

EVALUACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD PUERTO RICO 2025

DEPARTAMENTO DE SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Gobierno de Puerto Rico
Departamento de Salud
Evaluación del Estado de la Salud Puerto Rico 2025

Dr. Víctor M. Ramos Otero, MD, MBA
Secretario de Salud

Lourdes I. Romero Reyes, MBA
Directora
Oficina de Planificación y Desarrollo

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Dr. Víctor M. Ramos Otero, MD, MBA
Secretario de Salud

Lourdes I. Romero Reyes, MBA
Directora
Oficina de Planificación y Desarrollo

Desarrollo y apoyo logístico:
Oficina de Planificación y Desarrollo

Diseño creativo:
José F. Sánchez Lozada, MS
Diseñador Gráfico de Medios Digitales

Políticas para uso y reproducción: Bajo los términos de esta licencia usted puede copiar, redistribuir y adaptar el presente trabajo para propósitos no comerciales, siempre que el documento sea citado adecuadamente a tenor con la referencia aquí presentada. Ninguna modalidad de este trabajo debe sugerir de manera alguna que el Departamento de Salud de Puerto Rico endosa a organizaciones específicas, productos o servicios. Se prohíbe la utilización del logo del Departamento de Salud. Si adapta este trabajo, deberá licenciar su producto bajo el mismo tipo, acceso o, en su lugar, alguno equivalente. Si usted crea alguna traducción de este trabajo, deberá incluir la siguiente nota junto a la citación sugerida: "Esta traducción no fue creada por el Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR). El DSPR no se responsabiliza por el contenido o exactitud de la presente traducción. La versión en español será considerada como vinculante y auténtica.

El Departamento de Salud de Puerto Rico ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en el presente documento.

Para obtener publicaciones relacionadas o de otra índole, puede acceder a https://salud.pr.gov. Para someter cualquier comentario, interrogante o sugerencia, favor escribir a documentosplanificacionds@salud.pr.gov

Partes de la redacción narrativa de la Evaluación del Estado de la Salud Puerto Rico 2025 fueron revisadas con apoyo de herramientas de inteligencia artificial. Sin embargo, los análisis de datos estadísticos y cualitativos, gráficas, hallazgos, interpretaciones y conclusiones presentadas en el documento fueron realizados exclusivamente por el equipo de trabajo del Departamento de Salud, sin utilización de este tipo de herramientas. Todo el contenido fue revisado, validado y editado por el equipo antes de su publicación, procurando la precisión y confiabilidad de la información presentada.

Citación sugerida: Departamento de Salud de Puerto Rico (2026). Evaluación del Estado de la Salud Puerto Rico 2025. Oficina de Planificación y Desarrollo.

This work is supported by funds made available from the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) of the U.S. Department of Health and Human Services (HHS), National Center for STLT Public Health Infrastructure and Workforce, through OE22-2203: Strengthening U.S. Public Health Infrastructure, Workforce, and Data Systems grant. The contents are those of the author(s) and do not necessarily represent the official views of, nor an endorsement, by CDC/HHS, or the U.S. Government.



MENSAJE DEL SECRETARIO DE SALUD

Me enorgullece presentar la Evaluación del Estado de la Salud para Puerto Rico 2025, un esfuerzo liderado por el Departamento de Salud (DS) con el propósito de consolidar información estadística clave sobre la salud pública en nuestra isla. Este informe ofrece una radiografía clara y actualizada de indicadores clave de salud de que impactan la vida de todos los habitantes de Puerto Rico, permitiéndonos comprender mejor las necesidades de nuestra población, así como orientar eficazmente la distribución de los recursos que tenemos disponibles.

Nuestro objetivo es aportar una herramienta que fortalezca los procesos de planificación y la formulación de política pública, con miras a mejorar la calidad de vida en Puerto Rico. Aspiramos a un país saludable, en el que cada persona pueda disfrutar de bienestar integral.

Como agencia líder en salud pública, reafirmamos nuestro compromiso con la implementación de una gestión pública informada por la evidencia, tal como establecen nuestros principios rectores. Para lograr avances sostenidos, contar con datos precisos y actualizados —como los provistos por esta Evaluación del Estado de la Salud— es fundamental.

Expreso mi más profundo agradecimiento al personal del Departamento de Salud, a nuestros colaboradores externos y las comunidades, quienes día a día aportan con invaluable dedicación al fortalecimiento de la salud pública en Puerto Rico.



Dr. Víctor M. Ramos Otero, MD, MBA
Secretario de Salud

Tabla de Contenido

Introducción 6

Conceptos claves 12

Colaboradores 17

Metodología 21

Consideraciones generales 28

¿Qué sucede después de la evaluación? 36

Conclusión 39

Limitaciones 43

Resúmenes ejecutivos 46

Sección 1: Encuesta de comunidad 77

Sección 2: Conversaciones regionales 171

Sección 3: Evaluación de la situación de la comunidad 254

- Capítulo 1: Características sociodemográficas de la población de Puerto Rico 255
- Capítulo 2: Estadísticas vitales 326
- Capítulo 3: Comportamientos de riesgo y enfermedades crónicas 370
- Capítulo 4: Cáncer 426
- Capítulo 5: Enfermedades infecciosas 452
- Capítulo 6: Salud mental 507
- Capítulo 7: Uso de sustancias psicoactivas 541
- Capítulo 8: Médicos y profesionales de la salud en Puerto Rico 578

Anejos 622

Introducción

Como agencia líder del sistema de salud pública de Puerto Rico, una de las prioridades fundamentales del Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR) es comprender el estado de salud de nuestra población. Conocerlo resulta esencial para cumplir con nuestra misión: diseñar e implantar una política pública precisa y efectiva que propicie el desarrollo de comunidades saludables en el país.

La salud de la comunidad es el reflejo de muchos factores: cómo vivimos, trabajamos, aprendemos y nos relacionamos. Por eso, el Departamento de Salud de Puerto Rico ha realizado esta **Evaluación del Estado de la Salud**, un esfuerzo para entender, de manera clara y participativa, cuáles son las necesidades, fortalezas y retos de salud que enfrentan las personas en todo el país.

Puerto Rico atraviesa tiempos trascendentales. Las circunstancias económicas y sociales han evolucionado de manera rápida y contundente durante los últimos años. La prolongada situación económica que vive el país y subsecuente bancarrota gubernamental, el impacto de los huracanes Irma, María y Fiona, los terremotos y la llegada del COVID-19 en 2020 marcaron sobremanera la memoria colectiva de la sociedad puertorriqueña. Consecuentemente, el Puerto Rico del 2014, cuando se realizó la última evaluación de este tipo, no es el mismo que vivimos en la actualidad.

La Evaluación del Estado de la Salud no es un ejercicio fortuito, sino una reafirmación del compromiso del DSPR con el bienestar y la consecución del derecho a la salud de todos los puertorriqueños. Es una herramienta para la acción. Sus resultados servirán para orientar la planificación, la inversión y la creación de políticas públicas que respondan a las verdaderas necesidades de la población. También busca fortalecer la colaboración entre agencias, entidades y comunidades, promoviendo la equidad y la participación de todos los sectores.

De esta manera, se cimentan las bases para construir un Puerto Rico más saludable, resiliente y justo, donde cada persona tenga la oportunidad de alcanzar su máximo bienestar.

¿Qué significa?

Una Evaluación Estatal de la Salud (conocida como *State Health Assessment* o SHA) es un proceso integral que examina la situación de salud de un estado con el fin de identificar necesidades prioritarias y retos emergentes. Este análisis se basa en la recopilación y estudio sistemático de información tanto cuantitativa como cualitativa, proveniente de distintas fuentes primarias y secundarias. A tenor de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), el enfoque de este proceso suele apoyarse en varios principios fundamentales, entre ellos:

1. La colaboración activa entre sectores diversos, con el propósito de sostener una visión colectiva y coordinada en todas las etapas relacionadas con la mejora de la salud pública, desde el análisis inicial hasta la planificación, implementación y evaluación de iniciativas.
2. Una participación amplia y representativa de la comunidad, asegurando que personas de diferentes grupos y experiencias puedan compartir sus ideas y necesidades para fortalecer los resultados del proceso.
3. Una concepción inclusiva de lo que constituye una comunidad, permitiendo identificar tanto problemas que afectan a muchas personas, como estrategias más focalizadas para atender desigualdades entre distintos grupos poblacionales.
4. La promoción de la transparencia durante todo el proceso, con el fin de facilitar la participación informada y asegurar la rendición de cuentas.

5. Las acciones y recomendaciones se basan en datos y evidencia científica, así como en fomentar enfoques innovadores acompañados de una evaluación rigurosa.
6. La integración de mecanismos de evaluación continua que permitan ajustar y perfeccionar las estrategias para mejorar la salud pública.
7. La utilización de datos confiables y de alta calidad, obtenidos y compartidos entre diferentes fuentes públicas y no gubernamentales.

¿Por qué es importante para Puerto Rico?

La Evaluación del Estado de la Salud de Puerto Rico 2025 fue producto de un proceso sistemático y participativo que tuvo como propósito principal identificar las necesidades, prioridades y activos de salud pública en la población puertorriqueña. En ese sentido, la Evaluación presenta una compilación de indicadores estadísticos y datos contextuales relevantes para presentar la radiografía del estado de la salud de los habitantes de Puerto Rico en un momento determinado. El desarrollo de esta iniciativa se fundamenta en la metodología MAPP 2.0 (*Mobilizing for Action through Planning and Partnerships*), desarrollada por la Asociación Nacional de Oficiales de Salud Locales (NACCHO, por sus siglas en inglés), una organización no gubernamental que sirve de referente nacional sobre los mejores estándares de la gestión pública en salud. La metodología MAPP 2.0 promueve la colaboración multisectorial, la participación comunitaria y el uso de datos cuantitativos y cualitativos para orientar la planificación estratégica en salud pública.

A través del desarrollo de la Evaluación del Estado de la Salud, el DSPR busca lo siguiente:

1. Presentar un panorama general del estado de salud de la población de Puerto Rico: recopilar y analizar datos epidemiológicos, demográficos y sociales para

obtener una radiografía integral de las condiciones de salud, los determinantes sociales y las tendencias que afectan a las comunidades en Puerto Rico.

2. Identificar desigualdades en los resultados de salud pública y determinantes sociales que impactan la salud colectiva: reconocer las desigualdades existentes en el acceso, la calidad y los resultados de salud, considerando factores como pobreza, envejecimiento poblacional, educación, empleo, vivienda, ambiente y acceso a servicios de salud.
3. Involucrar a la comunidad y actores clave en la planificación y formulación de política pública de Puerto Rico: fomentar la participación de organizaciones comunitarias, líderes locales, entidades gubernamentales, sector privado y la ciudadanía en la identificación de prioridades, activos y barreras para la salud.
4. Fortalecer la colaboración multisectorial: promover alianzas entre sectores y regiones para abordar los retos de salud pública de manera coordinada, eficiente y sensible al contexto local.
5. Orientar la toma de decisiones y la política pública: proveer evidencia contextualizada que sirva de base para la formulación, implementación y evaluación de políticas, programas e intervenciones dirigidas a mejorar la salud y el bienestar de la población.
6. Impulsar la mejora continua y la acreditación en salud pública: cumplir con los requisitos de acreditación y establecer mecanismos de monitoreo y evaluación que permitan la mejora continua de los servicios y sistemas de salud pública en Puerto Rico.

¿Cómo se realizó en Puerto Rico?

La metodología MAPP 2.0 es un proceso que pone en el centro la voz de la comunidad y la colaboración entre diferentes sectores. Su meta es lograr que las

decisiones sobre salud pública se tomen con base en datos confiables y en la experiencia real de las personas. La Evaluación del Estado de la Salud de Puerto Rico, bajo el marco MAPP 2.0, integra múltiples fuentes de información y perspectivas, incluyendo:

- Encuesta de la comunidad: Recogió las percepciones, experiencia y capacidades de organizaciones, líderes y sectores que influyen en la salud de la población.
- Conversaciones regionales: Espacios participativos de diálogo donde representantes comunitarios y entidades colaboradoras compartieron y profundizaron sobre sus percepciones en cuanto a prioridades, fortalezas, barreras y oportunidades desde el contexto local.
- Evaluación de la salud de la comunidad: Análisis de datos estadísticos sociodemográficos, sobre enfermedades, condiciones sociales, acceso a servicios y otros indicadores clave para la salud pública, en aras de brindar una perspectiva del estado de salud actual.
- Análisis de activos y recursos: Identificación de capacidades institucionales y comunitarias para la acción en salud pública.

El proceso fue inclusivo y transparente. Se invitó a participar a personas de diferentes edades, regiones y sectores, asegurando que la diversidad de voces estuviera representada. Además, se combinaron datos cuantitativos (números y estadísticas) con información cualitativa (historias, opiniones y experiencias), para tener una visión completa y realista de la salud en Puerto Rico.

Este enfoque permite no solo describir las condiciones actuales, sino también comprender las causas subyacentes de las inequidades y orientar estrategias innovadoras y basadas en evidencia para la transformación del sistema de salud

Los resultados obtenidos y hallazgos identificados servirán para orientar la planificación, la inversión y la creación de políticas públicas que respondan a las verdaderas necesidades de la población. También busca fortalecer la colaboración entre agencias, organizaciones y comunidades, promoviendo la equidad y la participación de todos los sectores.

La acreditación en salud pública: Por un Puerto Rico más saludable

Una razón fundamental para emprender el desarrollo de la Evaluación del Estado de la Salud es el interés del DSPR en lograr la acreditación en salud pública emitida por la Junta Acreditadora en Salud Pública (PHAB, por sus siglas en inglés). Este proceso interesa mejorar y proteger la salud de la población mediante el impulso y transformación de la calidad y el desempeño en la agencia de salud pública solicitante. La acreditación en sí involucra medir el desempeño de una agencia de salud pública —en este caso el DSPR— mediante una serie de parámetros reconocidos a nivel nacional, enfocados en la práctica y basados en la evidencia. De alcanzarse los valores establecidos, se emite la acreditación como un reconocimiento al cumplimiento.

En 2019, el DSPR inició los correspondientes procesos para obtener la acreditación de la PHAB, lo que continúa activamente al momento de preparar esta publicación. A tenor de ello, la agencia se ha propuesto como meta la revisión de sus documentos fundantes, de modo que se encuentren atemperados a las realidades contemporáneas del país. En ese sentido, la Evaluación es uno de los prerrequisitos que la PHAB solicita para el proceso de acreditación.



CONCEPTOS **CLAVES**

Una visión de futuro para la salud de Puerto Rico

Una de las prioridades en el desarrollo de la Evaluación del Estado de la Salud fue construir una visión comunitaria que reflejara auténticamente las prioridades, valores y aspiraciones de la población puertorriqueña. En Puerto Rico, donde convergen un fuerte arraigo cultural y desafíos sociales particulares, esta visión común permitió articular temas críticos que unificaron a los distintos actores del sistema de salud y aseguraron que las estrategias generadas fueran culturalmente pertinentes.

La identidad comunitaria y la trayectoria de resiliencia de Puerto Rico hacen que contar con una visión compartida fortalezca tanto la pertinencia de la evaluación como el sentido de pertenencia y corresponsabilidad. Esto facilita que los hallazgos se traduzcan en acciones coordinadas en las siguientes fases del proceso de mejora continua en salud, adaptadas a factores como las limitaciones del sistema y los determinantes sociales propios del contexto local. En síntesis, una visión construida colectivamente es esencial para que el proceso sea inclusivo, legítimo y resonante culturalmente, alineando recursos hacia una salud pública más equitativa y sostenible.

La visión comunitaria generada por la Evaluación del Estado de la Salud es la que sigue:

> ***Aspiramos a que todas las personas y comunidades, sin importar su edad, condición o lugar de residencia, logren su máximo potencial de bienestar físico, mental y social de manera integral, equitativa, colaborativa y con acceso a servicios de calidad.***

Esta visión surge del compromiso de las comunidades y sectores que participaron en la evaluación. Mediante encuestas, diálogos regionales y espacios de reflexión, emergieron valores compartidos que destacan la equidad, la dignidad, la

colaboración y el acceso justo a servicios esenciales. La visión recoge estas aspiraciones y se fundamenta en los principios de participación, inclusión y enfoque comunitario que guían la metodología MAPP 2.0 de NACCHO, trazando un rumbo común hacia un Puerto Rico más saludable, solidario y resiliente.

A continuación, se presentan los componentes esenciales de esta visión:

- **Resiliencia y solidaridad:** El documento resalta la capacidad de las comunidades para organizarse, responder ante desastres, y apoyarse mutuamente, especialmente tras huracanes, terremotos y la pandemia. La solidaridad y la autogestión comunitaria son activos clave.
- **Acceso universal y equidad:** Se identifican barreras de acceso por región, edad, condición socioeconómica y discapacidad. La visión de acceso integral y equitativo responde a la necesidad de eliminar estas desigualdades.
- **Colaboración multisectorial y liderazgo comunitario:** Tanto la Encuesta como las Conversaciones Regionales destacan la importancia de alianzas entre sectores, la participación de líderes comunitarios y la colaboración entre entidades públicas, privadas y comunitarias para mejorar la salud.
- **Bienestar integral:** El bienestar físico, mental y social es una definición recurrente de "comunidad saludable" en las voces recogidas.
- **Entornos seguros, inclusivos y sostenibles:** Se identifican retos en infraestructura, seguridad, vivienda, transportación y ambiente, y se reconoce la importancia de entornos que promuevan la salud y la inclusión.

Las comunidades como uno de los pilares fundamentales

Las comunidades representan un recurso esencial dentro del sistema de salud, ya que funcionan como redes de apoyo, espacios compartidos y grupos con intereses

y necesidades comunes. Su visión surgió de conversaciones regionales donde participantes describieron la comunidad como un entorno que debe garantizar acceso a servicios básicos, bienestar integral y alfabetización en salud.

Por el camino de la equidad en salud

El Departamento de Salud de Puerto Rico se compromete a promover el acceso equitativo a la atención médica. Para ello, recorrió las regiones de Puerto Rico y consultó a líderes comunitarios, entidades y profesionales sobre su visión de equidad en salud. Las comunidades la definieron como la garantía de acceso y disponibilidad de servicios, justicia social, derechos humanos, atención integral e individualizada y promoción de la salud.

Barreras o factores que limitan la equidad en salud

Durante este proceso se identificaron obstáculos que dificultan un sistema más equitativo. Entre las barreras se encuentran:

- dificultades de acceso por distancia o infraestructura
- limitaciones en los servicios esenciales
- pobreza y desigualdades sociales
- envejecimiento poblacional
- rol del gobierno
- eventos epidemiológicos y fenómenos naturales

Atender las barreras o factores que obstaculizan la equidad en salud

Reconocer estas barreras permitió identificar acciones para atenderlas. Las comunidades destacaron activos existentes como acceso a información de salud,

servicios de atención primaria y recursos dirigidos a adultos mayores. También identificaron apoyos valiosos en áreas clínicas, sociales, psicosociales, de transportación, vivienda, nutrición y educación, esenciales para enfrentar los retos de salud desde una perspectiva integral.

Sistema de salud como una red compartida

Las voces participantes coincidieron en que el sistema de salud de Puerto Rico funciona como una red que integra esfuerzos públicos, privados, comunitarios y educativos en beneficio del bienestar colectivo. En esta visión, el Departamento de Salud de Puerto Rico se reconoce como el pilar principal encargado de regular, supervisar e implementar políticas. Fortalecer esta red y la colaboración con las comunidades se considera clave para avanzar hacia una verdadera equidad en salud.



COLABORADORES

Miembros del Comité Timón

Dr. Félix Rodríguez Schmidt — Subsecretario del Departamento de Salud de Puerto Rico

Dr. Carlos Rodríguez Mateo — Director Ejecutivo, Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción

Lcda. Pierina Ortiz Cortés — Ayudante Especial, Oficina del Secretario

Dra. Melissa Marzán Rodríguez — Principal Oficial de Epidemiología

Dra. Iris Cardona Gerena — Principal Oficial Médico

Dra. Marilú Cintrón Casado — Secretaria Auxiliar de Salud Familiar, Servicios Integrados y Promoción de la Salud

Mayra Toro Tirado, MS — Secretaria Auxiliar de Salud Ambiental y Laboratorio de Salud Pública

Lisa A. Soto Torres, MA, PCC — Secretaria Auxiliar Interina de Planificación y Desarrollo

Rafael Graulau Reyes — Director, Oficina de Informática y Avances Tecnológicos (OIAT)

Lcdo. Ángel L. Sostre Cintrón — Director Ejecutivo, Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud

Lcda. Edna Y. Marín Ramos — Directora Ejecutiva, Programa MEDICAID

Alexander Quevedo Pagán — Puerto Rico Health Information Exchange, State HIT Coordinator

Dra. Ruby Serrano Rodríguez — Directora, PR Behavior Risk Factor Surveillance System (BRFSS)

Dra. Jessica Irizarry Ramos — CDC Public Health Advisor

Soé Rodríguez Álamo — Coordinadora de Estadísticas e Investigación, Centro de Ayuda a Víctimas de Violación (CAAV)

Emily Lorán Velázquez, MS — Evaluadora, Unidad de Epidemiología y Evaluación; SASFSIPS

Municipios y Organizaciones — Conversaciones Regionales

Ponce

Nuevo Centro Académico; Ponce Health Sciences University

Ponce Health Sciences University

Dirección Regional Departamento de Salud - Ponce

Bayamón

Anfiteatro del Hospital Universitario Dr. Ramón Ruiz Arnau (HURRA)

Dirección Regional Departamento de Salud - Bayamón

Metro-Fajardo

Teatro de la Universidad de Puerto Rico- Carolina

Universidad de Puerto Rico- Carolina

Gobierno Municipal de Carolina

Dirección Regional Departamento de Salud - Metro-Fajardo

Mayagüez-Aguadilla

Anfiteatro Ramón Figueroa Chapel; UPR- Recinto Universitario de Mayagüez

Universidad de Puerto Rico- Recinto Universitario de Mayagüez

Gobierno Municipal de Mayagüez

Dirección Regional Departamento de Salud - Mayagüez

Culebra

Centro de Actividades y Bellas Artes de Culebra

Mujeres de Islas

Gobierno Municipal de Culebra

Dirección Regional Departamento de Salud - Metro-Fajardo

Arecibo

Centro de Estudiantes; Universidad de Puerto Rico- Arecibo

Universidad de Puerto Rico-Arecibo

Gobierno Municipal de Arecibo

Vieques

Centro de Usos Múltiples, Vieques

Gobierno Municipal de Vieques

Dirección Regional Departamento de Salud - Metro-Fajardo

Caguas

Anfiteatro I de la Escuela de Medicina San Juan Bautista

Escuela de Medicina San Juan Bautista

Gobierno Municipal de Caguas

Dirección Regional Departamento de Salud - Caguas



METODOLOGÍA

Como parte de los trabajos para obtener la acreditación en salud pública otorgada por la Public Health Accreditation Board (PHAB), el Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR) inició en 2021 el desarrollo de la nueva Evaluación del Estado de la Salud. Esta iniciativa responde principalmente a la necesidad de actualizar el ejercicio previo, realizado en 2014, y contar con un panorama actualizado del estado de la salud de la población de Puerto Rico, en aras de tomar decisiones informadas por la evidencia y pertinentes para la salud pública del archipiélago. De igual manera, el desarrollo de la Evaluación interesa llevar a Puerto Rico a cumplir con los estándares nacionalmente aceptados de calidad y mejora continua en la gestión pública de la salud.

Esta iniciativa se fundamenta en la metodología *Mobilizing Action through Planning and Partnerships* (MAPP), en su versión 2.0, desarrollada por la Asociación Nacional de Oficiales Locales de Salud (NACCHO, por sus siglas en inglés). Este acercamiento ofrece un enfoque integrado, el cual articula múltiples fuentes de información para crear una comprensión holística de las condiciones de salud de la población. Por ello, el análisis se construye a partir de tres pilares complementarios: *Evaluación de la Salud de la Comunidad*, *Encuesta de la Comunidad* y las *Conversaciones Regionales*. Cada una de estas evaluaciones aporta no solo datos estadísticos, sino que integra además las percepciones, capacidades y contextos de las comunidades y entidades que son parte del sistema de salud.

Bajo la metodología del MAPP 2.0, el proceso de recopilación de datos se organiza de manera que estas tres evaluaciones puedan complementarse. Los datos cuantitativos descriptivos y comparativos de la **Evaluación de la Salud de la Comunidad** proporcionan una base objetiva sobre tendencias y resultados de salud. Finalmente, la *Encuesta de la Comunidad* y las *Convocaciones Regionales* donde se

integraron métodos cualitativos y mixtos enfocados a la participación comunitaria. Estas evaluaciones se utilizaron para captar factores contextuales, barreras estructurales y experiencias de inequidad que no se reflejan en los indicadores tradicionales. Al mismo tiempo, se integró el análisis organizacional, multisectorial, y regional donde permitió identificar cómo los actores comunitarios interactúan, qué capacidades colectivas existen y dónde hay brechas de infraestructura y en el acceso.

Procesos previos

En 2021, la Oficina de Planificación y Desarrollo (OPD) del DSPR inició los trabajos de planificación para desarrollar la Evaluación del Estado de la Salud. El primer paso formal fue la constitución del Comité Timón, liderado por la Oficina de Planificación y Desarrollo (OPD) del DSPR. Este comité, compuesto por personal técnico y analítico del DSPR y colaboradores de otras divisiones, tuvo la responsabilidad de ofrecer insumos sobre la planificación estratégica, ejecución metodológica, validación de instrumentos de recolección de datos, así como sobre la calidad y pertinencia de los análisis propuestos. Entre sus primeras tareas estuvo la revisión de la experiencia previa (2014), la identificación de necesidades actuales y la definición de los objetivos y alcances de la nueva evaluación.

Evaluación de la salud de la comunidad

La Evaluación de la Salud de la Comunidad se enfoca en identificar el estado de la salud de la población mediante indicadores epidemiológicos, demográficos y del sistema de salud. Este componente utiliza datos provenientes de fuentes de acceso público como el Negociado del Censo de los Estados Unidos (*U.S. Census*

Bureau), específicamente el *Census of Population*: *1950 Volume II* y la Encuesta de la Comunidad para Puerto Rico (*PRCS*, por sus siglas en inglés), Instituto de Estadísticas de Puerto Rico (IEPR) y el Informe del Perfil del Migrante, 2021-2022. Esta fase responde a la Evaluación de la situación de la comunidad, que dispone la metodología MAPP 2.0. El proceso metodológico incluyó seleccionar indicadores clave alineados con prioridades de salud pública, evaluar su disponibilidad, calidad y tendencia, así como analizar disparidades entre grupos poblacionales. La aproximación busca no solo describir las condiciones de salud actuales, sino identificar patrones persistentes, emergentes y comparables con estándares estatales.

Los datos se organizaron en capítulos para facilitar la identificación y el análisis de las situaciones de salud. Los temas atendidos fueron los siguientes: características sociodemográficas, estadísticas vitales, enfermedades crónicas, salud mental, uso de sustancias y recursos humanos en salud. Este proceso permitió construir una base objetiva y sólida sobre las condiciones de salud en Puerto Rico, que sirvió de fundamento para las siguientes fases de la realización de la Encuesta de la Comunidad y las Conversaciones Regionales.

Encuesta de la comunidad

Por su parte, la Encuesta de la Comunidad, realizada en 2025, examinó el ecosistema de organizaciones, líderes, redes y sectores que influyen directa o indirectamente en la salud comunitaria. Utilizando el marco del MAPP 2.0, en específico lo referente a la Encuesta de la comunidad, el propósito fue identificar las capacidades existentes, las conexiones entre actores y las oportunidades para fortalecer la colaboración multisectorial. Además, buscó indagar sobre la percepción y experiencia respecto a los sistemas, procesos del sistema de salud. Esta encuesta reconoce que la salud pública es un esfuerzo compartido que depende de la

coordinación y alineación entre múltiples tipos de socios. Esto como un esfuerzo de integrar la voz de las entidades que brindan servicios y trabajan directamente con diversas poblaciones.

Para recopilar la información se utilizó un cuestionario que integró un total de 59 preguntas y combinó tanto preguntas abiertas como cerradas, distribuidas en las siguientes seis secciones: 1) Información de contacto 2) perfil institucional, 3) perfil salubrista de la comunidad, 4) capacidad institucional / sistema de salud, 5) capacidades para apoyar la mejora de la salud comunitaria y 6) sugerencias y posibles colaboraciones. El cuestionario fue distribuido por un enlace a través correo electrónico a todas las entidades identificadas, acompañado de una invitación formal-oficial para participación voluntaria.

El análisis de la información recopilada se llevó a cabo mediante un enfoque mixto. Las preguntas cerradas fueron procesadas utilizando estadísticas descriptivas, lo que permitió caracterizar a las entidades y evaluar sus capacidades. Por otro lado, las respuestas abiertas se analizaron mediante la identificación de temas recurrentes, lo que facilitó profundizar en las percepciones, experiencias y sugerencias expresadas por las entidades.

Conversaciones Regionales

El elemento cualitativo en la recopilación de datos de la Evaluación del Estado de la Salud se integró a través de la realización de las Conversaciones Regionales. Esta serie de actividades, efectuadas entre septiembre y noviembre de 2024, buscaba recabar de manera más profunda las percepciones de los colaboradores del sistema de salud. Las Conversaciones Regionales responden a la fase metodológica del MAPP 2.0, la cual integra un componente altamente participativo para comprender de manera más amplia las realidades y necesidades de las comunidades en Puerto Rico.

A través de diálogos estructurados con líderes comunitarios y organizaciones colaboradoras, se recopilaron percepciones sobre fortalezas locales, condiciones del entorno, barreras y fuerzas de cambio que influyen en la salud. Este proceso complementó los datos cuantitativos al aportar evidencia contextual sobre determinantes sociales, estructurales y ambientales.

En cuanto a la recopilación de datos, el DSPR coordinó la celebración de ocho conversaciones regionales, convocando a cada una de ellas a un amplio espectro de colaboradores del sistema de salud. Como criterio de selección, la invitación iba dirigida a aquellas organizaciones que ofrecieran servicios con tangencia sobre la salud pública en las regiones de salud a la cual correspondiera la actividad. Como parte de esta actividad, se efectuaron dinámicas de discusión en grupos, así como en pleno de los presentes, donde un equipo de facilitadores llevó a cabo la discusión utilizando como instrumento preguntas semi estructuradas con enfocado en tres dominios principales:

- Dominio 1, enfocado en explorar las fortalezas y cualidades de la comunidad.
- Dominio 2, dirigido a explorar aspectos del entorno construido que impactan la salud. Se define ello como aquellos recursos tangibles que impactan, ya sea de manera positiva o negativa,
- Dominio 3, centrado en las fuerzas de cambio, incluyendo eventos, factores y tendencias que inciden positiva o negativamente en la salud comunitaria.

Estas tres evaluaciones no solo identifican las desigualdades en salud, sino que mediante la recopilación y análisis de datos cuantitativos y cualitativos muestran las raíces de las estas desigualdades, riegos y los resultados de salud. Además, resalta las capacidades y la estructura de las comunidades. Según el Mapp 2.0, el recopilar datos de diferentes niveles de indicadores, que van desde la atención clínica hasta

las causas fundamentales de las inequidades en salud permite a las comunidades obtener una imagen completa de las inequidades existentes y comprender cómo abordar estas inequidades para crear una salud óptima para todo tipo de poblaciones dentro de sus comunidades. En la Figura 1 muestra la en la integración y el orden en la cual se llevaron a cabo la Evaluación de la situación de la comunidad, Encuesta de la comunidad y las Conversaciones regionales.

Figura 1: Integración de la Encuesta de comunidad, Conversaciones regionales y Evaluación de la situación de la comunidad





CONSIDERACIONES **GENERALES**

Uso de la Evaluación

El propósito de la Evaluación del Estado de la Salud Puerto Rico 2025 es presentar a los colaboradores del sistema de salud y al público en general un compilado de indicadores clave relevantes para reflejar el estado de la salud del país. En consecuencia, se espera que tanto el DSPR como los colaboradores del sistema puedan utilizar la información de la Evaluación como guía práctica para entender mejor las realidades de salud de las comunidades que sirven y tomar decisiones estratégicas informadas por la evidencia. Los datos permiten identificar con claridad cuáles son las necesidades más urgentes, qué factores sociales influyen en la salud y considerar algunas de las mayores desigualdades que impactan los resultados de salud pública. Se espera que este entendimiento viabilice de manera más efectiva la coordinación entre agencias, organizaciones comunitarias y proveedores, permitiendo alinear esfuerzos en lugar de trabajar de manera aislada.

Además, se espera que la información presentada fomente a todos los sectores del sistema de salud, tanto a nivel gubernamental como fuera de este, a diseñar estrategias que respondan específicamente a la experiencia puertorriqueña, considerando elementos como la vulnerabilidad ante desastres, cambios demográficos y limitaciones del sistema de salud local. Finalmente, estos datos se convierten en una herramienta esencial para desarrollar planes de acción medibles, solicitar fondos con mayor solidez y evaluar el impacto de las intervenciones a lo largo del tiempo, asegurando que las decisiones se mantengan centradas en la evidencia y en las necesidades reales de la población.

El desarrollo de este documento consideró los datos estadísticos disponibles en el momento en que se realizó el ejercicio. Por ello, debe considerarse que, posterior a su publicación, es probable que hayan ocurrido actualizaciones entre el momento de elaboración de la Evaluación y el momento en que el lector accede al documento.

El objetivo de la Evaluación del Estado de la Salud Puerto Rico 2025 es uno meramente informativo. Bajo circunstancia alguna este documento interesa ni debe utilizarse como una referencia para diagnóstico o atención médica. Ante dichas circunstancias, se recomienda consultar con profesional médico.

¿Cómo está organizada la Evaluación del Estado de la Salud de Puerto Rico?

La Evaluación del Estado de la Salud de Puerto Rico (SHA) está estructurada para ofrecer una visión integral de la salud pública en la isla, combinando datos cuantitativos y cualitativos sobre la población y una amplia gama de temas de salud. El informe incluye contexto sobre el propósito y el proceso de la evaluación, así como información demográfica y estadísticas fundamentales de salud pública. Posteriormente, los datos y hallazgos clave sobre decenas de temas de salud pública se presentan organizados en capítulos temáticos.

Tras las secciones iniciales de introducción, conceptos clave y metodología, el informe se divide en capítulos y secciones principales que abordan:

- Características sociodemográficas de la población de Puerto Rico
- Estadísticas vitales (natalidad, mortalidad, esperanza de vida)
- Comportamientos de riesgo y enfermedades crónicas
- Cáncer
- Enfermedades infecciosas
- Salud mental
- Uso de sustancias psicoactivas
- Médicos y profesionales de la salud en Puerto Rico

Cada capítulo presenta datos y puntos clave sobre el tema correspondiente, utilizando tanto información cuantitativa (estadísticas, tendencias, comparaciones)

como cualitativa (percepciones, barreras, activos comunitarios, prioridades identificadas por la población y entidades).

Presentación de datos y fuentes

Cada capítulo utiliza diferentes recursos visuales y textuales para mostrar los indicadores y hallazgos:

- **Texto**: Proporciona interpretación breve de los resultados y contexto para comprender la evaluación.
- **Citas y testimonios**: Incluyen datos cualitativos recogidos en las voces de los participantes y entidades colaboradoras.
- **Gráficas de barras**: Permiten comparar múltiples indicadores, mostrando diferencias por categorías demográficas como género, edad, región, nivel de pobreza o educación.
- **Gráficas circulares (pie charts)**: Comparan partes de un todo, útiles para visualizar proporciones dentro de un indicador.
- **Tablas**: Presentan de manera directa grandes volúmenes de información.
- **Líneas de tendencia**: Visualizan la evolución de datos a lo largo del tiempo.
- **Mapas**: Permiten comparar indicadores entre regiones, municipios o áreas de servicio.

Las fuentes de datos incluyen tanto registros oficiales (US Census Bureau, Instituto de Estadísticas de Puerto Rico, Registro Demográfico, sistemas de vigilancia epidemiológica) como encuestas, entrevistas y consultas comunitarias. Además de indicadores de salud, se consideran determinantes sociales como pobreza, educación, vivienda y transporte.

Limitaciones del uso de raza, etnia e idioma para medir desigualdades en salud en Puerto Rico

En Puerto Rico, las desigualdades en salud se analizan principalmente mediante determinantes sociales y características sociodemográficas como la edad, el sexo, el nivel educativo, la condición socioeconómica y el área de residencia. Estas variables han demostrado ser útiles para identificar poblaciones vulnerables, medir diferencias en los resultados de salud y georreferenciar disparidades de manera consistente (Instituto de Estadísticas de Puerto Rico, 2018). Aunque las variables de raza, etnia e idioma son ampliamente utilizadas en los Estados Unidos para monitorear inequidades en salud, su aplicación en Puerto Rico presenta limitaciones metodológicas y conceptuales que reducen su capacidad para explicar las desigualdades observadas (Caraballo-Cueto, & Godreau, 20214; Lafarga Previdi & Vélez Vega, 2020).

Las variables de raza y etnia comenzaron a recopilarse formalmente en Puerto Rico, igual que como se recopilan en los 50 estados y el Distrito de Columbia (D.C) a partir del Censo 2000 (U.S. Census Bureau, 2003a). Desde su incorporación, se han identificado desafíos relacionados con la interpretación de estas categorías. Los resultados del Censo 2000 mostraron que el 80.5% de la población se identificó como blanca (U.S. Census Bureau, 2003b), un hallazgo que generó cuestionamientos dado que contrasta con la composición histórica y cultural de Puerto Rico como una sociedad marcada por el mestizaje. Diversos estudios han documentado que muchas personas de origen hispano tienen dificultades para distinguir entre los conceptos de raza y origen étnico según las definiciones del Negociado del Censo. Una proporción considerable de la población tampoco encuentra categorías raciales que representen adecuadamente su identidad cultural o social (U.S. Census Bureau, 2003a). Las comunidades hispanas tienden a identificarse con su nacionalidad o

herencia cultural antes que con las categorías raciales de los formularios censales (Padilla, 2000). Todo esto puede afectar la consistencia y comparabilidad de los datos recopilados. El Censo 2020 incorporó modificaciones para reflejar mejor la diversidad racial y étnica, pero persisten preocupaciones sobre la interpretación de las categorías, la comparabilidad a través del tiempo y su aplicabilidad al contexto puertorriqueño. Por eso, estas variables deben interpretarse con cautela cuando se usan para evaluar desigualdades en salud.

La variable de idioma presenta una capacidad limitada similar. Para el año 2022, aproximadamente el 95.1% de los hogares utiliza el español como idioma principal, lo que deja a los hogares con otros idiomas como una proporción muy reducida de la población (U.S. Census Bureau, s.f.). Con tan poca variabilidad, el idioma no puede discriminar diferencias significativas en los resultados de salud entre grupos.

Desde una perspectiva epidemiológica, las variables para identificar desigualdades necesitan suficiente variabilidad para permitir comparaciones válidas entre grupos Wensink et al., 2021). Como la mayoría de la población comparte un mismo idioma y una identidad étnica relativamente homogénea, las variables de raza, etnia e idioma tienen menor capacidad explicativa que otros determinantes sociales en este contexto.

Esto no significa que estas variables carezcan de relevancia. Pueden aportar información valiosa para entender experiencias de discriminación, exclusión social o barreras de acceso a servicios. Para la evaluación poblacional de desigualdades en salud en Puerto Rico, sin embargo, variables como ingreso, educación, empleo, cobertura de seguros, condiciones de vivienda, ubicación geográfica y acceso a servicios muestran mayor variabilidad y una relación más consistente con los resultados observados (Lafarga Previdi & Vélez Vega, 2020). El uso prioritario de

determinantes sociales y variables sociodemográficas permite una evaluación más precisa de las desigualdades que afectan a la población puertorriqueña. Eso facilita identificar grupos en desventaja y orientar intervenciones, programas y políticas públicas basadas en evidencia.

Referencias

Caraballo-Cueto, J., & Godreau, I. P. (2021). Colorism and health disparities in home countries: The case of Puerto Rico. *Journal of immigrant and minority health*, *23*(5), 926–935. https://doi.org/10.1007/s10903-021-01222-7

Instituto de Estadísticas de Puerto Rico. (2018). *Informe sobre desarrollo humano en Puerto Rico: Desigualdad y salud*. San Juan, PR: Instituto de Estadísticas de Puerto Rico. Recuperado de https://estadisticas.pr/files/IDH_Capitulo_V.pdf

Lafarga Previdi, I., & Vélez Vega, C. M. (2020). Health disparities research framework adaptation to reflect Puerto Rico's socio-cultural context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(22), 8544. https://doi.org/10.3390/ijerph17228544

Padilla, M. T. (2000). *Census' race question not a simple one for Hispanics*. https://puertorico-herald.net/issues/vol4n14/Census-en.html

U.S. Census Bureau. (2003a). *Puerto Rico Census 2000 responses to the race and ethnicity questions – final report*. https://www2.census.gov/programs-surveys/decennial/2000/program-management/5-review/txe-program/B_12.pdf

U.S. Census Bureau. (2003b). *Puerto Rico 2000: Summary social, economic and housing characteristics.* https://www2.census.gov/library/publications/2003/dec/phc-2-53-eng.pdf

U.S. Census Bureau. (s.f.). *Language spoken at home.* American Community Survey, ACS 1-Year Estimates Subject Tables, Table S1601. Retrieved June 2, 2026, from https://data.census.gov/table/ACSST1Y2022.S1601?t=Language+Spoken+at+Home&g=040XX00US72&y=2022.

Wensink, M. J., Ahrenfeldt, L. J., & Möller, S. (2021). Variability Matters. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(1), 157. https://doi.org/10.3390/ijerph18010157



¿QUÉ SUCEDE DESPUÉS **DE LA EVALUACIÓN?**

Una vez completada la Evaluación del Estado de la Salud de Puerto Rico, el DSPR se prepara para dar el siguiente paso fundamental en el ciclo de mejora continua: la elaboración del Plan de Mejora para la Salud de Puerto Rico (State Health Improvement Plan, SHIP). Este proceso, guiado por la metodología MAPP 2.0 de NACCHO, representa la transición de un diagnóstico participativo y basado en evidencia hacia la acción estratégica y colaborativa para transformar los resultados de salud pública.

El Plan de Mejora para la Salud de Puerto Rico se concibe como un esfuerzo colaborativo y multisectorial, en el que se convocan a los diversos actores del sistema de salud —agencias gubernamentales, sector privado, organizaciones comunitarias, academia y ciudadanía— para definir, de manera conjunta, las prioridades de salud pública del país. Para este esfuerzo, es esencial involucrar activamente a los colaboradores y partes interesadas en la identificación de los temas críticos, la priorización de problemas y la formulación de metas y objetivos claros que respondan a las necesidades identificadas en la evaluación

El proceso para la elaboración del Plan de Mejora inicia con la revisión y discusión de los hallazgos de la Evaluación del Estado de la Salud. A partir de estos resultados, se desarrollan espacios de diálogo y consulta en los que los colaboradores del sistema de salud aportan sus perspectivas y recomendaciones. La integración activa de estos actores es un principio central de MAPP 2.0, ya que asegura que las estrategias y acciones propuestas sean pertinentes, viables y sostenibles en el contexto local.

Una vez definidas las prioridades, el DSPR, junto a sus aliados, trabaja en el desarrollo colaborativo de metas y objetivos específicos para un periodo de cinco años. Estas metas se diseñan para ser medibles y orientadas a resultados, permitiendo el monitoreo y la evaluación del progreso a lo largo del tiempo. El Plan de Mejora incluye,

además, la identificación de recursos, activos comunitarios y alianzas estratégicas que pueden potenciar la implementación de las acciones propuestas.

La efectividad y articulación de este ejercicio dependen de dos factores principales: la continuidad y el compromiso institucional del Departamento de Salud para liderar y dar seguimiento al proceso, y la voluntad de todos los actores del sector salud para participar activamente y asumir responsabilidades compartidas. El DSPR reafirma su compromiso con salvaguardar el derecho a la salud de toda la población y con generar las condiciones necesarias para el bienestar colectivo. Por ello, el desarrollo del Plan de Mejora para la Salud de Puerto Rico se posiciona como una máxima prioridad institucional y un paso decisivo hacia la transformación de la salud pública en la isla.



CONCLUSIÓN

La Evaluación del Estado de la Salud de Puerto Rico demuestra que el uso coordinado de datos primarios y secundarios es esencial para comprender con precisión las condiciones de vida, los determinantes sociales y los retos de salud que enfrentan las comunidades del país. Al analizar los indicadores sociodemográficos, por ejemplo, se revelaron cambios significativos en la composición poblacional, el envejecimiento, las condiciones económicas y el acceso a servicios, factores que influyen directamente en el bienestar y la calidad de vida. Las estadísticas vitales y los datos sobre disponibilidad de médicos y profesionales de la salud exponen retos estructurales que impactan la capacidad del sistema para atender adecuadamente a una población cada vez más diversa y con necesidades complejas.

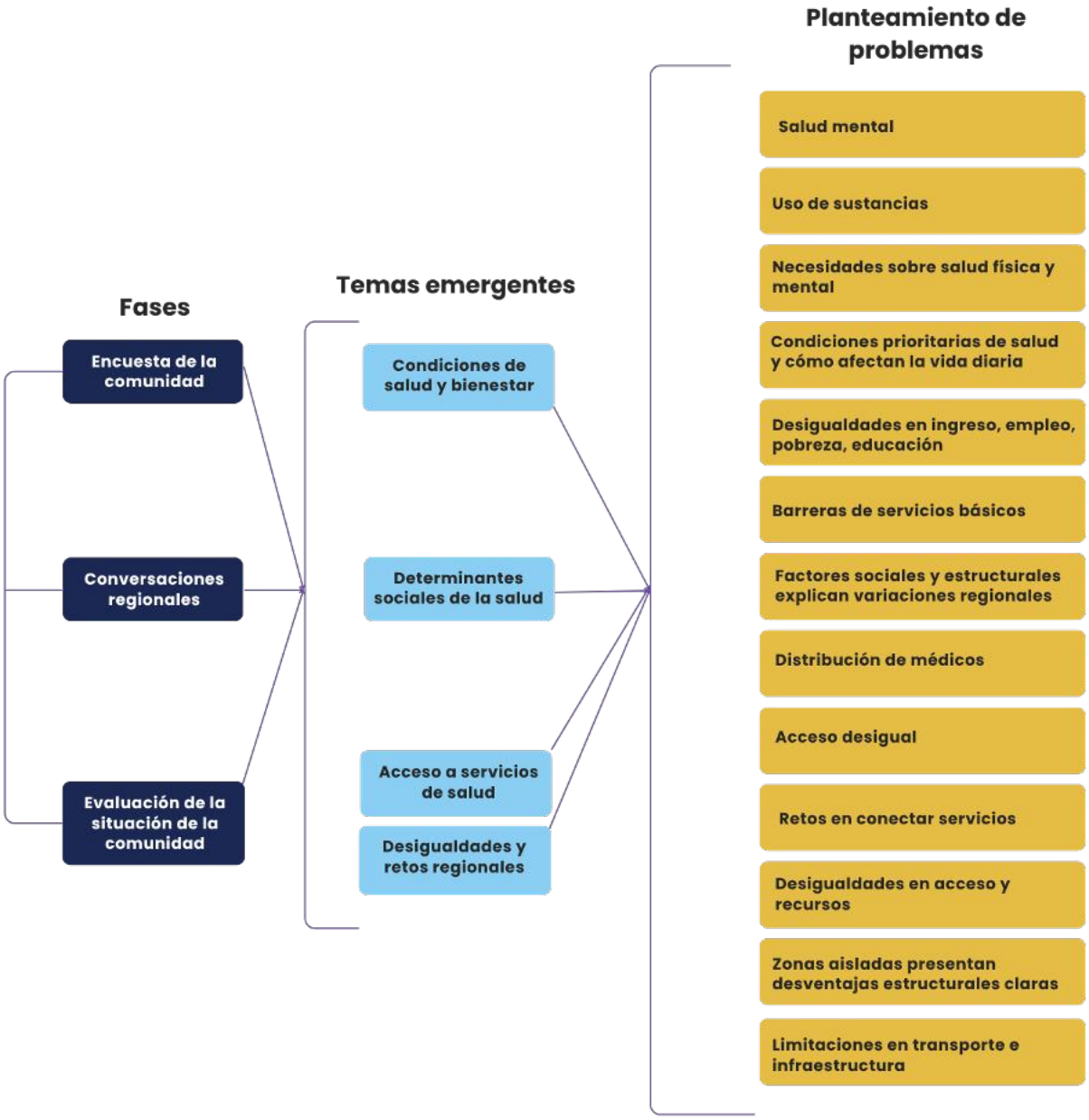
Los resultados relacionados con enfermedades crónicas, cáncer, enfermedades infecciosas, salud mental y uso de sustancias psicoactivas evidencian una carga sustancial de condiciones que afectan desproporcionadamente a comunidades con mayores niveles de vulnerabilidad social. Estos hallazgos, complementados con la Encuesta de la comunidad y las Conversaciones regionales, muestran que existen desigualdades persistentes en el acceso a servicios, disponibilidad de recursos, transporte, infraestructura y oportunidades de prevención y tratamiento. Las voces comunitarias, además, aportaron una comprensión profunda de cómo se experimenta la salud en la vida cotidiana y cómo factores como el aislamiento geográfico, la pobreza y la falta de servicios esenciales intensifican las disparidades.

La Figura 2 muestra los temas emergentes que surgieron en común para las tres fases de esta evaluación de la salud (triangulación entre: la Encuesta de la comunidad, Conversaciones regionales y evaluación de la situación de la

comunidad) encuesta de la comunidad, conversaciones regionales y evaluación de la situación de la comunidad). A pesar de que cada fase utiliza métodos y fuentes de datos diferentes, los hallazgos convergen consistentemente cuatro temas emergentes: condiciones de salud y bienestar, determinantes sociales de la salud, acceso a servicios de salud y desigualdades y retos regionales. Los datos obtenidos de la evaluación de la situación de la comunidad evidencian tendencias demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas que influyen directamente en la calidad de vida. Estos patrones estadísticos se asemejan a las percepciones de las participantes recogidas en la encuesta de la comunidad y las conversaciones regionales, donde entidades que trabajan con comunidades describen barreras similares en acceso, necesidades insatisfechas y limitaciones estructurales. Adicional, describen impactos concretos en la vida diaria, resaltando diferencias territoriales, particularmente marcadas en Vieques y Culebra.

Este análisis demuestra que, independientemente del método de recolección de datos entre las tres fases, las mismas áreas emergen como centrales para la salud pública. Esta consistencia fortalece la validez de los hallazgos y subraya la premura de intervenciones integradas que consideren tanto factores de acceso a servicios como determinantes sociales y estructurales. Asimismo, evidencia que la voz de las comunidades es indispensable para contextualizar y dar significado a los datos cuantitativos, lo que refuerza la importancia de modelos participativos para la planificación de servicios y políticas públicas. En conjunto, los datos ofrecen una comprensión más completa y multidimensional de la realidad de salud en Puerto Rico, evidenciando que las soluciones efectivas deben surgir de la intersección entre evidencia estadística, conocimiento institucional y experiencia comunitaria.

Figura 2: Triangulación entre: Encuesta de la comunidad, Conversaciones regionales y Evaluación de la situación de la comunidad





LIMITACIONES

Los resultados de este informe deben interpretarse considerando limitaciones relacionadas con la recopilación, disponibilidad, calidad y análisis de los datos utilizados. Estas limitaciones responden tanto a factores metodológicos como a circunstancias externas que han afectado los sistemas de información en salud pública de Puerto Rico.

Durante las conversaciones regionales se identificó una participación limitada de algunas entidades y actores clave, lo que pudo afectar la representatividad de los hallazgos y la capacidad para documentar de forma amplia las necesidades y realidades de cada región. También se observó la ausencia de un registro centralizado y actualizado de organizaciones y recursos relacionados con la salud, dificultando la integración de información entre sectores y regiones. El proceso de recopilación enfrentó restricciones operacionales y tecnológicas que limitaron la inclusión de preguntas adicionales y la profundización en ciertos temas. La falta de herramientas especializadas para el análisis cualitativo pudo aumentar el riesgo de sesgos asociados a la interpretación de la información y a la pérdida de detalles durante la documentación de las discusiones. Para reducir estos riesgos, se establecieron definiciones estandarizadas y se realizaron revisiones de la información por múltiples personas.

Gran parte del análisis se basó en fuentes secundarias de datos. La disponibilidad de información depende de los objetivos, metodologías y procesos establecidos por las agencias e instituciones que generan los datos. Esto restringe la disponibilidad de algunas variables de interés y dificulta la comparación entre fuentes debido a diferencias en definiciones, períodos de recopilación, metodologías y unidades geográficas de análisis. A su vez, los sistemas de vigilancia, registros administrativos y encuestas poblacionales presentan limitaciones inherentes, entre ellas el subregistro, el sesgo de memoria, el sesgo de no respuesta y el sesgo de

deseabilidad social. Estas limitaciones son especialmente relevantes en sistemas basados en autorreporte, entrevistas voluntarias y registros que dependen de la calidad de la documentación realizada por profesionales de la salud y entidades notificadoras.

La disponibilidad y calidad de los datos también se vieron afectadas por eventos de gran impacto ocurridos en Puerto Rico, incluyendo los huracanes Irma y María, la secuencia sísmica iniciada en 2020 y la pandemia de COVID-19. Estas situaciones alteraron los procesos de recopilación de información, el acceso a servicios de salud y la continuidad de varios sistemas de vigilancia. Como consecuencia, algunas fuentes presentaron retrasos, interrupciones o limitaciones en la disponibilidad de datos para determinados períodos.

También se identificaron desafíos relacionados con la estandarización de variables, categorías de edad, regiones geográficas y criterios de clasificación entre distintas bases de datos. Aunque se realizaron procesos de armonización para facilitar el análisis, estas diferencias pueden introducir variabilidad en los resultados.

Por último, los hallazgos cualitativos reflejan las experiencias y percepciones de los participantes que formaron parte del proceso de consulta. Por esta razón, no representan necesariamente la totalidad de las realidades presentes en todas las comunidades de Puerto Rico. A pesar de estas limitaciones, la información recopilada ofrece una base valiosa para comprender las principales necesidades, desafíos y oportunidades identificadas, así como para orientar futuros esfuerzos de investigación, planificación y fortalecimiento de los sistemas de información en salud pública.



RESÚMENES **EJECUTIVOS**

Sección 1: Encuesta de la Comunidad

La **Encuesta de la Comunidad**, desarrollada por el Departamento de Salud de Puerto Rico como parte de la Evaluación del Estado de la Salud, constituye un esfuerzo amplio y participativo para comprender las condiciones de salud y bienestar del país. El análisis integra datos cuantitativos y cualitativos recopilados de más de **160 entidades u organizaciones** que colaboran [o han colaborado] con el sistema de salud. Más allá de los números, este ejercicio recoge percepciones y experiencias reales que ayudan a comprender mejor las necesidades y cómo se vive la salud en la vida cotidiana de las personas y comunidades.

El bienestar comunitario está fuertemente influenciado por el acceso a servicios básicos/generales/esenciales. Aunque existen entidades u organizaciones que desempeñan un rol clave en conectar a las comunidades con servicios, muchas enfrentan limitaciones en recursos, financiamiento y capacidad de evaluación. Por su parte, las comunidades también suelen enfrentar barreras para acceder a ellos.

Los resultados reflejaron que muchas **entidades u organizaciones** trabajaban activamente en **educación**, **acceso a servicios** y **apoyo comunitario**. Sin embargo, existieron **áreas críticas** poco atendidas, tales como: **investigación**, **evaluación de servicios**, **planificación**, esfuerzos de **política pública**, **salud ambiental** e **identificación de fondos**, lo que [en el pasado, presente y futuro] podría limitar la capacidad de mejorar y potenciar el **sistema de salud de Puerto Rico** de manera sostenible.

Las entidades u organizaciones participantes se enfocaron, principalmente, en educar, orientar y conectar a las personas con servicios.

Desde la perspectiva del **bienestar**, la mayoría de las **entidades u organizaciones** consideraron el estado de la salud en Puerto Rico como **regular** o **poco saludable**. Aun así, manifestaron tener un fuerte sentido de compromiso y esperanza, puesto que creían que podían contribuir a mejorar la calidad de vida mediante **alianzas** y **trabajo comunitario**.

Las preocupaciones más importantes estuvieron relacionadas con la **salud mental**, el **envejecimiento poblacional**, las **enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión y depresión)** y el acceso **limitado** a servicios.

El envejecimiento poblacional es uno de los retos más importantes. Cada vez, más adultos mayores requieren servicios, apoyo y cuidados, lo que aumenta la presión sobre el **sistema de salud**.

Los **determinantes sociales de la salud**, particularmente, los **factores económicos**, juegan un papel central en la salud. La **pobreza**, los **bajos ingresos** y la **inflación** limitan el acceso a servicios y condicionan estilos de vida que aumentan el riesgo de enfermedades crónicas [pobres resultados/estados de salud].

A pesar de los retos, existen múltiples recursos comunitarios, como los servicios de salud primaria, apoyo social y programas comunitarios. Sin embargo, la falta de integración y acceso equitativo reduce su efectividad. Igualmente, las entidades u organizaciones necesitan mayor apoyo para ampliar su impacto y capacidad de respuesta.

Este análisis confirma que el bienestar y la calidad de vida en Puerto Rico están influenciados por factores estructurales complejos que van más allá del sistema de salud. Aunque el sistema de salud cuenta con bases importantes, incluyendo capital humano capacitado, infraestructura existente y compromiso institucional/comunitario, sigue enfrentando desafíos profundos que requieren acciones urgentes y coordinadas. La transformación del **sistema de salud** dependerá de su capacidad para fortalecer su fuerza laboral, mejorar la equidad en el acceso a servicios, optimizar recursos, integrar datos de manera efectiva y promover un enfoque centrado en la prevención y las necesidades reales de la población puertorriqueña.

Algunas de las necesidades más apremiantes, según los datos provistos por los representantes de las entidades u organizaciones participantes:

1. Fortalecer los servicios de **salud mental**.
2. Fortalecer las **condiciones laborales** [remuneración, modernización, incentivos, entre otros].
3. Mejorar el acceso a **servicios especializados** [y que sean de **calidad**].
4. Atender el **envejecimiento poblacional**.
5. Reducir la **pobreza** y **desigualdad económica/barreras económicas**.
6. Aumentar el **acceso equitativo** a servicios de salud.
7. Fortalecer la prevención de **enfermedades crónicas**.
8. Mejorar la **coordinación y esfuerzos** entre entidades u organizaciones.
9. Crear **entornos seguros** y **equitativos** [incluyendo infraestructuras adecuadas].
10. Garantizar que los recursos y servicios lleguen **a quienes realmente lo necesitan**.
11. Facilitar la **innovación**, reducir las **cargas administrativas** y permitir **respuestas más ágiles** a las necesidades de la población.
12. Manejar el control ejercido por los **planes médicos** [rol de las aseguradoras] y las largas esperas para recibir servicios.
13. Hacer uso correcto de **fondos económicos** en áreas de prioridad.
14. Mejorar la **disponibilidad** y el **uso de datos**, y planificar basados en ellos.
15. Manejar las limitaciones en las **fuentes de financiamiento** [sostenibilidad financiera].
16. Reducir la **burocracia** en los procesos durante la prestación de servicios.
17. Trabajar sobre la **fuga** de profesionales de la salud.

18. Promover **estilos de vida/hábitos /comportamientos saludables** en la población.
19. Atender/detener/prevenir la **corrupción** gubernamental.

Otras necesidades identificadas y para considerar:

1. Migración
2. Vivienda/personas sin hogar
3. Adultos mayores y personas con discapacidad
4. Salud ambiental
5. Desarrollo de la fuerza laboral en salud pública
6. Política pública
7. Distribución desigual de especialistas
8. Investigación, monitoreo, evaluación y cumplimiento

Nota. Según expresiones de los representantes de las entidades u organizaciones participantes, las **fuentes gubernamentales** fueron uno de los medios **menos** utilizados por las **comunidades** para obtener información sobre aspectos relacionados a la **salud**.

Sección 2: Conversaciones regionales

La **Evaluación del Estado de la Salud de Puerto Rico** integró conversaciones con representantes comunitarios para comprender y contextualizar las necesidades y fortalezas identificadas. Las Conversaciones Regionales consistieron en un proceso cualitativo y participativo integrado dentro de la Evaluación del Estado de la Salud de Puerto Rico, mediante el cual el DSPR recabó el insumo de líderes comunitarios, organizaciones y entidades colaboradoras para comprender de manera más profunda las necesidades, fortalezas y barreras que influyen en la salud de las comunidades a las que sirve. Estos diálogos permitieron complementar los hallazgos cuantitativos al aportar evidencia contextual sobre experiencias, percepciones y desigualdades estructurales presentes en las distintas regiones de Puerto Rico.

La realización de las Conversaciones Regionales adopta los principios de la metodología MAPP 2.0 de NACCHO, la cual promueve la planificación salubrista basada en la participación comunitaria, la colaboración intersectorial, la identificación de activos y el análisis de necesidades desde una perspectiva de equidad. En este sentido, estas actividades funcionaron un ejercicio análogo a las Conversaciones regionales propuesto por el MAPP, aportando un entendimiento más amplio y situado de los factores, eventos y tendencias que inciden en la salud pública del archipiélago.

El análisis de las Conversaciones Regionales revela un panorama amplio y profundamente interconectado de la salud comunitaria en Puerto Rico. A través de la voz de entidades, líderes comunitarios y organizaciones que participan en el sistema de salud, se expone cómo las condiciones sociales, económicas, geográficas y ambientales influyen de manera directa en el bienestar de la población. Las

discusiones reflejan que la salud no depende únicamente de la provisión de servicios clínicos, sino de un entramado de factores que condicionan el acceso, la continuidad del cuidado y la calidad de vida.

El presente resumen presenta los hallazgos principales que emergieron del análisis cualitativo realizado en las Conversaciones Regionales del DSPR. Las regiones de salud mostraron patrones comunes, pero también diferencias particulares en prioridades y retos. En comparación, Vieques y Culebra presentaron condiciones distintas debido a su aislamiento geográfico, limitaciones de transporte y particularidades infraestructurales.

Las comunidades describen importantes fortalezas que sostienen su capacidad de enfrentar retos significativos. Entre estas destacan la accesibilidad a ciertos servicios, la colaboración entre entidades, el compromiso del personal que atiende a las poblaciones, la presencia de profesionales capacitados y la organización comunitaria. Estas fortalezas, además de facilitar el acceso a servicios esenciales, promueven la alfabetización en salud, la calidad en la atención y el desarrollo de capacidades tanto institucionales como ciudadanas. La empatía, el trato digno y la autogestión emergen como elementos centrales para cultivar relaciones de confianza y para motivar la participación comunitaria, especialmente en contextos donde las desigualdades estructurales son más evidentes.

Fortalezas destacadas	**Regiones de salud** →Enfatizan accesibilidad de servicios, colaboración y personal capacitado.
	Vieques → Mayor capacidad organizativa y redes comunitarias más activas.
	Culebra → Capacidad de colaborar con otras entidades públicas o privadas y comunidades.

De otra parte, el entorno construido aparece como una de las principales barreras para lograr un estado de salud óptimo. Las distancias geográficas, falta de transportación, aceras deterioradas, insuficiencia de vivienda asequible y la fragmentación de servicios esenciales resaltan como elementos considerados que complican el acceso, particularmente para poblaciones sensibles como adultos mayores, personas con discapacidades y quienes viven en situación de pobreza. De otra parte, la infraestructura de salud enfrenta falta de personal, escasez de servicios especializados y fuga de profesionales, dejando a muchas comunidades con opciones limitadas para recibir atención adecuada. La brecha tecnológica, los bajos ingresos, la falta de fiscalización a los planes médicos y el impacto acumulado de fenómenos naturales y emergencias de salud pública profundizan estas vulnerabilidades.

Las fuerzas de cambio que afectan la salud —eventos, factores y tendencias— muestran un cuadro aún más complejo. El impacto de fenómenos naturales tales como huracanes, terremotos, la pandemia de COVID-19, apagones constantes, cambios de políticas públicas y un sistema de salud cada vez más presionado por la escasez de profesionales se combina para crear interrupciones, atrasos y deterioro

en la continuidad y accesibilidad de los servicios. Estos eventos impactan no solo la salud física, sino también la salud mental y emocional, generando ansiedad, pérdida de rutinas, aislamiento y dificultades para manejar condiciones crónicas. Las personas mayores, menores, poblaciones en pobreza, personas con discapacidad, personas con enfermedades crónicas y comunidades rurales emergen como los grupos más afectados por estos fenómenos, debido a su limitada capacidad para adaptarse a entornos adversos.

A pesar de estos desafíos, las comunidades demuestran una notable resiliencia. En muchas ocasiones, su respuesta consiste en crear redes de apoyo, movilizar recursos locales, establecer colaboraciones entre sectores y ejercer liderazgo comunitario para atender necesidades inmediatas. Esta resiliencia, sin embargo, opera dentro de un marco estructural que requiere transformaciones más amplias. Los participantes enfatizan la necesidad de mejorar la infraestructura básica, fortalecer los servicios esenciales, aumentar la disponibilidad de transportación, promover la educación en salud, expandir el acceso a servicios médicos especializados y desarrollar espacios seguros, inclusivos y funcionales.

El análisis también resalta que las prioridades y barreras varían entre regiones y municipios. Vieques y Culebra, por ejemplo, reportan con más frecuencia problemas de transporte, barreras físicas y limitaciones estructurales en su infraestructura de salud, reflejando cómo la geografía insular intensifica las desigualdades. Otras regiones destacan temas como la colaboración comunitaria, la promoción de la salud y la necesidad de mejorar los servicios esenciales o la coordinación institucional.

Entorno construido	**Regiones de salud** → Principal tema: infraestructura de servicios esenciales (vivienda, transporte, seguridad alimentaria).
	Vieques → Barreras físicas severas, especialmente transportación marítima y distancia a servicios.
	Culebra → Problemas más marcados en infraestructura de salud y economía local.

Poblaciones vulneradas	**Regiones de salud** → Adultos mayores, personas con condiciones crónicas, poblaciones en pobreza.
	Vieques y Culebra → A manera general, ambos municipios resaltaron que todas las poblaciones se ven afectadas por el aislamiento geográfico, retrasos en servicios y falta de especialistas.

Fuerzas de cambio	**Regiones de salud** → Enfatizan huracanes, escasez de profesionales y fallas del sistema.
	Vieques → Mayor énfasis en tendencias acumulativas de deterioro: salud mental, transporte, impacto de desastres.
	Culebra → Mayor énfasis en factores: energía, acceso a medicamentos y servicios presenciales.

Cambios prioritarios identificados	**Regiones de salud** → Mejorar acceso a servicios de salud y fortalecer infraestructura esencial.
	Vieques y Culebra → Dos prioridades únicas: - Eliminar barreras físicas/transportación. - Aumentar colaboraciones intersectoriales para suplir servicios que no existen localmente.

Este esfuerzo cualitativo establece una base sólida para comprender las necesidades reales de la población, identificar prioridades y orientar políticas más sensibles al contexto y alineadas con las experiencias de las comunidades. A la vez, subraya la urgencia de integrar perspectivas comunitarias en la planificación estatal y de fortalecer estructuras que permitan construir un sistema de salud más equitativo, sensible y sostenible para todos los habitantes del archipiélago.

Sección 3: Evaluación de la situación de la comunidad

Capítulo 1: Características sociodemográficas de la población de Puerto Rico

La recopilación de datos sociodemográficos provenientes del Negociado del Censo de los Estados Unidos y el Instituto de Estadísticas de Puerto Rico (IEPR) constituye una base fundamental para comprender las condiciones de vida que influyen en la salud e impacta el bienestar colectivo. En este capítulo, y mediante el uso de datos del 2010 al 2022, se pretende analizar tendencias clave, tales como: cambio poblacional, mediana de edad, nivel educativo, estado civil [marital], mediana de ingreso del hogar y familiar [ingreso económico], estado de empleo, nivel de pobreza, discapacidad, cobertura de salud [acceso a servicios de salud], migración y envejecimiento. Los hallazgos traducidos en un perfil sociodemográfico, evidencian cómo factores como la educación, el empleo y el ingreso inciden directamente en la calidad de vida.

Puerto Rico experimentó una disminución poblacional de **13.4%** entre 2010 y 2022, pasando de, aproximadamente, **3.7** millones a **3.2** millones de habitantes, lo que equivale a **aproximadamente medio millón** de personas menos.

Este descenso refleja procesos migratorios sostenidos y cambios en los eventos vitales, como nacimientos y muertes, los cuales influyen directamente en la planificación de políticas públicas y en la distribución de recursos esenciales para garantizar bienestar y calidad de vida.

La **mediana de edad** aumentó significativamente **de 37.0 años**, en 2010, a **44.8 años**, en 2022, casi **8 años** en poco más de una década. Ello denota que el envejecimiento poblacional en Puerto Rico es un fenómeno central.

En el área de salud, los datos sobre discapacidad y cobertura de salud son particularmente relevantes. Para el periodo de tiempo del 2018 al 2022, aproximadamente, el **22.3%** de las personas en Puerto Rico vivían con algún tipo de **discapacidad**, lo que representa una proporción significativa que requiere **servicios especializados** y de **accesibilidad**.

Aunque la mayoría de la población cuenta con cubierta de salud, el hecho de que un **6.4%** (para el periodo de tiempo del 2018 al 2022) permanezca sin ella, evidencia brechas persistentes, particularmente, entre **hombres** y **adultos jóvenes**.

Estas desigualdades se agravan cuando se consideran los niveles de pobreza, que afectan a más de 1.3 millones de personas en Puerto Rico, limitando el acceso a recursos esenciales para una vida digna.

La migración continúa transformando la composición social de Puerto Rico. La salida de **decenas de miles** de personas cada año, principalmente, jóvenes entre los **20 y 34 años**, reduce la fuerza laboral disponible y afecta la productividad económica.

Estos indicadores sociodemográficos interrelacionados reflejan retos estructurales y de accesibilidad que afectan la salud pública, la estabilidad económica y el desarrollo social del país. Combinados con una población envejecida y en disminución, plantean desafíos importantes para sostener sistemas de bienestar social y mejorar la calidad de vida a largo plazo. Por tal razón, se destaca la importancia de estrategias integrales y el fortalecimiento e implementación de políticas públicas centradas en mejorar la calidad de vida, el acceso a servicios y la promoción de un desarrollo salubrista y económico más sostenible.

Capítulo 2:
Estadísticas vitales

Las estadísticas vitales de Puerto Rico, entre 2014 y 2023, revelan transformaciones profundas en la estructura demográfica, estado de salud y calidad de vida de su población. Estos datos, basados en nacimientos y defunciones [mortalidad], permiten entender cuántas personas nacen o mueren, al igual que cómo vive y envejece la sociedad.

En este periodo, uno de los cambios más impactantes ha sido la marcada **reducción en los nacimientos [casi a la mitad]**: de **34,495**, en 2014, a solo **18,645**, en 2023, una caída de **46%**.

- Esta disminución refleja cambios sociales, económicos y culturales, incluyendo, migración, postergación de la maternidad y desafíos económicos.
- Ha disminuido la base joven de la población y aumentado, proporcionalmente, el grupo de personas mayores.
- La caída de la fecundidad, combinada con la reducción en la natalidad, evidencia una sociedad donde cada vez nacen menos niños.

En el ámbito **infantil**, las causas de muerte están mayormente relacionadas con **condiciones médicas complejas**, lo que indica la necesidad de fortalecer la **atención prenatal** y **neonatal**.

- La mortalidad materna e infantil, aunque relativamente controlada, presenta áreas de mejora que pueden abordarse mediante acceso equitativo a servicios de salud y educación.

En todo el periodo, los **hombres** presentan tasas de **mortalidad** significativamente más altas.

La **esperanza de vida**, aunque relativamente alta, muestra señales de estancamiento, lo que indica que **mejorar la calidad de vida** no solamente implica **vivir más años**, sino, vivirlos **saludablemente**.

En conjunto, los datos muestran un país que vive más años, pero con menos nacimientos y mayor prevalencia de enfermedades crónicas. A medida que continúen cambiando estas condiciones sociales, tendrá implicaciones directas sobre el bienestar colectivo, la planificación de programas y servicios y la sostenibilidad del sistema de salud. Atender estos desafíos requerirá políticas sostenidas, inversión en salud pública y un enfoque centrado en el bienestar integral de todas las etapas de la vida.

Capítulo 3:
Comportamientos de riesgo y enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas representan uno de los principales desafíos para el bienestar y la calidad de vida en Puerto Rico y en el mundo. Estas condiciones se caracterizan por durar un año o más, requerir atención médica continua y, en muchos casos, limitar las actividades cotidianas. Desde la perspectiva del bienestar, esto implica años vividos con dolor, limitaciones físicas, dependencia, altos costos económicos y emocionales para la familia, e incluso, la muerte. Por otro lado, los comportamientos de riesgo son hábitos que afectan el bienestar y aumentan la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas.

Uno de los hallazgos más importantes es la alta frecuencia de comportamientos de riesgo que afectan la salud.

En Puerto Rico, los hombres reportaron más del doble (**18%**) del consumo excesivo de alcohol que las mujeres (**7%**) para el año 2023.

Los adultos de **25 a 44 años** presentaron la prevalencia más alta en el consumo excesivo de alcohol para el año 2023.

Fumar **aumenta** el riesgo de enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades pulmonares, afectando directamente la esperanza y calidad de vida.

Durante el periodo de 2023, el grupo de **35 a 44 años** presentó la prevalencia más alta en el consumo de tabaco. El consumo de tabaco fue mayormente reportado por **hombres** (11.7%).

Se destaca que en los años 2017 (**53.0%**) y 2023 (**50.5%**), los adultos reportaron **no** haber realizado actividad física.

En el 2023, las mujeres (**57.9%**) eran más inactivas físicamente que los hombres.

Los adultos de **45 años o más** reportaron mayores niveles de inactividad física.

Los datos sugieren que, a **mayor** nivel de escolaridad y de ingreso económico, **mayor** es la actividad física.

En 2023, el **36.2%** de la población adulta, **más de un tercio** de los hombres y mujeres, ya vivía con **obesidad**.

La obesidad fue reportada con mayor frecuencia en mujeres (**37.6%**), mientras que el sobrepeso fue mayormente reportado por los hombres (**37.3%**).

Un **49.5%** del grupo de **45 a 54 años** reportó obesidad.

La prevalencia de artritis para el 2023, fue mayormente reportada en mujeres (**33%**)**.**

Para el año 2023, se muestra una tendencia de que a mayor edad, mayor la prevalencia de artritis.

Por otro lado, para el 2023, se observa que a **mayor** nivel de escolaridad e ingresos en el hogar, **menor** es el reporte de artritis en adultos mayores de 18 años.

Las mujeres presentaron una prevalencia mayor de asma (**17.5%**), en comparación con los hombres (**10.3%**).

Personas con los niveles de escolaridad y de ingresos **más bajos** presentaron las prevalencias **más altas** de **diabetes**. Estos datos pudieran sugerir una relación entre el nivel socioeconómico y carga de enfermedad.

Personas con los niveles de escolaridad y de ingresos **más bajos** presentaron las prevalencias **más altas** de **enfermedades coronarias y/o infartos al miocardio**.

En casi todos los indicadores, las personas con menores **niveles educativos** e **ingresos [disparidades económicas]** presentaron mayores prevalencias y cargas de enfermedades crónicas. Las disparidades sociales son marcadas y consistentes. Estos hallazgos reflejan un reto significativo para el bienestar colectivo. Subrayan la necesidad de fortalecer estrategias de prevención, educación en salud y políticas públicas [y su adecuada implementación] dirigidas a reducir desigualdades y mejorar la calidad de vida de toda la población puertorriqueña.

Los comportamientos de riesgo y las enfermedades crónicas representan un desafío significativo para el bienestar en Puerto Rico. La mitad de los adultos están

inactivos físicamente, más de un tercio con obesidad, y la diabetes continúa en aumento. Las poblaciones de menor ingreso y menor nivel educativo enfrentan una mayor carga de enfermedad. Mejorar la calidad de vida requiere acciones integrales, preventivas y sostenidas que promuevan salud y oportunidades para vivir una vida más larga y saludable. La prevención, educación y reducción de desigualdades son claves para lograr una población más saludable, activa y con mayor bienestar a lo largo de la vida.

Capítulo 4:
Cáncer

El cáncer representa uno de los mayores retos de **salud pública** en Puerto Rico. Más allá de las cifras, impacta profundamente la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades, afectando la salud física, emocional, social y económica.

Los datos oficiales del Registro Central de Cáncer de Puerto Rico (RCCPR), para el periodo del 2011 al 2021, permiten identificar tendencias clave que orientan las acciones necesarias para fortalecer la prevención, la detección temprana y oportunidades en el acceso a los servicios de salud.

El riesgo de desarrollar cáncer surge de la interacción entre factores que pueden o no ser modificables. Actuar sobre los factores modificables es una de las estrategias más efectivas para mejorar la salud pública y reducir muertes evitables.

Panorama general

- Los hombres presentaron las mayores tasas de incidencia y mortalidad por cáncer que las mujeres durante todo el periodo de 2011-2021.

- Los cinco tipos de cáncer más frecuentes en Puerto Rico son:

Mama
Próstata
Colorrectal
Pulmón y bronquios
Tiroides

Mama | Entre 2011 y 2021, los casos aumentaron. Por otro lado, las muertes disminuyeron. Resulta importante señalar que las pruebas de detección temprana como la mamografía son esenciales para identificar a tiempo, mejorar la calidad de vida y salvar vidas.

Incidencia: **93.8** (2011) **103.1** (2021)
Mortalidad: **18.3** (2011) **14.7** (2021)

Próstata | Es el cáncer más diagnosticado y la principal causa de muerte por cáncer en hombres. Según los análisis, se puede observar una disminución en la mortalidad por cáncer de próstata.

Incidencia: **155.4** (2011) **133.8** (2021)
Mortalidad: **28.0** (2011) **19.0** (2021)

Colorrectal | La incidencia en hombres disminuyó, mientras que, en mujeres se mantuvo estable. La mortalidad bajó en ambos sexos. Estos resultados subrayan el valor de los estilos de vida saludables, alimentación adecuada y pruebas de detección como herramientas efectivas para prevenir complicaciones y muertes.

Incidencia en hombres: **54.8** (2011) **43.4** (2021)
Incidencia en mujeres: **36.2** (2011) **32.0** (2021)
Mortalidad en hombres: **19.7** (2011) **15.2** (2021)
Mortalidad en mujeres: **12.5** (2011) **8.8** (2021)

Pulmón y bronquios | Este tipo de cáncer continúa siendo uno de los más letales en Puerto Rico. Aún así, se observaron tendencias en la reducción de la incidencia para ambos sexos. Estos hallazgos refuerzan la importancia de las políticas relacionadas al consumo de tabaco y la protección contra exposiciones ambientales y sustancias dañinas.

Incidencia en hombres: **24.4** (2011) **18.7** (2021)
Incidencia en mujeres: **12.1** (2011) **11.0** (2021)
Mortalidad en hombres: **21.0%** (2011) **14.9** (2021)
Mortalidad en mujeres: **8.5%** (2011) **7.7** (2021)

Tiroides | Suele afectar más a las mujeres que a los hombres. El seguimiento médico oportuno permite diagnósticos precisos y tratamientos efectivos.

Incidencia en mujeres: **32.8** (2011) **30.1** (2021)

Incidencia en hombres: **8.0** (2011) **9.7** (2021)

Estos tipos de cáncer concentran una gran parte de diagnósticos y muertes, por lo que representan una prioridad para la **salud pública** en Puerto Rico. En parte, es el reflejo de cómo se vive, se trabaja, se interactúa en el entorno/ambiente y se accede a los servicios de salud. La salud colectiva se construye con información clara, servicios accesibles, políticas públicas reales y adecuadamente empleadas y comunidades empoderadas.

En suma, priorizar en la prevención, detección temprana, participación comunitaria y acceso a servicios de salud integrales y adaptados a contextos de emergencias, es invertir en el bienestar, productividad y calidad de vida de toda la población de Puerto Rico.

Capítulo 5:
Enfermedades infecciosas

La salud es uno de los pilares fundamentales para el bienestar, la productividad y la estabilidad social de Puerto Rico. Éstas se mantienen estrechamente vinculadas a la capacidad del sistema de salud pública para anticipar, detectar y responder oportunamente a las enfermedades infecciosas. Los datos más recientes de los sistemas de vigilancia epidemiológica del DSPR reflejan que, aunque se han fortalecido los mecanismos de monitoreo y notificación, persisten desafíos significativos que impactan de manera directa a comunidades, familias y al sistema de salud. Estos sistemas permiten dimensionar el impacto real en la calidad de vida en general, identificar poblaciones en riesgo y orientar intervenciones basadas en evidencia y política pública.

El siguiente capítulo presenta el estado actual de las enfermedades infecciosas y un análisis que describe las siguientes enfermedades: **influenza**, **COVID-19**, **virus respiratorio sincitial**, **dengue**, **leptospirosis**, **infecciones de transmisión sexual (ITS)** y **enfermedades prevenibles por vacunas**.

De todas las enfermedades respiratorias presentadas, se destacan el COVID-19 y la influenza como las de **mayores** casos reportados.

Las enfermedades transmitidas por **vectores** y **zoonóticas** también estuvieron presentes en la población, destacándose el dengue en **adolescentes** y **jóvenes** y la leptospirosis en **adultos jóvenes**.

La **protección ambiental** y una adecuada infraestructura contra inundaciones y exposición a aguas contaminadas son una inversión directa al bienestar y salud comunitaria.

Las **ITS** afectan, principalmente, a adultos jóvenes, etapa clave para el desarrollo personal y profesional.

Las **ITS** mostraron una presencia considerable en la población, particularmente, la **clamidia**, la **sífilis** y el **herpes simple tipo 2**.

Cada cifra representa una vida. En conjunto, los datos evidencian que la salud pública es mucho más que un sistema de vigilancia: es un pilar esencial del bienestar social, emocional y económico de Puerto Rico. Invertir en prevención, educación en salud, infraestructura adecuada y sistemas de detección temprana reduce las enfermedades infecciosas. Esto redunda en el fortalecimiento de las comunidades, las instituciones, la productividad y la calidad de vida de toda la población puertorriqueña.

.

Capítulo 6:
Salud mental

La salud mental constituye un elemento esencial del bienestar y calidad de vida de la población, puesto que influye en la manera en que las personas piensan, sienten, se relacionan y toman decisiones en su vida diaria. Este componente del bienestar ha cobrado una relevancia cada vez mayor debido al impacto acumulativo de factores sociales, políticos, culturales, económicos y ambientales que han afectado a la población en las últimas décadas.

En Puerto Rico, la situación de la salud mental puede analizarse a partir de diversas fuentes institucionales [agencias]: Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) y la Comisión para la Prevención del Suicidio (CPS) del Departamento de Salud. Estas se encargan de ofrecer servicios, desarrollar e implementar programas de prevención y/o recopilar datos/información estadísticos.

Este capítulo reúne información sobre la salud mental, las conductas autolesivas y los trastornos mentales (desórdenes del ánimo, desórdenes de ansiedad, trastorno por déficit de atención y conducta disruptiva, entre otros). Los resultados revelaron una alta carga/presencia de estas condiciones/trastornos/problemas/situaciones en la población de Puerto Rico.

A nivel global, se estimó que **1** de cada **8** personas vivía con algún **trastorno mental**, lo que demuestra que es un tema común y relevante para la salud pública.

Entre el 2019 y 2023, se reportaron cerca de **2 millones** de reclamaciones relacionadas con diagnósticos de salud mental en Puerto Rico, destacándose los **desórdenes del ánimo** y **ansiedad** como los más frecuentes.

Para el año 2023, los números reflejaron que el **trastorno por estrés postraumático** (*PTSD* en inglés) fue más frecuente en niños y adolescentes, particularmente, en los grupos de edad de **10 a 14 años** y **menores de 10 años**, lo que sugiere exposición temprana a experiencias traumáticas y la necesidad de intervenciones preventivas en etapas tempranas de la vida.

Los datos mostraron que los casos de **suicidio** se concentraron en **adultos jóvenes** y de **mediana edad**, lo que impacta significativamente la estructura social y económica del país.

Aunque existen múltiples esfuerzos institucionales y disponibilidad de datos, persisten limitaciones importantes que afectan la comprensión completa de la situación de la salud mental en Puerto Rico. Entre estas, se incluyen: la falta de estandarización en la recopilación de datos/información, la ausencia/escasez de datos/información representativa a nivel poblacional y las inconsistencias en las variables utilizadas a lo largo del tiempo. No obstante, estas limitaciones representan oportunidades para mejorar los sistemas de información y fortalecer la vigilancia epidemiológica. Asimismo, desarrollar estudios científicos e implementar protocolos/métodos estandarizados pueden contribuir a mejorar la calidad de los datos y apoyar la toma de decisiones.

Más allá de la ausencia de enfermedad, la salud mental implica la capacidad de las personas para enfrentar las tensiones normales de la vida, desarrollar sus habilidades, trabajar de manera productiva y contribuir a la sociedad. Es un componente fundamental del bienestar y la calidad de vida que enfrenta desafíos significativos, pero también ofrece oportunidades para el desarrollo de estrategias más efectivas e integrales. En este sentido, es indispensable fortalecerla para la reducción de las desigualdades, y garantizar un mejor desarrollo social, político, cultural, laboral y económico en el país.

Capítulo 7:
Uso de sustancias psicoactivas

El trastorno por consumo de sustancias representa uno de los desafíos más complejos para la salud pública y el bienestar social en Puerto Rico. Afecta el funcionamiento cerebral y la capacidad de autocontrol, generando consecuencias significativas en la salud física, mental y social de las personas, principalmente, entre la población adulta en edad productiva.

En el presente capítulo, se examinan y analizan datos correspondientes al periodo 2018-2023, con el propósito de describir tendencias recientes en el uso de sustancias (*crack*, opioides, fentanilo, heroína y *speedball*), las admisiones a tratamiento y los eventos de sobredosis en Puerto Rico. La información utilizada proviene, principalmente, de registros administrativos de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), los cuales constituyen una de las principales fuentes de datos para comprender la magnitud y las características de este problema de salud pública en la isla.

Durante el periodo de 2018 al 2023 se registraron más de **12,000 admisiones** a programas de tratamientos por consumo de drogas específicas en los centros de la ASSMCA, lo que evidencia la **persistencia y complejidad** del trastorno por uso de drogas en la **población adulta** de Puerto Rico.

Entre el 2018 al 2023, la **heroína** lideró la demanda de tratamiento, con **7,157 admisiones**.

Los datos reflejan el predominio de sustancias **opioides** y **estimulantes** dentro de los patrones de consumo que requieren intervención clínica en Puerto Rico.

La **mayoría** de las admisiones a tratamiento en los centros de la ASSMCA en Puerto Rico se concentran entre los adultos de **25 a 64** años.

Los datos correspondientes al periodo 2018-2023 revelan que se registraron **3,282 muertes** por sobredosis en Puerto Rico, lo que resalta la mortalidad asociada al uso de drogas. Las sobredosis representan una pérdida significativa de vidas humanas y reflejan el impacto profundo del consumo de sustancias en la salud y calidad de vida de la población.

Los hallazgos evidencian que el trastorno por consumo de sustancias [psicoactivas] constituye un desafío con implicaciones directas sobre la calidad de vida de la población, el sistema de salud y el desarrollo social del país. Durante este periodo, miles de personas requirieron servicios de tratamiento por consumo de drogas. Ante este panorama, el fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica, la disponibilidad de datos oportunos y la coordinación entre agencias gubernamentales, respuesta multisectorial, organizaciones comunitarias, instituciones académicas y otros actores sociales; resultan elementos esenciales para comprender la evolución del problema y orientar la toma de decisiones basadas en evidencia. De esta manera, se continúa trabajando sobre áreas prioritarias de prevención, accesibilidad a servicios de tratamiento, ampliación de las estrategias de reducción de daños y apoyo a las comunidades más afectadas.

Capítulo 8:
Médicos y profesionales de la salud en Puerto Rico

El sistema de salud en Puerto Rico constituye uno de los pilares fundamentales para garantizar la calidad de vida, el bienestar social y el desarrollo sostenible de la población. Su capacidad de respuesta influye directamente en la prevención de enfermedades, productividad, reducción de desigualdades en salud y esperanza de vida. De esto depende, en gran medida, de la disponibilidad y distribución de médicos y profesionales de la salud. Los datos recopilados del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico evidencian que, aunque existe una base considerable de médicos y profesionales de la salud licenciados, la disponibilidad real de estos recursos humanos presenta retos importantes.

Un aspecto particularmente relevante es la composición de la **fuerza médica**. Para el periodo del 2016 al 2018, el **63.3%** corresponde a **médicos especialistas**, mientras solo el **36.7%**, son **médicos generalistas**.

Los médicos generalistas suelen ser el primer punto de contacto con el sistema de salud. Esta desproporción puede afectar el acceso a servicios primarios, esenciales para la prevención y el manejo temprano de condiciones de salud/enfermedades.

La mediana de edad (edad promedio) de los **médicos activos** en Puerto Rico en el periodo entre 2016 y 2018 fue de **55.2 años**, con una alta concentración en los grupos de edad de **55 a 59 años [14.4%]** y **60 a 64 años [16.0%] [= 30.4%]**, lo que sugiere un **envejecimiento** de la fuerza laboral médica y posibles dificultades futuras para el **relevo generacional**.

La **enfermería** domina con **más de la mitad** de las licencias en todas las categorías de empleo [profesionales de la salud], evidenciando su rol central en la prestación de servicios de salud, especialmente, dentro del **sector privado**.

El **sector privado (59.0%)**, como espacio principal de trabajo entre los profesionales de la salud, plantea interrogantes sobre la capacidad del sector público para atender a poblaciones desventajadas.

En términos de equidad, el acceso a los servicios de salud privados puede estar condicionado por la capacidad económica de los individuos, afectando, especialmente, a poblaciones vulneradas.

Desde una perspectiva de **género**, se observan contrastes marcados. Mientras la **práctica médica** está dominada por **hombres (62.7%)**, las demás profesiones de la salud reflejan un **80.1%** de licencias activas en **mujeres**.

Este patrón refleja desigualdades estructurales en la distribución del trabajo en el área de la salud y puede influir en la planificación de recursos humanos para las recientes y futuras generaciones.

La mediana de edad de los profesionales de la salud en general fue de 42 años. Esto sugiere una mayor presencia de personas jóvenes en otras disciplinas de la salud, lo que podría representar una oportunidad para fortalecer el sistema, si se logra integrar de manera efectiva este recurso humano en la provisión de servicios.

Municipios como **San Juan**, **Manatí** y **Mayagüez**, concentraron las tasas **más altas** de médicos (hasta **87.7** por cada 10,000 habitantes), mientras que, otros municipios como **Toa Alta** y **Orocovis**, presentaron tasas extremadamente bajas (**5.3** y **6.7**, respectivamente).

Estas disparidades territoriales sugieren que el acceso a servicios de salud depende, en gran medida, del lugar de residencia, afectando negativamente la calidad de vida en regiones menos atendidas.

La modernización de los sistemas de recopilación de datos, la estandarización de formularios y la integración de tecnologías, podrían facilitar un monitoreo más preciso y oportuno de la fuerza laboral en salud. En suma, los hallazgos presentan un sistema con recursos significativos, pero con desafíos estructurales en distribución, envejecimiento poblacional y disponibilidad efectiva, que inciden directamente en la calidad de vida y bienestar de la población puertorriqueña. Fortalecer el recurso humano en salud es una inversión esencial en el desarrollo social y económico del país.



SECCIÓN 1: ENCUESTA DE LA COMUNIDAD

Introducción

Como parte de los esfuerzos de la Evaluación del Estado de la Salud de Puerto Rico, el Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR) llevó a cabo la Encuesta a la Comunidad. Esta iniciativa tiene como objetivo presentar una radiografía de los indicadores de mayor relevancia para la salud pública de Puerto Rico. Esta encuesta constituye un componente fundamental dentro de la evaluación, ya que permite capturar información que las estadísticas por sí solas no pueden ofrecer. Aunque los indicadores de salud pública aportan una visión objetiva del estado de la salud, la participación directa de la comunidad en este caso, las entidades colaboradoras añaden un entendimiento más profundo, contextual y alineado con la realidad del país. Este esfuerzo pretende identificar y resaltar aquellas necesidades y factores que requieren particular atención por parte de todos los sectores del sistema de salud.

La evaluación, a su vez, opera como fase inicial del marco conocida como Movilización para la Acción a través de la Planificación y Colaboración (*MAPP*, por sus siglas en inglés). A través del MAPP, Puerto Rico puede fortalecer su planificación comunitaria, fomentar alianzas multisectoriales y apoyar estrategias adaptadas a la realidad local, incluyendo áreas como preparación ante desastres, seguridad alimentaria, salud mental, acceso a servicios y equidad en salud. La evaluación de temas y fortalezas de la comunidad dentro del MAPP permite identificar las preocupaciones, prioridades y activos desde la perspectiva de residentes, líderes comunitarios y entidades locales. Este proceso contribuye a entender cómo factores sociales, económicos, ambientales y culturales de los municipios influyen en la salud y el bienestar.

Metodología

Para recopilar las percepciones de las personas, se diseñó un instrumento compuesto por diversas preguntas. Este instrumento estuvo dirigido a las entidades colaboradoras del sistema de salud de Puerto Rico, con el propósito de conocer su percepción y experiencia respecto a los sistemas, procesos y capacidades del sistema de salud, tanto a nivel individual como colectivo.

Para este propósito, el cuestionario se organiza en las siguientes secciones: 1) Información de contacto, 2) Perfil institucional, 3) Perfil salubrista de la comunidad, 4) Capacidad institucional/sistema de salud, 5) Capacidades para apoyar la mejora de la salud comunitaria y 6) Explorar sugerencias y posibles colaboraciones.

La información fue recopilada mediante un conjunto de preguntas tanto estructuradas como abiertas. Las preguntas estructuradas incluían preguntas específicas y definidas que permitieron obtener datos medibles y comparables sobre los indicadores de salud pública más relevantes, ofreciendo una visión objetiva del funcionamiento del sistema de salud. Complementariamente, se incorporaron preguntas abiertas con el fin de recoger percepciones, experiencias y matices que no pueden capturarse mediante respuestas cerradas, aportando una comprensión más humana y contextual de las necesidades, factores y capacidades del sistema. En conjunto, ambos tipos de preguntas fortalecen la metodología participativa al permitir que las entidades colaboradoras aporten información numérica y narrativa que enriquece la interpretación de los indicadores y facilita la identificación de prioridades que requieren atención multisectorial.

Reclutamiento de la muestra

El proceso de evaluación comenzó con la creación de un marco muestral que permitiera identificar y organizar las entidades vinculadas al sistema de salud de Puerto Rico. Para ello, se desarrolló un documento que integró información de las entidades que han colaborado con el DSPR, así como de otras con potencial de colaboración. La elaboración de este documento requirió una búsqueda exhaustiva de listados institucionales, directorios existentes y registros administrativos, complementada con la identificación de entidades adicionales consideradas relevantes dentro del sistema de salud pública.

Una vez compilado el listado preliminar, se procedió a contactar a cada entidad mediante llamada telefónica con el fin de validar y actualizar la información disponible. Durante este proceso, se corroboraron datos como el nombre de la entidad, dirección física, teléfonos, correos electrónicos, población servida y descripción de los servicios ofrecidos. Esta información tiene como fin establecer comunicación futura, según sea necesario, y de ninguna manera será compartida, divulgada o asociada a los resultados de la encuesta. No obstante, se reconocerá el nombre de las entidades en agradecimiento a la participación en el proceso de elaboración de la Evaluación del Estado de la Salud. Para asegurar la pertinencia de las entidades incluidas, se establecieron dos criterios de participación: 1) que la entidad estuviera vinculada directa o indirectamente al sistema de salud de Puerto Rico en un sentido amplio que abarca, desde servicios clínicos hasta iniciativas comunitarias y 2) que el representante de la entidad tuviera 18 años o más.

Instrumentos para el avalúo de necesidades

Con el marco muestral definido, se diseñó un instrumento de recopilación de datos titulado “Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico”. Este cuestionario buscó captar la percepción y experiencia de las entidades sobre los sistemas, procesos y capacidades del sistema de salud de Puerto Rico, tanto desde la perspectiva institucional como comunitaria.

El instrumento integró un total de 59 preguntas y combinó tanto preguntas abiertas como cerradas, distribuidas en las siguientes seis secciones:

Información de contacto

Perfil institucional

Perfil salubrista de la comunidad

Capacidad institucional / sistema de salud

Capacidades para apoyar la mejora de la salud comunitaria

Sugerencias y posibles colaboraciones

Esta estructura permitió obtener una visión amplia y matizada de las fortalezas, necesidades y oportunidades del sistema de salud, enriqueciendo el análisis desde una perspectiva tanto cuantitativa como cualitativa.

Procedimiento de recolección de información

El cuestionario fue distribuido por un enlace a través de correo electrónico a todas las entidades identificadas, acompañado de una invitación formal-oficial para participación voluntaria. También, se compartió el enlace a través de un código QR con quienes participaron en las Conversaciones Regionales, con el propósito de ampliar la representatividad de las voces de las entidades.

Se informó a las entidades que su participación no implicaba riesgos y que cualquier incomodidad potencial estaría relacionada únicamente con la reflexión sobre experiencias o percepciones vinculadas al DSPR Asimismo, se garantizó la confidencialidad de las respuestas: solamente personal autorizado de la Oficina de Planificación y Desarrollo (OPD) del DSPR tendría acceso a los datos individuales, y ninguna respuesta sería asociada con nombres o información sensitiva que pudiera identificar a las personas participantes. No obstante, los nombres de las entidades y sectores serían incluidos en la sección de agradecimiento del informe final.

Análisis de la información recopilada

El análisis de la información recopilada se llevó a cabo mediante un enfoque mixto. Las preguntas cerradas fueron procesadas utilizando estadísticas descriptivas, lo que permitió caracterizar a las entidades y evaluar sus capacidades. Por otro lado, las respuestas abiertas se analizaron mediante la identificación de temas recurrentes, lo que facilitó profundizar en las percepciones, experiencias y sugerencias expresadas por las entidades. Entre los temas explorados se incluyeron:

- Características institucionales
- Servicios ofrecidos
- Capacidad para responder a brotes y condiciones de salud

- Efectividad de estrategias organizacionales
- Barreras de acceso a servicios
- Oportunidades de colaboración

Durante el proceso, se identificaron varias áreas para mejorar, entre ellas: 1) Hubo entidades que participaron ampliamente, mientras que otras participaron poco o casi no respondieron; 2) la participación no fue al azar, y quienes respondieron pueden ser diferentes del resto del grupo, por lo que sus respuestas no representan a todos; 3) dependencia del formato electrónico, que pudo haber limitado la participación de entidades con menor acceso a tecnologías digitales y 4) variabilidad en la cumplimentación de las respuestas, especialmente, en las preguntas abiertas, lo que pudo influir en la profundidad del análisis de las preguntas abiertas.

Análisis de los resultados

El objetivo principal del análisis es obtener una radiografía de cómo las entidades perciben y experimentan los sistemas, procesos y capacidades del sistema de salud. En total, participaron 164 entidades, las cuales respondieron una o más secciones del cuestionario. Los análisis presentados a continuación en las secciones se basan en las contestaciones provistas por estas entidades

Fase 1: Información de contacto

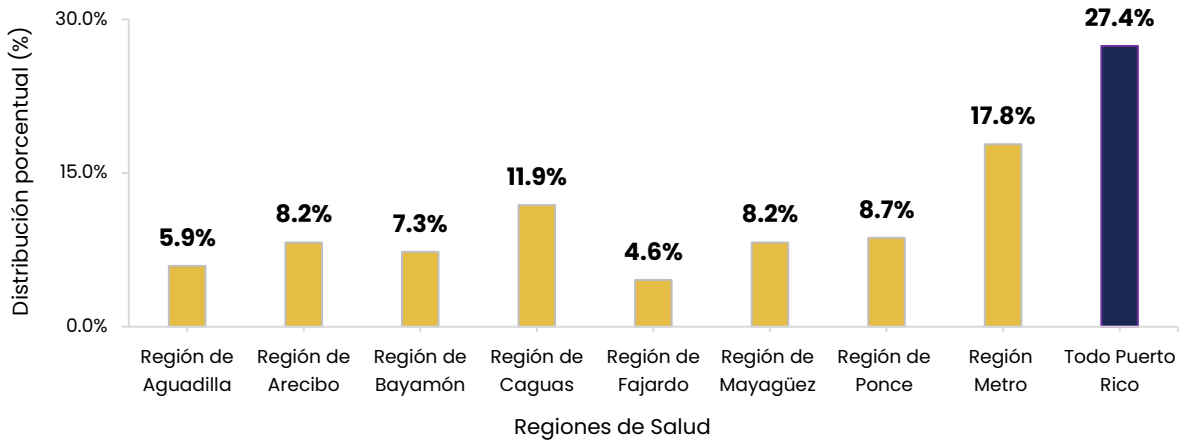
Como parte de estos esfuerzos, se actualizó la base de datos de las entidades que realizan esfuerzos relacionados a la salud pública en Puerto Rico. Para esto se realizó la pregunta sobre en qué área geográfica en Puerto Rico ofrecen los servicios.

