemia, identificando cinco períodos:

1. Año 2020: predominio de medidas restrictivas del accionar social; la vacunación aún no ha iniciado. Se utiliza este período como valor de referencia o línea de base.
2. Año 2021: flexibilización de las medidas y se inicia la vacunación contra COVID-19 para lograr una cobertura suficiente para evitar la transmisión poblacional.
3. Enero a junio, 2022: se observa la consolidación, en términos de cobertura, de las acciones de vacunación y casi desaparecen las medidas restrictivas.
4. Julio a noviembre, 2022: las acciones de vacunación y las medidas restrictivas avanzan muy poco o se detienen.
5. Diciembre, 2022: a manera de cierre que indica la tendencia y retos en materia de COVID-19 para el 2023.

La información sobre la frecuencia de casos por COVID-19 por país, se obtuvo de la base de datos de la OMS en línea (7). La información sobre la cantidad de vacunas administradas por dosis y por país, se obtuvo de la base de datos de la OPS en línea (8). La información sobre las medidas implementadas por los países se obtuvo de la página web de Reuters (9) —aunque no presenta actualizaciones recientes, conserva los registros necesarios para el análisis del período comprendido entre 2020 y 2022— complementada con otras fuentes documentales obtenidas por vía digital, referenciadas en la bibliografía.

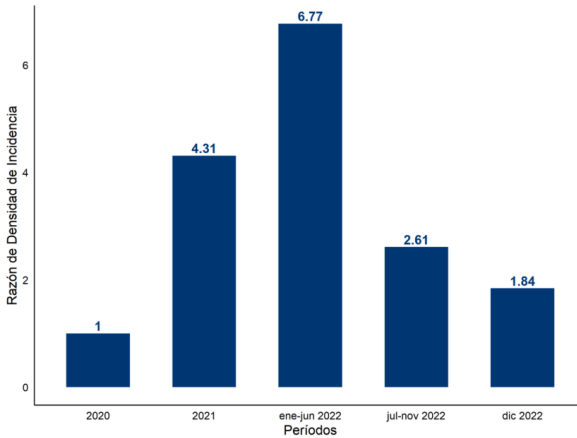
El análisis de la información se sustentó en las siguientes métricas: a) riesgo poblacional de presentar un caso de COVID-19; b) razón de densidad de incidencia (RDI) entre períodos, tomando como referencia el primer valor; c) frecuencia poblacional de casos por COVID-19; d) razón de riesgos (RR), calculada a partir de la frecuencia poblacional de casos cuando solo se disponía de la incidencia acumulada; y e) proporción de población vacunada con una segunda dosis. El procesamiento y análisis de datos se efectuaron con Microsoft Excel 2021.

## RESULTADOS

Entre marzo del 2020 y el 26 de diciembre del 2022, en el Caribe, se registraron 4 459 508 millones de casos de COVID-19, lo que equivale aproximadamente a un caso (0,97) por cada diez personas. El aspecto que más se destaca es el incremento de los casos entre finales del 2021 e inicios del 2022, que se caracteriza por su subida y descenso de forma aguda y por la gran magnitud de la frecuencia de los casos, la mayor de todo el período estudiado, lo que se presenta en todos los países estudiados (7).

La evolución de los casos de COVID-19 en los países y territorios del Caribe, medida mediante la RDI y tomando el año 2020 como referencia, mostró valores de 4,31 durante 2021 y de 6,77 en la primera mitad de 2022 (Gráfica 1). En la segunda mitad de 2022 se registró una disminución, aunque los valores no descendieron por debajo de los del primer período.

**Gráfica 1.** Razón de Densidad de Incidencia (RDI) de casos de COVID-19 por periodos, de todos los países estudiados, 2020-2022



**Fuente:** elaboración propia a partir de la base de datos de la OMS (7). **Nota:** IC95% 4.31 (4.30 - 4.33); 6.77 (6.74 - 6.79); 2.61 (2.60 - 2.62); 1.84 (1.82 - 1.85). Valores p = 0

La mayoría de las medidas tomadas por los países para el control de la pandemia se dirigieron a detener o limitar el metabolismo social (ej., cierre de fronteras, cuarentenas, cierre de espacios laborales y educativos, restricciones en el movimiento de las personas). Las menos frecuentes fueron las medidas destinadas a afectar al metabolismo del virus (vacunación).

Los resultados demuestran que la implementación de medidas de control generó un efecto significativo

en la reducción del riesgo de enfermarse, evidenciada en los valores de la RDI (Tabla 1). Se demuestra que menos medidas conducen a un menor impacto en el control de la pandemia. Tomando como valor base el riesgo estimado cuando se aplicaron cuatro medidas de control del metabolismo social, se observó una RDI de 3.738 (IC95%: 3.604, 3.877; p=0.0003) al aplicar tres medidas, casi cuatro veces más, y de 11.96 (IC95%: 11.68-12.23; p=0.003), casi doce veces más, cuando solo se aplicaron dos medidas.

**Tabla 1.** Riesgo de enfermarse por COVID-19 por 100 mil personas-tiempo, casos, tiempo de exposición, riesgo e intervalo de confianza (IC95%) según número de medidas aplicadas, 2020-2022

Número de medidas	Número de casos	Días de exposición	Riesgo	IC95%
Cuatro	3,391	776,351,438	0.437	0.437 - 0.452
Tres	18,679	1,144,096,856	1.633	1.609 - 1.656
Dos	247,100	5,597,902,474	4.414	4.397 - 4.432

**Fuente:** elaboración propia a partir de la información de la base de datos de la OMS (7) y de la OPS (8) y Reuters (9). **Nota:** población = 40 860 602. Valores de RDI tomando como base el riesgo de COVID-19 con cuatro medidas. Para tres medidas RDI = 3.738 (3.604, 3.877). Para dos medidas RDI = 11.96 (11.68, 12.23)

Para diciembre de 2022, la población del Caribe que había recibido dos dosis de la vacuna contra el COVID-19 (vacunación completa), ascendía a 22 353 281 personas, lo que representa una cobertura de vacunación de un 48.79% para toda la población sin distinción de edad (estimada en 45 815 040 habitantes) (Tabla 2). La cobertura de vacunación y la disminución de los casos de COVID-19 no mostraron una relación lineal en todos los países.

Países cuya línea de tendencia de los casos de COVID-19 sugieren una gestión en el control de casos que pudiera ser exitosa, presentan coberturas de vacunación muy bajas, que no alcanzan el 40%. Sin embargo, otros países, cuyo comportamiento en cuanto a la frecuencia de la enfermedad sugiere desafíos en la gestión de la pandemia, presentan coberturas de vacunación altas, por encima o próximas al 60%.

**Tabla 2.** Cobertura de vacunación contra COVID-19 a diciembre 2022 por país y modelo de línea de tendencia

País	% VAC.	Evaluación
Puerto Rico	95.91	No éxito
Islas Caimán	88.56	No éxito
Cuba	88.39	Éxito +
Aruba	78.13	Éxito
Bermuda	75.49	No éxito
Islas Turcas y Caicos	74.57	Éxito
Anguilla	65.87	Éxito
Antigua y Barbuda	63.19	Éxito
Curazao	60.34	Éxito
Bonaire	59.51	No éxito
Islas Vírgenes Británicas	56.68	Éxito
República Dominicana	55.43	Éxito
Barbados	53.88	No éxito
San Cristóbal y Nieves	49.86	Éxito
Guyana	48.10	Éxito
Trinidad y Tobago	47.00	Éxito
Belice	46.27	Éxito
Dominica	42.48	Éxito
Surinam	40.20	Éxito
Bahamas	38.77	Éxito

**Tabla 2.** Cobertura de vacunación contra COVID-19 a diciembre 2022 por país y modelo de línea de tendencia (Continuación)

Montserrat	38.74	Éxito
Martinica	38.55	No éxito
Guadalupe	36.73	No éxito
Granada	31.28	No éxito
Santa Lucía	29.81	No éxito
Guyana Francesa	29.28	No éxito
San Vicente y Granadinas	28.27	No éxito
Jamaica	20.77	Éxito
Haití	0.97	Éxito +
<b>Todos los países</b>	<b>47.96</b>	<b>No éxito</b>

**Fuente:** elaboración propia a partir de la información de la base de datos de la OMS (7) y de la OPS (8) y Reuters (9). **Nota:** Éxito +: disminución casos desde el 3er periodo y último periodo menor riesgo que el 1ero; Éxito: disminución casos desde el 4to periodo y último periodo de menor riesgo que el 1ero; No éxito: disminución casos desde el 4to periodo y último periodo de mayor riesgo que el 1ero.

Cuando se agrupan los países según cobertura de vacunación con dos dosis durante el segundo semestre de 2022, aquellos con cobertura baja (entre 0 y 40%) presentaron una frecuencia de 19.73 casos por mil habitantes. Los países con cobertura media (entre un 41 y un 60%), tuvieron una frecuencia de casos, para el mismo período, de 8.97 casos por mil habitantes. Por último, los países de alta cobertura (mayor de 60%) tuvieron una frecuencia de 1.63

por mil habitantes. Sumando a la cobertura la frecuencia de dosis únicas y empleando la frecuencia de casos de los de alta cobertura como base, el RR (se trata de incidencia acumulada), entre este grupo y los de cobertura media fue de 5.5037 (IC95%: 5.4199-5.6305; p=0.000). El RR entre los de alta cobertura y los de baja, fue de 12.1050 (IC95%: 11.9168-12.2961; p=0.0000) (Tabla 3).

**Tabla 3.** Riesgo de enfermar por COVID-19 y riesgo relativo (IC95%); julio-diciembre del 2022 según cobertura de vacunación de dos dosis en países y territorios del Caribe

Cobertura	Riesgo (casos por mil habitantes)	RR IC 95%
Cobertura baja (0 - 40 %)	19.73	5.5037 (IC95%: 5.4199-5.6305)
Cobertura media (41 - 60 %)	8.97	12.1050 (IC95%: 11.9168-12.2961)
Cobertura alta (mayor de 60 %)	1.63	1.0000

**Fuente:** elaboración propia a partir de la información de la base de datos de la OMS (7) y de la OPS (8) y Reuters (9).