En la **Figura 1.1,** se observó que un **27.4%** de las entidades participantes ofrecen servicios principalmente a todo Puerto Rico, seguido de un **17.8%** en la **Región Metro**.

Mientras que las entidades ofrecen menos servicios en un **10.5%** en la **Región de Fajardo 4.6%** y la **Región de Aguadilla 5.9%.**

Figura 1.1

Distribución porcentual de las regiones de salud donde las entidades participantes ofrecen servicios



N = 219 (164 entidades respondieron una o más opciones de la pregunta)
Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico

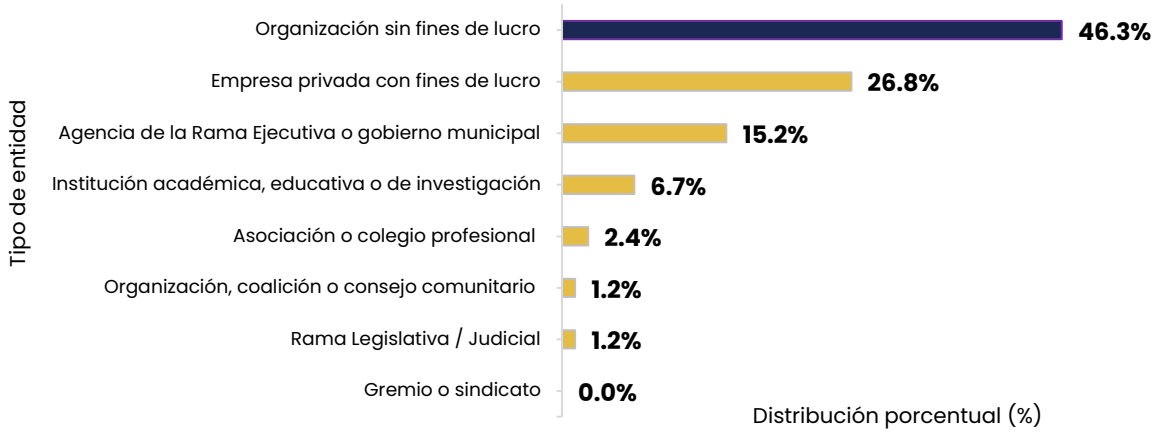
Fase 2. Perfil Institucional

Esta sección estableció un perfil de los participantes de la Evaluación, describiendo de forma integrada las características y los tipos de servicios que ofrecen las entidades que completaron la encuesta. Esto permitió realizar un análisis más robusto de los resultados. Las preguntas incluidas en esta parte del formulario tenían como propósito recopilar información esencial sobre la entidad respondiente, solicitando que identificara las opciones que mejor la describieran.

En la **Figura 1.2** se observa que el **46.3%** de las entidades participantes se identifica como **Organización sin fines de lucro**; seguido por el **26.8%** que se identifica como **Empresa privada con fines de lucro**. Por otro lado, solo el **1.2%** de las entidades se identifica como ***Organización, coalición o consejo comunitario,*** y ***Rama Legislativa /Judicial***, respectivamente.

Figura 1.2

Distribución porcentual del tipo de entidad con el que se identifican las entidades participantes



N = 164

Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico

En la **Figura 1.3** se observa que, de las principales tres (3) funciones relacionadas a salud pública, las entidades realizan en un **38.8%** funciones de ***educación, orientación y empoderamiento de la población*** (**15.5%**), ***facilitación o enlace a servicios*** (**13.8%**), y ***promoción de alianzas comunitarias*** (**9.5%**). Mientras que las tres (3) funciones relacionadas a salud pública que menos realizan las entidades son ***Identificación de fondos para mejorar la salud pública*** (**4.2%**), ***Evaluación de la efectividad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud***

pública (**4.4%**), y ***Diagnósticos e investigaciones sobre las condiciones de salud pública*** (**4.7%**).

Figura 1.1

Distribución porcentual de las funciones relacionadas a salud pública que desempeña o ejercen las entidades participantes



N = 472 (164 entidades respondieron una o más opciones de la pregunta)

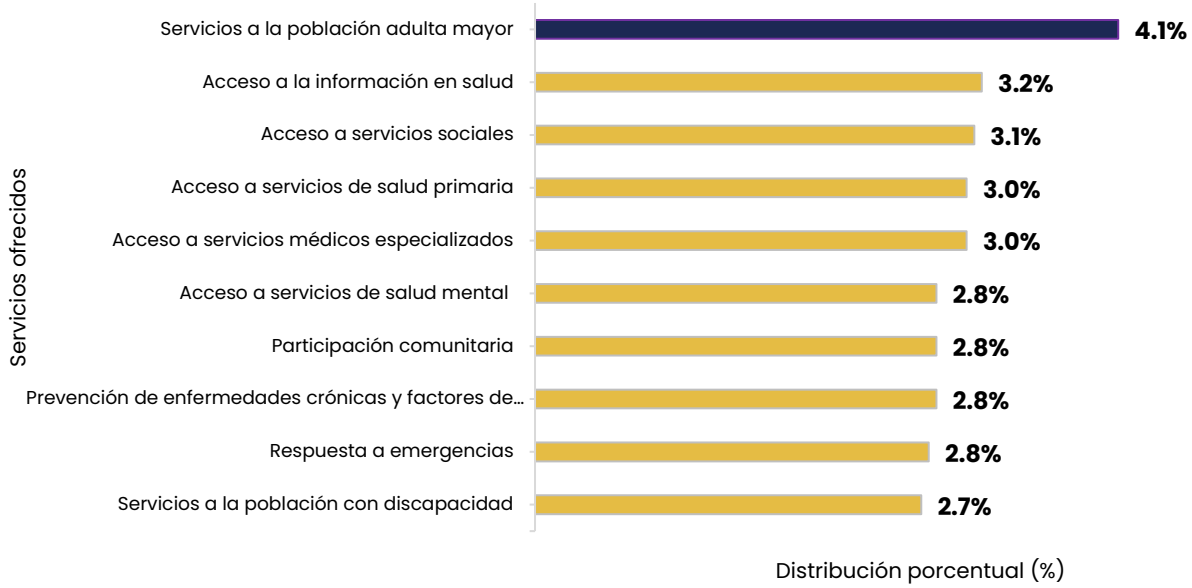
Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

En la **Figura 1.4** se muestra que el **30.5%** de los diez (10) servicios más ofrecidos o proporcionados por las entidades se dirigen a ***la población adulta mayor***, ***acceso a información y a servicios de salud*** (sociales, salud primaria, médicos especializados, salud mental), ***participación comunitaria***, ***prevención de enfermedades crónicas y factores de riesgo a la salud***, ***respuesta a emergencias y servicios a la población con discapacidad***. Por otro lado, en la **Figura 1.5** se muestra que el **1.2%** de los servicios menos ofrecidos o proporcionados por las entidades se

dirigen a ***la justicia racial***, ***planificación y desarrollo de uso de terreno***, ***servicios relacionados a inmigración***, ***justicia medioambiente o cambio climático*** y ***seguridad económica***.

Figura 1.2

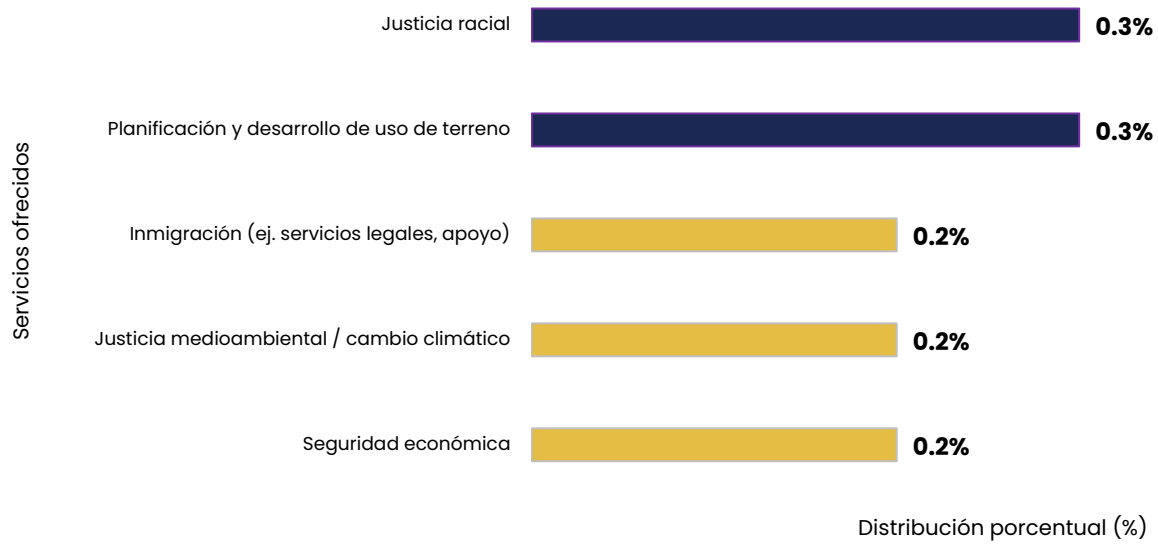
Distribución porcentual de los servicios más ofrecidos o propiciados por las entidades participantes



N = 1,871 (164 entidades respondieron una o más opciones de la pregunta)
Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico

Figura 1.3

Distribución porcentual de los servicios menos ofrecidos o propiciados por las entidades participantes.

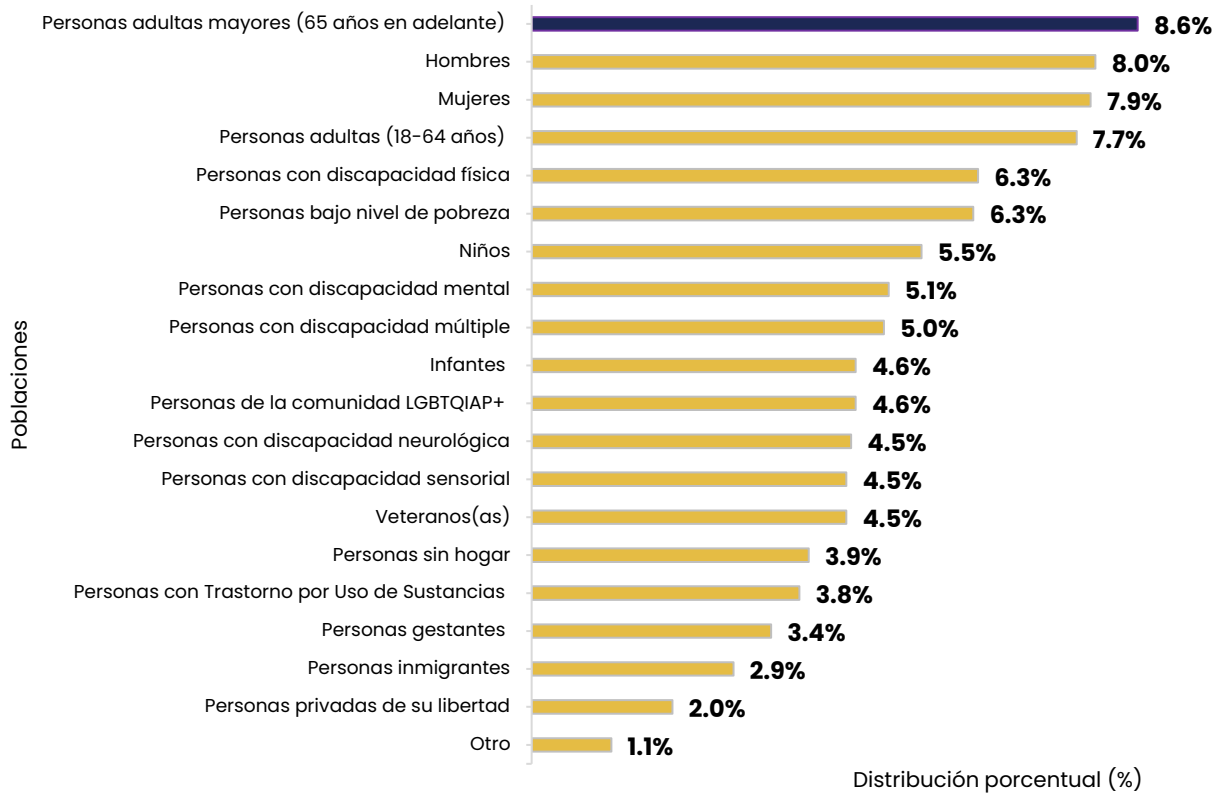


N = 1,871 (164 entidades respondieron una o más opciones de la pregunta)
Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico

En la **Figura 1.6** se muestra que en un **32.2%** los servicios brindados por las entidades son mayormente dirigidos a la ***población adulta mayor*** (**8.6%**), seguido por ***hombres*** (**8.0%**), ***mujeres*** (**7.9%**) y ***personas adultas*** (**7.7%**). Mientras que los servicios brindados se dirigen menos a ***personas privadas de su libertad*** (**2.0%**), seguidas por ***personas inmigrantes*** (**2.9%**) y ***personas gestantes*** (**3.4%**).

Figura 1.4

Distribución porcentual de las poblaciones a las que brindan servicios las entidades participantes



N = 1,504 (163 entidades respondieron una o más opciones de la pregunta)
Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico

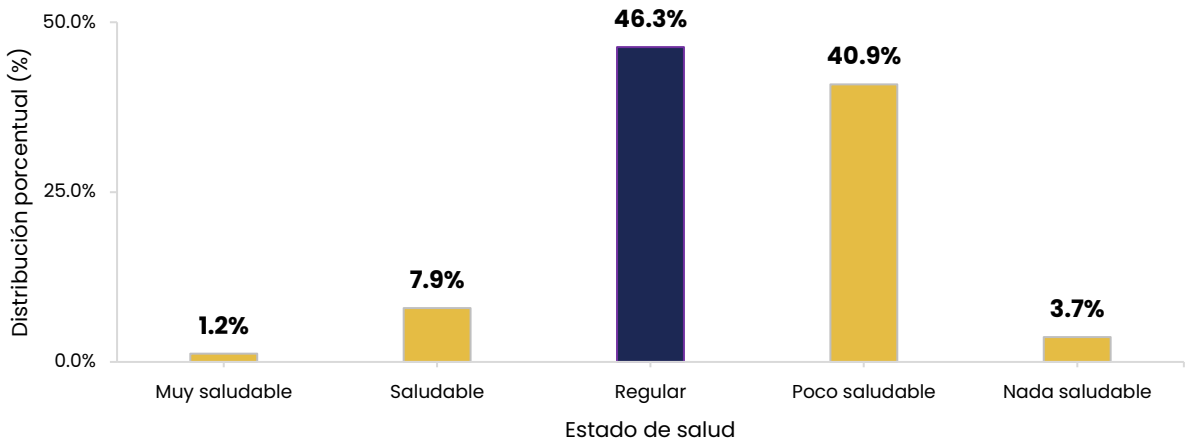
Interés en mejorar la salud comunitaria

La presente sección tenía como propósito recopilar los factores que las entidades consideran relevantes al momento de participar en un proceso de mejora de la salud pública.

En la **Figura 1.7** se presenta que el **87.2%** de las entidades califica el estado de salud de Puerto Rico entre ***regular*** (**46.3%**) y ***poco saludable*** (**40.9%**).

Figura 1.5

Distribución porcentual de cómo, en términos generales, las entidades participantes califican el estado de la salud de Puerto Rico



N = 164

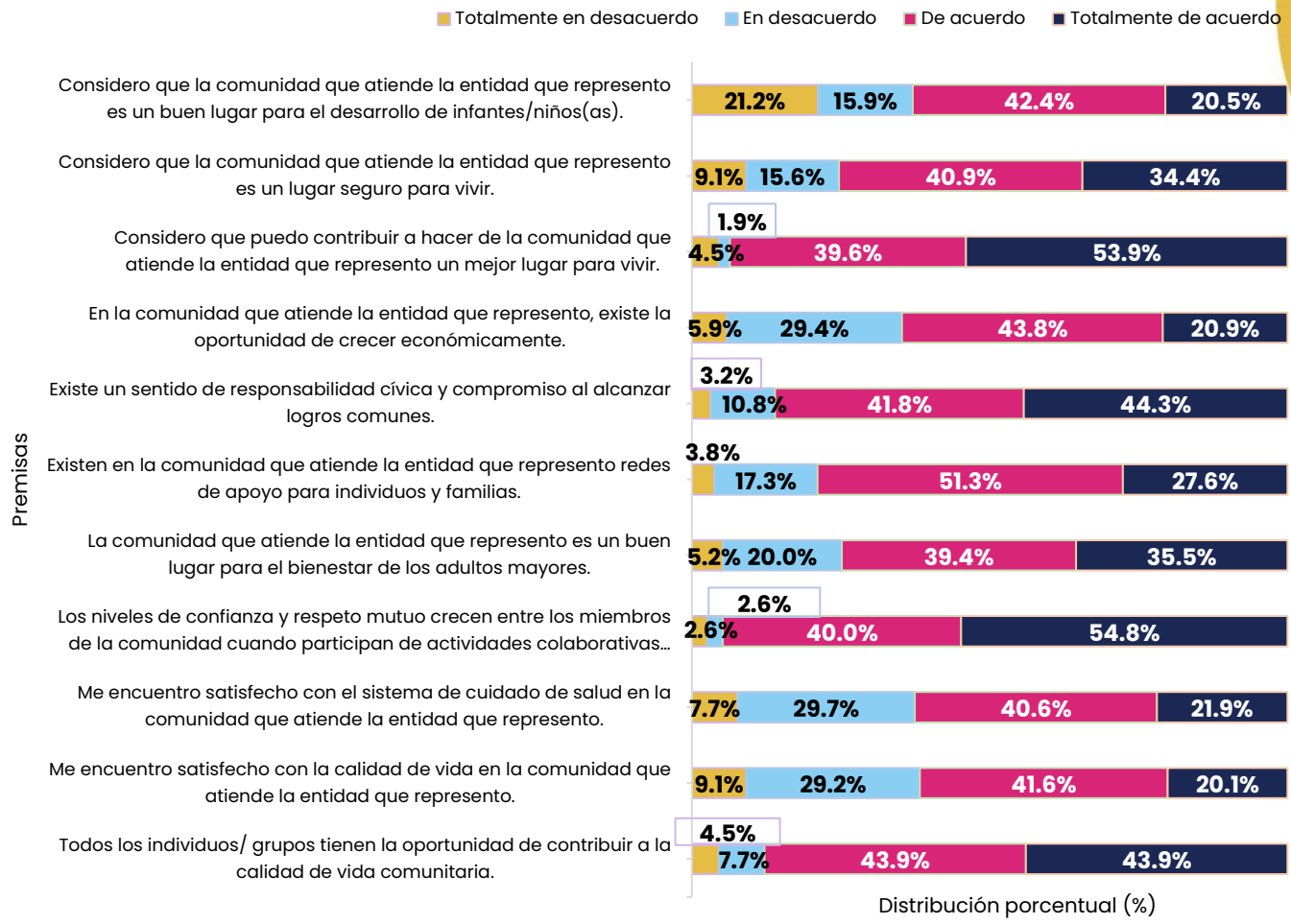
Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

En general, la **Figura 1.8** muestra que el **53.9%** de las entidades está ***totalmente de acuerdo*** en que considera que puede contribuir a hacer de la comunidad que atiende un mejor lugar para vivir; el **54.8%** está ***totalmente de acuerdo*** en que los niveles de confianza y respeto mutuo crecen entre los miembros de la comunidad cuando participan de actividades colaborativas para alcanzar objetivos comunes; mientras que el **51.3%** está de **acuerdo** con que existen en la comunidad que atiende redes de apoyo para individuos y familias. Por otro lado, el **3.8%** de las entidades está

totalmente en desacuerdo en que existen en la comunidad que atiende la entidad que represento redes de apoyo para individuos y familias; el **3.2%** está ***totalmente en desacuerdo*** en que existe un sentido de responsabilidad cívica y compromiso al alcanzar logros comunes, mientras que el **2.6%** está en ***desacuerdo*** en que los niveles de confianza y respeto mutuo crecen entre los miembros de la comunidad cuando participan de actividades colaborativas para alcanzar objetivos comunes; y el **1.9%** está en ***desacuerdo*** en que considera que puede contribuir a hacer de la comunidad que atiende la entidad que represento un mejor lugar para vivir.

Figura 1.6

Distribución porcentual de cómo las entidades participantes perciben el estado de la salud de la comunidad a la que atienden



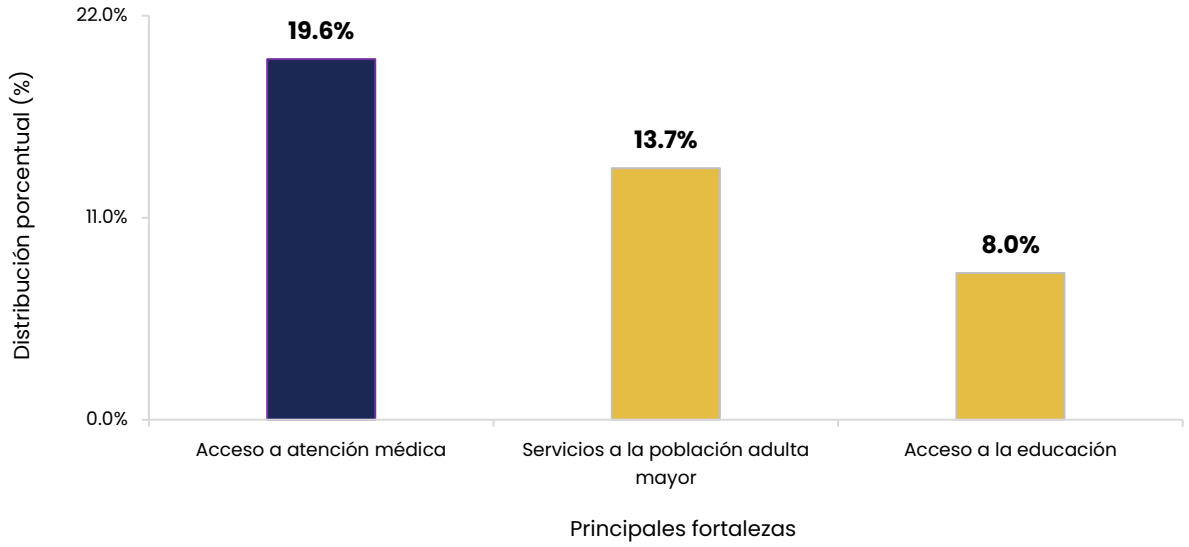
N = 156

Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico

La **Figura 1.9** muestra que el **41.3%** de las principales fortalezas que las entidades identifican en la comunidad son acceso a ***atención médica*** (**19.6%**), ***servicios a la población adulta mayor*** (**13.7%**), y ***acceso a la educación*** (**8.0%**).

Figura 1.7

Distribución porcentual de las principales fortalezas que identifican las entidades participantes en la comunidad atendida

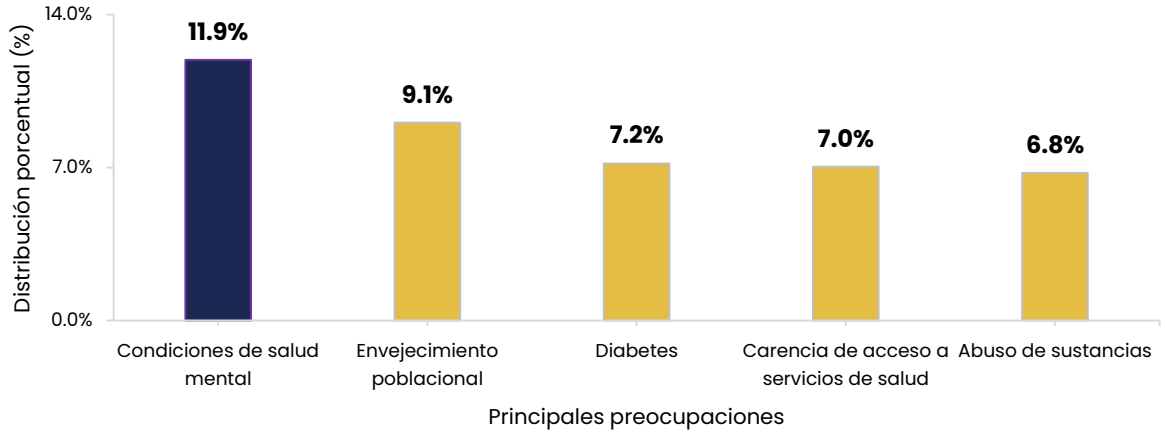


N = 438 (164 entidades respondieron una o más opciones de la pregunta)
Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

La **Figura 1.10** muestra que el **42.0%** de las principales preocupaciones que identifican en su comunidad son ***condiciones de salud mental*** (**11.9%**), ***envejecimiento poblacional*** (**9.1%**), ***diabetes*** (**7.2%**), ***carencia de acceso a servicios de salud*** (**7.0%**) y ***abuso de sustancias*** (**6.8%**).

Figura 1.8

Distribución porcentual de las principales preocupaciones que las entidades participantes identifican en la comunidad atendida

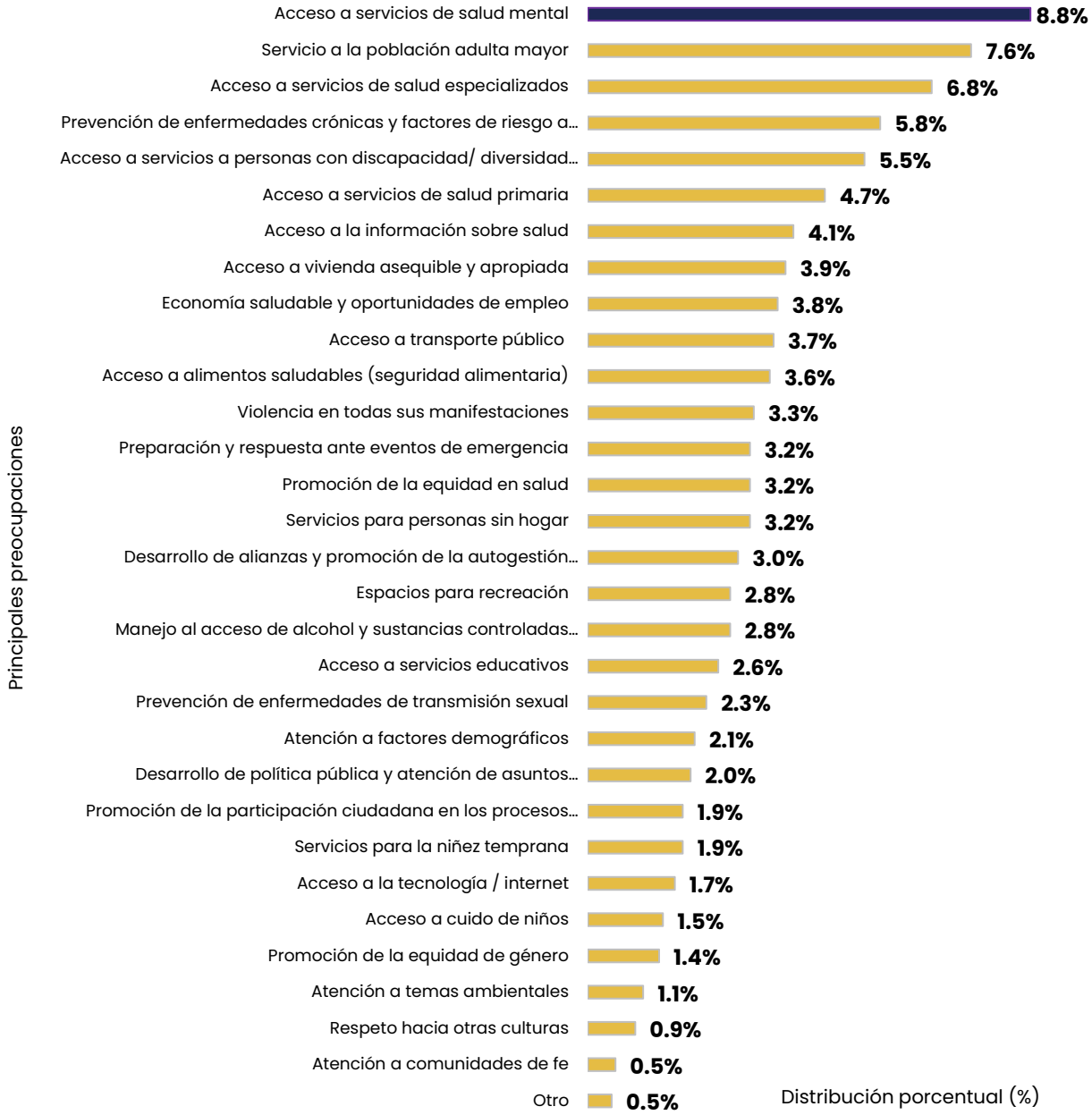


N = 696 (161 entidades respondieron una o más opciones de la pregunta)
Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto

La **Figura 1.11** muestra que en un **34.4%** el sistema de salud debe enfocarse en atender temas de ***acceso a servicios de salud mental*** (**8.8%**), ***servicio a la población adulta mayor*** (**7.6%**), ***acceso a servicios de salud especializados*** (**6.8%**), ***prevención de enfermedades crónicas y factores de riesgo a la salud*** (**5.8%**), y ***acceso a servicios a personas con discapacidad/ diversidad funcional*** (**5.5%**).

Figura 1.9

Distribución porcentual de los principales temas en que el sistema de salud debe enfocar su atención para mejorar la salud de la comunidad

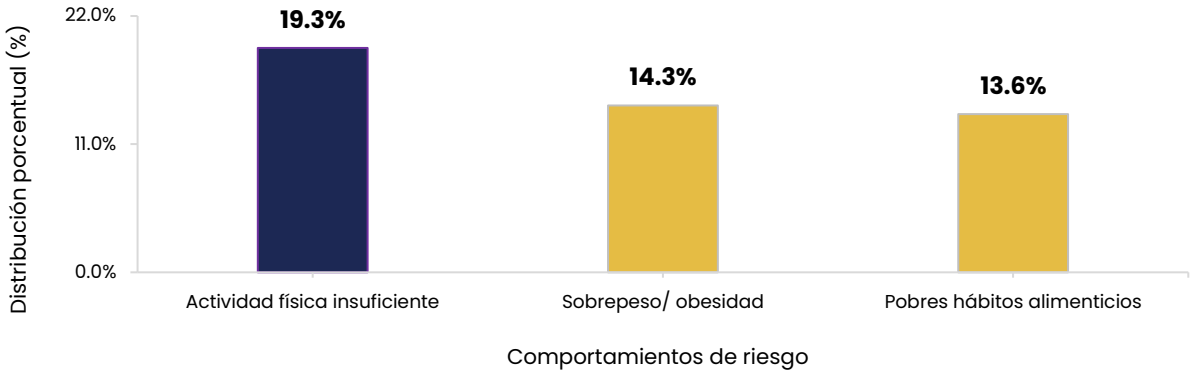


N = 1,280 (160 entidades respondieron una o más opciones de la pregunta)
Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

En la **Figura 1.12** se muestran los principales **comportamientos de riesgo** que el **47.2%** de las entidades identificaron en la comunidad fueron ***actividad física insuficiente*** (**19.3%**), ***sobrepeso/ obesidad*** **(14.3%**), y ***pobres hábitos alimenticios*** (**13.6%**).

Figura 1.10

Distribución porcentual de los principales comportamientos de riesgo que las entidades participantes identifican en la comunidad que atienden



N = 405 (161 entidades respondieron una o más opciones de la pregunta)
Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto

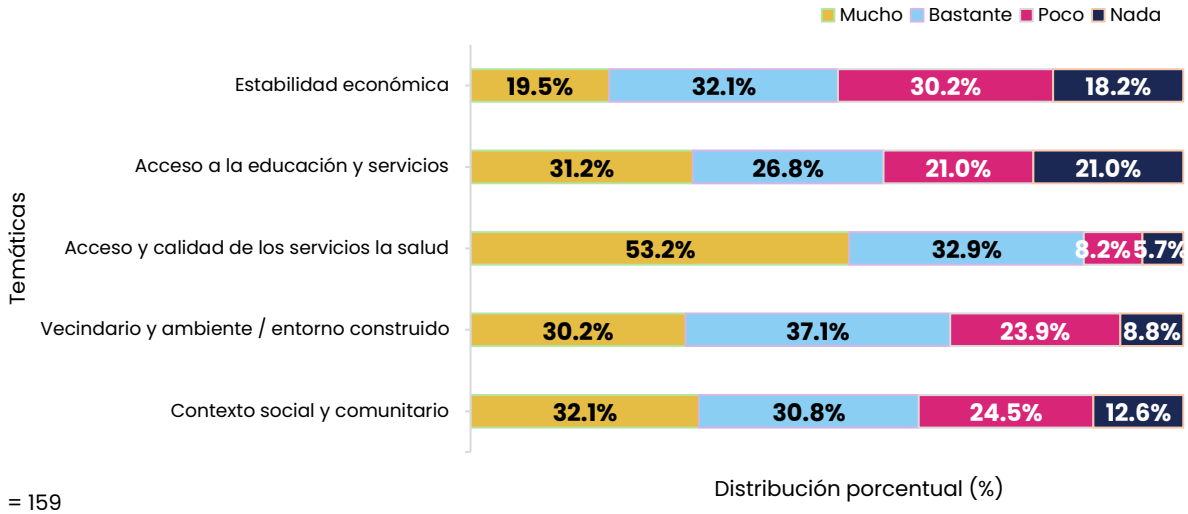
Áreas fundamentales de la salud

Las siguientes premisas incluyen aspectos fundamentales de salud pública atendidos por las diferentes entidades. El propósito fue presentar una descripción de los temas de enfoque y los elementos que definen las comunidades que atiende.

En la **Figura 1.13** se observa que las entidades se enfocan mucho en atender en un **53.2%** el ***acceso y calidad de los servicios de salud***, en un **32.1%** el ***contexto social y comunitario***, y en un **31.2%** el ***acceso a la educación y servicios***; mientras que las entidades atienden bastante en un **37.1%** la temática de ***vecindario y ambiente/entorno construido*** y en un **32.1%** la ***estabilidad económica***.

Figura 1.11

Distribución porcentual de cuánto se enfocan en atender diversas temáticas las entidades participantes



N = 159

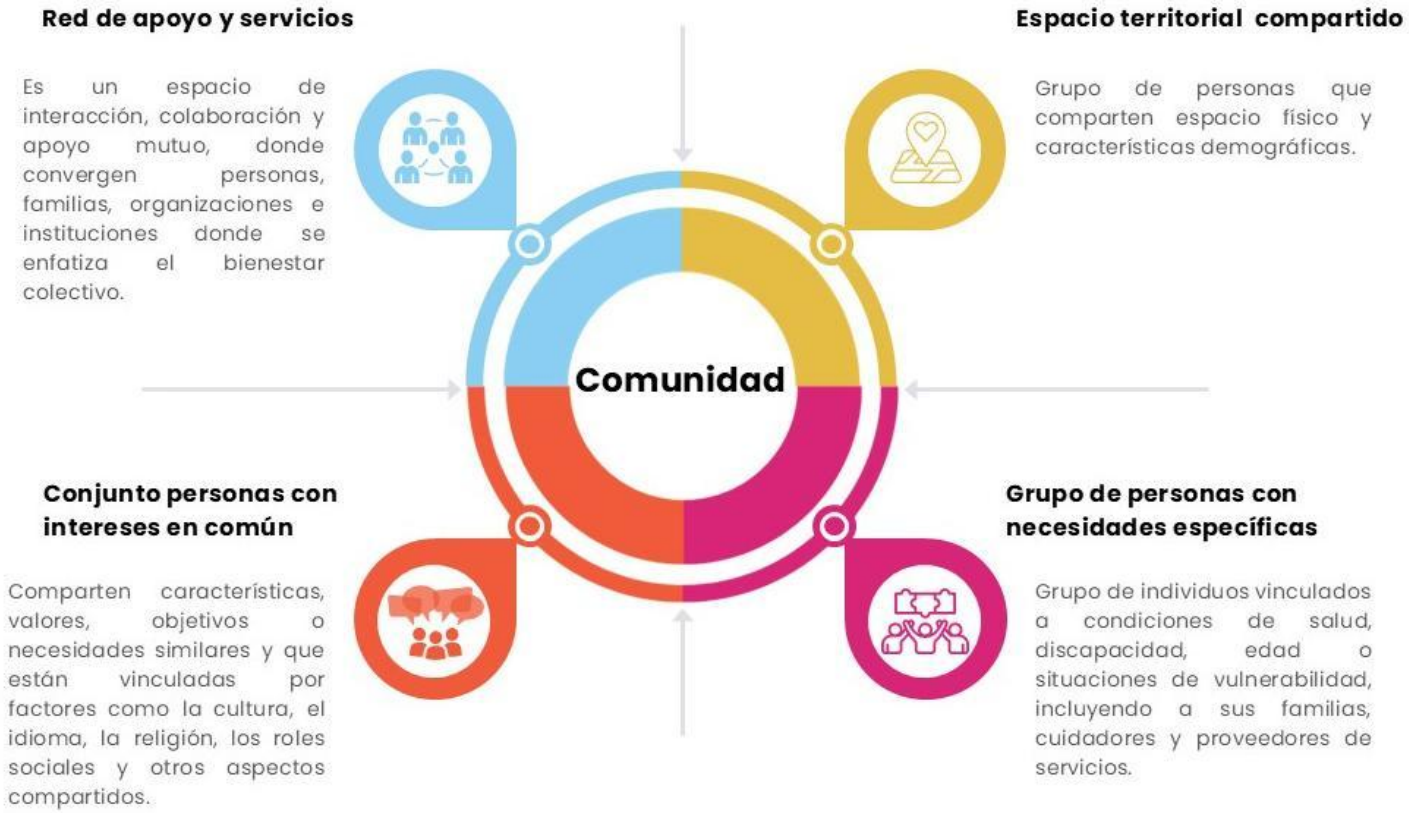
Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

Percepciones sobre el concepto comunidad

Al solicitar a las entidades que definieran el término “comunidad”, este fue caracterizado a partir de los elementos que se identificaron con mayor frecuencia en sus respuestas, principalmente como: 1) red de apoyo y servicios, 2) espacio territorial compartido, 3) conjunto de personas con intereses en común y 4) grupo de personas con necesidades específicas. A continuación, estos cuatro aspectos (Figura 1.14):

Figura 1.14

Definición del término Comunidad



> *"Entorno donde habitan diferentes personas donde todas deben de aportar para un bienestar seguro''*

En la definición de comunidad como **red de apoyo y servicios**, se visualiza como un entorno donde se desenvuelven los individuos, cultura, vida cotidiana, sueños, metas, valores. Otro aspecto relevante es la participación y la autogestión, que implican la unión de sectores sociales, instituciones y entidades para impulsar el desarrollo comunitario, la inclusión y la equidad.

> *"Desde un grupo pequeño (focal) hasta todo Puerto Rico"* y *"Grupo perteneciente a la demografía de una región definida"*

En la definición de comunidad como un **espacio territorial compartido**, este abarca desde regiones específicas hasta territorios más extensos, como todo Puerto Rico.

Por otra parte, la comunidad se percibió como un **conjunto de personas con intereses en común,** donde coinciden en la idea de interconexión y sentido de pertenencia, destacándose los ámbitos sociales, culturales e institucionales.

Como último aspecto, la comunidad fue definida como un **grupo de personas con necesidades específicas.** Dentro de esta definición se destaca la importancia de considerar entorno social, cultural y geográfico, promoviendo espacios inclusivos, accesibles y orientados al bienestar integral

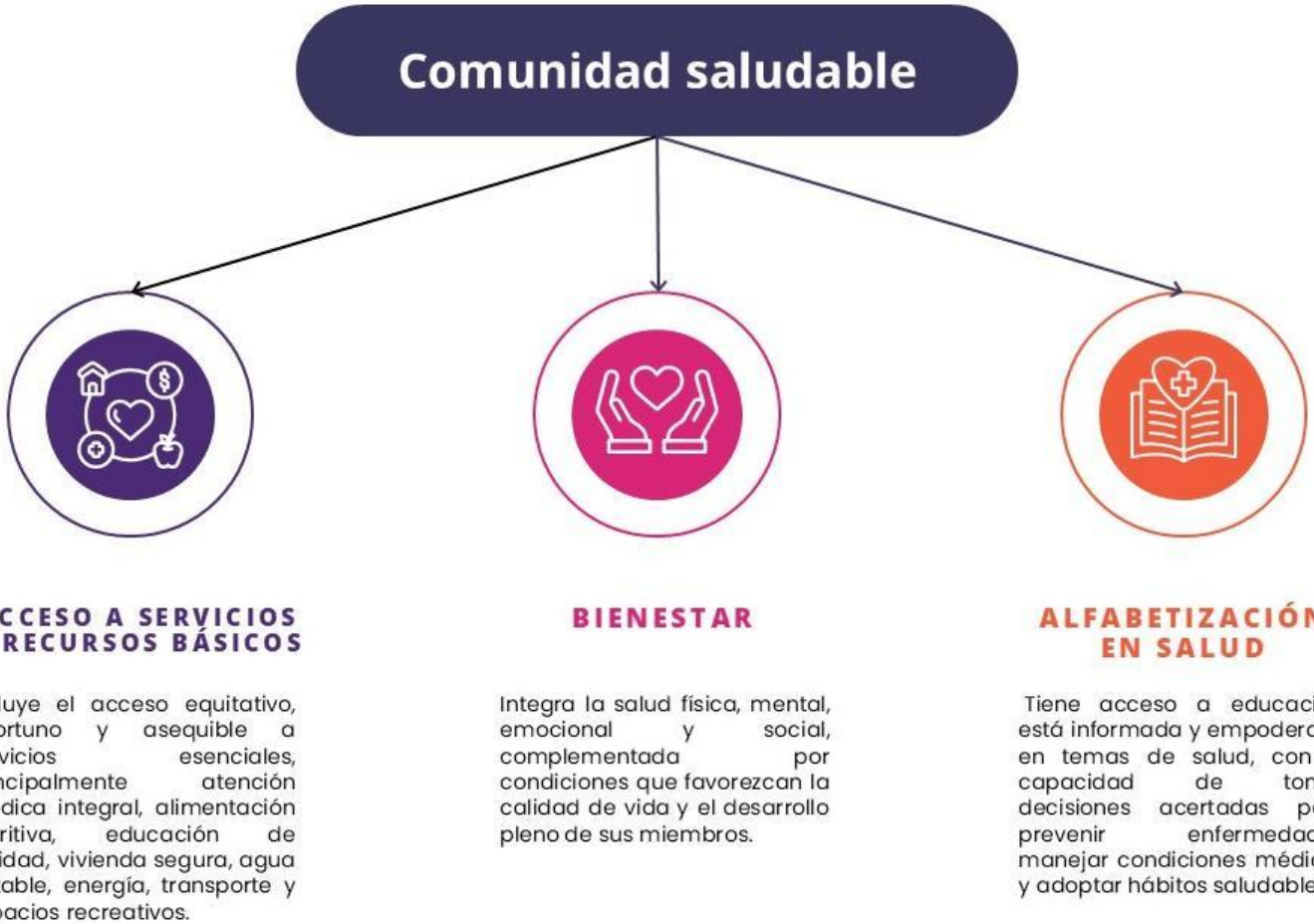
> *"El término de comunidad se podría definir como el entorno donde la persona con discapacidad en el desarrollo y/o intelectual se desarrolla, no solo sus familiares inmediatos, si no amistades y organizaciones comunitarias. Este entorno debe valorar la diversidad, inclusividad y accesibilidad donde todas las personas independientemente de sus habilidades tengan la oportunidad de participar activamente en ellas."*

Implicaciones y características de una comunidad saludable

Como parte de conocer las percepciones de los participantes sobre las implicaciones y características de una comunidad saludable, se elaboró una definición consolidando las respuestas obtenidas en el cuestionario. Según las contestaciones, la comunidad saludable se concibe como un entorno donde las personas disfrutan de un bienestar integral, acceso a servicios y recursos básicos dentro de un ambiente seguro y con una infraestructura accesible. Además, es caracterizado por una adecuada alfabetización en salud, las personas participan en colaboraciones multisectoriales, impulsan el desarrollo comunitario y reciben el apoyo activo de las agencias públicas para llevar a cabo sus actividades diarias (Figura 1.15).

Figura 1.15

Implicaciones y características de una comunidad saludable



"Una comunidad saludable es aquella en la que los miembros tienen acceso a servicios de salud adecuados."

Los participantes describen una comunidad saludable como aquella que cuenta con **acceso a servicios y recursos básicos**, incluyendo el acceso equitativo, oportuno y asequible a servicios esenciales, principalmente atención médica integral (primaria, preventiva, especializada y de salud mental), alimentación nutritiva, educación de calidad, vivienda segura, agua potable, energía, transporte y espacios recreativos. Además, en la respuesta se refleja constantemente que garantizar el acceso integral y equitativo a estos recursos es fundamental para promover la salud, reducir desigualdades y asegurar una calidad de vida óptima en la comunidad.

"Una comunidad saludable es un entorno donde los residentes disfrutan de un nivel óptimo de bienestar físico, mental, social y ambiental."

En la categoría de **Bienestar,** las respuestas coinciden en que una comunidad saludable es la armonía entre salud física, mental, emocional y social, complementada por condiciones que favorezcan la calidad de vida y el desarrollo pleno de sus miembros. Por lo tanto, el bienestar no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que abarca factores sociales, culturales y ambientales que permiten a las personas vivir de manera activa, segura y productiva, contribuyendo al fortalecimiento del tejido comunitario y a la equidad en salud.

"Comunidad saludable es una comunidad informada, educada sobre servicios disponibles y con igualdad de acceso a servicios de salud."

La tercera categoría es la de **alfabetización en salud**. En ella, se percibe una comunidad saludable como educada, informada y empoderada en temas de salud, con la capacidad de tomar decisiones acertadas para prevenir enfermedades, manejar condiciones médicas y adoptar hábitos saludables.

La alfabetización en salud no solo mejora el bienestar individual, sino que fortalece la resiliencia comunitaria, reduce riesgos y promueve una cultura preventiva que contribuye a la equidad y la calidad de vida.

Otras características de una comunidad saludable según los participantes lo son:

"Contar con una comunidad saludable implica que las personas que la integran viven en un entorno seguro."

- Vivir en un **ambiente/entorno seguro:** se entiende como un espacio físico y social que garantice el bienestar. En este sentido, los participantes destacan la necesidad de un entorno físico seguro y limpio, con aire y agua de calidad, viviendas adecuadas y espacios públicos bien mantenidos. Por último, debe ser un ambiente libre de violencia, acoso, drogas, discriminación y alcohol para promover estilos de vida saludables.
- Promover la **cohesión social**: A partir de las respuestas recibidas, este concepto se traduce en relaciones sólidas basadas en apoyo mutuo, confianza y colaboración, donde los miembros se sienten conectados y comprometidos con el bienestar colectivo. Se destaca la importancia de redes de apoyo que permitan a las personas ayudarse entre sí, compartir recursos y conocimientos, y actuar con solidaridad. En este sentido, la comunicación abierta y transparente, que fomenta la expresión de ideas y preocupaciones sin temor, fortalece la confianza y el respeto mutuo. A su vez, esto se complementa con la participación, donde

"Existe una red sólida de apoyo donde los miembros se ayudan entre sí, compartiendo recursos, conocimientos, y experiencias. La cooperación se valora más que la competencia."

todos los miembros tienen voz en la toma de decisiones y en la planificación de iniciativas que beneficien a la comunidad.

- Además, las respuestas subrayan que la cohesión social implica sentido de pertenencia y diversidad, creando un espacio donde las personas conviven de manera respetuosa y colaboran para alcanzar objetivos comunes y desarrollo de sus integrantes.
- Presencia de **participación ciudadana** y **gestión pública:** se enfatiza la necesidad de que haya instituciones gubernamentales confiables y éticas, que actúen como modelos de integridad y lideren la prevención de la corrupción. Esta visión posiciona al gobierno como un actor clave en la creación de entornos seguros y equitativos, garantizando que los recursos y servicios lleguen a quienes los necesitan. Por otro lado, la participación y el empoderamiento comunitario son considerados esenciales. Las respuestas destacan que los ciudadanos deben tener voz en la toma de decisiones que afectan su salud y bienestar, fomentando un sentido de pertenencia y responsabilidad compartida.

> *"Fomenta la participación activa de sus miembros en la toma de decisiones y en la gobernanza local."*

- Diseñar **infraestructuras adecuadas:** debe haber espacios accesibles, con planificación ecoamigable, espacios abiertos para la actividad física, parques pasivos y entornos habitables. Debe garantizar vías adaptadas para personas con discapacidad, facilidades hospitalarias accesibles, opciones de transporte público y proximidad a servicios esenciales como escuelas. Además, la accesibilidad debe extenderse a entornos digitales,

> *"Planificación y construcción eco amigable, vías para transeúntes con discapacidad, espacios abiertos para actividades físicas y parques pasivos., entre otras."*

asegurando inclusión y equidad para todos los miembros de la comunidad.

- Presencia de **valores**: en la comunidad se debe fomentar valores como el respeto, empatía, solidaridad, tolerancia y compromiso. Además, debe garantizar equidad, inclusión y justicia social, como condiciones necesarias para garantizar igualdad de oportunidades y acceso a recursos, sin discriminación por origen y condición. Las respuestas también resaltan la necesidad de una actitud abierta hacia la diversidad, el reconocimiento de la resiliencia y la disposición para colaborar por el bien común.

> "La comunidad debe fomentar y mantener una cultura que valore y promueva prácticas saludables. Los valores compartidos sobre la salud y el bienestar pueden influir positivamente en el comportamiento y las actitudes hacia la salud."

Visualización del estado de la salud dentro de cinco años

Al preguntarse sobre cómo visualizan el estado de salud de las poblaciones y comunidades que atienden dentro de cinco años, los participantes lo proyectan considerando los aspectos que muestran **mejoría**, aquellos que se mantienen **estables** y los que requieren atención debido a su **deterioro** (Figura 1.16).

Figura 1.16

Estado de la salud en los próximos cinco años



A través de esta consulta, se proyecta una comunidad cuyo estado de salud muestra señales de **mejoría**, identificándose aspectos o áreas que se visualizaron con potencial de progreso y que ofrecen mayores oportunidades de bienestar. De manera general, las personas participantes expresan confianza en que el fortalecimiento de las colaboraciones entre agencias gubernamentales, entidades comunitarias y entidades de servicio permitirá atender con mayor precisión las necesidades emergentes de la población. Asimismo, visualizan mejoras en el acceso y la calidad de los servicios, junto con un ambiente más seguro y propicio para el desarrollo del bienestar integral. Coinciden en que estos avances dependerán en gran medida del empoderamiento comunitario para

> *"Dentro de un periodo de cinco años, visualizo que el estado de salud de la comunidad atendida por nuestra entidad habrá experimentado mejoras significativas, gracias a un enfoque integral y sostenido en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la equidad en el acceso a servicios de calidad."*

promover iniciativas de prevención, educación en salud y participación de la comunidad. También resaltan la importancia de que la población se sienta capacitada para tomar decisiones informadas sobre su salud. Este empoderamiento comunitario contribuiría a reducir el impacto de las enfermedades y a fortalecer la resiliencia colectiva frente a futuros retos.

> *"La visualizo igual, sin mucho cambio. Dentro de la población que atiendo necesita mucha ayuda."*

Según los hallazgos de la encuesta, algunos participantes perciben que el estado de la salud se mantiene **estable**, donde se mencionan aspectos que se visualizan sin cambios significativos, aunque aclaran que esta estabilidad es relativa y depende de múltiples factores. Varias respuestas señalan que la situación continúa similar a la actual; sin embargo, advierten que la población de adultos mayores requiere un alto nivel de apoyo y acompañamiento comunitario. Además, destacan que, conforme a las tendencias demográficas, la población seguirá envejeciendo, lo que podría intensificar estas necesidades en los próximos años.

> *"De no mejorar los servicios de salud para nuestros envejecientes, dentro de cinco años las condiciones de salud habrán aumentado significativamente haciendo que el porciento de mortalidad sea mayor."*

Por otra parte, un grupo considerable de participantes manifestó que el estado de salud de la comunidad se encuentra en **deterioro**, al identificarse aspectos que se visualizan en desgaste o en proceso de empeorar. Esta percepción se relaciona principalmente con el envejecimiento acelerado de la población y el incremento de condiciones crónicas como diabetes, hipertensión y obesidad. También destacaron la influencia del cambio climático en la salud de las diferentes poblaciones. Además,

expresaron preocupación por un posible deterioro adicional en los servicios de salud debido al uso de fondos en áreas que consideran no prioritarias.

Compromiso institucional con la equidad en salud

El término “equidad en salud” fue definido a través de las respuestas de las entidades, principalmente en función de la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud, la justicia social y los derechos humanos, la atención integral e individualizada, y la promoción de la salud. A continuación, se presenta una lluvia de ideas que visualiza varias palabras que describen estos cuatro aspectos (Figura 1.17).

Figura 1.17

Definición del término equidad en salud



En las respuestas analizadas, la equidad en salud se describe como la **accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud**, destacando la importancia de garantizar un acceso universal y una atención de calidad libre de barreras sociales, económicas o discriminatorias. De manera reiterada, las personas señalaron que la equidad implica asegurar un acceso pleno sin distinción de edad, raza, sexo, condición social, diversidad funcional o creencias políticas o religiosas. Asimismo, identificaron como un aspecto esencial la calidad y especialización de los servicios según las necesidades de la población, tal como se refleja en la frase presentada a continuación.

> *"Es la garantía a que las personas disfruten del acceso continuo a servicios de salud de la más alta calidad independientemente de sus condiciones personales, demográficas y/o socio económicas."*

Las respuestas recopiladas muestran que la equidad en salud se define como un principio esencial de **justicia social** y un componente fundamental de los **derechos humanos**. La equidad en salud implica que todas las personas reciban un trato digno y respetuoso, así como un acceso justo, oportuno y de calidad a los servicios de salud, sin enfrentar barreras relacionadas con su origen, situación económica, identidad, capacidades, creencias o lugar de residencia. Asimismo, destacan la necesidad de eliminar desigualdades estructurales, atender a poblaciones históricamente vulneradas y asegurar una distribución justa de los recursos de salud.

> *"La definimos como el derecho inherente que tiene cada individuo a recibir servicios y una estructura de salud eficiente y accesible indistintamente de su raza, condición social, condición de salud, condición económica y/o el lugar donde resida."*

Por otro lado, la equidad en salud se conceptualizó como la capacidad de ofrecer a cada individuo los servicios y apoyos que necesita según sus circunstancias particulares. Esto implica una **atención integral e individualizada**, reconociendo que cada ser humano requiere intervenciones distintas para alcanzar una vida lo más saludable posible. La equidad en salud, desde esta perspectiva, no se limita a brindar lo mismo a todos, sino a garantizar que cada persona reciba lo que realmente necesita. Se considera esencial la atención holística que conecte a los pacientes con servicios médicos, sociales y comunitarios, incluyendo programas que atiendan necesidades sociales, vivienda segura, orientación en salud y oportunidades de recreación.

> *"equidad en salud es que según las necesidades médicas que tenga el participante se le pueda proveer servicios, medicación y pueda tener acceso a los mismos."*

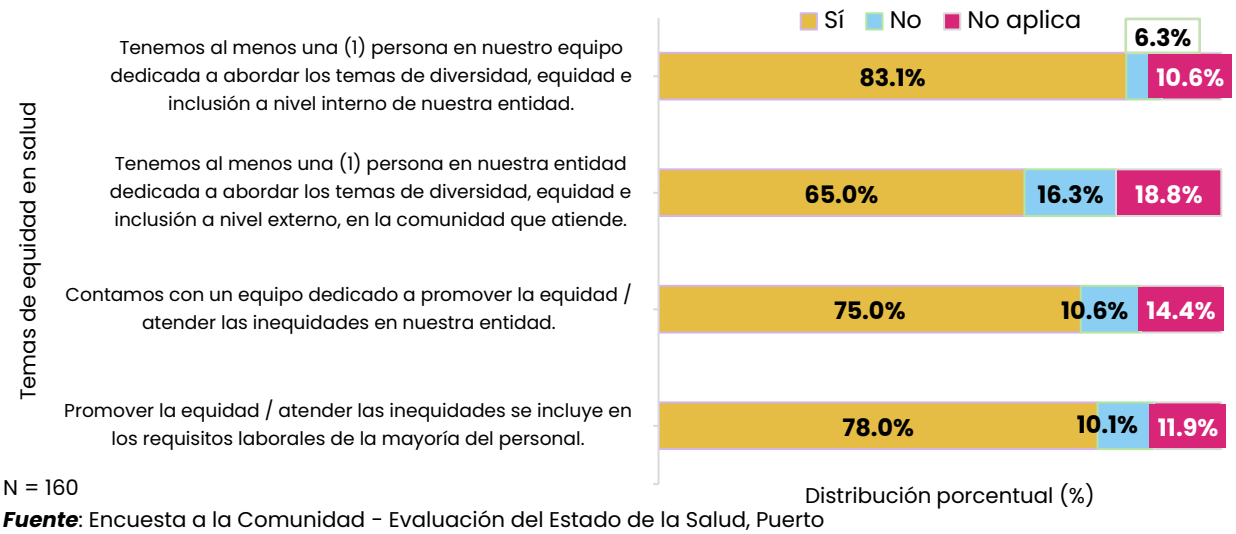
> *"Esto implica proporcionar recursos y oportunidades adecuadas para que cada niño pueda llevar un estilo de vida saludable, promoviendo así su bienestar integral."*

Y por último, se percibió la equidad en salud como la **promoción de Salud**, entendida como la garantía de que cada persona, desde la niñez hasta la vida universitaria, tenga acceso a los recursos necesarios para promover su bienestar integral. Esto incluye educación sobre estilos de vida saludables, oportunidades para prevenir y atender su salud, y acceso universal a iniciativas formativas y comunitarias que fortalezcan su bienestar. También se destaca que la equidad en salud implica desarrollar y mantener las capacidades cognitivas, físicas, emocionales y tecnológicas que permitan a cada individuo completar su formación académica, integrarse plenamente en la comunidad y contribuir al bien común. En relación con esta definición, los resultados de la encuesta permiten observar cómo las entidades incorporan la equidad en salud en su estructura organizacional.

En la **Figura 1.18** se muestra que más del 65.0% de las entidades participantes entiende que cumplen con cada una de las siguientes premisas relacionadas a la equidad en salud: ***tener una persona dedicada a abordar los temas de diversidad, equidad e inclusión a nivel interno*** (**83.1%**); ***tener una persona dedicada a abordar los temas de diversidad, equidad e inclusión a nivel externo*** (**65.0%**); ***contar con un equipo dedicado a promover la equidad / atender las inequidades*** (**75.0%**); e ***incluir en los requisitos laborales el promover la equidad / atender las inequidades*** (**78.0%**).

Figura 1.18

Distribución porcentual de cumplimiento de las entidades participantes con premisas relacionadas a temas de equidad en salud



N = 160

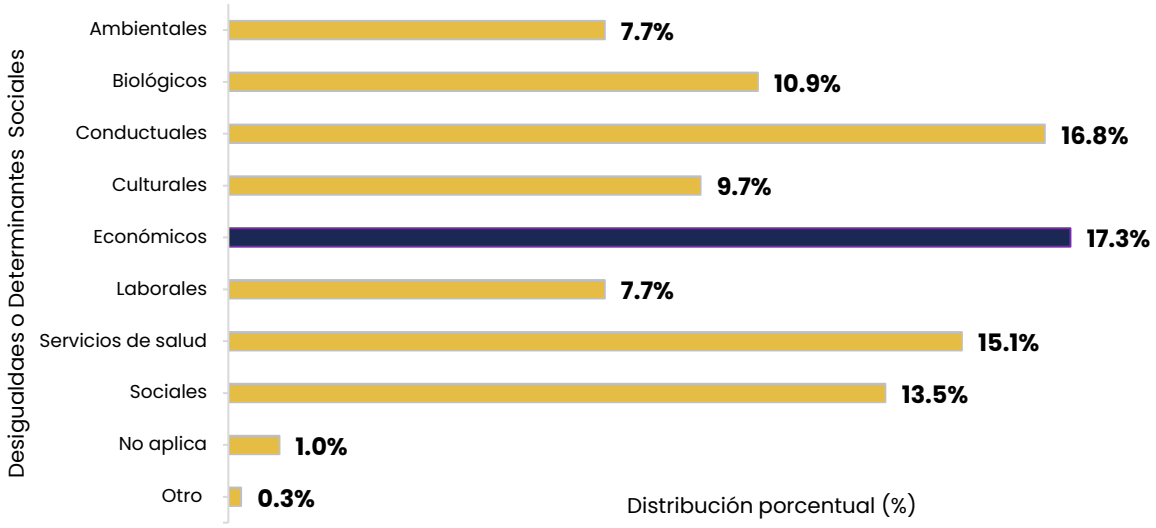
Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

Determinantes sociales de la salud

La **Figura 1.19** muestra que el **49.1%** de las principales desigualdades o determinantes sociales que impactan la salud de la comunidad son ***económicos*** (**17.3%**), seguidos por ***conductuales*** (**16.8%**), y ***servicios de salud*** (**15.1%**). Por otro lado, el **25.2%** de las desigualdades o determinantes sociales que consideran impactan menos la salud de la comunidad son ***ambientales*** (**7.7%**); ***laborales*** (**7.7%**) y ***culturales*** (**9.7%**).

Figura 1.19

Distribución porcentual de las principales desigualdades o determinantes sociales que impactan la salud de la comunidad



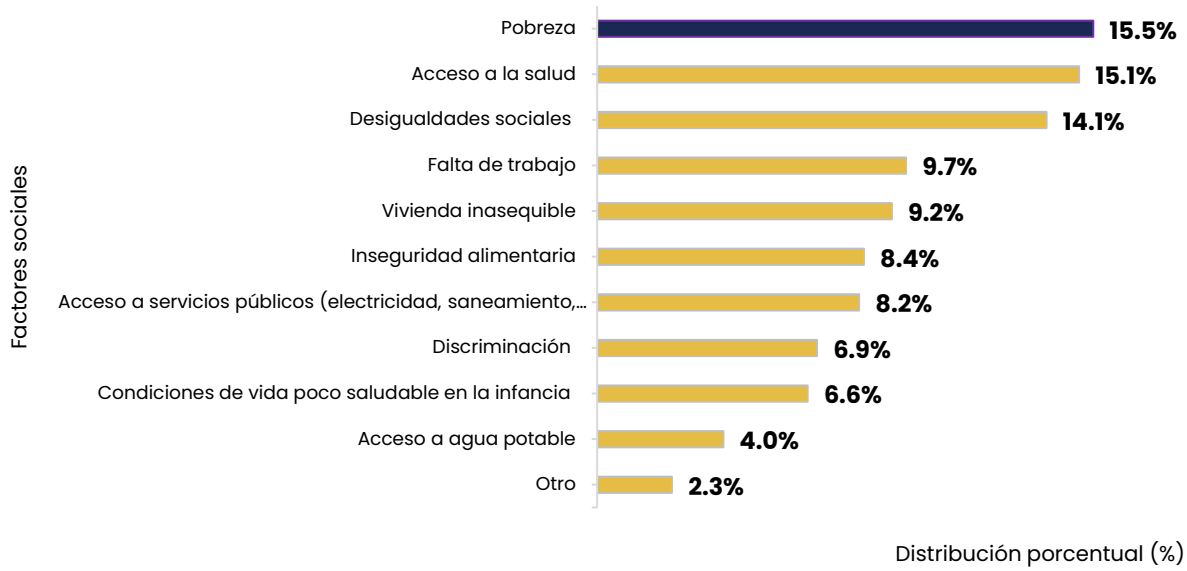
N = 763 (164 entidades respondieron una o más opciones de la pregunta)

Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

La **Figura 1.20** muestra que el **44.7%** de los principales factores sociales que afectan la salud de las personas de la comunidad son ***pobreza*** (**15.5%**), ***acceso a la salud*** (**15.1%**), y ***desigualdades sociales*** (**14.1%**). Por otro lado, el **17.4%** de los factores sociales que afectan menos la salud de las personas de la comunidad son ***acceso a agua potable*** (**4.0%**), ***condiciones de vida poco saludable en la infancia*** (**6.6%**), y ***discriminación*** (**6.9%**).

Figura 1.20

Distribución porcentual de los factores sociales que afectan la salud de las personas de la comunidad



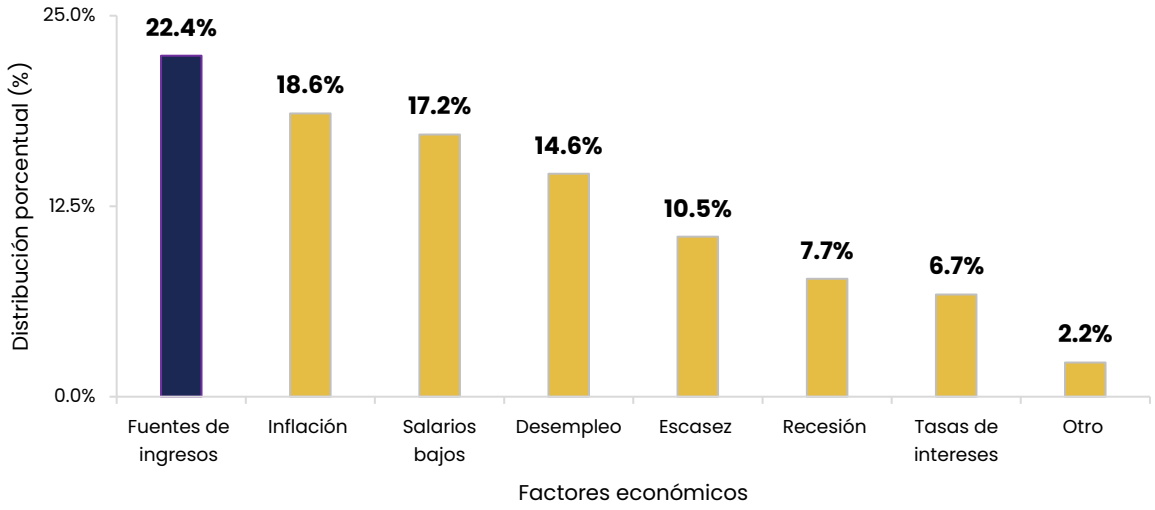
N = 763 (164 entidades respondieron una o más opciones de la pregunta)

Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

La **Figura 1.21** muestra que el **58.2%** de las entidades indican que los principales factores económicos que afectan la salud de las personas de la comunidad son ***fuentes de ingresos* (22.4%), *inflación* (18.6%), y *salarios bajos* (17.2%);** mientras que los factores económicos que afectan menos la salud de las personas de la comunidad son ***tasa de intereses* (6.7%) y *recesión* (7.7%).**

Figura 1.21

Distribución porcentual de los factores económicos que afectan la salud de las personas de la comunidad



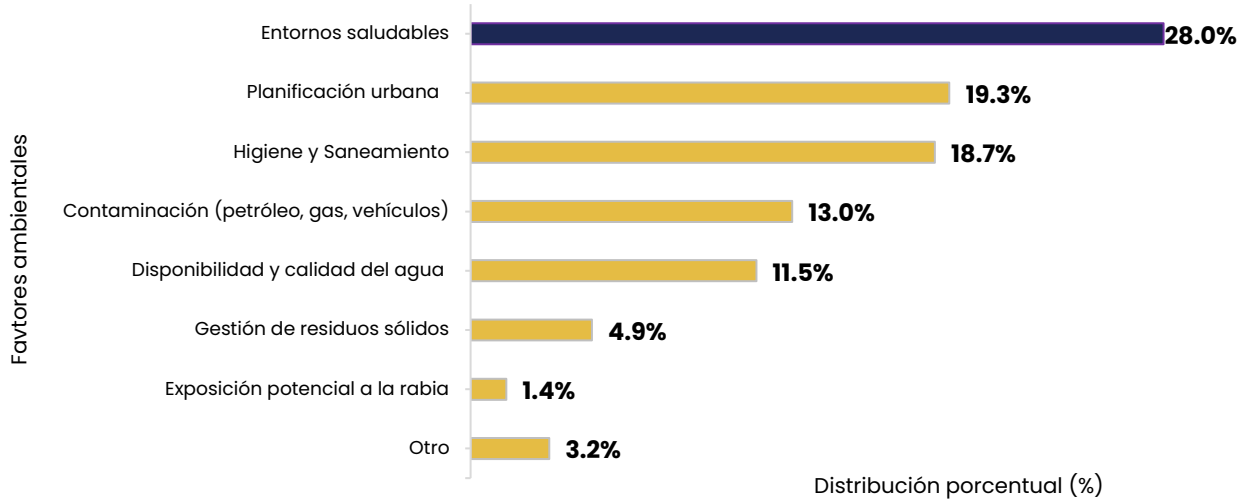
N = 581 (161 entidades respondieron una o más opciones de la pregunta)

Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

La **Figura 1.22** muestra que el **66.0%** de las entidades indican que los principales factores ambientales que afectan la salud de las personas de la comunidad son ***entornos saludables* (28.0%), *planificación urbana* (19.3%),** e ***higiene y saneamiento* (18.7%)**; mientras que los factores ambientales que afectan menos la salud de las personas de la comunidad son ***exposición potencial a la rabia* (1.4%)** y ***gestión de residuos sólidos* (4.9%).**

Figura 1.22

Distribución porcentual de los factores ambientales que afectan la salud de las personas de la comunidad



N = 347 (145 entidades respondieron una o más opciones de la pregunta)

Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

Fase 3: Perfil Salubrista de la comunidad

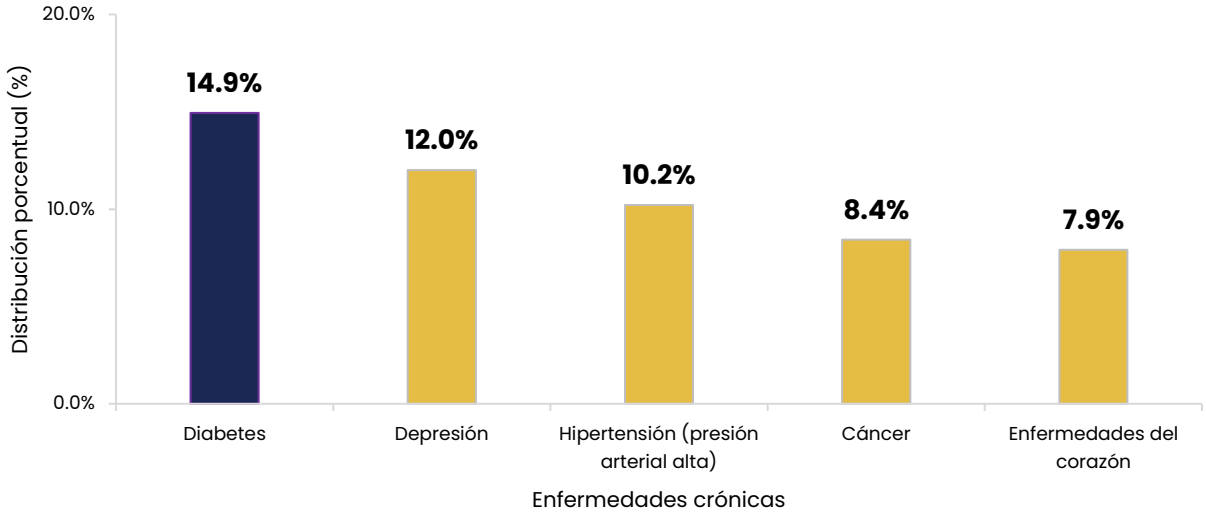
Salud de la comunidad

El siguiente conjunto de premisas pretende caracterizar la comunidad en términos de enfermedades crónicas, enfermedades transmisibles, condiciones de salud mental y lesiones. Además, propone conocer limitantes de salud en diferentes poblaciones de interés.

La **Figura 1.23** muestra que en un **53.5%**, según las entidades, las cinco enfermedades **crónicas** más comunes en las personas de la comunidad son ***diabetes* (14.9%), *depresión* (12.0%), *hipertensión* (10.2%), *cáncer* (8.4%), y *enfermedades del corazón* (7.9%).**

Figura 1.23

Distribución porcentual de las cinco (5) enfermedades crónicas más comunes en las personas de la comunidad



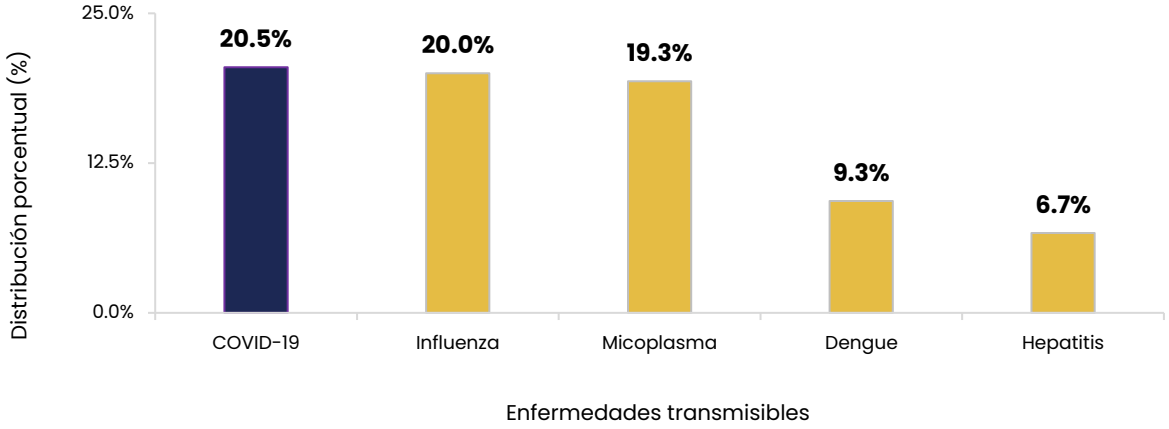
N = 783 (164 entidades respondieron una o más opciones de la pregunta)

Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

La **Figura 1.24** muestra que en un **75.8%**, según las entidades, las cinco **enfermedades transmisibles** más comunes en las personas de la comunidad son ***COVID-19*** **(20.5%),** ***influenza*** **(20.0%),** ***micoplasma*** **(19.3%),** ***dengue*** **(9.3%), y** ***hepatitis*** **(6.7%).**

Figura 1.24

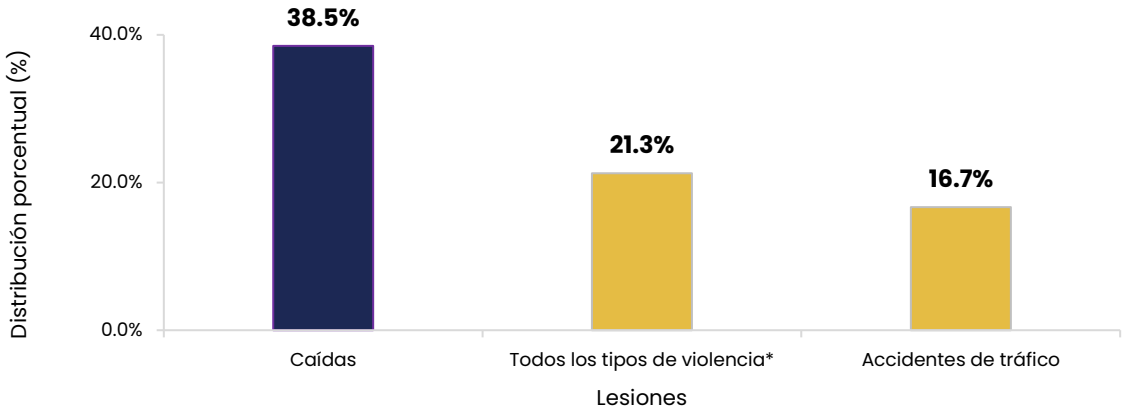
Distribución porcentual de las cinco (5) enfermedades transmisibles más comunes en las personas de la comunidad



N = 600 (157 entidades respondieron una o más opciones de la pregunta)
Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

La **Figura 1.25** muestra que en un **76.4%**, según las entidades, las tres **lesiones** más comunes en las personas de la comunidad son ***caídas* (38.5%), *todos los tipos de violencia* (21.3%), y *accidentes de tráfico* (16.7%).**

Figura 1.25
Distribución porcentual de las tres lesiones más comunes en las personas de la comunidad

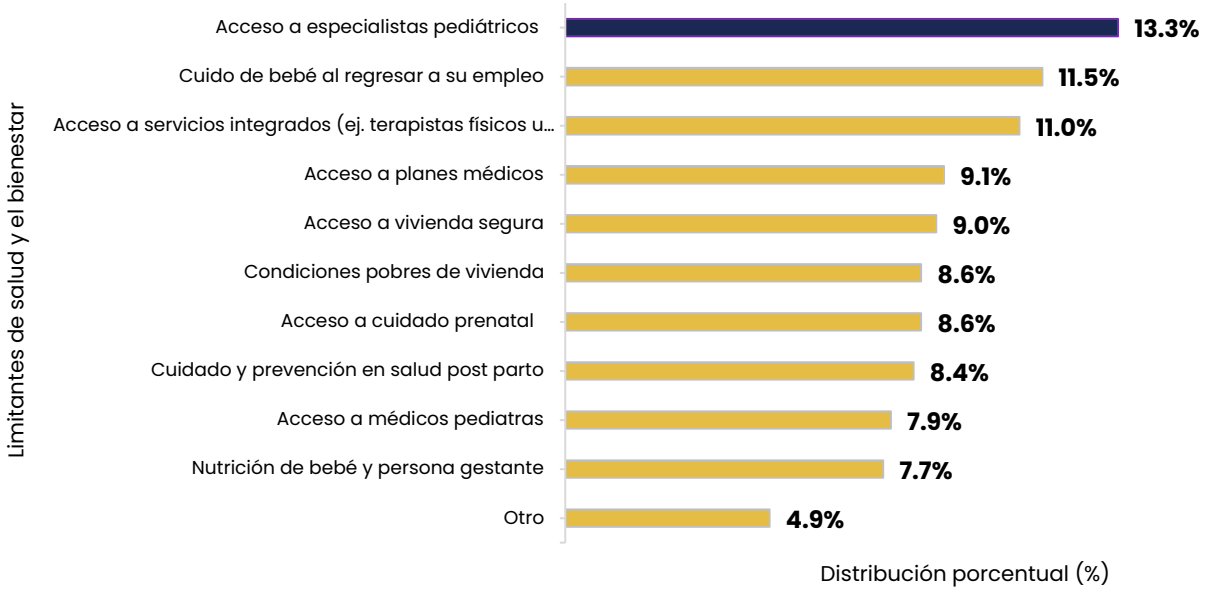


N = 348 (158 entidades respondieron una o más opciones de la pregunta)
*por ejemplo: maltrato de menores, violencia en los jóvenes, violencia sexual y de la pareja, abuso de personas adultas mayores, violencia autoinfligida
Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

La **Figura 1.26** muestra que un **35.8%** de las entidades indica que las tres **lesiones** más comunes en las personas de la comunidad son ***acceso a especialistas pediátricos* (13.3%), *cuido de bebé al regresar a su empleo* (11.5%), y *acceso a servicios integrados* (11.0%)**; mientras que las lesiones menos comunes en las personas de la comunidad son ***nutrición de bebé y persona gestante* (7.7%), y *acceso a médicos pediatras* (7.9%)**.

Figura 1.26

Distribución porcentual de las limitantes de salud y el bienestar que pudieran sufrir las personas gestantes de la comunidad, luego del nacimiento del infante

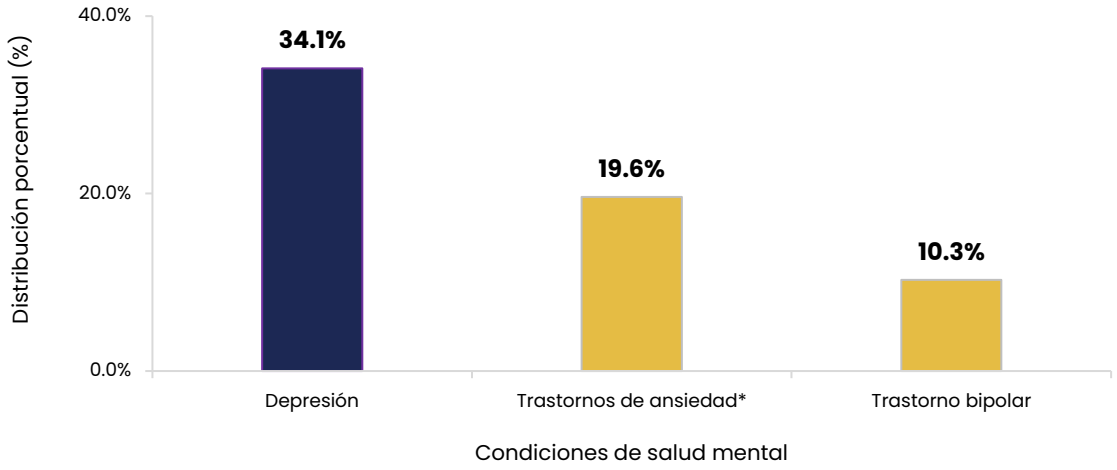


N = 547 (144 entidades respondieron una o más opciones de la pregunta)
Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

La **Figura 1.27** muestra que un **64.0%** de las entidades indica que las tres **condiciones de salud mental** más comunes en las personas de la comunidad son ***depresión* (34.1%), *trastornos de ansiedad* (19.6%), y *trastorno bipolar* (10.3%).**

Figura 1.27

Distribución porcentual de las tres condiciones de salud mental más comunes en las personas de la comunidad



N = 428 (157 entidades respondieron una o más opciones de la pregunta)
*por ejemplo: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobias específicas, trastornos obsesivo-compulsivos, y ansiedad social
Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

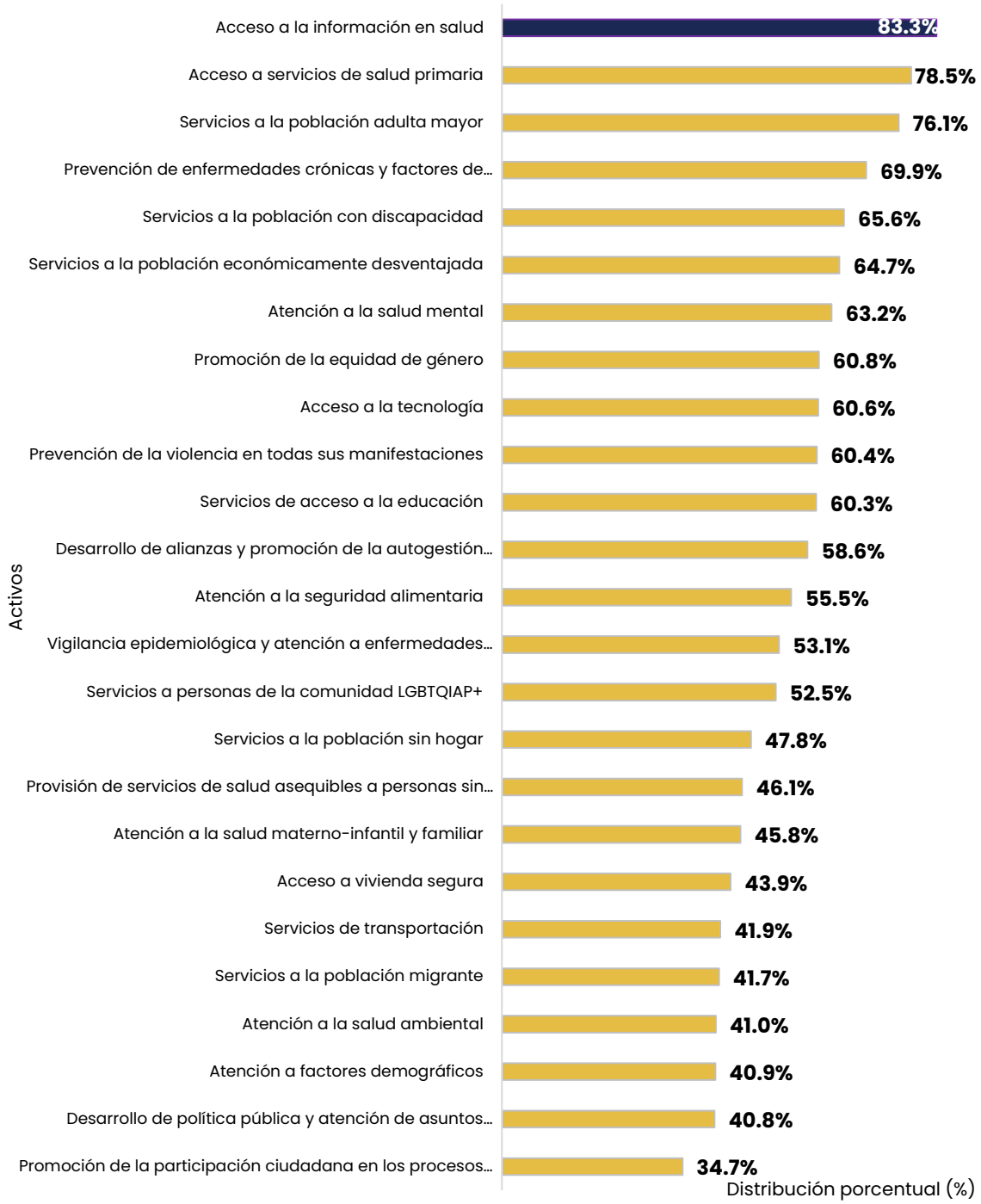
Activos de la comunidad

La siguiente subsección incluye premisas que interesan identificar los activos con los que cuenta la comunidad para atender diversos retos a la salud pública. Se les brindó una lista de activos considerando que no son únicos que pueden tener las entidades. Las preguntas hicieron referencia a la comunidad a la que las entidades les brinda el servicio.

La **Figura 1.28** muestra que los **activos** con los que más cuentan las entidades participantes para atender los retos de salud presentes/identificados y, a su vez, promover el bienestar son en un **83.3%** el ***acceso a la información en salud***, en un **78.5%** el ***acceso a servicios de salud primaria***, y en un **76.1% *servicios a la población adulta mayor***. Por otro lado, con los que menos cuentan son en un **34.7% *promoción de la participación ciudadana en los procesos públicos y rendición de cuentas***, en un **40.8% *desarrollo de política pública y atención de asuntos gubernamentales***, y en un **40.9% *atención a factores demográficos***.

Figura 1.28

Distribución porcentual de los activos con los que cuentan las entidades participantes para atender los retos de salud identificados y, a su vez, promover el bienestar



N = 162

(Se tomó en consideración la respuesta afirmativa "Sí" de las entidades en cada premisa)

Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

En respuesta a la pregunta sobre los recursos con los que cuenta la comunidad para atender los retos de salud identificados y, a su vez, promover el bienestar, los participantes señalaron una variedad de apoyos atendiendo los siguientes aspectos:

1. clínicos y de salud pública
2. sociales y psicosociales
3. transportación
4. vivienda
5. nutrición
6. educación

Entre los recursos más mencionados se encuentran los recursos clínicos y de salud pública, sociales y psicosociales y de vivienda. (Figura 1.29)

Figura 1.29

Recursos de la comunidad para atender los retos de salud



> *"Contamos con una oficina de salud pública municipal."*
>
> "Contamos con una oficina de epidemiologia para el control de infecciosas"

Los recursos identificados como **clínicos y de salud pública** comprenden una amplia red que incluye oficinas municipales de salud pública con divisiones de epidemiología; programas de vigilancia y rastreo; Centros 330; hospitales generales, psiquiátricos y especializados; servicios de salud en el hogar; hospicio; rehabilitación; telemedicina y entrega de medicamentos, entre otros. Asimismo, se cuenta con iniciativas dirigidas a la salud materno-infantil, como el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC, por sus siglas en inglés), servicios de identificación temprana de pérdida auditiva, enfermeras visitantes y apoyo familiar. También existen recursos orientados a personas con discapacidad, adultos mayores y poblaciones vulnerabilizadas. Esta infraestructura se complementa con laboratorios de referencia, equipos diagnósticos, personal clínico capacitado, programas de control de infecciones y múltiples entidades comunitarias y gubernamentales que ofrecen apoyo sin discrimen y con un enfoque integral.

> *"Apoyo psico-emocional a familias"*
>
> "Personas adiestrado en los temas para realizar los referidos y atender las necesidades"

En segundo lugar, se presenta una amplia red de **recursos sociales y psicosociales** que incluye servicios de asesoría, apoyo psicoemocional a familias, trabajo social y otros. Existen oficinas municipales como Ayuda al Ciudadano, Asuntos Comunitarios, Empoderamiento de la Mujer y programas para personas mayores, además de capellanía, psicólogos, consejería y charlas educativas. Diversas agencias gubernamentales junto a entidades sin fines de lucro, fundaciones especializadas y universidades proveen apoyo legal, educativo, económico y comunitario. La coordinación interagencial, las alianzas municipales y el trabajo de

equipos multidisciplinarios permiten canalizar necesidades de vivienda, alimentación, higiene, salud mental y bienestar general, garantizando atención a poblaciones vulneradas.

> *"Contratistas independientes que ofrecen servicios de transportación."*
>
> *"Servicios de transportación mediante compañías contratadas y mediante los municipios."*

Según lo indicado en la encuesta, la comunidad cuenta con diversos **recursos de apoyo en transportación**, entre ellos servicios municipales para asistir a citas médicas, realizar compras y participar en actividades recreativas dirigidas a adultos mayores, estudiantes y otros grupos de la población. También se dispone de transporte público como guaguas escolares, la AMA, el Tren Urbano, *trolleys* y sistemas de transportación municipal que operan principalmente dentro del municipio y en áreas limítrofes. Además, existen servicios ofrecidos por contratistas independientes, compañías privadas, planes *Advantage* y programas universitarios de transporte interno. En conjunto, estos recursos facilitan el acceso a transportación regular y especializada para atender las diversas necesidades de la comunidad.

Otros recursos con los que cuenta la comunidad para atender los retos de salud identificados según los participantes fueron **recursos de vivienda, nutricionales y educativos.** Estos recursos incluyen vivienda permanente y transitoria, albergues de emergencia, vales y subsidios, así como proyectos de reparación y desarrollo de hogares. También dispone de apoyo nutricional mediante comedores comunitarios, bancos de alimentos y servicios de nutricionistas y consejería. En el área educativa, se ofrecen servicios

> *"Cuenta con Hogares de vivienda transitoria y albergues de emergencia."*
>
> "Nuestra agencia cuenta con servicios de vivienda permanente con servicios de apoyo para personas sin hogar crónicas."

desde el nivel primario hasta programas postsecundarios, junto con apoyos especializados como educación especial, orientación en salud y servicios para poblaciones diversas.

Al preguntarles si identificaban otro activo, los participantes mencionaron aproximadamente veinte adicionales. Como parte del análisis, se determinó que algunos de ellos ya estaban incluidos en la lista previamente provista. Tras esta revisión, se presentan los activos relacionados con el acceso a (Figura 1.30):

1. servicios dirigidos a cuidadores,
2. servicios para veteranos,
3. servicios para personas con uso problemático de sustancias, y
4. servicios preventivos.

Figura 1.30

Activos para atender los retos de salud



Entre estos activos se destacan los **apoyos dirigidos a cuidadores**, como los programas de respiro y los servicios especializados para familiares de personas con condiciones de salud, que contribuyen a su bienestar y alivian su carga diaria. Asimismo, se identificaron **servicios dirigidos a veteranos**, incluyendo programas subvencionados con fondos federales que facilitan el acceso a cuidados personalizados. Para las **personas con uso**

"Acceso a cuidadores y programas de respiro a los cuidadores."

"Contamos con un programa de servicios autodirigidos por los veteranos para su cuidado. Este programa es subvencionado con fondos federales de la Administración de Veteranos."

"Las personas que se inyectan drogas, como comunidad, no cuentan con activos para atender retos de salud."

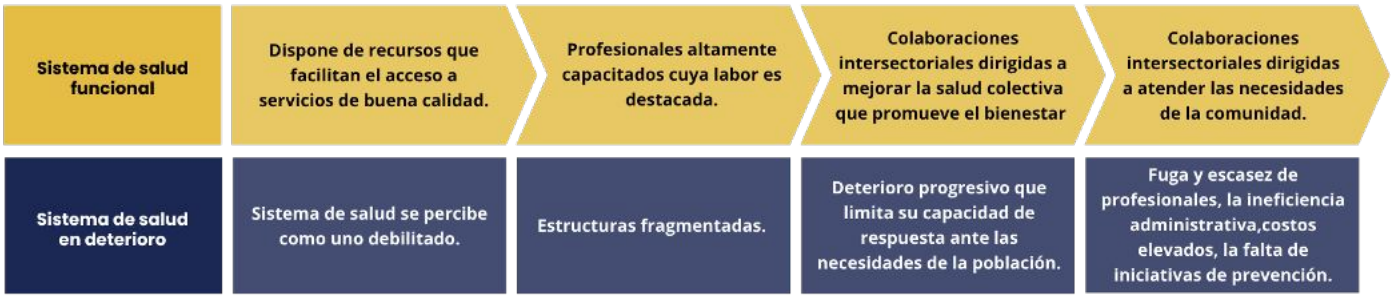
problemático de sustancias, existen iniciativas clínicas y comunitarias que ofrecen acompañamiento profesional, tratamiento especializado y apoyo psicosocial. Finalmente, la comunidad cuenta con diversos **servicios preventivos** como educación en salud, programas de alimentación, servicios médicos básicos y alianzas con entidades especializadas que promueven la salud integral y ayudan a reducir riesgos en distintas poblaciones.

Fase 4: Capacidad institucional del sistema de salud

En esta sección se recopiló el insumo sobre la efectividad de las estrategias y prácticas implementadas para mejorar el desempeño organizacional y la calidad del servicio en las comunidades que atiende. El objetivo de esta sección fue entender cómo las entidades del sistema de salud gestionan su rendimiento y aseguran una atención de alta calidad.

En las respuestas, el sistema de salud de Puerto Rico fue caracterizado a partir de un conjunto de percepciones: algunas lo consideran **funcional**, mientras que otras lo describen como un sistema en **deterioro** (Figura 1.31).

Figura 1.31
Sistema de salud



Según las personas encuestadas, el sistema de salud de Puerto Rico dispone de recursos que facilitan el acceso a servicios de buena calidad, además de contar con profesionales altamente capacitados cuya labor es destacada. Asimismo, se reseñaron las colaboraciones intersectoriales dirigidas a mejorar la salud colectiva que promueve el bienestar y atiende las necesidades de la comunidad.

"De buena calidad y profesionales de la salud muy competentes y comprometidos."

Sin embargo, el sistema de salud se percibe como uno debilitado, con estructuras fragmentadas y un deterioro progresivo que limita su capacidad de respuesta ante las necesidades de la población. Además, la fuga y escasez de profesionales, la ineficiencia administrativa, los costos elevados, la falta de iniciativas de prevención y las fallas en la comunicación han creado un escenario en el que acceder a servicios de salud oportunos resulta cada vez más difícil para la población.

"En general, el sistema de salud de Puerto Rico es uno fragmentado."

Como parte de la descripción del sistema de salud de Puerto Rico, se identificaron diversas áreas para mejorar la prestación de servicios y cómo estas se ven afectadas (Figura 1.32):

Figura 1.32

Áreas para mejorar la prestación de los servicios



Fuerza laboral

La fuga de profesionales de la salud en Puerto Rico constituye una de las áreas de mejora más urgentes del sistema. La emigración constante de médicos, enfermeras y especialistas hacia los Estados Unidos, motivada por mejores salarios, condiciones laborales más favorables y menor carga administrativa, ha provocado escasez crítica de personal clínico. Esta falta de recursos humanos afecta la disponibilidad y calidad de los servicios, provoca largos tiempos de espera, limita el acceso a especialidades y obliga a muchas comunidades a desplazarse a otros municipios para recibir atención. La situación se agrava por la dependencia del sector

privado, la insuficiente infraestructura, la pobre compensación económica y las dificultades que imponen los planes médicos, factores que dificultan la retención del talento local. Considerando el envejeciente poblacional, se necesitan más servicios especializados y preventivos, lo que requiere el fortalecimiento de las condiciones laborales, mejorar la remuneración, modernizar la administración y crear incentivos reales que permitan retener y atraer profesionales de la salud.

Burocracia en los procesos

La burocracia continúa siendo un obstáculo central, generando procesos lentos, fragmentados y poco coordinados que dificultan el acceso oportuno a servicios, especialmente para adultos mayores y comunidades vulneradas.

Calidad de servicios de salud

La calidad de los servicios es afectada por la falta de integración entre agencias, la insuficiencia de recursos, la débil orientación comunitaria y la ausencia de planificación basada en datos. La fragmentación del sistema y la falta de infraestructura adecuada dificultan el desarrollo de servicios preventivos y de salud primaria robustos.

Fuentes de financiamiento

El problema se agrava por las limitaciones en las fuentes de financiamiento, ya que Puerto Rico depende de fondos federales que son menores a los asignados a los estados, además de enfrentar recortes y una crisis fiscal que restringe la expansión de servicios, la modernización y la equidad en la distribución de recursos. Esta fragilidad financiera impacta con mayor fuerza a las comunidades rurales y de bajos ingresos.

Acceso a servicios de salud

Los altos costos, la distribución desigual de especialistas, la falta de servicios accesibles para personas con discapacidades y el control que ejercen los planes médicos sobre la aprobación de tratamientos se convierten en barreras que limitan la atención adecuada. Estas desigualdades impactan con mayor fuerza a la clase trabajadora, los adultos mayores y las comunidades marginadas, lo que subraya la urgencia de avanzar hacia un sistema más accesible, equitativo y alineado con las realidades socioeconómicas y geográficas de la población.

En las respuestas, se identificó el sistema de salud de Puerto Rico como uno compuesto por entidades públicas y privadas que ofrecen servicios relacionados con la salud de la población. Estas entidades consideran a los profesionales en su rol tanto laboral como comunitario.

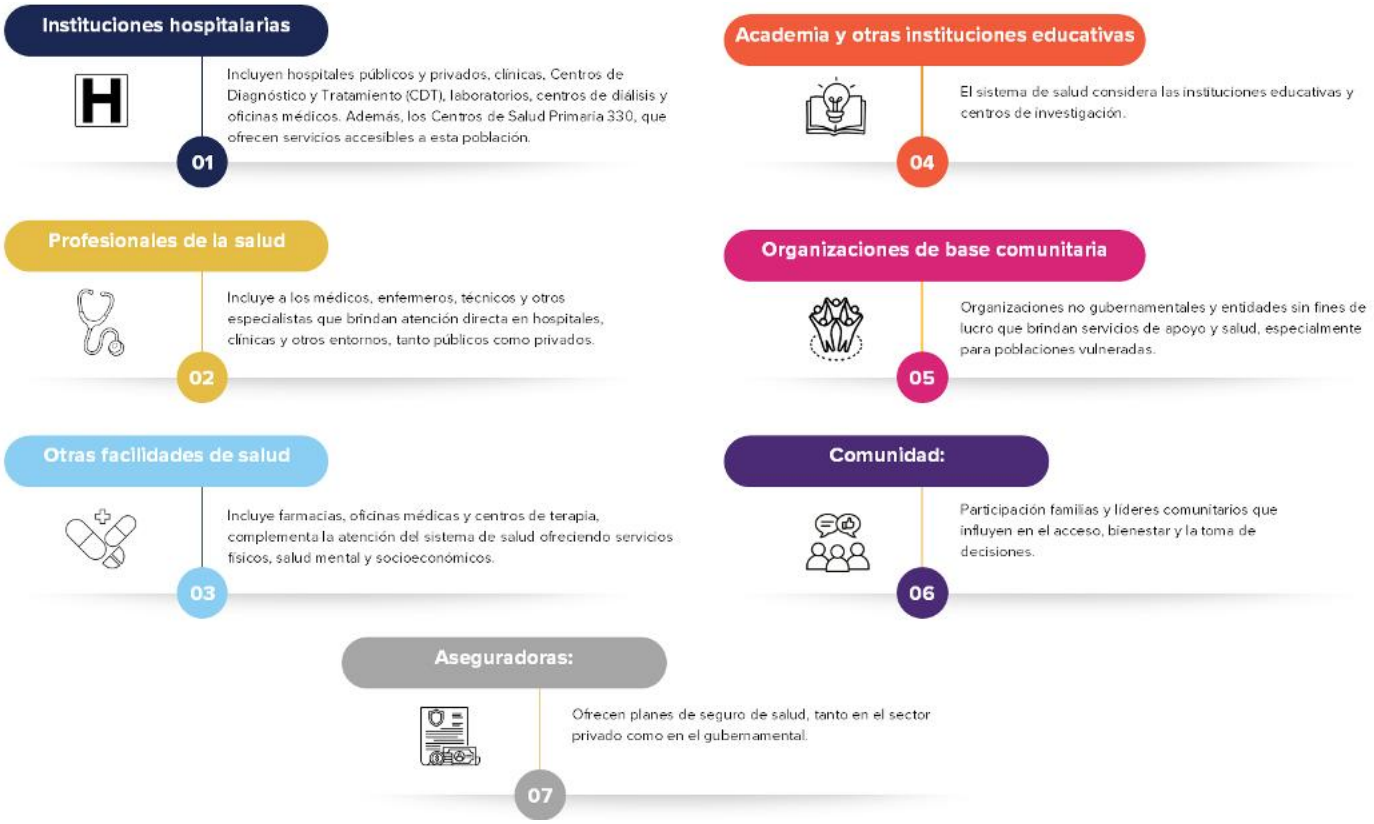
Los participantes reconocen al Departamento de Salud de Puerto Rico como el pilar del sistema de salud, al fungir como ente regulador, supervisor de políticas y gestor de programas de salud. Asimismo, se identificaron como agencias clave a la Administración de Seguros de Salud (ASES) y a la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), las cuales ofrecen servicios especializados en coordinación con otras entidades gubernamentales. Por otro lado, se destacó la participación de las instituciones educativas públicas en la formación y la investigación pertinentes a la salud pública. Además, fueron identificadas otras agencias como parte del sistema de salud incluyendo el Departamento de la Familia, Departamento de la Vivienda y la Corporación del Fondo del Seguro del Estado. La

> *"El Departamento de Salud es constitucionalmente responsable del sistema de salud. No obstante, el sistema de salud se compone de todas las agencias gubernamentales por tener parte importante en las necesidades en la población. "*

interacción entre estas entidades, junto con otras dependencias de la rama ejecutiva, así como el poder legislativo y judicial, junto con los gobiernos municipales, se reconoce como una red interconectada.

Figura 1.33

Componentes del sistema de salud



Asimismo, la presencia del sector privado, en coordinación con los esfuerzos públicos, contribuye a la provisión de determinados servicios a la población. Entre ellos se encuentran (Figura 1.33):

- *Instituciones hospitalarias y de servicios de salud*: Estas instituciones incluyen hospitales públicos y privados, clínicas, Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), laboratorios, centros de diálisis y oficinas médicas. Además, los Centros

de Salud Primaria 330 ofrecen servicios accesibles a esta población. Tanto el sector público como el privado proveen atención primaria, preventiva y especializada, conformando un ecosistema integrado que abarca desde servicios básicos hasta cuidados altamente especializados.

- *Profesionales de la salud*: La participación de este personal incluye a los médicos, enfermeros, técnicos y otros especialistas que brindan atención directa en hospitales, clínicas y otros entornos, tanto públicos como privados.
- *Otras facilidades de salud*: Incluyen farmacias, oficinas médicas, laboratorios clínicos y centros de terapia, entre otras facilidades, para complementar la atención del sistema de salud ofreciendo servicios físicos, salud mental y socioeconómicos.
- *Academia y otras instituciones educativas*: El sistema de salud considera las instituciones educativas y centros de investigación.
- *Organizaciones de base comunitaria*: entidades no gubernamentales y entidades sin fines de lucro que brindan servicios de apoyo y salud, especialmente para poblaciones vulneradas, complementando las funciones del sistema público y privado.
- *Comunidad*: Participación de familias y líderes comunitarios que influyen en el acceso, bienestar y la toma de decisiones.
- *Aseguradoras*: Ofrecen planes de seguro de salud, tanto en el sector privado como en el gubernamental.

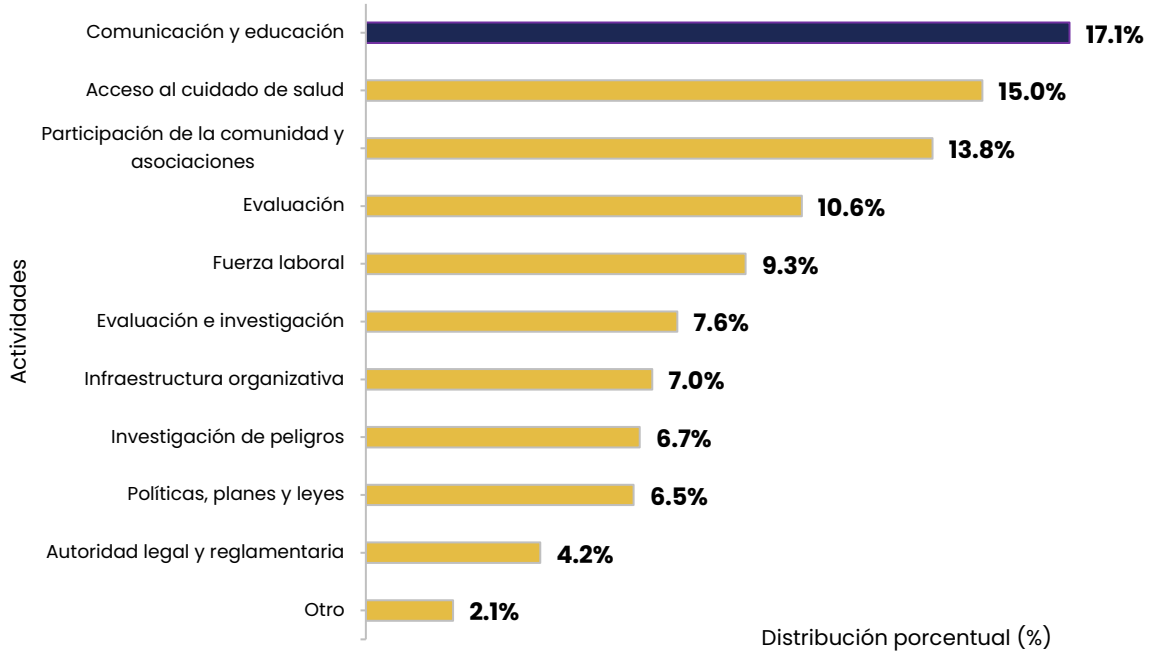
Capacidad institucional relacionada a los diez (10) servicios esenciales de la salud pública

En esta sección se pretendió cono sus consideraciones en cuanto a los esfuerzos realizados por el sistema de salud a partir de los servicios esenciales de la salud pública.

La **Figura 1.34** muestra que el **46.0%** de las principales actividades que realizan las entidades relacionadas a esfuerzos del sistema de salud son ***comunicación y educación*** (**17.1%**), ***acceso al cuidado de salud*** (**15.0%**), y ***participación de la comunidad y asociaciones*** (**13.8%**). Por otro lado, las actividades menos realizadas son ***autoridad legal y reglamentaria*** (**4.2%**), ***políticas, planes y leyes*** (**6.5%**), e ***investigación de peligros*** (**6.7%**).

Figura 1.34

Distribución porcentual de las actividades que realiza las entidades relacionadas a esfuerzos del sistema de salud



N = 659 (160 entidades respondieron una o más opciones de la pregunta)
Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

Capacidades y estrategias generales

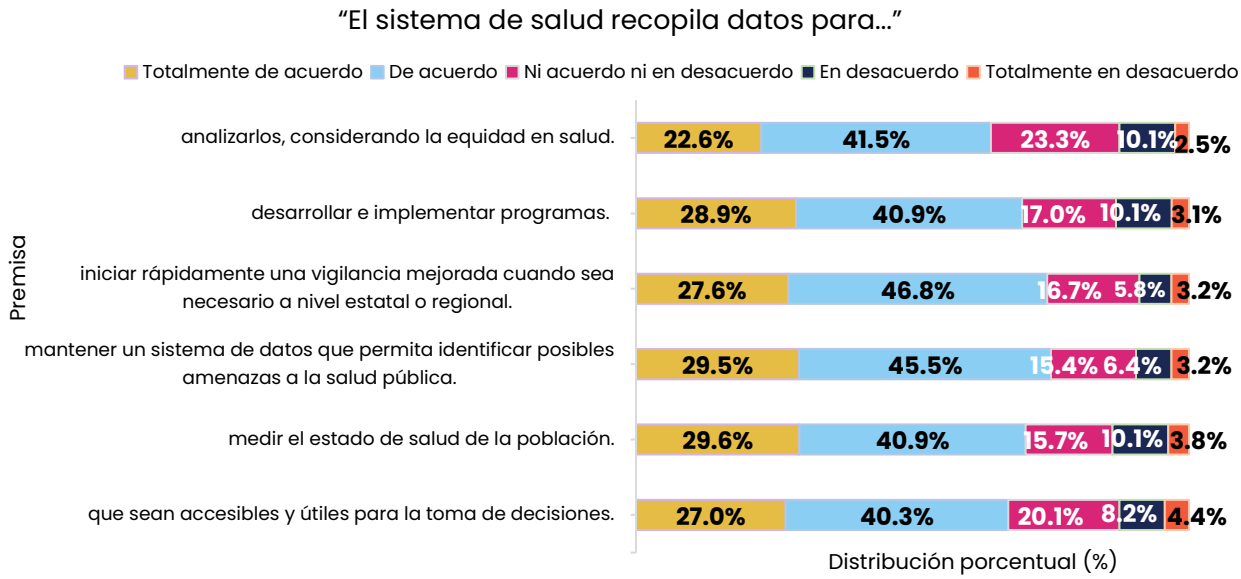
En esta subsección el **sistema de salud** engloba todas las entidades, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud (PAHO, s.f.). Esto incluye entidades relacionadas a la salud como: de naturaleza gubernamental, aseguradoras, hospitales, instituciones académicas, entidades con y sin fines de lucro, entre otras.

La **Figura 1.35** muestra que más del **67.0%** de las entidades está de **totalmente de acuerdo** o **de acuerdo** con que el sistema de salud recopila información para ***mantener un sistema de datos que permita identificar posibles amenazas a la salud pública*** (**75.0%**), ***iniciar rápidamente una vigilancia mejorada cuando sea***

necesario a nivel estatal o regional (**74.4%**), ***medir el estado de salud de la población*** (**70.4%**), ***desarrollar e implementar programas*** (**69.8%**), ***que sean accesibles y útiles para la toma de decisiones*** (**67.3%**), y ***analizarlos, considerando la equidad en salud*** (**64.2%**).

Figura 1.35

Distribución porcentual de las consideraciones de las entidades participantes en cuanto a la recopilación de datos por parte del sistema de salud



N = 159, 159, 156, 156, 159, 159

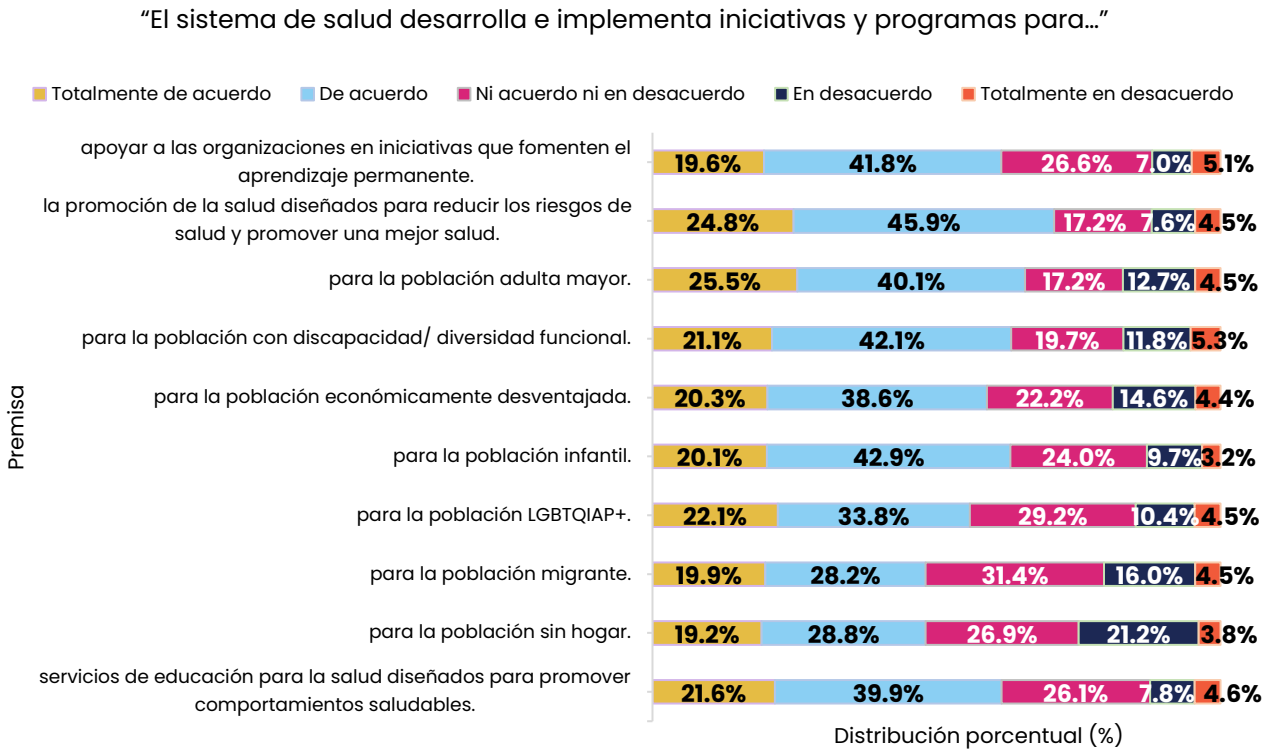
Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

La **Figura 1.36** muestra que más del **61.0%** de las entidades está **totalmente de acuerdo** o **de acuerdo** con que el sistema de salud desarrolla e implementa iniciativas y programas para ***la promoción de la salud diseñados para reducir los riesgos de salud y promover una mejor salud*** (**70.7%**), ***para la población adulta mayor*** (**65.6%**), ***para la población con discapacidad/diversidad funcional*** (**63.2%**), ***para la población infantil*** (**63.0%**), ***apoyar a las organizaciones en iniciativas que fomenten el aprendizaje permanente*** (**61.4%**), y ***servicios de educación para la salud diseñados para promover comportamientos saludables*** (**61.4%**). Por otro

lado, el **31.4%** de las entidades indicó que está **ni acuerdo ni en desacuerdo** con que el sistema de salud desarrolla e implementa iniciativas y programas ***para la población migrante***, siendo el valor más alto para esta premisa.

Figura 1.36

Distribución porcentual de las consideraciones de las entidades participantes sus recomendaciones en cuanto a la implementación de programas e iniciativas por parte del sistema de salud



N = 158,

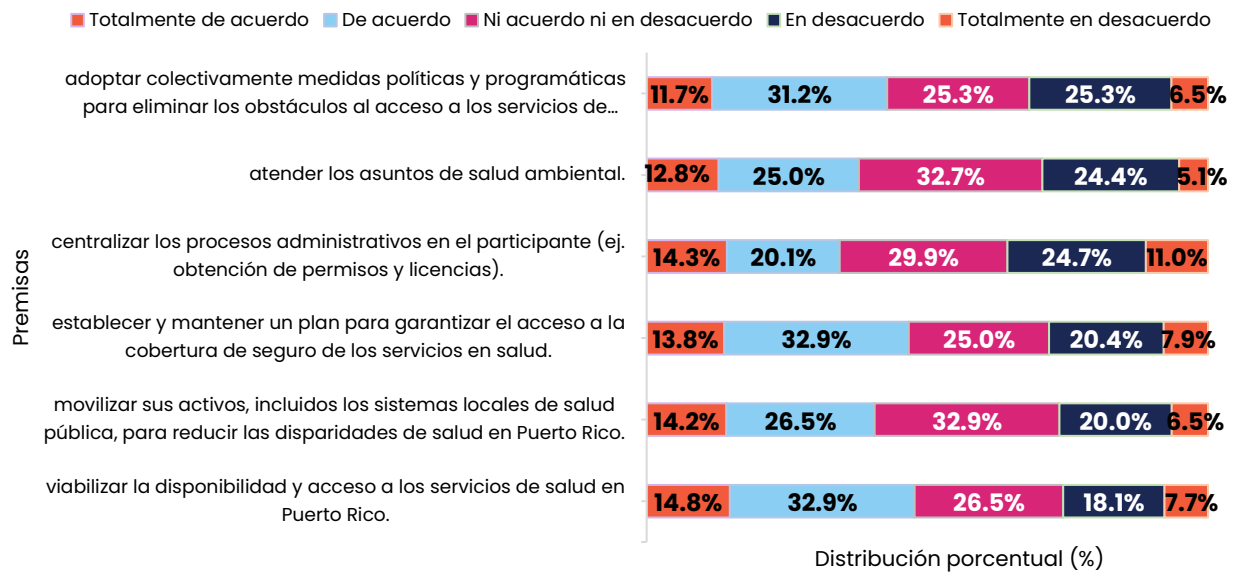
Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico

La **Figura 1.37** muestra que más del **40.0%** de las entidades está **totalmente de acuerdo** o **de acuerdo** con que el sistema de salud lleva a cabo efectivamente los siguientes servicios para ***viabilizar la disponibilidad y acceso a los servicios de salud en Puerto Rico*** (**47.7%**), ***establecer y mantener un plan para garantizar el acceso a la cobertura de seguro de los servicios en salud*** (**46.7%**), ***adoptar colectivamente***

medidas políticas y programáticas para eliminar los obstáculos al acceso a los servicios de atención en salud (**42.9%**), y ***movilizar sus activos, incluidos los sistemas locales de salud pública, para reducir las disparidades de salud en Puerto Rico*** (**40.6%**). Por otro lado, el **32.7%** de las entidades indicó que está **ni de acuerdo ni en desacuerdo** con que el sistema de salud lleva a cabo efectivamente los siguientes servicios para ***atender los asuntos de salud ambiental***, mientras el **29.9%** para ***centralizar los procesos administrativos en el participante***, siendo los valores más altos para estas premisas.

Figura 1.37

Distribución porcentual de las consideraciones de las entidades participantes en cuanto a la efectividad de los servicios del sistema de salud



N = 156

Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

Capacidad y recursos en mejora para la salud pública

Esta subsección tuvo el propósito de presentar diferentes aspectos para caracterizar el sistema de salud de Puerto Rico a partir de una descripción de personal, uso de recursos, asuntos de mejoras y entre otros.

La **Figura 1.38** muestra que más del **50.0%** de las entidades está **totalmente de acuerdo** o **de acuerdo** con que el sistema de salud utiliza los recursos financieros para ***los esfuerzos de comunicación, educación y promoción de la salud*** (**57.1%**), ***garantizar la prestación de los servicios y cuidados de salud*** (**56.1%**), ***los esfuerzos de monitoreo del estado de salud*** (**52.3%**), ***la aplicación de las leyes que protegen la salud y garantizan la seguridad*** (**51.9%**), ***sostener las colaboraciones con entidades*** (**50.6%**). Por otro lado, el **40.3%** de las entidades indicó que está **ni acuerdo**

ni en desacuerdo con que el sistema de salud utiliza los recursos financieros para ***los esfuerzos de desarrollo de la fuerza laboral***, mientras el **34.0%** para ***la investigación para la mejora de la salud***, siendo los valores más altos para estas premisas.

Figura 1.38

Distribución porcentual de las consideraciones de las entidades participantes en cuanto al uso de recursos financieros por parte del sistema de salud



N = 155

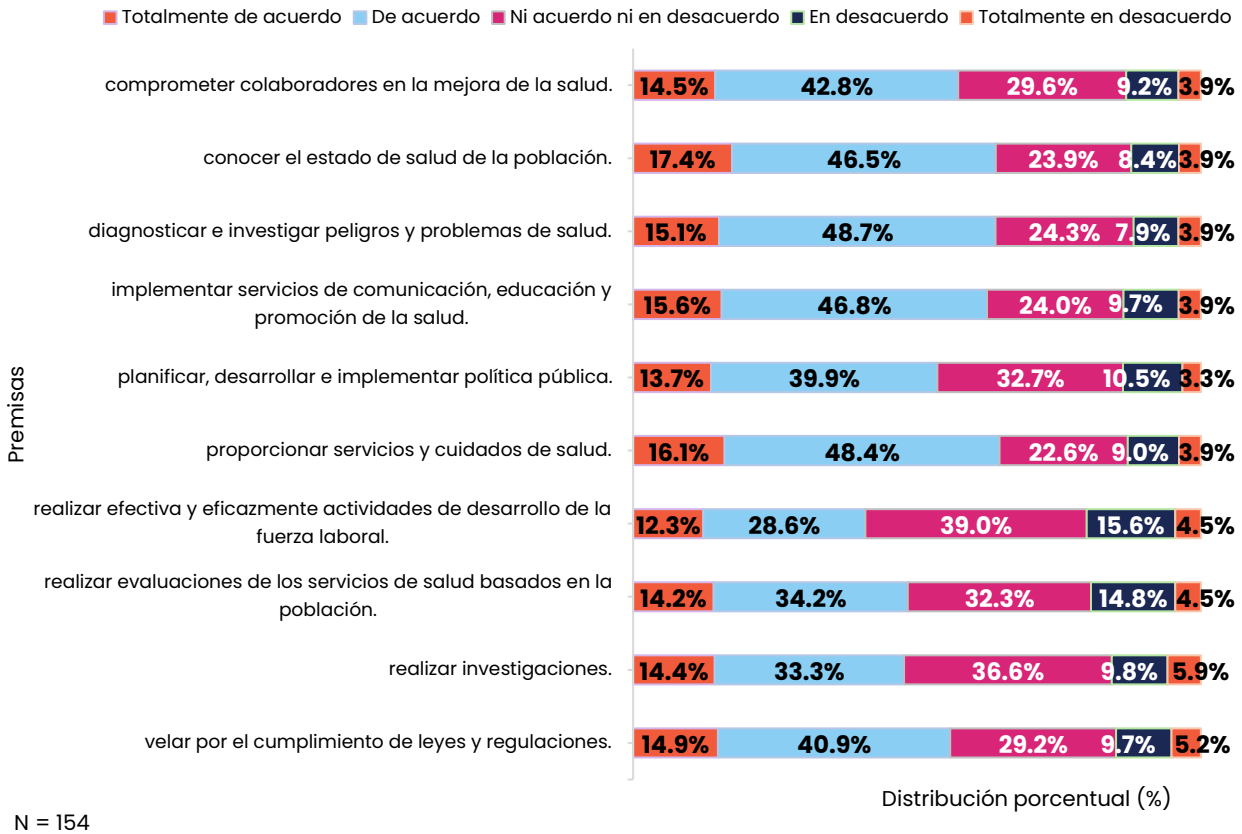
Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

La **Figura 1.39** muestra que más del **60.0%** de las entidades está **totalmente de acuerdo** o **de acuerdo** con que el sistema de salud organiza y coordina sus esfuerzos de monitoreo para ***proporcionar servicios y cuidados de salud*** (**64.5%**), ***conocer el estado de salud de la población*** (**63.9%**); ***diagnosticar e investigar peligros y***

problemas de salud (**63.8%**), ***implementar servicios de comunicación, educación y promoción de la salud*** (**62.3%**). Por otro lado, el **39.0%** de las entidades indicó que está **ni acuerdo ni en desacuerdo** con que el sistema de salud organiza y coordina sus esfuerzos de monitoreo para ***realizar efectiva y eficazmente actividades de desarrollo de la fuerza laboral***, mientras el **36.6%** para ***realizar investigaciones***, siendo los valores más alto para estas premisas.

Figura 1.39

Distribución porcentual de las consideraciones de las entidades participantes en cuanto a los esfuerzos de monitoreo por parte del sistema de salud



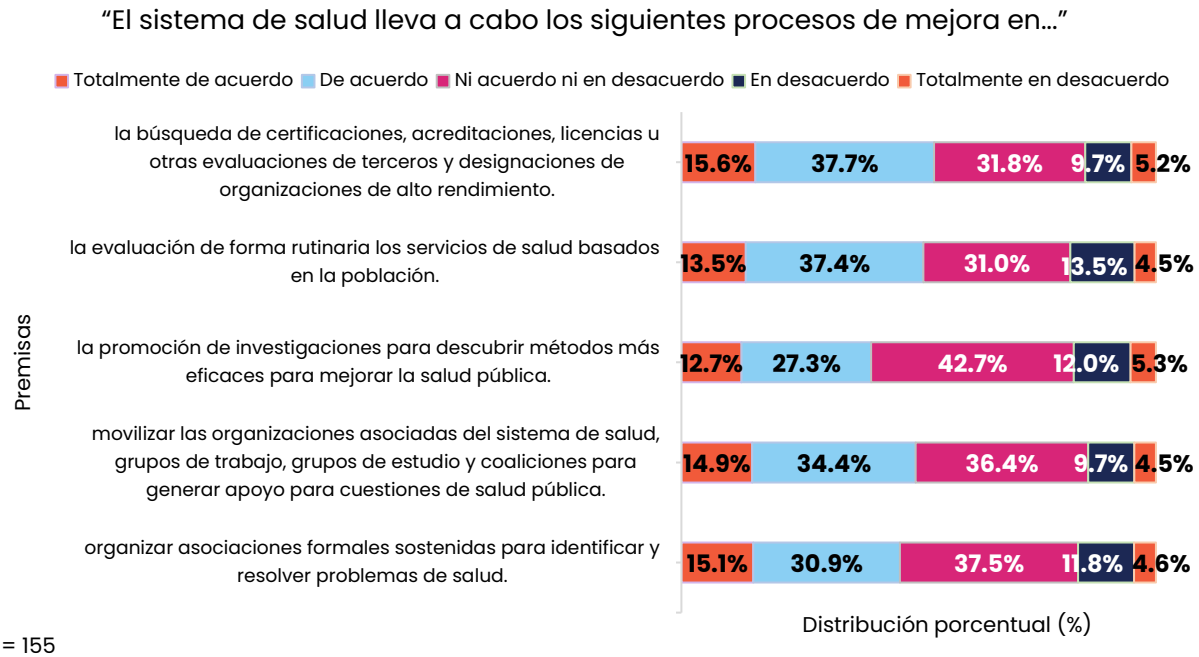
N = 154

Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

La **Figura 1.40** muestra que más del **50.0%** de las entidades está **totalmente de acuerdo** o **de acuerdo** con que el sistema de salud lleva a cabo los siguientes procesos de mejora en ***la búsqueda de certificaciones, acreditaciones, licencias u otras evaluaciones de terceros y designaciones de organizaciones de alto rendimiento*** (**53.2%**), y ***la evaluación de forma rutinaria los servicios de salud basados en la población*** (**51.0%**). Por otro lado, más del **36.0%** de las entidades indicó que está **ni acuerdo ni en desacuerdo** con que el sistema de salud lleva a cabo los siguientes procesos de mejora en ***la promoción de investigaciones para descubrir métodos más eficaces para mejorar la salud pública*** (**42.7%**), ***organizar asociaciones formales sostenidas para identificar y resolver problemas de salud*** (**37.5%**), ***movilizar las organizaciones asociadas del sistema de salud, grupos de trabajo, grupos de estudio y coaliciones para generar apoyo para cuestiones de salud pública*** (**36.4%**), siendo los valores más alto para estas premisas.

Figura 1.40

Distribución porcentual de las consideraciones de las entidades participantes en cuanto a los procesos de mejora que lleva a cabo el sistema de salud



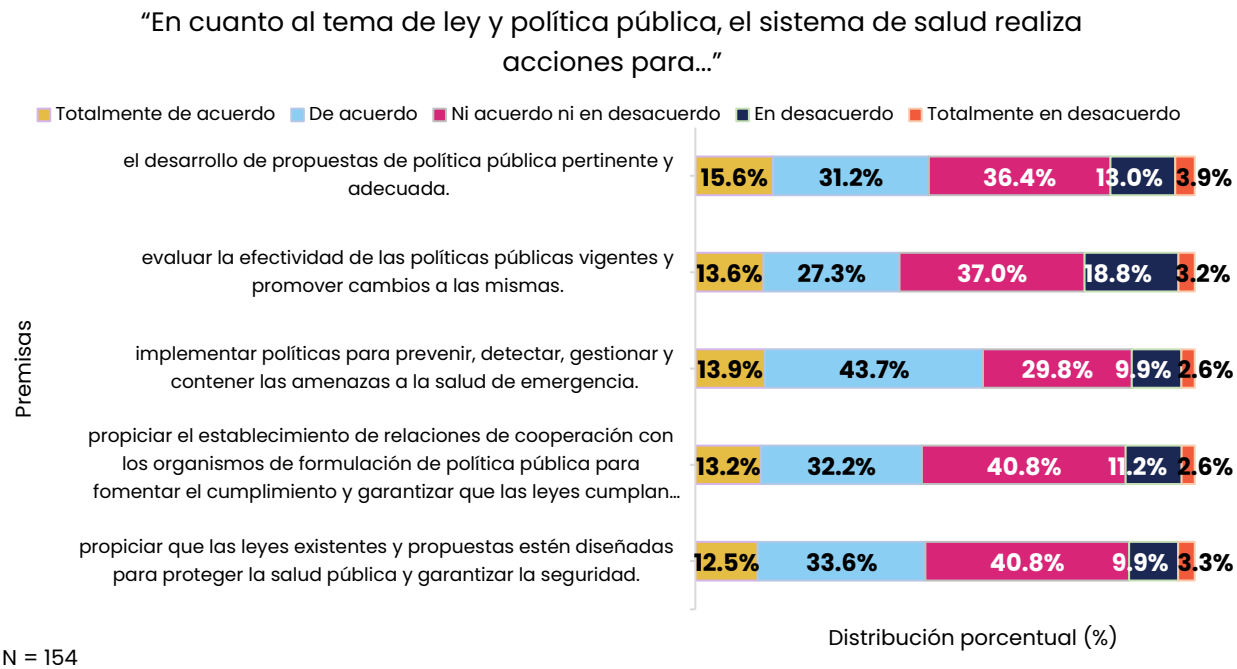
N = 155

Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

La **Figura 1.41** muestra que el **57.6%** de las entidades está **totalmente de acuerdo** o **de acuerdo** con que, en cuanto al tema de ley y política pública, el sistema de salud realiza acciones para ***implementar políticas para prevenir, detectar, gestionar y contener las amenazas a la salud de emergencia***. Por otro lado, el **40.8%** de las entidades indicó que está **ni acuerdo ni en desacuerdo** con que, en cuanto al tema de ley y política pública, el sistema de salud realiza acciones para ***propiciar el establecimiento de relaciones de cooperación con los organismos de formulación de política pública para fomentar el cumplimiento y garantizar que las leyes cumplan sus objetivos en materia de salud y seguridad***, y ***propiciar que las leyes existentes y propuestas estén diseñadas para proteger la salud pública y garantizar la seguridad***, siendo el valor más alto para esta premisa.

Figura 1.41

Distribución porcentual de las consideraciones de las entidades participantes en cuanto a la identificación y planificación de política pública por parte del sistema de salud



N = 154

Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

Capacidad en la gestión del desempeño y mejora continua para la Salud Pública

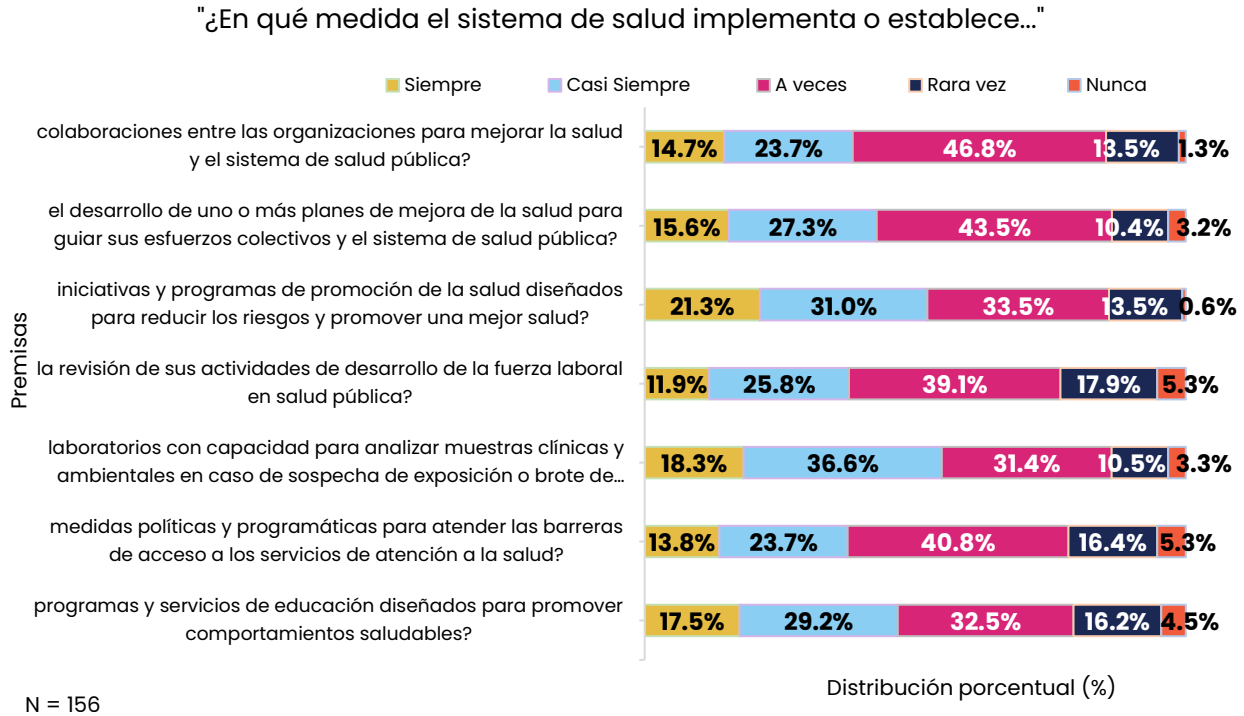
Las siguientes premisas presenta los aspectos que describen el desempeño y mejora continua del sistema de salud pública de Puerto Rico. A continuación, se considerarán elementos relacionados a la eficiencia y eficacia a través de la implementación de las iniciativas.

La **Figura 1.42** muestra que más del **46.0%** de las entidades indica que **siempre** o **casi siempre** el sistema de salud implementa o establece ***laboratorios con capacidad para analizar muestras clínicas y ambientales en caso de sospecha de exposición o brote de enfermedad*** (**54.9%**), ***iniciativas y programas de promoción de la salud diseñados para reducir los riesgos y promover una mejor salud*** (**52.3%**), y ***programas y servicios de educación diseñados para promover comportamientos***

saludables (**46.8%**). Por otro lado, más del **39.0%** de las entidades indicó que **a veces** el sistema de salud implementa o establece ***colaboraciones entre las organizaciones para mejorar la salud y el sistema de salud pública*** (**46.8%**), ***el desarrollo de uno o más planes de mejora de la salud para guiar sus esfuerzos colectivos y el sistema de salud pública*** (**43.5%**), ***medidas políticas y programáticas para atender las barreras de acceso a los servicios de atención a la salud*** (**40.8%**), y ***la revisión de sus actividades de desarrollo de la fuerza laboral en salud pública*** (**39.1%**), siendo los valores más alto para estas premisas.

Figura 1.42

Distribución porcentual de las consideraciones de las entidades participantes en cuanto a la implementación de servicios por parte del sistema de salud para la mejora de calidad



N = 156

Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

La **Figura 1.43** muestra que más del **39.0%** de las entidades indica que **siempre** o **casi siempre** el sistema de salud evalúa ***la eficiencia de los servicios de comunicación, educación y promoción de la salud*** (**45.8%**), ***la eficiencia del sistema estatal de vigilancia e investigación*** (**44.7%**), ***la eficiencia de sus esfuerzos para monitorear el estado de salud*** (**43.7%**); ***la eficacia de sus actividades de regulación, cumplimiento y aplicación de la normativa*** (**43.4%**), y ***la eficacia de sus actividades de evaluación*** (**39.9%**). Por otro lado, cabe destacar que los porcentajes más altos indicados por las entidades para estas premisas fue en la opción **a veces**.

Figura 1.43

Distribución porcentual de las consideraciones de las entidades participantes en cuanto a la eficacia y eficiencia por parte del sistema de salud



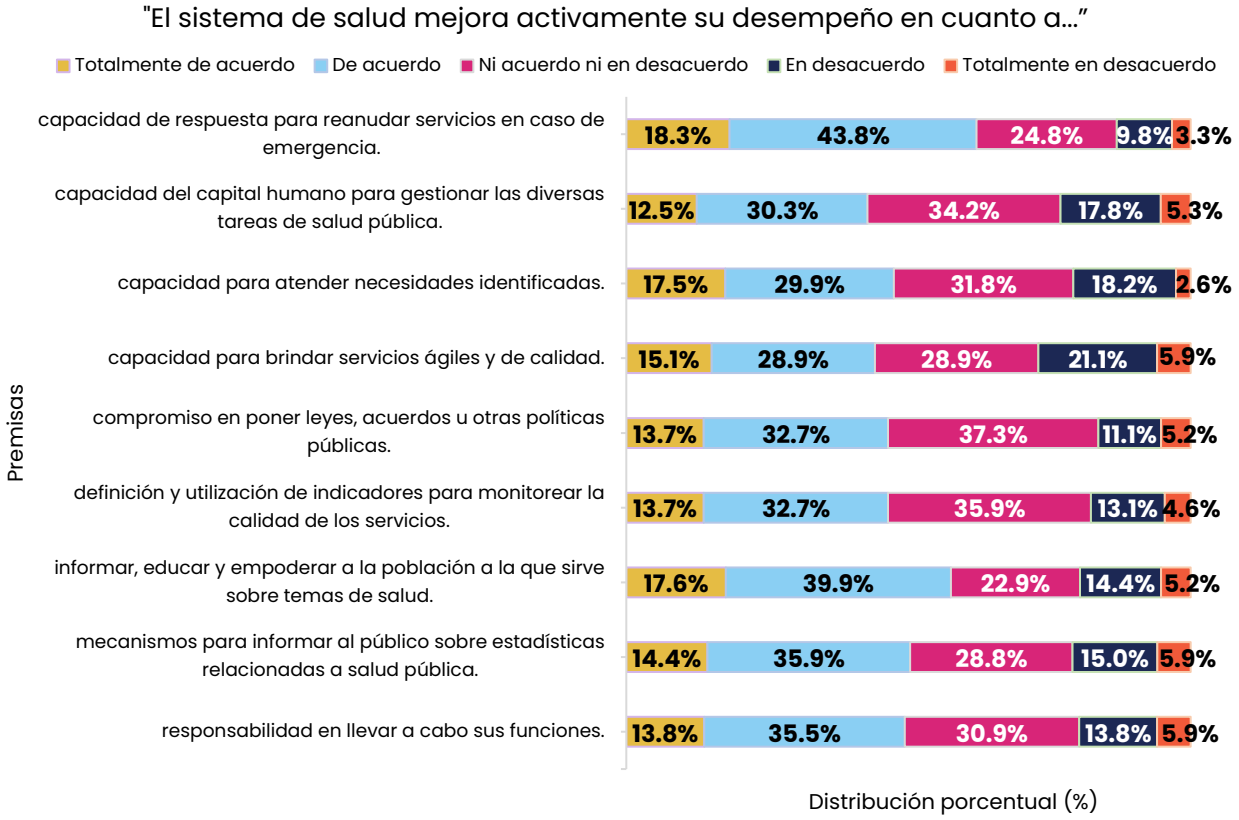
N = 153

Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

La **Figura 1.44** muestra que más del **50.0%** de las entidades está **totalmente de acuerdo** o **de acuerdo** con que el sistema de salud mejora activamente su desempeño en cuanto a ***capacidad de respuesta para reanudar servicios en caso de emergencia*** (**62.1%**), ***informar, educar y empoderar a la población a la que sirve sobre temas de salud*** (**57.5%**), y ***mecanismos para informar al público sobre estadísticas relacionadas a salud pública*** (**50.3%**). Por otro lado, más del **31.0%** de las entidades indicó que está **ni acuerdo ni en desacuerdo** con que el sistema de salud mejora activamente su desempeño en cuanto a ***compromiso en poner leyes, acuerdos u otras políticas públicas*** (**37.3%**), ***definición y utilización de indicadores para monitorear la calidad de los servicios*** (**35.9%**), ***capacidad del capital humano para gestionar las diversas tareas de salud pública*** (**34.2%**), y ***capacidad para atender necesidades identificadas*** (**31.8%**), siendo los valores más alto para estas premisas.

Figura 1.44

Distribución porcentual de las consideraciones de las entidades participantes en cuanto a la gestión del desempeño del sistema de salud



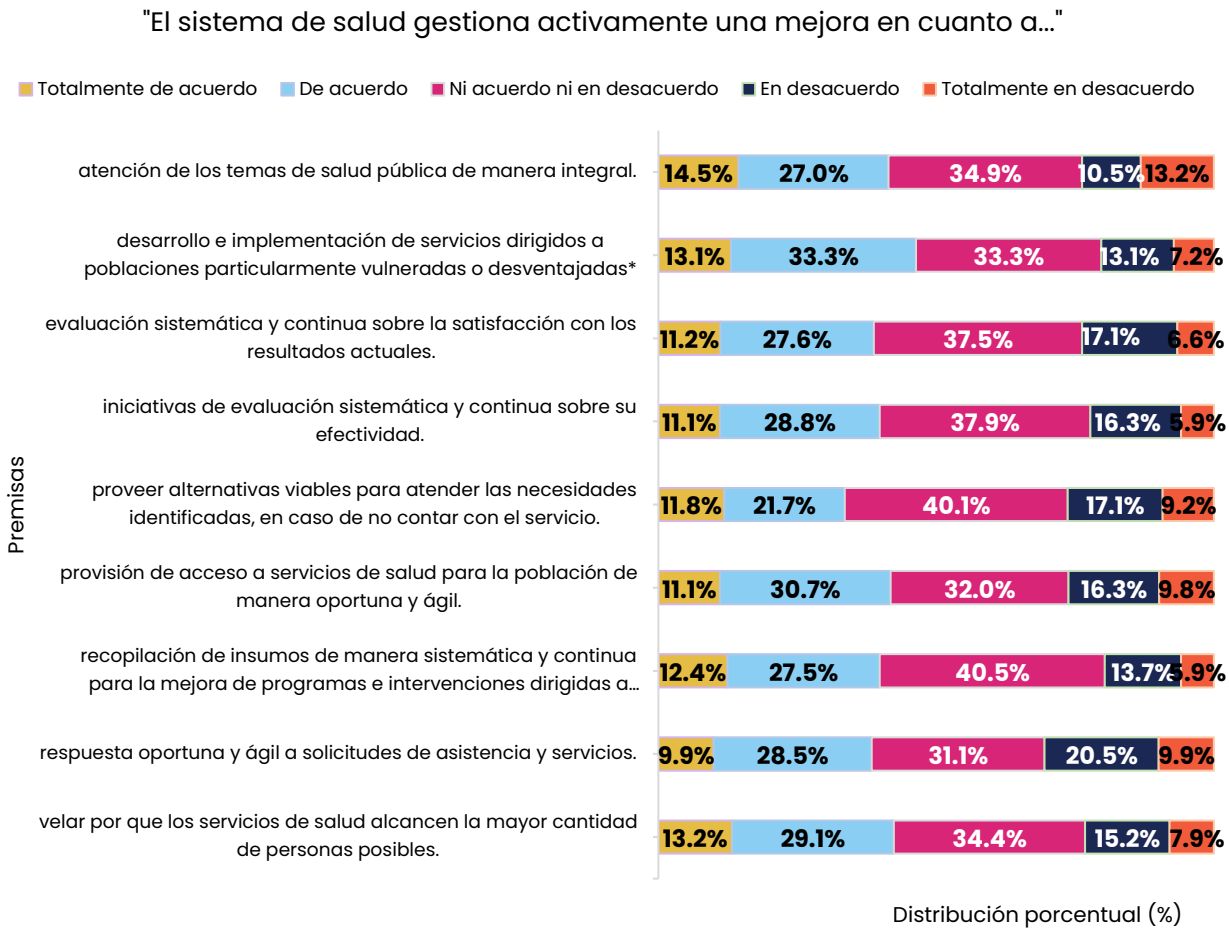
N = 153,

Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

La **Figura 1.45** muestra que más del **41.0%** de las entidades está **totalmente de acuerdo** o **de acuerdo** con que el sistema de salud gestiona activamente una mejora en cuanto ***desarrollo e implementación de servicios dirigidos a poblaciones particularmente vulneradas o desventajadas*** (**46.4%**), ***velar por que los servicios de salud alcancen la mayor Número de personas posibles*** (**42.4%**), ***provisión de acceso a servicios de salud para la población de manera oportuna y ágil*** (**41.8%**), ***a atención de los temas de salud pública de manera integral*** (**41.4%**). Por otro lado, cabe destacar que los porcentajes más altos indicados por las entidades para estas premisas fueron en la opción **ni acuerdo ni en desacuerdo**.

Figura 1.45

Distribución porcentual de las consideraciones de las entidades participantes en cuanto a las mejoras de calidad por parte del sistema de salud



N = 152

*por ejemplo: población con discapacidad/diversidad funcional, población LGBTQIAP+, población adulta mayor, entre otros)

Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

Fase 5: Capacidades para apoyar la mejora de la salud comunitaria

Esta sección buscó identificar los factores que podrían dificultar el acceso a los servicios de salud, así como la vinculación de las personas a los servicios y a las herramientas del sistema de salud. El propósito fue conocer las barreras que enfrentan las comunidades que atienden las entidades y cómo estas limitaciones afectan la calidad de atención y el bienestar general de la población.

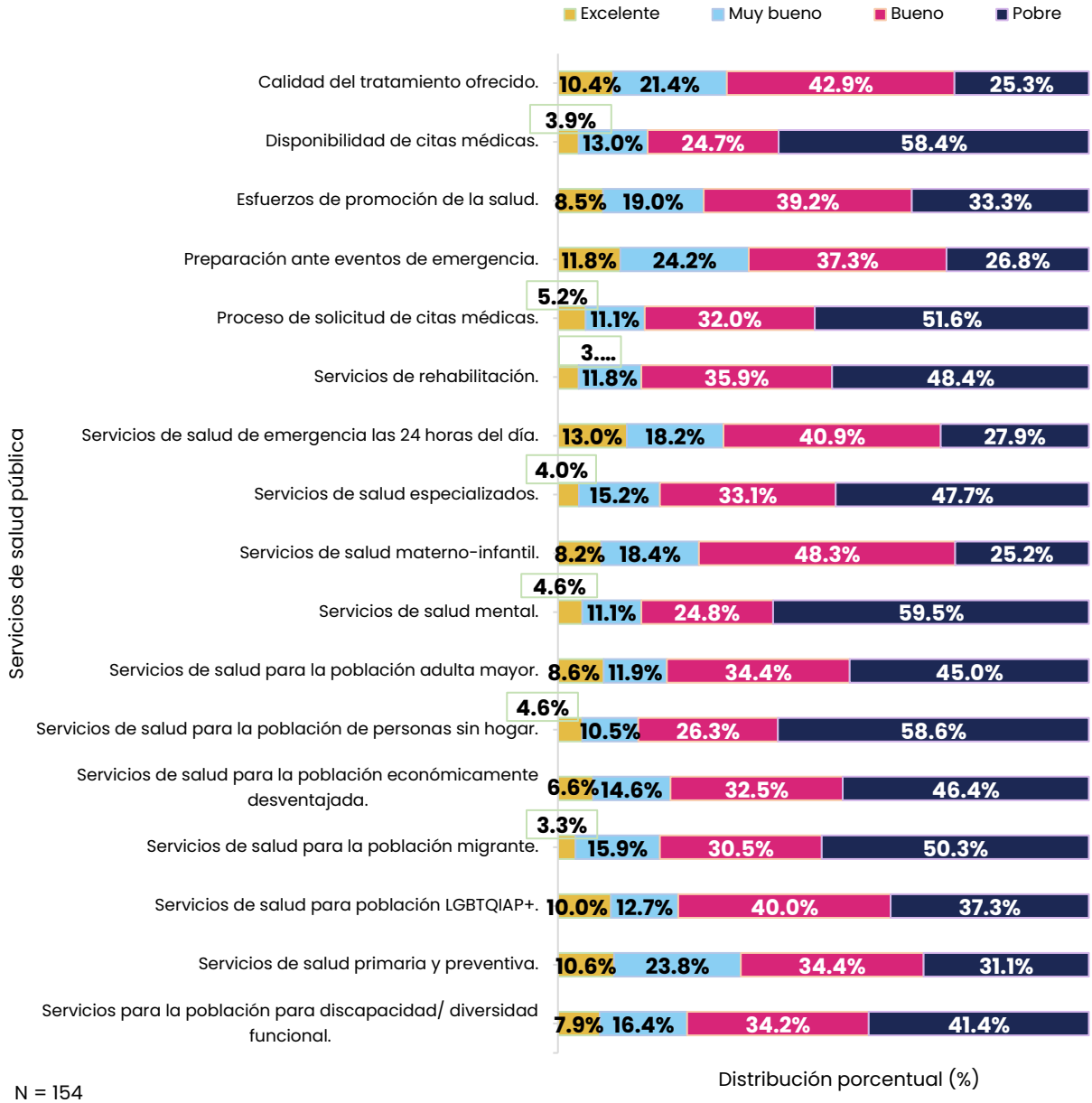
Acceso a servicios de salud

Esta subsección buscó conocer la perspectiva de las entidades sobre el acceso a los diferentes servicios de salud correspondientes al sistema, considerando sus fortalezas y limitaciones.

En la **Figura 1.46** muestra que más del **60.0%** de las entidades califican como **muy bueno** o **bueno** los siguientes servicios de salud pública: ***servicios de salud materno-infantil*** (**66.7%**), ***calidad del tratamiento ofrecido*** (**64.3%**), ***preparación ante eventos de emergencia*** (**61.4%**). Por otro lado, más del **50.0%** de las entidades califican como **pobre** los siguientes servicios de salud pública: ***servicios de salud mental*** (**59.5%**), ***servicios de salud para la población de personas sin hogar*** (**58.6%**), ***disponibilidad de citas médicas*** (**58.4%**), ***proceso de solicitud de citas médicas*** (**51.6%**), ***servicios de salud para la población migrante*** (**50.3%**).

Figura 1.46

Distribución porcentual de cómo las entidades participantes califican los servicios de salud pública en su comunidad



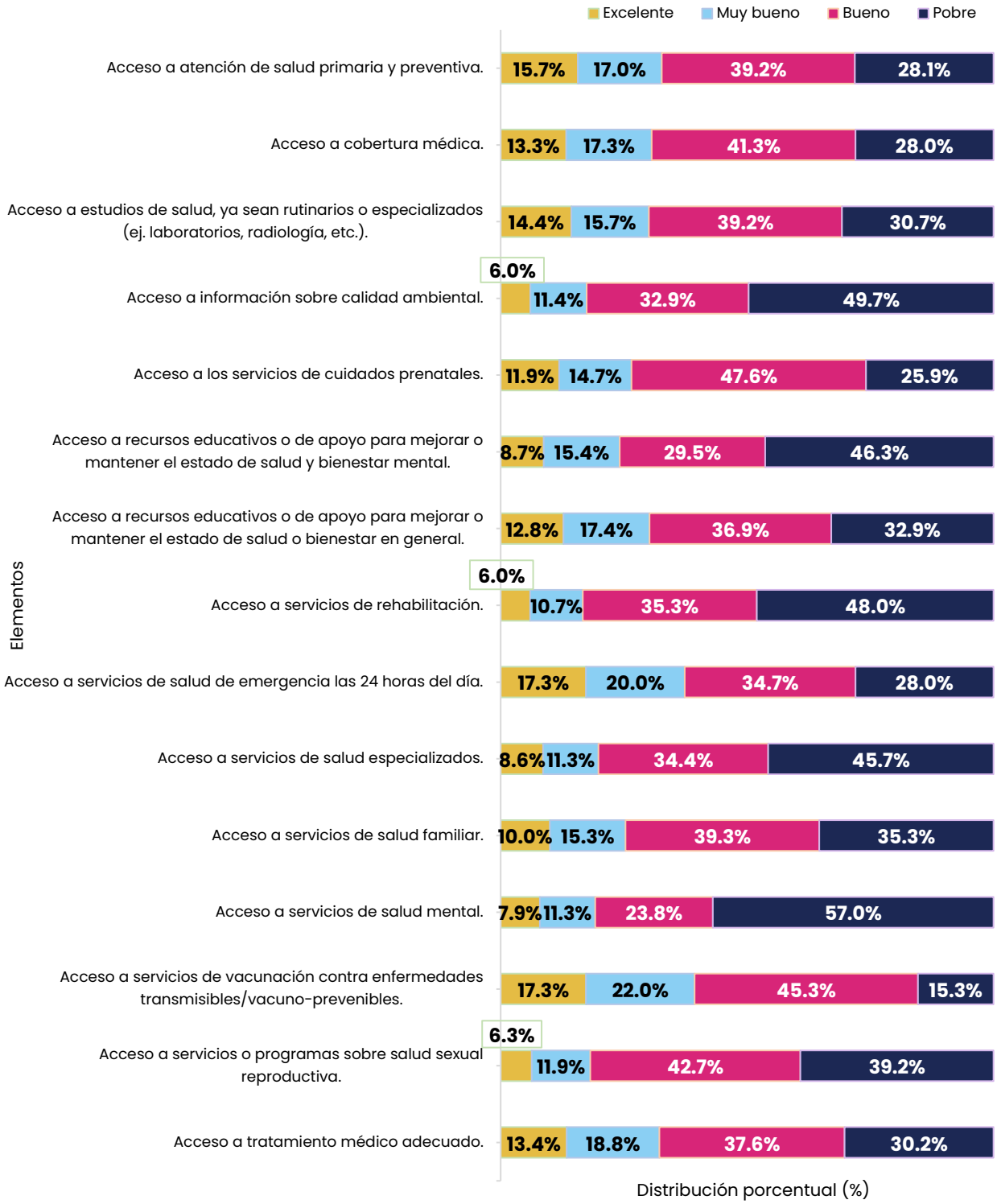
N = 154

Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

La **Figura 1.47** muestra que más del **55.0%** de las entidades califican como **muy bueno** o **bueno** el grado de accesibilidad que tiene la población a: ***servicios de vacunación contra enfermedades transmisibles/vacuno-prevenibles*** **(67.3%),** ***servicios de cuidados prenatales*** **(62.2%),** ***cobertura médica*** **(58.7%),** ***tratamiento médico adecuado*** **(56.4%),** ***atención de salud primaria y preventiva*** **(56.2%).** Por otro lado, más del **45.0%** de las entidades califican como **pobre** el grado de accesibilidad que tiene la población a: ***servicios de salud mental*** **(57.0%),** ***información sobre calidad ambiental*** **(49.7%),** ***servicios de rehabilitación*** **(48.0%),** ***recursos educativos o de apoyo para mejorar o mantener el estado de salud y bienestar mental*** **(46.3%),** ***servicios de salud especializados*** **(45.7%).**

Figura 1

Distribución porcentual del grado de accesibilidad que tiene la población atendida según las entidades participantes



N = 153

Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

La **Figura 1.48** muestra que el **51.9%** de las principales limitaciones de acceso a los servicios de salud identificadas por los participantes son ***falta de proveedores de especialización*** **(14.4%),** ***mucho tiempo de espera para ser visto*** **(14.0%),** ***limitaciones relacionadas a planes médicos*** **(13.2%) y** ***costos elevados*** **(10.2%)**. Por otro lado, el **11.9%** de las limitaciones de acceso a los servicios de salud menos se presentan en la población son ***no hay atención de emergencia en la comunidad*** **(2.7%),** ***falta de confianza en los proveedores de servicio de atención primaria para ofrecer atención de calidad*** **(4.6%), y** ***muchos residentes creen que el hospital en la comunidad no ofrece atención de cuidado adecuado, por lo tanto, buscan atención de otro(s) hospital(es), en otra comunidad*** **(4.6%).**

Figura 1.48

Distribución porcentual de las limitaciones de acceso a los servicios de salud que presenta la población atendida por las entidades participantes



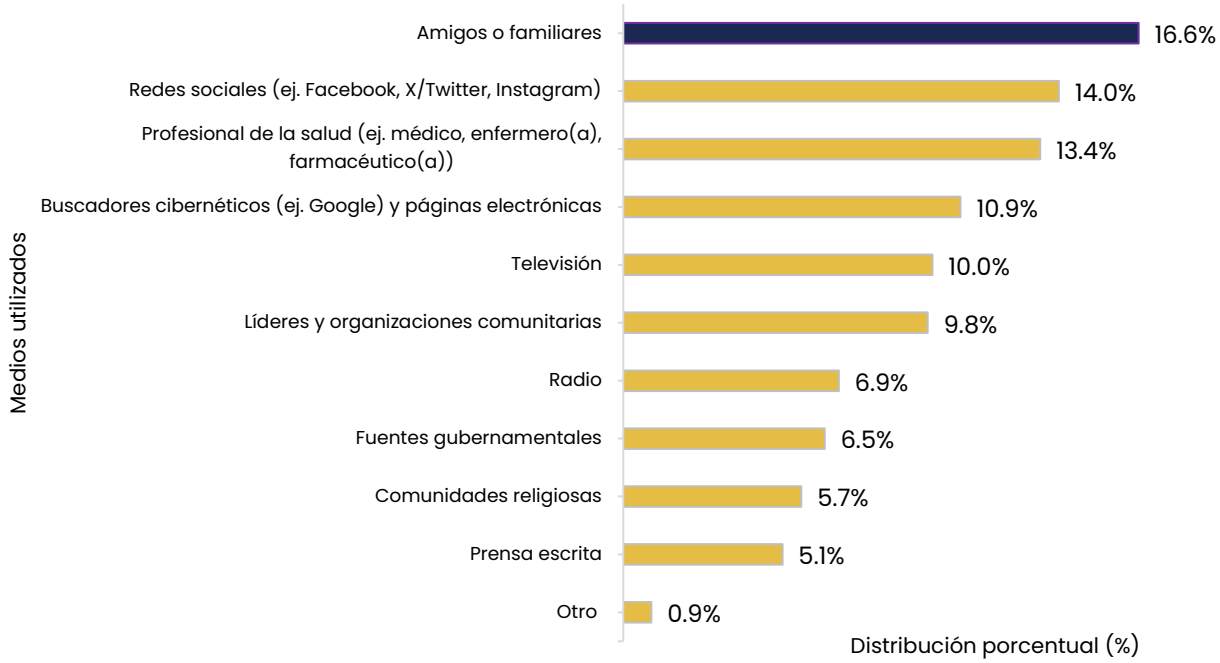
N = 810 (154 entidades respondieron una o más opciones de la pregunta)

Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud. Puerto Rico 2024

La **Figura 1.49** muestra que el **44.1%** de los participantes identificaron como los principales medios utilizados por la comunidad para obtener más información sobre aspectos relacionados a la salud son ***amigos o familiares*** **(16.6%),** ***redes sociales*** **(14.0%) y** ***profesional de la salud*** **(13.4%).** Por otro lado, los medios identificados en menor frecuencia como utilizados por la comunidad para similares fines son ***prensa escrita*** **(5.1%), y** ***comunidades religiosas*** **(5.7%).**

Figura 1.49

Distribución porcentual de los medios que utilizan las personas de la comunidad para obtener más información sobre aspectos relacionados a la salud según las entidades participantes



N = 662 (157 entidades respondieron una o más opciones de la pregunta)
Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

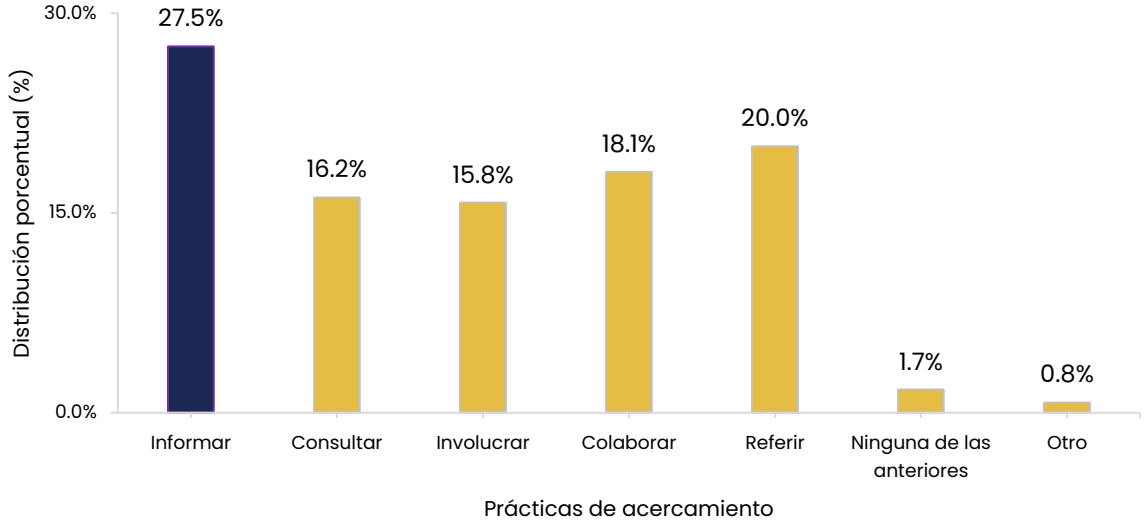
Prácticas de acercamiento a la comunidad

Esta subsección trató de auscultar aquellas prácticas o consideraciones que las entidades ponderan al momento de acercarse o interactuar con la comunidad a la cual ofrecen servicio.

En la **Figura 1.50** muestra que el **27.5%** de las entidades utiliza como práctica principal de acercamiento a la comunidad el ***informar*** (proporcionar a la comunidad información relevante), seguido por el **20.0%** que utiliza el ***referir*** (fomentar la participación democrática y equitativa mediante la toma de decisiones por la comunidad); mientras que el **1.7%** utiliza **ninguna** de las prácticas presentadas.

Figura 1.50

Distribución porcentual de las prácticas de acercamiento utilizadas por las entidades participantes con la comunidad



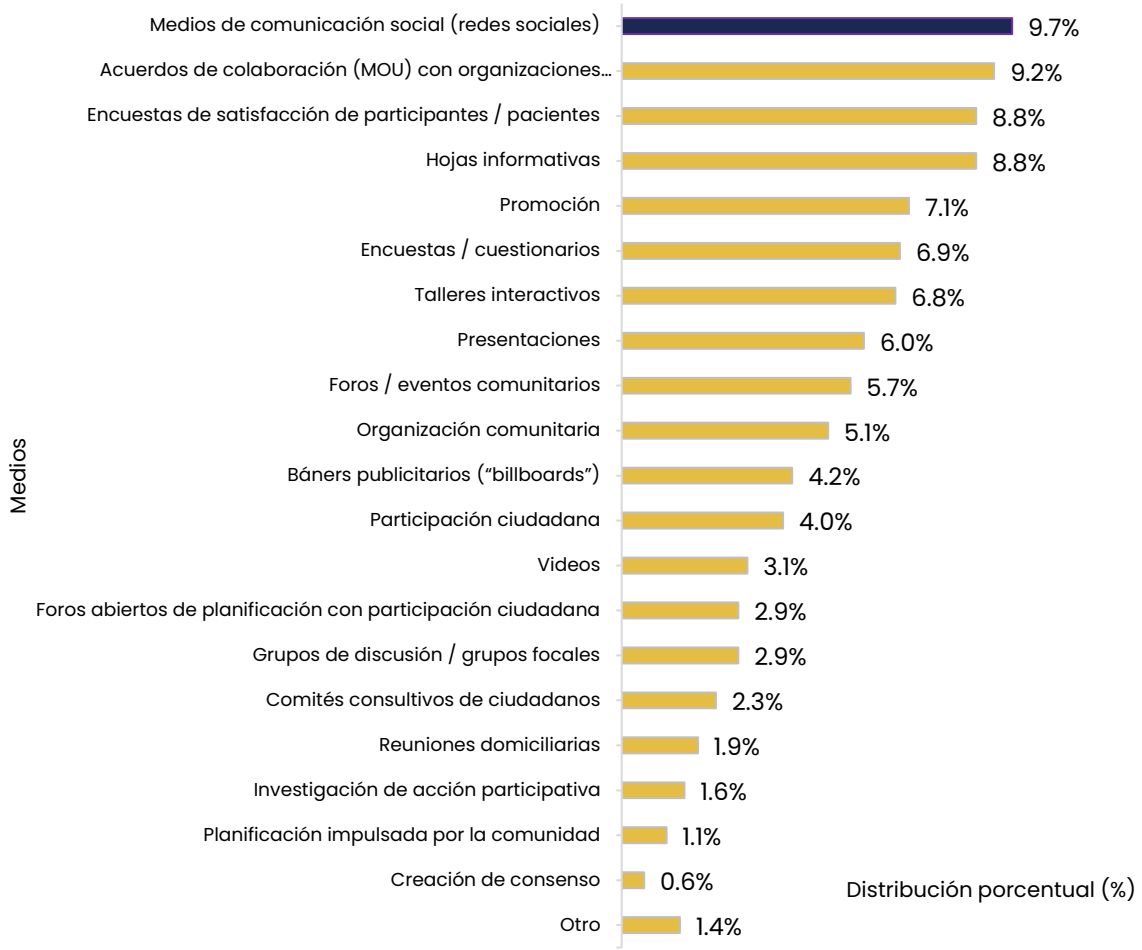
N = 520 (161 entidades respondieron una o más opciones de la pregunta)

Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

La **Figura 1.51** muestra que el **43.6%** de las entidades utiliza como medios principales de acercamiento a la comunidad los siguientes: ***medios de comunicación social (redes sociales)* (9.7%)**, ***acuerdos de colaboración (MOU) con organizaciones comunitarias* (9.2%)**, ***encuestas de satisfacción de participantes / pacientes* (8.8%)**, ***hojas informativas* (8.8%)**, **y *promoción* (7.1%).** Por otro lado, el **5.1%** de las entidades utiliza menos como medios de acercamiento a la comunidad los siguientes: ***creación de consenso* (0.6%)**, ***planificación impulsada por la comunidad* (1.1%)**, ***investigación de acción participativa* (1.6%)**, **y *reuniones domiciliarias* (1.9%).**

Figura 1.51

Distribución porcentual de los medios de acercamiento utilizados por las entidades participantes con la comunidad



N = 900 (156 entidades respondieron una o más opciones de la pregunta)

Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

Política pública en salud y comunicaciones

En esta subsección se incluyeron premisas relacionadas los esfuerzos sobre desarrollo e implementación de política pública en salud con impacto/injerencia a través del sistema. De igual manera, se abordaron las dinámicas de comunicación principales que utilizan las entidades colaboradoras.

La **Figura 1.52** muestra que el **22.8%** de las entidades indica que ***al momento no se involucra directamente en asuntos de política pública***; mientras que el **26.0%** de las entidades afirma que realiza esfuerzos de política pública como ***educar a quienes toman decisiones y responder sus preguntas o dudas* (14.8%),** así como ***desarrollar las capacidades de individuos y comunidades para adelantar cambios en políticas* (11.3%).** Por otro lado, el **9.3%** de las entidades realiza en menor grado los siguientes esfuerzos de política pública: ***contribuir a campañas políticas o comités de acción política* (1.3%), *educar al votante y promover el derecho al voto* (3.2%),** y ***utilizar relaciones interpersonales para acceder a los formuladores de políticas públicas y toman decisiones* (4.8%).**

Figura 1.52

Distribución porcentual de los esfuerzos de política pública que realizan las entidades participantes

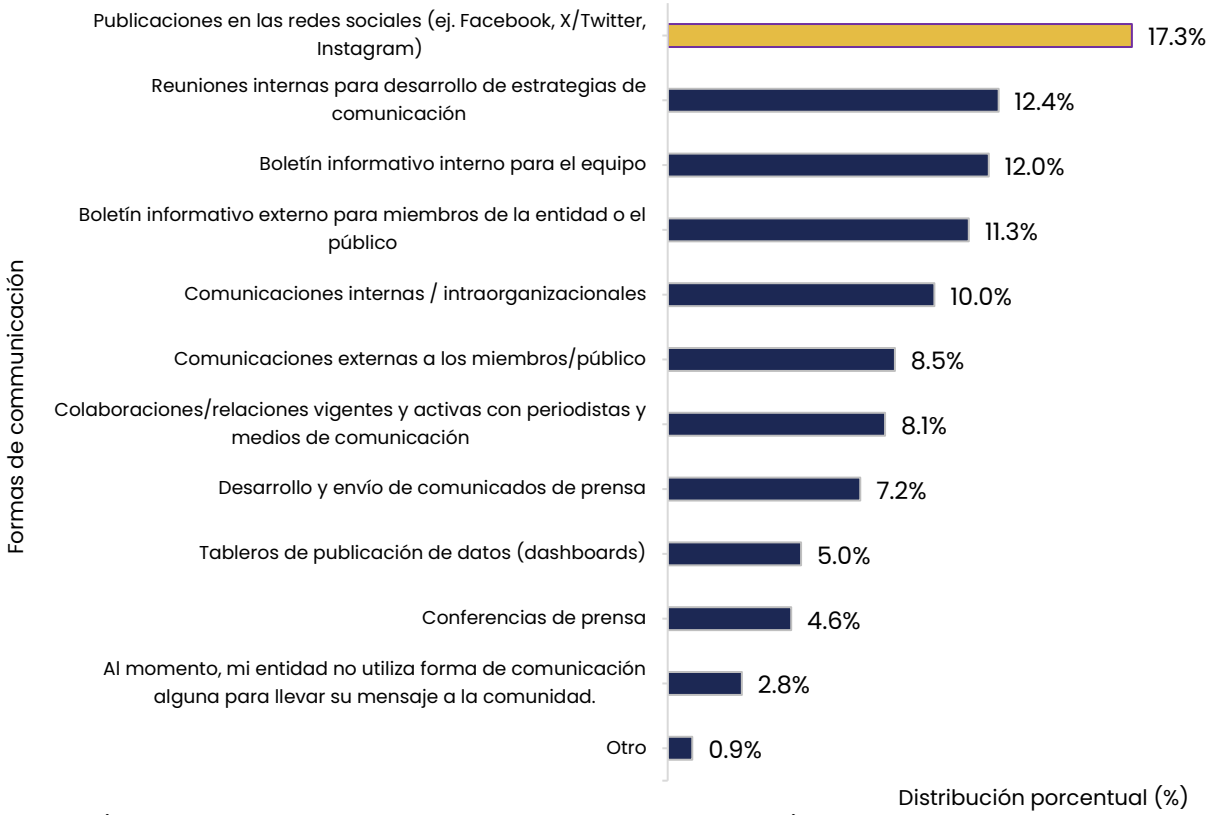


N = 311 (145 entidades respondieron una o más opciones de la pregunta)
Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

La **Figura 1.53** muestra que el **41.7%** de las entidades utiliza las siguientes formas de comunicación para llevar la información a la comunidad: ***publicaciones en las redes sociales*** (**17.3%**), ***reuniones internas para desarrollo de estrategias de comunicación*** (**12.4%**), y uso de ***boletín informativo interno para el equipo*** (**12.0%**). Por otro lado, el **2.8%** de las entidades indica que, ***al momento, no utiliza forma de comunicación alguna para llevar su mensaje a la comunidad***; mientras que el **9.6%** de las entidades utiliza menos las siguientes formas de comunicación para llevar la información a la comunidad: ***conferencias de prensa*** (**4.6%**), y ***tableros de publicación de datos (dashboards)*** (**5.0%**).

Figura 1.53

Distribución porcentual de las formas de comunicación utilizadas por las entidades participantes para llevar la información a la comunidad



N = 542 (155 entidades respondieron una o más opciones de la pregunta)

Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

Fase 6: explorar sugerencias y posibles colaboraciones

En esta sección se buscó recabar comentarios o sugerencias adicionales relacionadas con las temáticas tratadas en esta evaluación, así como posibles colaboraciones en actividades futuras.

Como sugerencias, los participantes señalaron diversos aspectos que consideraban necesarios de integrar. Entre las prioridades identificadas se incluyeron el acceso equitativo a los servicios, la atención a poblaciones vulnerabilizadas, la mejora en la disponibilidad y el uso de datos, la revisión del rol de las aseguradoras, la sostenibilidad financiera, la colaboración con organizaciones comunitarias y otros elementos relacionados con la estructura general del sistema. A continuación, se describen los tipos de temas que los participantes consideran necesario atender:

- **Acceso equitativo a servicios de salud:** Formular iniciativas para reducir desigualdades y asegurar que todas las personas puedan recibir servicios esenciales sin barreras geográficas, económicas o administrativas. Esto incluye a personas con discapacidades, enfermedades terminales y otros grupos en riesgo.
- **Cuidado y atención de adultos mayores:** Ampliar y mejorar los servicios dirigidos a esta población ante el envejecimiento demográfico, incluyendo apoyo en el hogar, servicios de salud y programas de acompañamiento
- **Mejor uso y disponibilidad de datos:** Fortalecer la recopilación, integración, disponibilidad y análisis de datos para apoyar decisiones informadas, mejorar la planificación y aumentar la transparencia.
- **Rol de las aseguradoras:** Revisar y clarificar la función de las aseguradoras dentro del sistema, incluyendo su responsabilidad en la cobertura, coordinación y calidad de los servicios.

- **Fuentes de financiamiento y sostenibilidad del sistema:** Identificar mecanismos de financiamiento más estables y equitativos que permitan la continuidad y expansión de los servicios. También se propone revisar normativas para facilitar la innovación, reducir cargas administrativas y permitir respuestas más ágiles a las necesidades de la población.
- **Colaboración con organizaciones comunitarias:** Establecer colaboraciones con organizaciones comunitarias que funjan como actores clave en la prestación de servicios y el apoyo directo a la población

Comentarios finales

Durante la última parte de la encuesta, los participantes tuvieron la oportunidad de presentar comentarios o sugerencias sobre su experiencia. Entre las respuestas, varias personas expresaron agradecimientos por el espacio de participación y expresión. Asimismo, se ofrecieron recomendaciones para mejorar el sistema de salud y el uso del cuestionario. También se presentaron recomendaciones relacionadas con el cuestionario como instrumento. Entre ellas, se señaló el tamaño y tiempo que toma completarlo. Se sugirió incluir una barra de progreso y se enfatizó la importancia de que los resultados se utilicen para acciones concretas y no queden únicamente como un ejercicio administrativo.

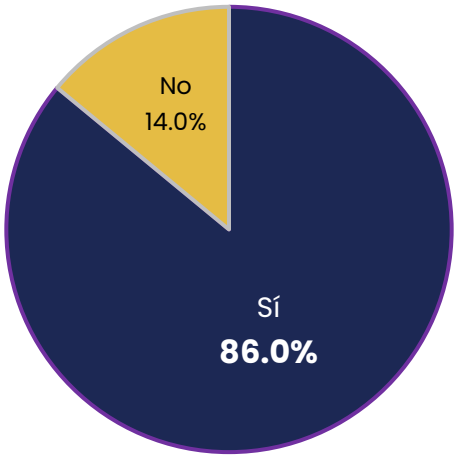
Adicionalmente se identificaron sugerencias donde se incluyeron fortalecer la infraestructura y el acceso a servicios de rehabilitación, especialmente en áreas rurales, así como mejorar la capacitación y retención de profesionales de salud. También se propuso impulsar políticas públicas que garanticen un acceso equitativo, reduzcan la burocracia y mejoren los procesos de fiscalización. Además, se destacó la importancia de establecer iniciativas de prevención de condiciones crónicas

mediante educación, detección temprana y colaboración con organizaciones comunitarias y el sector privado. Por otra parte, se presentó la necesidad de mejorar los servicios dirigidos a poblaciones vulnerabilizadas, como el acceso a PrEP y PEP, la atención a adultos mayores y a personas con discapacidad. Finalmente, se mencionaron los beneficios de fortalecer colaboraciones entre el gobierno, el sector privado y organizaciones sin fines de lucro para ampliar la capacidad del sistema de salud.

> "En la unión está la fuerza. Estamos más que preparados para formar parte de una colaboración que atienda todas las necesidades de nuestro pueblo."

La **Figura 1.54** muestra que el **86.0%** (141) de las entidades desean ser consideradas para participar de las conversaciones regionales a llevarse a cabo en una fecha por determinar entre agosto y septiembre 2024.

Figura 1.54
Distribución porcentual de las entidades que desean ser consideradas para participar de esta actividad (conversaciones regionales) a llevarse a cabo en una fecha por determinar entre agosto y septiembre 2024



N = 164
Fuente: Encuesta a la Comunidad - Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

Limitaciones

Durante las conversaciones regionales se identificaron varios desafíos que afectaron la recopilación y análisis de información. Entre ellos destaca la baja tasa de respuesta, lo que limita la representatividad y dificulta obtener un panorama claro de las necesidades y realidades de cada región. Además, se evidenció la ausencia de un registro unificado y actualizado de entidades relacionadas con la salud, clasificado por sector y región, ya que la información permanece dispersa y sin una fuente centralizada. En adición, se presentaron restricciones en *Microsoft Forms* que impidió añadir preguntas adicionales necesarias para fortalecer el cuestionario y profundizar en temas relevantes para los equipos regionales.

Áreas de oportunidad y recomendaciones

- Implementar un mecanismo de seguimiento más robusto y sistemático que contribuya a aumentar la tasa de respuesta.
- Diseñar e implementar estrategias que fortalezcan la colaboración y el compromiso de las entidades de salud.
- Migrar a una plataforma con mayor capacidad y flexibilidad, que permita incorporar preguntas adicionales según las necesidades del cuestionario.

Conclusión

Los resultados sobre la encuesta a la comunidad aquí presentados revelan un panorama complejo que combina fortalezas significativas con desafíos estructurales profundos dentro del sistema de salud y las comunidades a las que sirve. Los hallazgos evidencian que, aunque existe una amplia red de organizaciones

comprometidas con el bienestar de la población, las capacidades actuales no alcanzan para responder plenamente a las crecientes necesidades sociales, demográficas y sanitarias del país.

En términos generales, las entidades describen el estado de salud de Puerto Rico como **regular o poco saludable**, destacando una carga considerable de condiciones de salud mental y carencia de acceso a servicios de salud, con principal preocupación sobre el envejecimiento poblacional y abuso de sustancias. Esto marcado por un impacto de determinantes sociales como la pobreza, el desempleo, la inflación y las desigualdades. De igual manera, la elevada prevalencia de comportamientos de riesgo como altos niveles de inactividad física y pobres hábitos alimenticios reflejan retos persistentes que requieren intervenciones sostenidas y coordinadas.

A nivel comunitario, se identifican fortalezas esenciales: el acceso a atención médica, la presencia de servicios dirigidos a adultos mayores y la disponibilidad de recursos educativos. Sin embargo, estas fortalezas coexisten con preocupaciones críticas como el deterioro de la salud mental, el envejecimiento poblacional y las barreras de acceso a servicios de salud, especialmente en poblaciones vulnerabilizadas. La comunidad, en su diversidad, es vista como un espacio con potencial para la colaboración, el apoyo mutuo y la construcción colectiva de soluciones, aunque aún enfrenta limitaciones económicas, sociales y ambientales que restringen su bienestar pleno.

El sistema de salud, por su parte, es percibido como fragmentado y debilitado, con una notable escasez de profesionales, altos niveles de burocracia, insuficiente integración de servicios y limitaciones fiscales estructurales. Aunque las entidades reconocen esfuerzos en vigilancia epidemiológica, recopilación de datos y

programas para diversos grupos poblacionales, también señalan brechas importantes en áreas como la implementación de política pública, la equidad en salud, la atención especializada y la capacidad del sistema para responder de manera ágil ante emergencias o necesidades emergentes.

El análisis de los determinantes sociales subraya que factores económicos —como los ingresos, salarios bajos e inflación— son los que más impactan la salud comunitaria, seguidos por elementos conductuales y el acceso a servicios de salud. Esta interacción entre condiciones socioeconómicas adversas y limitaciones estructurales del sistema de salud profundiza las disparidades entre regiones y poblaciones, afectando de forma particular a personas con discapacidades, adultos mayores, familias en pobreza y personas sin hogar.

A pesar de estos retos, el esfuerzo identifica un importante potencial transformador. Las entidades reconocen la necesidad de fortalecer la prevención, mejorar la coordinación intersectorial, expandir servicios de salud mental, modernizar la infraestructura, agilizar los procesos administrativos y promover iniciativas centradas en equidad. La amplia disposición de las organizaciones para participar en procesos colaborativos —reflejada en que el 86% desea integrarse a futuras conversaciones regionales— apunta hacia una oportunidad real de movilización colectiva y planificación efectiva.

En síntesis, el documento confirma que Puerto Rico cuenta con un ecosistema de salud resiliente, diverso y comprometido, pero enfrenta un escenario de alta vulnerabilidad que requiere acciones estratégicas, multisectoriales y sostenibles. La salud pública del país dependerá, en gran medida, de la capacidad del sistema para integrar datos, fortalecer la fuerza laboral, reducir desigualdades, mejorar el acceso y promover entornos que faciliten el bienestar integral. Esta evaluación constituye un

punto de partida imprescindible para trazar una hoja de ruta que permita avanzar hacia un sistema más equitativo, accesible, preventivo y centrado en las necesidades reales de todas las comunidades.



SECCIÓN 2: CONVERSACIONES REGIONALES

Introducción

La Evaluación del Estado de la Salud constituye un proceso esencial para comprender de manera integral las necesidades, fortalezas y prioridades de una población. En este marco, el Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR) incorporó un componente cualitativo y participativo, enfocado en recoger el insumo de representantes comunitarios, entidades colaboradoras y organizaciones vinculadas, directa o indirectamente, al sistema de salud. Este esfuerzo reconoce que la salud de una comunidad no depende únicamente de la disponibilidad de servicios sanitarios, sino también de determinantes sociales, condiciones del entorno, recursos locales, dinámicas y capacidades comunitarias que influyen en el bienestar colectivo.

La presente iniciativa aporta una perspectiva particularmente valiosa para evaluar la salud de la comunidad debido a su contribución a explorar experiencias, percepciones, barreras y oportunidades que no siempre son visibles mediante indicadores cuantitativos tradicionales. Por ello, incorporar la voz de líderes comunitarios, organizaciones y otros actores clave fortalece la comprensión de los problemas de salud pública y mejora la pertinencia de las respuestas institucionales. En este contexto, las Conversaciones Regionales permitieron complementar los hallazgos cuantitativos con evidencia contextual sobre las realidades vividas por las comunidades, facilitando la identificación de desigualdades persistentes, causas estructurales y oportunidades de intervención basadas en la realidad local.

Este componente se alinea con los principios de la metodología Movilización para la Acción a través de la Planificación y Colaboración (*Mobilizing for Action through Planning and Partnerships,* MAPP). Esta promueve la planificación salubrista basada en participación comunitaria, colaboración intersectorial, identificación de activos y análisis de necesidades desde una perspectiva de equidad. Por medio de este proceso, se generó una radiografía de los indicadores sobresalientes para la

salud pública de Puerto Rico, integrando tanto datos cuantitativos como cualitativos para enriquecer la interpretación de prioridades, necesidades y capacidades del sistema de salud.

Las Conversaciones Regionales constituyeron un espacio de diálogo estructurado para identificar fortalezas comunitarias, condiciones del entorno construido, fuerzas de cambio, poblaciones particularmente afectadas y oportunidades de acción multisectorial. El ejercicio se organizó para recabar información sobre tres dominios principales:

- Dominio 1, enfocado en las fortalezas y cualidades de la comunidad;
- Dominio 2, dirigido a explorar aspectos del entorno construido que impactan la salud; y
- Dominio 3, centrado en las fuerzas de cambio, incluyendo eventos, factores y tendencias que inciden positiva o negativamente en la salud comunitaria.

Los materiales utilizados definieron conceptos clave como comunidad, inequidades en salud, entorno, equidad en salud, tendencias, factores y eventos, lo que permitió orientar las discusiones hacia una comprensión amplia de los determinantes sociales, estructurales y ambientales de la salud. Para representar el sentir de las islas municipios de Culebra y Vieques, estas se consideraron de manera independiente y los municipios enmarcados dentro de la Región de Salud Fajardo fueron agrupados en la Región de Salud Metropolitana (Metro-Fajardo).

Esta sección se compone de dos grandes áreas: hallazgos cualitativos generales y comparaciones de ejes temáticos por lugar geográfico. Los hallazgos generales reflejan que las comunidades y entidades participantes identificaron activos importantes, tales como acceso a servicios, colaboración intersectorial, compromiso organizacional, personal capacitado, liderazgo y organización

comunitaria. A su vez, señalaron barreras significativas relacionadas con la transportación, infraestructura física, continuidad de servicios, vivienda, seguridad alimentaria, salud mental, envejecimiento poblacional, brecha tecnológica, fuga de profesionales y efectos acumulativos de desastres naturales y emergencias de salud pública.

En cuanto al análisis comparativo por región de salud y por los municipios de Culebra y Vieques, permitió identificar temas frecuentes y convergentes. Este componente regional aportó una mirada más específica sobre cómo las prioridades comunitarias varían según el contexto geográfico, social e infraestructural, destacando elementos como el acceso a servicios, la organización comunitaria, la infraestructura de servicios esenciales, la infraestructura de salud, la educación, la promoción de la salud, las barreras físicas y la necesidad de espacios saludables y seguros. Cabe mencionar que las comparaciones o hallazgos no necesariamente son representativos de las regiones geográficas dada la metodología de recopilación de información utilizada. Sin embargo, resulta un indicador relevante para resaltar ejes temáticos sobresalientes.

En conjunto, este componente cualitativo del SHA contribuye a orientar la priorización de problemas, el diseño de planes de mejora en salud, la asignación de recursos y el fortalecimiento de las alianzas entre instituciones y comunidades. Asimismo, permite reconocer los activos y capacidades comunitarias como elementos fundamentales para desarrollar estrategias más sostenibles, participativas y equitativas, y para construir políticas públicas más sensibles al contexto y alineadas con las necesidades reales de la población.

Metodología

La realización de las Conversaciones Regionales emerge como elemento homólogo a lo que la metodología Mobilizing for Action through Planning and Partnerships (MAPP 2.0) de la National Association of County and City Health Officials (NACCHO) denomina como el Community Context Assessment. Para llevar a cabo las Conversaciones Regionales estuvo diseñada como un proceso participativo centrado en las experiencias y conocimientos vividos de las comunidades. Su propósito principal fue recopilar insumos cualitativos que permitieran comprender el contexto, las fortalezas, los retos y las prioridades de salud en cada región. Este enfoque garantizó que las voces comunitarias fueran el eje del análisis para la Evaluación del Estado de la Salud de Puerto Rico 2024.

Preparación y logística

Previo a cada encuentro, se coordinaron los espacios, se distribuyeron las hojas de trabajo por dominio temático y se asignaron los roles de facilitación y transcripción. Se ofreció una breve orientación sobre los objetivos del proceso, la forma en que se utilizaría la información y la importancia de mantener un diálogo respetuoso y abierto. Esta fase aseguró un ambiente seguro, inclusivo y culturalmente sensible para todas las personas participantes.

Apertura y contextualización

La sesión inició con la presentación del equipo de trabajo, la explicación del propósito de las conversaciones y el repaso de las normas de convivencia. Se aclaró que el objetivo de la actividad era recoger experiencias, percepciones y saberes

comunitarios, más allá de validar conocimientos técnicos. Este espacio inicial fomentó la confianza, el sentido de colaboración y la participación activa.

Desarrollo de los dominios temáticos

La conversación se organizó en tres actividades, cada una dedicada a un dominio temático previamente definido. La persona facilitadora guio la discusión a través de preguntas abiertas y de sondeo, tales como "¿Puede darnos un ejemplo?" o "¿Hay algo más que deseen añadir?". Estas preguntas permitieron profundizar en experiencias, identificar patrones y destacar recursos comunitarios. Simultáneamente, la persona transcriptora documentó las aportaciones con precisión, asegurando que se preservaran los matices y la diversidad de perspectivas.

Dinámica participativa y manejo del diálogo

Durante el proceso, la persona facilitadora promovió la participación equilibrada, mantuvo un ambiente armonioso y evitó juicios. Se fomentó el respeto por las diferencias y la construcción colectiva del conocimiento. En caso de surgir tensiones, se intervino de manera cuidadosa, manteniendo como prioridad el objetivo común y el clima colaborativo. La metodología priorizó la escucha activa, la apertura y el reconocimiento del valor comunitario.

Cierre y validación de aportaciones

Una vez completadas las tres actividades, la persona facilitadora resumió las ideas principales discutidas en la mesa para confirmar que habían sido comprendidas y registradas correctamente. Se agradeció la participación y se explicaron los próximos

pasos, incluyendo cómo y cuándo se compartirían los resultados. Esta fase reforzó la transparencia del proceso y reconoció la importancia del insumo comunitario.

Integración y análisis de resultados

Luego de los encuentros, las transcripciones se compilaron y se sometieron a análisis cualitativo para identificar temas emergentes, necesidades, fortalezas, dinámicas culturales y prioridades regionales. Estos hallazgos alimentaron la Evaluación del Estado de la Salud desde un enfoque de equidad, justicia social y participación comunitaria.

Dominio 1: Fortalezas y cualidades de la comunidad

1 ¿Cuáles son las tres principales fortalezas que identifica en la comunidad en la cual se desenvuelve su entidad?

A partir del análisis de las respuestas, se identificaron las siguientes fortalezas: **accesibilidad de los servicios, capacidad de colaboración, compromiso organizacional, personal capacitado, y organización comunitaria.**

En el tema sobre la **accesibilidad de los servicios**, se percibe la fortaleza como una en la que los servicios esenciales están disponibles, particularmente enfocados en las áreas de salud, educación, apoyo social, y acompañamiento. Estos servicios se estructuran bajo una red diversa y activa de recursos tanto gubernamentales, privados como sin fines de lucro, todos los cuales facilitan el acceso a servicios para distintas poblaciones, incluyendo adultos mayores, personas con condiciones crónicas, jóvenes, cuidadores, pacientes terminales, personas con impedimentos y participantes de programas de rehabilitación. Sobre esta fortaleza se destacaron las siguientes respuestas:

- *"ASES como agencia tiene un servicio que integra los servicios de farmacia al grupo Ryan White (población HIV y SIDA), otros grupos de la comunidad (que no recuerdo los nombres) para brindar servicios que atienden la necesidad de medicamentos. Con nuestros fondos recibidos se atienden la necesidad de medicamentos especializados de población diabética."*
- *"'Cubrir la necesidad de un cuidado a envejecientes que no pueden realizar sus tareas diarias ya sea por condiciones de salud o edad con el programa de cuidad al hogar."*

Otra de las fortalezas que se determinó fue la **capacidad de colaborar con otras entidades públicas o privadas y comunidades**. En las comunidades donde operan estas entidades, está presente la habilidad de crear esfuerzos en conjunto, sustentada en una red activa de organizaciones de base comunitaria, agencias gubernamentales, instituciones educativas y grupos para atender las necesidades de la población. Estas colaboraciones se construyen a partir de coaliciones de salud, la cooperación entre entidades para atender las necesidades de la población y la integración de los pacientes en el caso de los hospitales y clínicas. En este sentido, se destacan las siguientes contestaciones:

- "*Existe una red robusta de organizaciones de base comunitaria que permite la posibilidad de creación de fuerzas unidades de impacto. La diversidad de especializaciones de las organizaciones y agencias permite la diversificación de servicios provistos dentro de nuestra región*"
- "Unidad comunitaria: cuando hay necesidad la comunidad se une como familia."
- "La comunidad de pacientes de fallo renal se une para lograr una sana convivencia y conectar con los recursos comunitarios disponibles"

Tener **compromiso con las personas que acompañan** fue otra de las fortalezas reseñadas. Este compromiso se manifiesta a través de la empatía y solidaridad que los profesionales demuestran en su trato hacia la población. Esto se ve reflejado, en la prestación de los servicios, el personal capacitado que labora desde el compromiso con las poblaciones y la identificación de las necesidades reales de las poblaciones que atienden. Según las contestaciones, el compromiso se manifiesta por medio de:

- *"Compromiso para trabajar en las comunidades en temas de educación, salud; Voluntario dedicado a ayudar en los temas de salud, psicología, cáncer."*
- "Desarrollar empatía en la prestación de un buen servicio para automotivación."

La siguiente fortaleza identificada fue el **personal capacitado** para atender a las poblaciones. El tener proveedores de servicios con preparación académica, experiencia profesional, cualidades humanas esenciales y competencias permite un acompañamiento adecuado. Este personal no solo tiene el conocimiento, sino también tiene competencias tales como el manejo de casos, brindar orientación adecuada y apoyo para promover la autonomía. La fortaleza de tener personal capacitado se refleja en las siguientes respuestas:

- *"Personal cualificado a nivel administrativo, enfermería y médico."*
- *"Todos los profesionales de la salud se encuentran capacitados para manejar cualquier crisis médico o social de cualquier individuo."*

Por último, se determinó el tema sobre **la capacidad organizativa de las comunidades y entidades** como una fortaleza. Esta fortaleza se refleja en la habilidad de coordinar recursos con el fin de coordinar estrategias en conjunto donde se refleja en las redes de apoyo, autogestión y sentido de pertenencia. De los elementos sobresalientes se destaca la conformación de redes de apoyo, residencia y la autogestión de las comunidades, y el fuerte sentido de pertenencia. Esta fortaleza se refleja en los siguientes comentarios:

- *"Autogestión comunitaria: corren la voz de los servicios y ayudan a su comunidad a recibir los servicios."*
- "Responsabilidad ciudadana al compartir su conocimiento y recursos con otros."
- "Resiliencia volver a Vieques autosuficiente ante el desastre."

2. ¿Cómo estas fortalezas contribuyen a obtener un mejor estado de la salud comunitaria?

Las personas entrevistadas describieron las maneras en que estas fortalezas contribuyen a mejorar la salud en sus comunidades. Entre las principales aportaciones identificadas se encuentran las siguientes: **acceso y alcance de los servicios**, promover la **alfabetización en salud**, **brindar calidad y seguridad en la atención**, **desarrollo de capacidades**, realizar **evaluación e identificar las necesidades**, **desarrollo de la organización y colaboración comunitaria,** y **promover el bienestar de las comunidades**.

Una de las principales contribuciones de las fortalezas para mejorar el estado de la salud es que las poblaciones puedan tener **acceso y alcance en los servicios**. La presencia de servicios accesibles, programas preventivos, recursos tecnológicos, y personal disponible crea un entorno donde las personas pueden recibir atención inmediata. Esto reduce complicaciones, evita hospitalizaciones innecesarias y fortalece la capacidad de respuesta comunitaria. Este acceso a los servicios se identifica por medio de las siguientes respuestas:

- "Disponibilidad de servicios hospitalarios proveen acceso a atención médica para atender las distintas necesidades de salud Los planes médicos ayudan a que las comunidades tengan acceso a la salud."

- 'Las fortalezas de coalición de coaliciones se basan en un servicio directo y salubrista para intentar mitigar el problema de crisis por opioides y personas sin hogar."
- "Cortamos con la burocracia del sistema para evitar que los ciudadanos mueran esperando por respuestas y recursos.

Otra de las contribuciones identificadas es la promoción de la **alfabetización en salud.** La alfabetización en salud se entiende como la capacidad de una comunidad para acceder, comprender y utilizar información relacionada con su bienestar, de manera que pueda tomar decisiones informadas, prevenir enfermedades y orientarse dentro de un sistema de salud complejo. Las personas describen una comunidad la que es educada en términos de salud y prevención y que a su vez exista un compromiso con su salud. Las respuestas evidencian que la comunidad no solo se informa, sino que participa, expresa sus necesidades, reconoce dónde buscar ayuda y toma decisiones basadas en conocimiento científico. Dentro de las verbalizaciones expresadas, destacan las siguientes contestaciones:

- "Una comunidad educada en términos de salud y prevención, y una comunidad comprometida con su salud y la de su comunidad".
- "Conocen como buscar sus servicios dentro de los planes para obtener su mayor beneficio; Navegar X el sistema (complejo) con asistencia"
- "Pueden aprender de la educación y campañas de medios educativos."

El brindar **calidad en la atención** de las poblaciones se presenta como una de las principales contribuciones de las fortalezas mencionadas. Las respuestas recopiladas reflejan de manera consistente que los servicios se presten desde valores humanos fundamentales, tales como la empatía, el respeto, el trato digno y la

sensibilidad hacia las necesidades de los participantes. Estos valores son percibidos como elementos centrales para generar confianza en la comunidad. Dentro de las verbalizaciones expresadas se destacan las siguientes:

- *"Al ser sensible a las necesidades de otros permite comprender las vivencias de esa persona y actualizar las técnicas de consejería y recursos para educar, orientar y coordinar los servicios que requieren para mejorar su bienestar, basado en la evidencia."*
- *"Se atienden familias con necesidades por lo que el personal debe tener compromiso empatía, amor, responsabilidad hasta sentido de pertenencia para cumplir con los servicios que se ofrecen"*

El **fortalecimiento de los derechos y de la justicia social** es otra de las contribuciones. Este fortalecimiento se percibe como capacidad de organizarse, defender derechos y transformar condiciones sociales que influyen directamente en la salud. Esta fortaleza se manifiesta en múltiples dimensiones que, en conjunto, contribuyen a mejorar el estado de salud comunitaria. Dentro de las verbalizaciones expresadas, destacan las siguientes contestaciones:

- *" Personas vulnerables conozcan sus derechos."*
- *"Defender lo que por derecho les toca (unión) (salud buena)"*
- *"Abatir las desigualdades en salud"*

La siguiente contribución de las fortalezas antes mencionadas es el **desarrollo de capacidades** de los profesionales y personas de las comunidades. Estas capacidades se identifican como un proceso de desarrollo de capacidades para

mejorar los servicios, la adherencia a tratamientos y la creación de entornos más saludables. Dentro de las verbalizaciones expresadas, destacan las siguientes:

- *"Entrenamientos profesionales de la salud de alta calidad garantiza disponibilidad de dichos profesionales. Investigación para reducir disparidades en salud"*
- *"Automotivación en el que hacer sus tareas de vida independiente."*

Las respuestas también muestran que la capacidad de **evaluar e identificar necesidades** dentro de la comunidad es otra fortaleza esencial para mejorar la salud colectiva. Esta fortaleza contribuye a que los proveedores de servicios puedan identificar las necesidades físicas, emocionales y espirituales que permiten crear un plan de cuidado más completo y ajustado a la realidad de cada persona. Por otro lado, el rol de profesionales especializados, como nutricionistas, trabajo social, enfermería y otro personal de cuidado directo, se convierte en un componente esencial para la identificación de estas necesidades. Dentro de las verbalizaciones expresadas, destacan las siguientes contestaciones:

- *"Que las personas puedan tener al mes una evaluación anual médica; Identificación de condiciones a tiempo."*
- *"Conocer las necesidades de la población a través de las estadísticas colaboradora en solicitud de fondos para ampliar servicios." Identificación de condiciones a tiempo."*
- *"Podemos tener certeza de las necesidades reales y se agilizan los procesos."*

Otra de las contribuciones de las fortalezas es la **organización y colaboración comunitaria**. Estas acciones permiten unir esfuerzos, establecer alianzas y desarrollar

planes de trabajo colectivos que atienden de manera más completa las necesidades de los distintos grupos poblacionales. Las colaboraciones entre organizaciones comunitarias también permiten un trabajo integrado y atender sus necesidades. Dentro de las respuestas se destacó la siguiente contestación:

- "*Gracias a estas fortalezas permiten la creación de colaboraciones y posibles planes de trabajo colectivos que permitan alcanzar las necesidades de las poblaciones a un nivel completo*".

Por último, **promover el bienestar** de las comunidades es una de las contribuciones de las fortalezas mencionadas. Un elemento central que se repite es que esto contribuye a fomentar el apoyo social, emocional y económico, en el cual facilita a que las personas cuenten con alimentos, seguridad, acompañamiento y orientación. Dentro de las respuestas se destacaron las siguientes:

- "*Las personas se sienten bien porque los escuchan, porque tenemos iniciativa del problema, de la necesidad que tienen.*"
- "*Estas fortalezas contribuyen al bienestar colectivo de nuestra comunidad*. "

3.1 ¿Identifica alguna fortaleza/cualidad que contribuya de manera práctica a reducir las inequidades y mejorar el estado de salud en grupos vulnerados presentes en su comunidad?

(Algunos de estos grupos pueden ser: personas con discapacidad, adultos mayores, población infanto-juvenil; población bajo el nivel de pobreza; población LGBTQIA+; minorías étnicas o raciales; entre otros).

Al preguntar a las personas si identificaban alguna fortaleza o cualidad que contribuye, de manera particular, a reducir las inequidades y mejorar el estado de las poblaciones en su comunidad, señalaron que estas son: **brindar accesos a los servicios**, **promover la organización comunitaria**, **desarrollo de colaboraciones**, **promoción de la salud, trato digno en la atención** y la **capacidad de las instituciones a desarrollarse**.