## DISCUSIÓN

Los países enfrentaron la llegada de la COVID-19 tal como eran: con sus perfiles de desarrollo productivo y de consumo, sus desigualdades sociales, sus modelos de participación ciudadana, su cultura política y sus modelos de sistema de salud, caracterizados por diversos grados de presencia privada y capacidades de acción en salud pública. La pandemia avanzó hasta donde lo permitió el metabolismo social de cada sociedad. Cuando los países del Caribe —al igual que muchos otros de diferentes latitudes— optaron por aplicar medidas restrictivas para impedir la entrada o limitar la circulación del COVID-19, en la práctica reconocían que el metabolismo social determinaba la dinámica de la enfermedad en la población. Para contener la pandemia, fue necesario intervenir en ese metabolismo social.

La implementación de medidas restrictivas para impedir el ingreso y circulación del virus SARS-CoV-2 ha sido una de las principales estrategias para frenar el metabolismo social, y con ello, controlar la pandemia. Esto no solo ocurrió en el Caribe: países como Nueva Zelanda, Vietnam, Taiwán, Tailandia, Chipre, Ruanda, Islandia, Australia, Letonia y Sri Lanka (10), así como China (11), se destacaron por una gestión efectiva de la pandemia basada principalmente en la interrupción del metabolismo social, especialmente mediante el cierre de fronteras, restricciones a la movilidad, entre otras medidas. Si bien se ha afirmado que una mayor cobertura de vacunación garantiza un mayor control de la pandemia, la comparación entre países de forma individual muestra que esta relación no siempre se cumple, como evidencian los hallazgos. Países situados en los primeros lugares del Índice de Eficacia en la Gestión de la Pandemia (12), no alcanzaron el porcentaje de cobertura de vacunación requerida por la OMS/OPS para lograr la inmunidad de rebaño necesaria para la protección efectiva contra el COVID-19 (13).

En el año 2020, salvo excepciones, fue el de menor riesgo de casos entre los países estudiados. Sin embargo, las restricciones impuestas implicaron un costo significativo tanto para los sectores que impulsan la actividad económica como para amplios grupos de la población que dependen del trabajo diario, especialmente aquellos con una inserción limitada en el mercado laboral formal y

con dificultades para acceder a bienes y servicios esenciales. El impacto a la economía, la presión de los sectores empresariales, la fatiga pandémica derivada de las restricciones y, en algunos casos, la disminución de la frecuencia de los casos de COVID-19 llevaron a que los esfuerzos para el control de la circulación del virus se redujeran al mínimo o se abandonaran. De manera progresiva, las prioridades se reorientaron hacia la reactivación económica bajo la consigna de “volver a la normalidad” (14), lo que influyó en las decisiones adoptadas por varios países y territorios del Caribe.

Las decisiones adoptadas reflejaron una inclinación hacia la recuperación económica, incluso cuando ello implicaba ciertos riesgos para la salud pública. El metabolismo social se reactivó, poniendo de manifiesto las persistentes desigualdades sociales en un contexto donde los sistemas de salud continúan centrados principalmente en la atención individual, influenciados por la lógica de mercado, enfoques limitados en salud colectiva y un predominio de las ciencias clínicas en la definición de políticas y servicios. Esto ocurre a pesar de la evidencia sobre la efectividad de las medidas de cierre, en particular cuando se implementan de forma amplia y combinada. Con la vacunación se inició una nueva etapa en la gestión de la pandemia, orientada en evitar la interrupción del metabolismo social. Tras más de un año de iniciada la vacunación, en casi todos los países del Caribe, se observa una importante reducción en el riesgo de enfermar por COVID-19; sin embargo, esta disminución se registra, en igual o mayor medida, en países donde la cobertura de vacunación no alcanzó niveles elevados. Atribuir exclusivamente a la vacunación el descenso observado podría no contar con evidencia concluyente que lo respalde. Esto no implica restar valor a su contribución, sino más bien resalta la importancia de analizar cómo se articula con otras intervenciones y de qué manera puede complementarlas para lograr un mayor impacto. La evolución de la línea de tendencia en los resultados refleja este patrón, tras un retroceso de los procesos sociales durante 2021 e inicios de 2022, se observó una recuperación parcial hacia finales de ese año. No obstante, la situación no retornó a los niveles de referencia previos a la pandemia, lo que refleja que, a pesar de los avances, persisten retos que requieren acciones sostenidas

para consolidar la capacidad de respuesta frente a estos eventos sanitarios.

Si el descenso de los casos de COVID-19 desde 2020, que se mantuvo hasta finales del periodo analizado, no es atribuible únicamente a las actividades de vacunación, cabe preguntarse: ¿qué lo provocó, especialmente en ausencia de restricciones al metabolismo social o de cambios sustantivos en las condiciones que lo sostienen? ¿Se agotaron los susceptibles como resultado de la interacción entre la inmunidad natural tras la exposición al virus y la inmunidad inducida por la vacuna? Es posible, pero este aspecto no se ha planteado de forma explícita en los discursos de los actores institucionales vinculados al problema, lo que obliga a formular nuevas preguntas.

¿Continuaremos con las campañas de vacunación de forma indefinida? Se afirma que muchas personas han recibido dos, tres o incluso cuatro dosis, y que más del 80% de la población se ha infectado al menos una vez (15). Esto evidencia la oportunidad de profundizar en el análisis realizado hasta ahora. Sin embargo, la discusión más relevante es otra: ¿hacia dónde dirigir nuestro accionar? Las alternativas podrían ser: a) desarrollar la capacidad de producir vacunas oportunas; b) fortalecer la capacidad de detener el metabolismo social de manera sostenible; c) mejorar el ejercicio de la salud pública; o d) impulsar de forma integral todas estas capacidades.

Entre las principales limitaciones de este estudio, se encuentra la imposibilidad de evaluar de forma detallada las acciones dirigidas a mejorar la atención de los casos y reducir la mortalidad, así como aquellas orientadas a generar evidencia para la prevención y control de brotes, debido a la escasa disponibilidad de información. Esta situación se ilustra en la caracterización de organismos como los CDC, descritos por la prensa norteamericana como una institución con “tecnología obsoleta, datos escasos, burocracia lenta y orientación confusa, el desacuerdo con la administración patente” (16). A pesar de ello, se han observado pocas intervenciones estructurales para revertir esta realidad, a excepción de algunas estrategias implementadas como la centralización de acciones de comisiones nacionales y la adopción de decisiones excepcionales para sortear barreras administrativas durante la pandemia.

## CONCLUSIONES

El análisis de esta información ha permitido identificar cuáles decisiones tomadas por los países del Caribe Insular fueron las de mayor impacto ante la pandemia y han de servir como evidencias para la toma de decisiones ante situaciones similares que pudieran presentarse.

Tomando como base las opciones extremas de cada ámbito de acción (cierre total de fronteras, confinamiento con pocas excepciones, cierre de todos los sectores laborales y de todos los niveles educativos), se identifica un gradiente positivo con relación al número de medidas tomadas. Es evidente que, mientras más amplia sean las medidas que detienen el metabolismo social, más impacto se alcanzará en lo que a control de la pandemia se refiere.

La mayoría de los países presentan una línea de tendencia de los casos de COVID-19 que sugiere una gestión exitosa en lo que a reducción del número de casos se refiere. En otros, la situación es diferente. Países, cuya línea de tendencia de los casos de COVID-19 sugieren una gestión que pudiera ser exitosa, presentan coberturas de vacunación muy bajas, que no alcanzan el 40% de cobertura, tales como Surinam, Bahamas, Montserrat y Jamaica. Sin embargo, otros países—Bermuda, Bonaire, Islas Caimán, Puerto Rico—cuyo comportamiento de la frecuencia de la enfermedad sugieren una mala gestión, presentan altas coberturas de vacunación, por encima o próximo al 60%.

El comportamiento de los casos de COVID-19 en el Caribe, al final del periodo estudiado, refleja el efecto combinado de la cobertura de vacunación durante casi dos años y la inmunidad natural provocada por el pico de casos registrados a inicios de 2022. Ambos elementos contribuyeron al descenso de la frecuencia de casos observado posteriormente.

Persiste un enfoque que entiende al virus únicamente como un agente externo y agresor que actúa sobre la biología humana, la cual intenta defenderse condicionada por situaciones sociales. Este enfoque limita la comprensión de que fortalecer el metabolismo social, mediante la resolución de los elementos que generan desigualdades sociales, reduce la capacidad del virus para ser agresivo. Esto se reflejaría en una disminución de los eventos graves y, posteriormente, en la frecuencia de los casos, además de servir como base para enfrentar situaciones similares, tanto con este virus como con otros.

Los hallazgos evidencian la necesidad de implementar intervenciones amplias y diversificadas que contribuyan a mitigar el riesgo, controlar la transmisión y reducir el impacto en la salud pública.

## FINANCIAMIENTO

Sin financiamiento externo.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen el auspicio de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), cuyo apoyo institucional fue clave para la realización de este estudio.

## CONTRIBUCIONES DEL AUTOR

Todos los autores trabajaron en la concepción y diseño del trabajo; recopilación, análisis e interpretación de datos; y redacción y revisión del manuscrito.

## DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

El autor J.S.R. forma parte del equipo editorial de la Revista Dominicana de Salud Pública. No participó en ninguna etapa del proceso editorial ni en la toma de decisiones relacionadas con este manuscrito. El autor F.F. declara que no existe ningún conflicto de interés relacionado con esta publicación.

## DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Las conclusiones expresadas en este artículo son exclusiva responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la posición institucional de la Revista Dominicana de Salud Pública, o del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

## REFERENCIAS

1. Feo Istúriz, O.; Rodrigues, A. M., Saavedra, F.; Quintana, J. y Alcalá, P. Crisis Civilizatoria: impactos sobre la Salud y la Vida. En VI Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Septiembre, 2020.
2. León J. Coronavirus: Salud mental colectiva, crisis civilizatoria y buen vivir. En: Tettelboin C, Iturrieta D, Schor-Landman C, Coordinadoras. América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. CLACSO; 2021. p. 25-44.
3. Lander E. Crisis civilizatoria. Experiencias de los gobiernos progresistas y debates en la izquierda latinoamericana. Quito, Ecuador: FLACSO Ecuador; 2020.
4. Márquez H. Diez rostros de la crisis civilizatoria del sistema capitalista mundial. Rev. Latinoamericana de Economía 40 (59): 191-210.
5. Manel J. Inmunología en COVID-19; mucho más allá del diagnóstico de la infección o de la vacunación. Med Clínica 158: 324-326.
6. Victorio K, Selig J, Tejeda N. República Dominicana: lecciones aprendidas en la pandemia [Internet]. Obtenido de Somos Iberoamérica. El portal de la cooperación en Iberoamérica; 13 jun 2020 [Consultado 21 dic 2020]. Disponible en: <https://www.somosiberoamerica.org/tribunas/republica-dominicana-lecciones-aprendidas-en-la-pandemia>
7. World Health Organization. data.who.int. 2023 [Consultado 6 nov 2021]. WHO Coronavirus (COVID-19) dashboard [Dashboard]. Disponible en: <https://covid19.who.int/>
8. Organización Panamericana de la Salud. [Consultado 6 nov 2021]. Perfiles de país de vacunación COVID-19. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/inmunizacion/datos-estadisticas-inmunizacion/perfiles-pais-vacunacion-covid-19>
9. Bhatia G, Dutta PK, McClure J. Los datos, gráficos y mapas más recientes a nivel global sobre el coronavirus. Reuters [Internet]. 2020 [Consultado 6 nov 2021]; Disponible en: <https://www.reuters.com/graphics/world-coronavirus-tracker-and-maps/es/>
10. Gómez A. Brasil el peor, Nueva Zelanda el mejor: estudio sobre manejo de la pandemia [Internet]. Obtenido de France24; 28 ene 2021 [Consultado 6 nov 2021]. Disponible en: <https://www.france24.com/es/am%C3%A9rica-latina/20210128-estudio-manejo-pandemia-lowy-brasil-nueva-zelanda>
11. Sobczak M, Pawliczak R. ¿Fue la política de cero COVID de China la decisión correcta? El análisis multifactorial de las variables que afectaron el curso de la pandemia de COVID-19 en China [Internet]. Obtenido de Frente de Salud Pública; 6 dic 2023 [Consultado 20 ene 2024]. Disponible en: [https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10731256/#:~:text=Because%20of%20the%20spread%20of%20COVID%2D19%20\(38\).](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10731256/#:~:text=Because%20of%20the%20spread%20of%20COVID%2D19%20(38).)
12. Caamaño J. ¿Qué países han gestionado mejor la pandemia? [Internet]. Obtenido de MAPFRE Economics; 24 mar 2022 [Consultado 20 ene 2024]. Disponible en: <https://www.mapfre.com/actualidad/economia/paises-gestionan-mejor-pandemia/#:~:text=Corea%20del%20Sur%2C%20Noruega%20y.pandemia%20fue%20Corea%20del%20Sur.>
13. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OPS sobre la meta mundial de la OMS sobre la cobertura de la vacunación contra la COVID-19 [Internet]. Obtenido de OPS Web site; 24 Jun 2022 [Consultado 20 ene 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/24-6-2022-recomendaciones-ops-sobre-meta-mundial-oms-sobre-cobertura-vacunacion-contra>
14. Matos L, Selig J, Murillo M. Health systems, pandemic response and social participation: lessons from Latin America [Internet]. Obtenido de Peoples dispatch; 5 feb 2022 [Consultado 6 nov 2021]. Disponible en: <https://peoplesdispatch.org/2022/02/05/health-systems-pandemic-response-and-social->

## REFERENCIAS

15. De Francisco A. Verano 2022, Covid 19: todos infectados ¿y ahora qué? [Internet] Obtenido de Nefrología al día; 30 julio 2022 [Consultado 6 nov 2021]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-verano-2022-covid-19-todos-484>
16. Hernández-Aguado I, García A. ¿Será mejor la salud pública tras la COVID-19? Gac Sanit 35(1): 1-2.

# Artículo de opinión

---

REVISTA DOMINICANA DE SALUD PÚBLICA

# DIÁLOGO ESCALONADO: MÉTODO PARA LA FORMULACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD

*Stepwise dialogue: a method for formulating and substantiating health policies*

José Selig Ripley

1. Docente de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Autónoma de Santo Domingo

## RESUMEN

El artículo presenta el “diálogo escalonado” como un método para la formulación y fundamentación de políticas de salud, orientado a superar los enfoques tradicionales centrados exclusivamente en el criterio técnico. A partir del análisis de experiencias institucionales en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana, se propone un modelo basado en la interacción estructurada entre dos actores fundamentales: el poder político y el poder técnico. El método se desarrolla en tres escalones correspondientes a las dimensiones de la política: sistema de salud (Politics), sector salud (Polity) y accionar institucional (Policy). En cada uno de estos niveles se establece un diálogo sustentado en evidencias científicas, investigaciones, análisis de viabilidad y factibilidad política, preservando la toma de decisiones en el ámbito del poder político. El enfoque permite articular visión, contexto y acción, favoreciendo la construcción de políticas integrales, con mayor coherencia, legitimidad y posibilidad de implementación. Se concluye que el diálogo escalonado fortalece la calidad de las políticas de salud, al armonizar intereses, reducir sesgos técnicos y facilitar la validación social e institucional de las decisiones adoptadas.

## Palabras clave

Políticas de salud; toma de decisiones; participación social; formulación de políticas; sector salud.

✉ Autor para correspondencia: [jselig13@gmail.com](mailto:jselig13@gmail.com)

**Cómo citar:** Selig Ripley J. Diálogo escalonado: Método para la formulación y fundamentación de políticas de salud. Revista Dominicana de Salud Pública [Internet]. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2025.

## ABSTRACT

This article presents "stepwise dialogue" as a method for formulating and justifying health policies, aimed at overcoming traditional approaches focused exclusively on technical criteria. Based on an analysis of institutional experiences within the Ministry of Public Health and Social Assistance of the Dominican Republic, a model is proposed that is based on structured interaction between two key actors: political power and technical power. The method unfolds in three stages corresponding to the dimensions of policy: health system (Politics), health sector (Polity), and institutional action (Policy). At each of these levels, a dialogue is established, grounded in scientific evidence, research, and analyses of political viability and feasibility, while preserving decision-making within the sphere of political power. This approach allows for the articulation of vision, context, and action, fostering the development of comprehensive policies with greater coherence, legitimacy, and implementability. The article concludes that layered dialogue strengthens the quality of health policies by harmonizing interests, reducing reliance on technical services, and facilitating the social and institutional validation of adopted decisions.

## Key words

Health policies; decision-making; social participation; policy formulation; health sector

## INTRODUCCIÓN

A través de la función de conducción se pretende orientar la organización y el funcionamiento del sistema de salud por caminos previamente establecidos (1). Se incluye en esta función el tema de las políticas de salud, cuya importancia se describe en los trabajos sobre las funciones esenciales de la salud pública renovada (2) y son entendidas como "declaraciones o directrices

oficiales de las instituciones (especialmente del gobierno) que definen las prioridades y los parámetros de actuación como respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a otras presiones políticas" (3), las que han de fundamentarse en la mejor evidencia objetiva disponible.

En lo que respecta a la República Dominicana, las políticas de salud, pocas veces explícitas, en muchas ocasiones deben ser traducidas o interpretadas a partir de los contenidos de programas, planes, disposiciones y similares, las que, con bastante frecuencia, se quedan en el tintero, sin oportunidad de implementarse o a medio camino hasta el momento en que son sustituidas por nuevas directrices, casi siempre con igual destino.

La mayoría de las veces, las políticas de salud se enfocan en problemas o temas de salud específicos, sin valorar el marco de actuación ni el contexto en el que debe desarrollarse. Son diseñadas, predominantemente, entre expertos, con relativo rechazo al campo de la política. Su punto de

partida es un problema, visto como una prioridad o un tema o situación de alto interés, que es definido como tal por criterios de "ciencia" y empleando mecanismos de selección previamente estructurados y/o investigaciones sobre el problema, ofertando un volumen muy amplio de información (4), pero con debilidades en lo que a fundamentación se refiere, dado que lo que se pretende es legitimar la

escogencia del problema o del tema en lugar de sustentar la decisión.

La política se reduce a un procedimiento técnico, a cargo de estos expertos, burocracia ligada al Estado dirían otros (5), sobre la base de lo que creen que debería ser, desde su óptica, lo que pudiera generar sesgos de selección y subjetividades al momento de identificar prioridades y problemas (4) que, una vez terminada su formulación, buscan la aprobación de los actores políticos, sobre todo mediante una oferta amplia de información, dejando de lado que en este proceso intervienen y se vinculan diferentes actores sociales con sus propias visiones e intereses que condicionan el contenido de las políticas. Asumen que participa un solo tipo de protagonista, el profesional especializado o

experto, quien dicta los contenidos sobre la base de sus conocimientos y experiencias, a lo que la política debe someterse por un bien común, considerando la ciencia como un campo neutral.

**En lo que respecta a la República Dominicana, las políticas de salud, pocas veces explícitas, en muchas ocasiones, deben ser traducidas o interpretadas a partir de los contenidos de programas, planes, disposiciones y similares, las que, con bastante frecuencia, se quedan en el tintero, sin oportunidad de implementarse o a medio camino hasta el momento que son sustituidas por nuevas directrices, casi siempre con igual destino.**

Esta forma en que se construyen y fundamentan las políticas de salud contribuye a que las políticas alcancen un pobre desarrollo, lo que debe ser superado, sobre todo por su desvinculación con las dinámicas políticas en su afán de definir cómo se organiza y funciona la sociedad.

Por ello, se plantea otro proceder: la formulación de una política integral a manera de un diálogo de múltiples vías, entre los actores políticos y los expertos del tema, sustentada en evidencias sobre bases científicas.

## DISCUSIÓN

El propósito es presentar para su reflexión un método de formulación de políticas de salud, aún en fase de construcción, que se entiende tiene una mayor probabilidad de ser implementado, debido a que se sustenta en algo similar a un consenso entre los actores principales institucionales a través de un diálogo en diferentes momentos que, fundamentado en evidencias y, como todas las políticas, se espera que deberá ser validado por los grupos sociales. Es un método que integra la mirada política y la mirada experta, a la vez que se destaca la importancia de la investigación en la formulación de políticas.