El **brindar acceso a los servicios**, es una de las fortalezas que favorece la salud de sus comunidades. Para propósitos prácticos, el acceso se identifica como la disponibilidad y el acompañamiento de los servicios. En este sentido, la presencia de servicios especializados, organizaciones con trayectoria y profesionales capacitados aparece como un elemento que otorga confianza y facilita que poblaciones diversas no queden rezagadas. Además, el acceso no solo es la disponibilidad, sino también acercarse físicamente a las comunidades atendiendo las necesidades, brindar información, seguimiento a situaciones específicas de salud. Algunas de las respuestas que se destacaron:

- *"En nuestra región contamos con servicios especializados y organizaciones con años de experiencia que crea una red altamente diversa y prepara para trabajar con poblaciones diversas."*
- *"Otra de las respuestas que se identificaron indica: "Acceso directo a servicios de salud primario con enfoque preventivo para el manejo de condiciones de salud crónica, salud mental y problemas sociales."*

Por otro lado, la presencia de una **organización comunitaria** contribuye también a mejorar el estado de la salud. Esta organización comunitaria se traduce en acciones, participación y liderazgo en las comunidades que contribuyen al bienestar colectivo. En este proceso, la figura del líder comunitario funge como persona clave dentro de la comunidad, facilitando la organización de las comunidades y a su vez, siendo intermediaria entre las entidades, organizaciones y comunidades. Asimismo, la colaboración y la participación de las personas dentro de la comunidad son fundamentales en estos procesos. Comentarios que se destacaron en este tema son:

- "*Lideres comunitarios son clave como primeros respondedores conocen la comunidad, conocen problemas y pueden dar soluciones su trabajo es voluntario y debería de ser más reconocido*."
- *"La colaboración es una de las cualidades que el flujo efectivo de trabajo ayuda a que la identificación de sectores sea más fácil y ágil. La colaboración de los diferentes comunidades y sectores es vital."*

El **desarrollo de colaboraciones** es otra de las fortalezas mencionadas. Estas colaboraciones son acciones dirigidas a crear y fortalecer alianzas entre organizaciones, comunidades y recursos locales. Las respuestas de los participantes reflejan una práctica colaborativa arraigada en la solidaridad vecinal. Una de las respuestas que describe esta colaboración vecinal destaca lo siguiente:

- "*La fortaleza que ayuda a reducir las inequidades es que nuestros vecinos se procuran entre sí y buscan alternativas viables para mantener el bienestar ya sea evitar que alguno de ellos se*

acueste sin no comer, o por falta de dinero no pueden comprar sus medicinas, entre otros".

Otra instancia en la que se desarrollan estas colaboraciones se da por medio de la identificación de entidades de servicio para atender necesidades que una sola organización no puede cubrir. Una de las respuestas que describe cómo se lleva a cabo este proceso es la siguiente:

- *"Identificación de otras entidades de servicios; que pueden apoyar en sus diferentes necesidades."*

La **promoción de la salud** resultó ser otra fortaleza. La promoción de la salud se articula en acciones educativas y preventivas para reducir riesgos y mejorar hábitos. Estas acciones no se limitan únicamente a brindar información, sino que constituyen un proceso integral que combina educación, prevención, apoyo emocional y acompañamiento social. Uno de los temas más recurrentes es el trabajo con la salud física y mental de los adultos mayores, quienes atraviesan situaciones críticas de pobreza, hambre, ansiedad y condiciones crónicas de salud. Una de las respuestas que describió estas acciones preventivas con los adultos mayores es:

- *"Nuestros adultos mayores están atravesando un momento crítico de salud mental, salud física, pobreza y hambre. Trabajar con una alimentación saludable les ayuda a trabajar con su salud física y poder brindarle la experiencia de trabajarles a nuestra entidad*".

Entre las acciones dirigidas a la promoción de la salud que se enfocan en los mecanismos para la prevención y la educación se pudo identificar en los siguientes temas:

- *"Los programas de prevención y de opioides / vivienda."*
- *"Concientizar sobre los riesgos de contagio de VIH. "*
- *"Minimizar o reducir las muertes por opioides."*
- *"Erradicar o minimizar el hogarismo."*

El tema de **trato digno en la atención** emerge como otra de las fortalezas que contribuye de manera particular a reducir las inequidades y mejorar el estado de las poblaciones en las comunidades. El trato digno son acciones que crean un ambiente que faciliten el acceso equitativo y atención respetuosa que se enfoquen en las necesidades de las poblaciones. En las respuestas de los participantes el trato hacia las poblaciones se describe como una empática. Una de las respuestas que se destaca es:

- "*Empatía porque ellos sienten que los escuchan, y que nos pongamos en su situación."*

Asimismo, acciones que fomentan el trato digno identifican el crear ambientes libres de discrimen que fomenten el respeto a la diversidad. Una de las contestaciones que evidencia este aspecto es:

- "*No se discrimina al ofrecer servicios médicos a todos los sectores o grupos vulnerables, tanto a través de la Sala de Emergencia, clínicas externas y al servicio 911."*

Por último, se identifica como fortaleza la **capacidad de las instituciones o entidades desarrollarse**. Las identidades como organización y las personas que las integran tienen la capacidad de desarrollar habilidades y competencias internas, de calidad, compromiso y adaptabilidad organizacional. La capacidad de fiscalizar fondos se identifica como elemento importante dentro de las organizaciones. A su vez, otra de las acciones que se utilizan para el desarrollo de las entidades lo son las capacitaciones constantes de los profesionales. Respuestas que describen esta capacidad son:

- *"La fiscalización de fondos públicos."*
- *"Continuo en conocimiento y adiestramiento para identificar en nosotros (como entidad) esas inequidades y adaptarnos según la comunidad que servimos."*

3.2 ¿Cómo contribuye estas fortalezas y cualidades a reducir las inequidades y mejorar el estado de salud en grupos vulnerados presentes en su comunidad?

Las personas entrevistadas indicaron varios aspectos en cómo estas fortalezas o cualidades identificadas anteriormente reducen las inequidades y mejoran el estado de la salud en sus comunidades. Entre estos aspectos se encuentran: la **creación de redes de apoyo**, el **fortalecimiento de las capacidades**, **facilitan el acceso y navegación de servicios** y el **bienestar**.

La **creación de redes de apoyo** es parte fundamental de como las fortalezas contribuyen a mejorar el estado de la salud. Las redes de apoyo son un sistema de conexión, acompañamiento y acciones colectivas que se desarrollan para atender las situaciones de salud. Estas redes se manifiestan en colaboraciones que ayudan a

que ninguna población quede rezagada. Una de las contestaciones que identifica la importancia de las colaboraciones es:

- *"Si se crean colaboraciones no hay una población que quede rezagada."*

De igual forma, un aspecto que se identificó es que el fortalecimiento de redes no solo atiende necesidades prácticas, sino también fortalece el bienestar emocional del colectivo. Una contestación que resalta esta contribución es:

- "*Como menciono anteriormente, cuando las comunidades por ende las familias que ubican en ellas tienen seguridad en la necesidad básica de tener un hogar seguro redunda en el bienestar emocional del colectivo*."

El siguiente aspecto identificado, lo fue el **fortalecimiento de las capacidades**. Estas capacidades integran elementos como empatía, empoderamiento, educación, intercambio de conocimientos y promoción de entornos inclusivos. Las siguientes respuestas sustentaron la importancia de estas capacidades:

- "*El pueblo necesita salud, llevando de la mano la empatía por los problemas crasos."*
- *"Se extiende el emprendimiento y empoderamientos de estas poblaciones vulnerables."*

Otro aspecto fue el **acceso y navegación de los servicios**. Las discusiones evidencian que la accesibilidad y la capacidad de navegar sistemas complejos de salud son elementos centrales para reducir inequidades. Una de las fortalezas más

frecuentes es la coordinación entre agencias y entidades para facilitar el acceso a servicios. Esta fortaleza se refleja en la siguiente contestación:

- *" Coordinaciones intra agenciales en la búsqueda de servicios que no ofrece la Agencia. "*

Por otra parte, llegar a donde se ubican las personas y comunidades, facilitando el acceso y navegación de los servicios fue representado por la siguiente cita:

- "*...le hacemos más accesible a ese ciudadano que por muchos motivos o razones no llega a la casa alcaldía*."

El último aspecto identificado fue que las fortalezas contribuyen al **bienestar** de las poblaciones. Estas acciones dirigidas a fomentar el bienestar en las comunidades se articulan en torno a la calidad de vida, específicamente en la población adulta mayor. Una de las contestaciones resalta esta contribución:

- *"En la población adulto mayor: le hacemos unas donaciones para sus gestiones y mejorar su calidad de vida."*

Además, este bienestar se fomenta mediante servicios que promueven entornos seguros. Evidencia al respecto se refleja a través de las siguientes respuestas:

- "*Mejoras a los hogares."*
- *"Donativos para compra de equipos necesarios."*

Dominio 2: Entorno construido

1. **¿Qué aspectos del entorno construido impactan la salud de la comunidad?**

A partir del análisis de las respuestas de los participantes, se identificaron varios aspectos que impactan la salud de la comunidad. Estos son: **la accesibilidad de los servicios, infraestructura de los servicios esenciales, infraestructura de salud, economía, envejecimiento poblacional, rol del gobierno, participación comunitaria** y **eventos atmosféricos.**

El primer aspecto que se identificó es la **accesibilidad de los servicios**. La comunidad percibe múltiples barreras relacionadas con el entorno construido que afectan directamente su salud y su capacidad para acceder a servicios esenciales. Esta accesibilidad, es impactada mayormente por dos dimensiones: las **distancias geográficas** y **las infraestructuras físicas.** La ubicación de los servicios y la falta de transportación son un reto para algunas poblaciones. Esto se vio reflejado en la siguiente respuesta:

- "*Acceso limitado a servicios de salud, falta de trasportación y mucho tráfico. Mayormente ubicados en el área metropolitana*."
- "*La falta de accesos a servicios especializados, ya que se encuentro en áreas remotas o sub existente*."
- "Posición geográfica, transportación marítima y terrestre, el costo de transportación, alimentos, deducibles."

Asimismo, la estructura física emergió como otro reto ante la accesibilidad de los servicios. Existe una dificultad en la movilidad cotidiana y, en muchos casos, representa un riesgo directo para la seguridad física. Este planteamiento se identificó en las respuestas:

- "*Los aspectos de entorno construido que impactan la salud de la comunidad son las aceras en la comunidad universitaria (Hoyos,*

cracks, raíces de árboles). Esto ha causado muchos accidentes (caídas).”

- *“Las aceras frente a nuestro centro están en muy mal estado. Esto dificulta la movilidad para caminar libremente. “*
- *“Las aceras no son adecuadas para sillas de ruedas, no videntes etc.”*

El siguiente aspecto que, según los participantes, impacta la salud es la **infraestructura de servicios esenciales.** Las percepciones de los participantes reflejan un contraste entre recursos que fortalecen la calidad de vida y una serie de carencias estructurales que generan desigualdad como en la transportación pública insuficiente, la inseguridad alimentaria, la falta de vivienda asequible, las brechas educativas y tecnológicas, y los servicios fragmentados e insuficientemente adaptados crean un entorno que limita la posibilidad de una vida saludable. Algunas de las contestaciones se destacan las siguientes:

Transportación:

- *“Trasporte público= trolie, taxi, bicicleta Vivienda= Aceras Energía”*
- *“Sistema de transportación pública casi no existe”*
- *“La necesidad de mejor transportación para acceder los servicios de salud, la misma no es confiable”*
- *“Transportación pública confiable”*

Alimentación:

- *“Pobre seguridad alimentaria en su mayoría y la alimentación es muy limitada ya que los productos frescos no están disponibles para toda la población”*

- **"***Cocina social: preparar alimentos calientes para crear seguridad alimentaria.*"
- **"***Concesionarios de alimentos, insuficiencia de espacios parta una alimentación adecuada.*"

Educación

- "*Educación sobre la necesidad de la población para aquellos que ejecutan tienen la misión de construcción y planifican los servicios y estructuras para la comunidad.*"
- "*Falta de conocimiento del servicio*"

Seguridad

- "Limitación en aceras y espacios donde podemos caminar. Falta de seguridad no hay buena iluminación."

Cuidado de poblaciones vulneradas

- "*Facilidades para personas incapacitadas en silla de rueda.*"
- "*No hay visibilidad para trabajar y conocer los retos que tiene la población con DI, especialmente los que no se pueden valer por sí mismos. En muchos hogares hay personas con diversidad funcional que están completamente invisibilizadas, sin recibir servicios.* "
- "*Atención a escuelas y égidas.*"

Vivienda

- "*Égida: multipisos creando hogares, seguridad; Remodelación y accesibilidad.*"
- "*Escases de viviendas accesibles a la comunidad baja, media baja, media*"

La **infraestructura de salud** surge como uno de los aspectos que impactan la salud de la comunidad. Las respuestas reflejan elementos estructurales de salud donde es uno fragmentado, desigual y tensionado por limitaciones estructurales que afectan tanto la disponibilidad de servicios como su accesibilidad, continuidad y calidad. Una de las respuestas que se identifica sobre cómo esta infraestructura impacta la salud en cuanto a:

Centros de servicios de Salud:

- "*Centros de cuido gratuitos*: *impacto positivo a las familias que reciben servicios y aspecto negativo para las familias que no cualifican por sus ingresos*."

Farmacias:

- "Disminución de la disponibilidad de farmacia con servicios 24 horas"
- "Pocos servicios a los hospitales y servicios de sala de emergencia; poca cantidad de hogares de cuido"

Deterioro de la salud:

- "Los aspectos mayormente que impactan la salud de la comunidad estudiantil puede ser salud/enfermedad psicológica o graves como cáncer o situaciones económicas.
- "Aumento de población con situaciones de salud mental y emocional, y el uso de drogas y/o alcohol."
- "El diagnóstico de las enfermedades, impacto socialmente y económicamente."

Fuga de profesionales:

- *"Falta de personal para poder ofrecer mejor o mayor servicio; Falta de fondos para el nombramiento";*
- *"Accesibilidad a familias de envejeciente";*
- *"Disponibilidad";*
- *"Mejorar salarios y beneficios."*

Otro aspecto que se identificó en las respuestas son las **limitaciones económicas** que se reflejan en el desempleo, los salarios bajos, la pobreza y la falta de fondos para servicios esenciales. Las siguientes respuestas reflejan cómo estas limitaciones económicas impactan transversalmente la salud de las personas en dos aspectos:

Desempleo:

- "*Falta de empleo; la calidad de vida a veces es pésima, más para el adulto mayor, hay que impactarlo con una ayuda (salud, servicios en las comunidades)*."

Falta de fondos:

- "*Mas ayudas económicas para brindar mejor servicio.* "

El **envejecimiento poblacional** es otro de los aspectos que impactan la salud de las comunidades. La percepción de los participantes es que las infraestructuras no están diseñadas para una población que envejece rápidamente. La experiencia cotidiana de las personas mayores está marcada por barreras físicas, tecnológicas, económicas y de acceso a servicios esenciales, que en conjunto generan vulnerabilidad y deterioro en su calidad de vida. Esto se evidencia con las siguientes contestaciones:

- "*Falta de servicios de cuidados para las personas mayores o con condiciones incapacitantes*."

- *"Los adultos mayores y la población bajo nivel de pobreza NO manejan la tecnología celular para acceder a citas, referidos, turnos, encuestas, recetas, entre otros."*
- *"La pobre atención a las personas de la tercera edad cuando tienen una enfermedad terminal o el plan de salud del gobierno, el acceso al cuido a los medicamentos."*

Algunas de las contestaciones de los participantes reflejan una percepción de que el **rol del gobierno** es fundamental para garantizar un entorno que apoye la salud comunitaria. Por un lado, el rol que ha asumido el gobierno ha influenciado en que la salud de las poblaciones se deteriore aún más por la falta de fiscalización de los planes médicos como se refleja en la siguiente contestación:

- *"Burocracia trabas de planes médicos. Servicios presenciales son necesarios no sustituye lo digital y lo virtual."*

Y por el otro, atiende de forma material las situaciones de las comunidades:

- *"La oficina de Asuntos al ciudadano impacta la salud de la comunidad a través de donativos que se ofrecen a los ciudadanos que se dirigen a la casa alcaldía y cuando visitamos las comunidades. Cuando hablo de donativos me refiero a materiales de construcción al hogar, rampas a personas con alguna discapacidad, utilidades, enseres, etc".*

Por último, los **fenómenos naturales** como huracanes y terremotos y los **eventos epidemiológicos**, como la pandemia de COVID-19, aparecen en las respuestas como factores que deterioran la salud de las comunidades. Estos eventos no se perciben como algo aislados, sino como experiencias que, afectan todas las dimensiones de la salud: física, mental, social y económica. Esto se reflejó en la siguiente contestación:

- *"El impacto de eventos atmosféricos (huracán, terremoto), pandemia han impactado las comunidades del área sur en múltiples… (no legible) desde lo social, económicas, salud mental, salud física, vivienda, entre otros; relocalización de familias."*

2. De los aspectos mencionados en la pregunta anterior, ¿cuáles impactan particularmente el estado de salud de grupos vulnerados presentes en su comunidad?

Las respuestas de las personas sobre cuáles eventos afectan de manera particular a los grupos con mayores necesidades en sus comunidades señalaron lo siguiente: accesibilidad de los servicios, infraestructura de los servicios esenciales, infraestructura de salud, situación económica, envejecimiento poblacional, rol del gobierno y participación comunitaria.

Según las personas entrevistadas los aspectos que impactan particularmente la salud es **accesibilidad de los servicios**. Esta accesibilidad de servicios es limitada tanto por distancia geográfica como por infraestructura física inadecuada. En cuanto al aspecto de la **distancia geográfica,** se identificó como una barrera estructural que agrava las desigualdades. Este asunto se reflejó en la siguiente contestación:

- *"La falta de accesibilidad y aislamiento geográfico impide que se puedan dar servicios preventivos y terminamos solo dando servicios remediativo y de emergencia."*

Y por otro lado, esta accesibilidad se ve limitada por la **infraestructura física** donde el entorno no facilita la movilidad ni la autonomía. Una de las personas señaló esta problemática y comentó lo siguiente:

- *"Ambos para acceder a edificios impactan el proceso de coordinar y asistir a citas médicas. No todos cuentan con red de*

apoyo para acudir o coordinar servicios de salud. La movilidad en la calle no es segura para las barreras en las aceras o para acceder a edificios."

Otro aspecto que impacta particularmente el estado de la salud de las poblaciones es la **infraestructura de los servicios esenciales**. Las percepciones de las personas entrevistadas indican que la infraestructura de los servicios actualmente limita el acceso a los servicios y que este se ve afectado específicamente por:

Transportación:

- "*Horario de transportación más accesible para que todos los pacientes se beneficien.*"
- "*Siguen en aumento las enfermedades identificadas la prevención es muy pobre por lo cual las personas llegan a los médicos ya con condiciones muy adelantadas.*"

Educación:

- "*La literacia y la alfabetización afectan grandemente a la población de adultos mayores, población bajo nivel de pobreza y minorías étnicas y raciales.*"
- "*El acceso limitado o el desconocimiento en la tecnología hace que las comunidades o grupos le dificulte el acceso a la salud. "*

Seguridad:

- "*Falta de acceso y conocimiento digital para adultos mayores; Sobre dependencia en las redes sociales. "*
- "*El estado de salud sigue empeorando porque las bombas se están limpiando de forma abierta al aire causando el mismo efecto que el bombardeo.*"

Vivienda:

- "Salud y estabilidad de tener un hogar o un techo donde vivir."
- "Escasez de vivienda y accesibilidad a servicios de salud física y mental. "

La **infraestructura de salud** es otro aspecto que impacta el estado de la salud de las poblaciones con mayor necesidad en las comunidades. En las contestaciones de los participantes se perciben múltiples barreras relacionadas con el entorno construido que afectan directamente su salud y su capacidad para acceder a servicios esenciales. Estas impactan en áreas tales como:

Centros de servicios de salud:

- "*Centros de cuido gratuitos: impacta particularmente a la salud de la población infanto-juvenil (reciben alimentación saludable, cuida y educación y prevención).*"
- "*La necesidad de servicios de salud física y mental se ha incrementado sustancialmente luego de los eventos antes mencionados.*"

Deterioro de la salud:

- "*Pobre acceso a profesionales de la salud que redunda en crisis de la salud para el adulto mayor*"

Fuga de profesionales:

- "*Pobre acceso a profesionales de la salud que redunda en crisis de la salud para el adulto mayor.*"
- "*Falta de apoyo al sistema y falta de profesionales de la salud complica las situaciones. *"

Medicamentos/equipos médicos:

- *"No ser considerados en la distribución prioritaria de entrega de oxígeno, diesel, medicamentos (punto que mejorar con las coaliciones de salud)."*

El siguiente aspecto es la **situación económica.** Las respuestas muestran que el desempleo y la precariedad económica no solo afectan la estabilidad financiera de los individuos, sino que actúan como determinantes profundos de la salud física, mental y social en las comunidades. Estas situaciones económicas tienen consecuencias y agravan el estado de la salud en diversas poblaciones, entre ellas, las personas con discapacidad, adultos mayores y estudiantes. Algunas de las contestaciones que se identificaron fueron las siguientes: "*Las persona con discapacidad no tienen mucha ayuda económica, los adultos mayores a veces pueden participar en la égida, otros como de salud (texto irreconocible), donativos para dar a los municipios, ofrecerles transportación, vacunación, llevarles almuerzo al envejeciente*."

- "*Persona con discapacidad no tienen mucha ayuda económica, los adultos mayores a veces pueden participar en la égida, otros como de salud*"
- "*Cada vez que se habla que las facturas de los servicios esenciales van a llegar por computadora les causa ansiedad, cosa que afecta la salud."*
- "*Todos, especialmente a las personas de escasos recursos que no tiene los medios para lidiar con los problemas de salud.* "

El **envejecimiento poblacional** tiene un impacto en el estado de salud en las poblaciones, específicamente a la población adulta mayor. Las respuestas revelan

una preocupación profunda por las barreras que enfrentan las personas mayores dentro del entorno. Algunas de las contestaciones que mencionaron este tema son las siguientes:

- *"Nuestros adultos mayores necesitan una red de transporte colectivo para que puedan acceder a los servicios de salud.; Poder darle una alternativa saludable. "*
- *"Se les da servicios a envejecientes que necesitan tratamiento multidisciplinario por sus múltiples condiciones de salud."*

Y por último, se identificó la **participación comunitaria.** Las respuestas de los participantes revelan que la participación comunitaria es un componente esencial para la salud, pero su potencial se ve limitado por barreras de comunicación, coordinación insuficiente entre sectores y dificultades de acceso físico a servicios esenciales. Una de las contestaciones que demostró la limitación de esta participación comunitaria es la siguiente:

- *"barreras de comunicación y colaboración entre sectores (para entrar la duplicidad)".*

3. **¿Cómo la comunidad interactúa/utiliza estos elementos identificados del entorno construido?**

A partir de las respuestas de las personas sobre cómo interactúan los elementos del entorno identificados, se señalaron los siguientes aspectos: acceso a servicios de salud, infraestructura de servicios esenciales, atención a las necesidades, colaboración y fuerza laboral.

El primer elemento identificado es el **acceso de servicios de salud**. En las respuestas se identifica que la comunidad que se ve obligada a navegar un sistema

de servicios marcado por contrastes: por un lado, iniciativas colaborativas y espacios que fomentan bienestar como en la siguiente narrativa:

- "*Todas las veces que van al centro terapéutico socializan, bailan, cantan y tienen una mejor calidad de vida con solo ir al centro y ser parte del entorno que se ha consistido en nuestro centro.*"

Por otra parte, se identificaron barreras operacionales e inequidades en la disponibilidad de servicios, los cuales no siempre son accesibles. Esto quedó reflejado en la siguiente respuesta:

- "*Como agencia que ofrece cuidado a pacientes terminales esto dificulta el manejo adecuado ya que la disponibilidad de servicios es 24 horas".*

En cuanto a la **infraestructura de servicios esenciales**, la comunidad se caracteriza por una combinación de autogestión, alcance comunitario, uso selectivo de tecnologías y alianzas intersectoriales que, en conjunto, mitigan barreras persistentes de acceso. Por un lado, se observan prácticas como la entrega casa por casa, la creación de espacios terapéuticos y la coordinación municipal que se reflejaron en la siguiente contestación:

- *"Llevando los servicios de salud, llevando alimentos casa por casa, darle donativos, sus facilitadoras para con ellos, más ayuda*".

Por otro lado, la experiencia cotidiana sigue marcada por limitaciones físicas como aceras, transporte y distancia. Esta experiencia se identificó en la siguiente contestación:

- "*Muy pocas personas usan el transporte público porque no hay acceso para llegar. Por ejemplo*: *Vivo cerca de una estación del*

tren, pero aceras ni acceso seguro para llegar caminando. Centros de salud no siempre están en las mejores condiciones y la gente no se siente cómoda. "

- "*Por la dificultad de viaje tenemos personas que no asisten a sus citas fuera de Culebra."*
- "*Acceso por sistemas de transportación, si algunos limitados, costosos que afectan capacidad y disponibilidad de recursos*."

El próximo elemento va dirigido a la **atención de las necesidades** de las poblaciones. Las respuestas indican que la interacción de la comunidad con los elementos del entorno construido está profundamente guiada por las necesidades reales y específicas de cada población. Dos de las contestaciones identificaron este elemento:

- "La comunidad va a utilizar estos elementos en tanto y en cuanto estén atemperados al perfil de necesidades de cada población y cada comunidad."
- "Se identifican las áreas a mejorar, y/o necesidades de nuestros participantes y se intenta canalizar servicios con entidades, agencias, etc.

Asimismo, la comunidad identifica necesidades y gestiona soluciones por medio de otros actores y realiza búsqueda activa de recursos para cubrir necesidades: *autogestión comunitaria. Esto es evidenciado en la siguiente contestación*:

- *"Se buscan recursos en cuidar a que estas necesidades se cubran*."

La comunidad interactúa con los elementos mencionados de una forma **colaborativa.** Las contestaciones de los participantes indican que la capacidad

colaborativa está moldeada por el contexto. Por el otro lado, hay comunidades organizadas y activas que logran movilizar recursos y crear redes de apoyo como lo indicó la siguiente contestación:

- *"Se crean alianza con otras organizaciones, escuela, iglesias, Organizaciones sin fines de lucro proyectos ayuda a la comunidad."*

No obstante, algunas comunidades, especialmente aquellas lejanas o estigmatizadas culturalmente, experimentan grandes limitaciones para establecer alianzas:

- *"La comunidad utiliza elementos del entorno construido, no obstante, intentan utilizarlos como última opción, impuntualidad y falta de compromiso de algunas agencias y empleados. Por ejemplo: transporte público y colectivo, espacios cerrados o mal estado, tales como: parques, canchas, locales abandonados."*

Las respuestas muestran que la interacción de la comunidad con los elementos del entorno construido está fuertemente mediada por la presencia de la **fuerza laboral** en los servicios esenciales de salud. La comunidad depende del personal disponible para acceder a servicios, recibir atención adecuada y obtener continuidad en el cuidado. Una de las contestaciones que señalan esta limitación es la siguiente:

- *"Departamento de Salud podría considerar propuestas para mejorar las condiciones laborales, ofrecer incentivos y oportunidades de educación continua; Las profesiones de salud física, mental y tratamiento, especialmente psiquiatras."*

4. **¿Cuál sería el principal cambio en el entorno que realizaría para mejorar la salud de la comunidad que atiende o representa su entidad? ¿Por qué?**

A través del análisis de las contestaciones sobre cuál sería el principal cambio en el entorno para mejorar la salud se identificaron las siguientes: atender las barreras físicas y estructurales, colaboraciones para atender las necesidades, fomentar la educación y promoción de la salud, mejorar el acceso a servicios esenciales, mejorar el acceso a servicios de salud y promoción de espacios saludables.

Los participantes indicaron que uno de los cambios que se deben realizar es **atender las barreras físicas y estructurales**. Los cambios deseados se enfocan en eliminar barreras físicas como aceras rotas, bordillos altos, entradas sin rampas, cruces inseguros y mejorar la conectividad como la transportación confiable, estacionamiento accesible) y adaptar los espacios a las necesidades de personas con discapacidad y de adultos mayores. Esto se logró identificar en las siguientes contestaciones:

- *"Mejoraría el estado de las áreas que se puedan movilizar libremente."*
- *"Acceso (aceras, barreras arquitectónicas, arreglos de lugares para que puedan moverse en facilidades)*
- *"Transportación ya que la población adulta mayor tiene la necesidad de moverse al diario vivir. "*

Otro de los cambios para mejorar la salud identificados por los participantes lo es la necesidad de **crear colaboraciones para atender las necesidades**. Estas necesidades radican en establecer colaboraciones reales, coordinadas y sostenibles entre actores públicos, privados y comunitarios. Algunas de las contestaciones de las siguientes contestaciones sobre estas colaboraciones:

- *"Los cambios que se necesitan yo solo no puedo hacerlo. Se necesita la colaboración de las entidades públicas y privadas."*
- *"Comunicación es pobre. Contar a la mano con un directorio de entidades."*
- *"La organización de las agencias para darle un buen servicio, más ayuda, mejores servicios, más égidas, más donativos"*

El principal cambio necesario en el entorno para mejorar la salud comunitaria es fortalecer la **educación y la promoción en salud**, de manera accesible, continua y culturalmente pertinente. La comunidad percibe la educación y promoción de la salud como áreas de importancia para reducir inequidades, mejorar la autonomía y asegurar que los servicios de salud estén alineados con las necesidades reales de la población. Las siguientes contestaciones resaltaron esta necesidad:

- *"Crear un programa a nivel de sector gubernamental estatal, federal y sector privado en conjunto con entidades sin fines de lucro para desarrollo, preparar, educar a personas para su cuidado."*
- *"Eliminar el estigma, educando a la comunidad, demostrando (en lugar de decir) que la salud a un derecho de todos. "*
- *"Mayor educación a las comunidades, crear grupos de apoyo que sean más accesibles a estas poblaciones."*
- *"Establecer un servicio de salud de prevención y ampliado que fortalezca desde la detección temprana de enfermedades y ofrecer tratamiento médico adecuado en menos tiempo. "*

Otro de los cambios identificado es la necesidad de **mejorar los servicios esenciales**. Existe la percepción de fortalecer las condiciones que permiten que todas las personas accedan de manera real y efectiva a servicios fundamentales para su

bienestar, y que exista una infraestructura, organización y recursos adecuados. Aunque las propuestas varían en alcance, todas convergen en una misma idea: el acceso a los servicios no depende solo de su existencia, sino de la infraestructura, organización y recursos que permiten que las personas puedan utilizarlos de manera efectiva. Varias de las respuestas reflejaron estas preocupaciones:

- "*Que más ciudadanos cualifiquen para recibir servicios gratuitos o ayudad para facilidades cuido y de servicios de salud.*"
- "*Mejorar el sistema de transportación y planificación urbana basado en las características de la población.*"
- "*Promover la unión de los municipios y planes médicos para ofrecer el servicio de transporte a los adultos mayores son la necesidad de enfrentar la burocracia; Es importante realizar estudios relacionados a este asunto, así como la necesidad de recursos disponibles para el cuidado del adulto mayor. "*

El siguiente cambio identificado es referente a la **mejora en acceso a servicios de salud**. Se identifica que la salud de la comunidad está limitada principalmente por un sistema fragmentado, insuficiente en recursos humanos y físicos, y marcado por barreras económicas, administrativas y geográficas. Algunas contestaciones que fueron más relevantes Una de las contestaciones más relevantes son:

- *"Mejorar el control de los aseguradores sobre el sistema de salud para que cambie de uno financiero a uno salubrista. La prevención es la clave y sería de beneficio tanto para la salud de la población y del manejo responsable de los recursos financieros para subsidiar y costear los servicios de salud. "*
- "*Establecimiento de modelos integrados de comunidades, municipios saludables o iniciativas comunitarias para adultos*

mayores e iniciativas para apoyar la vivienda y las necesidades de salud de la reciente población de envejecientes y adultos mayores."

- "*Aumentar el número de médicos especialistas para aumentar acceso a servicios de salud*."

Por último, las respuestas de los participantes indican que son necesarios cambios que **promocionen espacios saludables y de bienestar**. Para esto, la comunidad identifica la necesidad de espacios accesibles, seguros y socialmente inclusivos para fortalecer la confianza, la participación y la autonomía de las personas. Varias contestaciones resaltan esta necesidad:

- "Construcciones y espacios abiertos para cubrir las necesidades y estén bien accesibles."
- "*Recalca conseguir un lugar donde las personas puedan ir y tener confianza con el entrevistador de forma tal que sea viable la gestoría para mejorar nuestra salud*. "
- "*Espacios recreativos deben estar diseñados para el disfrute de los visitantes con el riesgo mínimo a contraer enfermedades, problemas de seguridad, entre otros.*"

Dominio 3: Fuerzas de cambio

1. ¿**Qué eventos, tendencias o factores suceden en la comunidad que atiende/ representa su entidad, o en el entorno de la misma, que impacten la salud**?

Las personas entrevistadas identificaron fuerzas de cambio en **eventos** que ocurren una sola vez, en **factores** específicos presentes en la comunidad y en **tendencias** o patrones que se desarrollan a lo largo del tiempo. Todos estos elementos representan causas, directas o indirectas, que impactan la salud de la comunidad a la que atienden o de la entidad que representan.

Entre los **eventos** identificados a través de las respuestas de las personas entrevistadas fueron:

- *huracanes y eventos atmosféricos (incluyendo María, Irma, Fiona y tormentas)*
- *pandemia y COVID-19,*
- *terremotos y temblores, inundaciones, lluvias y zonas inundables*
- *apagones y falta de luz,*
- *cierres de hospitales, oficinas y centros*
- *olas de calor y calor extremo*
- *elecciones,*
- *política pública y cambios de gobierno*
- *escasez o fuga de profesionales y sistema sobrecargado;*
- *salud mental, incluyendo crisis e interrupción de servicios.*

En cuanto a los **factores** que impactan la salud, se identificaron los siguientes:

- *la pandemia y COVID-19;*
- *huracanes y eventos atmosféricos;*
- *terremotos y temblores*
- *falta de energía eléctrica y apagones*

- *inundaciones, lluvias y zonas inundables*
- *barreras de acceso en salud y económicas (planes, costos, cierres, especialistas)*
- *crisis y falta de vivienda*
- *problemas de transportación y comunidades aisladas*
- *escasez/fuga/retención de profesionales de salud*
- *salud mental (crisis, interrupciones y acceso limitado).*

Y por último se identificaron varias **tendencias** que ocurren a través del tiempo como lo son:

- *Envejecimiento poblacional y soledad*
- *escasez y fuga de profesionales y especialistas*
- *crisis y falta de vivienda con desplazamiento y gentrificación*
- *barreras de acceso en salud y burocracia/planes médicos con altos costos*
- *transportación deficiente y comunidades aisladas*
- *aumento de enfermedades crónicas y catastróficas*
- *salud mental en crisis con acceso limitado*
- *presión climática y fallas en energía/agua*
- *cambios demográficos y migración*
- *brecha educativa y tecnológica con desinformación.*

2. **¿Cómo estos eventos, tendencias o factores impactan la salud de la comunidad a la cual su entidad sirve?**

Las respuestas de los participantes sobre como estos eventos, tendencias o factores impacta la salud de la comunidad en la que brindan servicios indicaron las siguientes: creaciones barreras para la coordinación institucional, cambios en el acceso y continuidad de servicios, resultados diferenciados sobre las condiciones de

salud, calidad de vida y bienestar, sobrecarga en las condiciones de vida de la población y reducción en la capacidad de respuesta de profesionales de la salud.

La **creación de barreras** para la coordinación institucional es uno de los factores que impactan la salud de las comunidades. Estas barreras generan situaciones que afectan de distintas maneras, el bienestar de la población a la que la entidad sirve, como resultado de la falta de coordinación efectiva entre las respuestas institucionales y los procesos establecidos en las políticas públicas vigentes. Entre las situaciones percibidas son:

1. **Poco alcance con la población objetivo**:
    - *"Elimina la posibilidad de un servicio integrado alejando el paciente de un modelo de cuidado coordinado"*
    - *"Hace aún más vulnerable a la población y dificulta el diseño e implementación de servicios basados en evidencia. Incrementa el desconocimiento sobre incidencia, prevalencia y mortalidad"*
2. **Fallas de comunicación**:
    - *"Pobre comunicación a oficinas médicas (no contestan teléfono), muchas veces pacientes tienen que ir presencialmente a coordinar citas"*
    - *"Se perdió mucha comunicación directa a la población […] Hubo que empezar desde cero para recuperar la comunicación."*
    - *"Comunicación telefónica no es buena, se fueron oficinas del gobierno de Culebra como Hacienda, Acueducto, Energía Eléctrica (LUMA)"*

3. **limitaciones para la implementación de procesos:**
    - *"La falta de orientación y soluciones antes de la implementación de leyes y/o políticos públicos crea un caos de privatización de la salud y el paciente".*
    - *"Estos eventos, tendencias y factores nos atrasan a la hora de ejecutar y clasificar. Atrasa[n] la organización y operación del trabajo"*
    - *"El abandono y la falta de prevención inciden en la salud del pueblo. La Burocracia y la falta de los sistemas de salud integrados"*
4. **desfase en el contenido de las políticas públicas**:
    - *"Al establecer políticas discriminatorias, poco acceso a vivienda segura, invalidación profesional, carencias en educación, los determinantes sociales, entre otros, impacta ampliamente la salud biopsicosocial".*
    - *"Adulto mayor queda a cargo de un familiar con ausencia de salud mental y repetidamente solicita a través del Tribunal Ingreso Involuntario Ley 408"*
    - *"Las OE y la ley 54 crean mayor conciencia sobre la violencia de género[…] La enmienda al código penal trabaja con la trabaja con la impunidad."*

Otro elemento identificado sobre cómo estos eventos, tendencias o factores impactan a la comunidad es el **cambio en el acceso y continuidad de servicios**. Estas son las situaciones que impactaron de alguna manera la salud de la comunidad a la cual la entidad sirve. Dichos impactos surgieron como consecuencia de cambios positivos o negativos en el acceso y la continuidad de los servicios ofrecidos, o de

transformaciones relacionadas con elementos externos a la entidad. Asimismo, se identificaron cambios particulares como:

1. **cambios positivos o favorables**:
    - *"El factor positivamente durante el Huracán. Se pudo canalizar más ayuda a la población mayor como ejemplo la alimentación y servicios médicos"*.
    - *"Servicios a la comunidad directo análisis de precio, charlas y educación[…] Ayuda a navegación de servicio[…] Colaboración con todos"*
    - *"Accesibilidad para poder brindar la educación. Llega a la población y proveer los recursos necesarios."*
2. **cambios negativos o desfavorables relacionados con el acceso**:
    - *"El acceso a los servicios de salud por razones geográficas. El evento de desastre la dificulta empeora y los servicios se vuelven menos accesibles"*.
    - *"Les queda lejos hospital (farmacia/doctores)[…] Limitación en medicamentos (especialmente por referidos)[…] Limitación a transportación"*
    - *"El acceso a servicios suplementarios de la salud ha limitado a servicios esenciales de salud ubicado a los Adultos Mayores en mayor riesgo de recibir pobres servicios de salud."*
3. **cambios negativos o desfavorables relacionados con la continuidad**:
    - *"Los complican de tal manera que prefieren no continuar con el proceso para evitar los tropiezos"*.

- *"Los eventos, tendencias o factores impactan en la continuidad de estudios ya que no tienen las herramientas para atender la salud a corto plazo y/o prevención"*
- *"Al surgir eventos atmosféricos o pandemia como COVID- 19 ha impactado la coordinación y continuidad de servicios esenciales. Esto puede afectar la salud mental y física de las personas que requieran servicios inmediatos o a corto plazo"*

4. **otros cambios relacionados con elementos estructurales:**
    - *"Disminución de profesionales de salud a partir de políticas/leyes que ayudan los profesionales".*
    - *"Riesgo de que no certifiquen, pobre acceso al programa. Pobre adherencia a servicios. Pobre adaptación."*
    - *"Con eventos atmosféricos / climáticos o terremotos se ve afectada la salud (por falta de luz, comida, servicios de salud, medicamentos, falta de educación, comunicación)[…] Los estudiantes no pueden ir a la universidad a estudiar y cambiar de ambiente se pueden rodear de los problemas que atienden al momento"*

Estos eventos, tendencias o factores impactan también en los **resultados diferenciados sobre las condiciones de salud, calidad de vida y bienestar**. Estos resultados son respuestas a las situaciones que impactaron de alguna manera la salud de la comunidad a la cual la entidad sirve, como consecuencia de los resultados diferenciados sobre las condiciones de salud, así como la calidad de vida y bienestar general, e incluso las muertes por diversas razones. Estos resultados impactan:

1. **la oportunidad para acciones y conductas preventivas:**
    - *"La comunidad está atenta con la prevención Ejemplo: huracanes, higiene (uso alcohol), atender su salud (ejemplo: irse a hacer pruebas)"*
    - *"Tenemos que desarrollar resiliencia para ajustarnos a las tendencias reales para cuidar de nuestra salud."*
2. **deterioro en varios aspectos de la salud (física, mental, espiritual entre otros):**
    - *"Ha sido un poco difícil el levantarnos para que nuestra salud física, emocional y espiritual por las consecuencias obtenidas"*
    - *"Todo evento impacta de una manera u otra manera la salud individual o colectiva. Es en estos momentos cuando afloran las necesidades más apremiantes"*
    - *"Estos factores, eventos y tendencias impactan la salud del paciente de fallo renal y adulto mayor en cualitativa a los servicios de seguimiento a su salud física y emocional. Además del deterioro de su salud al no recibir adecuadamente los servicios"*
3. **deterioro especifico en salud mental y/o emocional:**
    - *"Cuando han ocurrido eventos naturales los mismos impactaron la salud mental de la comunidad, temor a perdidas personales, pérdidas materiales"*
    - *"Impactan negativamente en su rutina diaria. Si se les cancela la terapia, los participantes se puede poner ansiosos"*
    - *"María y la pandemia, se afectaron los servicios y aumentó la necesidad de ayuda psicológica y la necesidad de más apoyo*

emocional a todos las miembros de la familia desde los niños hasta adultos mayores"

4. **deterioro en la calidad de vida y bienestar**:
    - *"En la parte del cambio climático, los más afectados han sido las personas encamadas, muchos de ellos sin poder disfrutar del servicio de aire acondicionado, lo mismo los lleva a padecer de úlceras*"
    - "*La prevalencia en relaciones violentas y de abandono; Encierro, escasez de servicios*"
    - "*Huracán-personas sin servicio eléctrico; Envejecimiento-personas se van deteriorando en sus funciones; COVID-19, falta de acercamiento físico [y] uso de mascarilla*"
5. **muertes por diversas razones:**
    - *"[…]aumentan muertes por adicciones*"
    - "*Muerte por falta de seguimiento adecuado*"
    - "*Las drogas aumentan muertes por sobredosis y violencia*"

Estos eventos también han resultado en la **sobrecarga en las condiciones de vida de la población**. Esto se refleja en las situaciones que impactaron de alguna manera la salud de la comunidad a la cual su entidad sirve, como consecuencia de la sobrecarga para sustentar condiciones de vida adecuadas en la población, a nivel de recursos básicos, de infraestructura para uso cotidiano y económicos. Esto se manifiesta según los participantes en:

1. **Trastoques en la disponibilidad de agua y/o electricidad:**
    - *"En el caso de la casa de alegría no hay generadores, si no hay luz no se le puede ofrecer servicios y complica la situación de los padres que trabajan"*
    - *"Falta de servicios básicos agua y luz. Especialmente los de energía ya que la población a la que servimos en su mayoría es dependiente de equipos médicos para sobrevivir"*
2. **Falta de vivienda y otra infraestructura física para uso cotidiano**:
    - *"La falta de vivienda"*
    - *"Brinda la ayuda al recibir equipo o enseres"*.
    - *"No tener puertas que sean accesibles a las discapacidades motoras, ejemplo: pacientes en sillas de ruedas es una limitación hacia estos pacientes y esto afecta su autonomía ya que dependen de una persona para abrir una puerta especialmente cuando se trata de un baño."*
3. **Limitaciones económicas para cubrir necesidades**:
    - *"El aumento en el costo de vida limita a la comunidad a recibir los cuidados de salud adecuados en tiempo oportuno […] enfermedades crónicas aumentando [y] complicando las enfermedades terminales."*
    - *"Pueden aumentar el costo del servicio de salud y del plan médico, midiendo el impacto en la decisión del paciente en obtener servicios"*
4. **Reconocimiento simultáneo de consecuencias:**
    - *"Los pacientes vuelven al hospital deteriorados ya que no tienen el dinero para comprar sus medicamentos o comprar los*

alimentos que necesitan para, mantenerse saludables […] La población mayor muchas veces se encuentra solo sin apoyo y muchos necesitan cuidadores que no están disponibles."

- *"[…] muchos con pocos ingresos, menor acceso a salud, alimentos, vivienda y transportación."*

Por último, los eventos, tendencias o factores mencionados anteriormente, ha resultado, según los participantes en la **reducción en la capacidad de respuesta de profesionales de la salud.** Estas situaciones que impactaron de alguna manera la salud de la comunidad a la cual la entidad sirve, como consecuencia de la poca disponibilidad o la reducción de la capacidad de respuesta de profesionales de la salud, especialmente médicos. Entre los ejemplos se encuentra las siguientes contestaciones:

- *"El éxodo de médicos, la pandemia afecta la confianza en los servicios de salud, la calidad de cuidado de los pacientes y la prevención e información en educación en salud".*
- "*Al no lograr mantener a los nuevos profesionales de la salud en Puerto Rico, tendremos mayor dificultad para lograr que el sistema de salud tenga los recursos humanos que se necesitan para atender las situaciones de salud de la población."*
- "*Pocas oportunidades para licenciar profesionales de la salud, lo que a su vez conlleva disminución de este personal en Puerto Rico.*"

3. **¿Cuáles poblaciones en la comunidad que atiende su entidad se ven particularmente afectadas por los eventos, tendencias o factores descritos anteriormente?**

Según las respuestas de los participantes sobre cuales poblaciones que atienden, se ven particularmente afectadas por afectadas por los eventos, tendencias o factores descritos anteriormente son: población general sin distinciones, poblaciones basadas en edad, poblaciones basadas en posición socioeconómica, poblaciones basadas en la composición del hogar, poblaciones basadas en situaciones y necesidades de salud y poblaciones basadas en criterios de vulneración.

Algunas respuestas de los participantes señalaron que los eventos, tendencias o factores mencionados afectan a la **población en general**, sin distinción de edad, sexo, nivel económico o composición del hogar. Asimismo, se identificó que la población en general es el objetivo principal de los servicios provistos por la entidad y que se ven afectadas por los eventos, tendencias o factores que suceden en la comunidad como fuerzas de cambio:

- *"Somos un lugar de confianza donde voluntarios se desviven para hacer llegar los servicios a toda persona elegible y no interrumpa los servicios que necesita."*
- "*Generalmente entiendo que todas las poblaciones son afectadas*."
- "*De ser afectado nuestra población sería mínimamente porque siempre hemos recibido ayuda rápidamente y la comunidad siempre se prepara para cualquier evento como si estuviéramos solo[s]."*

En varias respuestas se identificaron grupos poblacionales definidos por la edad que se ven particularmente afectados. Entre ellos, destacan:

1. **las personas menores de edad**:
    - *"Los menores son los más afectados ya que no saben el impacto o peligro que ocasionan estos eventos porque solo son niños"*.
    - "*Los niños se afectan con el cierre de escuelas, afectando su educación y servicios que se le ofrecen terapias, etc*."
2. **adultos mayores:**
    - *"La de envejecientes ya que hay mucho adulto mayor que no tiene familia"*.
    - "*Se ven sumamente [afectados] los adultos mayores que no cuentan con condiciones o familias de forma regular y continua. Ya que se dificultará grandemente el acceso a los servicios de salud.*"
    - *"Envejecientes que no tienen recursos de vivienda, cuido, higiene y tratamiento."*
3. **jóvenes adolescentes**:
    - *"Orientamos a la población incluyendo jóvenes en escuelas […] sobre la prevención de COVID-19 y enfermedades respiratorias".*
    - "*Población juvenil con problemas de salud mental."*

El siguiente grupo poblacional que se identificó a través de las respuestas de los participantes son las poblaciones **basadas en posición socioeconómica**. Las personas dentro de este grupo tienen características socioeconómicas específicas, por ejemplo:

1. **personas con niveles de escolaridad más bajos**:
    - *"Se identificó que se hizo referencia a esta población con palabras o frases como "analfabetas", "desertores escolares" y "[población] sin escolaridad".*

2. **personas en proceso de obtener un nuevo nivel de escolaridad:**
    - *"Estudiantes con necesidad económica, primera generación universitarios"*
    - *"Estudiantes con discapacidad y no videntes, recursos limitados"*

3. **personas clasificadas por tener o no algún empleo**:
    - *"La clase trabajadora que ofrece servicios mayores de 50 años tienen que trabajar más tiempo después de la edad de jubilación".*
    - *"Empleados y toda la población que se atiende."*
    - *"La comunidad universitaria y empleados no docentes."*
4. **personas con bajos ingresos y/o en condiciones de pobreza:**
    - *"La población más afectada es la de bajo nivel de pobreza".*
    - *"Poblaciones de bajos recursos, no privilegiadas"*

Otro de los grupos identificados son las **poblaciones basadas en la composición del hogar.** Dentro de esta población**,** *integran personas que viven en un mismo hogar, (por ejemplo: familias nucleares, familias monoparentales, familias extendidas, y/o personas que viven solas) como objetivo principal de los servicios provistos por su entidad y que se ven afectadas por los eventos, tendencias o factores que suceden en la comunidad como fuerzas de cambio. Esta población se identificó en las siguientes contestaciones*:

- *"Madres jefas de familia"*
- *"El segmento que no tiene apoyo familiar o que no conoce otros apoyos de base comunitarias: se afectan en el recibo de los servicios de salud"*
- *"Personas adultas mayores, sus familiares o adultos mayores cuidando enfermos o viceversa."*

Las **poblaciones basadas en situaciones y necesidades de salud** fueron otras que se identificaron como una de las más vulnerables según las respuestas de los participantes. En esta población se integran:

1. **personas con cualquier tipo de enfermedad crónica o infecciosa, incluyendo o no aquellas en etapa terminal**:
   - "*Población de pacientes con enfermedades crónicas, específicamente enfermedades del riñón".*
2. **personas con cualquier situación de salud mental:**
   - Se identificó en las respuestas que se hizo referencia a esta población con frases como *"personas con problemas mentales"* y *"población con problemas de salud mental"*.
3. **personas con alguna discapacidad o situación de diversidad funcional:**
   - *"La población con discapacidad son un impacto por lo de #2. Tiene menos servicios prevención es menos efectiva/eficaz aún más riesgos y factores negativos, determinantes de la salud en personas con discapacidades […]"*

Y por último se identificó a través de las respuestas que las **poblaciones basadas en criterios de vulneración como** como las siguientes:

1. **personas de comunidad LGBTTQIA+:**
    - *"Se ven impactados todos, unos más posible que otros posiblemente por la interseccionalidad de variables como género, orientación sexual, etc."*
    - *También se identificó que se hizo referencia a esta población con frases como "comunidad LGBTQIA+", "población LGBTQIA", "LGBT+" y "comunidad LGBTAIA+ y minorías sociales."*
2. **personas víctimas de violencia:**
    - Se identificó en las respuestas que se hizo referencia a esta población con frases como *"mujeres víctimas de violencia de género", "víctimas de violencia doméstica", y "víctimas de violencia."*
3. **Personas con situaciones de uso o abuso de sustancias:**
    - Se identificó en las respuestas que se hizo referencia a esta población con frases como *"uso de sustancias", "dependientes de sustancias controladas", "personas con el uso y abuso de sustancias", y "personas con problemas [de] acción"*
4. **Personas sin hogar:**
    - Se identificó en las respuestas que se hizo referencia a esta población con frases como *"homeless", "ambulantes" y "personas sin hogar"*
5. **Personas que residen en zonas rurales**:
    - Se identificó en las respuestas que se hizo referencia a esta población con frases como *"comunidades rurales", "población [que] viven en área rural" y "[sectores] en el área del campo".*

4. **Desde su perspectiva, ¿cómo contribuye la entidad que representa para mejorar la salud de la comunidad?**

Las personas entrevistadas al preguntarle sobre cómo contribuye la entidad que representa para mejorar la salud de la comunidad indicaron diversos servicios que prestan o facilitan la coordinación con otras entidades. Los servicios que se identificaron fueron los siguientes: servicios clínicos y atención directa a la salud, educación, capacitación, y prevención, coordinación interagencial, alianzas y abogacía, y apoyo para trabajar los determinantes sociales de la salud.

En cuanto a los **servicios clínicos y atención directa a la salud** se pueden describir como acciones que llevan atención médica/psicosocial a la gente, reducen barreras y mejoran el acceso inmediato. Entre estas acciones se encuentran las siguientes: tener accesibles servicios bajo un mismo techo, clínicas, hospitales y 330, telemedicina y alcance móvil, manejo de casos y coordinación, promotores/equipos biopsicosociales, atención integral en condiciones específicas, cobertura accesible/servicios directos, apoyo domiciliario/cuidadores y respuesta rápida y continuidad. Entre las respuestas, se identificó la siguiente:

- *"Ofrece servicios de salud física, salud mental, rayos X, laboratorios y farmacia…"*

Algunas personas de las entidades identificaron como contribución el brindar s**ervicios de educación, capacitación, y prevención**. Estos servicios son acciones que informan, forman, previenen y crean capacidades sostenibles en la comunidad y el sistema. Entre los servicios se identifica el brindar charlas, talleres y campañas, orientación y alfabetización, prevención y manejo de condiciones, programas académicos y formación, credencialización y aumento de profesionales, investigación y evidencia y capacitación para inclusión. Algunas contestaciones mencionan algunos de estos servicios:

- *"Se ofrecen charlas vinculadas a la salud"*
- *"Programa de Alfabetización digital en Salud"*
- *"Educación; Servicio; Investigación de campo"*
- *"Entrenamiento a profesionales de la salud"*
- *"Acercamiento con Juntas Examinadoras…"*

La siguiente contribución según las contestaciones de los participantes es la **coordinación interagencial, alianzas y abogacía**. En estas contribuciones se conforman acciones que articulan actores, movilizan recursos y fortalecen el sistema más allá del servicio directo. Entre las acciones específicas se identifican las alianzas y trabajo comunitario, coordinaciones Interagenciales y referidos, ferias y presencia en regiones, abogacía, defensoría y visibilidad, acciones enfocadas en la política pública y fiscalización y búsqueda de recursos y fondos. Algunas contestaciones mencionan específicamente algunos de estaos servicios:

- "*Alianzas comunitarias, ferias de salud…"*
- "*El Departamento de la Familia… colabora con el Departamento de Salud*"
- "*Abogacía"*
- *"Apoderamiento; servicios de apoyo"*
- *"Además, incluir en la política pública*"
- "*Fiscalización*"

Por último, se identificó como contribución entre las respuestas el **apoyo para trabajar los determinantes sociales de la salud.** Estas acciones se enfocan en atender las condiciones sociales que impactan directamente la salud y la calidad de vida. Algunas de estas acciones están dirigidas a las siguientes áreas:

1. **Vivienda y entornos inclusivos:**
    - *"Provisión/gestión de vivienda"*

- *"Acomodo razonable; proyecto para adultos con discapacidad intelectual"*
- *"Entornos diurnos para respiro familiar"*

2. **Seguridad alimentaria:**
   - *"Cocina social, colmado solidario con farmacia; universidad brindando comidas."*
   - *"Adultos mayores alimentándose saludablemente; centro de acopio de alimentos/agua."*
3. **Energía y resiliencia:**
   - *"Instalación de paneles fotovoltaicos"*
   - *"Distribución de baterías y placas solares"*
   - *"Energía renovable y cisternas"*
   - *"Mitigación de carreteras/cunetas/quebradas"*
4. **Transporte y accesos:**
   - *"Transporte para citas; facilitar acceso a servicios; oficinas en áreas céntricas con transporte público cercano."*
5. **Ayuda en desastres y emergencias:**
   - *"Acopio y distribución de suministros (agua, pañales)"*
   - *"Respuesta y recuperación post-desastres"*
   - *"Servicios electrónicos cuando falta luz"*
6. **Apoyo emocional/espiritual y acompañamiento:**
   - *"Manejo de síntomas"*
   - *"Calidad de vida (cuidados paliativos)"*
   - *"Acompañamiento a pacientes y familias; meriendas/ seguimiento"*

7. **Servicios para poblaciones vulnerables:**
    - *"Mujeres con trastorno por uso de sustancias y sus familias (enfoque bio-psico-social-espiritual)"*
    - *"Personas sin hogar"*
    - *"Adultos mayores"*
8. **Calidad de vida y continuidad:**
    - *"Hacemos todo lo posible por ayudar"*
    - *"Asegurar continuidad; elevar nivel de vida-salud"*
    - *"Ofreciendo calidad de vida"*

Sección 2: Identificación de ejes temáticos predominantes por regiones de salud y municipios

Introducción

La evaluación de la salud comunitaria constituye un proceso esencial para comprender, de manera integral, las necesidades, fortalezas y prioridades de una población. En el marco de la Evaluación del Estado de la Salud de Puerto Rico (State Health Assessment, SHA), el Departamento de Salud de Puerto Rico incorporó un componente cualitativo y participativo, enfocado en recoger el insumo de representantes comunitarios y entidades colaboradoras, directa o indirectamente, del sistema de salud. La evaluación contextual de la salud comunitaria constituye un proceso esencial para comprender, de manera integral, las necesidades, fortalezas y prioridades de una población. Este esfuerzo aporta una perspectiva particularmente valiosa para las evaluaciones estatales de salud, debido a su contribución a explorar experiencias, percepciones, barreras y oportunidades que no siempre son visibles mediante indicadores cuantitativos tradicionales.

Esta sección presenta los hallazgos cualitativos y comparaciones de ejes temáticos por lugar geográfico. Para representar el sentir de las islas municipios de Culebra y Vieques estas se consideraron de manera independiente y los municipios enmarcados dentro de la Región de Salud Fajardo fueron agrupados en la Región de Salud Metropolitana (Metro-Fajardo). Mientras, los demás municipios se agruparon bajo su respectiva Región de Salud (Regiones de Arecibo, Bayamón, Caguas, Mayagüez y Ponce).

En cuanto al análisis comparativo por región de salud y por los municipios de Culebra y Vieques, permitió identificar temas frecuentes y convergentes. Este componente regional aportó una mirada más específica sobre cómo las prioridades comunitarias varían según el contexto geográfico, social e infraestructural,

destacando elementos como el acceso a servicios, la organización comunitaria, la infraestructura de servicios esenciales, la infraestructura de salud, la educación, la promoción de la salud, las barreras físicas y la necesidad de espacios saludables y seguros. Cabe mencionar que las comparaciones o hallazgos no necesariamente son representativos de las regiones geográficas dada la metodología de recopilación de información utilizada. Sin embargo, resulta un indicador relevante para resaltar ejes temáticos sobresalientes.

Los hallazgos generales reflejan que las comunidades y entidades participantes identificaron activos importantes, tales como acceso a servicios, colaboración intersectorial, compromiso organizacional, personal capacitado, liderazgo y organización comunitaria. A su vez, señalaron barreras significativas relacionadas con la transportación, infraestructura física, continuidad de servicios, vivienda, seguridad alimentaria, salud mental, envejecimiento poblacional, brecha tecnológica, fuga de profesionales y efectos acumulativos de desastres naturales y emergencias de salud pública. En conjunto, este componente cualitativo contribuye a orientar la priorización de problemas, el diseño de planes de mejora en salud, la asignación de recursos y el fortalecimiento de las alianzas entre instituciones y comunidades.

Dominio 1: Fortalezas y cualidades de la comunidad

En el dominio presentado a continuación, se discutieron las principales fortalezas y cualidades de la comunidad desde la perspectiva de los participantes de las entidades de cada región de salud y municipio que formaron parte de este esfuerzo.

D1.1 ¿Cuáles son las tres principales fortalezas que identifica en la comunidad en la cual se desenvuelve su entidad?

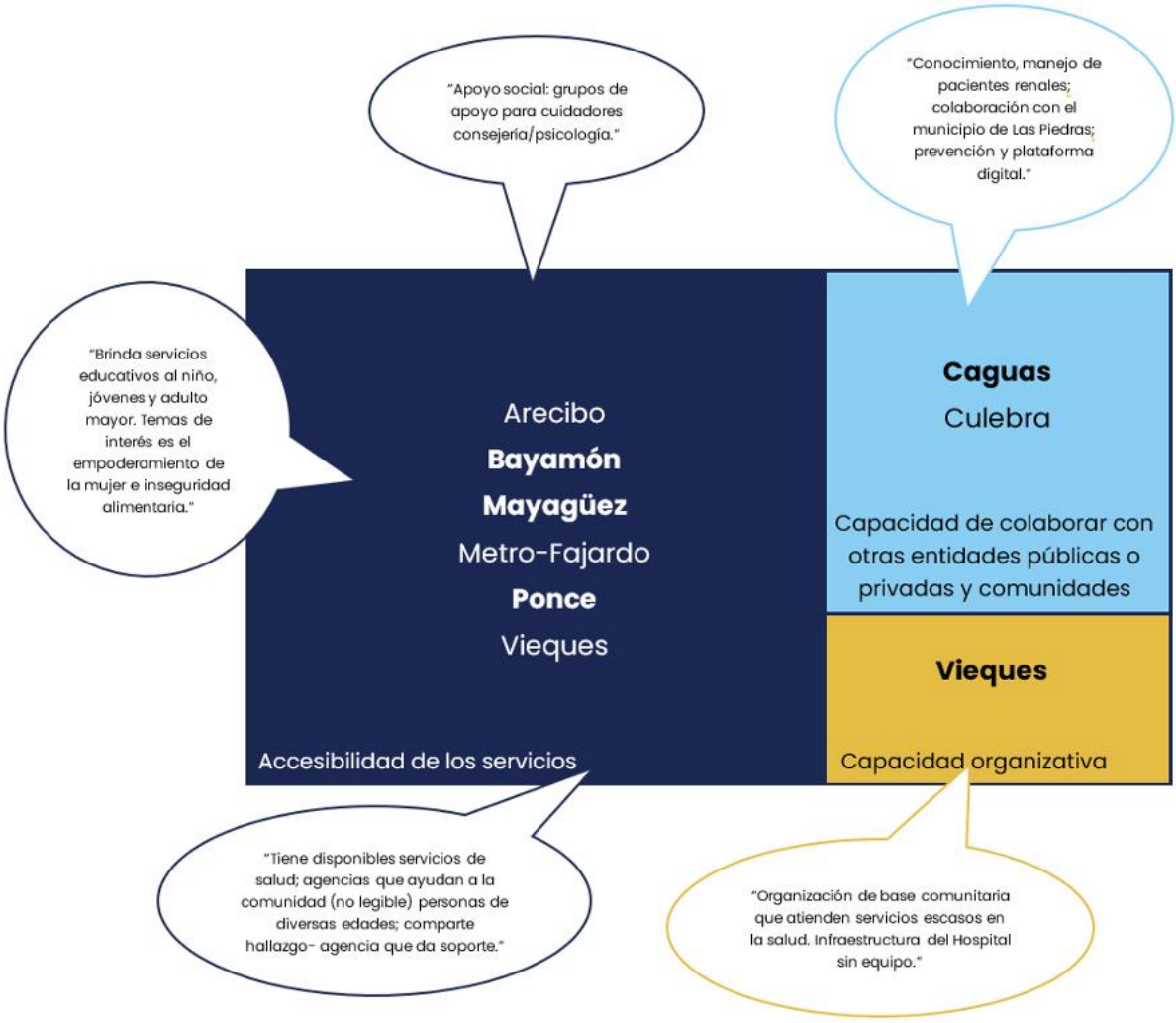
Para esta pregunta surgieron tres ejes temáticos principales.

En el eje temático de **Accesibilidad de los servicios**, se agrupan percepciones relacionadas con la disponibilidad de servicios esenciales en las áreas de salud, educación, apoyo social y acompañamiento. En el eje de **Capacidad de colaborar con otras entidades públicas o privadas y comunidades**, se incluyen percepciones sobre la capacidad de crear esfuerzos en conjunto. El eje de **Capacidad organizativa** recoge temas relacionados con las habilidades para coordinar recursos (ver Anejo 4 para definiciones completas).

En la Figura 2.1 se observa que la mayoría de las regiones de salud/municipios reportaron con mayor frecuencia percepciones relacionadas con la Accesibilidad de los servicios. En contraste, Vieques reportó con mayor frecuencia temas vinculados a la Capacidad organizativa y Accesibilidad de los servicios.

Figura 2.1

Distribución de regiones de salud y municipios seleccionados a través de los ejes temáticos que predominaron para la pregunta: ¿Cuáles son las tres principales fortalezas que identifica en la comunidad en la cual se desenvuelve su entidad?



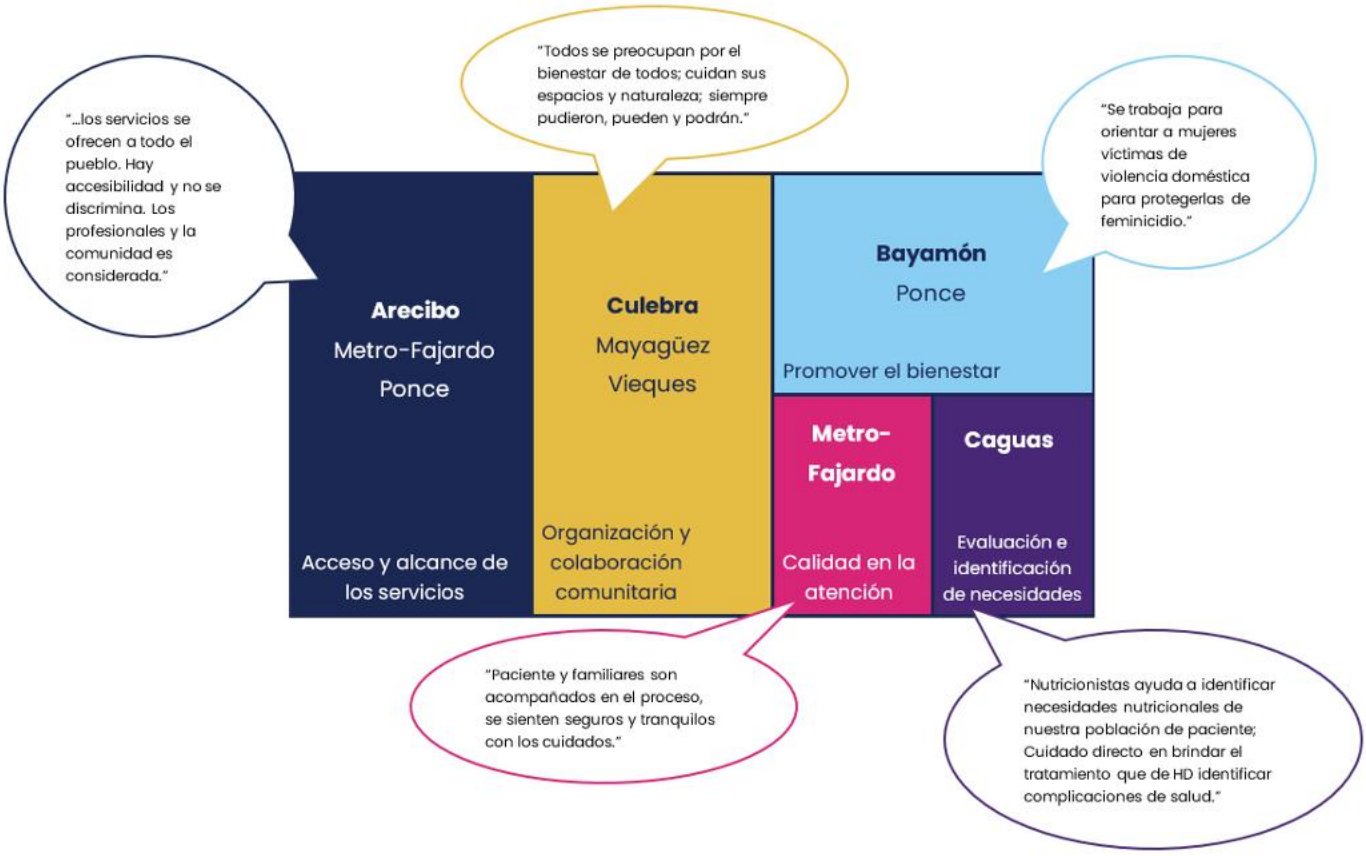
D1.2 ¿Cómo estas fortalezas contribuyen a obtener un mejor estado de la salud comunitaria?

Para esta pregunta surgieron cinco ejes temáticos principales. El tema de **acceso y alcance de los servicios** se refiere a la presencia de servicios de programas preventivos, recursos tecnológicos y personal disponible. Mientras, el tema de **organización y colaboración comunitaria** se asocia con las fortalezas que contribuyen a establecer alianzas y desarrollar planes de trabajo colectivos. Por otro lado, el tema de **promover el bienestar** identifica el apoyo social, emocional y económico. El tema de **calidad en la atención** se enfoca en que los servicios se presten desde los valores humanos fundamentales. El eje de **evaluación en identificación de necesidades** refleja la contribución de los proveedores de servicios que permiten crear un plan de cuidado ajustado a la realidad de cada persona (ver Anejo 5 para definiciones completas).

Al comparar los ejes temáticos de qué fortalezas contribuyen a un mejor estado de salud comunitaria, la Figura 2.2 muestra que las categorías de acceso y alcance de los servicios, así como la organización y colaboración comunitaria, fueron las más frecuentes con tres regiones o municipios identificados, respectivamente. El tema de promover el bienestar fue resaltado por dos regiones y los temas de calidad en la atención y la evaluación en identificación de necesidades fueron identificados por una región cada uno.

Figura 2.2

Distribución de los ejes temáticos principales, identificados por los participantes de las entidades en las regiones de salud y municipios seleccionados para la pregunta: ¿Cómo estas fortalezas contribuyen a obtener un mejor estado de la salud comunitaria?



Dominio 2: Entorno construido

En el dominio a continuación se discuten aspectos generados que influyen en la salud general de la comunidad desde la perspectiva de los participantes de las entidades de cada región de salud y municipio seleccionado que formaron parte de los conversatorios regionales.

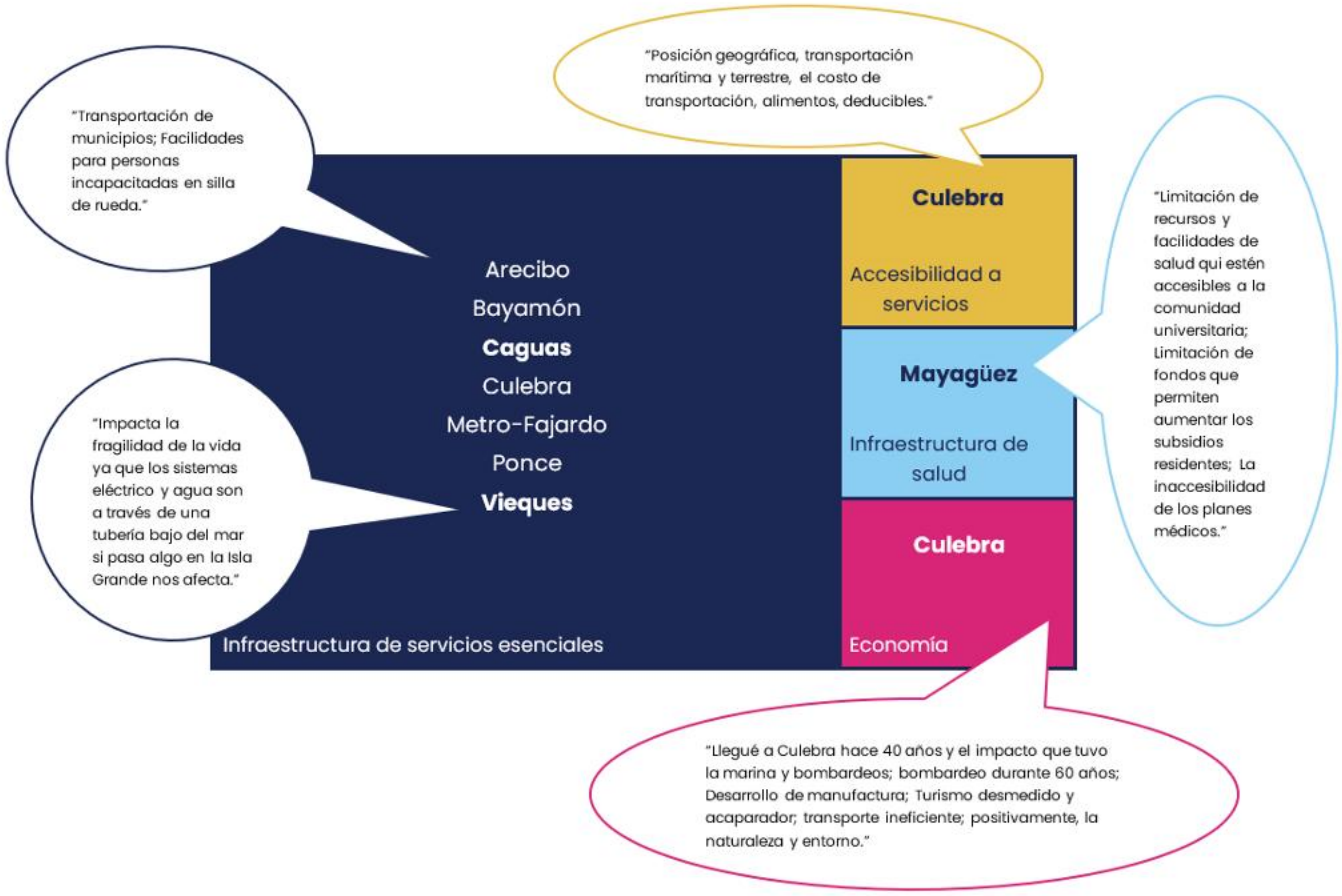
D2.1 ¿Qué aspectos del entorno construido impactan la salud de la comunidad?

Para esta pregunta surgieron cuatro ejes temáticos principales. El tema de **infraestructura de servicios esenciales** se refiere a contrastes entre recursos que fortalecen la calidad de vida y las carencias estructurales. Mientras, el eje temático de **accesibilidad a servicios** se asocia con la capacidad de acceder a servicios esenciales. Por otro lado, la **infraestructura de salud** presenta elementos estructurales de salud fragmentados, desiguales que afectan la disponibilidad de los servicios. El eje de **economía** refleja situaciones económicas que exacerban las situaciones de salud (ver Anejo 5 para definiciones completas).

Cuando se compararon los ejes temáticos por regiones, se destaca que el tema de infraestructura de servicios esenciales fue el más frecuente (véase la Figura 2.3). Por el contrario, los temas de accesibilidad a servicios, infraestructura de salud, y economía fueron resaltados por una sola región de salud o municipio.

Figura 2.3

Distribución de los ejes temáticos principales, identificados por los participantes de las entidades en las regiones de salud y municipios seleccionados para la pregunta: ¿Qué aspectos del entorno construido impactan la salud de la comunidad?



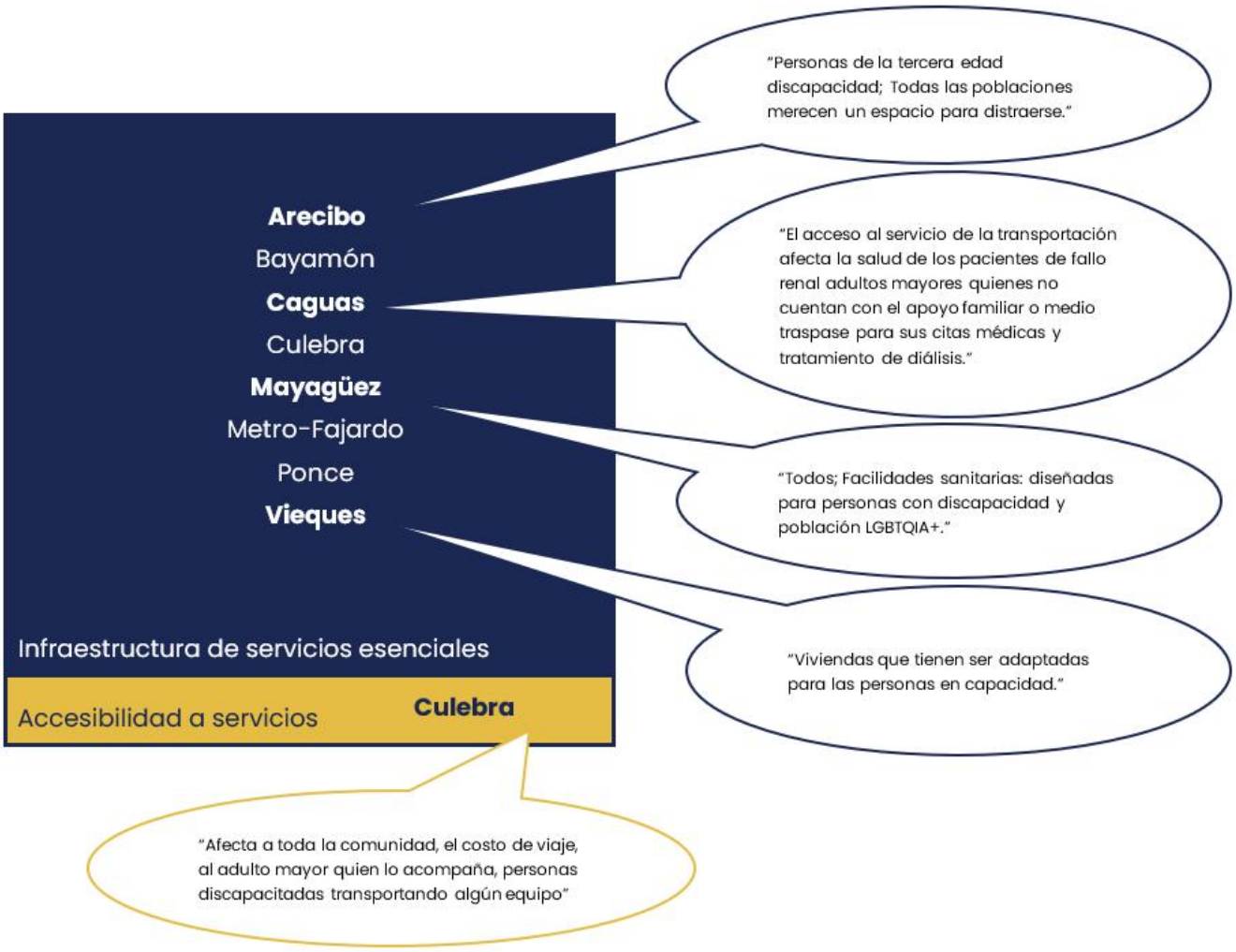
D2.2 ¿Cuáles impactan particularmente el estado de salud de grupos vulnerados presentes en su comunidad?

Para esta pregunta surgieron dos ejes temáticos principales. El eje temático de **infraestructura de servicios esenciales** resulta una estructura fragmentada y desigual que afecta la accesibilidad, continuidad y calidad de los servicios. Por otro lado, el eje temático de **accesibilidad a servicios** se refiere a la capacidad de acceder a servicios esenciales (ver Anejo 5 para definiciones completas).

El Diagrama 4 destaca que el tema de infraestructura de servicios esenciales fue el más frecuente para todas las regiones y municipios. Por el contrario, los temas de accesibilidad a servicios, infraestructura de salud y economía fueron especialmente resaltados por el municipio de Culebra.

Figura 2.4

Distribución de los ejes temáticos principales, identificados por los participantes de las entidades en las regiones de salud y municipios seleccionados para la pregunta: ¿Cuáles impactan particularmente el estado de salud de grupos vulnerados presentes en su comunidad?



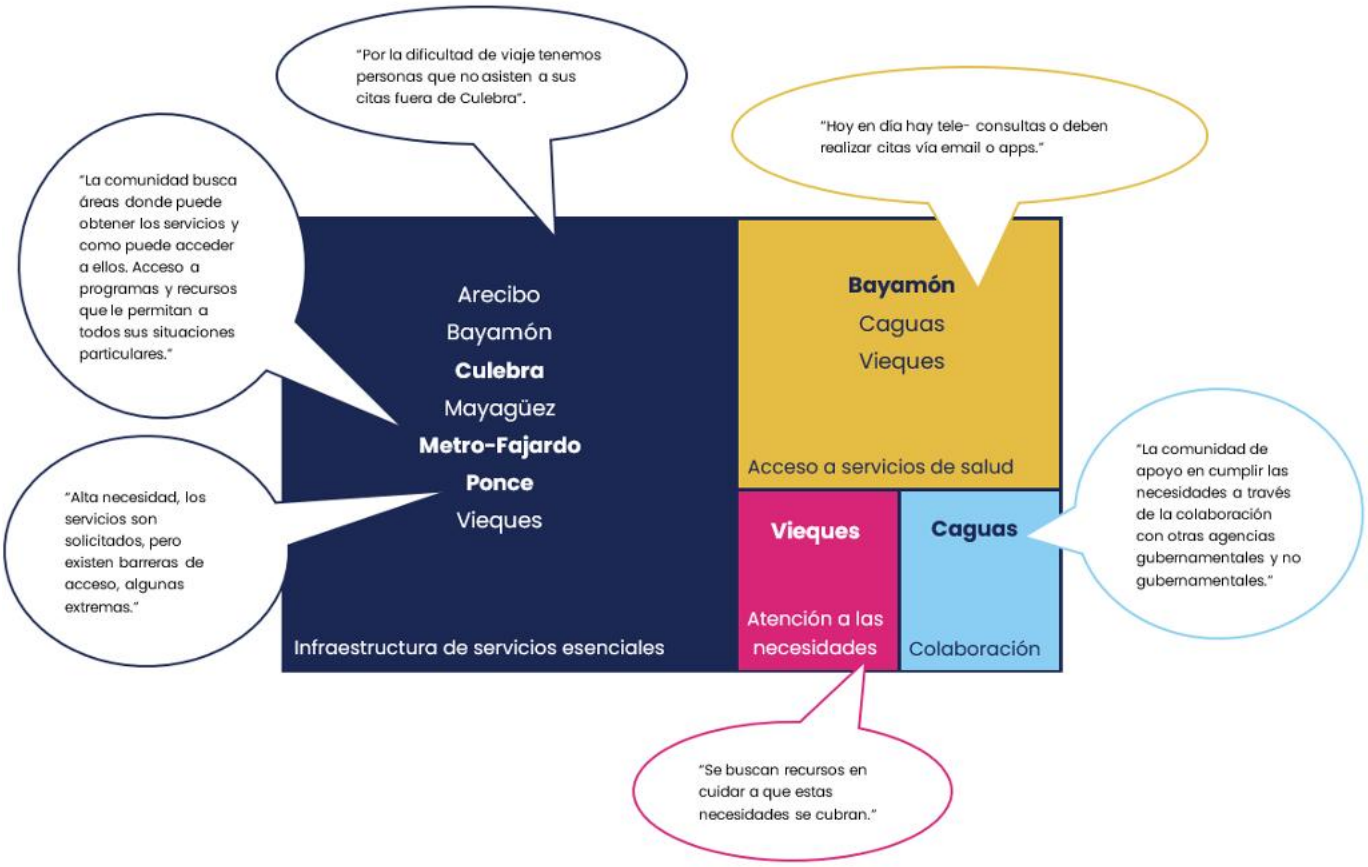
D2.3. ¿Cómo la comunidad interactúa/utiliza estos elementos identificados del entorno construido?

Para esta pregunta surgieron cuatro ejes temáticos principales. El tema de **infraestructura de servicios esenciales** sugiere asuntos estructurales que pueden afectar la disponibilidad de los servicios. El tema de **accesibilidad a servicios de salud** se refiere a la capacidad de acceder a servicios esenciales. Mientras, el eje temático de **atención a las necesidades** aborda el entorno construido guiado por las necesidades de cada población. Por último, la **colaboración** agrupa la capacidad colaborativa y el contexto que puede o no facilitar la creación de alianzas y redes de apoyo (ver Anejo 5 para definiciones completas).

El Diagrama 5 ilustra el tema de infraestructura de servicios esenciales fue el más frecuente para la mayoría de las regiones y municipios seleccionados. El acceso a servicios de salud fue un eje temático que resultó con mayor cantidad para tres regiones. Por otro lado, el tema de atención a las necesidades fue uno sobresaliente para el municipio de Vieques y el tema de colaboración para la Región de Salud de Caguas.

Figura 2.5

Distribución de los ejes temáticos principales, identificados por los participantes de las entidades en las regiones de salud y municipios seleccionados para la pregunta: ¿Cómo la comunidad interactúa/utiliza estos elementos identificados del entorno construido?



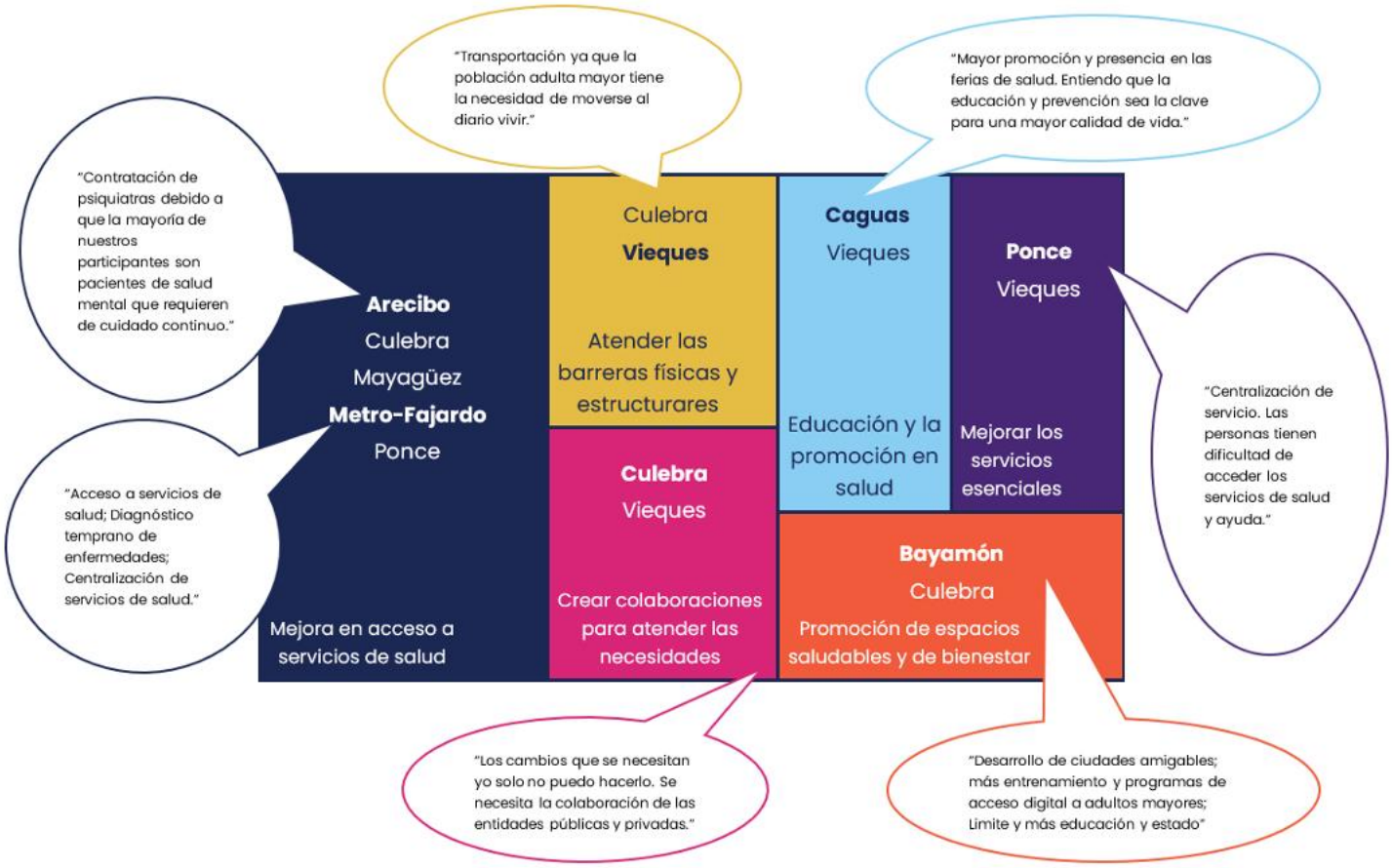
D2.4. ¿Cuál sería el principal cambio en el entorno que realizaría para mejorar la salud de la comunidad que atiende o representa su entidad?

Para esta pregunta surgieron seis ejes temáticos principales. El tema de **mejora en el acceso a servicios de salud** se refiere a cuán limitada se encuentra la salud de la comunidad. Mientras, el eje temático **atender las barreras físicas y estructurales** se asocia con la eliminación de las barreras físicas como aceras y transportación. Por otro lado, **crear colaboraciones para atender las necesidades** contiene la necesidad de establecer colaboraciones entre actores públicos, privados y comunitarios. El eje de **educación y la promoción en salud** resalta la importancia de fortalecer la educación y capacitación en salud. El eje temático de **mejorar los servicios esenciales** aborda las condiciones que permiten el acceso a los servicios. Por último, el tema de **promoción de espacios saludables y de bienestar** consiste en la necesidad de espacios accesibles, seguros y socialmente inclusivos que fomenten la autonomía (ver Anejo 5 para definiciones completas).

La Figura 2.6 muestra que el eje temático de mejora en el acceso a servicios de salud es uno sobresaliente para las regiones de Arecibo, Mayagüez, Metro-Fajardo, Ponce y el municipio de Culebra. Por su parte, los municipios de Culebra y Vieques identificaron que el tema de atender las barreras físicas y estructurales, y el tema de crear colaboraciones para atender las necesidades son dos áreas prioritarias. El eje temático de educación y la promoción de la salud fue más común para la región de Caguas y el municipio de Vieques. Mientras el eje de mejorar los servicios esenciales fue más frecuente entre la región de Ponce y el municipio de Vieques. Por último, el tema de promoción de espacios saludables y de bienestar fue identificado principalmente en la región de Bayamón y el municipio de Culebra.

Figura 2.6

Distribución de los ejes temáticos principales, identificados por los participantes de las entidades en las regiones de salud y municipios seleccionados para la pregunta: ¿Cuál sería el principal cambio en el entorno que realizaría para mejorar la salud de la comunidad que atiende o representa su entidad?



Domino 3: Fuerzas de cambio

En el dominio presentado a continuación, se discutieron aquellas fuerzas externas que pueden afectar tanto a la comunidad como a la salud pública desde la perspectiva de los participantes de las entidades de cada región de salud y municipio que formaron parte de este esfuerzo.

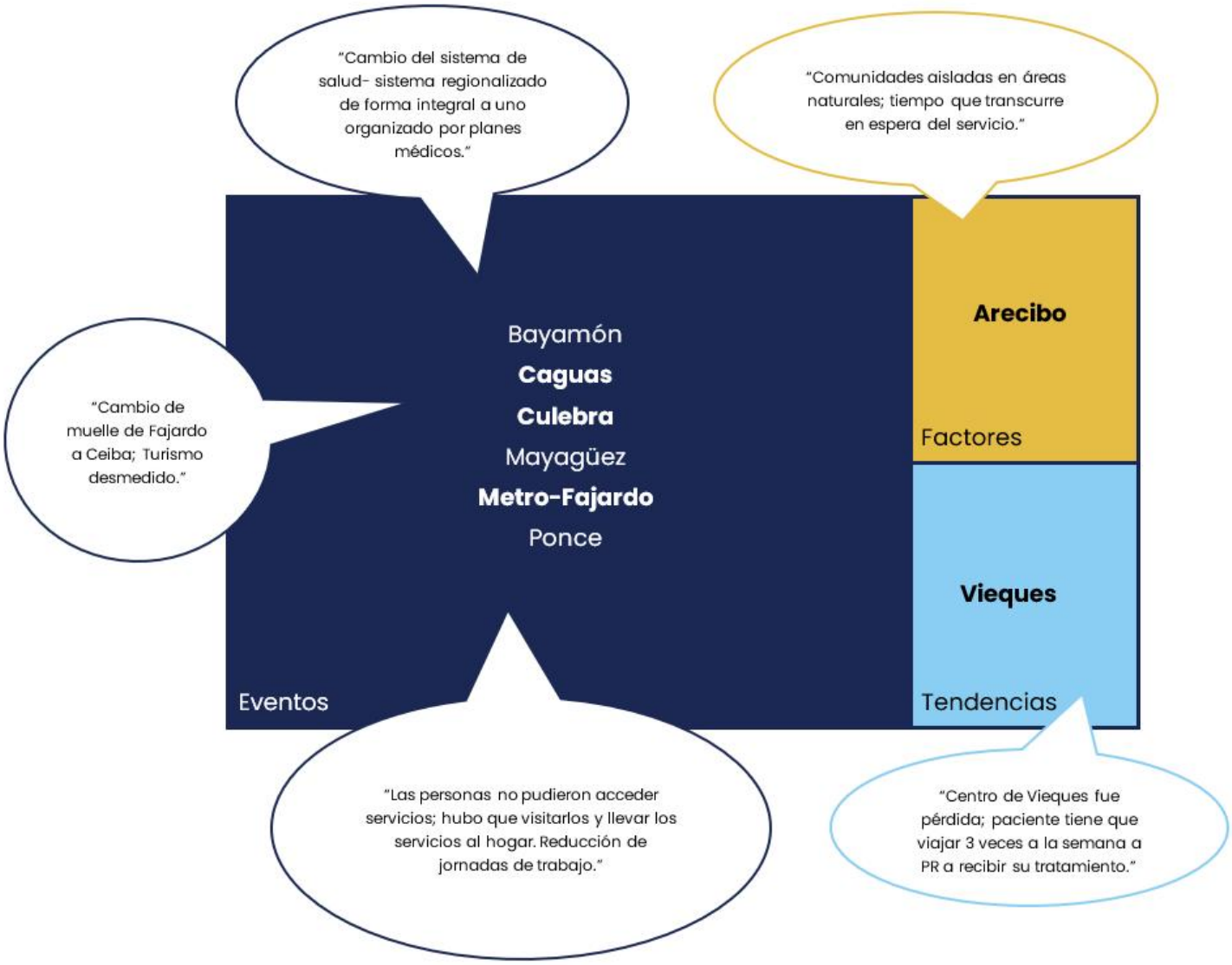
D3.1. ¿Qué eventos, tendencias o factores suceden en la comunidad que atiende/ representa su entidad, o en el entorno de la misma, que impacten la salud?

Para esta pregunta se establecieron tres ejes temáticos principales. En el eje temático de **Eventos**, se agrupan percepciones relacionadas con aquellos sucesos que ocurren una única vez, pero que de igual manera han impactado la salud. En el eje de **Tendencias**, se incluyen percepciones sobre aquellos patrones ocurridos a través del tiempo. El eje de **Factores** recoge temas relacionados con elementos o circunstancias específicas en la comunidad (ver Anejo 5 para definiciones completas).

En la Figura 2.7 se observa que la mayoría de las regiones de salud/municipios reportaron una mayor cantidad de percepciones relacionadas con Eventos. Por otro lado, Arecibo reportó mayor frecuencia de temas vinculados a Factores. El mayor número de percepciones sobre temas relacionados a Tendencias fueron reportadas por Vieques.

Figura 2.7

Distribución de regiones de salud/municipios a través de los ejes temáticos que predominaron para la pregunta: ¿Qué eventos, tendencias o factores suceden en la comunidad que atiende/ representa su entidad, o en el entorno de la misma, que impacten la salud?



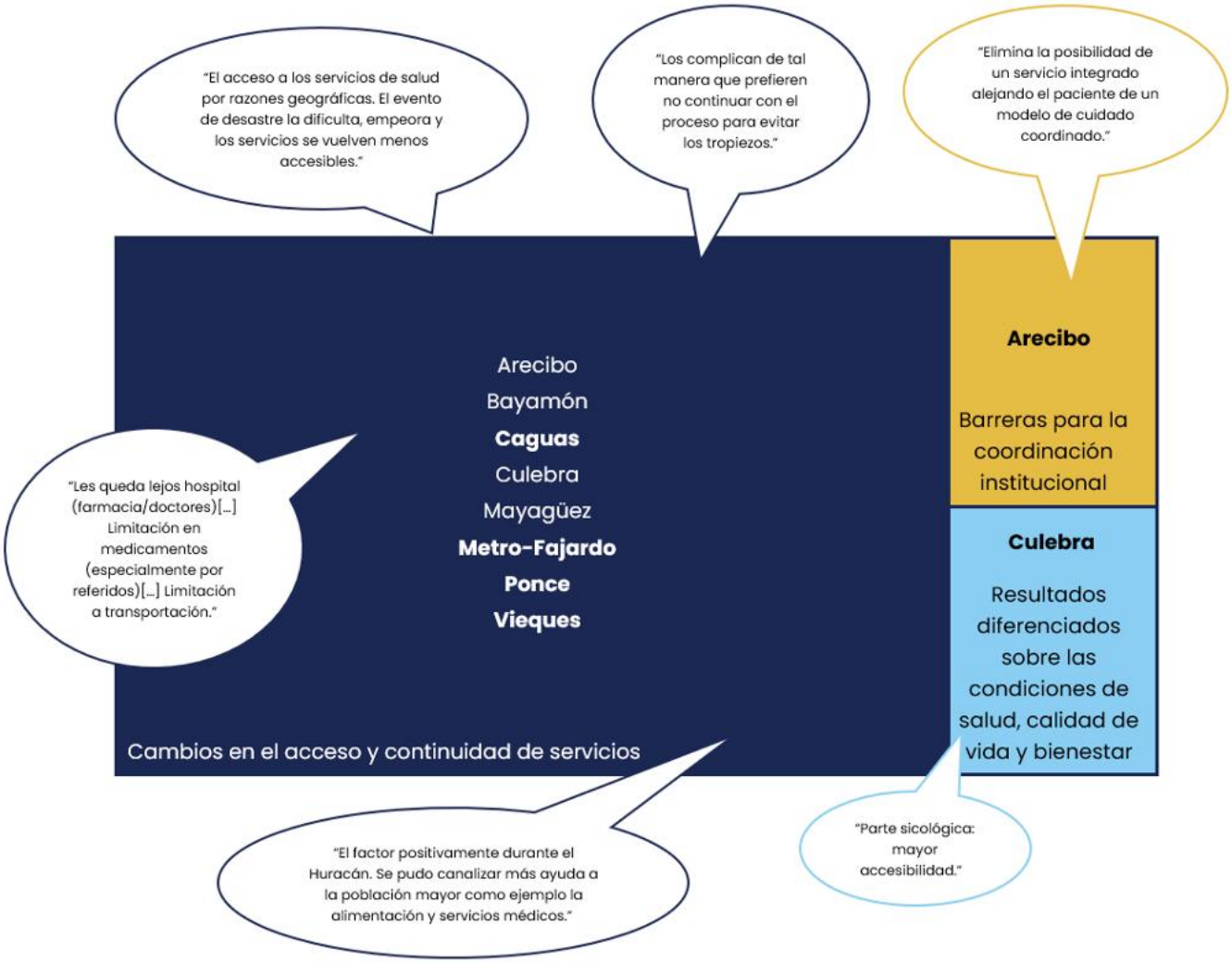
D3.2. ¿Cómo estos eventos, tendencias o factores impactan la salud de la comunidad a la cual su entidad sirve?

Para esta pregunta surgieron tres ejes temáticos principales. En el eje temático de **Cambios en el acceso y continuidad de servicios**, se agrupan percepciones sobre situaciones que impactaron de alguna manera la salud de la comunidad, como consecuencia de los cambios positivos o negativos para el acceso y la continuidad de los servicios ofrecidos, o como consecuencia de los cambios relacionados con elementos externos a la entidad. Para el eje de **Barreras para la coordinación institucional**, se incluyen percepciones sobre situaciones que impactaron de alguna manera la salud de la comunidad, como consecuencia de las barreras para la coordinación efectiva de respuestas institucionales y procesos incluidos en las políticas públicas actuales. El eje de **Resultados diferenciados sobre las condiciones de salud, calidad de vida y bienestar,** recoge temas relacionados con situaciones que impactaron de alguna manera la salud de la comunidad, como consecuencia de los resultados diferenciados sobre las condiciones de salud, así como la calidad de vida y bienestar general, e incluso las muertes por diversas razones (ver Anejo 5 para definiciones completas).

En la Figura 2.8 se observa que la mayoría de las regiones de salud/municipios reportaron una mayor frecuencia de percepciones relacionadas con cambios en el acceso y la continuidad de servicios. Por otra parte, Arecibo reportó igual cantidad de temas vinculados a dos ejes temáticos. Cambios en el acceso y continuidad de servicios y Barreras para la coordinación institucional. De igual manera, Culebra reportó la misma cantidad de temas para dos ejes temáticos, Cambios en el acceso y continuidad de servicios y Resultados diferenciados sobre las condiciones de salud, calidad de vida y bienestar.

Figura 2.8

Distribución de regiones de salud/municipios a través de los ejes temáticos que predominaron para la pregunta: ¿Cómo estos eventos, tendencias o factores impactan la salud de la comunidad a la cual su entidad sirve?



D3.3. ¿Cuáles poblaciones en la comunidad que atiende su entidad se ven particularmente afectadas por los eventos, tendencias o factores descritos anteriormente?

Para esta pregunta, los participantes surgieron dos ejes temáticos principales. En el eje temático de **poblaciones basadas en edad**, se agruparon las respuestas que indicaron el criterio de personas con grupos de edad específicos como objetivo principal de los servicios provistos por su entidad y que se ven afectadas por los eventos, tendencias o factores que suceden en la comunidad como fuerzas de cambio. Para el eje de **población general sin distinciones,** se agrupan respuestas que identificaron a la población general como objetivo principal de los servicios provistos por la entidad y que se ven afectadas por los eventos, tendencias o factores que suceden en la comunidad como fuerzas de cambio (ver Anejo 5 para definiciones completas).

En la Figura 2.9 se observa que la mayoría de las regiones de salud/municipios reportaron mayor frecuencia de percepciones relacionadas con el eje de Poblaciones basadas en edad. Mientras que, Culebra reportó mayor cantidad de percepciones relacionadas con la población general sin distinciones.

Figura 2.9

Distribución de regiones de salud/municipios a través de los ejes temáticos que predominaron para la pregunta: ¿Cuáles poblaciones en la comunidad que atiende su entidad se ven particularmente afectadas por los eventos, tendencias o factores descritos anteriormente?



Limitaciones

Las limitaciones de esta iniciativa incluyeron la presencia de errores sistemáticos, como el sesgo de medición, que impidieron la incorporación de ciertas preguntas; no obstante, las preguntas excluidas no comprometieron el objetivo final de cada dominio evaluado. La ausencia de programas cualitativos y grabadoras pudo haber introducido sesgo de investigador (errores introducidos cuando los investigadores influyen de manera inconsciente o consciente sobre el estudio) y sesgo de memoria (error introducido cuando no se recuerdan detalles, observaciones, etc.).

Dicho esto, se tomaron medidas para minimizar el margen de error introducido por el humano, tales como la estandarización de definiciones para cada eje temático y la revisión de las clasificaciones por varios codificadores para asegurar la fiabilidad. Asimismo, por limitaciones de tiempo y recursos humanos, fue necesario unir las regiones de salud Metropolitana y Fajardo. Por otro lado, los narrativos presentados corresponden a las percepciones de los participantes pertenecientes a las entidades involucradas en el esfuerzo, por lo que no representan la realidad completa de las regiones o municipios. Aun así, se procuró visibilizar las islas municipio del archipiélago de Puerto Rico, como Vieques y Culebra, para no perder de perspectiva las particularidades geográficas inherentes a cada una. Finalmente, este esfuerzo establece una base inicial para futuras iniciativas que permitan ampliar la comprensión de las realidades que viven las comunidades a lo largo de la isla.

Conclusión

El análisis realizado sobre las Conversaciones Regionales revela un conjunto amplio y coherente de temas centrales que se entrelazan para ofrecer una mirada profunda sobre las condiciones, fortalezas y desafíos que configuran la salud comunitaria en Puerto Rico. Entre los temas principales destacan: la accesibilidad y calidad de los servicios, la organización y colaboración comunitaria, el desarrollo de capacidades institucionales y ciudadanas, las barreras estructurales del entorno construido, y las fuerzas de cambio: eventos, factores y tendencias que exacerban vulnerabilidades preexistentes. Estos temas se relacionan entre sí como partes de un mismo sistema: los determinantes sociales y estructurales de la salud. La accesibilidad, por ejemplo, depende tanto de la infraestructura física como de la presencia de recursos humanos, lo cual a su vez se ve afectado por eventos atmosféricos, políticas públicas y la fuga de profesionales. Del mismo modo, la alfabetización en salud, el trato digno y la calidad de atención por parte de los proveedores de servicios emergen como respuestas comunitarias que buscan contrarrestar desigualdades estructurales y promover bienestar colectivo.

Los resultados revelan que la salud de las comunidades está determinada no solamente por el acceso a servicios, sino por un entramado complejo de factores sociales, económicos, ambientales y políticos. Los datos evidencian una población que enfrenta múltiples barreras, geográficas, tecnológicas, económicas, administrativas y de infraestructura que repercuten en la continuidad del cuidado, la calidad de vida y la seguridad física y emocional. Este análisis muestra la importancia crítica de la colaboración interagencial, la capacidad de organización comunitaria, la resiliencia colectiva y el rol del liderazgo comunitario como elementos que amortiguan los efectos de un entorno desigual. Asimismo, resalta que poblaciones vulneradas, como adultos mayores, personas con discapacidad, familias con bajos

ingresos, menores, personas con condiciones crónicas y comunidades rurales, continúan recibiendo impactos adversos acumulativos que profundizan inequidades históricas. Reconocer estos patrones es fundamental para orientar políticas, intervenciones y recursos hacia la justicia social y de salud.

En la identificación de temáticas predominantes por regiones de salud y municipios, se observó que, aunque la mayoría de las regiones destacan consistentemente la accesibilidad y la infraestructura de servicios esenciales como temas prioritarios, cada región o municipio refleja necesidades particulares. En el caso del municipio de Vieques, este sobresale por enfatizar barreras físicas (transportación), aspectos estructurales y temas vinculados a la capacidad organizativa. Por su parte, en el municipio de Culebra resaltan con mayor frecuencia asuntos relacionados con la infraestructura de salud, la economía y las poblaciones generales, además del acceso a servicios. Tanto Vieques como Culebra identificaron que atender las barreras físicas y estructurales, así como crear colaboraciones para responder a las necesidades, son áreas prioritarias.

Las regiones como Arecibo presentan un enfoque entre factores y barreras para la coordinación institucional, mientras que la región de Caguas distingue la colaboración comunitaria y la promoción de la salud como prioridades. Por último, en la región de Ponce y en el municipio de Vieques se destaca la necesidad de mejorar los servicios esenciales. A su vez, en las regiones de Arecibo, Mayagüez, Metro-Fajardo, Ponce y en el municipio de Culebra, se identificó la necesidad de fortalecer el acceso a servicios de salud.

En conjunto, el estudio aporta conocimiento nuevo al ofrecer una comprensión estructurada, detallada y fundamentada de diversas voces sobre cómo interactúan la comunidad, las entidades de servicio y el entorno construido. Amplía la evidencia existente al documentar de manera sistemática las relaciones entre capacidades

comunitarias y barreras estructurales, mostrando que la salud comunitaria no puede mejorarse sin atender simultáneamente factores físicos, sociales, ambientales, de gobernanza y de infraestructura. Además, desafía visiones fragmentadas que se han tenido del sistema al demostrar que las respuestas institucionales, comunitarias y gubernamentales deben integrarse para lograr transformaciones sostenibles. Las fortalezas que ya existen en las comunidades, el compromiso, la colaboración, alfabetización en salud, liderazgo comunitario y redes de apoyo identificados en las respuestas, ofrecen un punto de partida para el diseño de estrategias más inclusivas, equitativas y adaptadas a las realidades de los grupos poblacionales y las comunidades.



SECCIÓN 3:
EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA COMUNIDAD



CAPÍTULO 1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE PUERTO RICO

Conceptos claves

1. **Cambio porcentual de la población**: es el cálculo que permite identificar el aumento (valores positivos) o la disminución (valores negativos) de la población entre dos años de referencia (Red State Data Center de Puerto Rico [SDC-PR], 2017; Universidad de Puerto Rico - Recinto de Ciencias Médicas [UPR-RCM], 2023).
2. **Cubierta de salud**: son los planes y programas que brindan cobertura de salud integral a las personas, que pueden incluir categorías, tales como: plan proporcionado por un empleador o sindicato, plan adquirido por un individuo a una empresa privada, *TRICARE* u otro plan de atención médica militar; programas federales *Medicare*, *Medicaid* y Atención Médica de Veteranos (proporcionada a través del Departamento de Asuntos de Veteranos), así como el Programa de Seguro Médico para Niños (*CHIP*) y planes de salud estatales individuales (U.S. Census Bureau, 2023a).
3. **Discapacidad**: es la clasificación de estatus a base de seis respuestas, en las que se incluyen: niños menores de 5 años con dificultades auditivas y visuales, niños de entre 5 y 14 años con dificultades auditivas, visuales, cognitivas, ambulatorias y de autocuidado y, personas de 15 años o más, con cualquiera de los seis tipos de discapacidades, incluyendo dificultad para la vida independiente (U.S. Census Bureau, 2023a).
4. **Estado de empleo**: es la clasificación de las personas de acuerdo con las categorías laborales del país (Oxford Reference, 2024). Para Estados Unidos y Puerto Rico, estas categorías son:
    a. ***En la fuerza laboral***: a) toda aquella persona de 16 años o más que se encuentre empleada y laborando; b) persona empleada, pero ausente por motivo de enfermedad, maternidad u otro motivo; c) persona

desempleada, pero activamente buscando trabajo; y d) personas activas en las fuerzas armadas (U.S. Census Bureau, s.f.-a).

b. ***Fuera de la fuerza laboral***: toda persona de 16 años o más que se encuentra desempleada y no está buscando trabajo, como, por ejemplo: estudiantes, personas retiradas, cuidadores de hogares y personas institucionalizadas (U.S. Census Bureau, s.f.-b).

5. **Estado marital (estado civil)**: es el estado de cada individuo con relación a las leyes o costumbres matrimoniales de un país. Incluyen las modalidades de: soltero/a, casado/a, viudo/a, separado/a y divorciado/a (U.S. Census Bureau, 2024a).
6. **Estimados poblacionales**: son los cálculos estadísticos que toman en cuenta las características sociodemográficas (edad, sexo y otras variables) y los eventos vitales (nacimientos, muertes y migración) para estimar el tamaño y la distribución de la población en algún punto del tiempo (U.S. Census Bureau, 2021a, 2021b).
7. **Ingreso del hogar**: se refiere a los ingresos de la jefatura del hogar y las demás personas (de 15 años o más) que residen en la misma vivienda, estén o no relacionados con la jefatura del hogar (U.S. Census Bureau, 2023a).
8. **Ingreso familiar**: se refiere a los ingresos de todas las personas (de 15 años o más) que residen dentro de la misma vivienda y están relacionados con la jefatura del hogar (U.S. Census Bureau, 2023a).
9. **Migración neta**: es la diferencia entre el efecto de la inmigración (personas que llegan de su país de origen para residir en otro país) y la emigración (personas que se van de su país de origen para residir en otro país) sobre la población de un país en un periodo determinado (Instituto Nacional de Estadística y Censo - Panamá [INEC], 2025).

10. **Migrante**: se refiere a toda persona que, por alguna razón u otra, ha tenido que mudarse de su país o región de origen, ya sea mediante fronteras internacionales (de un país a otro) o locales (dentro del mismo país) (Organizaciones de Naciones Unidas [ONU], s.f.).
11. **Nivel de educación**: se refiere al nivel educativo más alto que una persona ha completado al momento de llenar la Encuesta de la Comunidad para Puerto Rico (U.S. Census Bureau, 2021c). Para Estados Unidos y Puerto Rico, estas categorías son: menos de noveno (9no) grado, noveno (9no) a duodécimo (12mo) grado (sin diploma de escuela superior), diploma de escuela superior o equivalente, algunos créditos universitarios (sin diploma), grado asociado, bachillerato y escuela graduada o grado profesional (U.S. Census Bureau, 2021c).
12. **Pirámides poblacionales**: son representaciones gráficas que muestran la estructura (división) de la población, según la edad y el sexo, en un periodo de tiempo determinado (Bao, 2021).

Introducción

Los eventos poblacionales, tales como: los nacimientos, las muertes y la migración, son asuntos que impactan aspectos importantes del estado y progreso demográfico de un país (Eurostat, 2024). Por tanto, el conocer las características sociodemográficas de la población que habita un país permite comprender las situaciones sociales, económicas y de vivienda que influyen sobre su crecimiento o decrecimiento (Veroff, s.f.). Estas características determinan la necesidad de establecer políticas públicas, infraestructuras, programas y servicios adaptados a las necesidades de cada población (Eurostat, 2024).

En los pasados años, en Puerto Rico, a causa del paso de los huracanes Irma y María, los terremotos que desolaron la zona suroeste del país y la pandemia del COVID-19, se han generado importantes cambios en las dinámicas sociodemográficas (Oficina Central de Recuperación, Reconstrucción y Resiliencia [COR3], s.f.). Por tal razón, resulta fundamental prestar atención a las características y tendencias de la población para entender mejor sus necesidades, de manera que puedan tomarse decisiones informadas y articularse políticas públicas efectivas (Eurostat, 2024). Dichas características sociodemográficas son, por definición, la combinación de factores sociales y demográficos que describen a las personas que componen un grupo específico o una población (Amirnazmiafshar & Diana, 2022). Estos factores incluyen, pero no se limitan a: edad (años cumplidos), sexo (hombre o mujer), educación (nivel de escolaridad completada o alcanzada), estado marital o civil (soltero/a, casado/a, viudo/a o divorciado/a), estatus socioeconómico (nivel de ingreso o dinero con el que cuenta en un periodo de tiempo), entre otros (Amirnazmiafshar & Diana, 2022).

Asimismo, las características sociodemográficas son parte de lo que se conoce como determinantes sociales de la salud (DSS) (OPS, s.f.). De acuerdo con la

OPS, los DSS son: “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, e incluyendo los sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (OPS, s.f., 1er párr.). Estos sistemas se componen, pero no se limitan a: los sistemas de gobierno, los sistemas económicos, las normas o políticas sociales que rigen un país, la cultura, las creencias sociales y los factores psicosociales, conductuales o biológicos (OMS, 2025). Por tanto, las condiciones sociales en las que las personas se desarrollan y residen generan un impacto significativo en el bienestar público (Pedret-Llaberia et al., 2025).

Por consiguiente, los objetivos de este capítulo son los siguientes: 1) describir las características sociodemográficas de la población en Puerto Rico ; 2) presentar los cambios en la distribución poblacional estimada; 3) presentar pirámides poblacionales de los años 1950, 2000, 2010 y 2020; 4) describir la mediana de edad para el envejecimiento poblacional; 5) presentar el cambio porcentual de la población, por municipio; 6) presentar indicadores demográficos, tales como: nivel de educación alcanzado, estado marital civil, mediana de ingreso del hogar, mediana de ingreso familiar, estado de empleo de la población en Puerto Rico; y 7) presentar datos de la migración en Puerto Rico.

Metodología

Los datos estadísticos presentados en este capítulo comprenden el periodo de tiempo de 1950 y del 2000 al 2022. Estos fueron obtenidos mediante fuentes de acceso público del Negociado del Censo de los Estados Unidos (*U.S. Census Bureau*) y del Instituto de Estadísticas de Puerto Rico (IEPR). Las fuentes utilizadas del *U.S. Census Bureau* fueron el Informe del *Census of Population*: *1950 Volume II* y la Encuesta de la Comunidad para Puerto Rico (*PRCS*, por sus siglas en inglés). A su vez, para el IEPR, la fuente utilizada fue el Informe del Perfil del Migrante, 2021-2022. Los datos estadísticos recopilados fueron analizados mediante el editor de hojas de cálculo, *Microsoft Excel*, para generar un análisis descriptivo que presente el perfil sociodemográfico de la población de Puerto Rico.

Análisis descriptivo

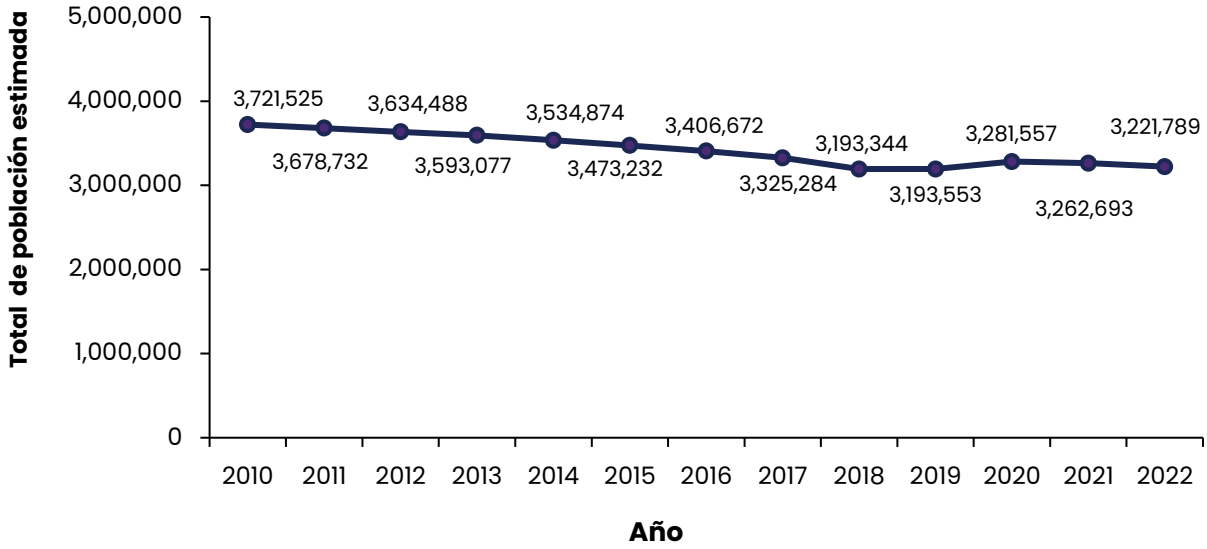
Estimados de población en Puerto Rico para el periodo del 2010 al 2022

Los estimados poblacionales son cálculos realizados para estimar el tamaño y la distribución de la población en algún punto del tiempo. Tomando en cuenta sus características sociodemográficas y eventos vitales que influyen sobre su tamaño, como lo son: los nacimientos, las muertes y la migración (U.S. Census Bureau, 2021a, 2021b).

La Figura 3.1.1, muestra el número de estimados poblacionales, en Puerto Rico, durante el periodo de tiempo del 2010 al 2022. El estimado poblacional presentó una disminución continua de 3,721,525 a 3,221,789 habitantes, para el respectivo periodo de tiempo. Esto indica una disminución de un 13.4% (499,736) habitantes menos.

Figura 3.1.1

Número de estimados poblacionales: Puerto Rico, 2010 al 2022



Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información del PRC-EST2020-SYASEX y el PRC-EST2022-AGESEX (U.S. Census Bureau, 2021d, 2023).

La Tabla 3.1.1, presenta el número de estimados poblacionales, por sexo, en Puerto Rico, durante el periodo de tiempo del 2010 al 2022. Tanto en los hombres como en las mujeres, se presentó una disminución continua en el estimado poblacional. En las mujeres, el estimado poblacional disminuyó de 1,938 (2010) a 1,699 (2022), mientras que, en los hombres, de 1,782 (2010) a 1,522 (2022).

Tabla 3.1.1

Número de estimados poblacionales, por sexo: Puerto Rico, 2010 al 2022

Año	Sexo	
	Hombres	Mujeres
2010	1,782	1,938
2011	1,763	1,915
2012	1,739	1,895
2013	1,720	1,872
2014	1,688	1,845
2015	1,656	1,816
2016	1,620	1,786
2017	1,580	1,744
2018	1,517	1,676
2019	1,515	1,677
2020	1,555	1,726
2021	1,544	1,718
2022	1,522	1,699

Nota. Los datos fueron obtenidos de *U.S. Census Bureau*, utilizando información del PRC- EST2020-SYASEX y el PRC-EST2022-AGESEX (U.S. Census Bureau, 2021d, 2023)

Pirámides poblacionales: Puerto Rico, 1950-2020

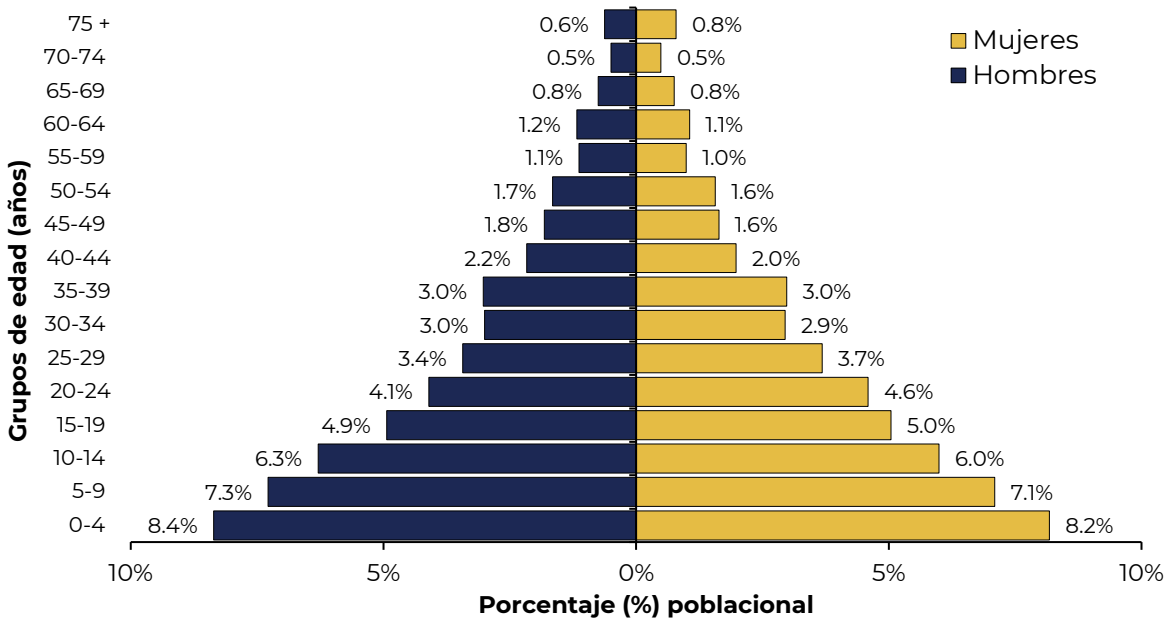
Las pirámides poblacionales son representaciones gráficas que muestran la estructura de la población, según la edad y el sexo (Bao, 2021). Una pirámide poblacional con una base ancha muestra una población joven (Institut National Detudes Démographiques [INED], s.f.). A medida que la base se va reduciendo, y el tope de la pirámide comienza a ensancharse, significa que esa población va envejeciendo (INED, s.f.).

Ciertos factores pueden influir o afectar la distribución por sexo y edad en las pirámides poblacionales (INED, s.f.). Eventos, tales como: una reducción en nacimientos, un aumento en muertes y situaciones que impulsen la migración (por ejemplo, guerras, eventos atmosféricos, como huracanes, terremotos, entre otros), pueden verse reflejados en la estructura de una pirámide poblacional para un periodo determinado (INED, s.f.).

La Figura 3.1.2, muestra la pirámide poblacional, por sexo y grupo de edad, en Puerto Rico, durante el año 1950. El mayor porcentaje de la población se registró en los grupos de edad de 0 a 4 años (8.4% en hombres y 8.2% en mujeres) y 5 a 9 años (7.3% en hombres y 7.1% en mujeres). Mientras, el menor porcentaje poblacional se reportó en los grupos de edad de 70 a 74 años (0.5% en hombres y 0.5% en mujeres) y 75 años o más (0.6% en hombres y 0.8% en mujeres). En 1950, Puerto Rico tenía una pirámide poblacional de estructura de edad joven (U.S. Bureau of the Census, 1953).

Figura 3.1.2

Pirámide poblacional, por sexo y grupo de edad: Puerto Rico, 1950

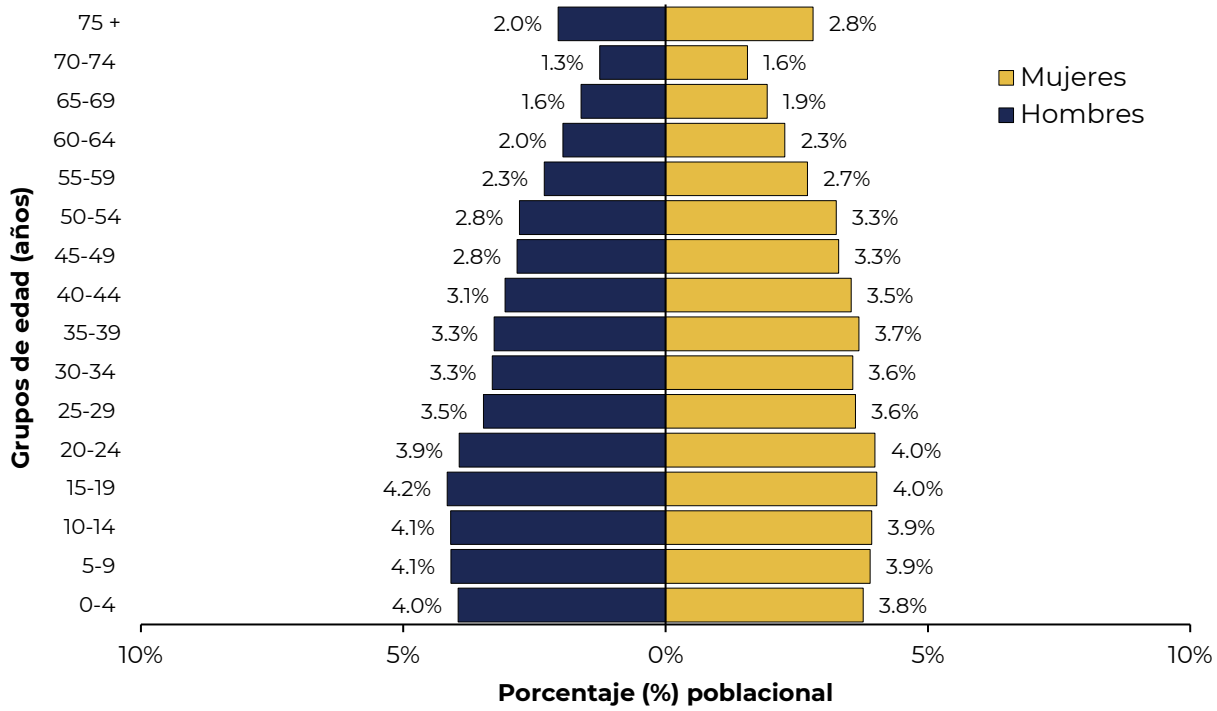


Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información del *Table 12. Age by Color and Sex, for Puerto Rico, Urban and Rural: 1950 and 1940. Census of Population: 1950 Volume II* (U.S. Census Bureau, 1953).

La Figura 3.1.3 presenta la pirámide poblacional, por sexo y grupo de edad, en Puerto Rico, durante el 2000. El porcentaje poblacional en los grupos de edad de 0 a 4 años (4.0% en hombres y 3.8% en mujeres) y 5 a 9 años (4.1% en hombres y 3.9% en mujeres) se redujo, en comparación con la pirámide poblacional de 1950. Sin embargo, el porcentaje poblacional para los grupos de edad de 70 a 74 años (1.3% en hombres y 1.6% en mujeres) y 75 años o más (2.0% en hombres y 2.8% en mujeres) registró un aumento, en comparación con la pirámide poblacional de 1950. Por consiguiente, la pirámide poblacional del año 2000 presenta una estructura de edad en transición hacia un tope ancho y una base estrecha, indicativo de una población en proceso de envejecimiento (U.S. Census Bureau, 2011; INED, s.f.).

Figura 3.1.3

Pirámide poblacional, por sexo y grupo de edad: Puerto Rico, 2000

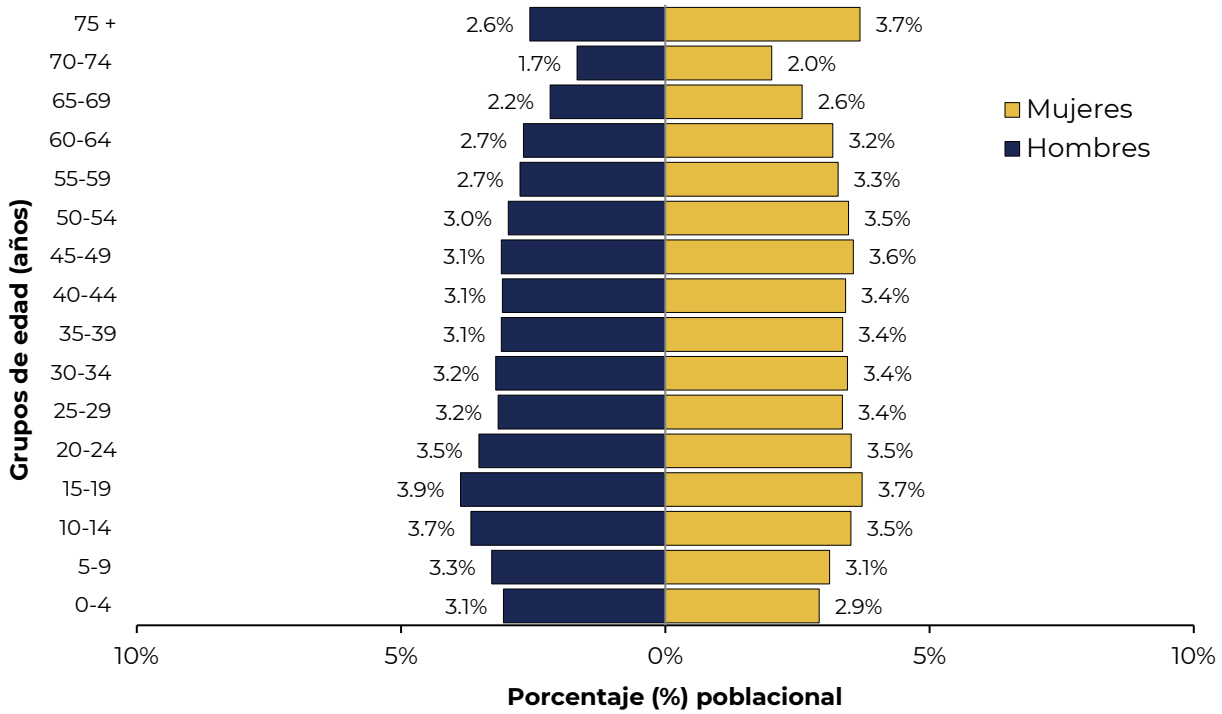


Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau* utilizando información del *Intercensal Estimates of the Resident Population by Sex and Age for Puerto Rico: April 1, 2000 to July 1, 2010* (PR-EST00INT-01) (U.S. Census Bureau, 2011).

La Figura 3.1.4, presenta la pirámide poblacional, por sexo y grupo de edad, en Puerto Rico, durante el año 2010. El porcentaje de la población por los grupos de edad de 0 a 4 años (3.1% en hombres y 2.9% en mujeres) y 5 a 9 años (3.3% en hombres y 3.1% en mujeres) continuó reduciéndose, en comparación con las pirámides poblacionales de los años 1950 y 2000. A su vez, el porcentaje poblacional para los grupos de edad de 70 a 74 años (1.7% en hombres y 2.0% en mujeres) y 75 años o más (2.6% en hombres y 3.7% en mujeres) continuó en aumento, en comparación con las pirámides poblacionales de los años 1950 y 2000. Estos cambios porcentuales entre las pirámides poblacionales de 1950 y 2000, muestran que, en el 2010, se comenzó a observar los efectos del proceso de descenso poblacional (SDC-PR, 2019).

Figura 3.1.4

Pirámide poblacional, por sexo y grupo de edad: Puerto Rico, 2010

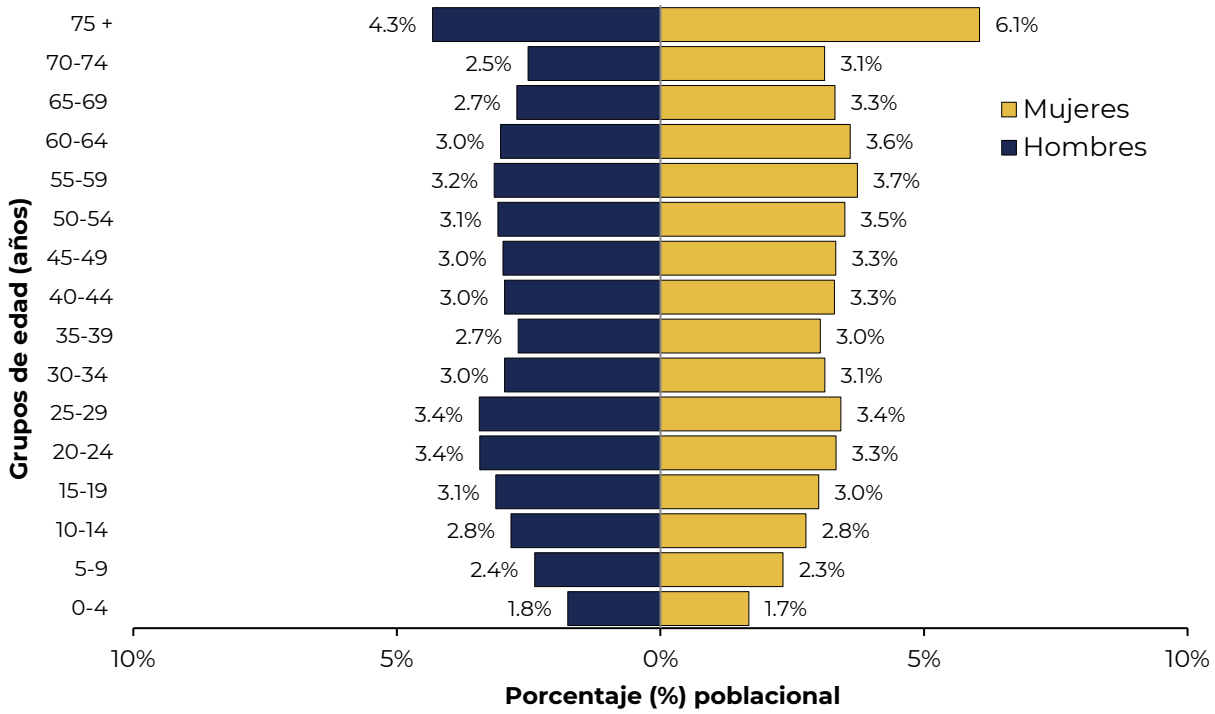


Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información del PRC-EST2019-AGESEX (U.S. Census Bureau, 2020d).

La Figura 3.1.5 presenta la pirámide poblacional, por sexo y grupo de edad, en Puerto Rico, durante el año 2020. El porcentaje poblacional en los grupos de edad de 0 a 4 años (1.8% en hombres y 1.7% en mujeres) y 5 a 9 años (2.4% en hombres y 2.3.% en mujeres) continuó en decrecimiento, en comparación con las pirámides poblacionales de los años 1950, 2000 y 2010. Mientras, el porcentaje poblacional para los grupos de edad de 70 a 74 años (2.5% en hombres y 3.1% en mujeres) y 75 años o más (4.3% en hombres y 6.1% en mujeres) continuó en incremento en comparación con las pirámides poblacionales de 1950, 2000 y 2010. Presentando de esta manera, en el 2020, se presenta una pirámide poblacional invertida que refleja el continuo envejecimiento de la población de Puerto Rico.

Figura 3.1.5

Pirámide poblacional, por sexo y grupo de edad: Puerto Rico, 2020



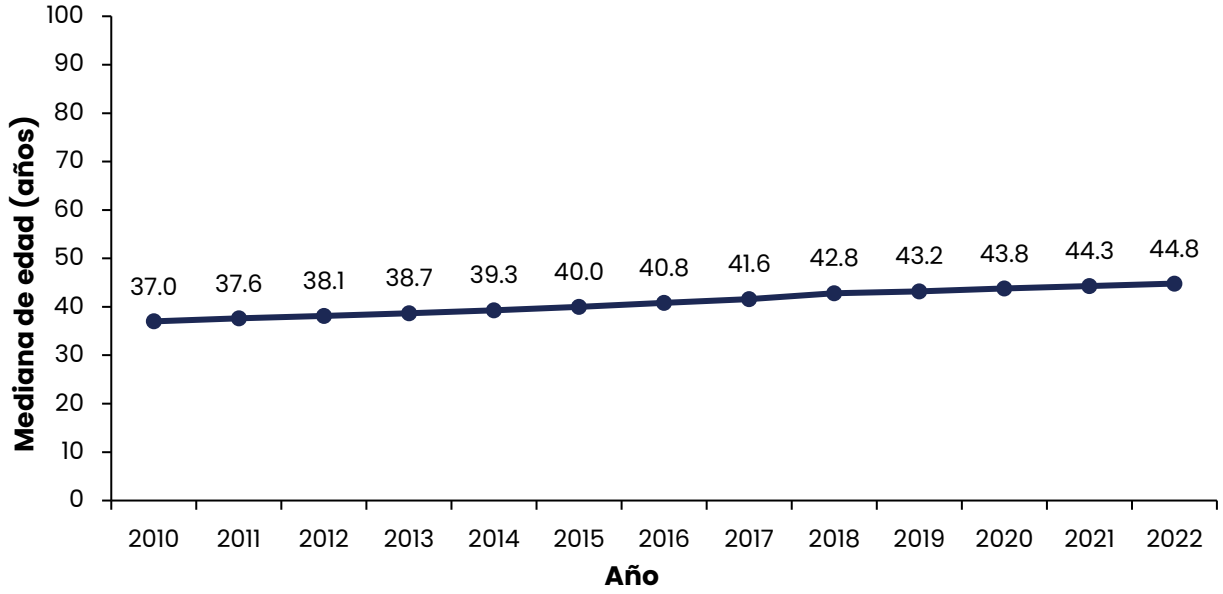
Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información del PRC-EST2022-AGESEX (U.S. Census Bureau, 2023b).

Mediana de edad en Puerto Rico para el periodo del 2010 al 2022

La mediana de edad se define como el indicador que divide a la población en dos partes iguales, es decir, tantas personas con edades superiores como inferiores a la mediana (Instituto Nacional de Estadísticas [INE], s.f.). Se considera que una población con una mediana de edad que supere los 30 años es una población envejecida (Torres-Degró, 2010, 2011). La Figura 3.1.6, presenta la mediana de edad, en Puerto Rico, durante el periodo de tiempo del 2010 al 2022. Se muestra un aumento continuo en la mediana de edad de 37.0 a 44.8 años, representando un incremento de aproximadamente 7.8 años para el respectivo periodo de tiempo.

Figura 3.1.6

Mediana de edad: Puerto Rico, 2010 al 2022

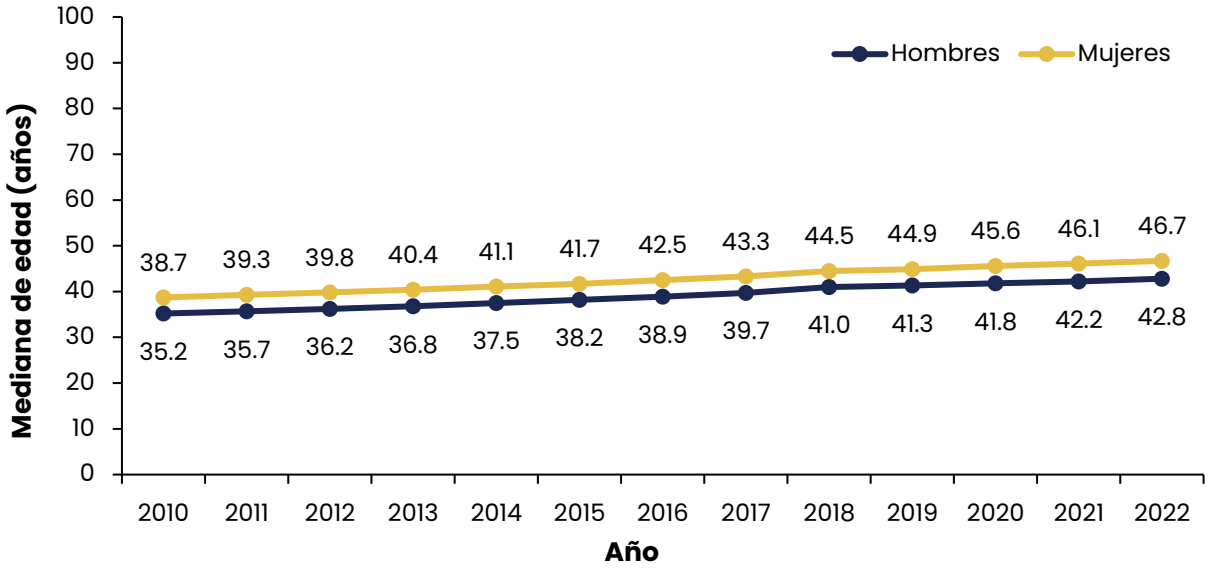


Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau* (2023), utilizando información del PRC-EST2019-AGESEX y del PRC-EST2022-AGESEX (U.S. Census Bureau, 2020d, 2023b).

La Figura 3.1.7, presenta la mediana de edad, por sexo, en Puerto Rico, durante el periodo de tiempo del 2010 al 2022. En los hombres y en las mujeres, se registró un aumento continuo en la mediana de edad, para el respectivo periodo de tiempo. Los hombres reportaron un incremento en la mediana de edad de 35.2 años (en el 2010) a 42.8 años (en el 2022). A su vez, las mujeres registraron un aumento en la mediana de edad de 38.7 años (en el 2010) a 46.7 años (en el 2022).

Figura 3.1.7

Mediana de edad, por sexo: Puerto Rico, 2010 al 2022

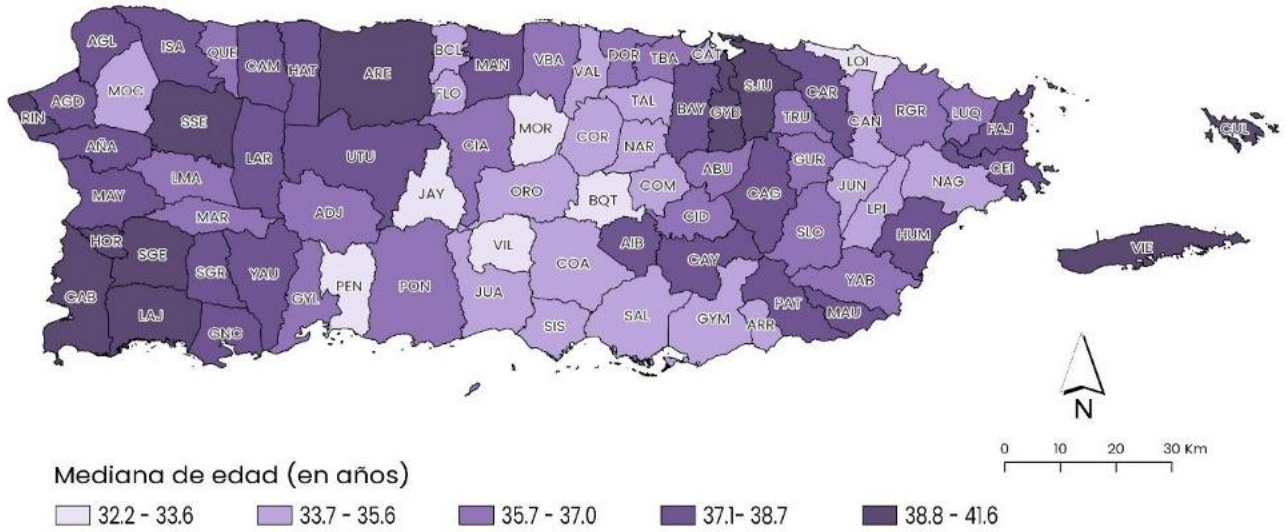


Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau* (2023), utilizando información del PRC-EST2019-AGESEX y el PRC-EST2022-AGESEX (U.S. Census Bureau, 2020d, 2023b).

La Figura 3.1.8, muestra la mediana de edad, por municipio, en Puerto Rico, durante el año 2010. Los municipios que reportaron la mayor mediana de edad fueron: Hormigueros (41.6), Rincón (40.6) y Vieques (40.1). Por otra parte, los municipios que registraron la menor mediana de edad, fueron: Barranquitas (32.2), Morovis (33.1), Peñuelas (33.2) y Jayuya (33.2).

Figura 3.1.8

Mediana de edad, por municipio: Puerto Rico, 2010

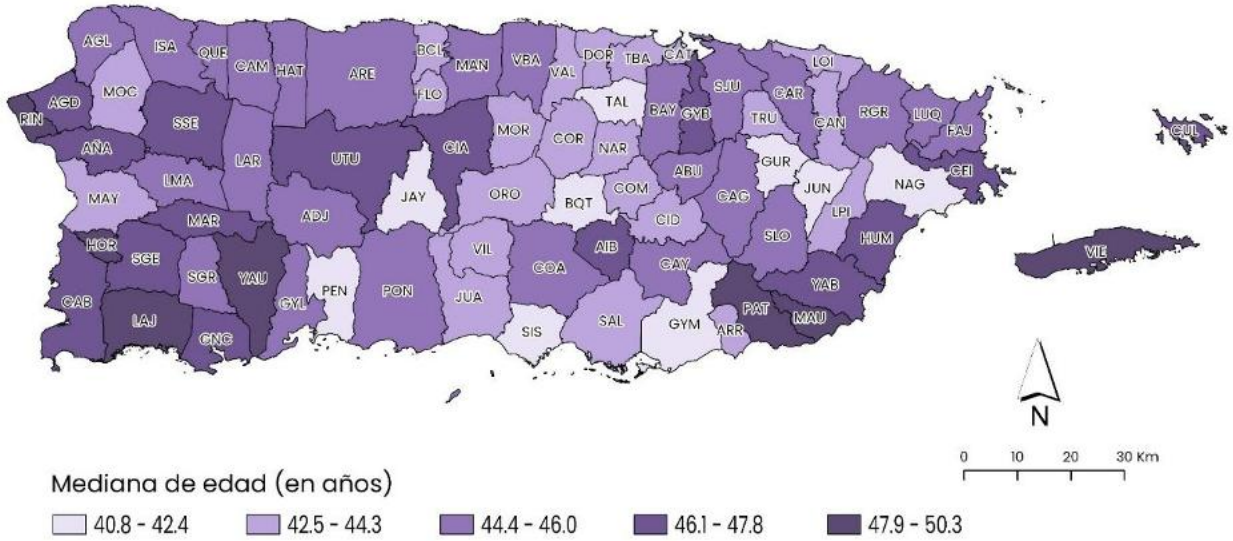


Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información del PRM-EST2019-AGESEX (U.S. Census Bureau, 2019).

La Figura 3.1.9, presenta la mediana de edad, por municipio, en Puerto Rico, durante el año 2022. Los municipios que reportaron la mayor mediana de edad fueron: Hormigueros (50.3), Rincón (50.3) y Patillas (49.1). A su vez, los municipios que registraron la menor mediana de edad fueron: Barranquitas (40.8), Naguabo (41.1) y Juncos (41.1).

Figura 3.1.9

Mediana de edad, por municipio: Puerto Rico, 2022

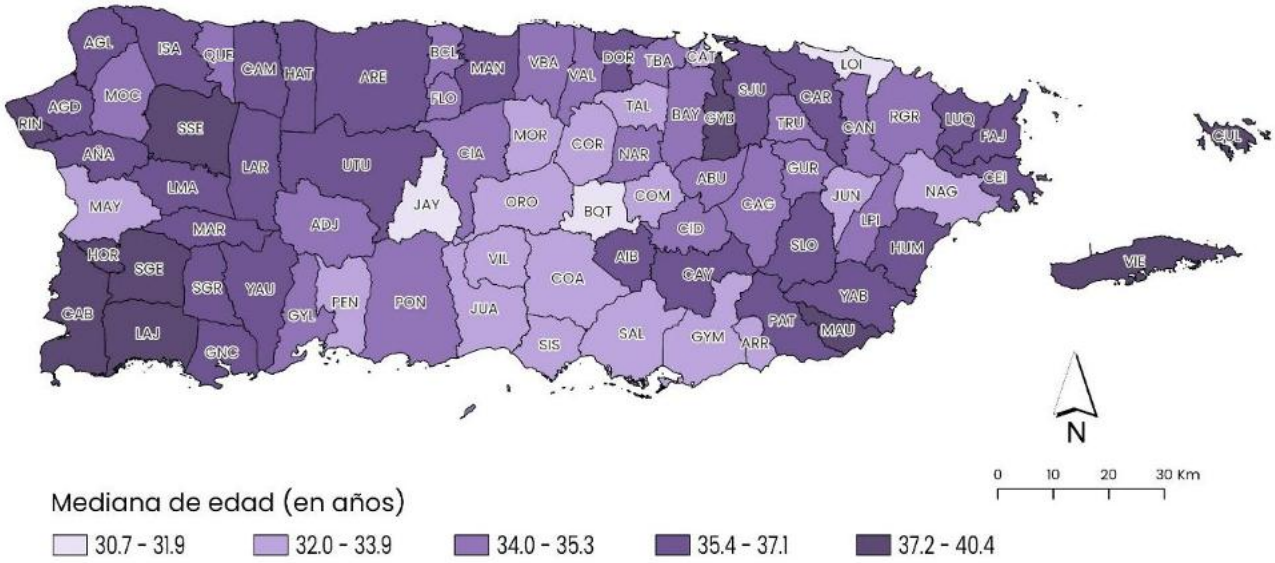


Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información del CC-EST2022-AGESEX (U.S. Census Bureau 2022a).

La Figura 3.1.10, presenta la mediana de edad en los hombres, por municipio, en Puerto Rico, durante el año 2010. Se registró una mediana de edad en los hombres de 30.7 a 40.4 años. Los municipios que reportaron la mayor mediana de edad en los hombres fueron: Culebra (40.4), Rincón (39.5) y Hormigueros (39.1). A su vez, los municipios que registraron la menor mediana de edad en los hombres, fueron: Barranquitas (30.7), Loíza (31.8) y Jayuya (31.9).

Figura 3.1.10

Mediana de edad en los hombres, por municipio: Puerto Rico, 2010

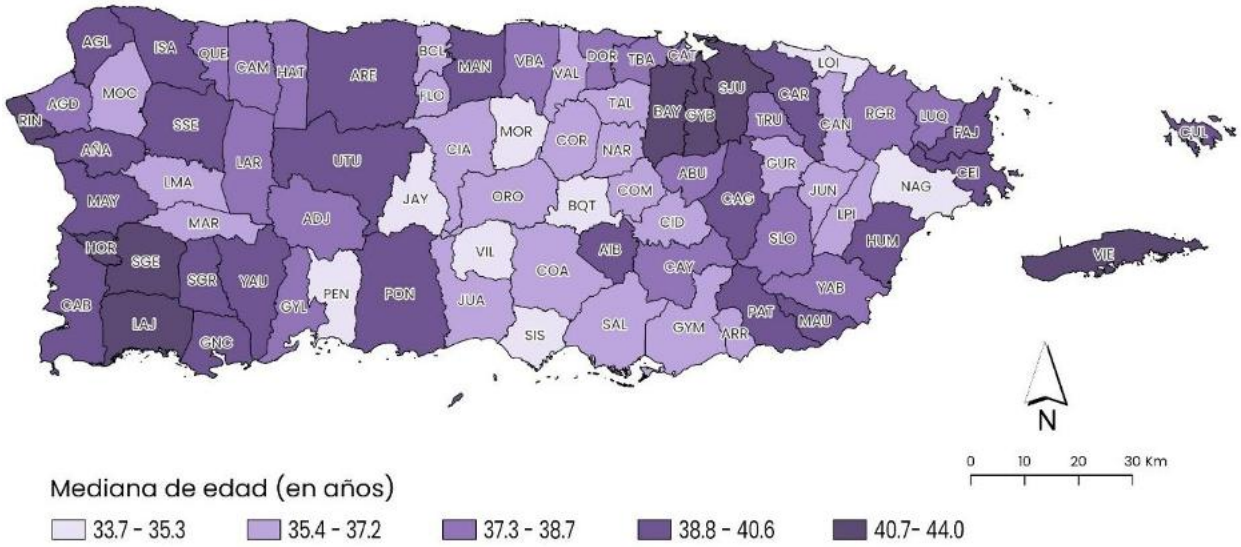


Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información del PRM-EST2019-AGESEX (U.S. Census Bureau, 2019).

En la Figura 3.1.11, se presenta la mediana de edad en las mujeres, por municipio, en Puerto Rico, durante el año 2010. Se reportó una mediana de edad en las mujeres de 33.7 a 44.0 años. Los municipios que reportaron la mayor mediana de edad en las mujeres fueron: Hormigueros (44.0), Guaynabo (42.2) y Lajas (41.8). Por otro lado, los municipios que registraron la menor mediana de edad en las mujeres, fueron: Barranquitas (33.7), Peñuelas (34.0) y Morovis (34.1).

Figura 3.1.11

Mediana de edad en las mujeres, por municipio: Puerto Rico, 2010

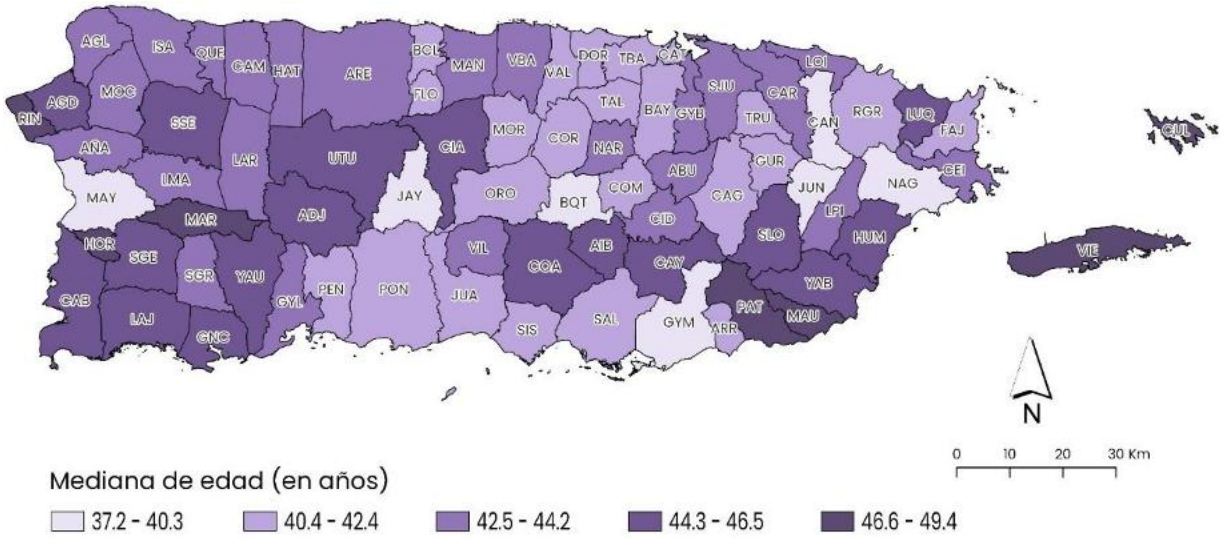


Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información del PRM-EST2019-AGESEX (U.S. Census Bureau, 2019).

En la Figura 3.1.12, se presenta la mediana de edad en los hombres, por municipio, en Puerto Rico, durante el año 2022. Se registró una mediana de edad en los hombres de 37.2 a 49.4 años. Los municipios que reportaron la mayor mediana de edad en los hombres fueron: Rincón (49.4), Vieques (48.8) y Maunabo (48.0). Además, los municipios que registraron la menor mediana de edad en los hombres, fueron: Guayama (37.2), Mayagüez (38.0) y Barranquitas (39.2).

Figura 3.1.12

Mediana de edad en los hombres, por municipio: Puerto Rico, 2022

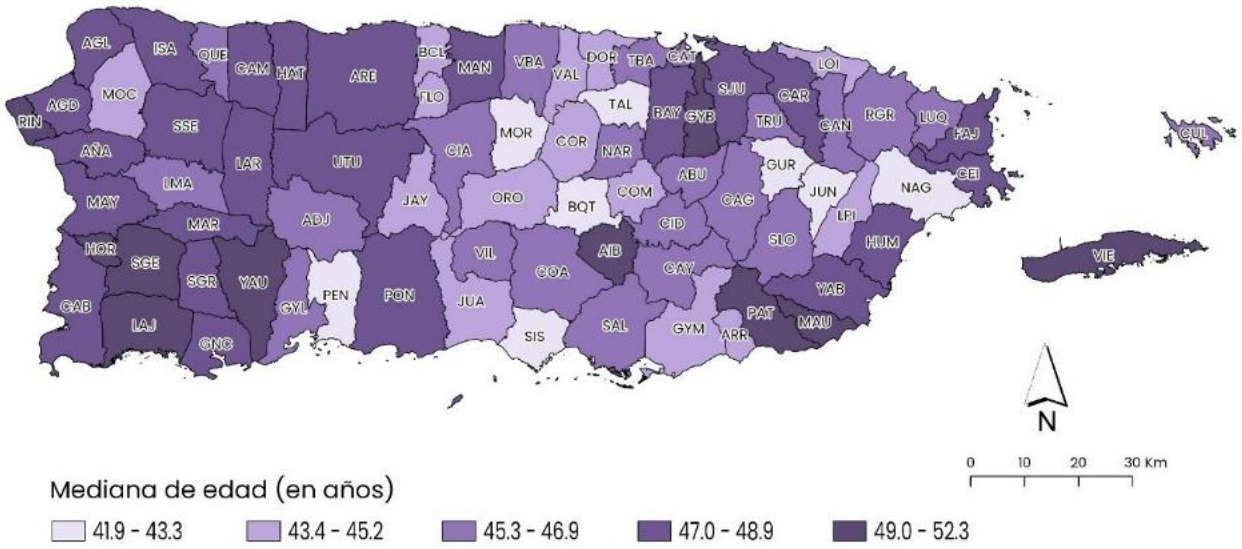


Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información del CC-EST2022-AGESEX (U.S. Census Bureau 2022a).

En la Figura 3.1.13, se presenta la mediana de edad en las mujeres, por municipio, en Puerto Rico, durante el año 2022. Se reportó una mediana de edad en las mujeres de 41.9 a 52.3 años. Los municipios que reportaron la mayor mediana de edad en las mujeres fueron: Hormigueros (52.3), Rincón (51.3) y Patillas (50.8). A su vez, los municipios que registraron la menor mediana de edad en las mujeres, fueron: Naguabo (41.9), Juncos (41.9) y Santa Isabel (42.2).

Figura 3.1.13

Mediana de edad en las mujeres, por municipio: Puerto Rico, 2022



Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información del CC-EST2022-AGESEX (U.S. Census Bureau 2022a).

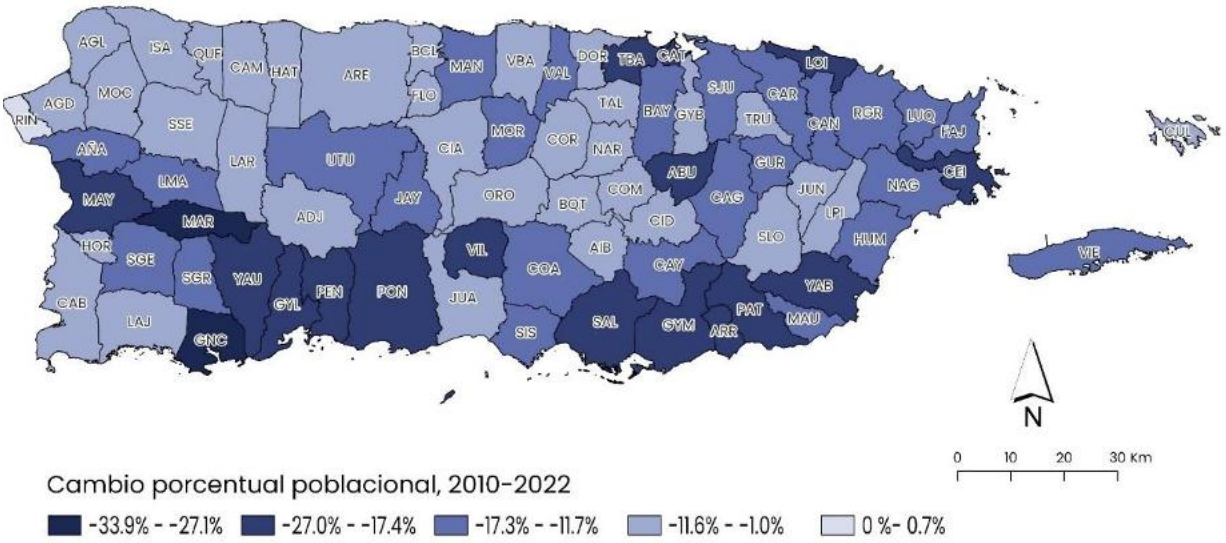
Cambio porcentual de la población en Puerto Rico, por municipio, 2010-2022

El cambio porcentual de la población es el cálculo que permite identificar el aumento o la disminución de la población entre dos años de referencia (UPR-RCM, 2023). Los valores con resultados negativos representan pérdida de población, mientras que, los valores con resultados positivos representan un aumento (SDC-PR, 2017).

La Figura 3.1.14, presenta el cambio porcentual de la población, por municipio, en Puerto Rico, durante el periodo de tiempo del 2010 al 2022. Se reportó una reducción de población (entre -2.8% a -33.9%) en 77 de los 78 municipios de Puerto Rico, para el respectivo periodo. Los municipios de Guánica (-33.9%), Maricao (-27.1%) y Loíza (-24.5%), registraron la mayor pérdida poblacional. Por otra parte, el municipio de Rincón reportó un aumento poblacional de 0.7%, lo cual representa un estimado aproximado de 110 habitantes más.

Figura 3.1.14

Cambio porcentual de la población, por municipio: Puerto Rico, 2010 al 2022



Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información del PRM-EST2019-ANNRES y el PRM-EST2022-POP (U.S. Census Bureau, 2020b, 2023c).

Nivel de educación alcanzado en Puerto Rico para los periodos del 2013 al 2017 y 2018 al 2022

Según la *American Community Survey* (*ACS*), el nivel de educación alcanzado o logrado es el nivel educativo más alto que una persona ha completado al momento de llenar dicha encuesta (U.S. Census Bureau, 2021c). Este indicador se recopila para conocer y entender las necesidades educativas de los adultos/las personas que hayan, o no, completado un diploma de escuela superior (U.S. Census Bureau, s.f.-c). Estos datos sirven de herramienta para la asignación de fondos federales y la planificación e implementación de programas de educación (U.S. Census Bureau, s.f.-c).

La pregunta sobre nivel de educación más alto alcanzado se recopila para la población de 18 años o más (U.S. Census Bureau, 2023a). Sin embargo, en algunos casos, la información no se encuentra disponible para el grupo poblacional de 18 a 24

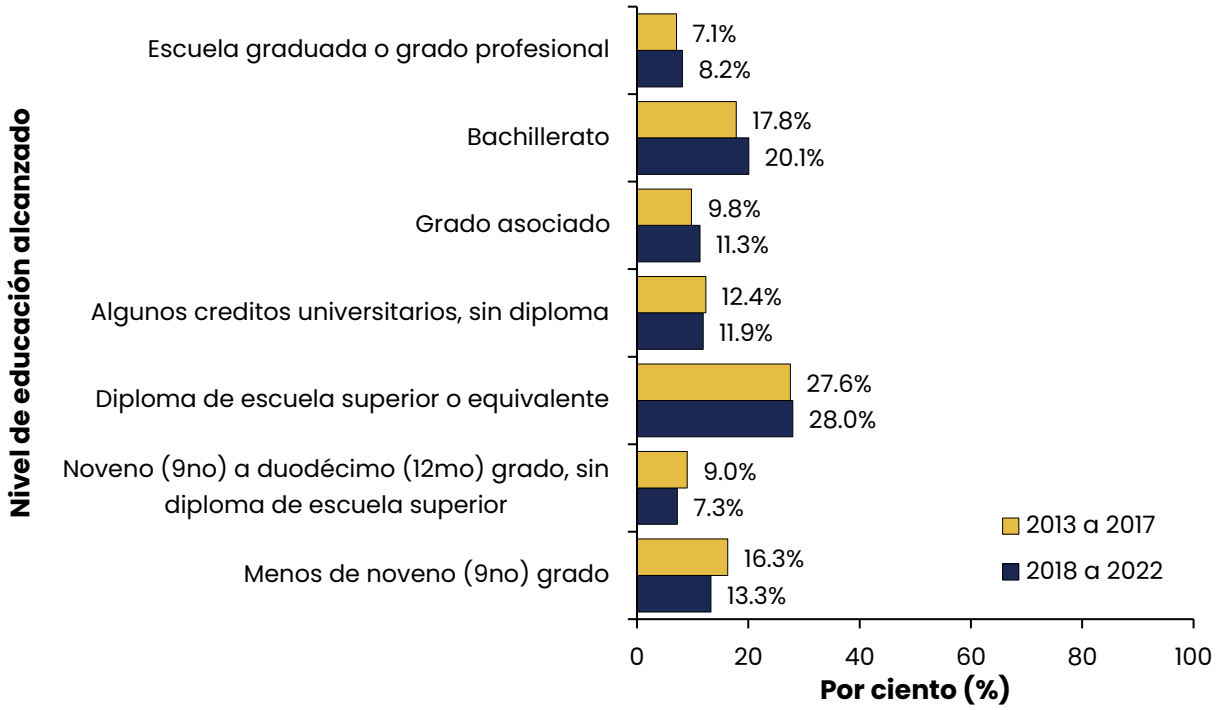
años. Por tal razón, para efectos de esta sección, solo se tomará en consideración a la población de 25 años o más.

La Figura 3.1.15, presenta el porcentaje del nivel de educación alcanzado entre la población de 25 años o más, en Puerto Rico, durante los periodos de tiempo del 2013 al 2017 y 2018 al 2022. El mayor porcentaje del nivel de educación alcanzado, para el periodo de tiempo del 2013 al 2017, se registró en las siguientes categorías: diploma de escuela superior o equivalente (27.6%), bachillerato (17.8%) y menos de noveno (9no) grado (16.3%). A su vez, el menor porcentaje del nivel educación alcanzado, para el periodo de tiempo del 2013 al 2017, se reportó en la categoría de escuela graduada o grado profesional (7.1%).

Para el periodo de tiempo del 2018 al 2022, se registró en las siguientes categorías: diploma de escuela superior o equivalente (28.0%) y bachillerato (20.1%). Además, el menor porcentaje del nivel de educación alcanzado se reportó para las categorías de: noveno (9no) a duodécimo (12mo) grado, sin diploma de escuela superior (7.3%) y escuela graduada o grado profesional (8.2%).

Figura 3.1.15

Porcentaje del nivel de educación alcanzado entre la población de 25 años o más: Puerto Rico, 2013 al 2017 y 2018 al 2022

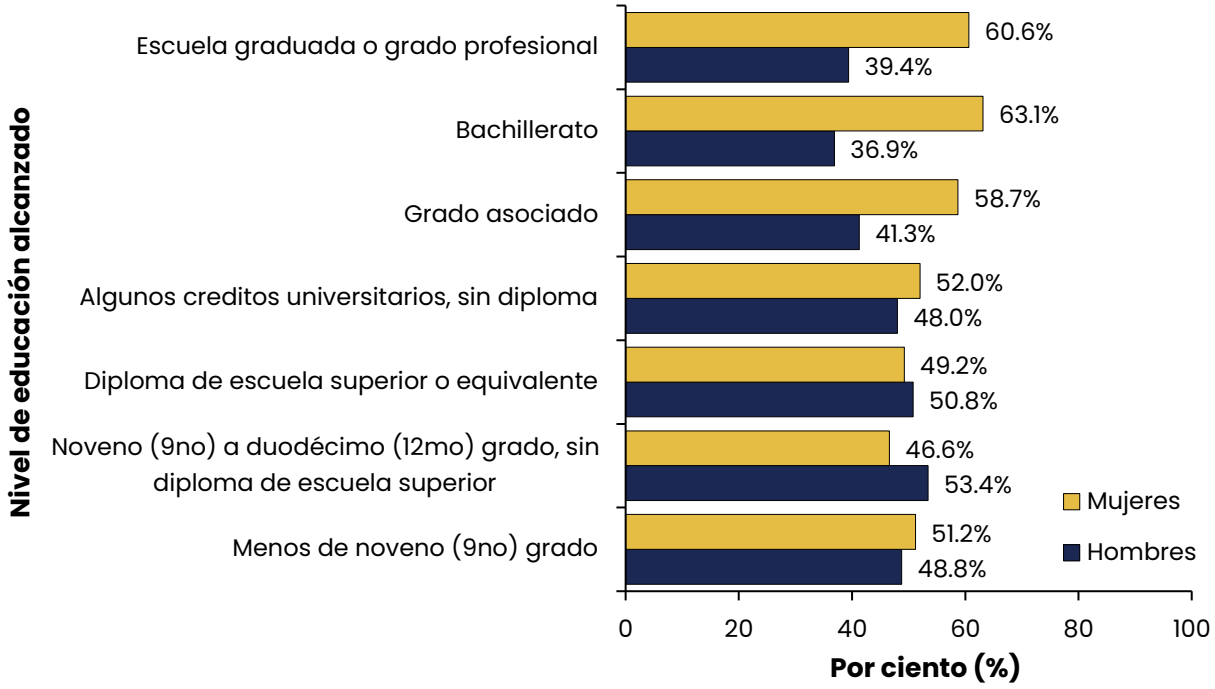


Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando la información de los estimados de 5 años del *American Community Survey*: Tabla S1501, para los periodos del 2013 al 2017 y 2018 al 2022 (U.S. Census Bureau, 2017a, 2022b).

La Figura 3.1.16, presenta el porcentaje del nivel de educación alcanzado entre la población de 25 años o más, por sexo, en Puerto Rico, durante el periodo de tiempo del 2013 al 2017. El mayor porcentaje del nivel de educación alcanzado se reportó en las mujeres, en comparación con los hombres, para el respectivo periodo de tiempo. En las mujeres, el mayor porcentaje del nivel de educación alcanzado se registró para las siguientes categorías: bachillerato (63.1%), escuela graduada o grado profesional (60.6%) y grado asociado (58.7%). A su vez, los hombres registraron el mayor porcentaje del nivel de educación alcanzado en la categoría de noveno (9no) a duodécimo (12mo) grado, sin diploma de escuela superior (53.4%).

Figura 3.1.16

Porcentaje del nivel de educación alcanzado entre la población de 25 años o más, por sexo: Puerto Rico, 2013 al 2017

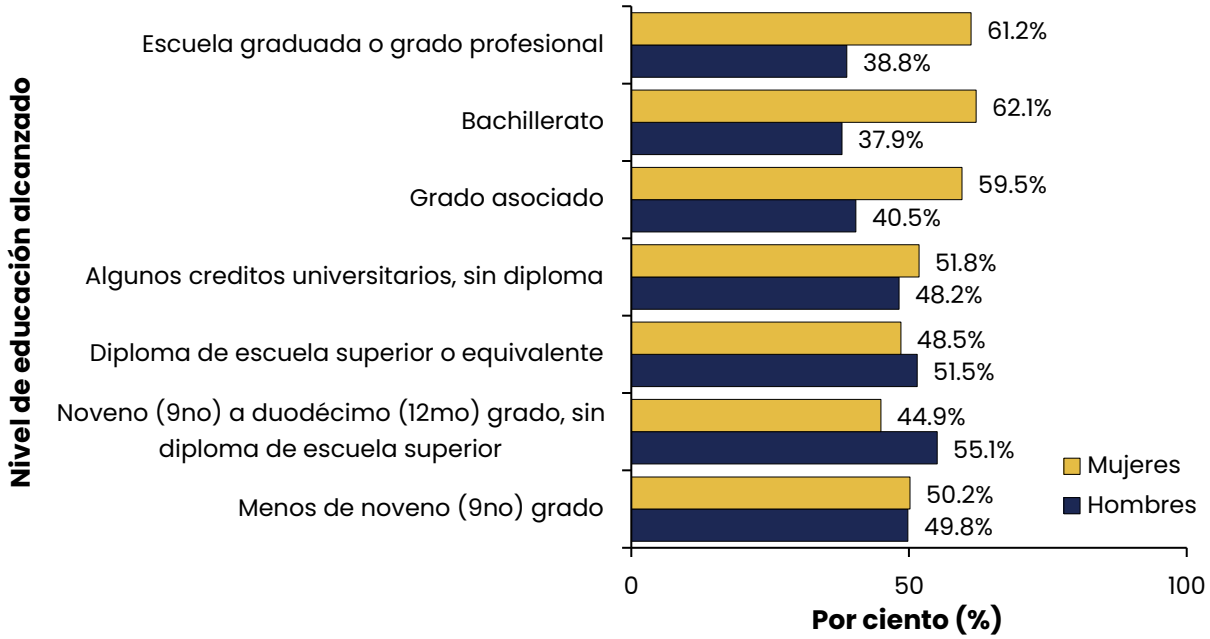


Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información de los estimados de 5 años del *American Community Survey*: Tabla S1501, para el periodo del 2013 al 2017 (U.S. Census Bureau, 2017a).

La Figura 3.1.17, presenta el porcentaje del nivel de educación alcanzado entre la población de 25 años o más, por sexo, en Puerto Rico, durante el periodo de tiempo del 2018 al 2022. Las mujeres reportaron el mayor porcentaje del nivel de educación alcanzado en las categorías de: bachillerato (62.1%), escuela graduada o grado profesional (61.2%) y grado asociado (59.5%). Por otra parte, los hombres registraron el mayor porcentaje del nivel de educación alcanzado para la categoría de noveno (9no) a duodécimo (12mo) grado, sin diploma de escuela superior (55.1%).

Figura 3.1.17

Porcentaje del nivel de educación alcanzado entre la población de 25 años o más, por sexo: Puerto Rico, 2018 al 2022



Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando la información de los estimados de 5 años del *American Community Survey*: Tabla S1501, para el periodo del 2018 al 2022 (U.S. Census Bureau, 2022b).

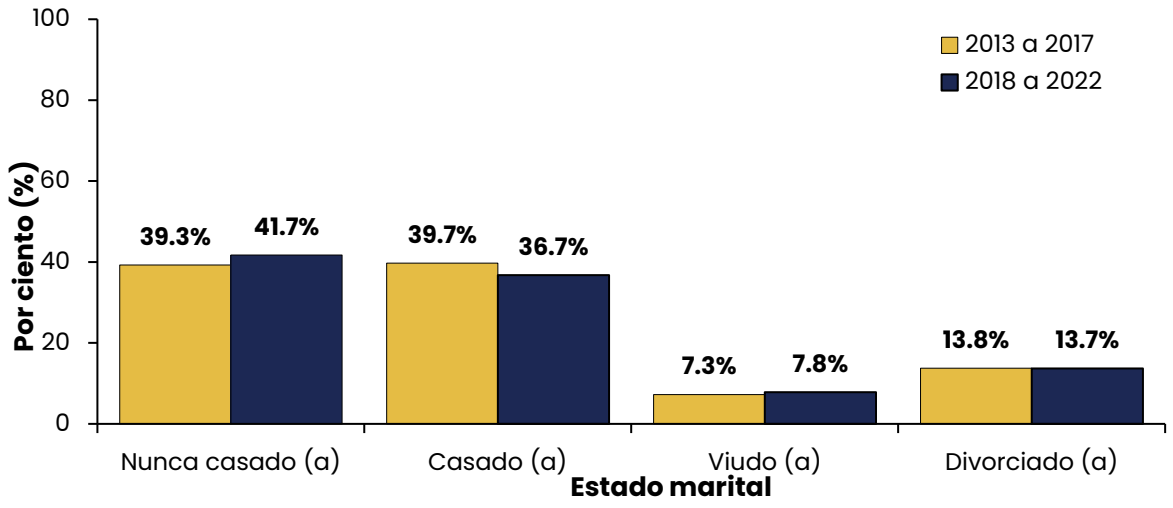
Estado marital en Puerto Rico durante los periodos del 2013 al 2017 y 2018 al 2022

El estado marital, también conocido como el estado civil dentro de los marcos legales y jurídicos, es el estado de cada individuo con relación a las leyes o costumbres matrimoniales de un país (U.S. Census Bureau, 2024a). Esta característica consta de las siguientes categorías: soltero/a, casado/a, viudo/a, separado/a y divorciado/a (U.S. Census Bureau, 2024a). El gobierno federal recopila esta característica demográfica a través de la *ACS*, con el propósito de medir los efectos de las políticas y los programas federales y estatales, y establecer elegibilidad a ciertos programas, servicios y beneficios (U.S. Census Bureau, 2021e). Previo a la *ACS*, se recopilaba para cada individuo (United States Census Buerau, 2021d). A partir del año 2008, se recopila únicamente para la población de 15 años o más (Elliot et al., 2010).

En la Figura 3.1.18, se presenta el porcentaje del estado marital entre la población de 15 años o más, en Puerto Rico, durante los periodos de tiempo del 2013 al 2017 y 2018 al 2022. Se reportó un mayor porcentaje del estado marital entre la población de 15 años o más, para el periodo de tiempo del 2013 al 2017, de 39.3% para la categoría de nunca casado/a y de 39.7 % para la categoría de casado/a. A su vez, se registró un mayor porcentaje del estado marital entre la población de 15 años o más, para el periodo de tiempo del 2018 al 2022, de 41.7% para la categoría de nunca casado/a y de 36.7 % para la categoría de casado/a. Por otro lado, para las categorías de viudo/a (7.3% en el 2013 al 2017 y 7.8% en el 2018 al 2022) y divorciado/a (13.8% en el 2013 al 2017 y 13.7% en el 2018 al 2022) se registraron porcentajes similares del estado marital entre la población de 15 años o más.

Figura 3.1.18

Porcentaje del estado marital entre la población de 15 años o más: Puerto Rico, 2013 al 2017 y 2018 al 2022



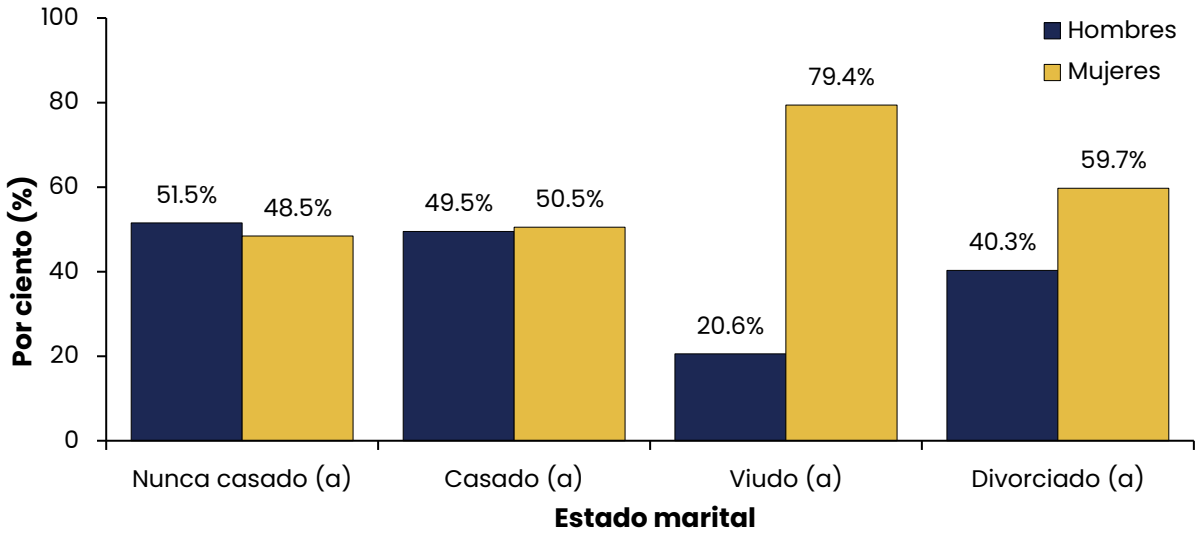
Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau* con información de los estimados de 5 años de la *American Community Survey*: Tabla B12001, para los periodos del 2013 al 2017 y 2018 al 2022 (U.S. Census Bureau, 2017d, 2022e).

La Figura 3.1.19, presenta el porcentaje del estado marital entre la población de 15 años o más, por sexo, en Puerto Rico, durante el periodo de tiempo del 2013 al 2017.

En las mujeres, se reportó el mayor porcentaje del estado marital, entre la población de 15 años o más, para las categorías de: viudo/a (79.4%) y divorciado/a (59.7%), en comparación con los hombres. Por otro lado, para las categorías de nunca casado/a (51.5% en hombres y 48.5% en mujeres) y casado/a (49.5% en hombres y 50.5% en mujeres), tanto las mujeres como los hombres, presentaron porcentajes similares del estado marital entre la población de 15 años o más.

Figura 3.1.19

Porcentaje del estado marital, entre la población de 15 años o más, por sexo: Puerto Rico, 2013 al 2017



Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información de los estimados de 5 años de la *American Community Survey*: Tabla B12001, para el periodo del 2013 al 2017 (U.S. Census Bureau, 2017d).

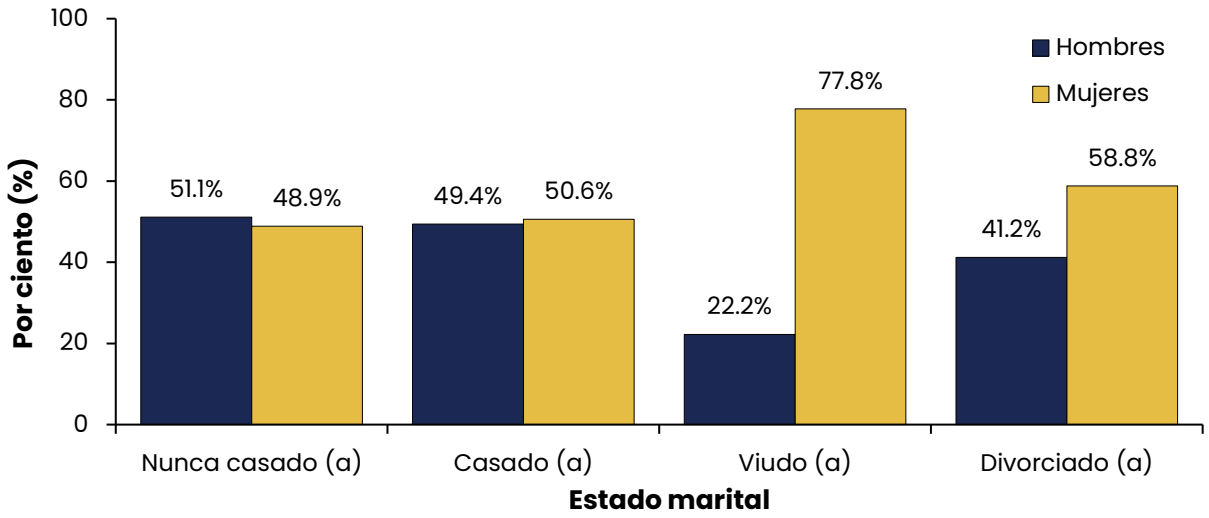
La Figura 3.1.20, muestra el porcentaje del estado marital entre la población de 15 años o más, por sexo, en Puerto Rico, durante el periodo de tiempo del 2018 a 2022. En las mujeres, se registró el mayor porcentaje del estado marital, entre la población de 15 años o más, en las categorías de: viudo/a (77.8%) y divorciado/a (58.8%), en comparación con los hombres. Por otra parte, para la categoría de nunca casado/a,

los hombres reportaron un 51.5%, mientras que, las mujeres, un 48.9%. Además, para la categoría de casado/a, los hombres reportaron un 49.4% y las mujeres, un 50.6%.

Tanto la Figura 3.1.19 como la Figura 3.1.20, los datos presentados en la categoría de casado/a muestran valores similares para la población de hombres y mujeres. No obstante, los valores observados no son exactamente del 50% para ambos sexos, debido a la inclusión de parejas del mismo sexo y a otros ajustes estadísticos implementados sobre la muestra.

Figura 3.1.20

Porcentaje del estado marital, entre la población de 15 años o más, por sexo: Puerto Rico, 2018 al 2022



Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información de los estimados de 5 años de la *American Community Survey*: Tabla B12001, para el periodo del 2018 al 2022 (U.S. Census Bureau, 2022e).

Mediana del ingreso del hogar y mediana del ingreso familiar estimado, Puerto Rico, 2013 al 2017 y 2018 al 2022

El ingreso es una medida vital que informa sobre las circunstancias económicas de la población (U.S. Census Bureau, 2023a). Este se define como la entrada de dinero a través de salarios, comisiones, bonos, propinas, Seguro Social, autoempleo, entre otras entradas, y sin las deducciones de impuestos, *Medicare*, entre otras (U.S. Census Bureau, 2023a).

Los datos sobre ingresos se utilizan para determinar el estado de pobreza entre las comunidades, como medida de bienestar económico y para evaluar la necesidad y elegibilidad de asistencia económica (Office of The Assistant Secretary for Planning and Evaluation [ASPE], s.f.). Además, suelen utilizarse para computar fórmulas de asignación de recursos dirigidos a programas federales (U.S. Census Bureau, 2023a).

Tanto para la *ACS* como para la *Puerto Rico Community Survey* (*PRCS*), el *U.S. Census Bureau* utiliza definiciones operacionales para los conceptos de ingreso del hogar y de ingreso familiar (U.S. Census Bureau, 2023a). El ingreso del hogar incluye los ingresos de la jefatura del hogar y de los demás individuos (de 15 años o más) que residen en la vivienda, estén o no relacionados con la jefatura del hogar (U.S. Census Bureau, 2023a). Por otro lado, el ingreso familiar incluye los ingresos de todas las personas (de 15 años o más) dentro de la vivienda que estén relacionados con la jefatura del hogar (U.S. Census Bureau, 2023a). La mediana de ingresos es la cantidad que divide la distribución de ingresos en dos grupos iguales: una mitad con ingresos superiores a la mediana, y la otra, con ingresos inferiores (U.S. Census Bureau, 2024b). Las medianas de ingreso para hogares, familias e individuos no emparentados se basan en todos los hogares, familias e individuos no emparentados, respectivamente, mientras que las medianas para personas se basan en personas de 15 años o más con ingresos (U.S. Census Bureau, 2024b).

La Tabla 3.1.2, muestra la mediana de ingreso del hogar e ingreso familiar, en un periodo de 12 meses, a partir de la fecha en la que la persona completó el cuestionario, en Puerto Rico, durante los periodos de tiempo del 2013 al 2017 y 2018 al 2022. La mediana de ingreso del hogar que se registró para los periodos de tiempo del 2013 al 2017 y 2018 al 2022, presentó un aumento de 21.4%, es decir, un incremento de ingreso de $19,775 a $24,002, en un periodo de 12 meses, a partir de la fecha en la que la persona completó el cuestionario. A su vez, la mediana de ingreso familiar que se reportó para los periodos de tiempo del 2013 al 2017 y 2018 al 2022, representó un aumento de 22.9%, es decir, un incremento de ingreso de $23,793 a $29,240, en un periodo de 12 meses, a partir de la fecha en la que la persona completó el cuestionario.

Tabla 3.1.2

Mediana de ingreso del hogar e ingreso familiar, en un periodo de 12 meses, a partir de la fecha en la que la persona completó el cuestionario: Puerto Rico, 2013 al 2017 y 2018 al 2022*

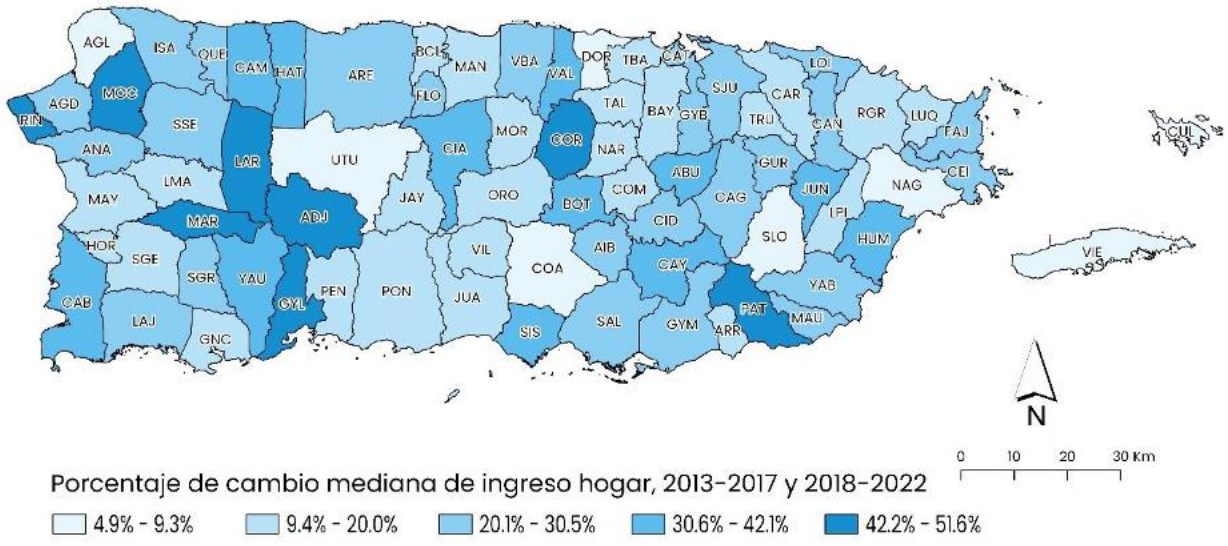
Periodos	Mediana de ingreso	
	Hogar	Familiar
2013 a 2017	$19,775	$23,793
2018 a 2022	$24,002	$29,240

Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información de los estimados de 5 años de la *American Community Survey*, tablas: 1) Tabla: S1901, Ingreso en los pasados 12 meses (dólares ajustados por inflación en 2017); y 2) Tabla: S1901, Ingreso en los pasados 12 meses. (U.S. Census Bureau, 2017b, 2022c). *No representa una medida de tiempo anual, sino, que es un periodo retrospectivo de 12 meses, a partir de la fecha en la que se completa el cuestionario.

La Figura 3.1.21, presenta el cambio porcentual de la mediana de ingreso del hogar, por municipio, en Puerto Rico, durante los periodos de tiempo del 2013 al 2017 y 2018 al 2022. La mediana de ingreso del hogar, para el periodo de tiempo del 2013 al 2017, se reportó entre $11,680 a $34,060, mientras que, para el periodo de tiempo del 2018 al 2022, la mediana de ingreso del hogar se registró entre $14,525 a $43,304. El cambio porcentual mayor para la mediana de ingreso del hogar se presentó en los municipios de Moca (51.6%), Adjuntas (51.2%) y Maricao (49.6%). Por otro lado, el cambio porcentual menor para la mediana de ingreso del hogar se reportó en los municipios de Vieques (4.9%), San Lorenzo (5.6%) y Dorado (7.3%).

Figura 3.1.21

Cambio porcentual de la mediana de ingreso del hogar, por municipio: Puerto Rico, 2013 al 2017 y 2018 al 2022



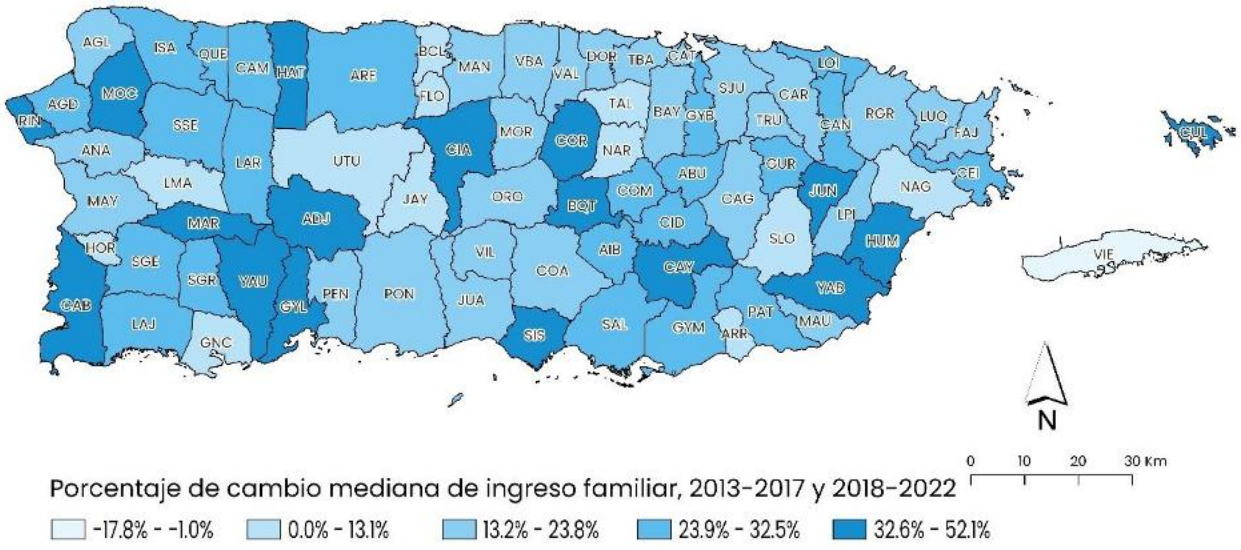
Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información de los estimados de 5 años de la *American Community Survey*, tablas: 1) Tabla: S1901, Ingreso en los pasados 12 meses (dólares ajustados por inflación en 2017); y 2) Tabla: S1901, Ingreso en los pasados 12 meses (dólares ajustados por inflación en 2022) (U.S. Census Bureau, 2017b, 2022c).

La Figura 3.1.22, muestra el cambio porcentual de la mediana de ingreso familiar, por municipio, en Puerto Rico, durante los periodos de tiempo del 2013 al 2017

y 2018 al 2022. La mediana de ingreso familiar, para el periodo de tiempo del 2013 al 2017, se registró entre $13,582 a $43,081, mientras que, para el periodo de tiempo del 2018 al 2022, la mediana de ingreso familiar se reportó entre $15,536 a $55,704. El cambio porcentual mayor para la mediana de ingreso familiar se presentó en los municipios de Juncos (52.1%), Moca (46.8%) y Adjuntas (42.7%). El cambio porcentual menor para la mediana de ingreso familiar se reportó en los municipios de Naranjito (0.6%) y Jayuya (4.4%). Por otro lado, el único municipio que registró una reducción en el cambio porcentual de la mediana de ingreso familiar fue Vieques (-17.8%), para los respectivos periodos de tiempo.

Figura 3.1.22

Cambio porcentual de la mediana de ingreso familiar, por municipio: Puerto Rico, 2013 al 2017 y 2018 al 2022



Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información de los estimados de 5 años de la *American Community Survey*, tablas: 1) Tabla: S1901, Ingreso en los pasados 12 meses (dólares ajustados por inflación en 2017); y 2) Tabla: S1901, Ingreso en los pasados 12 meses (dólares ajustados por inflación en 2022) (U.S. Census Bureau, 2017b, 2022c).

Estado de empleo en Puerto Rico durante los periodos de tiempo del 2013 al 2017 y 2018 al 2022

El estado de empleo se refiere a la clasificación de las personas de acuerdo con las categorías laborales de un país (Oxford Reference, 2024). Estas categorías, para los Estados Unidos y Puerto Rico, se determinan como: a) en la fuerza laboral y b) fuera de la fuerza laboral (U.S. Census Bureau, s.f.-a, s.f.-b; U.S. Census Bureau, 2023a). Dentro de la categoría de la fuerza laboral, se incluye a: 1) toda aquella persona, de 16 años o más, que se encuentre empleada y laborando; 2) toda aquella persona empleada, pero ausente por motivo de enfermedad, maternidad u otro; 3) toda aquella persona desempleada, pero activamente buscando trabajo; y 4) personas activas en las fuerzas armadas (U.S. Census Bureau, 2023a). Por otro lado, la categoría de fuera de la fuerza laboral incluye a toda persona de 16 años o más, que esté desempleada y no se encuentre buscando trabajo (U.S. Census Bureau, 2023a). Además, dicha categoría incluye a estudiantes, personas retiradas, cuidadores/as de hogar y personas institucionalizadas (U.S. Census Bureau, 2023a).

La Tabla 3.1.3, presenta el estimado y porcentaje del estado de empleo de la población de 16 años o más, en Puerto Rico, durante los periodos de tiempo del 2013 al 2017 y 2018 al 2022. El mayor estimado y porcentaje del estado de empleo, de la población de 16 años o más, se reportó para la categoría de fuera de la fuerza laboral, en comparación con la categoría de en la fuerza laboral, para los respectivos periodos de tiempo. En el periodo de tiempo del 2013 al 2017, el 44.5% (1,262,220) del estado de empleo de la población de 16 años o más, se reportó para la categoría de en la fuerza laboral, mientras que, el 55.5% (1,574,064) del estado de empleo de la población de 16 años o más, se registró para la categoría de fuera de la fuerza laboral. A su vez, para el periodo de tiempo del 2018 al 2022, el 44.9% (1,250,216) del estado de empleo de la población de 16 años o más, se registró para la categoría de en la fuerza

laboral, mientras que, el 55.1% (1,535,693) del estado de empleo de la población de 16 años o más, se reportó para la categoría de fuera de la fuerza laboral.

En el periodo de tiempo del 2013 al 2017, el estado de empleo de la población de 16 años o más fue de 44.5% (1,260,733) para la categoría de fuerza laboral civil, 36.7% (1,040,136) para la categoría de empleado, 7.8% (220,597) para la categoría de desempleado y 0.0% (1,487) para la categoría de en las fuerzas armadas. Por otro lado, para el periodo de tiempo del 2018 al 2022, el estado de empleo de la población de 16 años o más fue de 44.8% (1,247,027) para la categoría de fuerza laboral civil, 38.8% (1,081,330) para la categoría de empleado, 6.0% (165,697) para la categoría de desempleado y 0.1% (3,189) para la categoría de en las fuerzas armadas.

Tabla 3.1.3

Estimado y porcentaje del estado de empleo de la población de 16 años o más: Puerto Rico, 2013 al 2017 y 2018 al 2022

Estado de empleo	Periodos			
	2013 al 2017		2018 al 2022	
	Estimado	Porcentaje	Estimado	Porcentaje
En la fuerza laboral	1,262,220	44.5	1,250,216	44.9
Fuerza laboral civil	1,260,733	44.5	1,247,027	44.8
Empleado	1,040,136	36.7	1,081,330	38.8
Desempleado	220,597	7.8	165,697	6.0
En las fuerzas armadas	1,487	0.0	3,189	0.1
Fuera de la fuerza laboral	1,574,064	55.5	1,535,693	55.1
Total	2,836,284	100.0	2,785,909	100.0

Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información de los estimados de 5 años de la *American Community Survey*, 1) Tabla DP03, Características económicas selectas (U.S. Census Bureau, 2017c, 2022d).

Nivel de pobreza en Puerto Rico, periodos del 2013 al 2017 y 2018 al 2022

En términos generales, la pobreza puede definirse como la insuficiencia de ingresos económicos para satisfacer las necesidades básicas (Okalow, 2023). Otros enfoques destacan la multidimensionalidad de la pobreza, incorporando indicadores relacionados con la salud, educación, condiciones de vivienda y acceso a servicios esenciales (United Nations Development Programme [UNDP] & Oxford Poverty and Human Development Initiative [OPHI], 2023). El *U.S. Census Bureau* (2025) utiliza una serie de umbrales de ingresos monetarios, los cuales varían según el tamaño y composición de la familia para determinar quiénes viven bajo el nivel de pobreza. Además, los umbrales de pobreza para las personas que viven solas o personas no relacionadas varían por edad (menores de 65 años o mayores de 65 años) (U.S. Census Bureau, 2023a).

Existen cálculos que determinan los umbrales de pobreza establecidos y basados en el análisis del ingreso total anual (12 meses) y de la composición familiar, indican si un individuo o una familia se encuentran o no bajo el nivel de pobreza (U.S. Census Bureau, 2023a). Los umbrales de pobreza no varían geográficamente, pero son actualizados anualmente por inflación con el Índice de Precios al Consumidor para todos los Consumidores Urbanos (*CPI-U*, por sus siglas en inglés) (U.S. Census Bureau, 2023a).

La Tabla 3.1.4, presenta el estimado y porcentaje de personas viviendo bajo el nivel de pobreza, en Puerto Rico, durante los periodos de tiempo del 2013 al 2017 y 2018 al 2022. El 44.9% (1,543,220) de las personas reportaron estar viviendo bajo el nivel de pobreza para el periodo de tiempo del 2013 al 2017. A su vez, el 42.2% (1,368,360) de las personas registraron estar viviendo bajo el nivel de pobreza para el periodo de tiempo del 2018 al 2022.

Tabla 3.1.4

Estimado y porcentaje de personas viviendo bajo el nivel de pobreza: Puerto Rico, 2013 al 2017 y 2018 al 2022

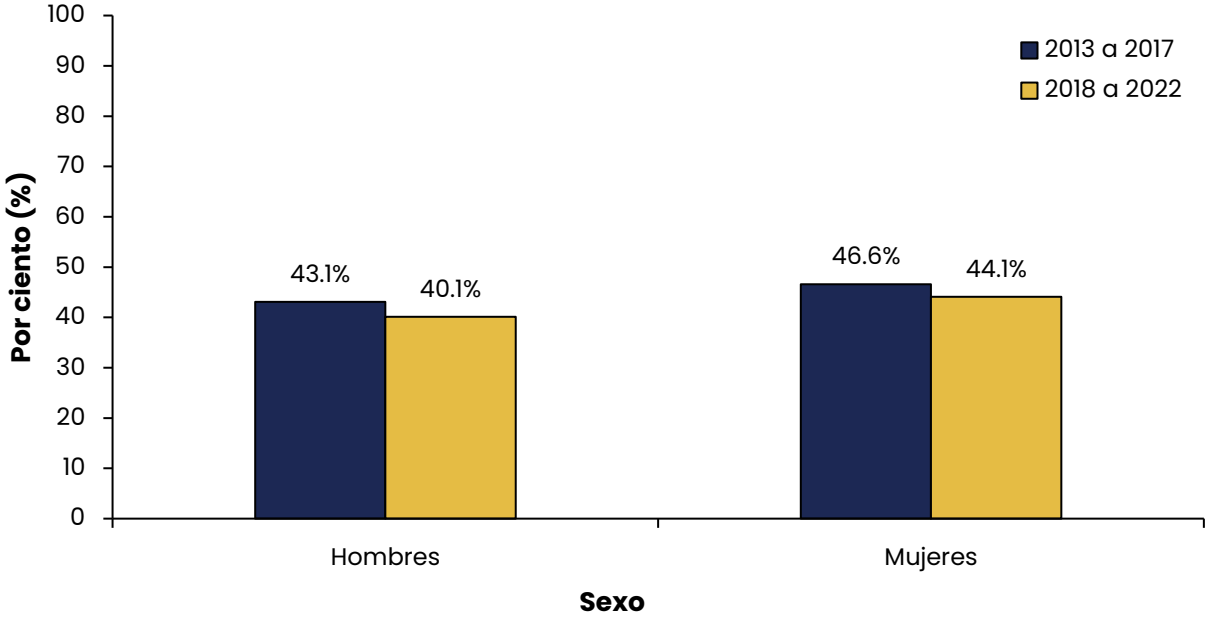
Periodos	Bajo el nivel de pobreza	
	Estimado	Porcentaje
2013 al 2017	1,543,220	44.9%
2018 al 2022	1,368,360	42.2%

Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información de los estimados de 5 años de la *American Community Survey*, Tabla: S1701, Estado de pobreza en los pasados 12 meses (US. Census Bureau, 2017e, 2022g).