Este método se fundamenta en el análisis de las experiencias observadas en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y otras entidades públicas, durante los procesos en que se formulan decisiones políticas o similares, enfocado en dos ámbitos: el desarrollo institucional y las relaciones de poder.

Para ello, se parte de reconocer tres dimensiones de la política: a nivel del gobierno (Politics), del sector salud (Polity) y el accionar institucional (Policy) (6) (7) y dos actores institucionales: la dirección del gobierno (poder político) y los expertos en el tema (poder técnico), sean estos del gobierno o contratados para la labor. Se simula un diálogo entre ellos para cada dimensión de la política (escalones) y se identifica dónde se debe aportar evidencias y cuáles temas abordar desde la investigación.

El punto de partida del proceso y, por igual, del primer escalón (Politics), es el enunciado que hace el

poder político que, en las discusiones para la formulación de la política de salud a cargo de la Dirección de Conducción Sectorial del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana, se ha definido como la visión de la política. Ha iniciado el diálogo a través del pedido que expone el poder político, independientemente del nivel de precisión y calidad que exhiba. Se fundamenta en la lectura política de la situación social desde la óptica de la dirección del gobierno, tanto por iniciativa propia o por recomendación.

A cada escalón le ha de corresponder una política; por tanto, se espera formular una política de salud

**Se parte de reconocer tres dimensiones de la política: a nivel del gobierno (Politics), del sector salud (Polity) y el accionar institucional (Policy) (6) (7) y dos actores institucionales: la dirección del gobierno (poder político) y los expertos en el tema (poder técnico), sean estos del gobierno o contratados para la labor. Se simula un diálogo entre ellos para cada dimensión de la política (escalones) y se identifica dónde se debe aportar evidencias y cuáles temas abordar desde la investigación.**

que integre las tres dimensiones de la política, que puede o no redactarse por separado. Esa política se construye en momentos diferentes, donde el primer escalón ha de concluirse antes de iniciar el segundo, lo mismo en la relación entre el segundo y el tercer escalón. No resultaría el método si se dividieran los escalones por comisiones para tratar de articular al final de los trabajos.

Las decisiones corresponden siempre al poder político. El que dirige, dirige. El poder técnico responde sobre la base de evidencias objetivas que se construyen a partir de investigaciones y estudios para los que se emplean diversas metodologías de acuerdo al objeto de estudio que enfrentan, nunca sobre la base de opiniones.

En el caso del primer escalón (a nivel del sistema de salud), ante el enunciado o la visión de la política, a través del cual se ha señalado por dónde es que debe transitar el sistema de salud, el

turno en el diálogo corresponde a los expertos. Se han de enfocar en responder a través de (4): a) valorar si tiene fundamento legal el enunciado; b) precisar el marco conceptual para que se unifiquen discursos; c) construir la teoría del problema y la situación para cada componente del enunciado, a partir de estudios e investigaciones; y d) realizar estudios de factibilidad y viabilidad política, también para cada componente del enunciado.

Esto ha de permitir validar la propuesta que ha hecho el poder político, a la que puede habersele agregado o restado contenidos que la complementan o mejoran.

Le ha de seguir un ida y vuelta de discusiones por medios diversos. Al final, el poder político decide cuál es la política a nivel del sistema de salud que integra el enunciado inicial, condicionada por el poder técnico, sobre la base de la capacidad de mostrar evidencias objetivas. Es el primer producto del diálogo escalonado.

Simulemos el proceso de formulación de una política integral a partir del diálogo escalonado entre dos actores: el poder político y el poder técnico. El enunciado o visión de la política podría ser el siguiente: “el sistema de salud ha de estar orientado a fomentar el ejercicio del derecho a la salud”. El poder técnico le corresponde fundamentar esa propuesta y cuestionarse: “¿está sustentado en el marco legal?”. Luego, desarrolla el concepto de derecho a la salud y sus dimensiones y delimita el problema: situación del ejercicio del derecho a la salud sobre la base de evidencias. Subsecuentemente, lleva a cabo un análisis de factibilidad y de viabilidad. Posteriormente, sobre la base del informe de las investigaciones y estudios, el poder político decide cuál es la política de salud a nivel del sistema de salud a partir de sus propios enfoques, pero condicionada por el poder técnico, sobre la base de evidencias: se ha de garantizar el ejercicio del derecho a la salud en todas sus dimensiones con énfasis en el acceso a la atención a la enfermedad.

Precisamente, esta política aprobada, mejor si se acompaña de sus estrategias, es el punto de partida del segundo escalón que le corresponde formular la política para el sector salud. No se trata de un enunciado o visión, sino de una directriz decidida y que debe obedecerse. Le corresponde la primera palabra en el diálogo escalonado al poder técnico. Analiza la política aprobada a nivel del sistema de salud para identificar qué ámbitos de actuación son líneas de actuación para el sector salud, es decir, para el sistema de atención y similares. Siguiendo el ejemplo del primer escalón, donde se decide que la política para este escalón (sector salud), luego del enunciado y de las investigaciones y estudios que la fundamentan, se pudiera definir de la siguiente manera: se orienta a fortalecer el funcionamiento de las instituciones públicas del sector salud que permitan garantizar el derecho a la salud.

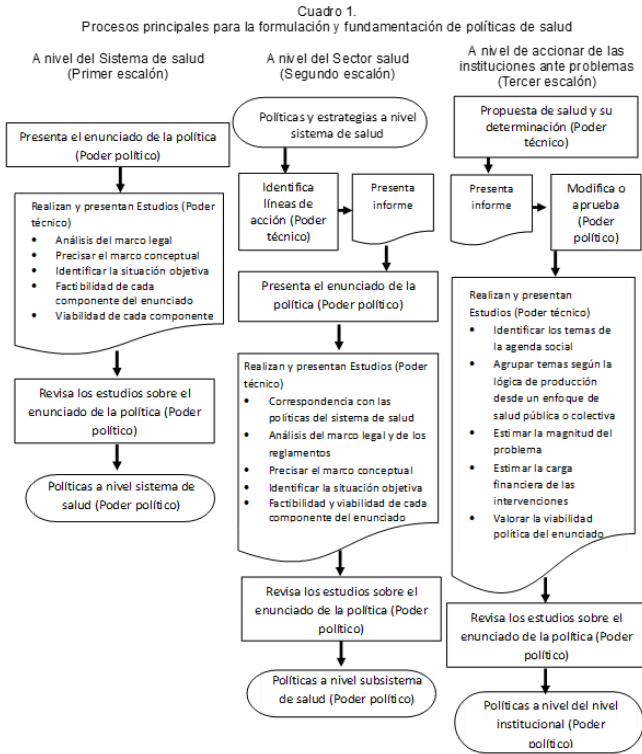
A partir de este insumo, el poder político expone el enunciado o visión de la política del sector salud. Y, de nuevo, se debe fundamentar el enunciado. El poder técnico valora la correspondencia de este enunciado con la política para el sistema de salud. Le corresponde fundamentar el enunciado, igual que en el primer escalón, pero referido al sector salud. Luego, siempre sobre la base de los contenidos de la fundamentación que se le presenta, el poder político expone la política para el sector salud.

Al llegar a este punto, desde la visión tradicional se esperaría que la política del tercer escalón del diálogo debería desprenderse de las políticas anteriores y responder a las mismas. No se plantea que sea así; por el contrario, las anteriores políticas deben tributar a este escalón. La política (y sus estrategias) para el sistema de salud define el marco de actuación de las políticas que deberán dirigir el accionar de las instituciones, sobre todo públicas, hacia la búsqueda de solución a problemas de salud que se han incluido o pueden incluirse en la agenda pública. Por tanto, sirve a la política que orienta a las instituciones para enfrentar problemas de salud. A su vez, la política para el sector salud (y sus estrategias) deberá definir el contexto en que deben desarrollarse las políticas ante los problemas de salud. Aunque es de una dimensión mayor, no la dirige, sino que le sirve de base. “Estas políticas vendrían a ser las bases para el desarrollo de las políticas en este escalón, pudiendo, inclusive, servir como herramienta de valoración de la calidad de las decisiones que sustentaron la formulación de las políticas” (4).

El punto de partida para el tercer escalón, orientado a ganar el accionar institucional para responder a los problemas de salud, es el concepto de salud ya decidido en el primer escalón y su determinación, responsabilidad que recae en el poder técnico, que debe presentarla para su aprobación por el poder político. A partir de este enfoque, continúa el poder técnico en el uso de la palabra en el diálogo. Debe caracterizar los problemas de salud que son parte de la agenda pública, tanto los que son producto de la presión social y política como los que son el resultado de compromisos del país.

Se plantea que se desarrolle la siguiente secuencia: a) se identifican los temas que se presionan para dar con algún nivel de solución; b) se agrupan los temas por lógica de producción o desde una lógica de intervención, tomando como base los servicios que pueden ofertarse desde el sistema de salud desde un enfoque de salud pública o colectiva, diferente a enfocarse por enfermedades; c) se estima la magnitud del problema sobre la base de evidencias objetivas; d) se estima la carga financiera de las intervenciones a desarrollar; y e) se valora la viabilidad política de cada grupo de temas agrupados.

El poder técnico ha dejado en manos del poder político todas las evidencias para decidir las políticas y las prioridades en materia de problemas de salud a enfrentar. Por ejemplo, decide que una política a este nivel sería: fomentar el autocuidado en las personas, como respuesta al alto % de sobrepeso y obesidad, y la alta prevalencia de diabetes/hipertensión arterial.



Fuente: elaboración propia.

## CONCLUSIONES

De seguirse este método para la formulación y fundamentación de políticas de salud, se lograrían propuestas de políticas integrales, con capacidad de definir el marco de actuación y el contexto de las políticas dirigidas a conducir el accionar de las instituciones para enfrentar los problemas de salud que se incluyen en la agenda pública, lo que le otorga una mejor lectura de la realidad y, en consecuencia, una mayor capacidad de abordar y transformar los problemas de salud de la población.