La Figura 3.1.23, presenta el porcentaje de personas bajo el nivel de pobreza, por sexo, en Puerto Rico, durante los periodos de tiempo del 2013 al 2017 y 2018 al 2022. Las mujeres reportaron un mayor porcentaje de nivel de pobreza, en comparación con los hombres, para los respectivos periodos de tiempo. Se reportó un 46.6% de mujeres bajo el nivel de pobreza y un 43.1% de hombres bajo el nivel pobreza para el periodo de tiempo del 2013 al 2017. A su vez, en el periodo de tiempo del 2018 al 2022, se registró un 44.1% de mujeres bajo el nivel de pobreza y un 40.1% de hombres bajo el nivel de pobreza.

Figura 3.1.23

Porcentaje de personas bajo el nivel de pobreza, por sexo: Puerto Rico, 2013 al 2017 y 2018 al 2022

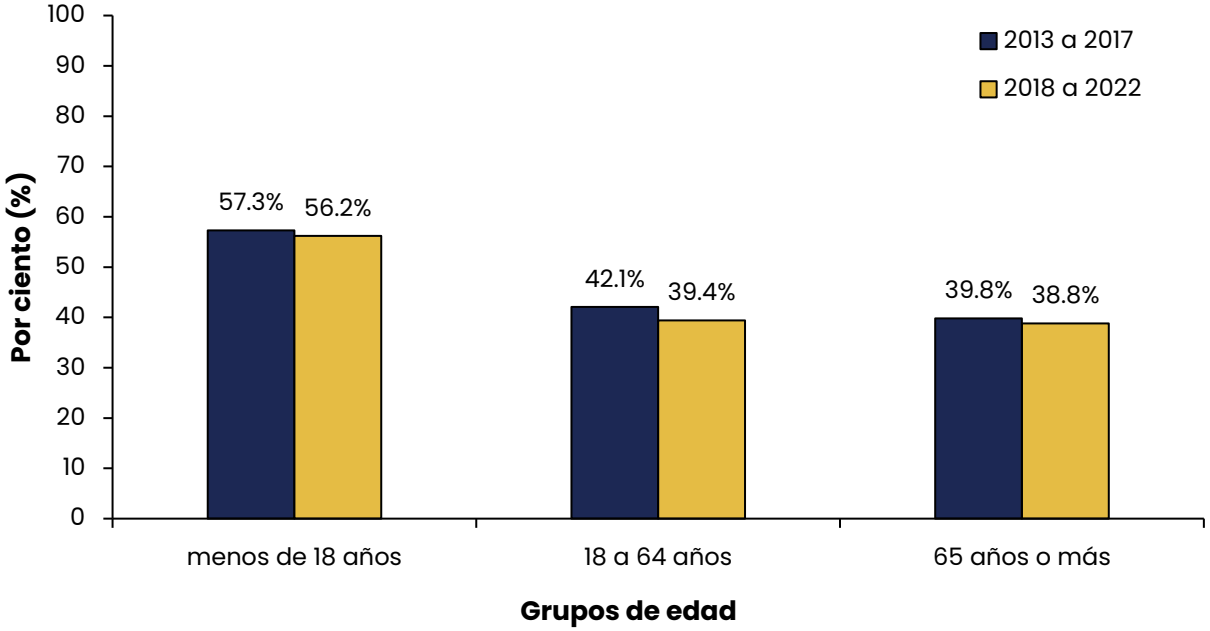


Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información de los estimados de 5 años de la *American Community Survey*, Tabla: S1701, Estado de pobreza en los pasados 12 meses (US. Census Bureau, 2017, 2022g).

La Figura 3.1.24, presenta el porcentaje de personas bajo el nivel de pobreza, por grupo de edad, en Puerto Rico, durante los periodos de tiempo del 2013 al 2017 y 2018 al 2022. El mayor porcentaje de personas bajo nivel de pobreza se reportó en el grupo de edad de menos de 18 años, con un 57.3%, en el periodo de tiempo del 2013 al 2017, y con un 56.2%, en el periodo de tiempo del 2018 al 2022. El menor porcentaje de personas bajo nivel de pobreza se presentó en el grupo de edad de 65 años o más, con un 39.8%, para el periodo de tiempo del 2013 al 2017, y con un 38.8%, para el periodo de tiempo del 2018 al 2022.

Figura 3.1.24

Porcentaje de personas bajo el nivel de pobreza, por grupo de edad: Puerto Rico, 2013 al 2017 y 2018 al 2022

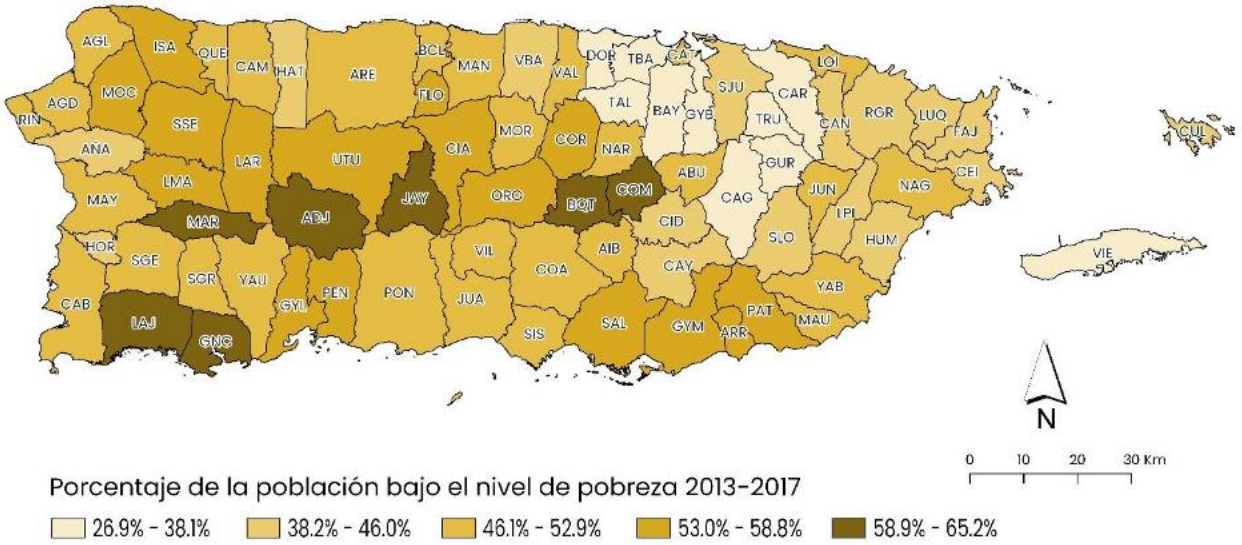


Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información de los estimados de 5 años de la *American Community Survey*, Tabla: S1701, Estado de pobreza en los pasados 12 meses (US. Census Bureau, 2017e, 2022g).

En la Figura 3.1.25, se presenta el porcentaje de personas bajo el nivel de pobreza, por municipio de residencia, en Puerto Rico, durante el periodo de tiempo del 2013 al 2017. El mayor porcentaje de personas bajo el nivel de pobreza, por municipio de residencia, se reportó en Guánica (65.2%), Maricao (65.0%), Adjuntas (64.1%), Barranquitas (60.7%) y Lajas (60.6%). Por otro lado, el menor porcentaje de personas bajo el nivel de pobreza, por municipio de residencia, se registró en Guaynabo (26.9%), Carolina (29.0%), Toa Alta (29.8%), Trujillo Alto (30.4%) y Gurabo (31.1%).

Figura 3.1.25

Porcentaje de personas bajo el nivel de pobreza, por municipio de residencia: Puerto Rico, 2013 al 2017

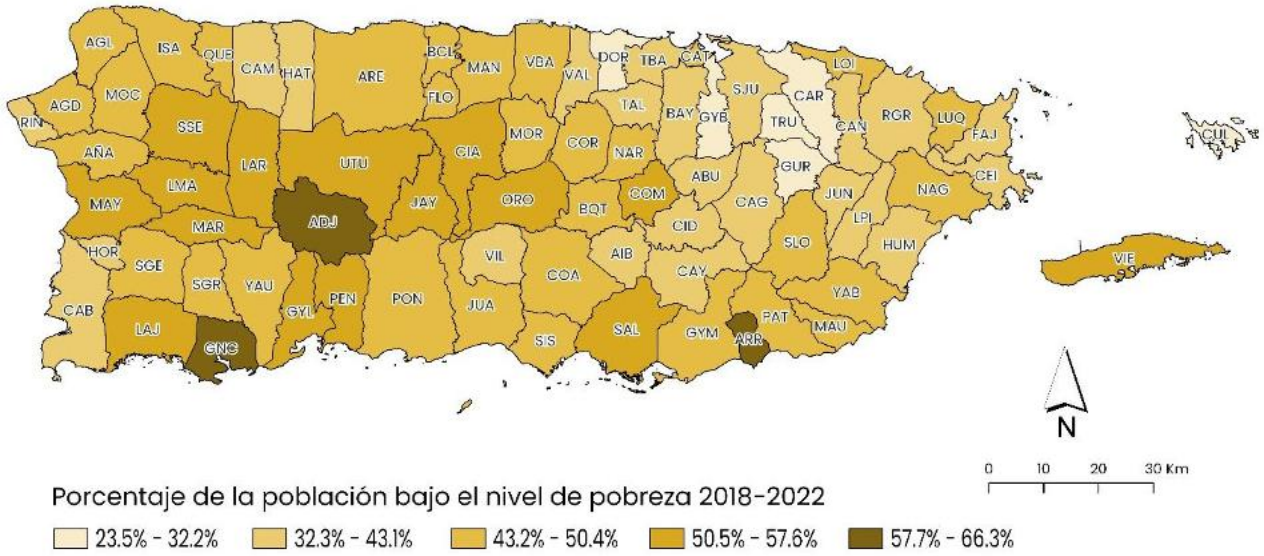


Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información de los estimados de 5 años de la *American Community Survey*, Tabla: S1701, Estado de pobreza en los pasados 12 meses (US. Census Bureau, 2017e).

La Figura 3.1.26, muestra el porcentaje de personas bajo el nivel de pobreza, por municipio de residencia, en Puerto Rico, durante el periodo de tiempo del 2018 al 2022. El mayor porcentaje de personas bajo el nivel de pobreza, por municipio de residencia, se reportó en Guánica (66.3%), Adjuntas (63.4%), Arroyo (57.7%), Lajas (56.1%) y Lares (56.0%). A su vez, el menor porcentaje de personas bajo el nivel de pobreza, por municipio de residencia, se registró en Culebra (23.5%), Guaynabo (25.1%), Trujillo Alto (29.2%), Dorado (30.6%) y Carolina (31.0%).

Figura 3.1.26

Porcentaje de personas bajo el nivel de pobreza, por municipio de residencia: Puerto Rico, 2018 al 2022



Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información de los estimados de 5 años de la *American Community Survey*, Tabla: S1701, Estado de pobreza en los pasados 12 meses. (US. Census Bureau, 2022g).

Discapacidad en Puerto Rico, periodos del 2013 al 2017 y 2018 al 2022

Las personas con discapacidad son aquellas que tienen alguna limitación física, mental, intelectual o sensorial que, al encontrarse con barreras en su entorno, pueden dificultar su participación plena y en igualdad de condiciones dentro de la sociedad (Naciones Unidas, 2006). Este término se sustituye en varias publicaciones por "diversidad funcional", entendiéndose, de manera más inclusiva, como un conjunto de situaciones o condiciones de las personas que tienen diferentes formas de funcionar y realizar actividades, dado que las perspectivas de capacidades limitadas o inactivas no siempre aplica (Gómez-Marí et al., 2021).

Sin embargo, en el Negociado del Censo de los Estados Unidos (U.S. Census Bureau) se utiliza el concepto de "dificultades" para referirse a las situaciones de discapacidad, dado/debido/puesto que se aplica el marco conceptual del Instituto de Medicina (conocido como la Academia Nacional de Medicina) y la Clasificación

Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (U.S. Census Bureau, 2023a). En estas referencias, la discapacidad se entiende como el resultado de la interacción entre el cuerpo de la persona, su salud física, emocional y mental, y el entorno físico y social donde vive, trabaja o se recrea (U.S. Census Bureau, 2023a). En la Encuesta de la Comunidad de Puerto Rico se pregunta por seis tipos de dificultades para que las personas indiquen si tienen o no al menos una: 1) auditiva, 2) visual, 3) cognitiva, 4) ambulatoria, 5) de autocuidado, y 6) de vida independiente (U.S. Census Bureau, 2023a).

La Tabla 3.1.5, presenta el estimado y porcentaje de personas con algún tipo de discapacidad, en Puerto Rico, durante los periodos de tiempo del 2013 al 2017 y 2018 al 2022. El 21.3% (734,789) de las personas reportaron tener algún tipo de discapacidad para el periodo de tiempo del 2013 al 2017. A su vez, el 22.3% (722,330) de las personas registraron tener algún tipo de discapacidad para el periodo de tiempo del 2018 al 2022.

Tabla 3.1.5

Estimado y porcentaje de personas con algún tipo de discapacidad: Puerto Rico, 2013 al 2017 y 2018 al 2022

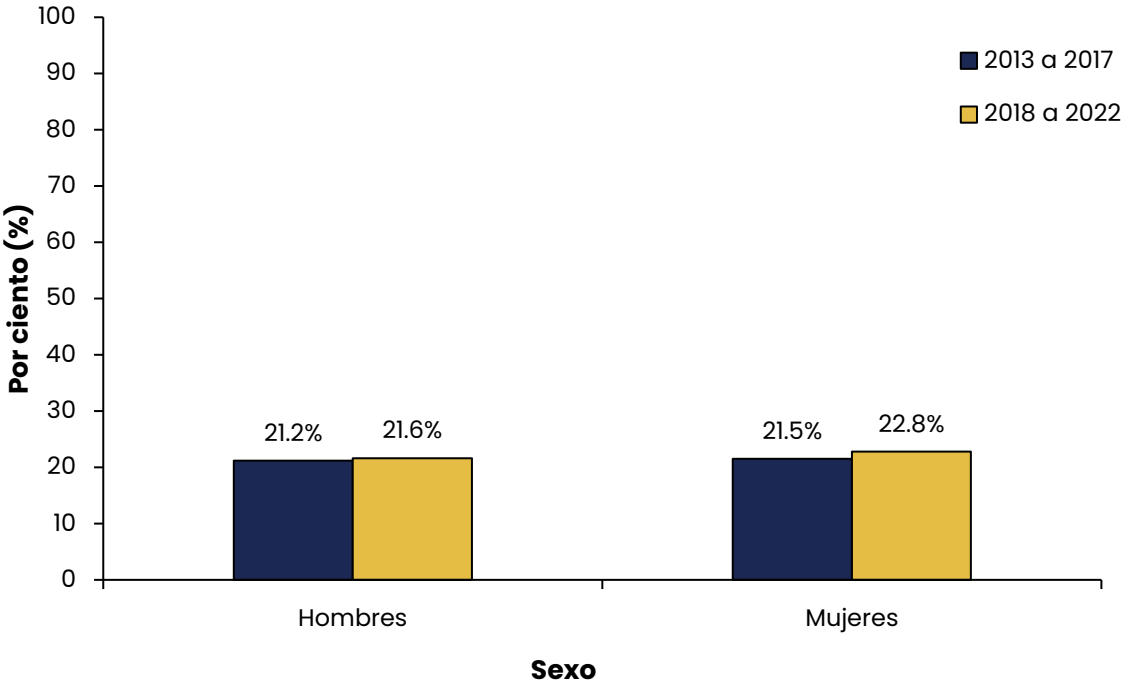
Periodos	Algún tipo de discapacidad	
	Estimado	Porcentaje
2013 al 2017	734,789	21.3%
2018 al 2022	722,330	22.3%

Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información de los estimados de 5 años de la *American Community Survey*, Tabla: S1810, Características de discapacidad (US. Census Bureau, 2017f, 2022h).

La Figura 3.1.27, presenta el porcentaje de personas con algún tipo de discapacidad, por sexo, en Puerto Rico, durante los periodos de tiempo del 2013 al 2017 y 2018 al 2022. En el caso de los hombres, se estimó que el 21.2% de estos reportaron algún tipo de discapacidad durante el periodo 2013 al 2017, y un 21.6%, durante el periodo del 2018 al 2022. Mientras, para el grupo de mujeres, se estimó que el 21.5% de estas reportaron algún tipo de discapacidad durante el periodo 2013 al 2017, y un 22.8%, durante el periodo del 2018 al 2022.

Figura 3.1.27

Porcentaje de personas con algún tipo de discapacidad, por sexo: Puerto Rico, 2013 al 2017 y 2018 al 2022



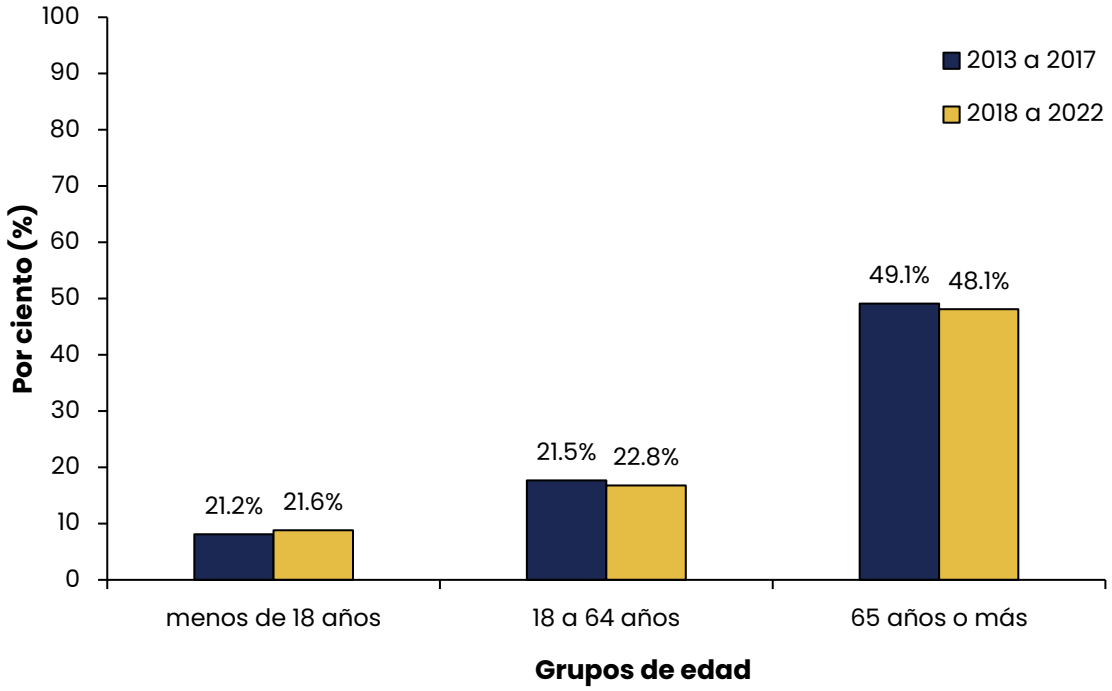
Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información de los estimados de 5 años de la *American Community Survey*, Tabla: S1801, Características de discapacidad (US. Census Bureau, 2017f, 2022h).

La Figura 3.1.28, presenta el porcentaje de personas con algún tipo de discapacidad, por grupo de edad, en Puerto Rico, durante los periodos de tiempo del 2013 al 2017 y 2018 al 2022. El mayor porcentaje de personas con algún tipo de

discapacidad se reportó en el grupo de edad de 65 años o más, con un 49.1% en el periodo de tiempo del 2013 al 2017, y con un 48.1% en el periodo de tiempo del 2018 al 2022.

Figura 3.1.28

Porcentaje de personas con algún tipo de discapacidad, por grupos edad: Puerto Rico, 2013 al 2017 y 2018 al 2022



Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información de los estimados de 5 años de la *American Community Survey*, Tabla: S1801, Características de discapacidad (US. Census Bureau, 2017f, 2022h).

Cubierta de salud en Puerto Rico, periodos 2013 a 2017 y 2018 a 2022

Tener algún tipo de cubierta de salud (o plan médico) está asociado con mejoras significativas en el acceso a la atención médica y a servicios preventivos (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2021). Por tanto, no tener algún tipo de cubierta está asociado con los efectos opuestos, especialmente, para los adultos no mayores (Cha & Cohen, 2020). A pesar de que la cobertura de salud por sí sola no garantiza la eliminación de barreras para tener todos los accesos a servicios (Call et al. 2014), es un buen indicador para anticipar la carga económica de las personas que, por no tener cobertura de salud, pudieran estar a mayor riesgo de gastos catastróficos en salud y, [o, así como] para planificar políticas que aumenten el número de personas cubiertas (Gutiérrez, 2018; Scott et al., 2021).

En la Encuesta de la Comunidad de Puerto Rico se pregunta por ocho alternativas de cubiertas de salud para que las personas indiquen si tienen o no [alguna de ellas/estas] ese tipo de cubierta: 1) a través de un empleador o sindicato actual o anterior (de esa persona o de otro familiar); 2) adquirido directamente de una compañía de seguros (por esa persona o de otro familiar); 3) *Medicare*, para personas mayores de 65 años o personas con ciertas discapacidades; 4) *Medicaid*, asistencia médica o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para personas con bajos ingresos o discapacidades; 5) *TRICARE* u otro plan de atención médica ofrecida para militares; 6) cubierta relacionada con la atención a veteranos; 7) servicio de salud indígena; y 8) cualquier otro tipo de seguro médico o plan de cubierta médica (U.S. Census Bureau, 2023a).

Los datos aquí presentados corresponden a si la persona respondió tener o no algún tipo de cubierta de salud, basándose en: "cubierta" o "no cubierta" (U.S. Census Bureau, 2023a). A continuación, se presentan los datos para la población en Puerto Rico sin ningún tipo de cobertura de salud.

La Tabla 3.1.6, presenta el estimado y porcentaje de personas sin algún tipo de cubierta de salud, en Puerto Rico, durante los periodos de tiempo del 2013 al 2017 y 2018 al 2022. El 6.2% (214,967) de las personas reportaron estar sin algún tipo de cubierta de salud para el periodo de tiempo del 2013 al 2017. A su vez, el 6.4% (208,814) de las personas registraron estar sin algún tipo de cubierta de salud para el periodo de tiempo del 2018 al 2022.

Tabla 3.1.6

Estimado y porcentaje de personas sin algún tipo de cubierta de salud: Puerto Rico, 2013 al 2017 y 2018 al 2022

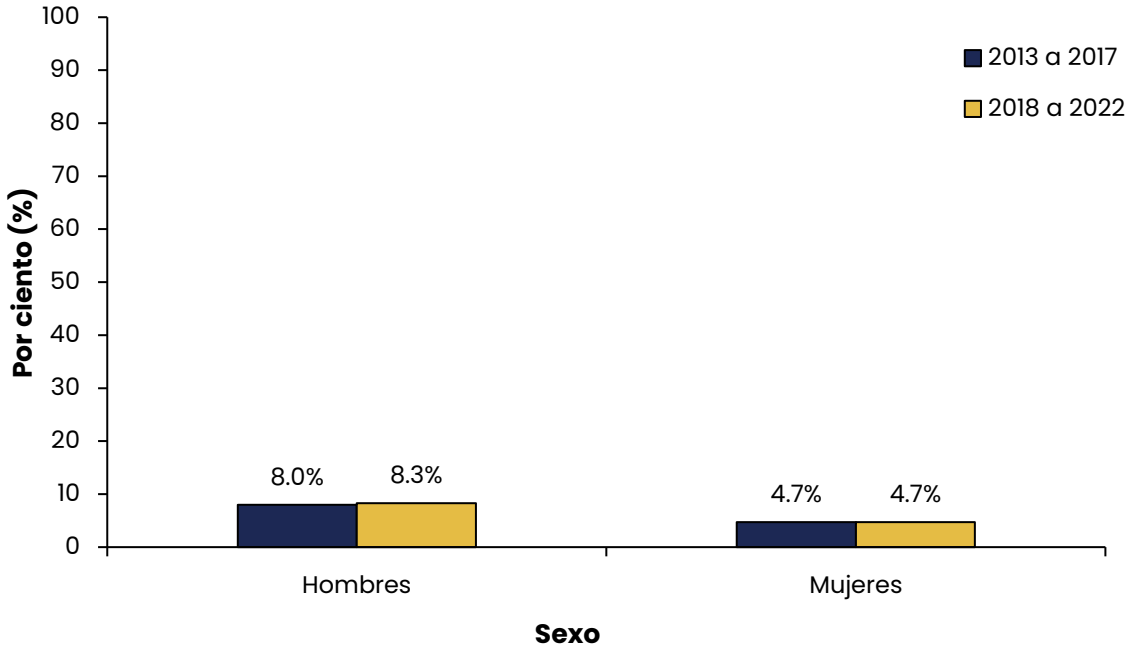
Periodos	Sin algún tipo de cubierta de salud	
	Estimado	Porcentaje
2013 al 2017	214,967	6.2%
2018 al 2022	208,814	6.4%

Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información de los estimados de 5 años de la *American Community Survey*, Tabla: S2701, Características seleccionadas de cubierta de salud (US. Census Bureau, 2017g, 2022i).

La Figura 3.1.29, presenta el porcentaje de personas sin algún tipo de cubierta de salud, por sexo, en Puerto Rico, durante los periodos de tiempo del 2013 al 2017 y 2018 al 2022. En el caso de los hombres, se estimó que, el 8.0%, reportó no tener algún tipo de cubierta de salud durante el periodo 2013 al 2017, y un 8.3%, durante el periodo del 2018 al 2022. Mientras, para el grupo de mujeres, se estimó que, el 4.7%, reportó no tener algún tipo de cubierta de salud, durante ambos periodos de tiempo del 2013 al 2017 y 2018 al 2022. Cabe resaltar que, los hombres reportaron, en mayor proporción, no tener algún tipo de cubierta de salud, en comparación con las mujeres.

Figura 3.1.29

Porcentaje de personas sin algún tipo de cubierta de salud, por sexo: Puerto Rico, 2013 al 2017 y 2018 al 2022

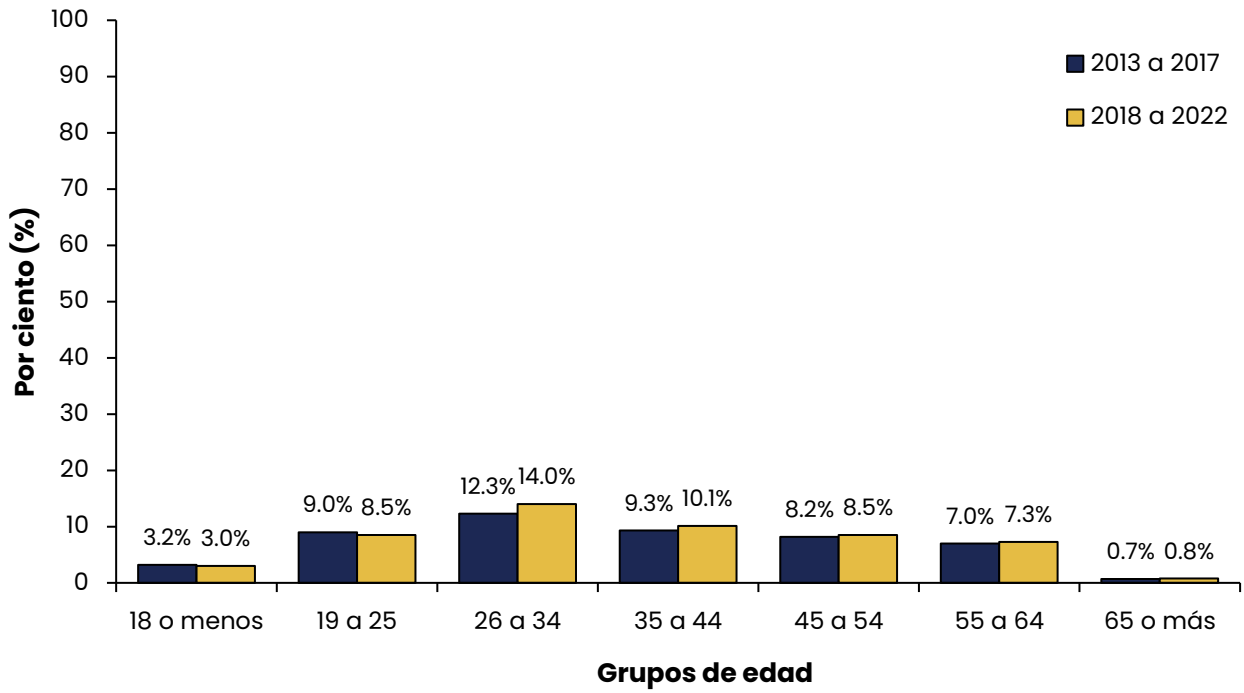


Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información de los estimados de 5 años de la *American Community Survey*, Tabla: S2701, Características seleccionadas de cubierta de salud (US. Census Bureau, 2017g, 2022i).

La Figura 3.1.30, presenta el porcentaje de personas sin algún tipo de cubierta de salud, por grupo de edad, en Puerto Rico, durante los periodos de tiempo del 2013 al 2017 y 2018 al 2022. El mayor porcentaje de personas sin algún tipo de cubierta de salud se reportó en el grupo de edad de 26 a 34 años (12.3%), con un 12.3%, en el periodo de tiempo del 2013 al 2017, y con un 14.0%, en el periodo de tiempo del 2018 al 2022. Es importante aclarar que, a diferencia de otros puntos de cortes para grupos de edad, la pregunta de plan médico/cubierta de salud se agrupa en, 18 o años o menos y 19 años o más [en adelante], /puesto que/debido a que la elegibilidad para la cubierta de salud en menores termina a los 18 años en la mayoría de los estados de Estados Unidos (Conway, 2020).

Figura 3.1.30

Porcentaje de personas sin algún tipo de cubierta de salud, por grupo de edad: Puerto Rico, 2013 al 2017 y 2018 al 2022



Nota. Los datos fueron obtenidos del *U.S. Census Bureau*, utilizando información de los estimados de 5 años de la *American Community Survey*, Tabla: S2701, Características seleccionadas de cubierta de salud (US. Census Bureau, 2017g, 2022i).

Migración y características del migrante en Puerto Rico, periodo del 2021 al 2022

Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (s.f.-a) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la migración es el movimiento de personas, desde su lugar de residencia actual hacia uno nuevo, implicando esto atravesar fronteras, ya sea internacionales o dentro de un mismo país. Asimismo, se entiende a la persona migrante como:

> *"cualquier persona que se desplaza, o se ha desplazado, a través de una frontera internacional o dentro de un país, fuera de su lugar habitual de residencia*, *independientemente*, *de su situación jurídica, el carácter voluntario o involuntario del desplazamiento, las causas del desplazamiento o la duración de su estancia"* (Médicos Sin Fronteras, 2023, párr. 4).

Las razones que conducen a la migración son variadas, pero, usualmente, se relacionan con conflictos o carencias enfrentadas en el país de origen, tales como: guerras, terrorismo, violación a derechos humanos, desastres naturales, pobreza, falta de servicios y/o beneficios, falta de oferta laboral, entre otras razones (OIM, s.f.-b; Parlamento Europeo, 2024).

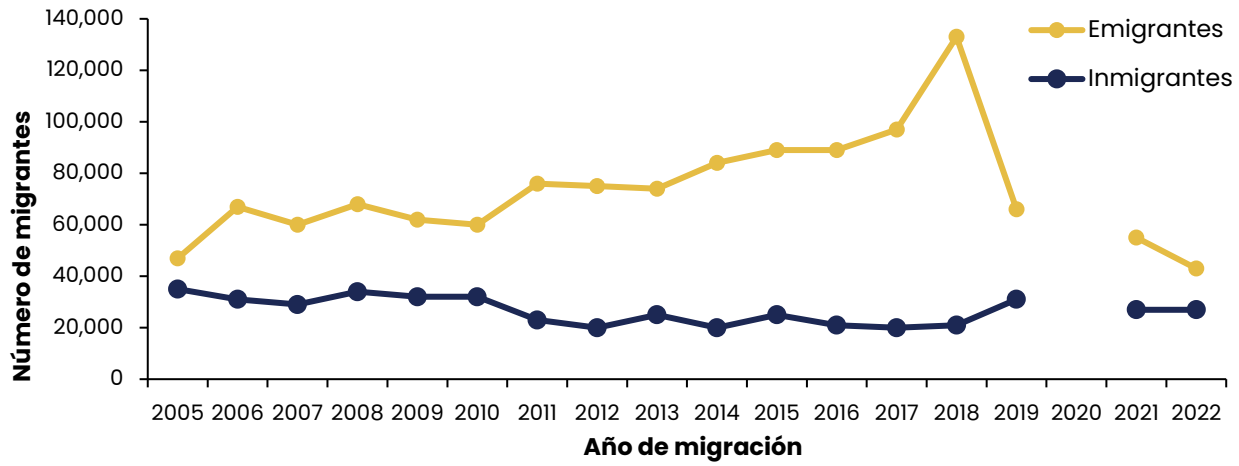
La migración neta se define como la diferencia entre el efecto de la inmigración (personas que llegan de otro país para residir) y la emigración (personas que se van de su país de origen para residir en otro país) sobre la población de un país en un periodo de tiempo determinado (INEC, 2025). El balance migratorio, por su parte, es la diferencia entre el efecto de la inmigración y la emigración de un país (Institut National de la Statistique et des Études Économiques [INSEE], 2020).

La Figura 3.1.31, presenta la frecuencia de migración neta entre Estados Unidos y Puerto Rico, en el periodo de tiempo del 2005 al 2022, según la Encuesta de la Comunidad para Puerto Rico presentada en el informe del Perfil del Migrante 2021-2022. Para el 2021, se estimó que 55,000 personas emigraron de Puerto Rico hacia

Estados Unidos, mientras, que, para el 2022, se reportó un estimado de 43,000 emigrantes de Puerto Rico a Estados Unidos, representando una reducción de un 21.0% de emigrantes para el 2021 y 2022 (Velázquez-Estrada, 2023). Por otra parte, aproximadamente, 27,000 personas inmigraron de los Estados Unidos a Puerto Rico para los años 2021 y 2022, representando una disminución en el balance migratorio de -41.0% (es decir, de 27,000 a 16,000 personas) (Velázquez-Estrada, 2023).

Figura 3.1.31

Frecuencia de migración neta entre Estados Unidos y Puerto Rico, en el periodo de tiempo del 2005 al 2022, según la Encuesta de la Comunidad para Puerto Rico presentada en el informe del Perfil del Migrante 2021-2022



Nota. Los datos fueron obtenidos del informe del Perfil del Migrante 2021-2022 desarrollado por Velázquez-Estrada, 2023, utilizando información de la Tabla A3. Balance migratorio con Estados Unidos y balance de movimiento de pasajeros doméstico e internacional, 2000-2022. Por efectos de la pandemia del COVID-19 en la recopilación y calidad de información para la *American Community Survey* (*ACS*), los datos para el año 2021 no fueron publicados por el *U.S. Census Bureau* (Velázquez-Estrada, 2023).

La Tabla 3.1.7, presenta los estimados de los principales seis destinos de emigración desde Puerto Rico hacia Estados Unidos, en el periodo de tiempo del 2021 al 2022, según la Encuesta de la Comunidad para Puerto Rico presentada en el informe del Perfil del Migrante 2021-2022. El mayor estimado de emigrantes, desde Puerto Rico a Estados Unidos, en el 2021, se reportó en el estado de Florida (13,795), Pennsylvania (6,249) y Texas (4,180). En el 2022, el estado de Florida (12,179) se

mantuvo como el principal destino, aunque/pese a que presentó una reducción aproximada de un 12.0% de los emigrantes/inmigrantes de/puertorriqueños, en comparación con el 2021 (Velázquez-Estrada, 2023). A su vez, el mayor estimado de emigrantes/inmigrantes de/puertorriqueños se registró para los estados de Nueva York (3,323) y Pennsylvania (3,291).

Tabla 3.1.7

Estimados de los principales seis destinos de emigración desde Puerto Rico hacia Estados Unidos, en el periodo de tiempo del 2021 al 2022, según la Encuesta de la Comunidad para Puerto Rico presentada en el informe del Perfil del Migrante 2021-2022

2021		2022	
Estado	Estimado de emigrantes	Estado	Estimado de emigrantes
Florida	13,795	Florida	12,179
Pennsylvania	6,249	Nueva York	3,323
Texas	4,180	Pennsylvania	3,291
Virginia	2,912	Texas	2,441
Nueva Jersey	2,264	Nueva Jersey	1,975
Nueva York	2,189	Wisconsin	1,864

Nota. Los datos fueron obtenidos del informe del Perfil del Migrante 2021-2022 desarrollado por Velázquez-Estrada, 2023, utilizando información de la Tabla A5. Emigrantes de Puerto Rico a Estados Unidos, por destino y posición, 2005-2022. Los datos están ordenados según posición del año 2010. (Velázquez-Estrada, 2022)

En la Tabla 3.1.8, se presenta el número de emigrantes e inmigrantes de Puerto Rico hacia Estados Unidos, por características sociodemográficas, en el periodo de tiempo del 2021 al 2022, según la Encuesta de la Comunidad para Puerto Rico presentada en el informe del Perfil del Migrante 2021-2022. Para el 2021, se registró el mayor estimado de emigrantes para hombres (27,290) y mujeres (27,379), en comparación con el 2022 (21,532 hombres y 21,458 mujeres). En el 2021, el mayor estimado de emigrantes se reportó en los grupos de edad de 5 a 17 años (6,750), 20 a 24 años (6,012) y 25 a 29 años (5,990), con una mediana de edad de 31.9 años. A su

vez, en el 2022, el mayor estimado de emigrantes se reportó en los grupos de edad de 20 a 24 años (7,455), 25 a 29 años (5,536) y 30 a 34 años (4,571), con una mediana de edad de 30.3 años. En cuanto al estado civil, el mayor estimado de emigrantes se presentó para las categorías de nunca casado/a (22,726, en el 2021, y 17,046, en el 2022) y casado/a (15,125, en el 2021, y 13,884, en el 2022).

Por otro lado, el mayor estimado de emigrantes por nivel de escolaridad, en el 2021, se reportó para las categorías de escuela superior (11,192), alguna educación terciaria (7,379) y bachillerato (7,255), mientras, que, en el 2022, el mayor estimado de emigrantes por escolaridad se registró para las categorías de escuela superior (6,839), alguna educación terciaria (6,438) y menos de escuela superior (5,930).

Por otra parte, el estimado de inmigrantes, por sexo, tanto para el 2021 como para el 2022, se presentó entre un rango de 13,032 y 13,957. El mayor estimado de inmigrantes, en el 2021, se reportó en los grupos de edad de 5 a 17 años (4,180), 60 a 64 años (3,041) y 20 a 24 años (2,095), con una mediana de edad de 39.0 años. En cambio, para el 2022, el mayor estimado de inmigrantes se registró en los grupos de edad de 5 a 17 años (4,739), 25 a 29 años (2,761) y 35 a 39 años (2,534), con una mediana de edad de 33.8 años. En cuanto al estado civil, el mayor estimado de inmigrantes, para el 2021, se reportó para las categorías de nunca casado/a (9,373) y casado/a (8,083), mientras que, para el 2022, el mayor estimado de inmigrantes se registró para las categorías de nunca casado/a (11,184) y casado/a (6,071). Por último, el mayor estimado de inmigrantes, por escolaridad, para el 2021, se reportó para las categorías de escuela superior (7,385), alguna educación terciaria (5,222) y bachillerato (3,285), mientras que, para el 2022, el mayor estimado de inmigrantes se registró en las categorías de escuela superior (5,180), bachillerato (4,289) y alguna educación terciaria (3,979).

Tabla 3.1.8

Número de emigrantes e inmigrantes de Puerto Rico hacia Estados Unidos, por características sociodemográficas, en el periodo de tiempo del 2021 al 2022, según la Encuesta de la Comunidad para Puerto Rico presentada en el informe del Perfil del Migrante 2021-2022

Características sociodemográficas	Número de emigrantes		Número de inmigrantes	
	Estimado 2021	Estimado 2022	Estimado 2021	Estimado 2022
Grupo de edad				
1 a 4 años	2,491	1,058	1,306	1,306
5 a 17 años	6,750	4,142	4,180	4,739
18 a 19 años	3,704	2,919	446	659
20 a 24 años	6,012	7,455	2,095	1,879
25 a 29 años	5,990	5,536	2,061	2,761
30 a 34 años	4,765	4,571	2,049	2,231
35 a 39 años	3,028	2,167	2,037	2,534
40 a 44 años	3,194	1,733	1,943	2,115
45 a 49 años	3,595	2,023	1,832	932
50 a 54 años	3,619	1,855	1,403	1,034
55 a 59 años	1,765	1,492	1,343	1,288
60 a 64 años	1,791	1,131	3,041	1,863
65 a 69 años	3,459	1,690	1,024	1,169
70 a 74 años	1,599	902	1,390	760
75 años o más	2,907	4,316	1,230	1,719
Total	54,669	42,990	27,380	26,989
Mediana de edad	31.9	30.3	39.0	33.8

Características sociodemográficas	Número de emigrantes		Número de inmigrantes	
	Estimado 2021	Estimado 2022	Estimado 2021	Estimado 2022
Sexo				
Hombres	27,290	21,532	13,777	13,032
Mujeres	27,379	21,458	13,603	13,957
Estado civil (población 15 años o más)				
Nunca casado/a	22,726	17,046	9,373	11,184
Casado/a	15,125	13,884	8,083	6,071
Divorciado/a	4,476	3,624	3,171	3,062
Separado/a	1,544	1,509	1,040	214
Viudo/a	3,123	2,355	919	970
Escolaridad (población 25 años o más)				
Menos de escuela superior	4,178	5,930	1,895	2,673
Escuela superior	11,192	6,839	7,385	5,180
Alguna educación terciaria	7,379	6,438	5,222	3,979
Bachillerato	7,255	4,832	3,285	4,289
Graduado o profesional	5,708	3,404	1,566	2,285

Nota. Los datos fueron obtenidos del del informe Perfil del Migrante 2021-2022 (desarrollado por Velázquez-Estrada, 2023), utilizando información de las Tablas A1. Características de los migrantes de Puerto Rico, 2021 al 2022

Limitaciones y oportunidades

Las características sociodemográficas son los indicadores utilizados para describir una población en términos de edad, raza, sexo, género, nivel de escolaridad, estado de empleo, ingreso económico, entre otras variables (Biblioteca Virtual en Salud, 2021). Estas características sociodemográficas se relacionan directamente a los determinantes sociales de la salud que influyen en las circunstancias en que vive, se desarrolla y envejece una población (OMS, 2025). A tales efectos, la estimación de las características sociodemográficas permite comprender e identificar las necesidades específicas de una población, con la finalidad de contribuir en las políticas, acciones y estructuras que fortalezcan la salud pública poblacional (Cossetin-Costa, et. al, 2023).

Existen algunas limitaciones en utilizar datos de fuentes u organizaciones externas. Comúnmente, la información recopilada por fuentes secundarias se limita al interés o temas de estudio de la organización o institución que recopila la información (Wickham, 2019). Esto implica que, en el caso de Puerto Rico, la información disponible se limita a la recopilada por las agencias, y no necesariamente a lo que se interesa investigar o analizar. Por ejemplo, el *U.S. Census Bureau* cuenta con diversas fuentes de datos de características poblacionales, vivienda, negocios, economía, y otros temas (U.S. Census Bureau, 2021e). Sin embargo, con excepción de los cuestionarios poblacionales, muchos de estos temas no son recopilados para Puerto Rico, conllevando a una limitación basada en la escasa disponibilidad de datos confiables y representativos (U.S. Census Bureau, 2020c; 2022f).

Otra de las limitaciones relacionadas a la utilización de fuentes de datos secundarias se encuentra en la metodología y los términos asignados por las fuentes de datos. Los usuarios no involucrados en el desarrollo de la metodología y la

definición de términos deben familiarizarse con las temáticas, variables, tecnicismos y cálculos del conjunto de datos (Wickham, 2019). Estas revisiones emplean tiempo, pero al aplicarlas, se minimiza la utilización e interpretación incorrecta de los datos (Wickham, 2019). Por ejemplo, la encuesta del *PRCS* se realiza en intervalos de un año y cinco años, por lo que se debe considerar tener conocimiento sobre los procesos metodológicos y la terminología al momento de realizar algún tipo de análisis estimado acorde al intervalo de interés seleccionado (Raglin, 2022).

En cuanto a limitaciones específicas, se han identificado cuatro vertientes que han impactado la metodología, muestras, recopilación y disponibilidad de datos. En primer lugar, la pandemia del COVID-19, representó ciertas restricciones y limitaciones en cuanto a la disponibilidad, metodología y recopilación de datos del *U.S. Census Bureau*, debido a las medidas de protección establecidas (U.S. Census Bureau, 2024b). Dicha limitación impactó, tanto los resultados del Censo Decenal del U.S. Census Bureau como los resultados de sus diversas encuestas que aportan datos para Puerto Rico.

En segundo lugar, se identificó que la encuesta del *PRCS* se lleva a cabo anualmente desde el año 2005. Desde entonces, se han realizado cambios a varias de las preguntas, por lo que hay información que no necesariamente se encuentra disponible para ciertos años (U.S. Census Bureau, 2020a). Además, la metodología implementada [...], por lo que el tamaño de la muestra utilizado en Puerto Rico es de aproximadamente 36,000 direcciones territoriales, las cuales no toman en consideración la distribución geográfica de la población a nivel municipal (U.S. Census Bureau, 2020c).

En tercer lugar, para el Perfil del Migrante 2021-2022, los datos recopilados durante el periodo de tiempo del 2017 al 2018, se vieron limitados a causa de las consecuencias del paso de los huracanes Irma y María en Puerto Rico (Velázquez-

Estrada, 2023). Asimismo, para el 2020, este perfil enfrentó retos en cuanto a la recopilación de datos y los estándares de calidad estadística debido a las restricciones establecidas durante la pandemia del COVID-19, conllevando a no poder publicar datos en ciertos temas específicos durante dicho año (Velázquez-Estrada, 2023; Villa Ross et al., 2021).

En cuarto lugar, en el Perfil del Migrante 2021-2022, se utilizaron los Microdatos de Uso Público (*PUMS*, por sus siglas en inglés), y a nivel geográfico, las Áreas de los Microdatos de Uso Público (*PUMA*, por sus siglas en inglés), no obstante, la información recopilada sobre el tema de migración solo permite conocer el movimiento migratorio entre Puerto Rico y Estados Unidos, por lo que no es posible informar con certeza el movimiento migratorio puertorriqueñ~~as/~~os a otros países. En el caso de los datos del Negociado de Estadísticas de Transporte de Estados Unidos (*BTS*, por sus siglas en inglés) y de la Autoridad de Puertos, se reconoce que estos informan sobre el movimiento neto de pasajeros, pero no permiten informar sobre el movimiento de migrantes que entran o salen del país (Velázquez-Estrada, 2023). Estos datos tampoco permiten conocer el tiempo que la persona permanece en Puerto Rico (Velázquez-Estrada, 2023).

Por otra parte, los huracanes Irma y María, los terremotos y la pandemia del COVID-19, tuvieron un efecto directo e indirecto sobre la frecuencia de nacimientos, muertes y migración ocurridas en Puerto Rico (La Botz, 2020). De acuerdo con esto, los datos recopilados por las fuentes estadísticas primarias se afectaron por los eventos mencionados, resultando en la carencia y limitación de datos (Velázquez-Estrada, 2023; Villa Ross et al., 2021). Por ende, como área de oportunidad, se identifica la necesidad de llevar a cabo investigaciones o estudios relacionados al impacto de los eventos ocurridos en Puerto Rico, a partir del 2017, en la estructura y perfil demográfico de la población.

Por último, se considera como oportunidad promover el estudio y la evaluación de los factores sociodemográficos sobre la salud en Puerto Rico. Esto, permitiría identificar componentes que impactan la edad, el sexo, el estado civil marital, la migración, la búsqueda y/o acceso de atención médica, las prácticas de cuidado a la salud, los estilos de vida y las conductas de riesgo, entre otros. Dicho enfoque resultaría pertinente para atender situaciones de salud pública, el desarrollo poblacional, la densidad poblacional y los factores de riesgo.

Referencias

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2021). *2021 National healthcare quality and disparities report*: *Access to healthcare and disparities in access*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578537/

Amirnazmiafshar, E., & Diana, M. (2022). A review of the socio-demographic characteristics affecting the demand for different car-sharing operational schemes. *Transportation Research Interdisciplinary Perspectives, 14*, 100616. https://doi.org/10.1016/j.trip.2022.100616

Bao, L. (2021). Population pyramid. In: *Gu, D., Dupre, M.E. (eds) Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-22009-9_660

Biblioteca Virtual en Salud. (2021). Factores sociodemográficos. https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=59890#

Call, K. T., McAlpine, D. D., Garcia, C. M., Shippee, N., Beebe, T., Adeniyi, T. C., & Shippee, T. (2014). Barriers to care in an ethnically diverse publicly insured population: Is health care reform enough? *Medical Care, 52*(8), 720–727. https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000000172

Cha, A. E., & Cohen, R. A. (2020). Reasons for being uninsured among adults aged 18–64 in the United States, 2019 (NCHS Data Brief, No. 382). National Center for Health Statistics. https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db382-H.pdf

Conway, D. (2020). *Adults age 26 had highest uninsured rate among all ages, followed by 27-year-olds*. U.S. Census Bureau. https://www.census.gov/library/stories/2020/10/uninsured-rates-highest-for-young-adults-aged-19-to-34.html

Cossetin-Costa, M., Fátima-Mantovani, M., Moura-D'Almeida-Miranda, F., Carneiro-Mussi, F, & da Silva-Pires, C. (2023). Características sociodemográficas,

hábitos de vida y condiciones de salud de las personas privadas de libertad. *Enfermería Global, 22*(72), 26-76. https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.558881

Elliot, D. B., Simmons, T., & Lewis, J. M. (2010). *Evaluation of the marital events items on the ACS*. U.S. Census Bureau. https://www.census.gov/library/working-papers/2010/demo/elliott-08.html

Eurostat. (2024). *Beginners: Population*. Eurostat Statistics Explained. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Beginners:Population#

Gutiérrez, C. M. (2018). The institutional determinants of health insurance: Moving away from labor market, marriage, and family attachments under the ACA. *American Sociological Review, 83*(6), 1144–1170. https://doi.org/10.1177/0003122418811112

Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). (2020). *Migration balance*. https://www.insee.fr/en/metadonnees/definition/c1450

Institut National Detudes Démographiques (INED). (s.f.). *Population pyramid*. https://www.ined.fr/en/glossary/population-pyramid/

Instituto Nacional de Estadística y Censo - Panamá (INEC). (2025). Glosario de términos: M. https://www.inec.gob.pa/glosario/Default.aspx?ORDEN=M&ID_IDIOMA=1

Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (s.f.). *Concepto seleccionado: Edad mediana*. https://www.ine.es/DEFIne/concepto.htm?c=5096

La Botz, D. (2020). *Puerto Rico faces crises: Covid, hurricanes, earthquakes, drought*. Committee for the Abolition of Illegitimate Debt. https://www.cadtm.org/Puerto-Rico-Faces-Crises-Covid-Hurricanes-Earthquakes-Drought

Gómez-Marí, I., Sanz-Cervera, P., & Tárraga-Mínguez, R. (2021). Today is my day: Analysis of the awareness campaigns' impact on functional diversity in the press, on Google, and on Twitter. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(15), 7789. https://doi.org/10.3390/ijerph18157789

Médicos Sin Fronteras. (2023). *Migración en América Latina: Qué sucede en la región.* https://www.msf.org.ar/actualidad/migracion-america-latina-que-sucede-la-region/

Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities

Office of The Assistant Secretary for Planning and Evaluation (ASPE). (s.f.). *Frequently asked questions related to the poverty guidelines and poverty.* https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines/frequently-asked-questions-related-poverty-guidelines-poverty

Oficina Central de Recuperación, Reconstrucción y Resiliencia (COR3). (s.f.). *Recuperación de desastres*. Gobierno de Puerto Rico. https://recovery.pr.gov/es/recuperacion-de-desastres

Okalow, S. (2023). *What is poverty? Its not as simple as you think*. World Vision. https://www.worldvision.ca/en/stories/what-is-poverty-definition-of-poverty

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (s.f.). *Desafíos globales: Migración internacional.* https://www.un.org/es/global-issues/migration

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (s.f.-a). *Fundamentos para la migración.* https://www.iom.int/es/fundamentos-de-la-migracion

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (s.f.-b). *Factores que propician la migración internacional*.

https://emm.iom.int/es/handbooks/contexto-global-de-la-migracion-internacional/factores-que-propician-la-migracion

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2025). *Determinantes sociales de la salud.* https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s.f.). *Determinantes sociales de la salud.* https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

Oxford Reference. (2024). *Employment status.* https://www.oxfordreference.com/display/10.1093/oi/authority.20110803095750358

Parlamento Europeo. (2024). *Explorar las causas de la migración: ¿Por qué migran las personas?*. https://www.europarl.europa.eu/topics/es/article/20200624STO81906/explorar-las-causas-de-la-migracion-por-que-migran-las-personas

Pedret-Llaberia, R., Basora-Gallisà, T., Martínez-Torres, S., Rodríguez-Soler, S., Pallejà-Millán, M., Buscemi, A., Rey-Reñones, C., & Martín-Luján, F. M. (2025). Social and demographic determinants of health: A descriptive study on the impact of place of residence and community belonging. *Healthcare, 13*(10), 1125. https://doi.org/10.3390/healthcare13101125

Raglin, D. (2022). *Period estimates in the American Community Survey: Census blogs*. U.S. Census Bureau. https://www.census.gov/newsroom/blogs/random-samplings/2022/03/period-estimates-american-community-survey.html

Red State Data Center de Puerto Rico (SDC-PR). (2017). *Se reduce en 5% o más la población de sesenta y dos municipios.* [Comunicado de prensa]. https://censo.estadisticas.pr/Comunicado-de-prensa/2017-03-23t123000

Red State Data Center de Puerto Rico (SDC-PR). (2019). *Estiman se contuvo el decrecimiento poblacional en Puerto Rico.* [Comunicado de prensa]. Instituto de Estadísticas de Puerto Rico. https://censo.estadisticas.pr/Comunicado-de-prensa/2020-01-16t190526

Scott, K. W., Scott, J. W., Sabbatini, A. K., Chen, C., Liu, A., Dieleman, J. L., & Duber, H. C. (2021). Assessing catastrophic health expenditsures among uninsured people who seek care in US hospital-based emergency departments. *JAMA Health Forum, 2*(12), e214359. https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2021.4359

Torres-Degró, A. (2010). Envejecimiento demográfico: Un acercamiento a los métodos cuantitativos. *CIDE Digital, 1*(2), 79-102. https://revistas.upr.edu/index.php/cidedigital/article/view/11864

Torres-Degró, A. (2011). Tasas de crecimiento poblacional (r): Una mirada (desde el modelo lineal, geométrico y exponencial. *CIDE Digital, 2*(1), 143-162. https://revistas.upr.edu/index.php/cidedigital/article/view/11774

U.S. Bureau of the Census. (1953). *Census of population*: *1950*. United States Government Printing Office. https://www.census.gov/library/publications/1953/dec/population-vol-02.html#accordion-7836671294-item-e4c9953478

U.S. Census Bureau. (2011). *Intercensal estimates of the resident population by sex an age for Puerto Rico*: *April 1, 2000 to July 1, 2010 (PR-EST00INT-01)*. [datos]. https://www.census.gov/data/tables/time-series/demo/popest/intercensal-2000-2010-puerto-rico.html

U.S. Census Bureau. (2017a). *Educational attainment*: *American Community Survey, ACS 5-year estimates subject tables (Table S1501). [datos].* https://data.census.gov/table/ACSST5Y2017.S1501?t=Educational%20Attainment&g=040XX00US72$0500000&y=2017

U.S. Census Bureau. (2017b). *Income in the past 12 months (in 2017 inflation-adjusted dollars): American Community Survey, ACS 5-year estimates subject tables (Table S1901)*. [datos]. https://data.census.gov/table/ACSST5Y2017.S1901?t=Income%20and%20Poverty&g=040XX00US72$0500000&y=2017

U.S. Census Bureau. (2017c). *Selected economic characteristics: American Community Survey, ACS 5-year estimates data profiles (Table DP03). [datos].* https://data.census.gov/table/ACSDP5Y2017.DP03?t=Employment%20and%20Labor%20Force%20Status&g=040XX00US72&y=2017

U.S. Census Bureau. (2017d). *Sex by marital status for the population 15 years and over: American Community Survey, ACS 5-year estimates detailed tables (Table B12001)*. [datos]. https://data.census.gov/table/ACSDT5Y2017.B12001?t=Marital%20Status%20and%20Marital%20History&g=040XX00US72$0500000&y=2017

U.S. Census Bureau. (2017e). *Poverty status in the past 12 months: American Community Survey, ACS 5-Year Estimates Subject Tables (Table S1701)*. [datos]. https://data.census.gov/table/ACSST5Y2017.S1701?q=%20poverty&g=040XX00US72

U.S. Census Bureau. (2017f). *Disability characteristics: American Community Survey, ACS 5-Year Estimates Subject (Table S1810)* [datos]. https://data.census.gov/table/ACSST5Y2017.S1810?q=S1810:+Disability+Characteristics&g=040XX00US72,72$0500000

U.S. Census Bureau. (2017g). *Selected characteristics of health insurance coverage in the United States: American Community Survey, ACS 5-Year Estimates Subject*

(Table S2701). [datos]. https://data.census.gov/table/ACSST5Y2017.S2701?q=S2701&g=040XX00US72

U.S. Census Bureau. (2019). *Annual county and Puerto Rico municipio resident population estimates by selected age groups and sex: April 1, 2010 to July 1, 2019 (PRM-EST2019-AGESEX)*. [datos]. https://www2.census.gov/programs-surveys/popest/tables/2010-2019/state/detail/prc-est2019-agesex.xlsx

U.S. Census Bureau. (2020a). *Understanding and using American Community Survey data: What all data users need to know.* https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2020/acs/acs_general_handbook_2020.pdf

U.S. Census Bureau. (2020b). *Annual estimates of the resident population for Puerto Rico municipios: April 1, 2010 to July 1, 2019 (PRM-EST2019-ANNRES)*. [datos]. https://www2.census.gov/programs-surveys/popest/tables/2010-2019/municipios/totals/prm-est2019-annres.xlsx

U.S. Census Bureau. (2020c). *Understanding and using Puerto Rico Community Survey Data: What all data users need to know.* https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2020/acs/acs_prcs_handbook_2020.pdf

U.S. Census Bureau. (2020d). *Annual estimates of the resident population for selected age groups by sex for Puerto Rico Commonwealth: April 1, 2010 to July 1, 2019 (PRC-EST2019-AGESEX)*. [datos]. https://www2.census.gov/programs-surveys/popest/tables/2010-2019/state/detail/prc-est2019-agesex.xlsx

U.S. Census Bureau. (2021a). *Methodology for the United States populations estimates: Vintage 2020 - Nation, states, counties, and Puerto Rico – April 1, 2010 to July 1, 2020*. https://www2.census.gov/programs-

surveys/popest/technical-documentation/methodology/2010-2020/methods-statement-v2020-final.pdf

U.S. Census Bureau. (2021b). *Methodology for the United States populations estimates: Vintage 2021- Nation, states, counties, and Puerto Rico – April 1, 2020 to July 1, 2021.* https://www2.census.gov/programs-surveys/popest/technical-documentation/methodology/2020-2021/methods-statement-v2021.pdf

U.S. Census Bureau. (2021c). *About educational attainment.* https://www.census.gov/topics/education/educational-attainment/about.html

U.S. Census Bureau. (2021d). *Annual estimates of the resident population by single year of age and sex for the Puerto Rico Commonwealth: April 1, 2010 to July 1, 2019; April 1, 2020; and July 1, 2020 (PRC-EST2020-SYASEX)*. [datos]. https://www.census.gov/programs-surveys/popest/technical-documentation/research/evaluation-estimates/2020-evaluation-estimates/2010s-detail-puerto-rico.html

U.S. Census Bureau. (2021e). *Understanding and using the American Community Survey public use microdata sample files: What data users need to know.* https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2021/acs/acs_pums_handbook_2021.pdf

U.S. Census Bureau. (2022a). *Annual county and Puerto Rico municipio resident population estimates by selected age groups and sex: April 1, 2020 to July 1, 2022 (CC-EST2022-AGESEX)*. [datos]. https://www2.census.gov/programs-surveys/popest/datasets/2020-2022/counties/asrh/cc-est2022-agesex-72.csv

U.S. Census Bureau. (2022b). *Educational attainment: American Community Survey, ACS 5-year estimates subject tables* (Table S1501). [datos]. https://data.census.gov/table/ACSST5Y2022.S1501?t=Educational%20Attainment&g=040XX00US72$0500000&y=2022

U.S. Census Bureau. (2022c*). Income in the past 12 months (in 2022 inflation-adjusted dollars): American Community Survey, ACS 5-year estimates subject tables (Table S1901).* [datos]. https://data.census.gov/table/ACSST5Y2022.S1901?t=Income%20and%20Poverty&g=040XX00US72$0500000&y=2022

U.S. Census Bureau. (2022d). *Selected economic characteristics: American Community Survey: ACS 5-year estimates data profiles (Table DP03)*. [datos]. https://data.census.gov/table/ACSDP5Y2022.DP03?t=Employment%20and%20Labor%20Force%20Status&g=040XX00US72&y=2022

U.S. Census Bureau. (2022e). *Sex by marital status for the population 15 years and over. American Community Survey, ACS 5-year estimates detailed tables (Table B12001)*. [datos]. https://data.census.gov/table/ACSDT5Y2022.B12001?t=Marital%20Status%20and%20Marital%20History&g=040XX00US72$0500000&y=2022

U.S. Census Bureau. (2022f). *The importance of the American Community Survey and the Decennial Census*. https://www.census.gov/programs-surveys/acs/about/acs-and-census.html

U.S. Census Bureau. (2022g). *Poverty status in the past 12 months: American Community Survey, ACS 5-Year Estimates Subject Tables (Table S1701)*. [datos]. https://data.census.gov/table/ACSST5Y2022.S1701?q=%20poverty&g=040XX00US72

U.S. Census Bureau. (2022h). *Disability characteristics: American Community Survey, ACS 5-Year Estimates Subject (Table S1810)*. https://data.census.gov/table/ACSST5Y2022.S1810?q=S1810:+Disability+Characteristics&g=040XX00US72,72$0500000

U.S. Census Bureau. (2022i). *Selected characteristics of health insurance coverage in the United States: American Community Survey, ACS 5-Year Estimates Subject (Table S2701).* https://data.census.gov/table/ACSST5Y2022.S2701?q=S2701&g=040XX00US72

U.S. Census Bureau. (2023a). *American Community Survey and Puerto Rico Community Survey: 2022 subject definitions.* https://www2.census.gov/programs-surveys/acs/tech_docs/subject_definitions/2022_ACSSubjectDefinitions.pdf

U.S. Census Bureau. (2023b). *Annual estimates of the resident population for selected age groups by sex for Puerto Rico Commonwealth: April 1, 2020 to July 1, 2022 (PRC-EST2022-AGESEX)*. [datos]. https://www.census.gov/newsroom/press-kits/2023/population-estimates-characteristics.html

U.S. Census Bureau. (2023c). *Annual estimates of the resident population for Puerto Rico municipios: April 1, 2020 to July 1, 2022 (PRM-EST2022-POP)*. [datos]. https://www2.census.gov/programs-surveys/popest/tables/2020-2022/municipios/totals/prm-est2022-pop.xlsx

U.S. Census Bureau. (2024a). *Subject definitions: Marital status.* https://www.census.gov/programs-surveys/cps/technical-documentation/subject-definitions.html#maritalstatus

U.S. Census Bureau. (2024b). *Subject definitions.* https://www.census.gov/programs-surveys/cps/technical-documentation/subject-definitions.html

U.S. Census Bureau. (2024c). *2020 Census operational timeline and adjustments due to COVID-19*. https://www.census.gov/programs-surveys/decennial-census/decade/2020/planning-management/operational-adjustments.html

U.S. Census Bureau. (2025). *How the Census Bureau measures poverty.* https://www.census.gov/topics/income-poverty/poverty/guidance/poverty-measures.html

U.S. Census Bureau. (s.f.-a). *Glossary: Labor force.* https://www.census.gov/glossary/#term_Laborforce?term=Labor+force

U.S. Census Bureau. (s.f.-b). *Glossary: Not in labor force.* https://www.census.gov/glossary/#term_Notinlaborforce?term=Not+in+labor+forceunesc

U.S. Census Bureau. (s.f.-c). *Why we ask questions about educational attainment, undergraduate field of degree?.* https://www.census.gov/acs/www/about/why-we-ask-each-question/education/

United Nations Development Programme (UNDP) & Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI). (2023). *Global multidimensional poverty index 2023*. https://hdr.undp.org/content/2023-global-multidimensional-poverty-index-mpi

United Nations Economic and Social Commission for Western Asia (UNESCWA). (2022). *Statistical terms glossary: Marital status*. https://www.unescwa.org/sd-glossary/marital-status

Universidad de Puerto Rico - Recinto de Ciencias Médicas (UPR-RCM). (2023). *Cambio o crecimiento: Técnicas aplicadas al cambio de la población y sus variantes.* Programa Graduado de Demografía. https://rcm1.rcm.upr.edu/demografia/cambio-o-cremiento/

Velázquez-Estrada, A.L. (2023). *Perfil del migrante, 2021-2022*. Instituto de Estadísticas de Puerto Rico. https://estadisticas.pr/files/Publicaciones/PM_2021-2022.pdf

Veroff, D. (s.f.). *What you can learn about your community from demographics.* University of Wisconsin-Madison. https://leadershipdevelopment.extension.wisc.edu/articles/what-you-can-learn-about-your-community-from-demographics/

Villa Ross, C.A., Shin, H.B., & Marlay, M.C. (2021). *Pandemic impact on 2020 American Community Survey 1-year data. U.S. Census Bureau.* https://www.census.gov/newsroom/blogs/random-samplings/2021/10/pandemic-impact-on-2020-acs-1-year-data.html

Wickham R. J. (2019). Secondary analysis research. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology, 10*(4), 395–400. https://doi.org/10.6004/jadpro.2019.10.4.7



CAPÍTULO 2

ESTADÍSTICAS VITALES

Conceptos claves

1. **Cuidado prenatal:** los cuidados de salud que procura o recibe la mujer en el embarazo, tales como las visitas frecuentes a un médico para el monitoreo de la salud del feto y la madre, el consumo de vitaminas prenatales como el ácido fólico y entre otros (National Institute of Health, s.f.).
2. **Defunciones:** se refiere a las muertes, las cuales significan la pérdida definitiva de cualquier indicio de vida en cualquier momento posterior a un nacimiento con signos vitales (Fondo de Población de Naciones Unidas [FPNU], 2025; Universidad de Puerto Rico - Recinto de Ciencias Médicas [UPR-RCM], 2023a).
3. **Esperanza de vida al nacer:** es el número promedio y estimado de años que se espera que una persona alcance a vivir desde su nacimiento (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024a).
4. **Estadísticas vitales (registros vitales):** en Puerto Rico, es la información estadística que se recopila a través de los certificados o informes de nacimiento, defunción, matrimonio y divorcio ("Ley del Registro General Demográfico de Puerto Rico", 1931).
5. **ICD-10 (*International Classification of Diseases*, Décima Revisión):** sistema estandarizado que se utiliza en el ámbito médico y/o clínico para codificar enfermedades, condiciones de morbilidad y causas de muerte en los certificados de defunción (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades [CDC], 2024).
6. **Mortalidad fetal:** término que se refiere a la muerte previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción humana del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo y siempre que no se trate de una interrupción inducida del mismo (Gregory, 2024).

7. **Mortalidad general:** el total de muertes registradas por todas las causas en una población que se encuentra desglosada por características específicas (grupos de edad, sexo o área geográfica) en un periodo determinado (National Cancer Institute [NCI], s.f.-a; UPR-RCM, 2023a).
8. **Mortalidad infantil:** es la muerte (cese total e irreversible de las señales de vida) de un nacido vivo antes de cumplir su primer año de vida (Barfield & Committee on Fetus and Newborn, 2011; UPR-RCM, 2023a).
9. **Mortalidad materna:** es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, sin considerar de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (OMS, 2012).
10. **Nacimiento prematuro:** todo aquel nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas de gestación; ya sea mediante una inducción médica o nacimiento espontáneo (Departamento de Salud de Puerto Rico [DSPR], 2025; OMS, 2023).
11. **Nacimiento vivo:** es la expulsión o extracción completa, desde la madre, de un producto de la concepción humana, sin importar la duración del embarazo, que respira o muestra cualquier otra evidencia de vida, como latido del corazón, pulsación del cordón umbilical o movimiento definido de músculos voluntarios, independientemente de si el cordón umbilical ha sido cortado o la placenta está adherida (Barfield & Committee on Fetus and Newborn, 2011; UPR-RCM, 2023b).
12. **Natalidad:** uno de los componentes principales del crecimiento poblacional que se refiere a la frecuencia de los nacimientos en un país o población (UPR-RCM, 2023b).

13. **Bajo peso al nacer:** cualquier recién nacido que pese 5lbs con 8oz (2,499g) o menos al nacer, independientemente de las semanas de gestación que tuvo (DSPR, 2025).
14. **Principales causas de muerte (primeras causas de muerte):** el listado de las causas de muerte que ocurren con mayor frecuencia en una población o país (National Center for Health Statistics [NCHS], 2024).
15. **Razón de mortalidad materna:** indicador que estima el total de defunciones maternas que ocurrieron en un año específico, entre el número de nacimientos vivos ocurridos en ese mismo año por cada 100,000 (Instituto Nacional de Estadística y Censo - Panamá [INEC], 2025).
16. **Tasa cruda de mortalidad (tasa bruta de mortalidad):** indicador demográfico que mide y divide el total de muertes acontecidas en la población, entre el total poblacional existente en un periodo determinado (INEC, 2025; UPR-RCM, 2023a).
17. **Tasa estandarizada o ajustada por edad de mortalidad:** indicador utilizado para minimizar los efectos de la variable de edad en la comparación de tasas entre diferentes grupos o periodos de tiempo (INEC, 2025; NCI, s.f.-b; UPR-RCM, 2023a).
18. **Tasa de fecundidad (tasa general de fecundidad):** indicador demográfico que estima el número de nacimientos vivos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) para un periodo determinado (INEC, 2025; UPR-RCM, 2023b).
19. **Tasas específicas de fecundidad:** indicador demográfico que estima el número de nacimientos vivos que se registran en un periodo determinado por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) clasificadas en grupos de edad (UPR-RCM, 2023b).

20. **Tasa de mortalidad infantil:** indicador demográfico que estima la cantidad de muertes infantiles por cada 1,000 nacimientos vivos en un determinado periodo de tiempo (INEC, 2025).

Introducción

Las estadísticas vitales son la documentación de los sucesos y eventos que distinguen el desarrollo de la vida humana desde el nacimiento hasta la muerte (United Nations, 2014). Estos sucesos son el conjunto de la información obtenida a partir "de los certificados e informes de nacimientos, defunciones, casamientos, divorcios, disoluciones o anulaciones de casamientos e informes relacionados" ("Ley del Registro General Demográfico de Puerto Rico", 1931, p.2). Dichos certificados e informes, en conjunto con los estimados poblacionales, proveen insumo del número, características sociodemográficas y características de salud de la población de una región o país. Tomando en cuenta su importancia, esta dimensión presenta las estadísticas vitales de natalidad y mortalidad para Puerto Rico durante el periodo 2014 a 2023.

De acuerdo con la OMS (2024b), "la información sobre los nacimientos y las defunciones por ubicación, edad, sexo y causa es la piedra angular de la planificación de la salud pública y el desarrollo social" (párr. 1). Además de garantizar derechos civiles y/o legales como la ciudadanía, los registros vitales sirven de guía para la planificación y el desarrollo de servicios e infraestructuras que van acorde con las características y necesidades de la población (Mikkelsen et al., 2015). Por otro lado, también permiten observar tendencias de salud en un país (NCHS, 2021). Tales tendencias pueden incluir, pero no limitarse, al estado y características de la fecundidad (ej. tasas de natalidad, nacimientos prematuros, entre otras) y el impacto de la mortalidad sobre la salud de la población (ej. principales causas de muerte, mortalidad fetal, entre otras) (NCHS, 2021).

La relevancia de las estadísticas vitales en Puerto Rico se puede observar a través de los medios y noticias que relatan o analizan los efectos de la baja natalidad, el envejecimiento poblacional, o la alza en muertes por enfermedades o causas

específicas como: enfermedades del corazón, la enfermedad de Alzheimer, accidentes o sucesos violentos, tumores malignos, diabetes mellitus y entre otras (DSPR, 2023a, 2023b). Todas estas estadísticas, en cumplimiento con los estatutos de los reglamentos y leyes de Puerto Rico, provienen de los certificados de nacimientos y defunciones recopilados por el Registro Demográfico de Puerto Rico (Ley del Registro General Demográfico de Puerto Rico", 1931).

Finalmente, los objetivos que guiarán la discusión de las estadísticas vitales en Puerto Rico consisten en: 1) presentar, mediante análisis y visualización de datos, un resumen de las estadísticas vitales de natalidad y mortalidad en Puerto Rico para el periodo 2014 al 2023; 2) describir los nacimientos en Puerto Rico mediante la frecuencia de nacimientos vivos reportados y los indicadores demográficos de natalidad; 3) evaluar la mortalidad en Puerto Rico a través del análisis de frecuencias, las principales causas de muerte y los indicadores demográficos de mortalidad; e 4) Identificar la esperanza de vida al nacer (en años) para Puerto Rico a lo largo del periodo establecido.

Metodología

Los datos sobre estadísticas vitales son recopilados y manejados por la División del Registro Demográfico del DSPR. De acuerdo con la Ley Núm. 24 del 22 de abril de 1931 (según enmendada), los nacimientos, defunciones, matrimonios y divorcios que se inscriben en Puerto Rico se encuentran bajo la custodia de la mencionada división; quien además tienen la responsabilidad de crear registros y preparar las "instrucciones, formas, impresos y libros necesarios para obtener y conservar dichos récords" (Ley del Registro General Demográfico de Puerto Rico", 1931, p.3). La obtención de datos se hace mediante solicitud la División del Registro Demográfico y se comparten los mismos utilizando el *State and Territorial Exchange of Vital Events*

(STEVE, por sus siglas en inglés). STEVE es una aplicación con base en la web, desarrollada por la Asociación Nacional del Sistema de Información de Salud Pública (NAPHSIS, por sus siglas en inglés) para el intercambio electrónico de datos de eventos vitales entre jurisdicciones y usuarios de datos autorizados. Esta solicitud se realiza de acuerdo con los requisitos de la Ley Núm. 81 del 14 de marzo de 1912 (según enmendada), el cual le requiere al DSPR desarrollar informes para la publicación de estadísticas vitales en Puerto Rico ("Ley Orgánica del Departamento de Salud", 1912).

Esta dimensión describe y resume las estadísticas de nacimientos y defunciones en Puerto Rico para el periodo 2014 a 2023. Conforme a esto, la siguiente tabla presenta las fórmulas aplicadas en los Informes Anuales de Estadísticas Vitales para el cálculo de tasas y otras medidas de interés. Dichos informes son realizados por la División de Análisis y Publicaciones Estadísticas (DAPE) del DSPR, cuyos datos fueron evaluados y agrupados para el desarrollo de este capítulo. Las herramientas utilizadas en el análisis y la creación de tablas y figuras fueron los programas: IBM SPSS y Microsoft Excel.

Para el cálculo de tasas, se utilizaron los estimados poblacionales anuales de la División de Población del Negociado del Censo de los Estados Unidos (U.S. Census Bureau, 2024a, 2024b). Para propósitos de este informe, se consideraron los estimados publicados del año 2023 (conocidos como Vintage 2023). En cuanto a la esperanza de vida al nacer en Puerto Rico, se utilizaron los datos publicados en el perfil epidemiológico de la mortalidad en Puerto Rico del año 2023. En la Tabla 3.2.1, se presentan las fórmulas para calcular las tasas; mientras que en la Tabla 3.2.2 se resume la numeración o fechas específicas de los datos consultados.

Tabla 3.2.1

Indicadores y fórmulas aplicadas por el DAPE en el análisis de estadísticas vitales

Indicador	Fórmula
Tasa cruda de natalidad	$TCN = \frac{\#\ nacimientos\ vivos\ en\ X\ periodo}{Población\ total\ para\ X\ periodo} * 1{,}000$
Tasa general de fecundidad	$TGF = \frac{\#\ nacimientos\ vivos\ en\ X\ periodo}{Población\ de\ mujeres\ (de\ 15\ a\ 49\ años)\ para\ X\ periodo} * 1{,}000$
Tasa específica de fecundidad	$TEF = \frac{\#\ nacimientos\ vivos\ en\ mujeres\ en\ un\ grupo\ de\ eda\ para\ X\ periodo}{Población\ de\ mujeres\ en\ ese\ grupo\ de\ edad\ para\ X\ periodo} * 1{,}000$
Tasa cruda de mortalidad	$TCM = \frac{\#\ defunciones\ en\ X\ periodo}{Población\ estimada\ a\ mitad\ de\ X\ periodo} * 1{,}000$
Tasa de mortalidad infantil	$TMI = \frac{\#\ defunciones\ de\ menores\ de\ 1\ año\ en\ X\ periodo}{Total\ de\ nacimientos\ vivos\ en\ X\ periodo} * 1{,}000$
Tasa de mortalidad fetal	$TMF = \frac{\#\ defunciones\ fetales\ en\ X\ periodo}{\#\ nacimientos\ vivos + Defunciones\ fetales\ en\ X\ periodo} * 1{,}000$
Razón de mortalidad materna	$RMM = \frac{\#\ de\ muertes\ maternas\ en\ X\ periodo}{\#\ nacimientos\ vivos\ en\ X\ periodo} *100{,}000$

***Fuente*:** Informe Anual de Estadísticas Vitales: Nacimientos 2021-2023 (DSPR, 2025). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Nacimientos 2017-2020 (DSPR, 2023a). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Nacimientos 2015-2016 (DSPR, 2019a) e Informe Anual de Estadísticas Vitales: Nacimientos 2011-2014 (DSPR, 2018). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Defunciones 2017-2020 (DSPR, 2023b). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Mortalidad 2015-2016 (DSPR, 2019b). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Defunciones 2009-2014 (DSPR, 2016).

Tabla 3.2.2

Fuentes de datos consultadas y/o utilizadas

Agencia	Fuente	Propósito	Numeración específica	Periodo
DSPR, División de Análisis y Publicaciones Estadísticas	Informes Anuales de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Mortalidad	Datos de nacimientos y mortalidad en Puerto Rico	Informes publicados	2009 a 2014 2015 a 2016 2017 a 2020 2021 a 2023
DSPR, División de Epidemiología e Investigación Principal Oficial de Epidemiología	Registro Demográfico	Datos sobre Esperanza de Vida al Nacer	Informe publicado	2015 al 2023
División de Población del Negociado del Censo de los Estados Unidos	Estimados poblacionales	Cálculo de tasas	PRC-EST2023-AGESEX	1 de abril de 2020 a 1 julio de 2023

Análisis descriptivo

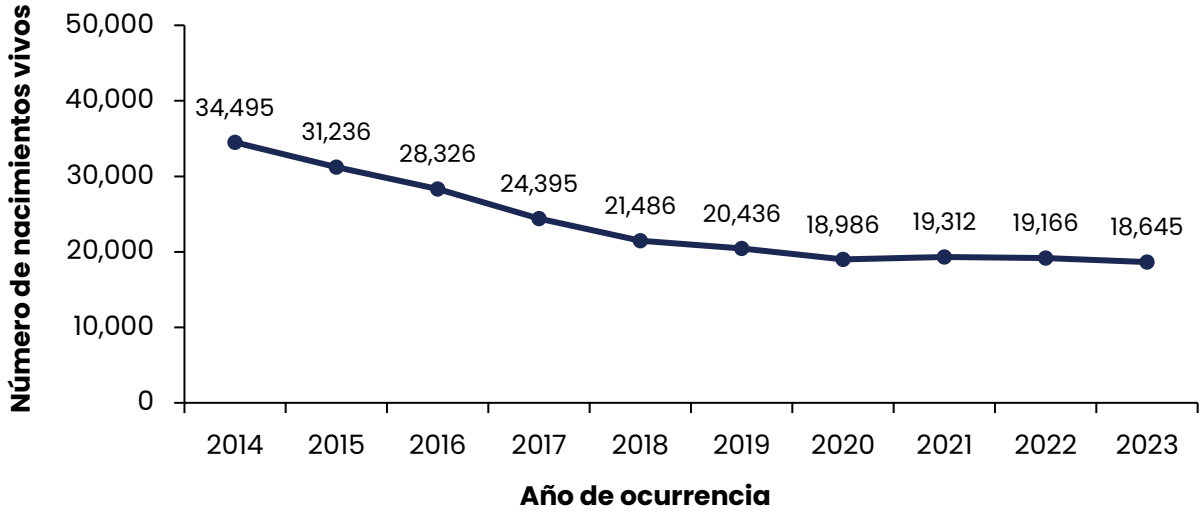
Nacimientos en Puerto Rico para el periodo 2014 al 2023

Un nacimiento vivo se considera como la expulsión o extracción completa, desde la madre, de un producto de la concepción humana, sin importar la duración del embarazo, que respira o muestra cualquier otra evidencia de vida, como latido del corazón, pulsación del cordón umbilical o movimiento definido de músculos voluntarios, independientemente de si el cordón umbilical ha sido cortado o la placenta está adherida (Barfield & Committee on Fetus and Newborn, 2011; UPR-RCM, 2023b). Conforme a esta definición, las Figuras 2.1 a 2.8 detallan la natalidad en Puerto Rico para el periodo 2014 al 2023.

En la Figura 3.2.1 se muestra que, entre el periodo 2014 al 2023, los nacimientos vivos en Puerto Rico disminuyeron de 34,495 para el año 2014, a 18,645 para el año 2023. Esto representó una reducción de un 46.0%, es decir, cerca de 15,850 nacimientos menos en el transcurso de 10 años. Continuando la evaluación de natalidad, en la Figura 3.2.2 se muestran las tasas de natalidad para el mencionado periodo. Similar a lo observado en la Figura 3.2.1, la tasa de natalidad por cada 1,000 habitantes en Puerto Rico presentó una reducción gradual entre el periodo 2014 y 2023. Dicha tasa pasó de 9.8 nacimientos por cada 1,000 habitantes en el año 2014, a 5.8 en el año 2023 (Figura 3.2.2).

Figura 3.2.1

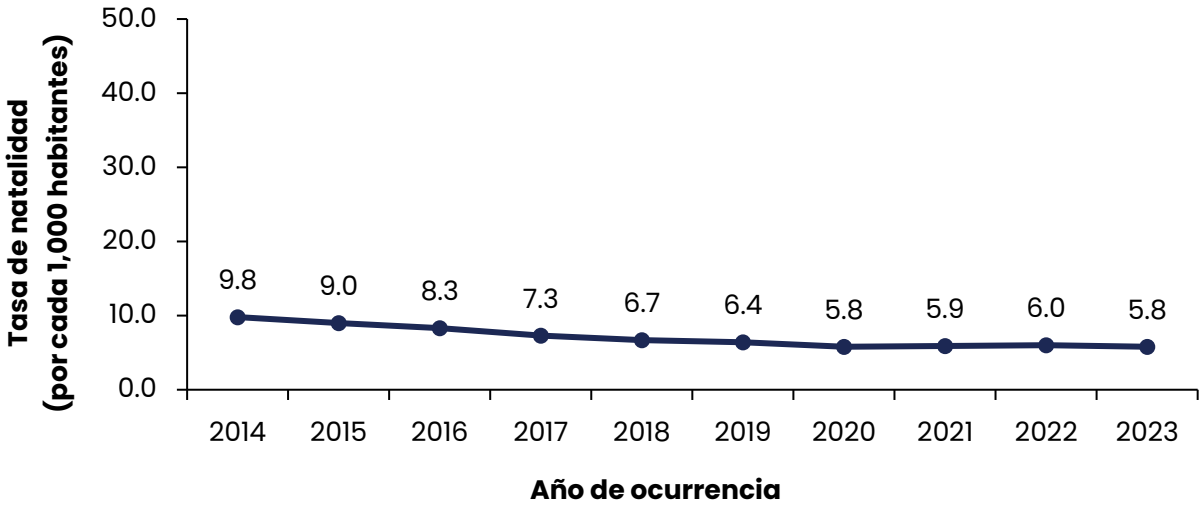
Número de nacimientos vivos: Puerto Rico, 2014 al 2023



Fuente: Informe anual de estadísticas vitales: Nacimientos 2021-2023 (DSPR, 2025).

Figura 3.2.2

Tasas de natalidad: Puerto Rico, 2014 al 2023

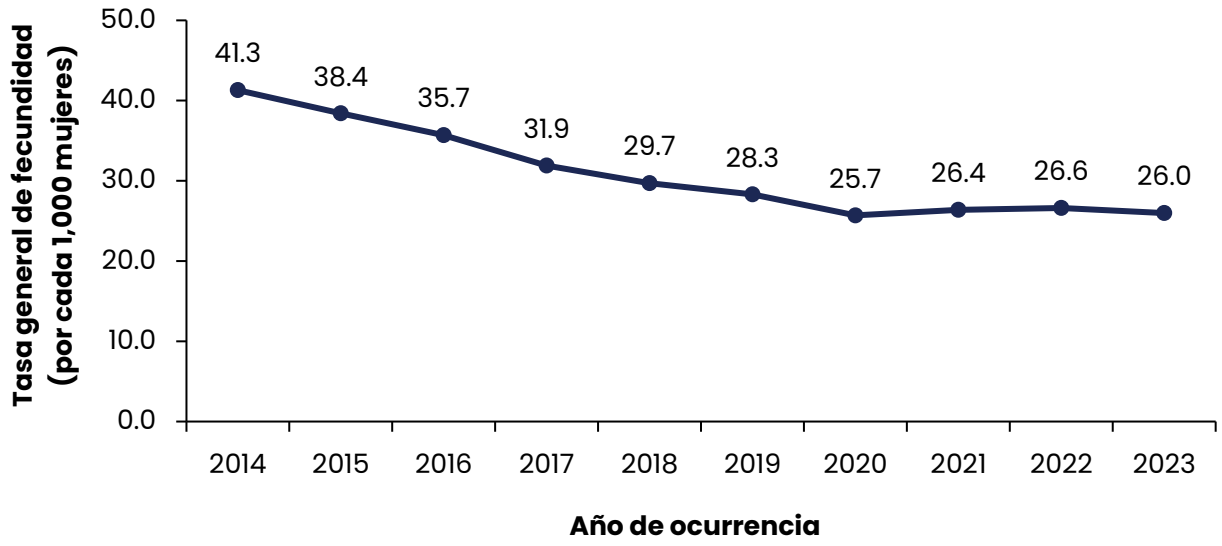


Fuente: Informe anual de estadísticas vitales: Nacimientos 2021-2023 (DSPR, 2025)

Tomando en cuenta la población de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años), la Figura 3.2.3 resume la tasa general de fecundidad. Al igual que las Figuras 2.1 y 2.2, la tasa general de fecundidad en Puerto Rico para el periodo 2014 al 2023 mostró un descenso continuo. Esta medida pasó de 41.3 nacimientos vivos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años) para el año 2014, a 26.0 para el año 2023. Además, las Figuras 2.1, 2.2 y 2.3 representan la reducción en nacimientos vivos en Puerto Rico durante la década del 2014 al 2023. Cabe destacar que la natalidad no se limita solamente al número de nacimientos vivos en un país, por lo que a continuación, se presentarán algunos indicadores sociodemográficos relevantes al tema en Puerto Rico.

Figura 3.2.3

Tasa general de fecundidad: Puerto Rico, 2014 al 2023

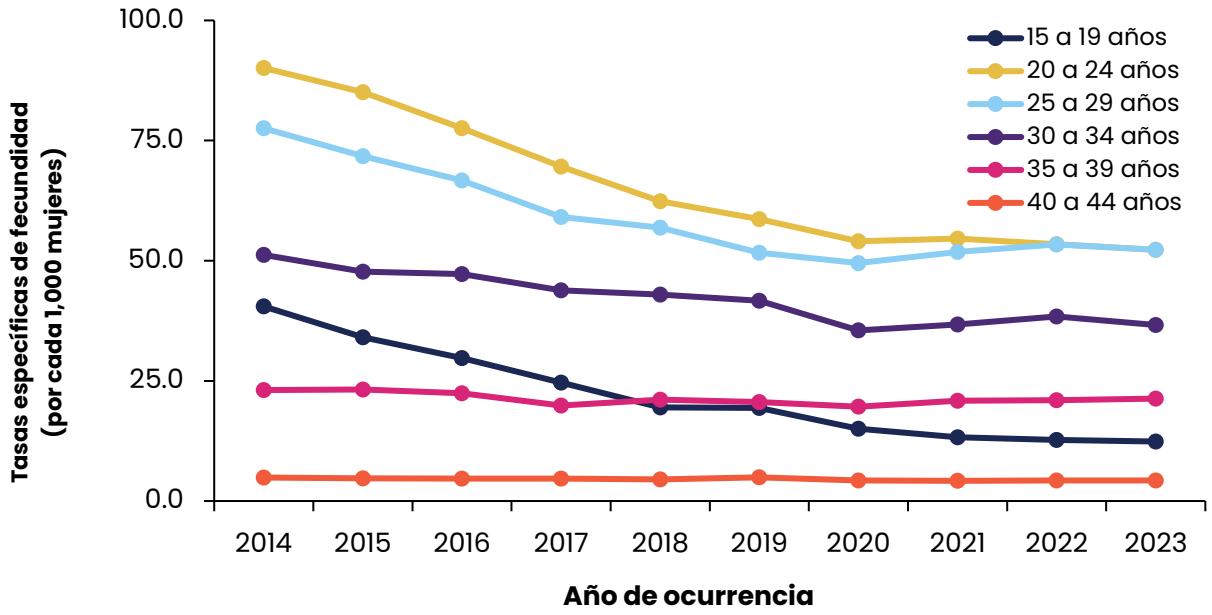


Fuente: Informe anual de estadísticas vitales: Nacimientos 2021-2023 (DSPR, 2025).
Tasa por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años).

Las tasas específicas de fecundidad toman en cuenta los nacimientos vivos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) (INEC, 2025; UPR-RCM, 2023b). Lo que lo diferencia de la tasa general de fecundidad, es el desglose de los datos por los grupos de edad de la madre (UPR-RCM, 2023b). En la Figura 3.2.4 se presenta que, para el periodo 2014 al 2023, el grupo de madres de 20 a 24 años tuvo la tasa específica de fecundidad más alta. Este grupo fue seguido por las mujeres entre 25 a 29 años, quienes gradualmente alcanzaron las tasas presentadas por el grupo de 20 a 24 años en el periodo 2022 y 2023. Las madres en el grupo de 15 a 19 años mostraron una reducción continua para el periodo establecido, pasando de 40.5 nacimientos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva en el año 2014, a 12.4 nacimientos para el año 2023. Por su parte, las tasas entre las madres en los grupos de 35 a 49 años se mantuvieron relativamente constantes. Mientras, el grupo de 45 a 49 años es consistentemente el de las menores tasas reportadas, entre 0.1 y 0.3 (no se incluyen en la gráfica).

Figura 3.2.4

Tasas de fecundidad específicas por grupos de edad de la madre: Puerto Rico, 2014 al 2023

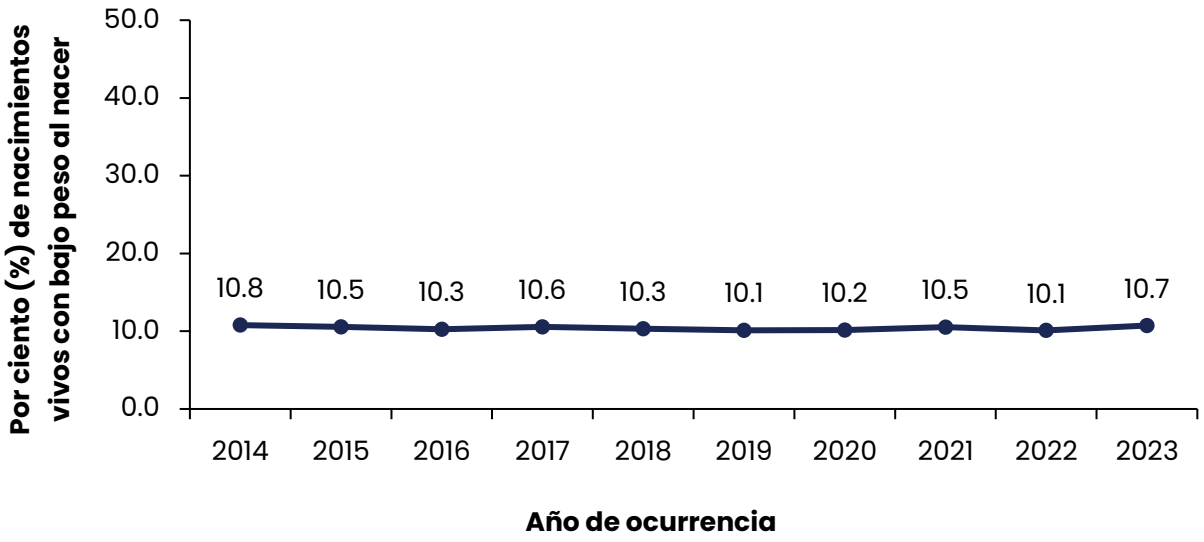


Fuente: Informe anual de estadísticas vitales: Nacimientos 2021-2023 (DSPR, 2025).
Tasa por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años).

Para un nacimiento vivo, un peso registrado menor de cinco libras con ocho onzas se considera como bajo peso al nacer, independientemente de las semanas de gestación que tuvo (DSPR, 2025). Este variable, de acuerdo con el DSPR, "es uno de los indicadores clínicos más importantes para evaluar las posibilidades de supervivencia del recién nacido" (p.9); ya que puede contribuir a otros efectos adversos en la salud y el desarrollo (OMS, 2014). En la Figura 3.2.5, se muestra que los porcentajes de los nacimientos vivos con bajo peso al nacer en Puerto Rico fluctuaron entre el 10.1% al 10.7% durante el periodo 2014 al 2023. Estos se mantuvieron relativamente similares.

Figura 3.2.5

Nacimientos vivos por bajo peso al nacer: Puerto Rico, 2014 al 2023

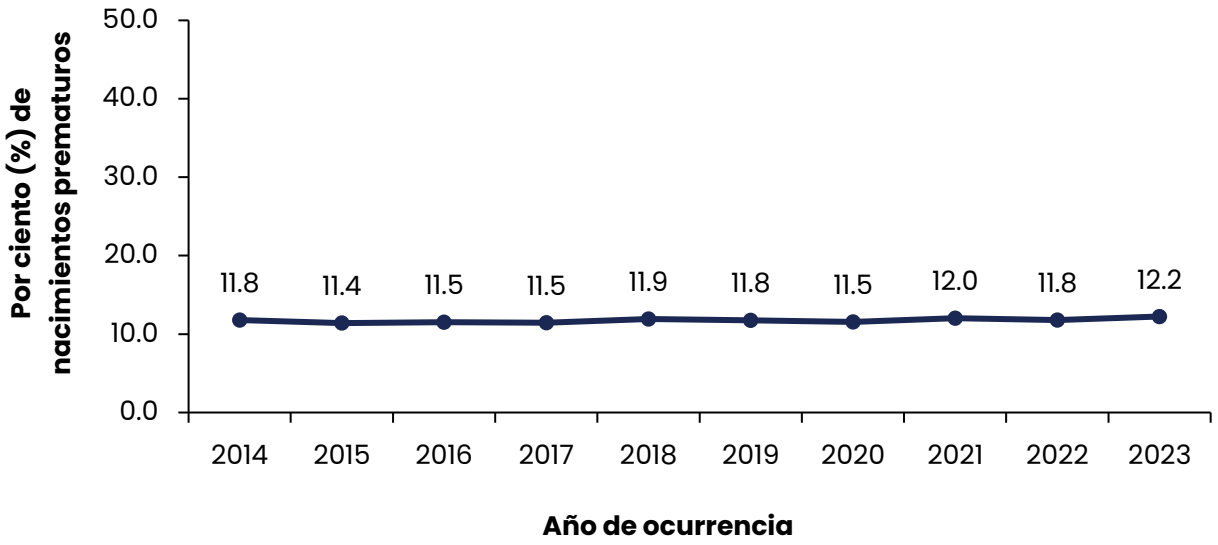


Fuente: Informe anual de estadísticas vitales: Nacimientos 2021-2023 (DSPR, 2025). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Nacimientos 2017-2020 (DSPR, 2023a). Informe anual de estadísticas vitales: Nacimientos 2015-2016 (DSPR, 2019a) e Informe anual de estadísticas vitales: Nacimientos 2011-2014 (DSPR, 2018).

Por último, como una de las causas asociadas a bajo peso al nacer, en la Figura 3.2.6 se resumen los nacimientos prematuros en Puerto Rico para el periodo 2014 al 2023 Un nacimiento prematuro es todo aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación; ya sea mediante una inducción médica o un nacimiento espontáneo (DSPR, 2025; OMS, 2023). Para el periodo 2014 al 2023, los nacimientos prematuros en Puerto Rico se observa un leve aumento de 11.8% en el año 2014 a un 12.2% en el año 2023 (Figura 3.2.6).

Figura 3.2.6

Nacimientos vivos registrados como prematuros: Puerto Rico, 2014 al 2023



Fuente: Informe anual de estadísticas vitales: Nacimientos 2021-2023 (DSPR, 2025). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Nacimientos 2017-2020 (DSPR, 2023a).

Defunciones en Puerto Rico para el periodo 2014 al 2023

Esta sección comenzará con la discusión de la mortalidad general, infantil, fetal y materna en Puerto Rico para el periodo 2014 al 2023. La mortalidad, también conocida como defunción, son las muertes que ocurren en la población en un periodo determinado (NCI, s.f-a; UPR-RCM, 2023a). Este concepto, para propósitos del DSPR, suele ser dividido en tres categorías: a) mortalidad general, b) mortalidad infantil y c) mortalidad fetal y materna (DSPR, 2023b).

La mortalidad general es el total de muertes registradas por cualquier causa en grupos específicos o características desglosadas de la población, ya sean por edad, sexo o área geográfica (NCI, s.f-a; UPR-RCM, 2023a). Por su parte, la mortalidad fetal se define como la muerte previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción humana del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo y siempre que no se trate de una interrupción inducida

(Gregory, 2024). En la misma categoría de mortalidad fetal se incluye la mortalidad materna, refiriéndose a la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, sin considerar de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (OMS, 2012). La mortalidad infantil, en cambio, de refiere a la muerte (cese total e irreversible de las señales de vida) de un nacido vivo antes de cumplir su primer año de vida (Barfield & Committee on Fetus and Newborn, 2011; UPR-RCM, 2023a).

La tasa cruda de mortalidad es un indicador demográfico que mide y divide el total de muertes acontecidas en la población, entre el total poblacional existente en un periodo determinado, y se multiplica por un factor que puede ser 10,000 o 100,000 personas (INEC, 2025; UPR-RCM, 2023a). Por su parte, las tasas ajustadas de mortalidad, también conocidas como tasas estandarizadas o tasas ajustadas por edad, son un indicador utilizado para minimizar los efectos de la variable de edad en la comparación de tasas entre diferentes grupos o periodos de tiempo (INEC, 2025; NCI, s.f.-b; UPR-RCM, 2023a). Considerando la población de adultos mayores de Puerto Rico, dicho ajuste permite observar las tendencias de mortalidad sin el sesgo ocasionado por la estructura de edad (SDC-PR, 2023). En este capítulo se utilizará la proporción de los grupos de edad de la población de los Estados Unidos del año 2000 para ajustar las tasas de mortalidad (Klein & Schoenborn, 2001).

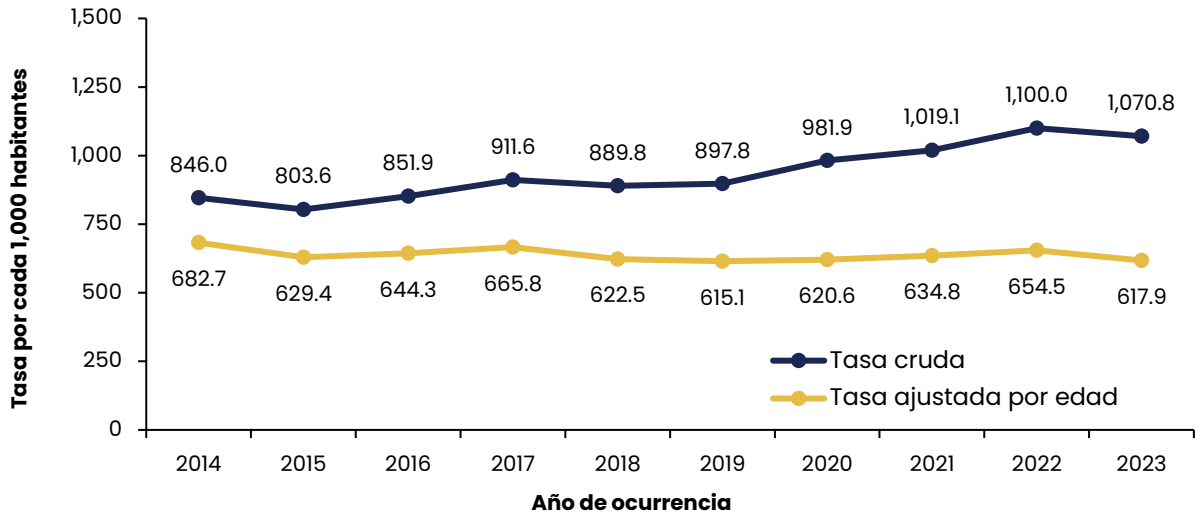
Con respecto a la Figura 3.2.7, la tasa cruda muestra un aumento gradual de las muertes ocurridas en Puerto Rico. La misma aumentó de 846.0 muertes por cada 100,000 habitantes en el año 2014 a 1,100.0 muertes por cada 100,000 habitantes en el año 2022. De acuerdo con los datos sobre defunciones, en 2022 se registró el mayor número de defunciones en los últimos 30 años, alcanzando un total de 35,423. Para el año 2023, la tasa cruda de mortalidad disminuyo a 1,070 muertes por cada 100,000

habitantes. Esto se ve reflejado en la tasa de 1,100 defunciones por cada 100,000 habitantes.

Además, también en la Figura 3.2.7 se muestra la tasa de mortalidad ajustada por edad. Esta, en cambio, refleja una leve disminución de 682.7 muertes por cada 100,000 habitantes en el año 2014 a 617.9 muertes por cada 100,000 habitantes en el año 2023. Durante este periodo, los años 2014 (682.7), 2017 (665.8) y 2022 (654.5) presentaron las mayores tasas de mortalidad ajustadas (Figura 3.2.8).

Figura 3.2.7

Tasas crudas y ajustadas de mortalidad: Puerto Rico, periodo 2014 al 2023



Fuente: Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2021 (DSPR, 2024a). Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2022 (DSPR, 2024b). Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2023 (DSPR, 2024c). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Defunciones 2017-2020 (DSPR, 2023b). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Mortalidad 2015-2016 (DSPR, 2019b). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Defunciones 2009-2014 (DSPR, 2016).

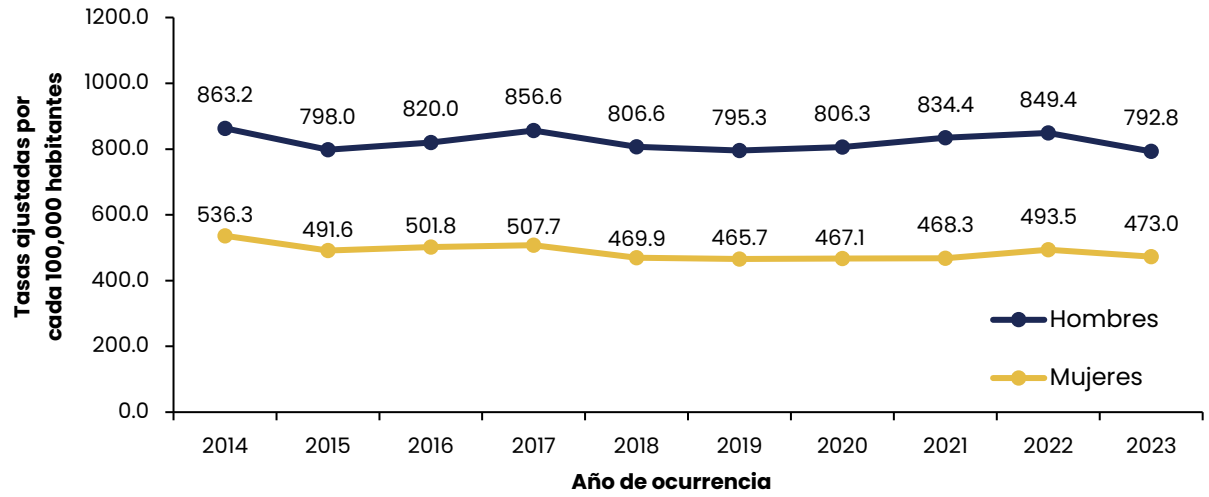
Continuando con el análisis de mortalidad en Puerto Rico, la Figura 3.2.8 evalúa las tasas ajustadas de mortalidad por sexo. A través del periodo 2014 al 2023, la tasa de mortalidad ajustada en hombres superó las tasas calculadas en mujeres. La tasa de mortalidad entre hombres varió de 863.2 a 792.8 muertes por cada 100,000

habitantes. Por su parte, la tasa de mortalidad en mujeres fluctuó entre los 536.3 a 473.0 muertes por cada 100,000 habitantes (Figura 3.2.8).

Continuando con la evaluación, la Tabla 3.2.3 resume la mortalidad en Puerto Rico por grupos de edad para el periodo 2014 al 2023. Se refleja que, a medida que aumenta el grupo de edad las tasas de mortalidad son mayores. Además, a partir de los 65 años, las tasas de mortalidad sobrepasan las 1,500 defunciones por cada 100,000 habitantes. En el grupo de edad de 85 años o más estas sobrepasan las 9,000 defunciones por cada 100,000 habitantes.

Figura 3.2.8

Tasas ajustadas de mortalidad por sexo: Puerto Rico, 2014 al 2023



Fuente: Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2021 (DSPR, 2024a). Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2022 (DSPR, 2024b). Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2023 (DSPR, 2024c). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Defunciones 2017-2020 (DSPR, 2023a). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Mortalidad 2015-2016 (DSPR, 2019a). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Defunciones 2009-2014 (DSPR, 2016).

Tabla 3.2.3

Tasas crudas de mortalidad por grupos de edad: Puerto Rico, 2014 al 2023

Grupos de edad (años)	Tasa cruda de mortalidad (por cada 100,000 habitantes)									
	Año de ocurrencia									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
1 a 4	19.2	16.2	24.0	18.8	20.5	20.0	22.3	25.4	25.0	38.3
5 a 14	7.8	9.6	10.9	7.5	9.2	10.0	6.5	9.3	9.5	9.6
15 a 24	90.1	79.1	77.1	87.9	83.5	80.3	73.4	88.1	81.3	70.8
25 a 34	142.9	138.6	152.0	171.8	167.6	169.3	139.8	162.9	159.3	132.4
35 a 44	186.3	177.5	188.8	218.4	219.3	231.5	230.2	284.1	266.1	243.9
45 a 54	368.5	357.8	371.3	386.4	353.4	366.7	412.2	432.8	415.3	395.6
55 a 64	775.1	742.8	764.3	748.4	701.6	701.8	792.3	836.6	821.0	782.9
65 a 74	1,626.3	1,485.1	1,519.4	1,555.0	1,454.7	1,381.9	1,644.3	1,614.5	1,680.6	1,582.4
75 a 84	4,059.2	3,736.1	3,716.2	3,826.9	3,529.3	3,413.6	3,669.9	3,652.8	3,917.8	3,715.5
85+	12,943.5	11,540.2	11,836.6	12,237.2	11,285.4	11,190.9	9,840.9	9,284.4	9,937.7	9,494.2

Fuente: Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2021 (DSPR, 2024a). Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2022 (DSPR, 2024b). Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2023 (DSPR, 2024c). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Defunciones 2017-2020 (DSPR, 2023b). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Mortalidad 2015-2016 (DSPR, 2019b). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Defunciones 2009-2014 (DSPR, 2016).

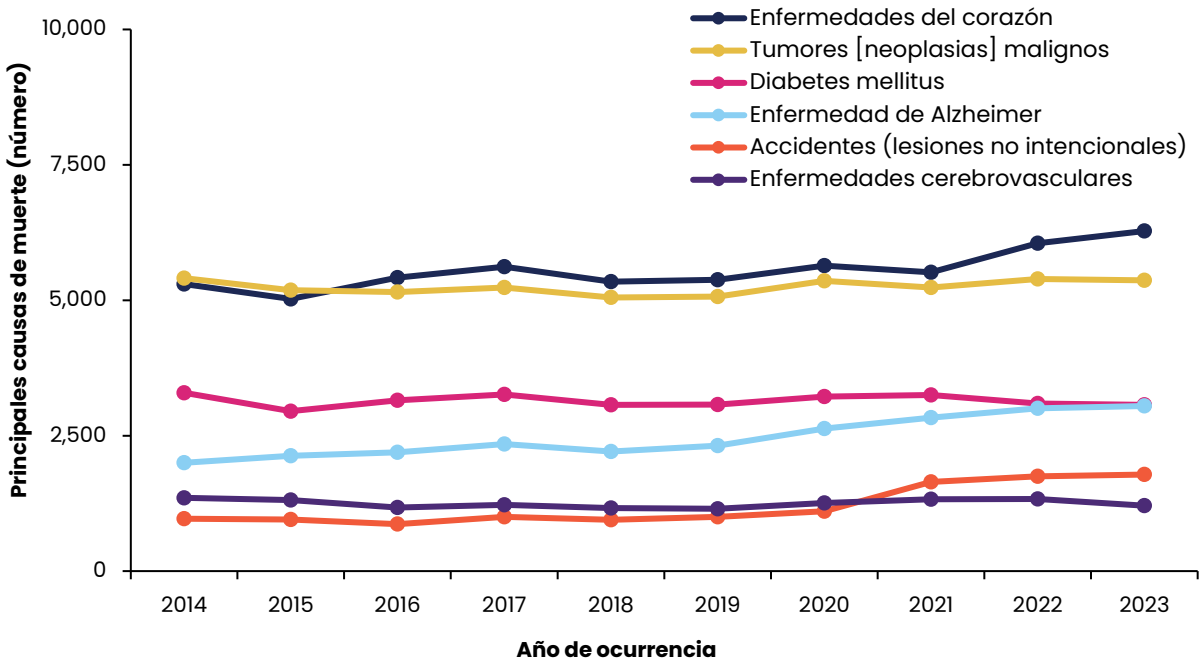
A continuación, se describen las tendencias sobre las primeras causas de muerte para el periodo 2014 al 2023, tomado en cuenta las primeras causas de muerte en el año 2023. La Figura 3.2.9 presenta las principales causas de muerte en Puerto Rico para el periodo 2014 al 2023.

Para el año 2023, estas consistieron en enfermedades del corazón, tumores o neoplasias malignas (cáncer) y diabetes mellitus. Durante los primeros años de este periodo, las defunciones por tumores malignos (cáncer), ocupaban la primera causa de muerte. A partir del 2016 y hasta el 2023 las enfermedades del corazón ocupan la primera causa de muerte en Puerto Rico. Las defunciones por diabetes mellitus estuvieron relativamente constantes durante el periodo. No obstante, las defunciones por enfermedad de Alzheimer han aumentado en los últimos años acercándose a la tercera posición.

En los pasados años, las defunciones por accidentes (lesiones no intencionales) pasaron de ocupar la octava causa de muerte en el año 2014 a la quinta causa de muerte en el 2023. Sin embargo, las defunciones por enfermedades cerebrovasculares han disminuido de la quinta causa de muerte en el año 2014 a la séptima causa de muerte en el año 2023.

Figura 3.2.9

Primeras seis causas de muerte: Puerto Rico, 2014 al 2023



Fuente: Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2021 (DSPR, 2024a). Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2022 (DSPR, 2024b). Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2023 (DSPR, 2024c). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Defunciones 2017-2020 (DSPR, 2023b). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Mortalidad 2015-2016 (DSPR, 2019b). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Defunciones 2009-2014 (DSPR, 2016).

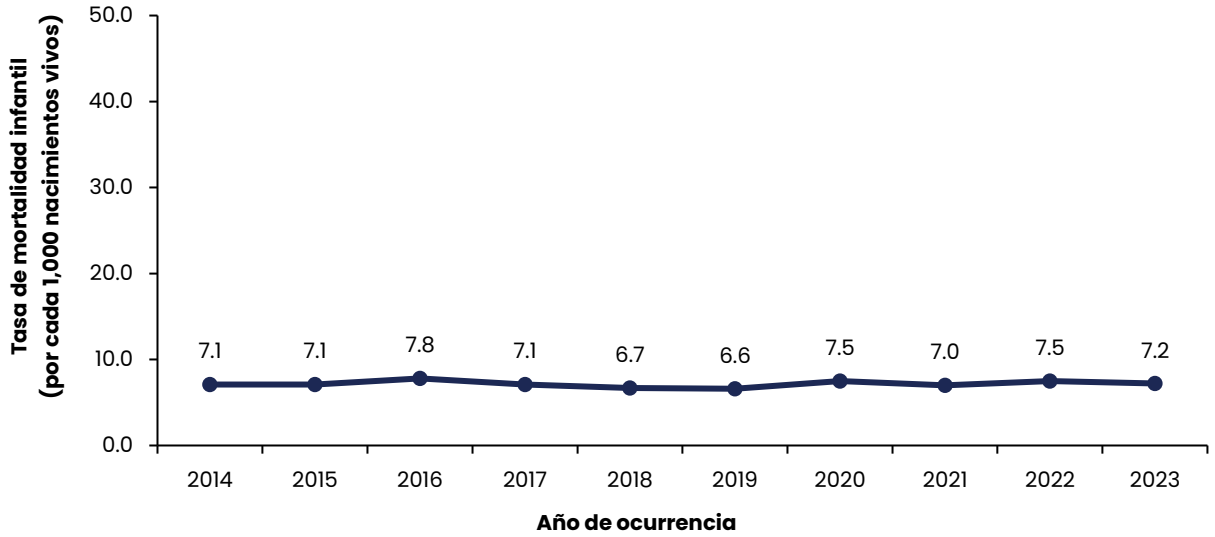
Pasando a la tasa de mortalidad infantil, con esta calcula el número de muertes en la población de menores de 1 año, dividido entre el número de nacidos vivos en un determinado periodo, multiplicado por 1,000 nacimientos vivos (Saavedra, 2016). Se considera como uno de los indicadores más importantes para determinar la salud de la población general, ya que refleja las condiciones de vida que garantizan

o afectan la supervivencia infantil (OMS, 2026a). Aspectos como acceso a la salud, educación, alimentos u otros recursos básicos tienden a tener un mayor impacto sobre la población infantil (OMS, 2026a; Stone et al., 2025). Por tal razón, dicha medida es utilizada para identificar poblaciones vulnerables (OMS, 2026a).

Para el periodo 2014 al 2023, la tasa de mortalidad infantil en Puerto Rico presentó un leve aumento de 7.1. muertes por cada 1,000 nacimientos vivos en el año 2013 a 7.2 muertes por cada 1,000 nacimientos vivos en el año 2023. Sin embargo, este leve aumento no fue constante durante este periodo. Las tasas de mortalidad infantil más bajas se observaron en los años 2019 (6.6) y en el año 2018 (6.7). A su vez, las tasas de mortalidad infantil más altas se observaron en los años 2016 (7.8), 2020 y 2022 (7.5) respectivamente (Figura 3.2.10).

Figura 3.2.10

Tasa de mortalidad infantil: Puerto Rico, 2014 al 2023



Fuente: Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2021 (DSPR, 2024a). Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2022 (DSPR, 2024b). Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2023 (DSPR, 2024c). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Defunciones 2017-2020 (DSPR, 2023b).

Continuando con la evaluación de la mortalidad infantil, en la Tabla 3.2.4 se puede observar que durante los años 2014 al 2023, la primera causa de muerte infantil

fue: malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas, excepto en el año 2020 y 2023 en donde la Dificultad respiratoria del recién nacido ocupo la primera causa de muerte infantil. La Dificultad respiratoria del recién nacido ocupo la segunda causa de muerte para los años 2014-2015, 2018-2019 y 2022. La duración corta de la gestación y bajo peso al nacer ocupó la tercera causa de muerte infantil para los años 2014, 2021, 2022 y 2023 (Tabla 3.2.4).

Tabla 3.2.4

Principales causas de mortalidad infantil: Puerto Rico, 2014 al 2023

Año		Primeras tres causas de mortalidad infantil	Total	%
2014	1.	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	39	15.9
	2.	Dificultad respiratoria del recién nacido	30	12.2
	3.	Duración corta de la gestación y bajo peso al nacer	14	5.7
		Otras causas*	162	66.1
		Total de muertes infantiles en el año	245	100.0
2015	1.	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	47	21.2
	2.	Dificultad respiratoria del recién nacido	20	9.0
	3.	Sepsis bacteriana del recién nacido	15	6.8
		Otras causas*	140	63.1
		Total de muertes infantiles en el año	222	100.0
2016	1.	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	51	23.0
	2.	Duración corta de la gestación y bajo peso al nacer	17	7.7
	3.	Dificultad respiratoria del recién nacido	17	7.7
		Otras causas*	137	61.7
		Total de muertes infantiles en el año	222	100.0
2017	1.	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	31	18.0
	2.	Sepsis bacteriana del recién nacido	19	11.0
	3.	Dificultad respiratoria del recién nacido	17	9.9
		Otras causas*	105	61.0
		Total de muertes infantiles en el año	172	100.0
2018	1.	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	24	16.8
	2.	Dificultad respiratoria del recién nacido	15	10.5
	3.	Enfermedades del sistema circulatorio	7	4.9
		Otras causas*	97	67.8
		Total de muertes infantiles en el año	143	100.0
2019	1.	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	33	24.6
	2.	Dificultad respiratoria del recién nacido	14	10.4
	3.	Sepsis bacteriana del recién nacido	10	7.5
		Otras causas*	77	57.5
		Total de muertes infantiles en el año	134	100.0
2020	1.	Dificultad respiratoria del recién nacido	23	16.2
	2.	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	21	14.8
	3.	Sepsis bacteriana del recién nacido	13	9.2
		Otras causas*	85	59.9
		Total de muertes infantiles en el año	142	100.0
2021	1.	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	21	15.4

Año		Primeras tres causas de mortalidad infantil	Total	%
	2.	Sepsis bacteriana del recién nacido	14	10.3
	3.	Duración corta de la gestación y bajo peso al nacer	10	7.4
		Otras causas*	91	66.9
		Total de muertes infantiles en el año	136	100.0
2022	1.	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	24	16.8
	2.	Dificultad respiratoria del recién nacido	17	11.9
	3.	Duración corta de la gestación y bajo peso al nacer	10	7.0
		Otras causas*	92	64.3
		Total de muertes infantiles en el año	143	100.0
2023	1.	Dificultad respiratoria del recién nacido	25	18.7
	2.	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	18	13.4
	3.	Duración corta de la gestación y bajo peso al nacer	15	11.2
		Otras causas*	76	56.7
		Total de muertes infantiles en el año	134	100.0

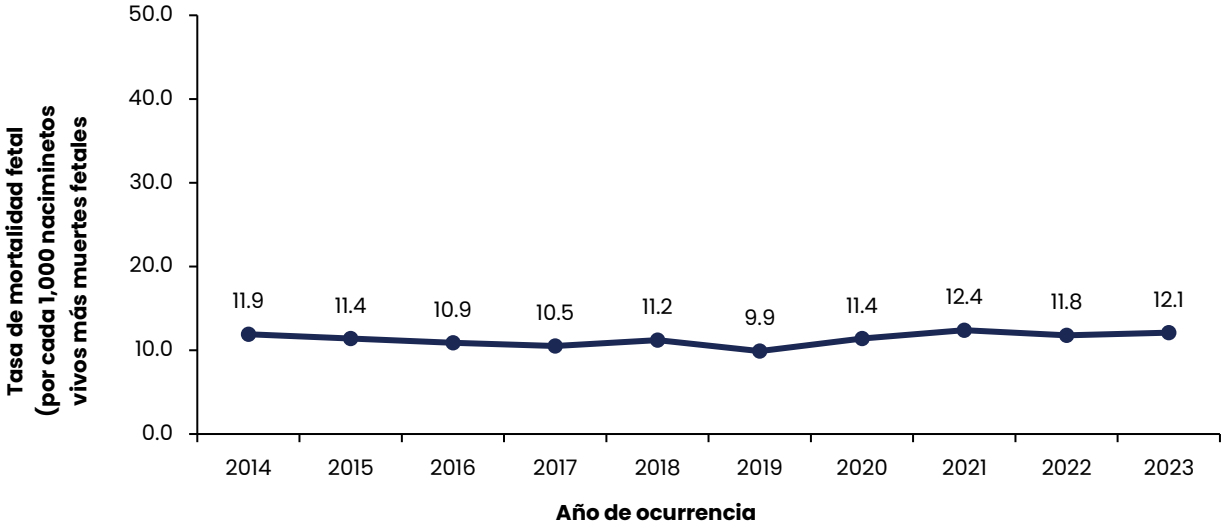
Fuente: Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2021 (DSPR, 2024a). Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2022 (DSPR, 2024b). Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2023 (DSPR, 2024c). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Defunciones 2017-2020 (DSPR, 2023b). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Mortalidad 2015-2016 (DSPR, 2019b). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Defunciones 2009 al 2014 (DSPR, 2016).
* Incluye la agrupación de las categorías desglosadas en las tablas de mortalidad infantil (que no formaron parte de las principales causas de muerte aquí presentadas) y la categoría de "otras causas" de muerte de los informes de estadísticas vitales de mortalidad.

La tasa de mortalidad fetal mide el número de defunciones fetales entre la sumatoria de los nacimientos vivos y las defunciones fetales registradas en el mismo periodo, multiplicado por cada 1,000 nacimientos vivos más muertes fetales (DSPR, 2016). Para el periodo 2014 al 2023, la tasa de mortalidad fetal reflejo un leve aumento de 11.9 muertes fetales por cada 1,000 nacimientos vivos más muertes fetales en el año 2014 a 12.1 muertes fetales por cada 1,000 nacimientos vivos más muertes fetales en el año 2023. Sin embargo, este leve aumento no fue constante durante este periodo. La tasa de mortalidad fetal más baja durante este periodo se observó en el año 2019 (9.9) y la más alta se reportó en el año 2021 con 12.4 muertes fetales por cada 1,000 nacimientos vivos más muertes fetales. (Figura 3.2.11). Continuando con la

segunda parte de esta categoría, la próxima figura refleja la razón de mortalidad materna para el periodo 2015 a 2023.

Figura 3.2.11

Tasas de mortalidad fetal: Puerto Rico, 2014 al 2023



Fuente: Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2021 (DSPR, 2024a). Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2022 (DSPR, 2024b). Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2023 (DSPR, 2024c). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Defunciones 2017-2020 (DSPR, 2023b). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Mortalidad 2015-2016 (DSPR, 2019b). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Defunciones 2009-2014 (DSPR, 2016).

La razón de mortalidad materna se calcula mediante el total de defunciones maternas que ocurrieron en un año específico, entre el número de nacimientos vivos ocurridos en ese mismo año por cada 100,000 (INEC, 2025). Estos cálculos, consideran las defunciones de mujeres que hayan estado embarazadas, o que hayan fallecido dentro de los 42 días posteriores al parto por complicaciones relacionadas al embarazo o el parto (OMS, 2012).

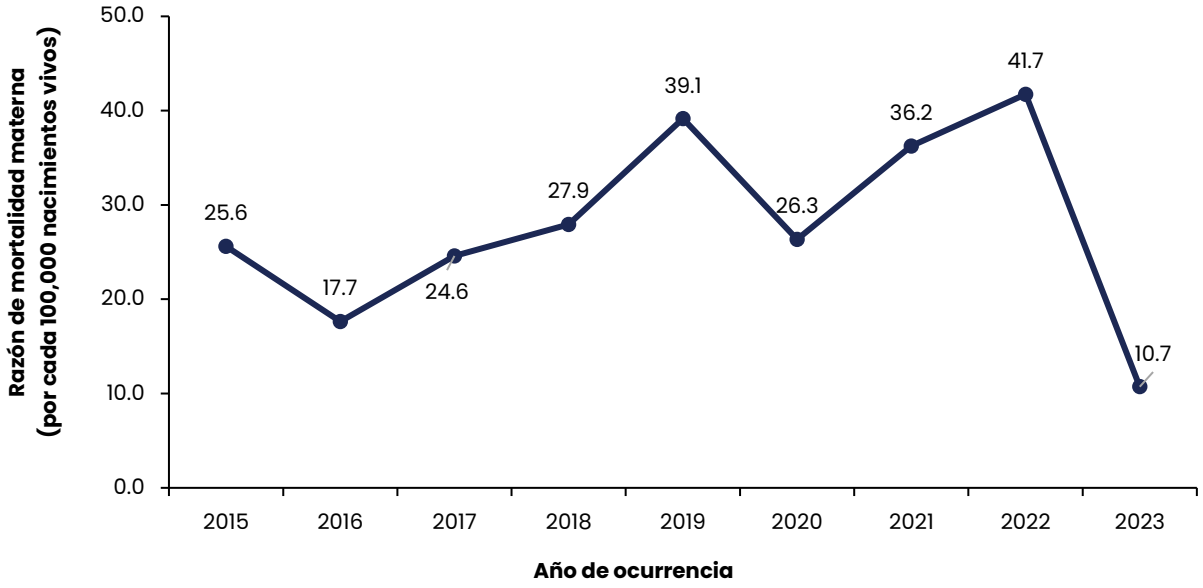
Para el periodo 2015 al 2023, la razón de mortalidad materna en Puerto Rico reflejo varias fluctuaciones. Para el año 2015 la razón de mortalidad materna fue de 25.6 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos vivos. A su vez, para el año 2023 la razón de mortalidad materna se encontraba en 10.7 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos vivos. Sin embargo, la razón de mortalidad materna más alta

registrada fue en el año 2022 con 41.7 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos vivos y la más baja en el año 2023 con en 10.7 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos vivos (Figura 3.2.12). La razón de mortalidad materna para el año 2014 no fue incluida en la Figura 3.2.14 debido a que el formulario de defunciones para este año no contemplaba la definición de muertes maternas según los certificados de defunciones estándar a las recomendadas por el NCHS (DSPR, 2016).

Los datos sobre muertes maternas que se presentan en esta sección surgen directamente de la información que se completa en los certificados de defunción. Para información más completa y actualizada sobre muertes maternas el DSPR cuenta con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna (SiVEMMa). El SiVEMMa identifica las muertes maternas mediante un proceso de investigación complejo, contando con múltiples fuentes de agencias en Estados Unidos ("Ley del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna", 2016).

Figura 3.2.12

Razón de mortalidad materna: Puerto Rico, 2015 al 2023



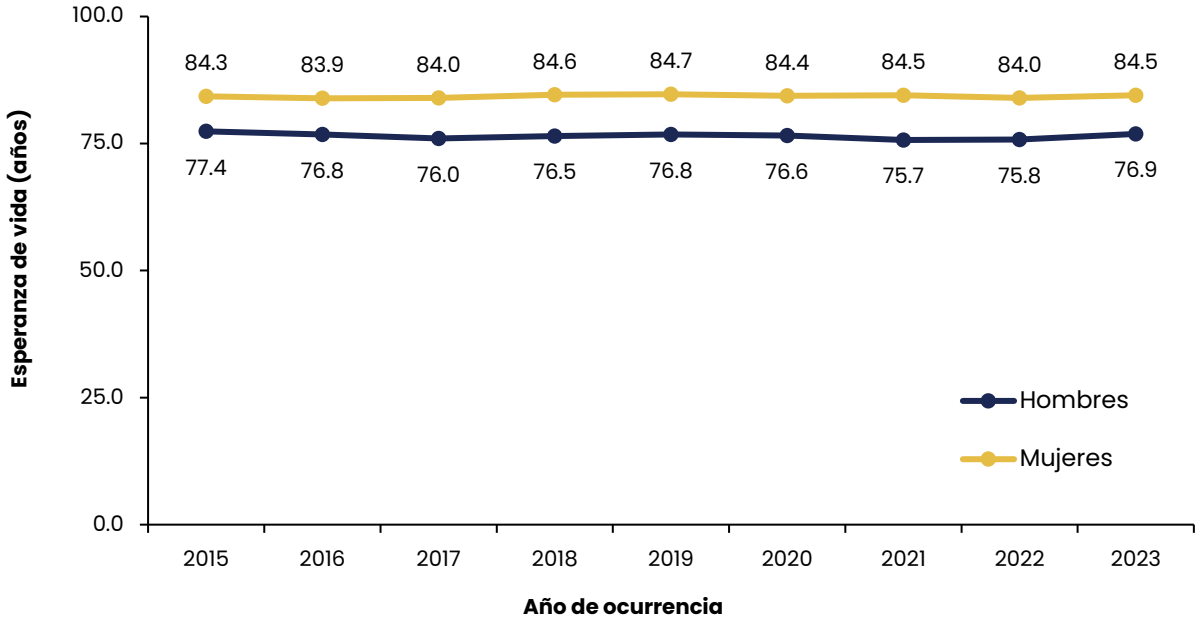
Fuente: Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2021 (DSPR, 2024a). Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2022 (DSPR, 2024b). Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2023 (DSPR, 2024c). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Defunciones 2017-2020 (DSPR, 2023b). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Mortalidad 2015-2016 (DSPR, 2019b). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Defunciones 2009-2014 (DSPR, 2016).
Nota. Defunciones de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes al parto o terminación de embarazo (DSPR, 2023).

Esperanza de vida al nacer en Puerto Rico

Por último, acorde con los temas discutidos anteriormente, la Figura 3.2.13 presenta la esperanza de vida al nacer en Puerto Rico. Esta medida, según la OMS (2024a), estima el número promedio y estimado de años que se espera que una persona alcance a vivir desde su nacimiento. Es decir, el número promedio de años que un recién nacido podría esperar a vivir si pasara por la vida expuesto a las tasas de mortalidad ajustada prevalecientes en el momento de su nacimiento, para un año específico en un país (OMS, 2026b).

Figura 3.2.13

Esperanza de vida al nacer. Puerto Rico, 2015 al 2023



***Fuente**: DSPR. (2024d).* Perfil epidemiológico de la mortalidad en Puerto Rico año 2023.

Entre los años 2015 al 2023, las mujeres contaban con mayor esperanza de vida al nacer que los hombres. Durante este periodo, la esperanza de vida al nacer para los hombres en Puerto Rico fluctuó entre los 75.7 a 77.4 años. En el año 2015, la esperanza de vida al nacer para los hombres se encontraba en 77.4. Sin embargo, estas disminuyeron a 75.7 y 75.8 años para el 2021 y 2022 respectivamente (DSPR, 2024d). Contrario a lo observado en la población de hombres, la esperanza de vida en mujeres se mantuvo relativamente constante durante este periodo (Figura 3.2.13).

Limitaciones y oportunidades

Dentro de las limitaciones en esta dimensión se encuentra a la poca capacitación de los médicos sobre la correcta documentación de las causas de muerte en el certificado de defunción. Además, de la escasez de datos sobre condiciones de salud que puedan ayudar a prevenir defunciones en edades tempranas y sobre condiciones de salud que lleven a las primeras causas de muerte.

Las estadísticas vitales ofrecen oportunidades para la planificación en salud y la creación de políticas públicas para la toma de decisiones informadas sobre acceso y calidad de servicios de salud. Permiten analizar la composición de la estructura de edad y aspectos sociodemográficos de la población. Además, de que permite analizar la distribución geográfica de los eventos vitales, así como visualizar las tendencias en la fecundidad y mortalidad a través de los años.

Anejos

Anejo 1.2.1

Tasas crudas de mortalidad por grupos de edad: Puerto Rico, 2014 al 2023.

Grupos de edad (años)	Tasa cruda de mortalidad[1]									
	Año de ocurrencia									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
1 a 4	19.2	16.2	24.0	18.8	20.5	20.0	22.3	25.4	25.0	38.3
5 a 14	7.8	9.6	10.9	7.5	9.2	10.0	6.5	9.3	9.5	9.6
15 a 24	90.1	79.1	77.1	87.9	83.5	80.3	73.4	88.1	81.3	70.8
25 a 34	142.9	138.6	152.0	171.8	167.6	169.3	139.8	162.9	159.3	132.4
35 a 44	186.3	177.5	188.8	218.4	219.3	231.5	230.2	284.1	266.1	243.9
45 a 54	368.5	357.8	371.3	386.4	353.4	366.7	412.2	432.8	415.3	395.6
55 a 64	775.1	742.8	764.3	748.4	701.6	701.8	792.3	836.6	821.0	782.9
65 a 74	1,626.3	1,485.1	1,519.4	1,555.0	1,454.7	1,381.9	1,644.3	1,614.5	1,680.6	1,582.4
75 a 84	4,059.2	3,736.1	3,716.2	3,826.9	3,529.3	3,413.6	3,669.9	3,652.8	3,917.8	3,715.5
85+	12,943.5	11,540.2	11,836.6	12,237.2	11,285.4	11,190.9	9,840.9	9,284.4	9,937.7	9,494.2

[1] Tasa cruda por cada 100,000 habitantes

Fuente: Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2021 (DSPR, 2024a). Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2022 (DSPR, 2024b). Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2023 (DSPR, 2024c). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Defunciones 2017-2020 (DSPR, 2023b). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Mortalidad 2015-2016 (DSPR, 2019b). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Defunciones 2009-2014 (DSPR, 2016).

Anejo 1.2.2

Principales diez causas de muerte: Puerto Rico, 2014 al 2023.

Año		Primeras diez causas de muerte	Total	%	*
2014	1.	Tumores [neoplasias] malignos	5,408	17.8	
	2.	Enfermedades del corazón	5,298	17.5	
	3.	Diabetes mellitus	3,292	10.9	
	4.	Enfermedad de Alzheimer	2,000	6.6	
	5.	Enfermedades cerebrovasculares	1,353	4.5	
	6.	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1,035	3.4	
	7.	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	1,020	3.4	
	8.	Accidentes (lesiones no intencionales)	969	3.2	
	9.	Septicemia	864	2.8	
	10.	Neumonía e influenza	819	2.7	
		Otras causas**	8,942	29.5	
		Total de muertes en el año	30,331	100.0	
2015	1.	Tumores [neoplasias] malignos	5,186	18.3	
	2.	Enfermedades del corazón	5,025	17.7	
	3.	Diabetes mellitus	2,953	10.4	
	4.	Enfermedad de Alzheimer	2,131	7.5	
	5.	Enfermedades cerebrovasculares	1,310	4.6	
	6.	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1,015	3.6	
	7.	Accidentes (lesiones no intencionales)	950	3.3	↑
	8.	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	799	2.8	↓
	9.	Septicemia	725	2.6	
	10.	Neumonía e influenza	637	2.2	
		Otras causas**	7,717	27.2	
		Total de muertes en el año	28,409	100.0	
2016	1.	Enfermedades del corazón	5,417	18.3	↑
	2.	Tumores [neoplasias] malignos	5,153	17.4	↓
	3.	Diabetes mellitus	3,151	10.6	
	4.	Enfermedad de Alzheimer	2,195	7.4	
	5.	Enfermedades cerebrovasculares	1,173	4.0	
	6.	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1,147	3.9	
	7.	Accidentes (lesiones no intencionales)	867	2.9	
	8.	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	862	2.9	
	9.	Neumonía e influenza	822	2.8	↑
	10.	Septicemia	708	2.4	↓
		Otras causas**	8,154	27.5	
		Total de muertes en el año	29,649	100.0	
2017	1.	Enfermedades del corazón	5,621	18.1	

Año		Primeras diez causas de muerte	Total	%	*
	2.	Tumores [neoplasias] malignos	5,236	16.8	
	3.	Diabetes mellitus	3,259	10.5	
	4.	Enfermedad de Alzheimer	2,346	7.5	
	5.	Enfermedades cerebrovasculares	1,221	3.9	
	6.	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1,183	3.8	
	7.	Accidentes (lesiones no intencionales)	1,000	3.2	
	8.	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	899	2.9	
	9.	Septicemia	837	2.7	↑
	10.	Neumonía e influenza	823	2.6	↓
		Otras causas**	8,669	27.9	
		Total de muertes en el año	31,094	100.0	
2018	1.	Enfermedades del corazón	5,346	18.3	
	2.	Tumores [neoplasias] malignos	5,051	17.3	
	3.	Diabetes mellitus	3,071	10.5	
	4.	Enfermedad de Alzheimer	2,209	7.5	
	5.	Enfermedades cerebrovasculares	1,166	4.0	
	6.	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1,053	3.6	
	7.	Accidentes (lesiones no intencionales)	946	3.2	
	8.	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	910	3.1	
	9.	Neumonía e influenza	826	2.8	↑
	10.	Septicemia	729	2.5	↓
		Otras causas**	7,974	27.2	
		Total de muertes en el año	29,281	100.0	
2019	1.	Enfermedades del corazón	5,377	18.1	
	2.	Tumores [neoplasias] malignos	5,067	17.1	
	3.	Diabetes mellitus	3,075	10.4	
	4.	Enfermedad de Alzheimer	2,315	7.8	
	5.	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1,291	4.4	↑
	6.	Enfermedades cerebrovasculares	1,151	3.9	↓
	7.	Accidentes (lesiones no intencionales)	1,002	3.4	
	8.	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	814	2.7	
	9.	Neumonía e influenza	791	2.7	
	10.	Septicemia	687	2.3	
		Otras causas**	8,082	27.3	
		Total de muertes en el año	29,652	100.0	
2020	1.	Enfermedades del corazón	5,640	17.5	
	2.	Tumores [neoplasias] malignos	5,358	16.6	
	3.	Diabetes mellitus	3,222	10.0	
	4.	Enfermedad de Alzheimer	2,630	8.2	

Año		Primeras diez causas de muerte	Total	%	*
	5.	COVID-19	1,417	4.4	+
	6.	Enfermedades cerebrovasculares	1,259	3.9	
	7.	Accidentes (lesiones no intencionales)	1,106	3.4	
	8.	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1,082	3.4	↓
	9.	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	936	2.9	↓
	10.	Neumonía e influenza	802	2.5	↓
		Otras causas**	8,771	27.2	
		Total de muertes en el año	32,223	100.0	
2021	1.	Enfermedades del corazón	5,515	16.6	
	2.	Tumores [neoplasias] malignos	5,236	15.7	
	3.	Diabetes mellitus	3,251	9.8	
	4.	Enfermedad de Alzheimer	2,833	8.5	
	5.	Accidentes (lesiones no intencionales)	1,648	5.0	↑
	6.	COVID-19	1,487	4.5	↓
	7.	Enfermedades cerebrovasculares	1,326	4.0	↓
	8.	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1,039	3.1	
	9.	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	1,019	3.1	
	10.	Neumonía e influenza	716	2.2	
		Otras causas**	9,181	27.6	
		Total de muertes en el año	3,351	100.0	
2022	1.	Enfermedades del corazón	6,051	17.1	
	2.	Tumores [neoplasias] malignos	5,393	15.2	
	3.	Diabetes mellitus	3,094	8.7	
	4.	Enfermedad de Alzheimer	3,007	8.5	
	5.	COVID-19	2,012	5.7	↑
	6.	Accidentes (lesiones no intencionales)	1,752	4.9	↓
	7.	Enfermedades cerebrovasculares	1,333	3.8	
	8.	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	1,238	3.5	↑
	9.	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1,041	2.9	↓
	10.	Neumonía e influenza	846	2.4	
		Otras causas**	9,656	27.3	
		Total de muertes en el año	35,423	100.0	
2023	1.	Enfermedades del corazón	6,278	18.3	
	2.	Tumores [neoplasias] malignos	5,366	15.6	
	3.	Diabetes mellitus	3,069	8.9	
	4.	Enfermedad de Alzheimer	3,048	8.9	
	5.	Accidentes (lesiones no intencionales)	1,782	5.2	↑
	6.	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	1,250	3.6	↑

Año		Primeras diez causas de muerte	Total	%	*
	7.	Enfermedades cerebrovasculares	1,209	3.5	
	8.	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1,055	3.1	↑
	9.	Neumonía e influenza	959	2.8	↑
	10.	COVID-19	794	2.3	↓
		Otras causas**	9,497	27.7	
		Total de muertes en el año	34,307	100.0	

Fuente: Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2021 (DSPR, 2024a). Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2022 (DSPR, 2024b). Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2023 (DSPR, 2024c). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Defunciones 2017-2020 (DSPR, 2023b). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Mortalidad 2015-2016 (DSPR, 2019b). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Defunciones 2009-2014 (DSPR, 2016).

* Cambios en el orden de las categorías en comparación con el año previo (+: Nueva categoría en las primeras diez causas de muerte | ↑: Subió de posición | ↓: Bajó de posición).

** Incluye la agrupación de las categorías desglosadas en las tablas de primeras diecinueve causas de muerte (que no formaron parte de las cinco principales causas de muerte) y la categoría de "otras causas" de muerte y los "no especificados" de los informes de estadísticas vitales de mortalidad.

Notas metodológicas del DSPR: El Registro Demográfico y el NCHS consideran para sus estadísticas todas las muertes en las que se haya incluido COVID-19 en el certificado de defunción y se les haya asignado el código U07.1. La codificación se basa en el certificado de defunción completado por el proveedor de atención médica; esta metodología no requiere una prueba de COVID-19 de tipo molecular (PCR) positiva o un resultado de prueba de antígeno. Por otra parte, el sistema de vigilancia de muertes de COVID-19 del DSPR contabiliza las muertes que cumplan con la Definición de Caso Fatal por COVID-19 del Sistema de Vigilancia de Muertes por COVID-19 del DSPR según establecido por el Consejo de Epidemiólogos Estatales y Territoriales (CSTE, por sus siglas en inglés), la cual es distinta de la utilizada por el Registro Demográfico de Puerto Rico.

Anejo 1.2.3

Principales causas de mortalidad infantil: Puerto Rico, 2014 al 2023.

Año		Primeras tres causas de mortalidad infantil	Total	%
2014	1.	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	39	15.9
	2.	Dificultad respiratoria del recién nacido	30	12.2
	3.	Duración corta de la gestación y bajo peso al nacer	14	5.7
		Otras causas*	162	66.1
		Total de muertes infantiles en el año	245	100.0
2015	1.	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	47	21.2
	2.	Dificultad respiratoria del recién nacido	20	9.0
	3.	Sepsis bacteriana del recién nacido	15	6.8
		Otras causas*	140	63.1
		Total de muertes infantiles en el año	222	100.0
2016	1.	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	51	23.0
	2.	Duración corta de la gestación y bajo peso al nacer	17	7.7
	3.	Dificultad respiratoria del recién nacido	17	7.7
		Otras causas*	137	61.7
		Total de muertes infantiles en el año	222	100.0
2017	1.	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	31	18.0
	2.	Sepsis bacteriana del recién nacido	19	11.0
	3.	Dificultad respiratoria del recién nacido	17	9.9
		Otras causas*	105	61.0
		Total de muertes infantiles en el año	172	100.0
2018	1.	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	24	16.8
	2.	Dificultad respiratoria del recién nacido	15	10.5
	3.	Enfermedades del sistema circulatorio	7	4.9
		Otras causas*	97	67.8
		Total de muertes infantiles en el año	143	100.0
2019	1.	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	33	24.6
	2.	Dificultad respiratoria del recién nacido	14	10.4
	3.	Sepsis bacteriana del recién nacido	10	7.5
		Otras causas*	77	57.5
		Total de muertes infantiles en el año	134	100.0
2020	1.	Dificultad respiratoria del recién nacido	23	16.2
	2.	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	21	14.8
	3.	Sepsis bacteriana del recién nacido	13	9.2
		Otras causas*	85	59.9
		Total de muertes infantiles en el año	142	100.0
2021	1.	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	21	15.4

Año		Primeras tres causas de mortalidad infantil	Total	%
	2.	Sepsis bacteriana del recién nacido	14	10.3
	3.	Duración corta de la gestación y bajo peso al nacer	10	7.4
		Otras causas*	91	66.9
		Total de muertes infantiles en el año	136	100.0
2022	1.	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	24	16.8
	2.	Dificultad respiratoria del recién nacido	17	11.9
	3.	Duración corta de la gestación y bajo peso al nacer	10	7.0
		Otras causas*	92	64.3
		Total de muertes infantiles en el año	143	100.0
2023	1.	Dificultad respiratoria del recién nacido	25	18.7
	2.	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	18	13.4
	3.	Duración corta de la gestación y bajo peso al nacer	15	11.2
		Otras causas*	76	56.7
		Total de muertes infantiles en el año	134	100.0

Fuente: Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2021 (DSPR, 2024a). Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2022 (DSPR, 2024b). Bases de datos de Defunciones y Muertes Fetales, 2023 (DSPR, 2024c). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Defunciones 2017-2020 (DSPR, 2023b). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Mortalidad 2015-2016 (DSPR, 2019b). Informe Anual de Estadísticas Vitales: Defunciones 2009 al 2014 (DSPR, 2016).
* Incluye la agrupación de las categorías desglosadas en las tablas de mortalidad infantil (que no formaron parte de las principales causas de muerte aquí presentadas) y la categoría de "otras causas" de muerte de los informes de estadísticas vitales de mortalidad.

Referencias

Barfield, W. D., & Committee on Fetus and Newborn. (2011). Standard terminology for fetal, infant, and perinatal deaths. *Pediatrics, 128*(1), 177–181. https://doi.org/10.1542/peds.2011-1037

Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). (2024). *IDC-10-CM.* https://www.cdc.gov/nchs/icd/icd-10-cm/index.html

Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR). (2016). *Informe anual de estadísticas vitales años 2009 al 2014: Mortalidad general, infantil, fetal y materna.* https://estadisticas.pr/files/Inventario/publicaciones/DSPR_InformeAnualEstadisticasVitales_2009-14%28MortalidadGeneral%29.pdf

Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR). (2018). *Informe anual de estadísticas vitales: Nacimientos años 2011 al 2014.* https://estadisticas.pr/files/Inventario/publicaciones/DSPR_InformeAnualEstadisticasVitales_2011-14_Nacimientos.pdf

Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR). (2019a). *Informe anual de estadísticas vitales: Nacimientos años 2015 y 2016.* https://estadisticas.pr/files/Inventario/publicaciones/IAEV_Nacimientos_2015%20y%202016.pdf

Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR). (2019b). *Informe anual de estadísticas vitales: Defunciones años 2015 y 2016.* https://estadisticas.pr/files/Inventario/publicaciones/INF_DEF_2015_2016%20-%20OCR.pdf

Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR). (2023a). *Informe anual de estadísticas vitales: Nacimientos años 2017 al 2020*. https://estadisticas.pr/files/Inventario/publicaciones/Informe%20de%20Estadisticas%20Vitales_Nacimientos%202017-2020.pdf

Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR). (2023b). *Informe anual de estadísticas vitales: Defunciones años 2017 al 2020.*

https://estadisticas.pr/files/Inventario/publicaciones/Informe%20de%20Estadisticas%20Vitales_Defunciones%202017-2020.pdf

Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR). (2024a). *Base de datos de defunciones y muertes fetales, 2021. División del Registro Demográfico de Puerto Rico.*

Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR). (2024b). *Base de datos de defunciones y muertes fetales, 2022. División del Registro Demográfico de Puerto Rico.*

Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR). (2024c). *Base de datos de defunciones y muertes fetales, 2023. División del Registro Demográfico de Puerto Rico.*

Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR). (2024d). *Perfil epidemiológico de la mortalidad en Puerto Rico Año 2023*. https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/9547

Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR). (2025). Informe anual de estadísticas vitales: Nacimientos años 2021 al 2023. https://estadisticas.pr/files/Inventario/publicaciones/Informe%20de%20Estadisticas%20Vitales_Nacimientos%202021-2023.pdf

Fondo de Población de Naciones Unidas (FPNU). (2025). *Guía para la evaluación de la calidad de los registros de nacimientos y defunciones en América Latina y el Caribe*. https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2025-10/Guia%20de%20Calidad%20de%20Registros%20de%20Nacimiento%20y%20Defunciones%20ALC%20-%20HD.pdf

Gregory, E. C. W., Valenzuela, C. P., & Hoyert, D. L. (2024). *Fetal mortality: United States, 2022* (National Vital Statistics Reports, No. 9). National Center for Health Statistics. https://doi.org/10.15620/cdc/158788

Instituto Nacional de Estadística y Censo - Panamá (INEC). (2025). *Glosario de términos.* https://www.inec.gob.pa/glosario/Default.aspx?ORDEN=T&ID_IDIOMA=1

Klein, R. J., & Schoenborn, C. A. (2001). *Age adjustment using the 2000 projected U.S. population* (Healthy People Statistical Notes No. 20). National Center for Health Statistics. https://www.cdc.gov/nchs/data/statnt/statnt20.pdf

Ley del Registro General Demográfico de Puerto Rico, Ley Núm. 24 de 22 de abril de 1931, según enmendada. (2025). https://bvirtualogp.pr.gov/ogp/Bvirtual/leyesreferencia/PDF/Registros/24-1931.pdf

Ley del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna, Ley Núm. 186 de 8 de diciembre de 2016, según enmendada). (2020). https://bvirtualogp.pr.gov/ogp/Bvirtual/leyesreferencia/PDF/186-2016.pdf

Ley Orgánica del Departamento de Salud, Ley Núm. 81 de 14 de marzo de 1912, según enmendada. (2025). https://bvirtualogp.pr.gov/ogp/BVirtual/LeyesOrganicas/pdf/81-1912.pdf

Mikkelsen, L., López, A., & Phillips, D. (2015). *Why birth and death registration really are "vital" statistics for development*. United Nations Development Programme. https://hdr.undp.org/content/why-birth-and-death-registration-really-are-vital-statistics-development

National Cancer Institute (NCI). (s.f-a). *All-cause mortality*. https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/all-cause-mortality

National Cancer Institute (NCI). (s.f-b). *Tasa ajustada por edad*. https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/tasa-ajustada-por-edad

National Center for Health Statistics (NCHS). (2021). *NCHS fact sheet June 2021: National Vital Statistics System improvements*. https://www.cdc.gov/nchs/data/factsheets/2020-nvss-improvement-factsheet-508.pdf

National Center for Health Statistics (NCHS). (2024). *Leading causes of death*. https://www.cdc.gov/nchs/nvss/leading-causes-of-death.htm

National Institute of Health. (s.f.). *Pre-pregnancy care and prenatal care*. https://www.nichd.nih.gov/health/topics/factsheets/preconceptioncare

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM*. https://www.binasss.sa.cr/guiaops.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre bajo peso al nacer.* https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/fe5344b8-13bd-4e81-8a8a-d9c4c721dc73/content

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Nacimientos prematuros*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024a). *Esperanza de vida al nacer*. https://data.who.int/es/indicators/i/A21CFC2/90E2E48

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024b). *Registro civil y estadísticas vitales*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/civil-registration-and-vital-statistics

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2026a). *Infant mortality rate (between birth and 11 months per 1000 live births)*. https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/1

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2026b). *Life expectancy.* https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/65

Red State Data Center de Puerto Rico (SDC-PR). (2023). *Acelerado el ritmo del envejecimiento poblacional en Puerto Rico* [comunicado de prensa]. https://censo.estadisticas.pr/Comunicado-de-prensa/2023-05-25t134735

Saavedra, P.G. (2016). *Indicadores de nivel de salud: Cálculo e Interpretación*. https://sintesis.med.uchile.cl/condiciones-clinicas/salud-publica/salud-publica-situaciones-clinicas/12736-indicadores-de-nivel-de-salud-calculo-e-interpretacion

Stone, B., Amiri, A., Zhao, S., Hamidi, S., Johnson, P., & Bruns, D. (2025). Food insecurity, walkability, and social determinants of health: A cross-sectional, county-level study of associations with maternal and infant mortality in the United States. *Healthcare (Basel, Switzerland), 13*(19), 2407. https://doi.org/10.3390/healthcare13192407

United Nations. (2014). Definition, concepts and uses of vital statistics. In *Principles and recommendations for a vital statistics system* (pp. 3-8). https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210561402s003-c001/read

Universidad de Puerto Rico - Recinto de Ciencias Médicas (UPR-RCM). (2023a). *Mortalidad.* Programa Graduado de Demografía. https://rcm1.rcm.upr.edu/demografia/mortalidad/

Universidad de Puerto Rico - Recinto de Ciencias Médicas (UPR-RCM). (2023b). *Natalidad*. Programa Graduado de Demografía. https://rcm1.rcm.upr.edu/demografia/natalidad/

U.S. Census Bureau. (2024a). *Annual estimates of the resident population for selected age groups by sex for Puerto Rico Commonwealth: April 1, 2020 to July 1, 2023 (PRC-EST2023-AGESEX)* [base de datos]. https://www.census.gov/data/tables/time-series/demo/popest/2020s-detail-puerto-rico.html#v2023

U.S. Census Bureau. (2024b). *Puerto Rico Commonwealth population by characteristics: 2020-2024*. https://www.census.gov/data/tables/time-series/demo/popest/2020s-detail-puerto-rico.html#v2023



CAPÍTULO 3

COMPORTAMIENTOS DE RIESGO Y ENFERMEDADES CRÓNICAS

Conceptos claves

1. **Prevalencia cruda:** se refiere al número de personas que reportaron la condición o el factor dividido entre el número total de personas encuestadas en un periodo de tiempo (National Institute of Mental Health, s.f.).
2. **Prevalencia ajustada por edad:** Para efectos de este capítulo, la prevalencia ajustada por edad se calculó utilizando la prevalencia cruda con la proporción de los grupos de edad de la población estándar de los Estados Unidos para el año 2000. La prevalencia ajustada por edad es una medida que permite la comparación de grupos de personas a través del tiempo (National Cancer Institute, s.f.-a)

Introducción

Las enfermedades crónicas se definen como aquellas condiciones de salud cuya duración tiende a ser mayor a un año, caracterizadas por requerir atención médica continua o implicar una limitación de algunas actividades cotidianas (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2024a). Estas pueden ocurrir como resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales o conductuales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025a). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025a), las enfermedades crónicas son responsables de 41 millones de muertes anualmente a nivel mundial, lo que representa el 74% de la mortalidad global.

Este capítulo tiene como objetivos: 1) presentar indicadores de salud relacionados a las enfermedades crónicas, 2) describir las prevalencias de los comportamientos de riesgo y 3) describir las prevalencias de las enfermedades crónicas en la población adulta residente en Puerto Rico. Los datos estadísticos sobre comportamientos de riesgo y enfermedades crónicas a presentarse son publicados en la herramienta *Prevalence & Trends Data* del *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS). Este sistema de vigilancia es un proyecto de colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y es el principal sistema de encuestas telefónicas de carácter transversal que recopila datos autoreportados de la población adulta de 18 años o más sobre comportamientos de riesgo y enfermedades crónicas (CDC, 2025a).

Metodología

Los datos estadísticos de comportamientos de riesgo y enfermedades crónicas presentados en este capítulo comprenden periodos de años incluidos entre 2013 y 2023. Estos se obtuvieron a través de la herramienta *Prevalence Data & Data Analysis* del BRFSS, la cual es de acceso público (CDC, 2023). Dicha herramienta presenta las estimaciones de prevalencias, tanto crudas como ajustadas por edad, en forma de gráficas y tablas. Las estimaciones de prevalencias se configuraron para que aplicaran a nivel nacional para Puerto Rico.

En el caso de los datos de comportamientos de riesgo y enfermedades crónicas a través de los años, se aplicó la configuración para visualizar las prevalencias ajustadas por edad. Este proceso de ajustes por edad consiste en aplicar la proporción de la población proyectada de adultos en los Estados Unidos para el año 2000, agrupando los grupos de edad de 18 a 44 años, 45 a 64 años y 65 años o más (CDC, 2017). Este procedimiento garantiza que las comparaciones de prevalencias entre años sean adecuadas al eliminar distorsiones creadas por composiciones diferentes en la estructura de edad de la población (Klein & Schoenborn, 2001).

Por otro lado, en el caso de los datos de comportamientos de riesgo y enfermedades crónicas por características sociodemográficas en el 2023, como año más reciente, se aplicó la configuración para visualizar las prevalencias crudas (sin ajustar por edad). A partir de los datos recopilados de la herramienta, se adaptaron las tablas y gráficas para este informe.

Análisis descriptivo

Prevalencias de comportamientos de riesgo

Los factores de riesgo son aquellos comportamientos que aumentan las posibilidades de que una persona pueda desarrollar una enfermedad (CDC, 2024a). Algunos de los factores de riesgo modificables que se asocian al aumento de desarrollar enfermedades crónicas son: el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, la falta de actividad física, el sobrepeso y la obesidad (CDC, 2024a).

Consumo excesivo de alcohol

El consumo excesivo de alcohol se define de acuerdo con el sexo biológico de la persona y la cantidad ingerida en una ocasión o más en los últimos 30 días (CDC, 2024b). En la encuesta, se define como: hombres adultos de 18 años o más que reportan haber ingerido cinco tragos o más en una o más ocasiones, durante los 30 días previos a la entrevista; y mujeres adultas de 18 años o más que reportan haber ingerido cuatro tragos o más en una o más ocasiones, durante los 30 días previos a la entrevista (CDC, 2024b). La evaluación de la frecuencia del consumo excesivo de alcohol es de utilidad en la planificación y evaluación de políticas públicas de impacto en la salud, pues se asocia con las enfermedades crónicas, los trastornos de alcoholismo y las lesiones intencionales o no intencionales (CDC, 2024b).

En la Tabla 3.3.1 se presentan las prevalencias ajustadas por edad de las personas de 18 años o más que reportaron consumo excesivo de alcohol durante el periodo de 2013 a 2023 en Puerto Rico. En términos generales, la prevalencia de consumo excesivo de alcohol entre los años 2013 y 2023 ha fluctuado entre 15.6% y 13.4%.

Tabla 3.3.1

Prevalencia ajustada por edad de consumo excesivo de alcohol en personas de 18 años o más: Puerto Rico, 2013 a 2023

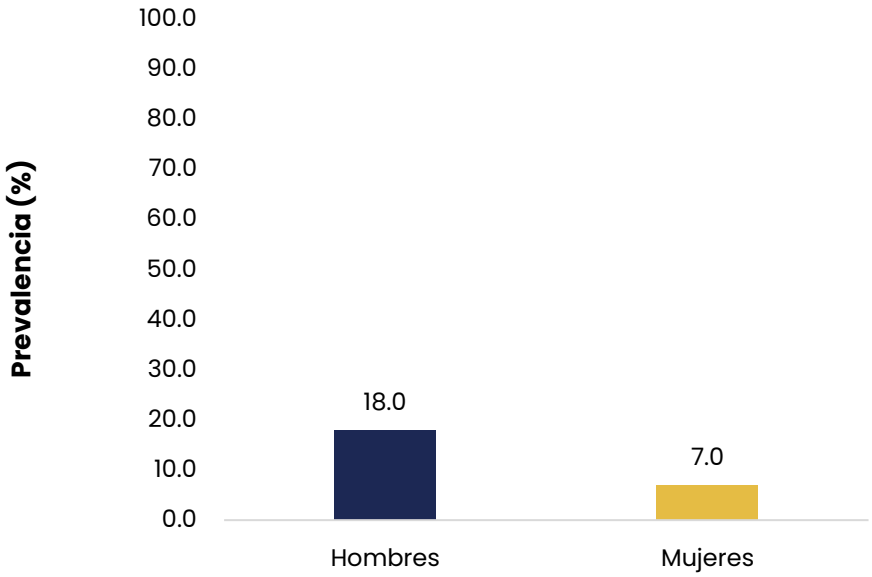
Año	Prevalencia ajustada [Intervalo de confianza]
2013	15.6% [14.2%-17.0%]
2014	14.1% [12.8%-15.3%]
2015	13.7% [12.4%-14.9%]
2016	13.4% [12.0%-14.8%]
2017	14.0% [12.4%-15.6%]
2018	14.8% [13.3%-16.3%]
2019	14.1% [12.8%-15.4%]
2020	13.4% [12.0%-14.9%]
2021	13.3% [11.7%-14.9%]
2022	14.4% [12.9%-15.9%]
2023	13.4% [11.9%-14.9%]

Nota. Los datos fueron obtenidos de la plataforma *Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) (2024). Las prevalencias son ajustadas por edad utilizando la población de EE. UU. 2000 como estándar.

En la Figura 3.3.1 se presentan las prevalencias, por sexo, de personas de 18 años o más que reportaron consumo excesivo de alcohol, en Puerto Rico durante el 2023. Al comparar las prevalencias de consumo excesivo de alcohol entre hombres y mujeres, se identificó que esta conducta de riesgo se presentó más en hombres, con una prevalencia de 18.0%; mientras, la prevalencia en mujeres fue de 7.0%.

Figura 3.3.1

Prevalencia de consumo excesivo de alcohol en personas de 18 años o más, por sexo: Puerto Rico, 2023

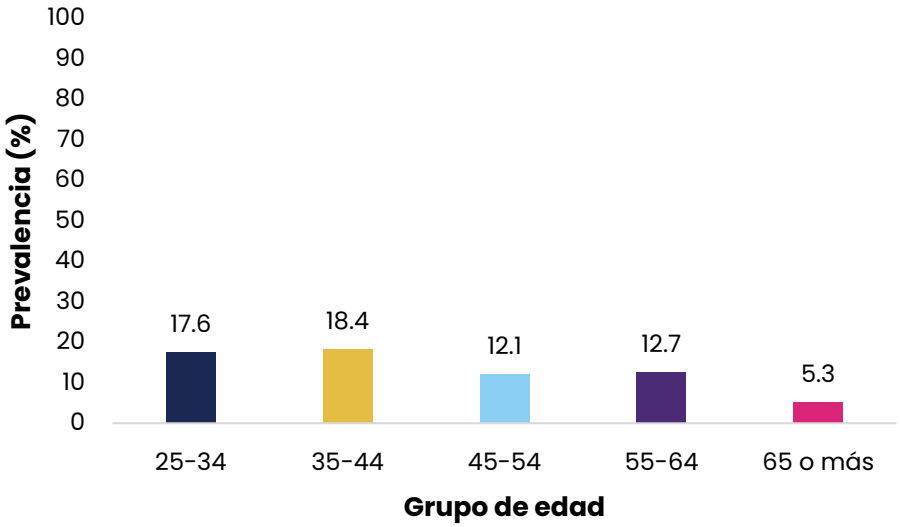


Nota. Los datos fueron obtenidos de la plataforma *Prevalence Data & Data Analysis* del *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) (2024).

En la Figura 3.3.2, se muestra las prevalencias de consumo excesivo de alcohol en personas de 18 años o más, por grupos de edad, en Puerto Rico durante el 2023. El grupo de 65 años o más presentó la prevalencia más baja de consumo excesivo de alcohol, con un 5.3%, cuando se compara con el resto de los grupos de edades. Las prevalencias más altas se identificaron en los grupos de 25 a 34 años (17.6%) y 35 a 44 años (18.4%), en comparación con los demás grupos de edad. Cabe destacar que el grupo de 18 a 24 años no se incluye en estas comparaciones de prevalencias de consumo excesivo de alcohol, debido a que el tamaño de muestra de participantes de este grupo fue menor que la recomendación para el análisis de datos de la encuesta del BRFSS.

Figura 3.3.2

Prevalencia de consumo excesivo de alcohol en personas de 18 años o más, por grupos de edad: Puerto Rico, 2023

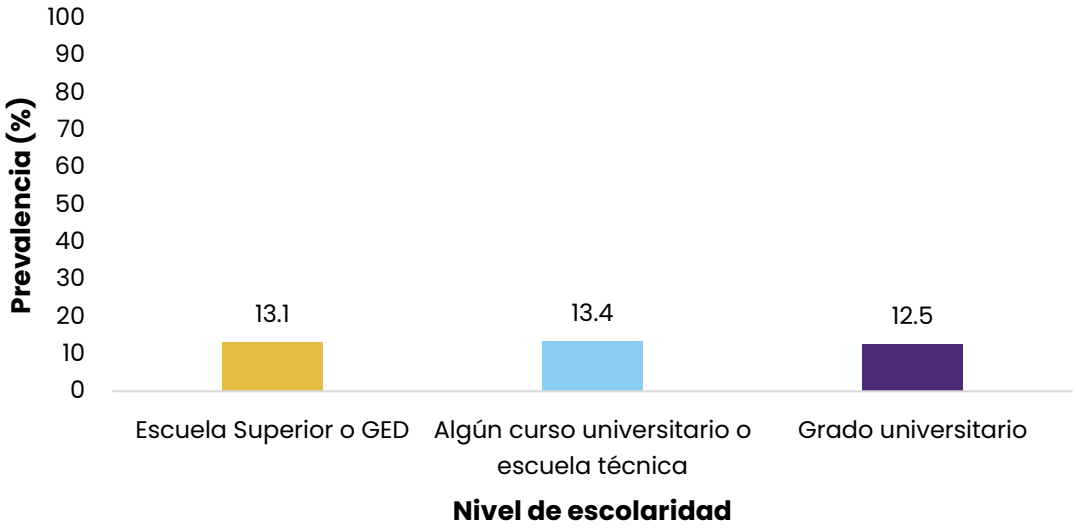


Nota. Los datos fueron obtenidos de la plataforma *Prevalence Data & Data Analysis* del *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) (2024). La prevalencia para el grupo de edad de 18 a 24 años no está disponible por insuficiencia de datos.

En la Figura 3.3.3 se muestra las prevalencias de consumo excesivo de alcohol en personas de 18 años o más, por niveles de escolaridad, en Puerto Rico durante el 2023. Los datos recopilados de la plataforma *Prevalence Data & Data Analysis* del BRFSS sobre el nivel de escolaridad son: "escuela superior o la prueba de desarrollo educativo general" (GED por sus siglas en inglés), "algún curso universitario o escuela técnica" y "grado universitario". Los grados académicos de "escuela superior o GED" (13.1%), "algún curso universitario o escuela técnica" (13.4%) y "grado universitario" (12.5%) presentaron prevalencias aproximadamente constantes.

Figura 3.3.3

Prevalencia en personas de 18 años o más, que reportaron consumo excesivo de alcohol, por nivel de escolaridad en Puerto Rico, durante el 2023

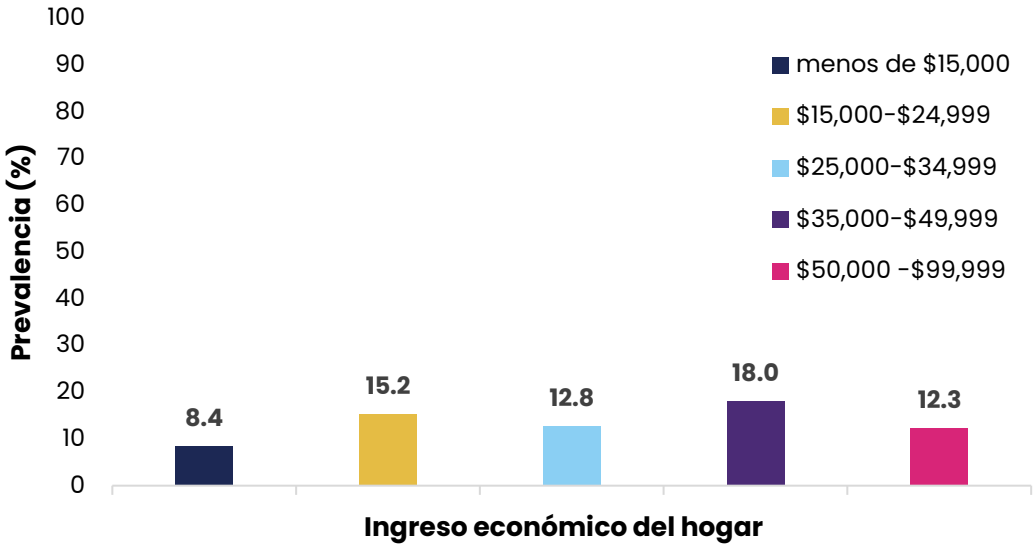


Nota. Los datos fueron obtenidos de la plataforma *Prevalence Data & Data Analysis* del *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) (2024). El GED, consiste en una serie de exámenes que permite que un individuo obtenga una certificación que demuestre que cumple con el nivel educativo equivalente a un diploma de escuela superior. La prevalencia del grupo de "Menos de escuela superior" no está disponible por insuficiencia de datos o presenta un tamaño de muestra (n<50) de participantes menor a la recomendación para el análisis de datos de la encuesta del BRFSS.

Finalmente, la Figura 3.3.4 muestra las prevalencias en personas de 18 años o más, por ingreso económico que reportaron consumo excesivo de alcohol, en Puerto Rico durante el 2023. Como parte del análisis, se observó que el grupo con ingresos menores de $15,000 presentó la prevalencia más baja (8.4%) en comparación con el resto de los grupos elegibles para el análisis. Por otro lado, el grupo con ingresos entre $35,000 a $49,999, presentó la prevalencia más alta de consumo excesivo de alcohol (18.0%). El grupo de ingreso de $100,000 no se incluyó en estas comparaciones de prevalencias de consumo excesivo de alcohol, debido a que el tamaño de muestra de participantes de este grupo fue menor que la recomendación para el análisis de datos de la encuesta del BRFSS.

Figura 3.3.4

Prevalencia de consumo excesivo de alcohol en personas de 18 años o más, por niveles de ingreso del hogar: Puerto Rico, 2023



Nota. *Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024). Las prevalencias para los grupos de ingreso "$100,000-199,999" no se presentan por insuficiencia de datos o un tamaño de muestra (n<50) de participantes menor a la recomendación para el análisis de datos de la encuesta del BRFSS.*

Consumo de tabaco-Fumadores actuales

El consumo de tabaco incrementa la probabilidad de padecer patologías cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, diversos tipos de cáncer y sufrir de alguna enfermedad crónica del pulmón (OMS, 2025b). En el contexto de la encuesta del BRFSS sobre el consumo de tabaco, los fumadores actuales se definen como aquellas personas de 18 años o más que reportan haber fumado 100 cigarrillos o más en su vida y que actualmente fuman todos los días o algunos días (CDC, 2024c).

En términos generales, se puede observar en la Tabla 4.2 que entre el periodo de 2013 a 2023 la prevalencia de fumadores actuales fluctuó entre 11.1% (2013) y 9.1% (2023).

Tabla 3.3.2

Prevalencias ajustadas por edad de fumadores actuales de 18 años o más: Puerto Rico 2013 a 2023

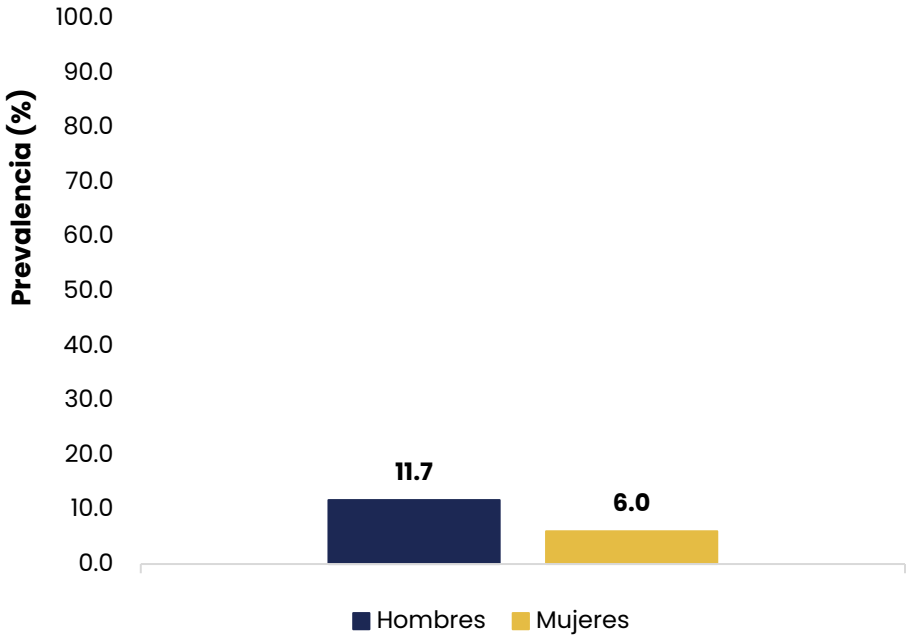
Año	Prevalencia ajustada [Intervalo de confianza]
2013	11.1% [9.9% -12.3%]
2014	11.6% [10.5% -12.8%]
2015	11.1% [9.9 -12.2%]
2016	10.9% [9.6% -12.2%]
2017	11.8% [10.3-13.3]
2018	10.3% [9.0-11.6]
2019	10.0% [8.9-11.1]
2020	10.3% [8.9-11.7]
2021	9.4% [7.9-10.8]
2022	9.7% [8.4-10.9]
2023	9.1% [7.7-10.5]

Nota. Los datos fueron obtenidos de la plataforma *Prevalence Data & Data Analysis* del *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) (2024). Las prevalencias son ajustadas por edad utilizando la población de EE. UU. 2000 como estándar.

En la Figura 3.3.5 se presentan las prevalencias, por sexo, de personas de 18 años o más que se clasificaron como fumadores actuales, en Puerto Rico durante el 2023. Al comparar las prevalencias entre hombres y mujeres, se identificó que esta conducta de riesgo fue mayormente reportada en hombres, con una prevalencia de 11.7%; mientras, la prevalencia en mujeres fue de 6.0%.

Figura 3.3.5

Prevalencia de fumadores actuales de 18 años o más, por sexo: Puerto Rico, 2023

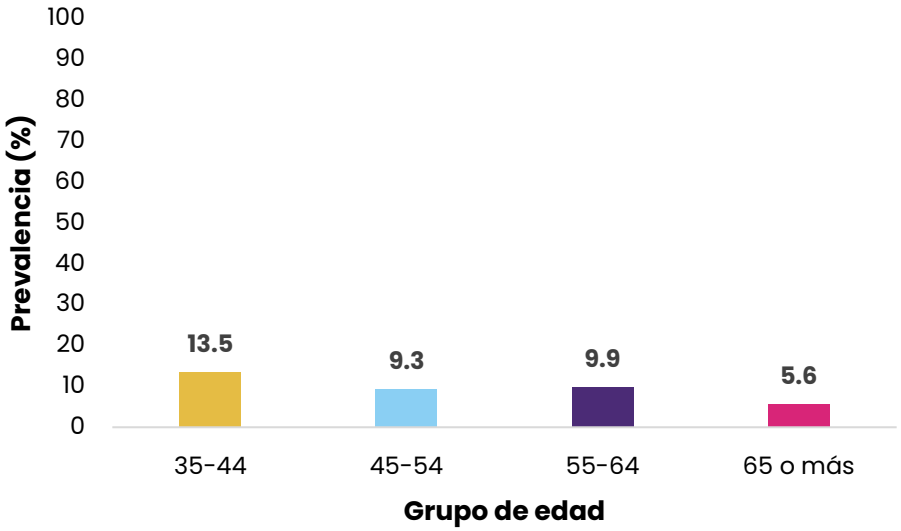


Nota. Los datos fueron obtenidos de la plataforma *Prevalence Data & Data Analysis* del *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) (2024).

En la Figura 3.3.6, se muestran las prevalencias de fumadores actuales, por grupos de edad, en personas de 18 años o más, en Puerto Rico, durante el 2023. El grupo de 35 a 44 años tuvo la prevalencia más alta de fumadores actuales (13.5%), siendo mayor en comparación con las prevalencias de los grupos de 45 a 54 años (9.3%), 55 a 64 años (9.9%) y 65 años o más (5.6%). De otra parte, el grupo de 65 años o más presentó una prevalencia más baja en comparación con el resto de los grupos. Los grupos de 18 a 24 años y 25 a 34 años no se incluyeron en estas comparaciones de prevalencias de fumadores actuales, debido a que el tamaño de muestra de participantes de cada grupo fue menor que la recomendación para el análisis de datos de la encuesta del BRFSS.

Figura 3.3.6

Prevalencia de fumadores actuales de 18 años o más, por grupos de edad: Puerto Rico, 2023

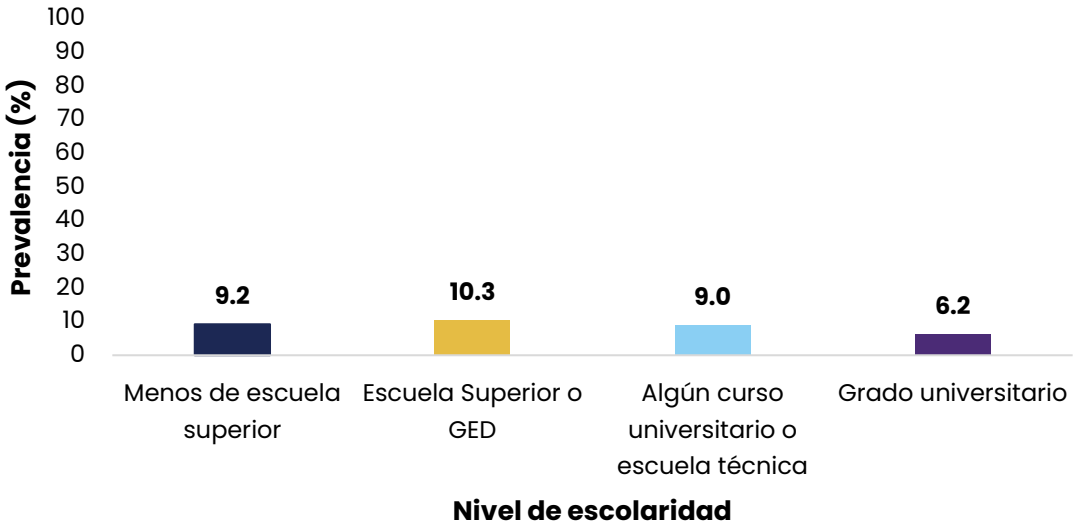


Nota. Los datos fueron obtenidos de la plataforma *Prevalence Data & Data Analysis* del *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) (2024). La prevalencia para los grupos de edad de "18 a 24" y "25 a 34" años no están disponible por insuficiencia de datos o presenta un tamaño de muestra (n<50) de participantes menor a la recomendación para el análisis de datos de la encuesta del BRFSS.

La Figura 3.3.7 presenta la prevalencia en personas de 18 años o más, que reportaron ser fumadores actuales, por nivel de escolaridad en Puerto Rico, durante el 2023. El grupo de personas con grado universitario completado presentaron una prevalencia más baja de fumadores actuales (6.2%), en comparación con los grupos de escolaridad de escuela superior o el equivalente del diploma de escuela superior (GED, por sus siglas en inglés) (10.3%) y aquellos con algún curso universitario o técnico luego de escuela superior (9.0%).

Figura 3.3.7

Prevalencia de fumadores actuales de 18 años o más, por nivel de escolaridad: Puerto Rico, 2023

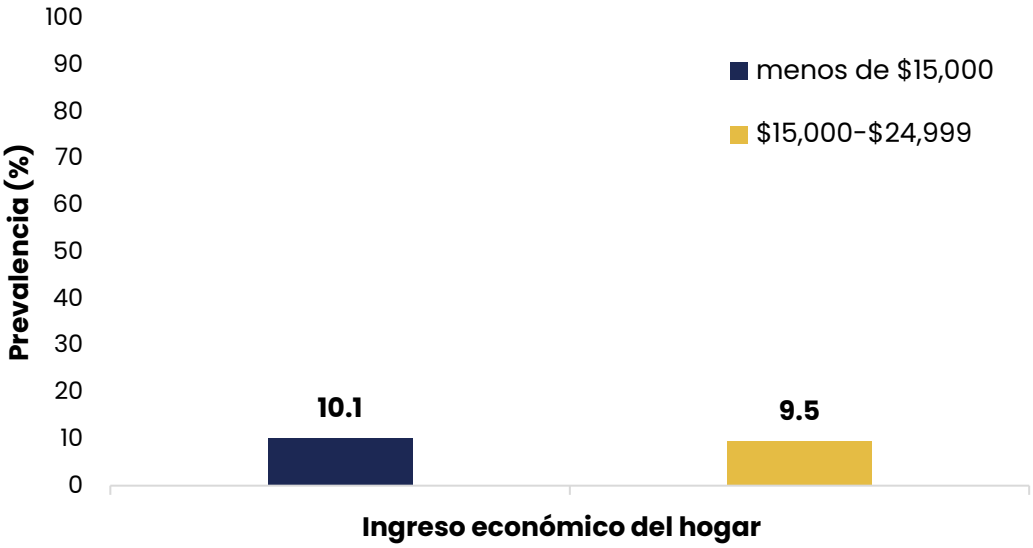


***Nota**. Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024). El GED, consiste en una serie de exámenes que permite que un individuo obtenga una certificación que demuestre que cumple con el nivel educativo equivalente a un diploma de escuela superior. La prevalencia del grupo de "Menos de escuela superior" no está disponible por insuficiencia de datos o presenta un tamaño de muestra (n<50) de participantes menor a la recomendación para el análisis de datos de la encuesta del BRFSS.*

Finalmente, la Figura 3.3.8 muestra las prevalencias de fumadores actuales de 18 años o más, por ingreso económico del hogar, en Puerto Rico durante el 2023. Este análisis refleja limitaciones de interpretación para la mayoría de las categorías de ingreso, porque sus tamaños de muestras fueron menores que la recomendación para el análisis de datos de la encuesta del BRFSS. Sin embargo, es posible estimar con mejor precisión las prevalencias de fumadores actuales con ingresos menores de $15,000 (10.1) y de fumadores actuales con ingresos entre $15,000 y $24,999 (9.5).

Figura 3.3.8

Prevalencia en personas de 18 años o más que reportaron ser fumadores actuales, por ingreso económico del hogar, en Puerto Rico, durante el 2023



Nota. *Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024). Las prevalencias para los grupos de ingreso de $ 25,000 en adelante no se presentan por insuficiencia de datos o un tamaño de muestra (n<50) de participantes menor a la recomendación para el análisis de datos de la encuesta del BRFSS.*

Inactividad física

Según los *Physical Activity Guidelines for Americans, 2nd Edition*, la inactividad física se refiere a cuando una persona no realiza ninguna actividad física, moderada o vigorosa, más allá de movimientos básicos del diario vivir (U.S. Department of Health and Human Services [HHS], 2018). El sistema BRFSS define la inactividad física como la condición de una persona que, durante el último mes, no ha participado en ninguna actividad física o ejercicio fuera de su trabajo habitual, incluyendo actividades como correr, practicar calistenia, jugar golf, realizar jardinería o caminar con fines de ejercicio (CDC, 2025b).

La Tabla 3.3.3, presenta las prevalencias ajustadas por edad de las personas de 18 años o más que reportaron inactividad física durante el periodo de 2013-2023

en Puerto Rico. Se puede observar que durante el año 2014 se reportó la prevalencia más baja de todo el período (39.7%), en comparación con en el resto de los años.

Tabla 3.3.3

Prevalencia ajustada por edad en personas de 18 años o más que reportaron inactividad física, en Puerto Rico, durante el periodo de tiempo de 2013 a 2023

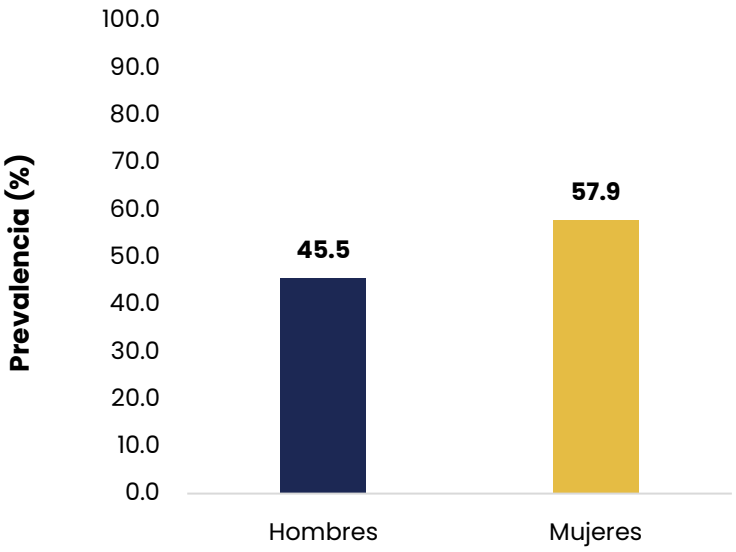
Año	Prevalencia ajustada [Intervalo de confianza]
2013	47.4% [45.7%-49.1%]
2014	39.7% [38.1%-41.3%]
2015	47.1% [45.4%-48.8%]
2016	41.1% [39.2%-42.9%]
2017	53.0% [51.0%-55.1%]
2018	46.4% [44.5%-48.3%]
2019	49.8% [48.1%-51.5%]
2020	44.5% [42.5%-46.6%]
2021	45.5% [43.3%-47.8%]
2022	42.2% [40.3%-44.2%]
2023	50.5% [48.4%-52.6%]

***Nota**. Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024). Las prevalencias son ajustadas por edad utilizando la población de EE. UU. 2000 como estándar.*

La Figura 3.3.9, presenta las prevalencias, por sexo, de personas de 18 años o más que reportaron inactividad física, en Puerto Rico durante el 2023. Se observó que las mujeres tuvieron mayor prevalencia de inactividad física (57.9%), en comparación con la prevalencia de inactividad física en hombres (45.5%).

Figura 3.3.9

Prevalencia de inactividad física en personas de 18 años o más, por sexo: Puerto Rico, 2023

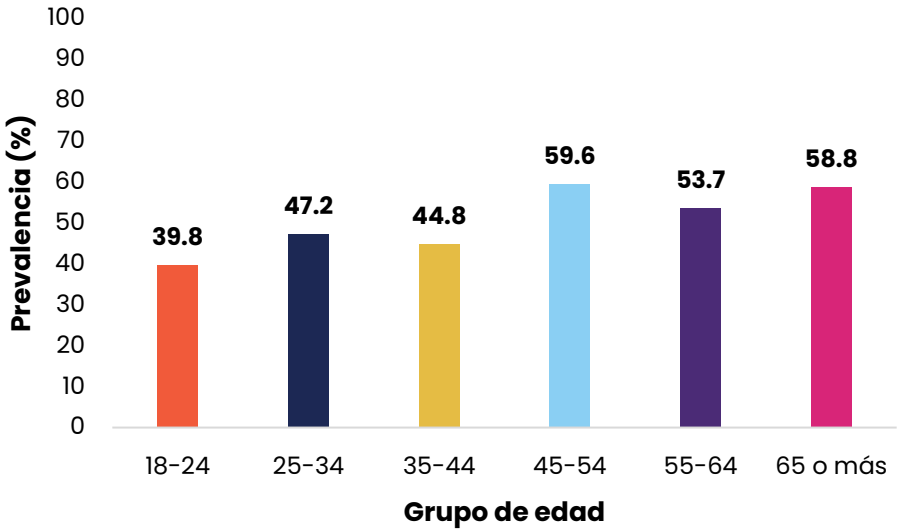


Nota. Los datos fueron obtenidos de la plataforma *Prevalence Data & Data Analysis* del *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) (2024).

En la Figura 3.3.10, se muestra las prevalencias de inactividad en personas de 18 años o más, por grupos de edad, en Puerto Rico durante el 2023. Los grupos de edad de 45 a 54 años y de 65 años o más presentan las prevalencias más altas de inactividad física cuando se comparan con las prevalencias de los demás grupos (59.6% y 58.8%, respectivamente). Mientras, el grupo de 18 a 24 años presentó la prevalencia más baja de inactividad física entre todos los grupos (39.8%). Además, se puede observar que las personas de 45 años en adelante presentan prevalencias más altas de inactividad física, en comparación con grupos de edades más jóvenes.

Figura 3.3.10

Prevalencia inactividad física en personas de 18 años o más, por grupos de edad: Puerto Rico, 2023

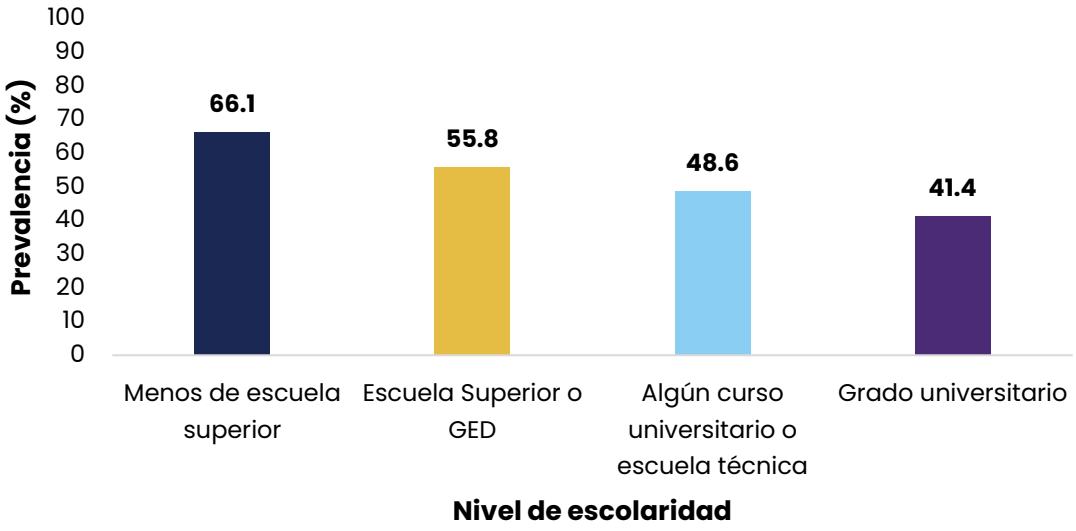


Nota. Los datos fueron obtenidos de la plataforma *Prevalence Data & Data Analysis* del *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) (2024).

La Figura 3.3.11 se muestra las prevalencias de inactividad física en personas de 18 años o más, por niveles de escolaridad, en Puerto Rico durante el 2023. En esta se observa, que las personas con nivel de escolaridad menores de escuela superior presentaron la prevalencia más alta de inactividad física (66.1%), en comparación con los demás grupos de nivel de escolaridad. Mientras, las personas con un grado universitario completado presentaron la prevalencia más baja (41.4%). Los datos sugieren una posible tendencia en la que, a mayor nivel educativo, se observa una menor prevalencia de inactividad física.

Figura 3.3.11

Prevalencia inactividad física en personas de 18 años o más, por niveles de escolaridad: Puerto Rico, 2023

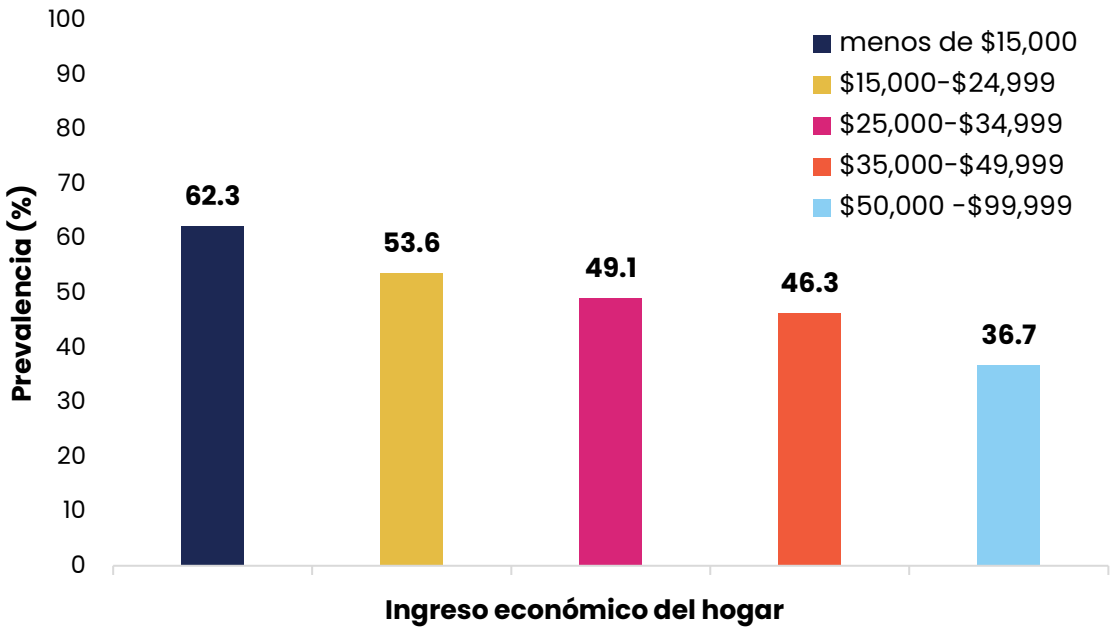


Nota. Los datos fueron obtenidos de la plataforma *Prevalence Data & Data Analysis* del *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS) (2024). El GED, consiste en una serie de exámenes que permite que un individuo obtenga una certificación que demuestre que cumple con el nivel educativo equivalente a un diploma de escuela superior.

Finalmente, la Figura 3.3.12 muestra las prevalencias de inactividad física, por ingreso económico del hogar, en Puerto Rico durante el 2023. Las personas con el ingreso económico de menos de $15,000 presentaron la prevalencia más alta (62.3%). De otro lado, las personas con el ingreso entre $50,000 y menos de $100,000 reportaron la menor prevalencia (36.7%). Los datos sugieren una posible tendencia en la que, a mayor ingreso económico del hogar, se observa una menor prevalencia de inactividad física. Cabe destacar que los grupos de ingresos de $100,000 a menos $200,000 y más de $200,000 no se incluyeron en las comparaciones, porque los tamaños de muestra de participantes de estos dos grupos fueron menores que la recomendación para el análisis de datos de la encuesta del BRFSS.

Figura 3.3.12

Prevalencia de inactividad física en personas de 18 años o más, por niveles de ingreso del hogar. Puerto Rico, 2023



***Nota**. Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024). Las prevalencias para los grupos de ingreso "$100,000 o más no se presentan por insuficiencia de datos o un tamaño de muestra (n<50) de participantes menor a la recomendación para el análisis de datos de la encuesta del BRFSS.*

Sobrepeso y obesidad

El índice de masa corporal (IMC) es una medida de la grasa corporal basada en el peso y estatura; este índice es una herramienta de evaluación y no de diagnóstico para la cantidad de la grasa corporal. Otras medidas relacionadas, como la circunferencia de la cintura, se utilizan para evaluar la salud de una persona y su riesgo de sobrepeso y obesidad (National Heart, Lung, and Blood Institute [NHLBI], 2022a). El IMC se calcula utilizando el peso en libras entre la estatura en pulgadas (fórmula: peso (libras) / [estatura (pulgadas)]^2 x 703) (CDC, 2025c). El BRFSS define el IMC para adultos mediante las siguientes categorías de peso estándar: bajo peso (menos de 18.5 IMC), normal (18.5 a menos 25 IMC), sobrepeso (25.0 a menos de 30

IMC) y obesidad (30 o más IMC) (CDC, 2024d). Existen varios factores que propician el aumento de peso en ciertas personas, tales como: estilo de vida, condiciones médicas, factores genéticos, uso de medicamentos, acceso a comida saludable y espacios para realizar ejercicios (NHLBI, 2023a). Tener sobrepeso y obesidad incrementa el riesgo de hipertensión, accidentes cerebrovasculares, enfermedades cardiovasculares, diabetes y ciertos tipos de cáncer (NHLBI, 2023a).

En la Tabla 3.3.4 se presentan las prevalencias ajustadas por edad de las personas de 18 años o más que se clasificaron en sobrepeso u obesidad durante el periodo de 2013-2023 en Puerto Rico. Al observar las prevalencias de sobrepeso, se presentó una fluctuación entre los años 2013 (38.3%) y 2023 (34.2%). Por otro lado, para obesidad, se observaron prevalencias que fueron de 27.8% para el 2013 a 36.2% para el 2023.

Tabla 3.3.4

Prevalencia ajustada por edad de sobrepeso y obesidad en personas de 18 años o más: Puerto Rico, 2013 a 2023

Año	Prevalencia ajustada [Intervalo de confianza]	
	Sobrepeso	***Obesidad***
2013	38.3% [36.6%-40.0%]	27.8% [26.2%-29.3%]
2014	37.0% [35.4%-38.6%]	28.0% [26.5%-29.6%]
2015	36.6% [35.0%-38.2%]	29.5% [27.9%-31.2%]
2016	35.2% [33.4%-36.9%]	30.5% [28.7%-32.3%]
2017	34.8% [32.8%-36.8%]	32.6% [30.6%-34.6%]
2018	35.7% [33.9%-37.5%]	33.1% [31.2%-35.0%]
2019	36.3% [34.7%-38.0%]	32.5% [30.9%-34.1%]
2020	35.6% [33.5%-37.7%]	31.3% [29.4%-33.2%]
2021	35.9% [33.7%-38.0%]	35.8% [33.7%-38.0%]
2022	35.8% [33.9%-37.7%]	34.5% [32.6%-36.4%]
2023	34.2% [32.1%-36.2%]	36.2% [34.1%-38.3%]

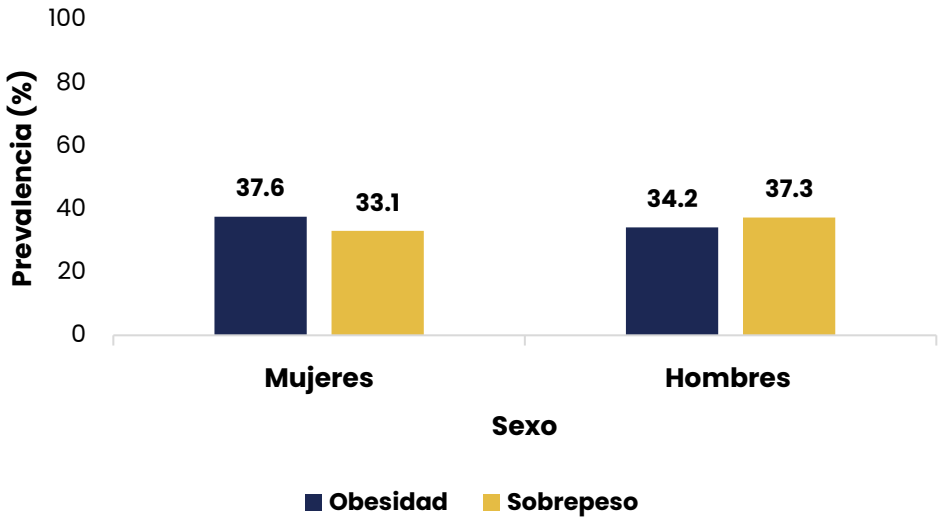
Nota. *Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024).* Las prevalencias son ajustadas por edad utilizando la población de EE. UU. 2000 como estándar.

La Figura 3.3.13, presenta las prevalencias, por sexo, de personas de 18 años o más clasificadas con sobrepeso u obesidad en Puerto Rico durante el 2023. En el caso de las mujeres, estas presentaron mayor prevalencia de obesidad (37.6%) que de sobrepeso (33.1%). De igual manera, los hombres presentaron prevalencias sobre el 30%, reportando un 37.3% de sobrepeso y un 34.2% de obesidad. Sin embargo, al comparar las prevalencias de sobrepeso y obesidad entre mujeres y hombres, las mujeres tuvieron una prevalencia mayor de obesidad en comparación con los

hombres; y los hombres tuvieron una prevalencia mayor de sobrepeso en comparación con las mujeres.