De igual manera, por el proceso de formulación a que obliga, donde crea oportunidades para el diálogo entre actores, concede una mayor probabilidad de que sea puesta en práctica al armonizar (tal vez) intereses del poder político y enfoques del poder técnico.

Finalmente, se tendría una mejor propuesta de política de salud para presentar y revisar con los

actores sociales e institucionales involucrados en el sistema de salud.

## FINANCIAMIENTO

Sin financiamiento externo.

## CONTRIBUCIONES DEL AUTOR

Todos los autores trabajaron en la concepción de la idea, la revisión bibliográfica, la redacción y revisión final del manuscrito para su publicación.

## DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés relacionado con esta publicación.



# Guía para autores

---

REVISTA DOMINICANA DE SALUD PÚBLICA

## GUÍA PARA AUTORES

### **Envío de artículos**

El envío de contribuciones debe hacerse exclusivamente por medio del portal web de la Revista Dominicana de Salud Pública.

La dirección de la revista, por lo menos dos (2) veces al año, difundirá por medios electrónicos y a través del sitio web del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), convocatorias a presentar propuestas de contribución al contenido de la misma.

El envío del artículo a la revista debe acompañarse de:

1. Lista de verificación para envío.
2. Carta de presentación, en la que se incluye la aceptación de los términos y exigencias que hacen referencia a las instrucciones para las publicaciones y sobre el tema de los derechos exclusivos de la revista de difundir esos contenidos.
3. Declaraciones del autor, este documento debe ser completado individualmente por cada autor y compilado en un PDF.

Las contribuciones para ofertar a la *Revista Dominicana de Salud Pública* deben ser originales e inéditas, de cualquiera de las siguientes opciones:

- Artículos de investigación, los cuales no deben estar siendo evaluados para su publicación en otros espacios, pero sí es válido su exposición en congresos, conferencias, seminarios, entre otros tipos de eventos similares, en cualquiera de sus modalidades.
- Ensayos relativos a temas de interés para la salud pública que fomenten el debate y la discusión a partir de la reflexión que presenta sustentada en una documentación amplia y pertinente.
- Revisiones sistemáticas que presenten un análisis de la información reciente sobre un tema de interés para la salud pública sobre la base de un método reconocido para tales fines.
- Artículos de opinión o de reflexión, en los que se expone el parecer personal sobre un tema o un problema en cuestión desde un enfoque o una perspectiva diferente sustentado en evidencias objetivas.
- Artículos de actualización, en el que se presenta algún nuevo conocimiento sobre un tema en cuestión y que amerita ser conocido para su análisis y discusión.
- Casos de estudio, en los cuales se exponen experiencias alrededor de una situación que corresponde al campo de la salud pública, que se

contrasta con una revisión de situaciones homogéneas.

- Comunicaciones dirigidas a la dirección de la revista, como la Carta al Editor, que se realiza ante lo publicado en uno de los dos (2) números últimos de la revista o sobre un tema que haya generado una polémica y requiere ser discutido, siempre y cuando sea inédito y no se pretenda publicar en otro medio.
- Propuestas de contribuciones con análisis secundarios basados en una misma base de datos podrán ser aceptados por la revista si cumple las siguientes condiciones: 1) el autor debe declarar en la carta de presentación que se trata de un análisis secundario a un estudio ya publicado, 2) enfatizar los conocimientos nuevos que aporta dicha propuesta que no fueron abordados por la publicación anterior, y 3) hacer referencia en el manuscrito de la publicación primaria.
- Protocolos de investigación, cuyo contenido presenta el plan de diseño, metodología y análisis de un estudio que se pretende realizar para abordar un problema o una pregunta de investigación.

Además de ello, son contribuciones exclusivas de la dirección de la Revista Dominicana de Salud Pública el artículo editorial, las reseñas bibliográficas o de eventos, así como lo relativo a comentarios y entrevistas a ser publicados. También le corresponde invitar a personas para que presenten contribuciones a manera de informes especiales dentro de su campo de trabajo.

Todas las propuestas de contribuciones deberán cumplir con todos los requerimientos indicados en el presente documento, acerca de las normativas para la aceptación de las contribuciones.

Una vez entregada la propuesta de contribución por la vía correspondiente, quienes la han sometido recibirán una comunicación que formaliza la recepción. A partir de ahí se inicia el proceso de revisión de los contenidos de la propuesta de contribución de acuerdo con los criterios dictados por el presente documento.

### **Criterios generales para publicación**

Los criterios de diseño metodológico en general que deben cumplir todas las propuestas de contribución, para recibir la aprobación previa a pasar a la fase de revisión por pares, sin importar el tipo de contenido al que corresponda son:

- **Archivo de la propuesta de contribución y anexos:** en formato DOC o DOCX (archivo de Microsoft Word).
- **Idioma:** español.

- **Texto:** alineación justificada, fuente color negro, letra tipo Times New Roman, tamaño 12, doble espacio en tamaño carta guardando márgenes de 2.4 cm en la parte superior e inferior de la hoja y 3.0 cm en los laterales.
  - **Texto de nota de pie de página:** en letra tipo Times New Roman, tamaño 10 e interlineado sencillo.
  - **Páginas de la propuesta:** estar numeradas en el borde inferior derecho (incluida la página del título).
  - **Primera página de la propuesta:** incluir título, apellidos y nombres completos de autor/es (iniciando por el/la autor/a principal); nombre de la institución que respalda la propuesta o fuente(s) de financiamiento (si aplica). En el pie de página, colocar por cada autor: nombre de autor o autora; las iniciales de sus grados académicos más altos (ej. MD, MSc, PhD); cargo que desempeña; institución al que está afiliado, dependencia de esa institución donde labora, ciudad, país y correo electrónico y si es autor/a corresponsal o designado.
  - **Primera página de cada sección de la propuesta:** cada sección debe iniciar en una página nueva; títulos de las secciones colocados en negrita y separados del cuerpo del texto.
  - **Título de la propuesta:** quince (15) palabras máximo; identificar claramente el tipo de contenido de la propuesta; puede ir acompañado de un subtítulo escrito en el mismo idioma del artículo (y en español, si aplica); en mayúscula el título y en minúscula el subtítulo; formato de estilo en negrita, centrado y fuente color negro. No se permiten cursivas, abreviaturas ni siglas.
  - **Resumen o abstracto:** en aquellas propuestas de contribución que lo requieran; el resumen debe ser colocado después de la página de título y antes de la introducción; máximo de 300 palabras excluyendo las palabras claves. Debe incluir los siguientes contenidos: introducción, metodología, resultados y conclusiones.
  - **Palabras claves:** colocadas justo debajo del resumen; pueden ser términos o frases cortas, preferiblemente las incluidas en la base de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS); se debe colocar entre cuatro (4) a seis (6) palabras claves separadas por coma y escritas en los idiomas en que se presenta el resumen.
  - **Abreviaturas:** elaborar un listado de todas las abreviaturas que contiene la propuesta previo al inicio de la primera sección de la misma.
  - **Contenido de la propuesta:** conciso; fórmulas y expresiones matemáticas deben estar de acuerdo con el Sistema Internacional de Unidades. En caso de utilizar abreviaturas, siglas o acrónimos, la primera vez que se mencionan en el texto deben ir precedidas por las palabras completas que las originan. En caso de colocar términos cuya explicación se encontrará como nota de pie de página, numerar de forma consecutiva (por orden de mención) en el texto y al pie de la página, respectivamente.
- Evitar uso de modismos, jerga médica, o cualquier variación idiomática que pueda generar confusiones a quienes puedan leer el artículo una vez publicado.*
- **Tablas, figuras y gráficos:** enviar en documento separado. Número máximo de 4. Las tablas deben estar en formato editable Microsoft Word o Excel. Las figuras y gráficos en formato editable en el programa que se elaboró. Enumerar en el orden en que son citadas en el texto, con un título que indique su contenido. Colocar al final de cada una la fuente de la información que muestra, incluyendo la dirección electrónica si la fuente proviene de algún medio digital.
  - **Imágenes:** enviar en documento separado, en formato TIFF a 300 DPI. Los títulos y notas explicativas deben presentarse en la parte inferior de la foto sin alterar la imagen. Asegurar el anonimato en el uso de fotos de personas en la que no se muestre directamente el rostro y si hay algún menor de edad, difuminar la imagen. Presentar un permiso escrito por parte de la persona objeto de la foto que autorice al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social al uso de la misma en el manuscrito (identificando el título del artículo en específico, periodo de publicación y volumen de la revista). Acompañar la imagen con la fuente de procedencia o señalar si es de elaboración propia. Las fotos o imágenes de dominio público no requieren presentar la aprobación o permiso del autor para el uso de las mismas.
  - **Agradecimientos:** colocar en una sección separada antes de las referencias. Esta sección reconoce a aquellos actores que apoyaron la realización del trabajo de la propuesta, pero que no cumplen con los criterios de autor.
  - **Contribuciones del autor:** colocar en una sección separada antes de las referencias. Esta sección describe detalladamente los roles de los autores en cada sección de la propuesta de contribución.
  - **Citas y referencias:** normas ICMJE (antiguo Vancouver). Las referencias deben estar listadas al final de la propuesta en una nueva página. Se recomienda evitar citar artículos no revisados por pares.
  - **Aspectos éticos:** si aplica, colocar en la sección de metodología (siempre que la investigación realizada conlleve elementos éticos y bioéticos).
- Criterios generales de exclusión**  
Serán rechazadas las propuestas que cumplan con los siguientes criterios:
1. Tema no alineado a los intereses y enfoque de la revista.
  2. Sumisión duplicada. Propuestas de contribuciones sometidas en el mismo o en diferentes idiomas a dos revistas distintas simultáneamente o en la misma revista (si fue rechazada anteriormente).

3. Publicación duplicada. Propuesta de contribución cuyo contenido se encuentra en otra publicación.
4. Publicación segmentada. Propuesta de contribución cuyos hallazgos, o parte de ellos, se encuentran publicados en otra revista (o en la misma) sin agregar conocimiento nuevo al documento sometido y/o sin hacer referencia a la publicación anterior.
5. Falsificación o fabricación de datos. Propuestas de contribución que, posterior a la revisión general preliminar, posean hallazgos sugestivos de falsificación o fabricación de datos.
6. Plagio. Propuestas de contribución que, posterior a la revisión general preliminar, poseen hallazgos definitivos de plagio.
7. Problema ético. Propuestas de contribución que, posterior a la revisión general y/o por pares, poseen hallazgos sugestivos de irregularidades éticas en la metodología del estudio.
8. Inteligencia artificial. Propuestas de contribución que, posterior a la revisión general preliminar, poseen evidencias de uso de inteligencia artificial en la redacción del manuscrito.

### **Declaración de conflictos de interés Financieros y no financieros**

Todos los autores, revisores por pares, editores asociados y miembros del Comité Consultivo deben declarar cualquier relación o interés competitivo financiero o no financiero en los últimos 3 años o 36 meses, de acuerdo a las recomendaciones del ICMJE.

Algunos ejemplos de conflictos de intereses financieros:

- Subvenciones o contratos de cualquier entidad.
- Solicitudes de patentes individuales o pertenecientes a la institución a la que está afiliado.
- Becas de investigación.
- Pago u honorarios por consultoría, conferencias, presentaciones, redacción de manuscritos o participación en eventos educativos relacionados al tema del estudio.
- Relación con fabricantes de medicamentos, aún si estos no se mencionan en el manuscrito.
- Recepción de materiales, equipamiento, obsequios u otros servicios relacionados al estudio.

Por otro lado, son ejemplos de conflictos de intereses no financieros:

- Relación (remunerada o no) con organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, benéficas o instituciones de investigación que brindan financiamiento.
- Relaciones personales con personas involucradas en el proceso de gestión editorial.

Creencias personales relacionadas con el tema de la propuesta de contribución que podría interferir en la imparcialidad de la evaluación.

### **Para los autores de las propuestas de contribución**

Todos los autores de la propuesta de contribución deben someter adjunto la Declaración de Conflictos de Intereses, localizada en el documento Declaraciones del Autor. La declaración debe incluir:

- Todas las fuentes de financiamiento de la propuesta de contribución.
- Si el financiador tuvo algún papel en el diseño del estudio; recopilación, análisis e interpretación de datos; redacción del artículo; y/o decisión de someter a la revista para su publicación.
- Si ha sido o es miembro del Comité Consultivo de la revista, miembro del equipo editorial o editor asociado.
- Si forma parte de alguna organización que podría beneficiarse de la publicación de la propuesta de contribución.

La dirección de la revista, si fuera necesario, solicitará información adicional sobre los apoyos recibidos y las relaciones personales o institucionales que pudieran afectar la credibilidad de los resultados.

### **Para los miembros del Equipo Editorial, del Comité Consultivo y revisores por pares**

Todos los miembros del Equipo Editorial, miembros del Comité Consultivo y revisores por pares deberán declarar cualquier conflicto de interés relacionado con la propuesta de contribución asignada a través de la plataforma web de la revista. Se tomará en consideración las siguientes situaciones para estos fines:

- Participa como autor de la propuesta de contribución.
- Colabora o ha colaborado en los últimos 3 años con uno o varios de los autores de la propuesta de contribución.
- Posee relación monetaria con uno de los financiadores de la propuesta de contribución.
- Posee una relación personal con uno de los autores.

Aquellos que cumplan con una o más de estas condiciones serán descalificados para la evaluación de la propuesta de contribución a la que fue asignado.

### **Conflicto de interés no revelado**

En caso de conflicto de interés no revelado durante la fase de revisión o previa a la publicación de la propuesta de contribución, la Revista Dominicana

de Salud Pública pausará el proceso de revisión y publicación de la propuesta, solicitará a los involucrados las evidencias pertinentes, además de una nueva Declaración de Conflictos de Intereses firmada por los mismos. De ser enmendable, se reanudará el proceso de revisión y publicación. De no ser enmendable, se desestimará la contribución.

### ***Criterios según el tipo de artículo***

#### **Artículos de investigación**

Se considera un artículo de investigación al contenido que se presenta como resultado de un estudio que expone nuevos hallazgos sobre un problema o tema de interés dentro del campo de la salud pública.

Las propuestas de publicación de un artículo original, deberán contar con los siguientes elementos:

- **Página de título:** según las especificaciones descritas en el apartado *Criterios generales para publicación*.
- **Resumen y palabras claves:** según las especificaciones descritas en el apartado *Criterios generales para publicación*.
- **Introducción:** la intención de este acápite es de *permitirle al lector adquirir una idea precisa del tema tratado y de lo que ha de encontrar en el contenido de la publicación* (MISPAS, 2018), sin mostrar resultados ni conclusiones. Se sugiere que se incluya una breve reseña sobre los antecedentes, propósitos y/u objetivos de la investigación y una descripción sobre la teoría del problema.
- **Materiales y métodos:** donde deben incluirse la descripción de los diseños, elementos y procedimientos empleados para la recolección y análisis de datos de la investigación: tipo de estudio, muestreo y criterios de selección según tipo de muestreo (si fuera necesario), fuentes de información, instrumento de recolección, técnicas de levantamiento o recolección de la información, tipo de análisis, pruebas estadísticas empleadas (si fuera el caso), procesamiento de la información y las consideraciones éticas que fueran necesarias. En caso de que se emplearán técnicas cualitativas puede ser necesario explicitar con un mayor nivel de detalle lo relativo a los participantes en el estudio y cómo fueron seleccionados, los escenarios o ambientes en que se desarrolló el estudio, los métodos de observación y cómo se llevó a cabo el control de calidad de la información obtenida.
- **Hallazgos:** en este acápite es donde se presentan los resultados de la investigación, el cual debe estar redactado siguiendo un orden lógico, detallado, objetivo y conciso. A través del uso de gráficos, tablas, figuras e imágenes, destacar aquellos resultados más relevantes o innovadores vinculados al problema de

investigación. De ser necesario, indicar la significancia estadística de los datos analizados por medio de pruebas estadísticas.

- **Discusión:** en este acápite, se muestra el análisis de los resultados obtenidos y su comparación crítica con la literatura científica relevante, a nivel nacional e internacional, relacionado al tema de investigación. A su vez, se destacan las coincidencias o similitudes con otras publicaciones. Asimismo, en este acápite se presentan las limitaciones y las implicaciones que presentan dichos resultados.
- **Conclusiones:** se destacan las ideas finales producto de las reflexiones realizadas, basados en los hallazgos presentados.
- **Referencias bibliográficas** según las especificaciones descritas en el apartado *Criterios generales para publicación*.

Como criterios particulares, se debe de:

- **Incluir las siguientes secciones:** página de título, resumen y palabras claves, introducción, metodología, resultados, discusión, conclusiones y referencias.

- **Máximo de palabras de resumen o abstracto (excluyendo palabras claves):** 300 palabras.

- **Máximo de palabras de contenido de la propuesta (excluyendo las referencias, títulos y leyendas de tablas, figuras o gráficos):** 4,000 palabras.

- **Número de referencias mínimo:** 15 referencias bibliográficas. Para la redacción de cada sección, considerar las siguientes recomendaciones de las guías según el tipo de estudio (4):

- Observacional (Cohorte, Caso-control, Transversal): STROBE (Mejorar la comunicación de estudios observacionales en epidemiología, del inglés STrengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology).
- Experimental: CONSORT (Normas consolidadas para la presentación de información de ensayos del inglés Consolidated Standards Of Reporting Trials).
- Cualitativo: SRQR (Estándares para informar investigaciones cualitativas, del inglés Standards for Reporting Qualitative Research) o COREQ (Criterios Consolidados para el Reporte de Investigaciones Cualitativas, del inglés Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research).
- Evaluación económica: CHEERS (Estándares Consolidados de Reporte de Evaluaciones Económicas Sanitarias, del inglés Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards).

#### **Artículos de revisión**

Un artículo de revisión es *“el resultado de un estudio donde se analizan e integran los contenidos de varias investigaciones recientes sobre un mismo tema o campo del saber”* (MISPAS, 2018)

empleando metodologías propias para esta labor, con la intención de evidenciar los avances o limitaciones en el abordaje y tratamiento del tema.

Los artículos de revisión poseen distintas formas de clasificación (Goris, 2015). De acuerdo a la clasificación de Whittemore (Whittemore et al., 2014), los tipos de artículos de revisión son:

- **Revisión narrativa:** es aquella que abarca una visión general sobre un determinado tema, así como sobre uno o varios aspectos de una enfermedad como: definición, causas, fisiopatología, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento (Salinas, 2020).
- **Revisión integradora:** adopta un enfoque más riguroso y sistemático que la revisión narrativa. Se sumerge profundamente en un campo de estudio determinado, abarcando tanto la literatura empírica como teórica, con el objetivo de sintetizar el conocimiento metodológico y teórico disponible (Guirao, 2015).
- **Revisión panorámica:** son aquellas que identifican los conceptos clave de un área de investigación, principales fuentes y evidencias disponibles, especialmente cuando no hay suficiente reporte y es un área del conocimiento complejo (Whittemore et al., 2014).
- **Revisión paraguas:** es aquella que sintetiza hallazgos de las revisiones sistemáticas que abordan un mismo problema de salud, comparando revisiones con la misma pregunta de investigación (Chamberg-Michilot et al., 2021).
- **Revisión sistemática:** tiene una estructura más rigurosa y una pregunta de investigación establecida, presenta de forma resumida y ordenada los resultados encontrados y su conclusión deriva del análisis de dichos resultados (Salinas, 2020).
- **Meta análisis:** es la agrupación de datos obtenidos de distintos estudios, son métodos estadísticos que tienen como finalidad resumir y presentar los resultados de la revisión sistemática (Salinas, 2020).
- **Revisión de estudios mixtos:** se refiere a la combinación de diferentes enfoques de revisión, por ejemplo, combinación de investigación de estudios cualitativos y cuantitativos (Grant & Booth, 2009).
- **Síntesis cualitativa:** integra y estudia hallazgos de estudios cualitativos abordando un mismo problema o fenómeno (Grant & Booth, 2009).

Los artículos de revisión pueden incluir los siguientes elementos, considerando que existen leves

variaciones en función del tipo de revisión:

**Página de título:** según las especificaciones descritas en el apartado *Criterios generales para publicación*.

- **Resumen y palabras claves:** según las especificaciones descritas en el apartado *Criterios generales para publicación*.
- **Introducción:** corresponde donde se describe “*la pregunta o las preguntas que orientan el estudio, su importancia y su justificación según el tema a revisar*” (MISPAS, 2018).
- **Métodos:** se debe describir “*el tipo de revisión, las fuentes y el alcance de la revisión, las restricciones o limitaciones en el acceso y utilización de la información disponible, cuáles fueron las estrategias de búsqueda, los criterios de selección de los estudios, cuál fue el procedimiento para reducir sesgos y que estadísticos ha empleado*” (si aplica) (MISPAS, 2018).
- **Cuerpo de la revisión:** muestra los hallazgos más destacados de acuerdo con los propósitos de la revisión. Debe destacar y analizar las similitudes y diferencias entre los estudios revisados. Debe incluir una síntesis de lo analizado con sus respectivas argumentaciones. Puede incluir mapas conceptuales, cuadros resúmenes, imágenes y todo lo que considere conveniente para exponer sus argumentaciones.
- **Conclusiones:** se deben exponer los resultados obtenidos con la revisión. Es importante que se planteen nuevas hipótesis, nuevos abordajes o nuevas líneas de investigación que se deben desarrollar a corto plazo.
- **Referencias bibliográficas:** según las especificaciones descritas en el apartado *Criterios generales para publicación*.

De manera particular, se requiere:

#### *Revisión narrativa*

- Incluir las siguientes secciones: página de título, resumen y palabras claves, introducción, metodología, resultados, conclusiones y referencias bibliográficas.

- Máximo de palabras de resumen o abstracto (excluyendo palabras claves): 150 a 300 palabras.

- Máximo de palabras de contenido de la propuesta (excluyendo las referencias, títulos y leyendas de tablas, figuras o gráficos): 1,500 palabras.

- Número de referencias: 10-20 referencias bibliográficas.

#### *Revisión integradora*

- Incluir las siguientes secciones: página de título, resumen y palabras claves, introducción, metodología, resultados, conclusiones y referencias bibliográficas.

- Máximo de palabras de resumen o abstracto (excluyendo palabras claves): 150 a 300 palabras.

- Máximo de palabras de contenido de la propuesta (excluyendo las referencias, títulos y leyendas de

tablas, figuras o gráficos): 1,500 palabras.

- Número de referencias: 10-20 referencias bibliográficas.

#### *Revisión panorámica*

- Incluir las siguientes secciones: página de título, resumen y palabras claves, introducción, metodología, resultados, discusión, conclusiones y referencias.

- Máximo de palabras de resumen o abstracto (excluyendo palabras claves): 150 a 300 palabras.

- Máximo de palabras de contenido de la propuesta (excluyendo las referencias, títulos y leyendas de tablas, figuras o gráficos): 1,500 palabras.

- Número de referencias: 10-20 referencias bibliográficas.

- Para la redacción de cada sección, considerar las recomendaciones de la guía PRISMA-ScR.

#### *Revisión paraguas*

- Incluir las siguientes secciones: página de título, resumen y palabras claves, introducción, metodología, resultados, conclusiones y referencias bibliográficas.

- Máximo de palabras de resumen o abstracto (excluyendo palabras claves): 300 palabras.

- Máximo de palabras de contenido de la propuesta (excluyendo las referencias, títulos y leyendas de tablas, figuras o gráficos): 2,500 palabras.

- Número de referencias: 10-20 referencias bibliográficas.

#### *Revisión sistemática y meta análisis*

- Incluir las siguientes secciones: página de título, resumen y palabras claves, introducción, metodología, resultados, discusión, conclusiones y referencias.

- Máximo de palabras de resumen o abstracto (excluyendo palabras claves): 300 palabras.

- Máximo de palabras de contenido de la propuesta (excluyendo las referencias, títulos y leyendas de tablas, figuras o gráficos): 4,500 palabras.

- Número de referencias: 60-100 referencias bibliográficas.

- Para la redacción de cada sección, considerar las recomendaciones de la guía PRISMA (Items de Reporte Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis, del inglés Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses).

#### *Revisión de estudios mixtos*

- Incluir las siguientes secciones: página de título, resumen y palabras claves, introducción, metodología, resultados, conclusiones y referencias bibliográficas.

- Máximo de palabras de resumen o abstracto (excluyendo palabras claves): 300 palabras.

- Máximo de palabras de contenido de la propuesta (excluyendo las referencias, títulos y leyendas de tablas, figuras o gráficos): 4,500 palabras.

- Número de referencias: 30-70 referencias bibliográficas.

#### *Síntesis de evidencia cualitativa*

- Incluir las siguientes secciones: página de título, resumen y palabras claves, introducción, metodología, resultados, discusión, conclusiones y referencias.

- Máximo de palabras de resumen o abstracto (excluyendo palabras claves): 300 palabras.

- Máximo de palabras de contenido de la propuesta (excluyendo las referencias, títulos y leyendas de tablas, figuras o gráficos): 4,500 palabras.

- Número de referencias: 30-70 referencias bibliográficas.

- Para la redacción de cada sección, considerar las recomendaciones de la guía de Cochrane para síntesis de evidencia cualitativa (Glenton, C., et al, 2023).

#### **Artículos de casos de estudio en salud pública**

La característica principal de este tipo de artículo es que hace referencia a una o varias experiencias prácticas que se está desarrollando o que se pretende desarrollar alrededor de una situación en el campo de la salud pública, cuyo análisis es importante para generar evidencias para la toma de decisiones futuras. Para ello, hace uso de informaciones producidas por el caso o por experiencias previas, aún fueran de otros países.

Los artículos de casos de estudio deberán contar con los siguientes apartados:

- **Página de título:** según las especificaciones descritas en el apartado *Criterios generales para publicación*.
- **Resumen y palabras claves:** según las especificaciones descritas en el apartado *Criterios generales para publicación*.
- **Introducción:** se expone el caso y sus antecedentes, relevancia actual del tema que aborda, así como el propósito del artículo.
- **Métodos:** se debe incluir los procedimientos utilizados para recolectar la información, incluyendo entrevistas (si aplica) a informantes, revisión de la literatura o de datos secundarios, evaluación del sitio donde ocurre el caso y análisis de datos.
- **Hallazgos e interpretaciones:** debe exponer los hallazgos más destacados de acuerdo con el propósito del caso de estudio, incluyendo evolución del caso y su situación actual. Se debe exponer un análisis de lo acontecido, de los avances que ha provocado o de sus fallas y riesgos, fundamentadas de manera objetiva. Se incluyen las reflexiones sobre los cambios que se han producido o se producirán en su desarrollo y las implicaciones que esto trae consigo. Comparar con lo establecido en otros estudios. Puede incluir mapas conceptuales, cuadros resúmenes, imágenes y todo lo que considere conveniente para desarrollar esta sección.

- **Conclusión:** donde se destacan las ideas finales producto de las reflexiones realizadas, basados en los hallazgos presentados.
- **Referencias bibliográficas:** según las especificaciones antes descritas.

De manera particular, se requiere:

- Incluir las siguientes secciones: página de título, resumen y palabras claves, introducción, metodología, hallazgos e interpretaciones, conclusión y referencias bibliográficas.
- Máximo de palabras de resumen o abstracto (excluyendo palabras claves): 300 palabras.
- Máximo de palabras de contenido de la propuesta (excluyendo las referencias, títulos y leyendas de tablas, figuras o gráficos): 2,000 palabras.
- Número de referencias: 5-25 referencias bibliográficas.

### Ensayos

Los ensayos son escritos alrededor de un tema o una problemática que han de orientarse a generar una discusión y un debate que permita mejorar la observación de un problema o cambiar una intervención dentro del campo de la salud pública que se fundamenta en una reflexión profunda de lo que acontece a partir del análisis de informaciones objetivas y actualizadas provenientes de una amplia y pertinente documentación.

Los ensayos deberán contar con los siguientes apartados:

- **Página de título:** según las especificaciones descritas en el apartado *Criterios generales para publicación*.
- **Resumen y palabras claves:** según las especificaciones descritas en el apartado *Criterios generales para publicación*.
- **Introducción:** se expone un esbozo del tema a tratar, se presenta la tesis a defender y los objetivos del ensayo para favorecer una mejor comprensión del contenido.
- **Desarrollo del tema:** se sustenta la tesis presentada sobre la base de planteamientos propios o de informaciones objetivas de otras fuentes con reconocimiento en el tema.
- **Conclusiones:** se expone una síntesis de lo presentado y se hace una propuesta a partir de la síntesis.
- **Referencias bibliográficas:** según las especificaciones descritas anteriormente con la diferencia que se ha de limitar a las fuentes de donde se obtuvo la información para el ensayo.

De manera particular, se requiere:

- Incluir las siguientes secciones: página de título, resumen y palabras claves, introducción, desarrollo del tema, conclusiones y referencias.
- Máximo de palabras de contenido de la propuesta (excluyendo las referencias): 1,500-2,000 palabras.
- Número de referencias: 5-15 referencias bibliográficas.

### Síntesis de evidencia cualitativa

- Incluir las siguientes secciones: página de título, resumen y palabras claves, introducción, metodología, resultados, discusión, conclusiones y referencias.
- Máximo de palabras de resumen o abstracto (excluyendo palabras claves): 300 palabras.
- Máximo de palabras de contenido de la propuesta (excluyendo las referencias, títulos y leyendas de tablas, figuras o gráficos): 4,500 palabras.
- Número de referencias: 30-70 referencias bibliográficas.
- Para la redacción de cada sección, considerar las recomendaciones de la guía de Cochrane para síntesis de evidencia cualitativa (Glenton, C., et al, 2023).

### Artículos de opinión y/o de reflexión

El artículo de opinión o reflexión debe tener un enfoque científico, aunque sea elaborado desde un punto de vista personal del autor. Es necesario sustentar las opiniones en evidencias objetivas, por tanto, el aspecto principal de un artículo de opinión o de reflexión es la sustentación de una tesis y los argumentos que la sustentan que deben ser el producto de una reflexión que recrea el artículo.

Los artículos de opinión o de reflexión deberán contar con los siguientes apartados:

- **Página de título:** según las especificaciones descritas en el apartado *Criterios generales para publicación*.
- **Introducción:** debe mostrar “*el punto de vista que se hace sobre el tema o problema que aborda. Debe contener una descripción del tema que es objeto de la reflexión, una síntesis de las posiciones que sobre el tema van a ser rebatidas, así como una síntesis de los argumentos en que se sustenta*” (MISPAS, 2018).
- **Discusión:** corresponde desarrollar en extenso las teorías que sostiene el artículo y las argumentaciones en que se sostiene. Preferiblemente, ha de incluir una descripción del tema que trata y de las posiciones que se han de debatir seguidas de las críticas que se han construido. Es preferible que se presenten en párrafos separados. Pueden incluirse recursos gráficos y tablas que apoyen la exposición.
- **Conclusiones:** se trata de brindar un resumen de lo tratado, breve y conciso. Es importante que se refiera a los aportes que se hacen y el riesgo que se provoca de no variar el enfoque o el abordaje del tema.
- **Referencias bibliográficas:** según las especificaciones descritas en el apartado *Criterios generales para publicación*.

En este caso en especial:

- Incluir las siguientes secciones: página de título, introducción, discusión, conclusiones y referencias.

- Máximo de palabras de contenido de la propuesta (excluyendo las referencias): 1,500-2,000 palabras.
- Número de referencias: 5-15 referencias bibliográficas.

### Artículos de actualización

El aporte fundamental del artículo de actualización es mostrar un avance en el conocimiento en el campo de la salud pública para el caso de la revista. El propósito es mostrar la importancia de esta novedad y sus implicaciones prácticas, por lo que pretende provocar un análisis y una discusión alrededor de este nuevo conocimiento. Es importante destacar que no se trata de simplemente divulgar un nuevo conocimiento sino de presentar sus implicaciones prácticas para la toma de decisiones futuras.

Los artículos de actualización deberán contar con los siguientes apartados:

- **Página de título:** según las especificaciones descritas en el apartado *Criterios generales para publicación*.
- **Introducción:** en esta sección se pretende presentar de forma general, a qué se refiere el artículo, de qué nuevo conocimiento se expone y sobre la necesidad de conocer y actualizarse en el tema a partir del mismo.
- **Desarrollo:** en el que se expone de forma detallada el tema incluyendo como se ha producido este avance y el porqué es una propuesta de actualización que debe ser tomada en cuenta. La información por colocar se orienta a informar lo más posible a sus lectores.
- **Conclusiones:** se reiteran los puntos de mayor importancia que se han desarrollado y se proponen los pasos a seguir.
- **Referencias bibliográficas:** según las especificaciones descritas con anterioridad, pero limitadas a fuentes sólo referidas al tema que se propone actualizar.

Concretamente, se requiere:

- Incluir las siguientes secciones: página de título, introducción, desarrollo, conclusiones y referencias.
- Máximo de palabras de contenido de la propuesta (excluyendo las referencias): 1,500-2,000 palabras.
- Número de referencias: 5-15 referencias bibliográficas.

### Cartas al editor

En el caso de los comentarios a la dirección de la revista, son escritos cortos que reportan una objeción a un contenido antes publicado y que se considera que debe ser corregido o es un medio para resaltar un hecho que ha pasado por alto un aspecto, el cual posee importantes implicaciones.

Es, por tanto, la exposición de una crítica o una

sugerencia a un contenido que ha sido publicado o ha sido omitido por la revista (se indica que tiene que referirse a los dos últimos números), aunque, en algunos casos, puede ser que se haga referencia a lo publicado en otra revista.

La crítica puede hacerse al manejo conceptual del tema o a la metodología empleada o al análisis desarrollado.

El propósito es generar una polémica que permita debatir sobre los puntos fuertes o no de una publicación y lo que esto implica en el desarrollo de la salud pública.

Deberá contar con los siguientes contenidos:

- **Lugar y fecha:** se debe identificar desde donde se remite la carta y la fecha en que esto se hace.
- **Título:** que señale el tema a tratar de forma breve y concisa.
- **Destinatario:** se debe indicar a quién se dirige la comunicación. Preferiblemente, se ha de colocar como “Editor de la Revista Dominicana de Salud Pública”.
- **Cuerpo de la comunicación:** se debe exponer las consideraciones que se pretenden comunicar. Se sugiere una estructura a partir de párrafos. El primero de ellos debe presentar a los autores de la comunicación, el motivo de la comunicación, así como al autor, título y fecha del artículo al que se hace referencia. Los siguientes párrafos, no más de tres (3), exponen sus argumentos. El último párrafo, se sugiere que incluya un resumen de las conclusiones. Para mejorar la comunicación, puede agregarse una (1) tabla, gráfica o esquema.
- **Firma de la carta:** esta debe ser firmada por todas las personas que se definieron al inicio del cuerpo de la comunicación.
- **Referencias bibliográficas:** si se mencionan en el cuerpo de la comunicación referencias bibliográficas, estas deben colocarse al final del escrito.

De manera precisa, se requiere:

- Incluir los siguientes contenidos: dirección completa del remitente, fecha, dirección del editor receptor, asunto o título, cuerpo de la carta, cierre de cortesía, la firma, el nombre y la designación (si aplica), y referencias bibliográficas.
- Máximo de palabras de contenido de la propuesta (excluyendo las referencias bibliográficas): 200-500 palabras.
- Número de referencias máximo: 5 referencias bibliográficas.

### Comunicaciones exclusivas de la Revista Dominicana de Salud Pública

Se trata de contenidos elaborados por la dirección de la revista, tales como el artículo editorial, las reseñas bibliográficas o de eventos, los informes especiales,

las traducciones de artículos y entrevistas.

En el artículo editorial se expone, de forma concisa, la opinión oficial de la dirección de la revista ante un hecho o un tema considerado de interés en el campo de la salud pública. La intención es generar una reflexión entre los lectores. Se ha de sustentar en informaciones confiables que ayuden a contextualizar el tema y desarrollar una argumentación bajo un análisis lógico y una clara exposición. Se supone que es el resultado de una revisión documental objetiva.

La dirección de la revista podrá incluir en sus contenidos reseñas bibliográficas y de eventos, así como traducciones de artículos que considere resulten de interés para el desarrollo de la salud pública como ciencia, nacionales como internacionales, recientes. Cuando se trate de una reseña, esta deberá contener el título de la obra o del evento, su descripción en algunos párrafos, sus principales aportes y una reflexión final breve que motive al lector. Si se tratara de una traducción, esta debe respetar la forma en que se estructura el artículo que es traducido.

Las entrevistas y comentarios hacen referencia a actividades desarrolladas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social u otra institución en la que se valoran las opiniones de expertos en algún tema del campo de la salud pública, y cuyos contenidos se definan como de interés para el desarrollo de este campo de conocimientos. Su redacción estará decidida por los formatos que siguen este tipo de contenido.

Los informes especiales hacen referencia a investigaciones o estudios que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, desarrolla sobre temas de salud pública, tanto por su cuenta como en conjunto con otras instituciones nacionales o internacionales. Sus contenidos son similares a los artículos originales de investigación.

En específico, se requiere:

- Incluir las siguientes secciones: página de título, resumen y palabras claves, introducción, desarrollo del tema, conclusiones y referencias bibliográficas.
- Máximo de palabras de contenido de la propuesta (excluyendo las referencias bibliográficas): 1,500-2,000 palabras.
- Número de referencias máximo: 15 referencias bibliográficas.

#### **Comunicaciones cortas y protocolos de investigación**

Las *comunicaciones cortas o breve reporte* son contenidos que presentan de manera concisa y directa los resultados de una investigación o un estudio. Se caracteriza por su brevedad y su enfoque puntual en los aspectos más relevantes del trabajo realizado.

Un *protocolo de investigación* es un tipo de contenido que presenta el plan de diseño, metodología y análisis de un estudio que se pretende realizar para abordar un problema o pregunta de investigación.

Particularmente, las comunicaciones cortas o breves reportes requieren:

- Incluir las siguientes secciones: página de título, resumen y palabras claves, desarrollo del tema y referencias bibliográficas.
- Máximo de palabras de resumen o abstracto sin subdivisiones (excluyendo palabras claves): 100 palabras.
- Máximo de palabras de contenido de la propuesta (excluyendo las referencias bibliográficas y títulos y leyendas de tablas, figuras o gráficos): 1,500 palabras.
- Figuras, tablas o gráficos: máximo 2.
- Número de referencias: 5-10 referencias bibliográficas.

Por otro lado, los protocolos de investigación requieren:

- Incluir las siguientes secciones: página de título, resumen y palabras claves, introducción, metodología, discusión, conclusiones y referencias bibliográficas.
- Máximo de palabras de resumen o abstracto (excluyendo palabras claves): 300 palabras.
- Máximo de palabras de contenido de la propuesta (excluyendo las referencias, títulos y leyendas de tablas o figuras): 3,000 palabras.
- Número de referencias: 25-50 referencias bibliográficas.

Para la redacción de cada sección, considerar las recomendaciones de las siguientes guías:

*Estudios experimentales:* SPIRIT (Protocolo estándar: recomendaciones para ensayos intervencionistas, del inglés Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials).

*Revisiones sistemáticas y meta-análisis:* PRISMA-P (Elementos de informes preferidos para la revisión sistemática y protocolos de metanálisis, del inglés Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols).

Para más información sobre el uso de inteligencia artificial (IA), plagio, correcciones, retractaciones y otros, favor leer detenidamente el documento *Normas generales para la implementación de la Revista Dominicana de Salud Pública (2024)*, de acceso público en el Repositorio Institucional del MISPA3, a través del siguiente enlace: <https://repositorio.msp.gov.do/handle/123456789/2344>



## REVISTA DOMINICANA DE SALUD PÚBLICA

---



### SALUD PÚBLICA

Dirección de Investigación en Salud (DISA)

Viceministerio de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)

Av. Dr. Héctor Homero Hernández, Esq. Av. Tiradentes, Ens. La Fe Santo Domingo, R.D

Tel. (809) 541-3121. Ext. 9107

Correo: [dinisa@ministeriodesalud.gob.do](mailto:dinisa@ministeriodesalud.gob.do)



@SaludPublicaRD

<https://rdsp.msp.gob.do/>