Figura 3.3.13

Prevalencias de sobrepeso y obesidad en personas de 18 años o más, por sexo: Puerto Rico, 2023

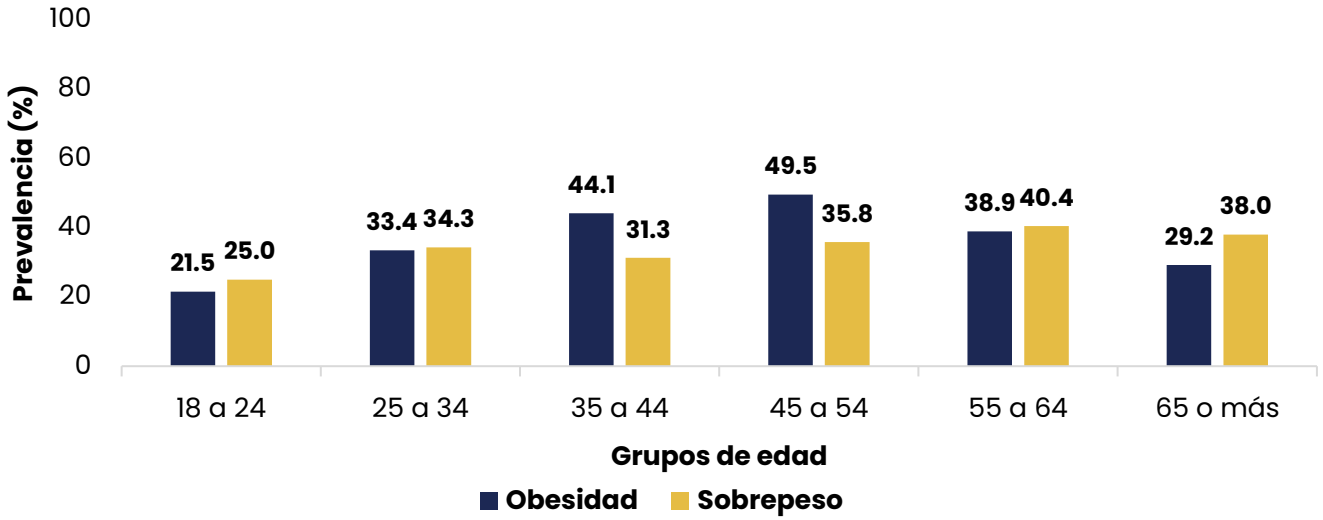


Nota. *Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024).*

En la Figura 3.3.14**,** se muestra las prevalencias de sobrepeso y obesidad en personas de 18 años o más, por grupos de edad, en Puerto Rico durante el 2023. En cuanto a sobrepeso, el grupo de 18 a 24 años reportó la prevalencia más baja entre todos los grupos (25.0%); mientras, el grupo de 55 a 64 años presentó la prevalencia más alta (40.4%), en comparación con los grupos de menor edad. En el caso de obesidad, el grupo de 18 a 24 años también reportó la prevalencia más baja entre todos los grupos (21.5%); mientras, el grupo de 45 a 54 (49.5%) años reportó la prevalencia más alta.

Figura 3.3.14

Prevalencias de sobrepeso y obesidad en personas de 18 años o más, por grupos de edad: Puerto Rico, 2023

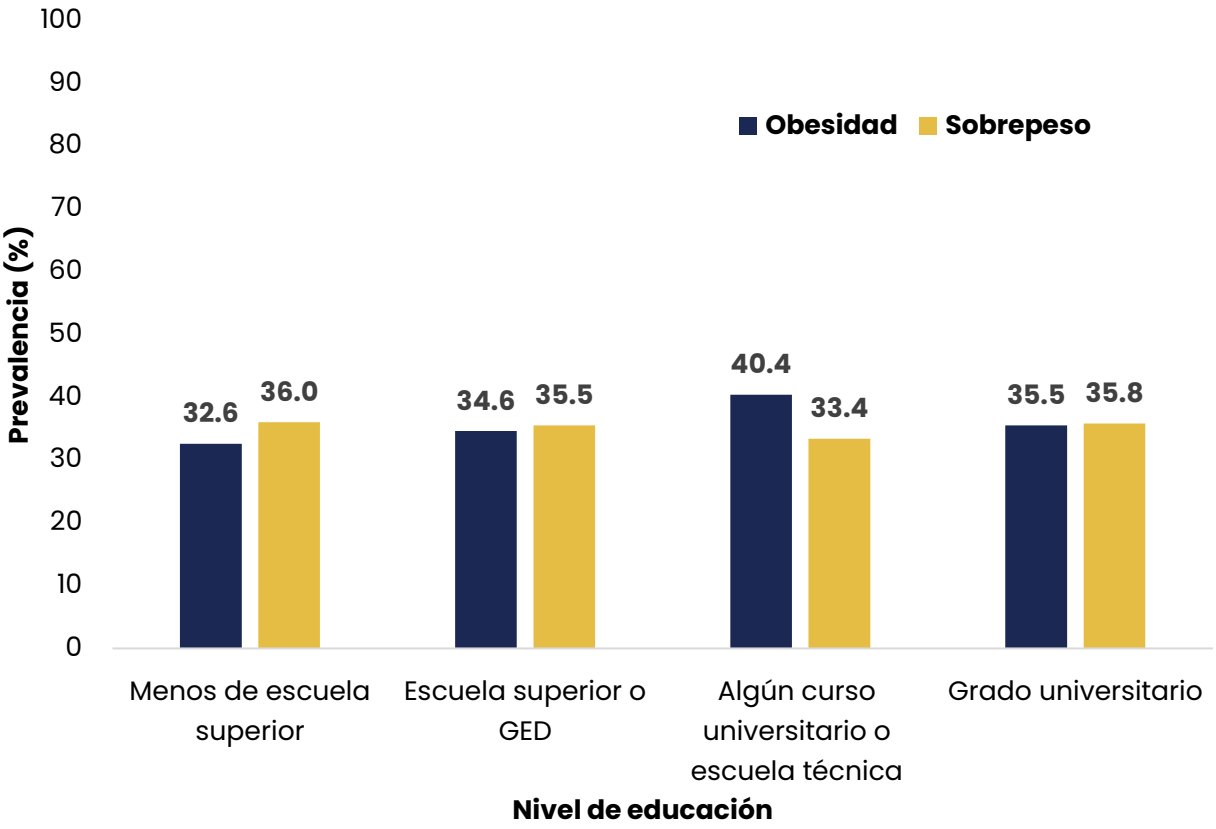


Nota. *Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024).*

La Figura 3.3.15 se presentan las prevalencias de sobrepeso y obesidad en personas de 18 años o más, por niveles de escolaridad, en Puerto Rico durante el 2023. Las personas con el nivel de escolaridad de algún curso universitario o técnico tuvieron la prevalencia más alta de obesidad, en comparación con los demás niveles de escolaridad (40.4%). Entre el resto de los grupos de escolaridad, las prevalencias de obesidad fluctuaron entre 32.6% y 35.8%.

Figura 3.3.15

Prevalencias de sobrepeso y obesidad en personas de 18 años o más, por niveles de escolaridad: Puerto Rico, 2023



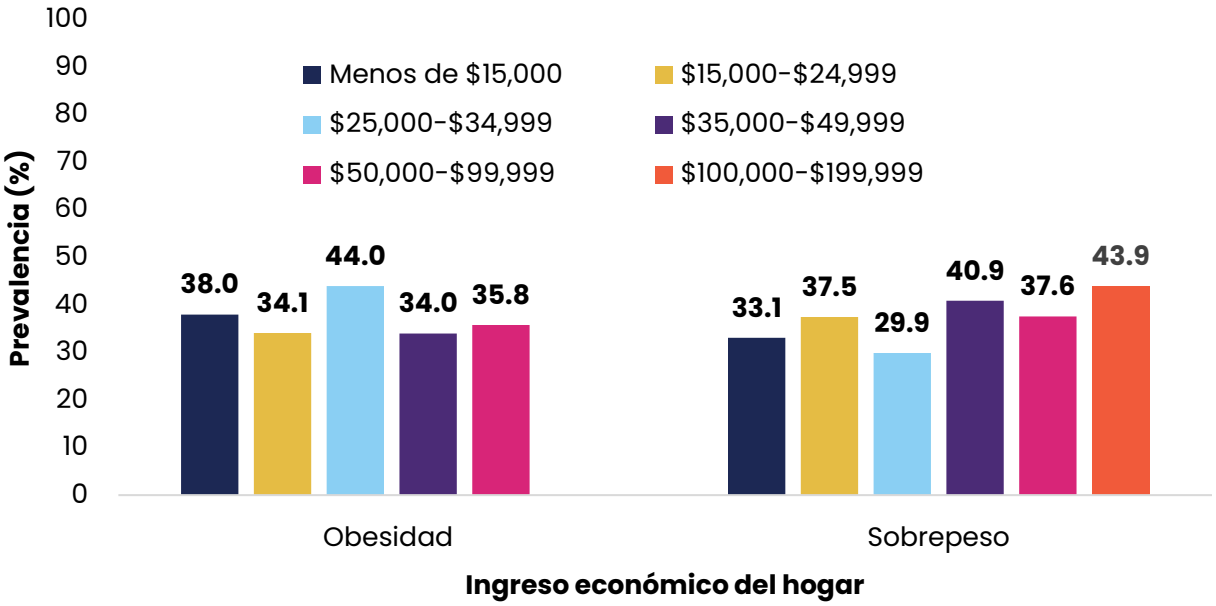
Nota. *Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024).* El GED, consiste en una serie de exámenes que permite que un individuo obtenga una certificación que demuestre que cumple con el nivel de escolaridad equivalente a un diploma de escuela superior.

La Figura 3.3.16, muestra las prevalencias de sobrepeso y obesidad, por ingreso económico del hogar, en Puerto Rico durante el 2023. Para el indicador de sobrepeso, el grupo de $25,000 a menos de $34,999 presentó la prevalencia más baja (29.9%). Por otra parte, el grupo de $100,000 - $199,000 reportó la prevalencia más alta (43.9%). Para obesidad, el grupo de ingreso de $25,000 a menos de $34,999 (44.0%) presentó la prevalencia más alta en comparación con el resto de los grupos de ingreso. El resto de los grupos presentaron prevalencias que variaron entre 34.0% y 38.0%.

Cabe destacar que los grupos de ingreso de $100,000 a menos de $200,000 y de $200,000 o más no se incluyeron en este análisis por tener tamaños de muestra menores a los recomendados por la metodología de BRFSS.

Figura 3.3.16

Prevalencias de sobrepeso y obesidad en personas de 18 años o más, por niveles de ingreso del hogar. Puerto Rico, 2023



***Nota**. Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024). Las prevalencias de Obesidad para los grupos de ingreso "$100,000 o más, al igual que la prevalencia de sobrepeso del grupo de $200,000 o más, no se presentan por insuficiencia de datos o un tamaño de muestra (n<50) de participantes menor a la recomendación para el análisis de datos de la encuesta del BRFSS*

Prevalencia de enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas se definen como condiciones que duran tres meses o más y traen consigo consecuencias a largo plazo en la salud que requieren cuidados y tratamientos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.f.). Dichas condiciones crónicas son responsables del 74% de todas las muertes en el mundo y se concentran mayormente en países de ingreso mediano bajo (OMS, 2025a). A su vez, el consumo de tabaco, la inactividad física, el consumo excesivo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad son los factores de mayor riesgo de fallecer por una enfermedad crónica (OMS, 2025a).

Artritis

La artritis es una condición que causa inflamación de las articulaciones y puede provocar rigidez y dolor (*National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases* [NIAMS], 2022). En algunos casos, también puede afectar órganos como los ojos, el corazón o la piel (NIAMS, 2022). En la encuesta del BRFSS, la presencia se artritis se recopila preguntando a los participantes si alguna vez un médico, personal de enfermería u otro profesional de la salud les ha dicho que tenían le ha dicho que tuvieron o tienen alguna forma de artritis, artritis reumatoide, gota, lupus o fibromialgia (CDC, 2019; CDC, 2022e). Además, como parte de la clasificación de artritis, a los participantes se les menciona otra lista, la cual incluye: reumatismo, polimialgia reumática; osteoartritis (y osteoporosis); tendinitis, bursitis, sobrehuesos en el pie, codo de tenista; síndrome del túnel carpiano, síndrome del túnel tarsiano; infección articular, etc. (CDC, 2019; CDC, 2024e).

En la Tabla 3.3.5 se presentan las prevalencias ajustadas por edad de las personas de 18 años o más que reportaron tener alguna forma de artritis, durante el

periodo de 2013-2023 en Puerto Rico. Para este periodo de tiempo, se pueden observar prevalencias aproximadamente similares.

Tabla 3.3.5

Prevalencia ajustada por edad de personas de 18 años o más que reportaron tener alguna forma de artritis: Puerto Rico, 2013 a 2023

Año	Prevalencia ajustada [Intervalo de confianza]
2013	21.5% [20.4%-22.6%]
2014	22.4% [21.3%-23.5%]
2015	20.6% [19.5%-21.7%]
2016	21.6% [20.3%-22.8%]
2017	19.1% [17.7%-20.4%]
2018	21.1% [20.0%-22.3%]
2019	18.3% [17.3%-19.3%]
2020	20.8% [19.0%-22.6%]
2021	18.2% [16.7%-19.6%] *
2022	22.2% [20.9%-23.4%]
2023	21.6% [20.1%-23.0%]

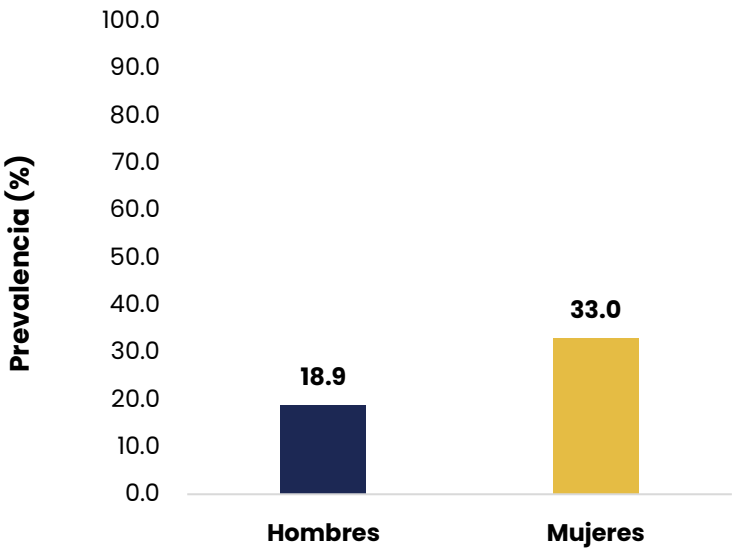
Nota. *Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024*). Las prevalencias son ajustadas por edad utilizando la población de EE. UU. 2000 como estándar. (*) La prevalencia del 2021 no es totalmente comparable con el resto de los años, porque a la pregunta se le añadieron las condiciones de Síndrome de Reiter y espondilitis anquilosante. Esto implica mayor precisión en la estimación de prevalencia de tipos de artritis para el 2021, pero limita comparaciones con las definiciones antes y después de 2021.

Algunos tipos de artritis son más propensos a afectar a los hombres, mientras que otros son más comunes en mujeres (CDC, 2024g). Las mujeres tienen una mayor probabilidad de desarrollar osteoartritis, artritis reumatoide y fibromialgia, mientras que los hombres presentan una mayor predisposición a desarrollar gota (CDC, 2024g). La Figura 3.3.17 muestra las prevalencias, por sexo, de personas de 18 años o

más que reportaron tener alguna forma de artritis, en Puerto Rico durante el 2023. A partir del análisis, se identificó que las mujeres reportaron una prevalencia más alta de alguna forma de artritis (33.0%), en comparación con los hombres (18.9%).

Figura 3.3.17

Prevalencia de personas de 18 años o más que reportaron tener alguna forma de artritis, por sexo: Puerto Rico en 2023



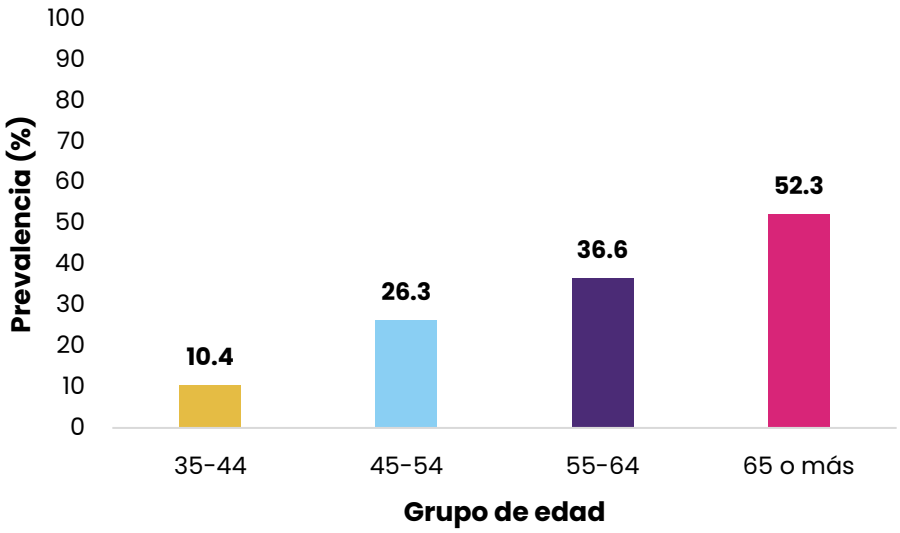
Nota. *Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024).*

La artritis puede presentarse a cualquier edad, pero el riesgo de desarrollarla aumenta a medida que envejecemos (CDC, 2024g). Esta afecta las articulaciones y provoca pérdida de masa muscular, lo que es esencial para mantener la estabilidad del cuerpo (CDC, 2024g). En la Figura 3.3.18 se muestra prevalencias, por grupos de edad, de personas de 18 años o más que reportaron tener alguna forma de artritis, en Puerto Rico durante el 2023. El grupo con la prevalencia más baja fue el de 35 a 44 años (10.4%), y el grupo con la prevalencia más alta fue el de 65 años o más (52.3%).

Los datos reportados sugieren una posible tendencia creciente: a mayor edad, mayor probabilidad de tener alguna forma de artritis. Cabe destacar que los grupos de 18 a 24 y 25 a 34 años no se incluyeron en este análisis por tener tamaños de muestra menores a los recomendados por la metodología de BRFSS.

Figura 3.3.18

Prevalencia de personas de 18 años o más que reportaron tener alguna forma de artritis, por grupos de edad: Puerto Rico, 2023

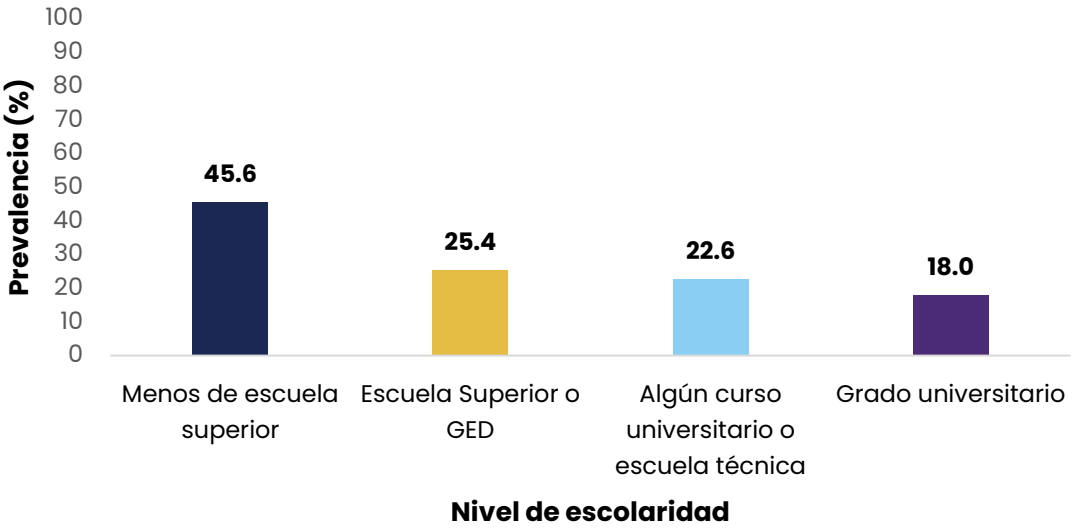


Nota. *Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024)*. La prevalencia para los grupos de edad de 18 a 24 años y 25 a 34 años no están disponibles por insuficiencia de datos o tamaño de muestra menor (n<50) a la recomendación del BRFSS.

En la Figura 3.3.19 se presentan las prevalencias, por niveles de escolaridad, de personas de 18 años o más que reportaron tener alguna forma de artritis, en Puerto Rico durante el 2023. Las personas con nivel de escolaridad menores de escuela superior representaron el grupo con la prevalencia más alta de artritis en comparación con el resto (45.6%). Por otro lado, las personas con grado universitario completado representaron el grupo con la prevalencia más baja (18.0%).

Figura 3.3.19

Prevalencia de personas de 18 años o más que reportaron tener alguna forma de artritis, por niveles de escolaridad: Puerto Rico, 2023

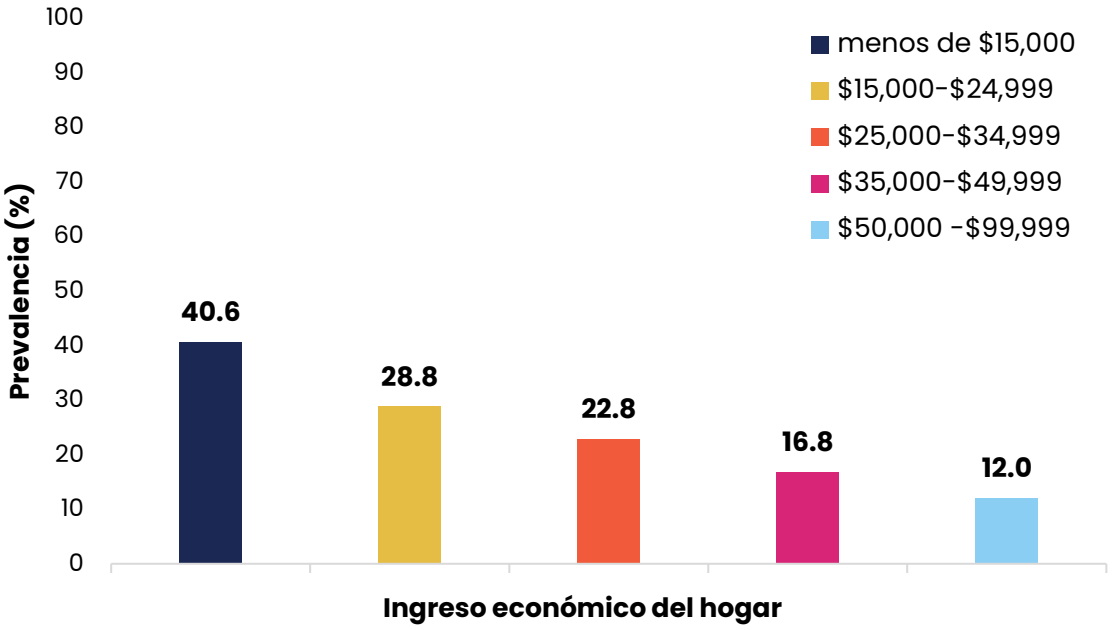


***Nota**. Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024). El GED, consiste en una serie de exámenes que permite que un individuo obtenga una certificación que demuestre que cumple con el nivel de escolaridad equivalente a un diploma de escuela superior.*

La Figura 3.3.20 muestra las prevalencias, por ingreso económico del hogar, de personas de 18 años o más que reportaron tener alguna forma de artritis, en Puerto Rico durante el 2023. Las personas con ingreso de menos de $15,000 presentaron la prevalencia más alta de artritis (40.6%). Mientras, las personas con ingresos entre $50,000 y menos de $100,000 reportaron la prevalencia más baja en comparación con los demás grupos (12.0%). En este análisis, también se observa que a medida que el ingreso económico del hogar va aumentando, la prevalencia de artritis va disminuyendo. Cabe destacar que los grupos de ingreso de $100,000 a menos de $200,000 y de $200,000 o más no se incluyeron en este análisis por tener tamaños de muestra menores a los recomendados por la metodología de BRFSS.

Figura 3.3.20

Prevalencia de personas de 18 años o más que reportaron tener alguna forma de artritis, por ingreso económico del hogar, en Puerto Rico, durante el 2023



Nota. Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024). Las prevalencias para los grupos de ingreso $100,000 o más no se presentan por insuficiencia de datos o un tamaño de muestra (n<50) de participantes menor a la recomendación para el análisis de datos de la encuesta del BRFSS.

Asma

Según el *Asthma and Allergy Foundation of America* (2025), el asma se define como una enfermedad crónica que causa inflamación e hinchazón de las vías respiratorias. Por otro lado, la OMS (2024) indica que los síntomas más comunes de asma son: tos persistente, sonido agudo al respirar, dificultad respiratoria y presión en el pecho que no permite respirar profundamente. Para poder determinar si una persona padece de asma se requiere realizar una evaluación médica o una espirometría, que es una prueba de función pulmonar (CDC, 2024f). En la encuesta del BRFSS, la presencia de asma actual se recopila preguntando a los participantes si

alguna vez un médico, personal de enfermería u otro profesional de la salud les ha dicho que tenían asma y si tienen asma actualmente (CDC, 2024e).

En la Tabla 3.3.6, se presentan las prevalencias ajustadas por edad en personas de 18 años o más que se clasificaron con asma actual. Se puede observar la prevalencia más alta para el año 2023 (14.1%).

Tabla 3.3.6

Prevalencia ajustada por edad de personas de 18 años o más que se clasificaron con asma actual: Puerto Rico, 2013 a 2023

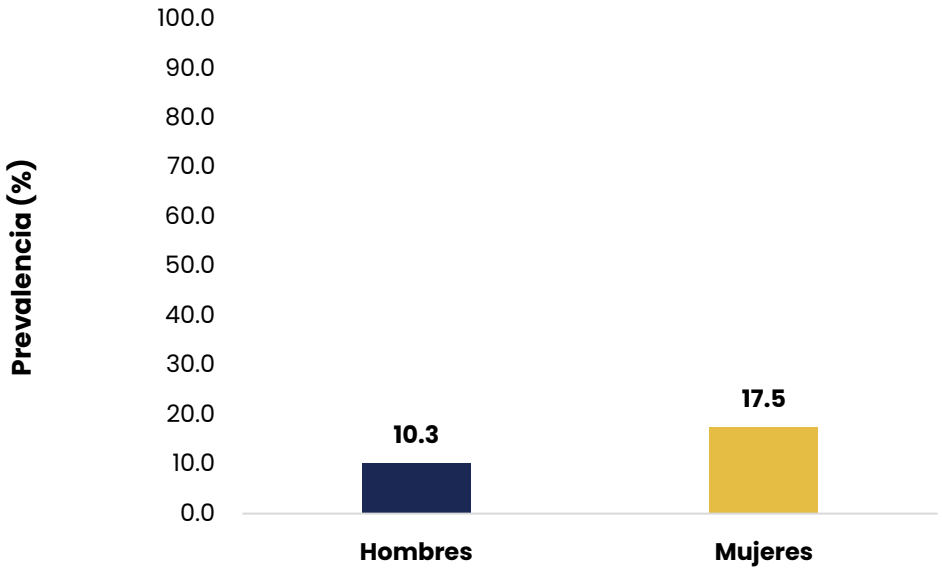
Año	Prevalencia ajustada [Intervalo de confianza]
2013	10.3% [9.2%-11.4%]
2014	10.6% [9.6%-11.7%]
2015	10.2% [9.2%-11.2%]
2016	10.7% [9.4%-11.9%]
2017	12.2% [10.9%-13.5%]
2018	11.1% [10.0%-12.3%]
2019	10.5% [9.6%-11.5%]
2020	10.3% [8.8%-11.7%]
2021	11.4% [10.0%-12.7%]
2022	12.0% [10.8%-13.3%]
2023	14.1% [12.6%-15.7%]

Nota. *Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024).* Las prevalencias son ajustadas por edad utilizando la población de EE. UU. 2000 como estándar.

La Figura 3.3.21 muestra la prevalencia, por sexo, de personas de 18 años o más que se clasificaron con asma actual, en Puerto Rico durante el 2023. Las mujeres presentaron mayor prevalencia de asma actual (17.5%), en comparación con la prevalencia de asma actual en hombres (10.3%).

Figura 3.3.21

Prevalencia de personas de 18 años o más que se clasificaron con asma actual, por sexo: Puerto Rico, 2023

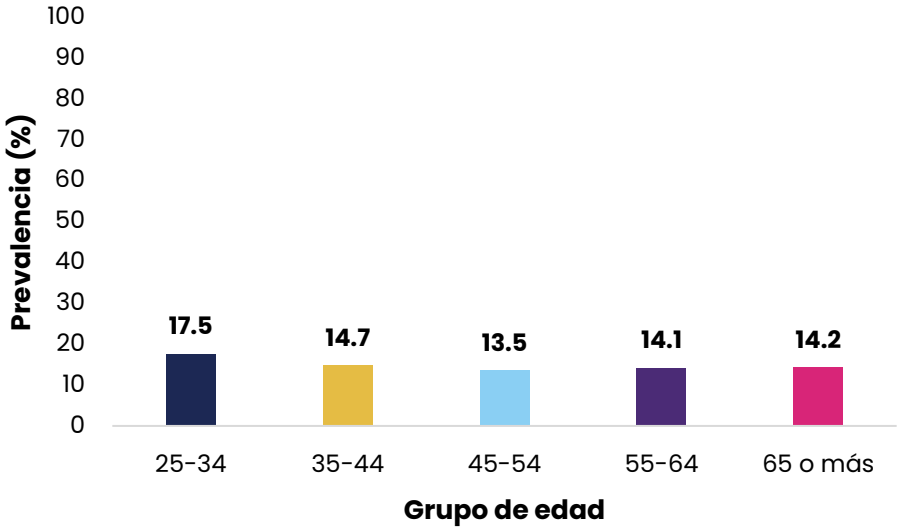


Nota. *Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024).*

En la Figura 3.3.22 se muestra la prevalencia, por grupos de edad, de personas de 18 años o más que se clasificaron con asma actual, en Puerto Rico durante el 2023. La prevalencia de asma actual es mayor en el grupo de 25 a 34 años (17.5%), en comparación con los otros grupos de edad. El grupo de edad de 45-54 presentó la menor prevalencia (13.5%).

Figura 3.3.22

Prevalencia de personas de 18 años o más que se clasificaron con asma actual, por grupos de edad: Puerto Rico, 2023

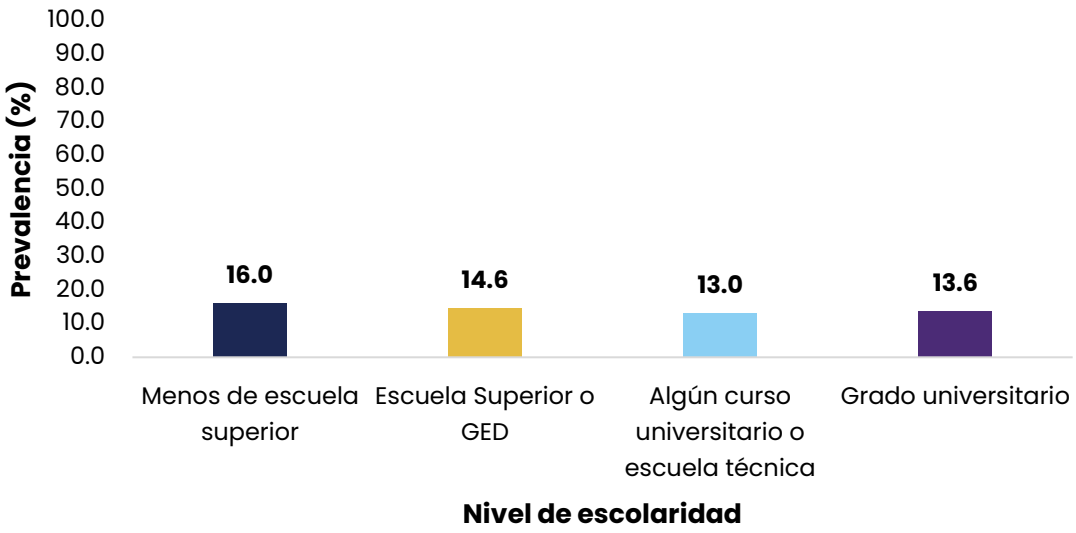


***Nota**. Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024). La prevalencia para el grupo de edad de 18 a 24 años* no está disponible por insuficiencia de datos o tamaño de muestra menor (n<50) a la recomendación del BRFSS.

En la Figura 3.3.23 se muestra la prevalencia por niveles de escolaridad, de personas de 18 años o más que se clasificaron con asma actual, en Puerto Rico durante el 2023. Se observa una prevalencia mayor para las personas que reportaron tener menos de escuela superior (16.0%). Para el resto de los niveles de escolaridad, las prevalencias son aproximadamente similares entre sí.

Figura 3.3.23

Prevalencia de personas de 18 años o más que reportaron tener alguna forma de asma, por niveles de escolaridad: Puerto Rico, 2023



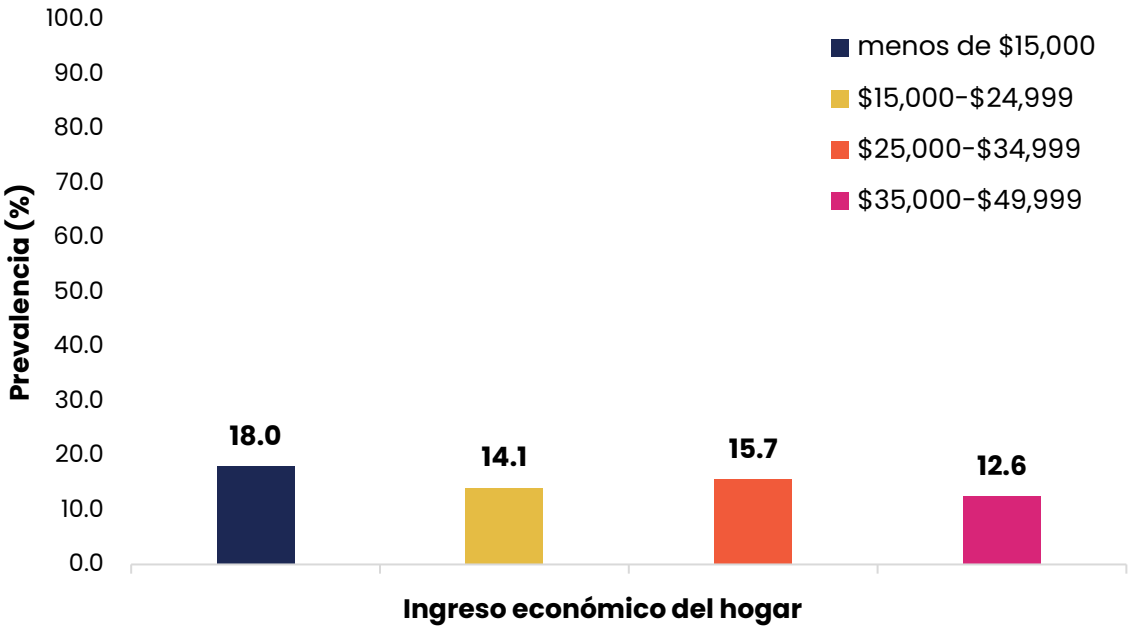
***Nota**. Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024). El GED, consiste en una serie de exámenes que permite que un individuo obtenga una certificación que demuestre que cumple con el nivel de escolaridad equivalente a un diploma de escuela superior.*

En la Figura 3.3.24 se presenta la prevalencia, por ingreso económico del hogar, de personas de 18 años o más que se clasificaron con asma actual, en Puerto Rico durante el 2023. La prevalencia de asma actual fue mayor en el grupo de ingreso de menos de $15,000 (18.0%), en comparación con los grupos de $15,000 a menos de

$25,000 (14.1%) y $35,000 a menos de $50,000 (12.6%). Debido a que los otros tres grupos de ingresos de $50,000 en adelante tienen tamaños de muestra menores a la recomendación de metodología de BRFSS, no se incluyeron en estas interpretaciones.

Figura 3.3.24

Prevalencia en personas de 18 años o más que reportaron que tienen actualmente asma, por ingreso económico del hogar, en Puerto Rico, durante el 2023



***Nota**. Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024).* Las prevalencias para los tres grupos del ingreso económico del hogar de $50,000 o más no están disponible por insuficiencia de datos o *el tamaño de muestra (n<50) es menor a la recomendación del BRFSS.*

Diabetes

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que ocurre cuando la glucosa o azúcar en sangre se presenta en niveles muy altos. Dicha glucosa trabaja como la fuente principal de energía para el cuerpo (*National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases* [NIDDK], 2023). En consecuencia, las personas que tienen diabetes no producen insulina, no produce lo suficiente o no la usa correctamente provocando que la glucosa permanezca en la sangre y no pueda entrar en las células para funcionar como fuente de energía (NIDDK, 2023). En la encuesta del BRFSS, la presencia de diabetes se recopila preguntando a los participantes si alguna vez un médico, personal de enfermería u otro profesional de la salud les ha dicho que tenían o tienen diabetes (CDC, 2024e. De esta definición de casos, se excluyen las mujeres que indicaron tener diabetes gestacional (diabetes durante algún embarazo) y personas con prediabetes (con características y niveles elevado de azúcar en sangre, pero no aún no como diabetes) (CDC, 2024e).

En la Tabla 3.3.7 se presenta la prevalencia ajustada de aquellas personas de 18 años o más que reportan tener diabetes durante el periodo de 2013-2023 en Puerto Rico. Las prevalencias para este periodo de tiempo fluctuaron entre 13.2% y 16.0%.

Tabla 3.3.7

Prevalencia ajustada por edad de personas de 18 años o más que reportaron tener diabetes: Puerto Rico, 2013 a 2023.

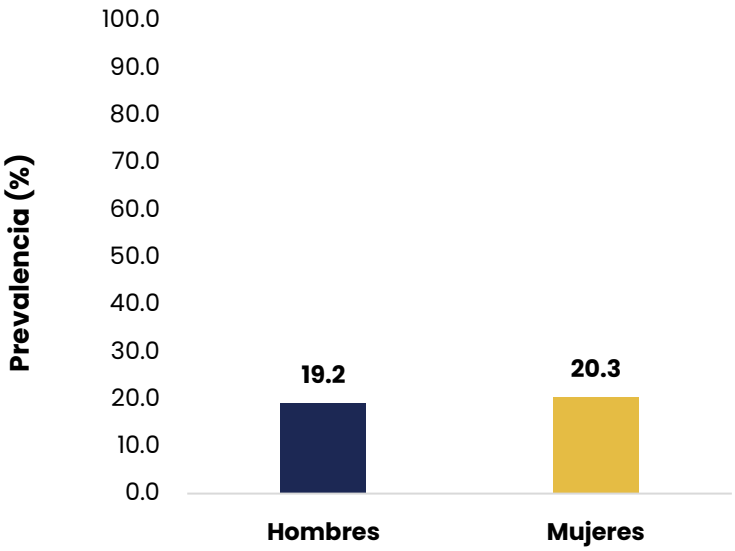
Año	Prevalencia ajustada [Intervalo de confianza]
2013	13.7% [12.8%-14.7%]
2014	14.2% [13.3%-15.1%]
2015	14.7% [13.8%-15.7%]
2016	13.7% [12.7%-14.8%]
2017	15.0% [13.8%-16.1%]
2018	13.2% [12.2%-14.1%]
2019	14.4% [13.4%-15.4%]
2020	13.3% [11.9%-14.7%]
2021	14.4 % [13.0%-15.7%]
2022	14.9% [13.8%-16.0%]
2023	16.0% [14.6%-17.3%]

Nota. *Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024)* La prevalencias son ajustadas por edad utilizando la población de EE. UU. 2000 como estándar.

La Figura 3.3.25 presenta la prevalencia, por sexo, de personas de 18 años o más que reportaron tener diabetes, en Puerto Rico durante el 2023. Las prevalencias entre mujeres y hombres fueron aproximadamente similares (20.3% y 19.2%, respectivamente).

Figura 3.3.25

Prevalencia de personas de 18 años o más que reportaron tener diabetes, por sexo: Puerto Rico, 2023

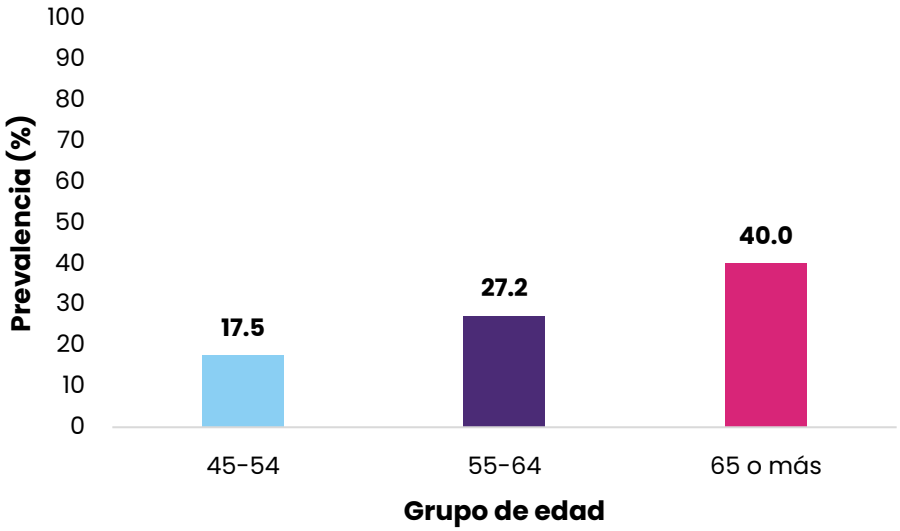


***Nota**. Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024).*

En la Figura 3.3.26, se muestra la prevalencia, por grupos de edad, de personas de 18 años o más que reportaron tener diabetes, en Puerto Rico durante el 2023. El grupo con la prevalencia más baja fue el de 45 a 54 años (17.5%), y el grupo con la prevalencia más alta fue el de 65 años o más (40.0%). Las prevalencias estimadas por estos grupos de edades sugieren una posible tendencia creciente a partir de los 45 años, en la que, a mayor edad, mayor probabilidad de tener diabetes. Los tres grupos de edad menores de 45 años no se incluyeron en estas interpretaciones, debido a que los tamaños de muestras fueron menores que las recomendaciones de metodología de análisis de datos del BRFSS.

Figura 3.3.26

Prevalencia en personas de 18 años o más que reportaron tener diabetes, por grupos de edad: Puerto Rico, 2023

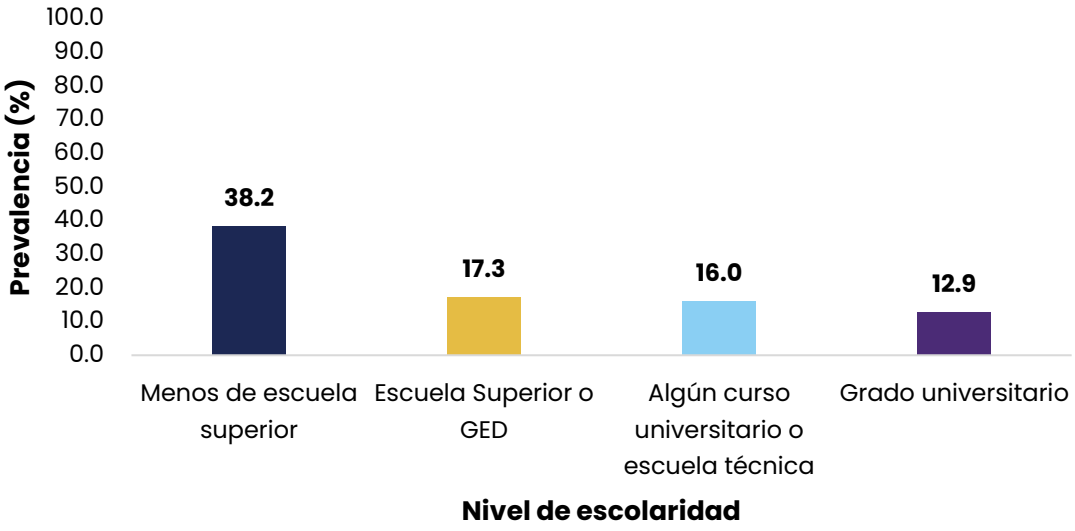


***Nota**. Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024).* La prevalencia para los grupos de edad de 18 a 24, 25 a 34 y 35 a 44 años no están disponible por insuficiencia de datos o *el tamaño de muestra (n<50) es menor a la recomendación del BRFSS.*

La Figura 3.3.27 presenta la prevalencia, por niveles de escolaridad, de personas de 18 años o más que reportaron tener diabetes, en Puerto Rico durante el 2023. Las personas con niveles de escolaridad menos de escuela superior reportaron la prevalencia más alta al comparar con el resto de los grupos (38.2%). Mientras, las personas con niveles de escolaridad de grado universitario completado presentaron la prevalencia más baja (12.9%).

Figura 3.3.27

Prevalencia en personas de 18 años o más que reportaron tener diabetes, por niveles de escolaridad: Puerto Rico, 2023

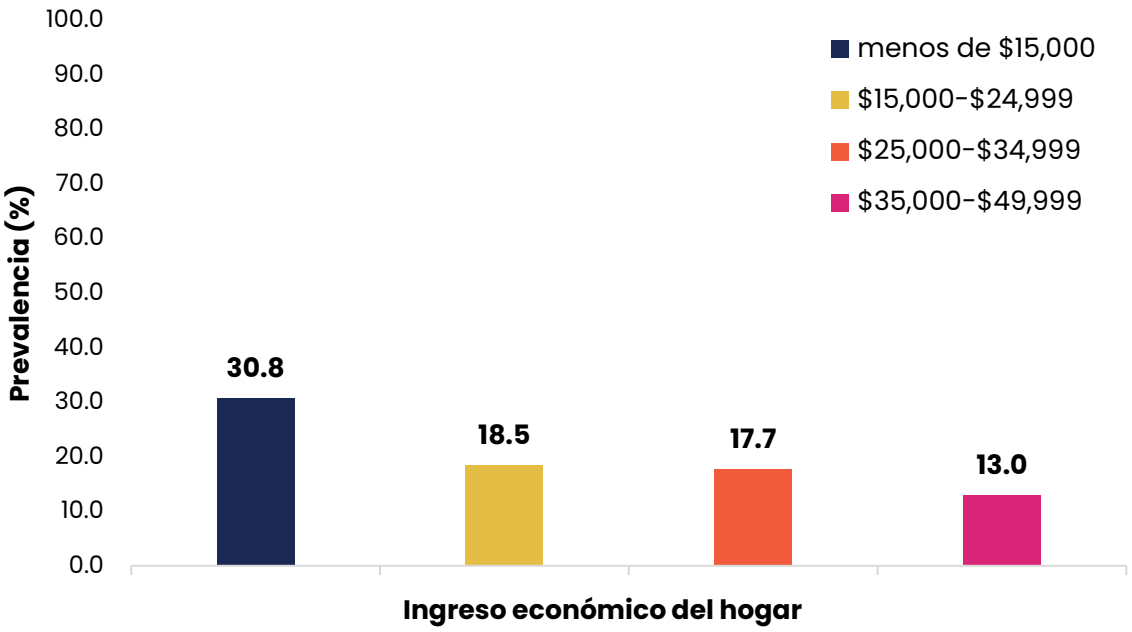


***Nota**. Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024).* El GED, consiste en una serie de exámenes que permite que un individuo obtenga una certificación que demuestre que cumple con el nivel educativo equivalente a un diploma de escuela superior.

La Figura 3.3.28 muestra la prevalencia, por ingreso económico del hogar, de personas de 18 años o más que reportaron tener diabetes, en Puerto Rico durante el 2023. Las personas con ingresos menores de $15,000 representaron la prevalencia más alta de diabetes en comparación con los otros grupos de edad (30.8%). Por otro lado, el grupo de $35,000 a menos de $50,000 representó la prevalencia más baja (13.0%). Los grupos de ingresos mayores de $50,000 no se incluyeron porque no tienen tamaños de muestra suficiente según la recomendación de metodología para análisis de datos del BRFSS.

Figura 3.3.28

Prevalencia de personas de 18 años o más que reportaron tener diabetes, por niveles de ingreso del hogar. Puerto Rico, 2023



***Nota**. Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024).* La prevalencia para los grupos del ingreso económico del hogar de $50,000 en adelante no están disponible por insuficiencia de datos o *el tamaño de muestra (n<50) es menor a la recomendación del BRFSS.*

Enfermedad coronaria y/o infarto al miocardio

La enfermedad coronaria ocurre cuando la acumulación de grasa y la formación de placas en las arterias produce una obstrucción en estas, limitando la distribución de sangre y oxígeno al corazón (NHLBI, 2022b). Por tanto, causa dolores de pecho y dificultad respiratoria durante la práctica de actividad física, e incluso infartos al miocardio (NHLBI, 2022c). El infarto al miocardio surge cuando el flujo de sangre se bloquea repentinamente, provocando que el corazón no reciba suficiente oxígeno (NHLBI, 2022c). Los factores de riesgo modificables y no modificables que aumentan el padecimiento de enfermedad coronaria son: los antecedentes familiares, el envejecimiento, el estilo de vida, la mala nutrición, el consumo de tabaco

y alcohol, la hipertensión, el colesterol elevado, la diabetes, la inactividad física y la obesidad (CDC, 2024g).

En la encuesta del BRFSS, la presencia de enfermedad coronaria y/o infarto al miocardio se clasifica uniendo las respuestas recibidas en dos preguntas. La primera, si alguna vez un médico, especialista en enfermería u otro profesional de la salud le ha dicho al participante que tuvo o tiene enfermedad coronaria (CDC 2024e). La segunda, si alguna vez un médico, especialista en enfermería u otro profesional de la salud le ha dicho al participante que tuvo o tiene un infarto al miocardio (CDC 2024e). Si un participante respondió que sí a una o ambas preguntas, se reclasificó como persona con enfermedad coronaria y/o infarto al miocardio (CDC 2024e). Esta reclasificación está disponible a partir del año 2015.

En la Tabla 3.3.12, se presentan las prevalencias ajustadas por edad de las personas de 18 años o más que se clasificaron con enfermedad coronaria y/o infarto al miocardio, durante el periodo de 2013-2023 en Puerto Rico. Para este periodo de tiempo se puede observar que las prevalencias ajustadas por edad de enfermedad coronaria y/o infarto al miocardio se mantuvieron aproximadamente similares, fluctuando con estimaciones entre 7.4% y 9.0%.

Tabla 3.3.12

Prevalencia ajustada por edad de personas de 18 años o más que se clasificaron con enfermedad coronaria o infarto al miocardio: Puerto Rico, 2013 a 2023

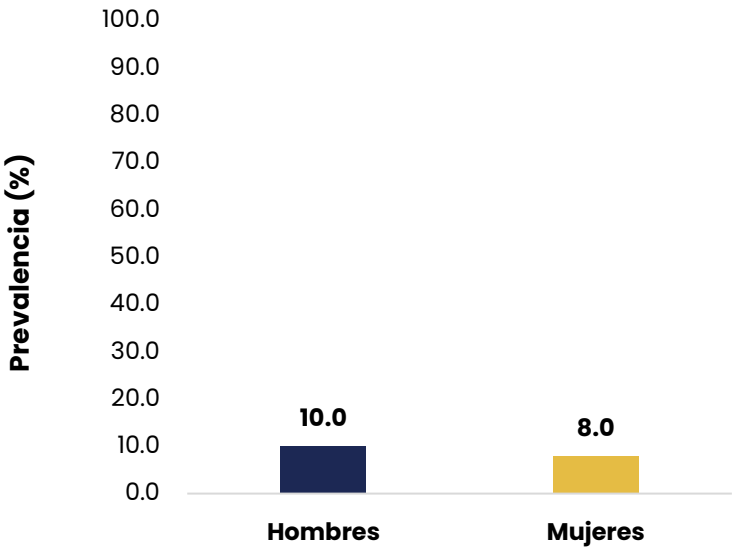
Año	Prevalencia ajustada [Intervalo de confianza]
2015	8.5% [7.7%-9.3%]
2017	9.0% [7.9%-10.1%]
2019	8.7% [7.8%-9.5%]
2020	7.4% [6.2%-8.6%]
2021	7.3% [6.4%-8.3%]
2022	7.2% [6.3%-8.0%]
2023	7.4% [6.4%-8.4%]

Nota. *Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024).* La prevalencia ajustada por edad para los años 2013, 2014, 2016 y 2018 no están disponibles por insuficiencia de datos. Las prevalencias son ajustadas por edad utilizando la población de EE. UU. 2000 como estándar.

En la Figura 3.3.45, se muestra la prevalencia, por sexo, de personas de 18 años o más que se clasificaron con enfermedad coronaria y/o infarto al miocardio, en Puerto Rico durante el 2023. Se identificó que los hombres presentaron mayor prevalencia de enfermedad coronaria y/o infarto al miocardio (10.0%), en comparación con las mujeres (8.0%).

Figura 3.3.45

Prevalencia de personas de 18 años o más que se clasificaron con enfermedad coronaria y/o infarto al miocardio, por sexo: Puerto Rico, 2023

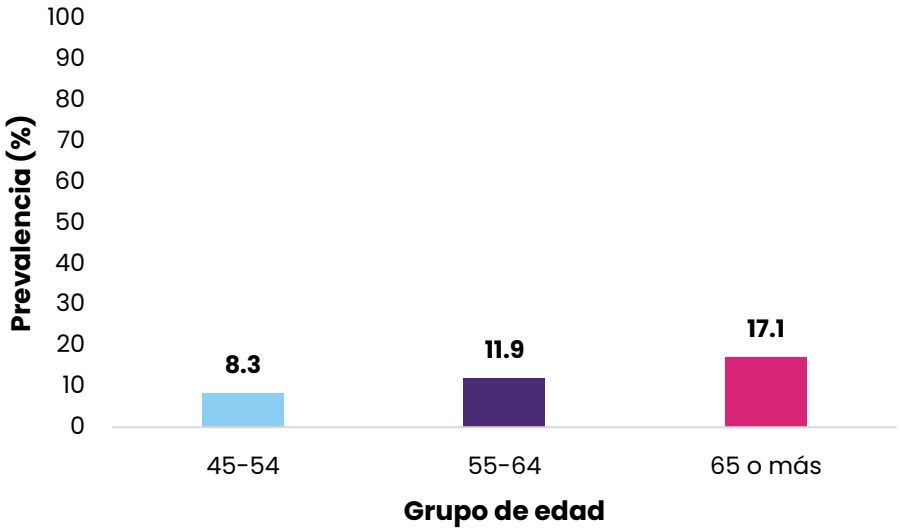


Nota. *Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024).*

La Figura 3.3.46, muestra la prevalencia por grupos de edad, de personas de 18 años o más que se clasificaron con enfermedad coronaria y/o infarto al miocardio, en Puerto Rico durante el 2023. El grupo de edad con la prevalencia más alta de enfermedad coronaria y/o infarto al miocardio fue el de 65 años (17.1%), en comparación con los otros dos grupos de edad elegibles para comparaciones: 45 a 54 años (8.3%) y 55 a 64 años (11.9%). La prevalencia de enfermedad coronaria y/o infarto al miocardio más baja se reportó en el grupo de 45-64 años. Estas estimaciones sugieren una tendencia que, a mayor edad, mayor probabilidad de tener una enfermedad coronaria y/o un infarto al miocardio. A esta interpretación es importante añadir que los grupos de edad menores de 45 años no se incluyeron, porque tienen tamaños de muestras pequeños y no les aplica la metodología recomendada para análisis de datos del BRFSS.

Figura 3.3.46

Prevalencia de personas de 18 años o más que se clasificaron con enfermedad coronaria y/o infarto al miocardio, por grupos de edad: Puerto Rico, 2023

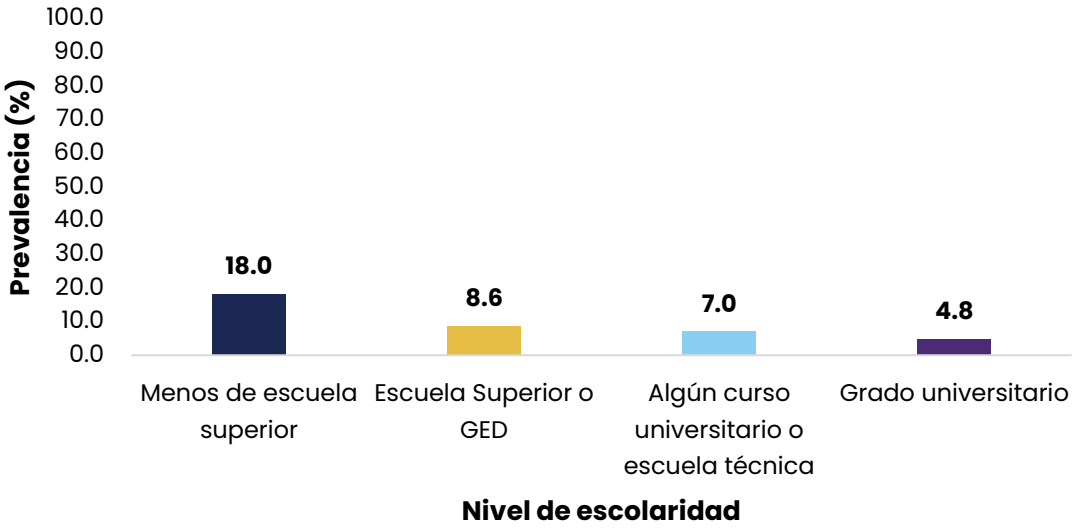


***Nota**. Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024). La prevalencia para los grupos de edad de 18 a 24, 25 a 34 y 35 a 44 años no están disponibles por insuficiencia de datos o tamaño de muestra menor (n<50) a la recomendación del BRFSS.*

La Figura 3.3.47 presenta la prevalencia por niveles de escolaridad, de personas de 18 años o más que se clasificaron con enfermedad coronaria y/o infarto al miocardio, en Puerto Rico durante el 2023. El grupo con nivel de escolaridad menor de escuela superior representó la prevalencia más alta que cualquier otro grupo (18.0%). Mientras, el grupo de nivel de escolaridad de un grado universitario completado representó la prevalencia más baja al comparar con el resto de los grupos de nivel de escolaridad (4.8%).

Figura 3.3.47

Prevalencia de personas de 18 años o más que se clasificaron con enfermedad coronaria y/o infarto al miocardio, por niveles de escolaridad: Puerto Rico, 2023

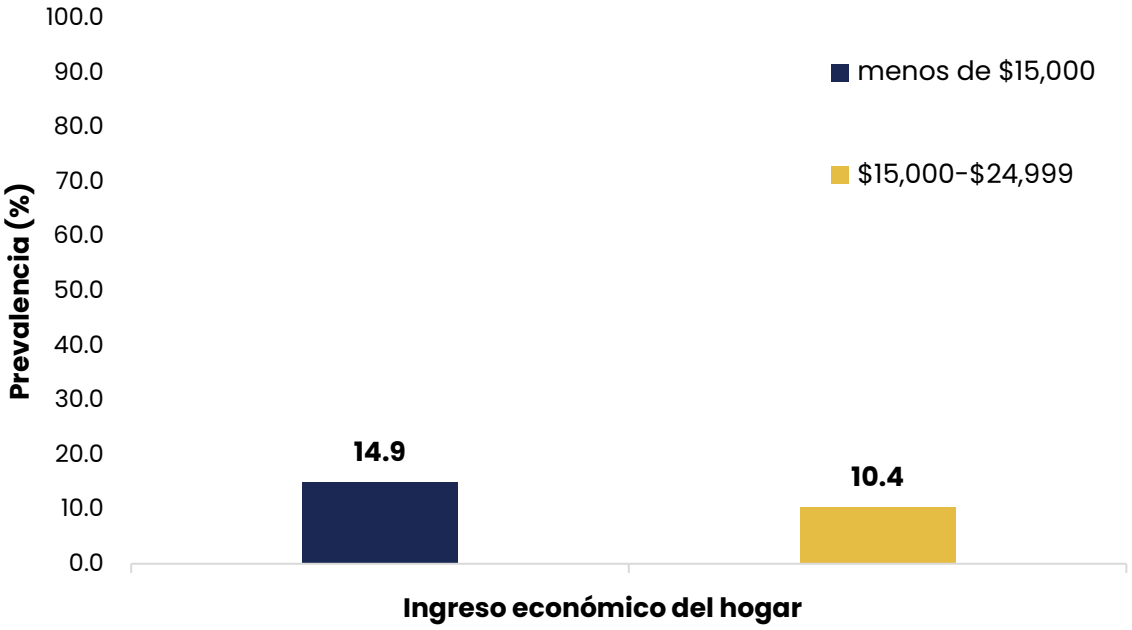


***Nota**. Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024).* El GED, consiste en una serie de exámenes que permite que un individuo obtenga una certificación que demuestre que cumple con el nivel educativo equivalente a un diploma de escuela superior.

En la Figura 3.3.48 se muestra la prevalencia por ingreso económico del hogar, de personas de 18 años o más que se clasificaron con enfermedad coronaria y/o infarto al miocardio, en Puerto Rico durante el 2023. Para efecto de este análisis, no se presentan los grupos de ingreso económico por hogar de $25,000 o más, ya que muestran limitaciones de tamaño de muestra recomendado por el BRFSS o disponibilidad de datos. Cuando se comparan las prevalencias de los grupos de $15,000 o menos (14.9%) y de $15,000 a menos de $25,000 (10.4%), se observa que el grupo de menos de $15,000 reportó la prevalencia más alta de enfermedad coronaria y/o infarto al miocardio.

Figura 3.3.48

Prevalencia de personas de 18 años o más que se clasificaron con enfermedad coronaria y/o infarto al miocardio, por niveles de ingreso del hogar. Puerto Rico, 2023



***Nota**. Los datos fueron obtenidos de la plataforma Prevalence Data & Data Analysis del Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (2024).* La prevalencia para los grupos de ingreso económico por hogar de $25,000 o más no están disponible por insuficiencia de datos o *el tamaño de muestra (n<50) es menor a la recomendación del BRFSS.*

Limitaciones y oportunidades

En el presente capítulo, se reconocen ciertas limitaciones en su análisis, al igual que oportunidades, con el fin de optimizar la recolección de datos y la prevención de enfermedades en la salud pública. Las entrevistas del BRFSS se realizan de forma voluntaria y los datos son recopilados mediante auto reporte, el cual puede resultar en lo que se conoce como un sesgo de memoria. Este sesgo ocurre cuando participantes de un estudio no recuerdan eventos o experiencias y al reportarlas no mencionan suficientes detalles (National Cancer Institute, s.f.-b). Este sucede con más frecuencia si el evento o la experiencia ocurrió hace mucho tiempo (National Cancer Institute, s.f.-b). Otra limitación identificada es la participación voluntaria, lo que puede generar un sesgo de no-respuesta, ya sea al no responder la llamada o al denegar hacer la entrevista. Además, dado al diseño de entrevistas telefónicas voluntarias, existe la posibilidad de obtener una baja participación de los grupos poblacionales que tengan falta de accesibilidad a medios tecnológicos. De igual manera, pudiera presentarse un sesgo de deseabilidad social, en el que una persona entrevistada sienta la necesidad de reportar únicamente aquellos atributos o acciones que sean socialmente deseadas, tales como no reportar una enfermedad que actualmente padece (Latkin et al., 2017).

A pesar de las limitaciones planteadas, se han identificado diversas áreas de oportunidad para la recopilación de datos en el área de enfermedades crónicas. Por ejemplo, el campo de la educación en salud puede apoyar en la identificación de problemas de salud y tendencias dentro de una población, para el desarrollo de posibles soluciones (Gagnon, 2025). Como parte de las recomendaciones para el mejoramiento del sistema de salud, se plantea robustecer los sistemas de vigilancia para la prevención y el manejo de las enfermedades crónicas en Puerto Rico. El

fortalecimiento de dichos sistemas de vigilancia pudiera considerar reforzar los programas de educación en salud desde un enfoque de prevención primaria y diversificar las estrategias educativas para la disminución de las enfermedades crónicas. Además, resulta necesario establecer – mediante el desarrollo de política pública – un registro de enfermedades crónicas, con el fin de visibilizar el problema en salud pública que generan las enfermedades crónicas en Puerto Rico. De este modo, los potenciales datos recopilados mediante el registro de enfermedades crónicas permitirían realizar estudios estadísticos e investigaciones científicas enfocados en la disminución de las enfermedades crónicas.

Referencias

Asthma and Allergy Foundation of America (AAFA). (2025). *Asthma facts and figures.* https://aafa.org/wp-content/uploads/2025/04/aafa-asthma-facts-and-figures.pdf

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2017). *Direct age adjustment, BRFSS 2016*. U.S. Department of Health and Human Services. https://www.cdc.gov/brfss/annual_data/2016/pdf/2016_DirAgeAdjDUsrsGde.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *LLCP 2018 codebook report: Overall version data weighted with _LLCPWT.* https://www.cdc.gov/brfss/annual_data/2018/pdf/codebook18_llcp-v2-508.pdf

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023). *BRFSS Prevalence & Trend Data.* U.S. Department of Health & Human Services. https://www.cdc.gov/brfss/brfssprevalence/index.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024a). *About chronic diseases*. U.S. Department of Health & Human Services. https://www.cdc.gov/chronic-disease/about/index.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024b). *Alcohol*. U.S. Department of Health & Human Services. https://www.cdc.gov/cdi/indicator-definitions/alcohol.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024c). *Tobacco*. U.S. Department of Health & Human Services. https://www.cdc.gov/cdi/indicator-definitions/tobacco.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024d). *Calculating BMI.* U.S. Department of Health & Human Services. https://www.cdc.gov/growth-chart-training/hcp/using-bmi/calculating-bmi.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024e). *LLCP 2023 codebook report: Overall version data weighted with _LLCPWT.* https://www.cdc.gov/brfss/annual_data/2023/zip/codebook23_llcp-v2-508.zip

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024f). *Acerca del asma*. U.S. Department of Health & Human Services. https://www.cdc.gov/asthma/es/about/acerca-del-asma.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024g). *About heart attack symptoms, risk, and recovery*. U.S. Department of Health & Human Services. https://www.cdc.gov/heart-disease/about/heart-attack.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2025a). Behavioral Risk Factor Surveillance System Questionnaires. https://www.cdc.gov/brfss/questionnaires/index.htm

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2025b). Adult physical inactivity outside of work. https://www.cdc.gov/physical-activity/php/data/inactivity-maps.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2025c). *Body mass index.* https://www.cdc.gov/bmi/about/index.html

Gagnon, D. (2025). *The Importance of Health Education.* https://www.snhu.edu/about-us/newsroom/health/importance-of-health-education

Klein, R. J., & Schoenborn, C. A. (2001). *Age adjustment using the 2000 projected U.S. population*. National Center for Health Statistics. https://www.cdc.gov/nchs/data/statnt/statnt20.pdf

Latkin, C. A., Edwards, C., Davey-Rothwell, M. A., & Tobin, K. E. (2017). The relationship between social desirability bias and self-reports of health, substance use, and social network factors among urban substance users in Baltimore, Maryland. *Addictive Behaviors, 73*, 133–136. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.05.005

National Cancer Institute. (s.f.-a). *Age-adjusted rate.* https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/age-adjusted-rate

National Cancer Institute. (s.f.-b). *Recall bias.* https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/recall-bias

National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). (2022a). *Sobrepeso y obesidad*. https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/sobrepeso-y-obesidad

National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). (2022b). *¿Qué es la cardiopatía coronaria?* https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/cardiopatia-coronaria

National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). (2022c). *¿Qué es un ataque cardíaco?* https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/ataque-cardiaco

National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases (NIAMS). (2022). *Arthritis*. https://www.niams.nih.gov/health-topics/arthritis

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIAMS). (2023). *¿Qué es la diabetes?* https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/que-es

National Institute of Mental Health. (s.f.). *What is prevalence?* https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/what-is-prevalence

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024). *Asma*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/asthma

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2025a). *Enfermedades no transmisibles*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2025b). *Efectos del tabaco en la salud.* https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/effects-of-tobacco-on-health

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s.f.). *Enfermedades no transmisibles*. https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles

U.S. Department of Health and Human Services (HHS) (2018). *Guía de actividad física para los estadounidenses* (2.ª ed.). https://odphp.health.gov/sites/default/files/201909/Physical_Activity_Guidelines_2nd_edition.pdf



CAPÍTULO 4

CÁNCER

Conceptos claves

1. **Factores de riesgo**: son aquellas características biológicas, psicológicas, sociales, culturales o circunstanciales que se pueden asociar con un incremento en la probabilidad de padecer de alguna enfermedad o muerte (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2024a; Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2019).
    - Existen factores de riesgo modificables, que se son variables, características o acciones cambiadas o controladas para minimizar la probabilidad de padecer de alguna enfermedad. Algunos ejemplos son: alimentación, actividad física, uso de tabaco, alcohol. A su vez, existen factores de riesgo no modificables como edad, sexo, raza, que no se pueden cambiar con estilos de vida saludables, lo que puede aumentar la probabilidad de padecer de una enfermedad, en este caso, cáncer (National Cancer Institute [NCI], 2015).
2. **Tasa de incidencia**: mide el número de casos nuevos de una enfermedad-durante un periodo de tiempo establecido (CDC, 2012).
3. **Tasa de mortalidad**: se utiliza para conocer el número de muertes que ocurren en un periodo de tiempo específico (CDC, 2012).
4. **Porciento de cambio anual (AAPC, por sus siglas en inglés)**: es una medida que resume la tendencia de cambios porcentuales durante un intervalo de tiempo fijo predefinido. Permite utilizar un único valor para describir el promedio de los AAPC a lo largo de varios años (NCI, s.f.).

Introducción

El cáncer es un conjunto de enfermedades que se caracteriza por la multiplicación descontrolada de células anormales o dañadas, con potencial de diseminarse o propagarse a distintos órganos y tejidos en el cuerpo (National Cancer Institute [NCI], 2021). Es un problema de salud pública, no sólo porque afecta a muchas personas, sino porque también puede causar dificultades económicas, sociales, psicológicas y físicas (Rogers et al., s.f.). Entre las problemáticas sociodemográficas y económicas se reflejan barreras como la carencia de cubiertas médicas y desigualdades educativas, impactando las tendencias en la realización de pruebas de detección (American Association for Cancer Research [AACR], 2024). El cáncer expone disparidades en la salud pública como la alfabetización en salud y las barreras de atención médica, perpetuando las dificultades para encontrar, entender y utilizar la información de los servicios de salud (AACR, 2024). A su vez, las personas con diagnóstico de cáncer, en conjunto con la severidad de la enfermedad y los altos costos de los tratamientos, presentan un mayor riesgo de tener síntomas de depresión (Rogers et al., s.f.).

Esta subsección es una continuación del Capítulo 4: Comportamientos de riesgo y enfermedades crónicas. De acuerdo con el Registro Central de Cáncer de Puerto Rico (RCCPR), de todos los tipos de cáncer que ocurrieron entre los años 2016 y 2020 en Puerto Rico, los cinco tipos más frecuentes fueron: próstata, mama, colorrectal, pulmón y bronquios y tiroides (Torres-Cintrón et al., 2023). Por tanto, esta subsección tiene como objetivos: 1) describir cada uno de estos cinco tipos de cáncer en Puerto Rico, 2) discutir cuáles son los factores de riesgo de cada uno de estos tipos de cáncer, y 3) presentar las tasas de incidencia y mortalidad ajustadas por edad de estos tipos de cáncer más relevantes, por sexo y años de registros disponibles.

Metodología

Los datos estadísticos de cáncer presentados en esta subsección comprenden el periodo de tiempo del 2011 al 2021. Estos fueron obtenidos del RCCPR por medio de solicitud de carta oficial por parte del Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR). Mediante esta petición, se solicitaron datos de las tasas de incidencia y mortalidad para los siguientes tipos de cáncer: próstata, mama, colorrectal, pulmón y bronquios y tiroides. El RCCPR procesa los reportes de cáncer provenientes de las fuentes de datos, tales como: hospitales públicos y privados, centros ambulatorios, facilidades de radioterapia, centros de cáncer, centros de oncología, centros de quimioterapia, médicos, cirujanos, dentistas, hematólogos oncólogos, oncólogos médicos, laboratorios patológicos, dermatopatólogos, sanatorios, casas de descanso, casas de convalecencia, hospicios y cualesquiera otra institución u organización que provea servicios de diagnóstico y/o tratamiento a pacientes con cáncer.

La Ley Núm. 113 del año 2010 establece que todas estas instituciones están obligadas a reportar por la vía, medio y formato establecidos por el RCCPR. En cuanto a las defunciones, el RCCPR tiene un acuerdo con el Registro Demográfico de Puerto Rico para recibir todos los certificados de defunción y así generar las tasas de mortalidad. Para generar las tasas de incidencia y de mortalidad se tomaron como denominadores las poblaciones provenientes del Censo de los Estados Unidos. Las estadísticas se generaron utilizando el programa SEER*Stat que provee el Instituto Nacional de Cáncer (NCI, por sus siglas en inglés).

Es de importancia mencionar que los datos del 2017 y 2020 fueron impactados por diversos eventos atmosféricos y de salud pública. Tras el paso del Huracán María, hubo una disminución en el diagnóstico y tratamiento del cáncer, reportando 1,800 casos nuevos de cáncer menos que en el 2016 (Torres-Cintrón et al., 2023). Además,

los datos del 2017 corresponden solo a los primeros seis meses del año (enero a junio), ya que los datos correspondientes de julio a diciembre fueron excluidos debido al cambio en población que ocurrió como resultado del paso del Huracán María. Por otro lado, el 2020 fue el comienzo de la emergencia de salud pública del COVID-19, provocando que se hayan afectado los servicios de salud, y consecuentemente, los diagnósticos de cáncer (Torres-Cintrón et al., 2023).

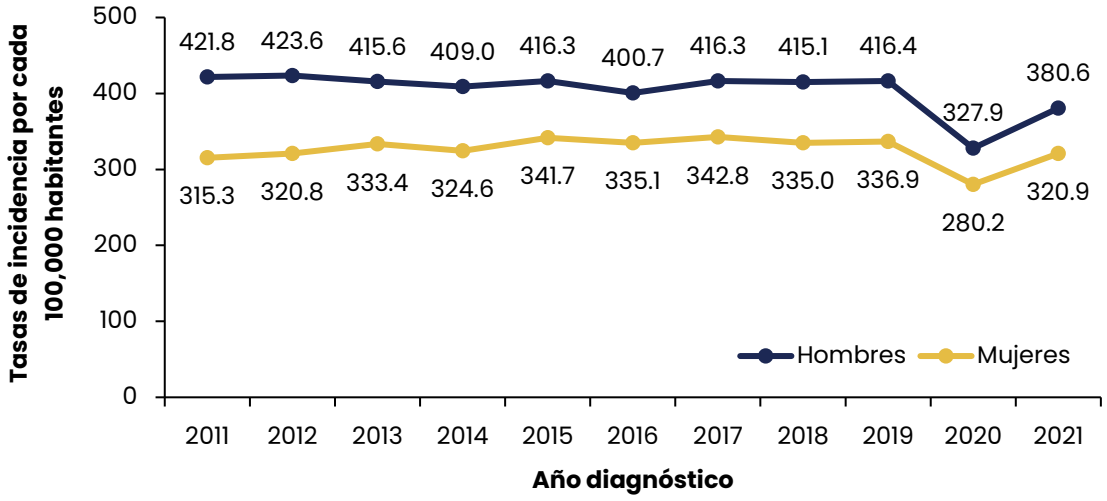
Análisis descriptivo

Cáncer en Puerto Rico

En la Figura 3.4.1 se presentan las tendencias en el tiempo de casos incidentes de cáncer entre mujeres y hombres para el periodo del 2011 al 2021. Se puede observar que, en comparación con las mujeres, los hombres presentaron mayores tasas de incidencia por algún tipo de cáncer diagnosticado en Puerto Rico.

Figura 3.4.1

Tasa de incidencia ajustada por edad para casos diagnosticados con algún tipo de cáncer, por sexo: Puerto Rico, 2011 al 2021

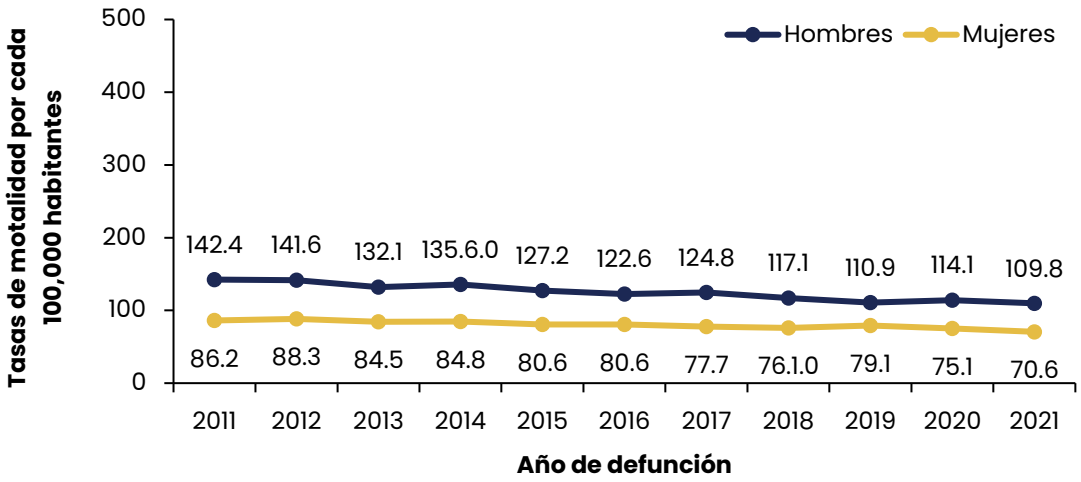


Nota. Los datos fueron obtenidos del Registro Central de Cáncer de Puerto Rico (2023). Las tasas de incidencia fueron ajustadas por edad utilizando la población de EE. UU. 2000 como estándar.

Además, en la Figura 3.4.2 se presentan las tendencias en tiempo de mortalidad por cáncer entre mujeres y hombres para el periodo de 2011 al 2021. Se observa que los hombres tienen mortalidad más alta por algún tipo de cáncer en general, en comparación con las mujeres, para cada uno de los años del periodo presentado.

Figura 3.4.2

Tasa de mortalidad ajustada por edad para casos diagnosticados con algún tipo de cáncer, por sexo: Puerto Rico, 2011 al 2021



Nota. Los datos fueron obtenidos del Registro Central de Cáncer de Puerto Rico (2023). Las tasas de incidencia fueron ajustadas por edad utilizando la población de EE. UU. 2000 como estándar.

Cáncer de mama

El cáncer de mama es una enfermedad en la que se alteran las células de la mama y se multiplican descontroladamente, formando tumores que pueden propagarse por todo el cuerpo (American Cancer Society [ACS], 2021). Dichas células cancerosas comienzan a desarrollarse dentro de los conductos que producen leche del seno (ACS, 2021). Para la detección del cáncer de mama, en mujeres que no

presentan historial personal y familiar, una mutación genética y nunca han recibido radioterapia en el área torácica antes de los 30 años, se recomienda (ACS, 2023a):

- entre las edades de 40 a 44 años inicien, de manera opcional, la realización de mamografías cada año;
- entre las edades de 45 a 54 años se realicen mamografías anualmente;
- de 55 años en adelante, se realicen una mamografía cada 2 años o anualmente.

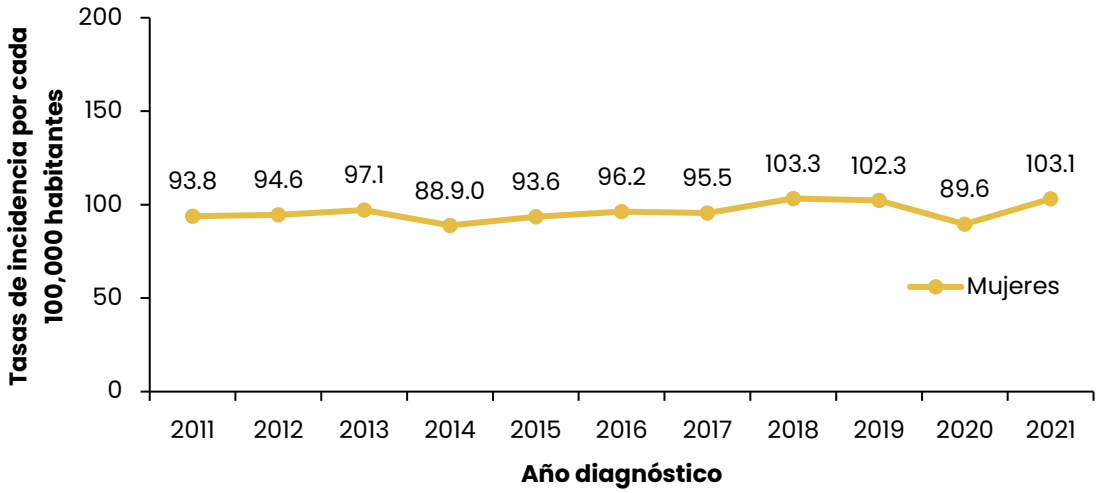
Dentro de los factores de riesgo modificables para el cáncer de mama, se pueden mencionar la inactividad física, el sobrepeso u obesidad y, después de la menopausia, el reemplazo hormonal de estrógeno o progesterona (CDC, 2024a). El historial reproductivo, como quedar embarazada por primera vez después de los 30 años o no haber amamantado, también son considerados factores de riesgo. Por último, el tabaquismo, la exposición a químicos tóxicos y el nivel de consumo de alcohol, el cual aumenta el riesgo, según la cantidad que consuma (CDC, 2024a). En cuanto a los factores de riesgo no modificables, estos incluyen: la edad, las mutaciones genéticas (gen BRCA1 y el BRCA2), el historial reproductivo, tener mamas densas, enfermedades no cancerosas relacionadas con las mamas, historial personal y familiar, y tratamientos previos con radioterapia en el pecho o mamas antes de los 30 años (CDC, 2024a).

Para el año 2020, el cáncer más diagnosticado en mujeres fue el cáncer de mama (Torres-Cintrón et al., 2023). En la Figura 3.4.3, se observa que las tasas de este tipo de cáncer aumentaron de, 93.8 casos por cada 100,000 mujeres en el 2011, a 103.1 casos por cada 100,000 mujeres para el 2021, representando un aumento a razón de 1.1% por año en la tasa de incidencia por cáncer de mama. Por otro lado, las tasas de incidencia para cáncer de mama en hombres son sumamente bajas, y por lo general, se registran menos de 20 casos anualmente, afectando el cálculo de las tasas. A su

vez, durante el periodo del 2011 al 2021, hubo años en los que se reportaron menos de 6 casos nuevos de cáncer de mama en hombres, limitando la representación de datos estadísticos.

Figura 3.4.3

Tasa de incidencia ajustada por edad, en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama: Puerto Rico, 2011 al 2021



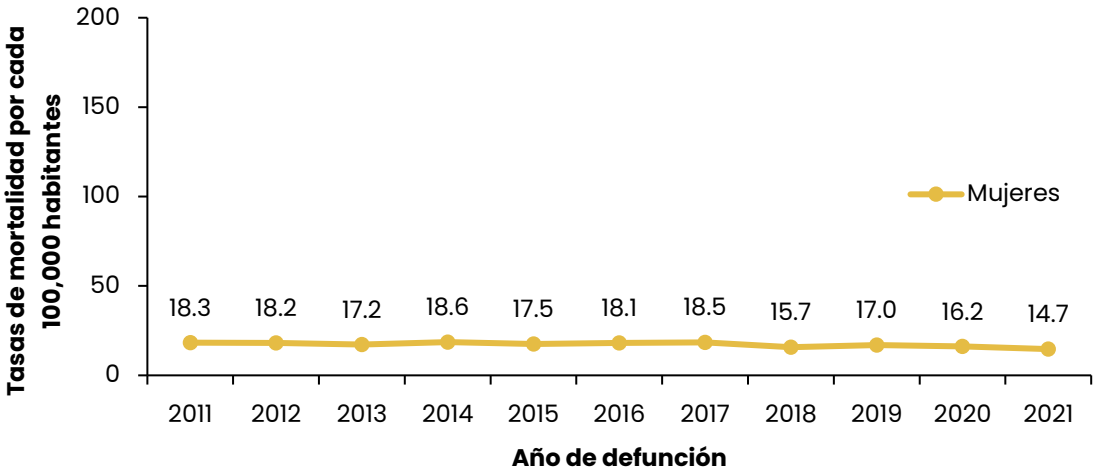
Nota. Los datos fueron obtenidos del Registro Central de Cáncer de Puerto Rico (2023). Las tasas de incidencia fueron ajustadas por edad utilizando la población de EE. UU. 2000 como estándar.

Para el año 2020, el cáncer de mama fue reportado como la primera causa de muerte por cáncer para mujeres en Puerto Rico (Torres-Cintrón et al., 2023). En la Figura 3.4.4, se presentan las tasas de mortalidad ajustadas por edad para cáncer de mama en mujeres por cada 100,000 habitantes durante el periodo del 2011 al 2021. En comparación, para el 2011, la tasa de mortalidad fue de 18.3, mientras que para el 2021, fue de 14.7 muertes por cada 100,000 habitantes, presentando tendencias a disminuir. Por el contrario, en hombres, las tasas de mortalidad para cáncer de mama son sumamente bajas, y en general, se registran menos de seis defunciones anualmente.

El bajo reporte de casos nuevos de cáncer de mama para hombres dificulta el cálculo de las tasas de mortalidad,-lo que limita una representación de datos estadísticos.

Figura 3.4.4

Tasa de mortalidad ajustada por edad, de cáncer de mama en mujeres, por año de defunción: Puerto Rico, 2011 al 2021



Nota. Los datos fueron obtenidos del Registro Central de Cáncer de Puerto Rico (2023). Las tasas de incidencia fueron ajustadas por edad utilizando la población de EE. UU. 2000 como estándar.

Cáncer de próstata

La próstata es una glándula que solo tienen los hombres y produce parte del líquido que conforma el semen (ACS, 2023b). En dicha glándula se origina el cáncer de próstata, el cual surge cuando las células de la próstata comienzan a crecer descontroladamente (ACS, 2023b). La detección del cáncer de próstata se compone de dos pruebas que detectan los resultados anormales en la próstata, las cuales son:

- prueba de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) que mide el nivel de este antígeno en la sangre. Estas pruebas no tienen una frecuencia establecida, ya que dependen de los niveles de PSA obtenidos en

cada paciente (ACS, 2023c). La eficacia de esta prueba se puede ver afectada por diversos factores como la edad, procedimientos médicos, agrandamiento e infección de la próstata, así como algunos medicamentos.

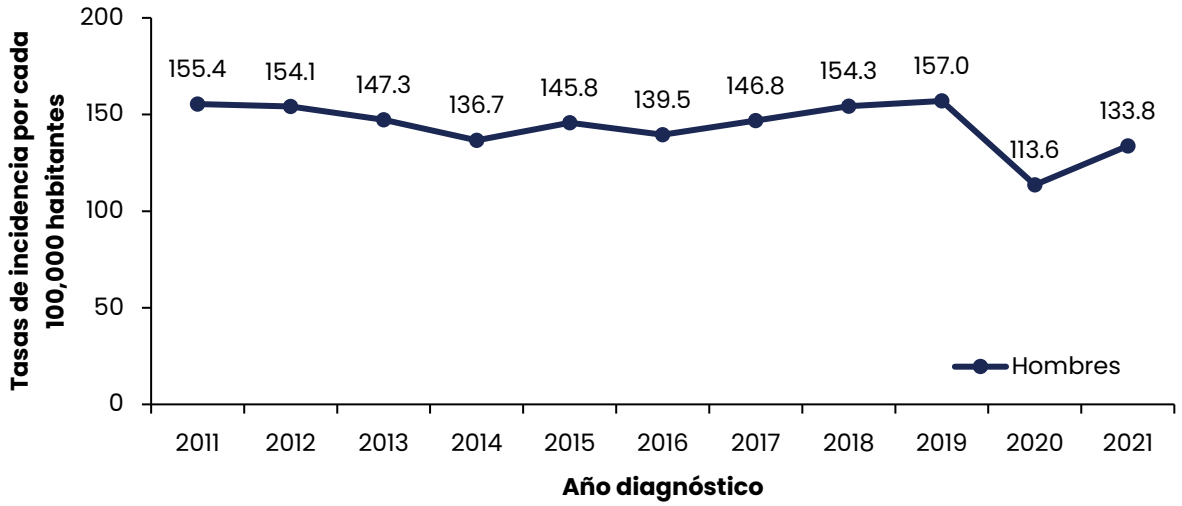
- tacto rectal: esta prueba se realiza para detectar problemas de los órganos o de estructuras que se encuentran en la pelvis y abdomen inferior (ACS, 2023c).

De acuerdo con la American Society of Clinical Oncology (s.f.), el factor de riesgo más común es la edad, dado que el riesgo de padecer de cáncer de próstata incrementa, especialmente, a partir de los 50 años. Por otro lado, los afroamericanos o los hombres con historial familiar de cáncer de próstata tienen un mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad (CDC, 2024b). Por esta razón, se recomienda que a partir de los 50 años los hombres sean evaluados respecto a la posibilidad de someterse a pruebas de detección de cáncer de próstata (ACS, 2023d). Por otra parte, aquellos hombres de raza negra o con historial familiar de padre o hermano, deben iniciar las pruebas de detección a partir de los 45 años (ACS, 2023d).

Para el año 2020, el cáncer más diagnosticado en hombres en Puerto Rico fue el cáncer de próstata (Torres-Cintrón et al., 2023). En la Figura 3.4.5, se muestran tendencias de tasas de incidencia ajustadas por edad para cáncer de próstata en hombres a través del tiempo. Durante este periodo las tasas de incidencia se mantuvieron estables, comenzando en 155.4 por cada 100,000 hombres en el 2011 y culminando en 133.8 por cada 100,000 hombres en el 2021.

Figura 3.4.5

Tasa de incidencia ajustada por edad, en hombres con diagnóstico de cáncer de próstata: *Puerto Rico, 2011 al 2021*

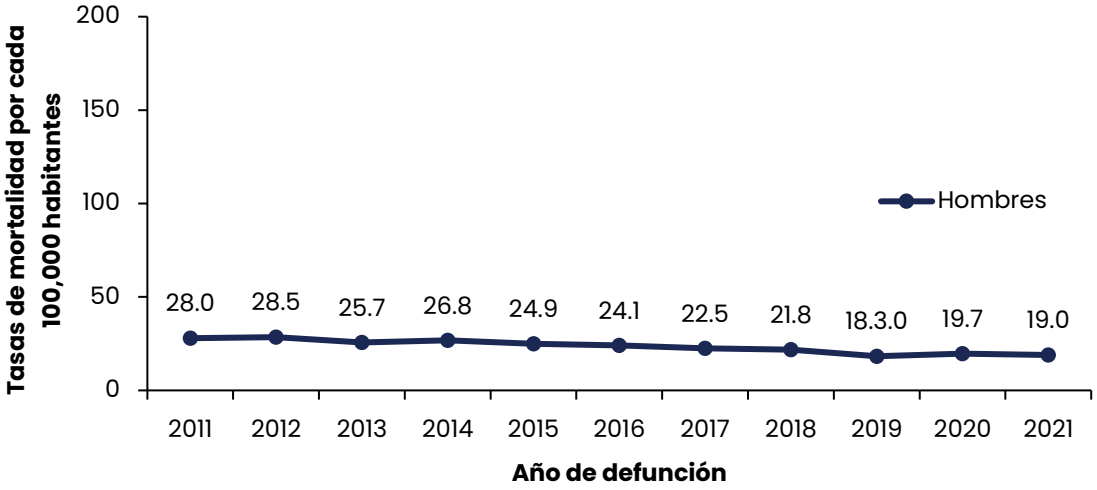


Nota. Los datos fueron obtenidos del Registro Central de Cáncer de Puerto Rico (2023). Las tasas de incidencia fueron ajustadas por edad utilizando la población de EE. UU. 2000 como estándar.

En Puerto Rico para el año 2020, el cáncer de próstata fue reportado como la primera causa de muerte por cáncer en hombres (Torres-Cintrón et al., 2023). Según se observa en la Figura 3.4.6 la tasa de mortalidad de cáncer de próstata disminuyó de 28.0 en 2011 a 19.0 en 2021, representando una disminución a razón de 4.4% por año.

Figura 3.4.6

Tasa de mortalidad ajustada por edad, de cáncer de próstata en hombres, por año de defunción: Puerto Rico, 2011 al 2021



Nota. Los datos fueron obtenidos del Registro Central de Cáncer de Puerto Rico (2023). Las tasas de incidencia fueron ajustadas por edad utilizando la población de EE. UU. 2000 como estándar.

Cáncer colorrectal

El cáncer colorrectal se origina en el colon o en el recto mediante pólipos que crecen en el revestimiento interno (ACS, 2024a). Como método de detección, a partir de los 45 años, se pueden comenzar las pruebas de cáncer colorrectal, para aquellas personas con un riesgo promedio (CDC, 2024c). Las pruebas detección para el cáncer colorrectal constan en heces fecales y exámenes de visualización. Las pruebas basadas en heces fecales son: la prueba de sangre oculta con guayacol (FOBT), la prueba inmunoquímica fecal (FIT) y la prueba de ADN fecal (CDC, 2025). El periodo de tiempo para realizarse las pruebas de detección para FIT Y FOBT es anualmente, mientras que la prueba de ADN fecal se debe hacer cada tres años (CDC, 2025). Por otro lado, las pruebas de visualización son: colonoscopía y colonografía sigmoscópica por TC/flexible. El examen de visualización de colonoscopia se debe

realizar cada diez años, mientras que la colonografía sigmoscópica por TC/flexible cada cinco años (CDC, 2025). Dichos exámenes de detección deben realizarse de forma periódica hasta los 75 años. A partir de los 76 a 85 años se debe consultar con el médico si es necesaria la continuidad de las pruebas de detección (CDC, 2025). A su vez, en el caso de las personas mayores de 85 años, ya no es requerido hacerse las pruebas de detección del cáncer colorrectal (CDC, 2025).

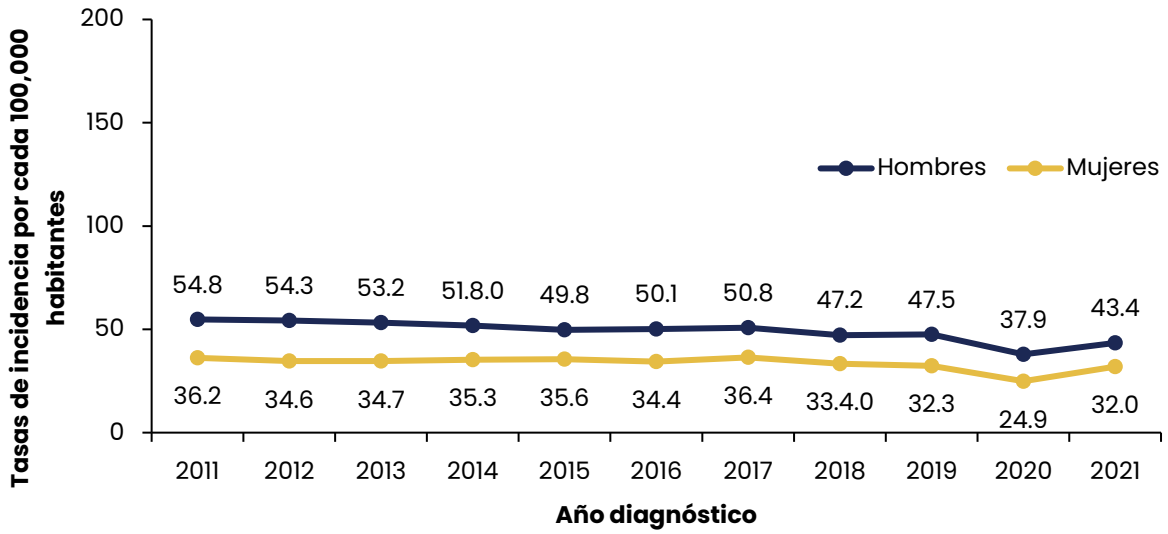
Los factores de riesgo modificables para cáncer colorrectal se relacionan mayormente al estilo de vida mediante la alimentación y el peso corporal. El alto consumo de carnes rojas como: el cerdo, la res, el cordero, las carnes procesadas y los embutidos, están asociados al aumento en riesgo de desarrollar la enfermedad (ACS, 2025). A su vez, el sobrepeso y la obesidad incrementan el riesgo de desarrollar cáncer colorrectal, tanto en mujeres como en hombres (ACS, 2025). Además de la inactividad física, el tabaquismo y el consumo de grandes cantidades de alcohol, también son factores asociados o vinculados con un aumento en las posibilidades de padecer cáncer colorrectal (NCI, 2025). Por otro lado, los factores de riesgo no modificables son la edad, historial personal de cáncer, los pólipos colorrectales o adenomas y padecer de enfermedades inflamatorias del intestino como colitis ulcerosa o Crohn (CDC, 2024d; NCI, 2025). Además, los síndromes de origen genético como poliposis adenomatosa familiar (FAP) y el síndrome de Lynch (cáncer colorrectal hereditario sin poliposis), pueden incrementar el riesgo de padecer cáncer colorrectal (CDC, 2024d; NCI, 2025).

Para el año 2020, en Puerto Rico, el cáncer colorrectal fue reportado como el segundo cáncer más diagnosticado en hombres y el tercero en mujeres (Torres-Cintrón et al., 2023). En la Figura 3.4.7, se presentan las tasas de incidencia ajustadas por edad, sexo y año de diagnóstico para cáncer colorrectal en el periodo del 2011 al 2021. En los hombres, la tasa de incidencia fue de 54.8 en el 2011 y de 43.4 en el 2021,

disminuyendo a razón de 2.1% por año, mientras que, en las mujeres, la tasa para el 2011 fue de 36.2 y de 32.0 para el 2021, manteniéndose estable. Al comparar por la variable de sexo, se denota que los hombres tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer colorrectal en comparación con las mujeres.

Figura 3.4.7

Tasa de incidencia ajustada por edad, con diagnóstico de cáncer colorrectal, por sexo: Puerto Rico, 2011 al 2021

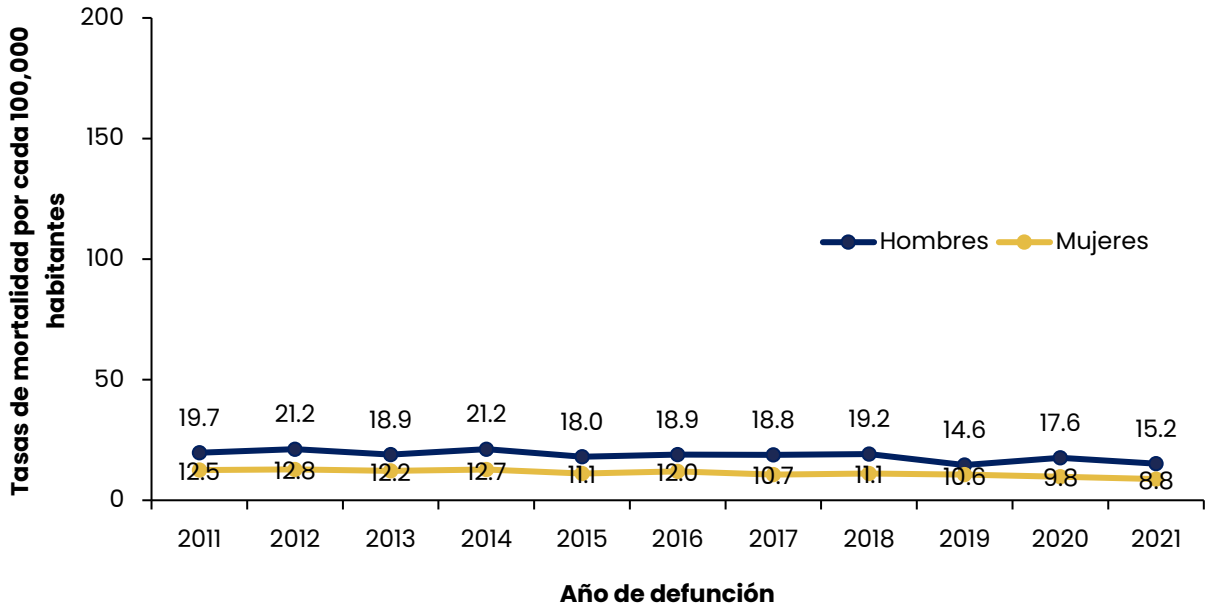


Nota. Los datos fueron obtenidos del Registro Central de Cáncer de Puerto Rico (2023). Las tasas de incidencia fueron ajustadas por edad utilizando la población de EE. UU. 2000 como estándar.

Para el año 2022, el cáncer colorrectal fue la segunda causa de muerte por cáncer en Puerto Rico, afectando tanto hombres como mujeres (Torres- Cintrón et al., 2023). En Puerto Rico, según se muestra en la Figura 3.4.8, las tasas de mortalidad ajustadas por edad para el cáncer colorrectal fueron más altas en hombres que en mujeres. Del 2011 al 2021 se observó una disminución de la tasa de mortalidad de cáncer colorrectal a razón de 2.6% por año en hombres y 3.7% por año en mujeres.

Figura 3.4.8

Tasa de mortalidad ajustada por edad, para cáncer colorrectal, por sexo y año de defunción: Puerto Rico, 2011 al 2021



Nota. Los datos fueron obtenidos del Registro Central de Cáncer de Puerto Rico (2023). Las tasas de incidencia fueron ajustadas por edad utilizando la población de EE. UU. 2000 como estándar.

Cáncer de pulmón y bronquios

El cáncer de pulmón y bronquios comienza mediante el crecimiento descontrolado de las células que revisten los bronquios y los pulmones (ACS, 2024b). La prueba de detección para el cáncer de pulmón y bronquios se basa en una tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) y se debe realizar anualmente en fumadores actuales entre las edades de 50 a 80 años o personas con historial de haber fumado durante 20 años (ACS, 2023e).

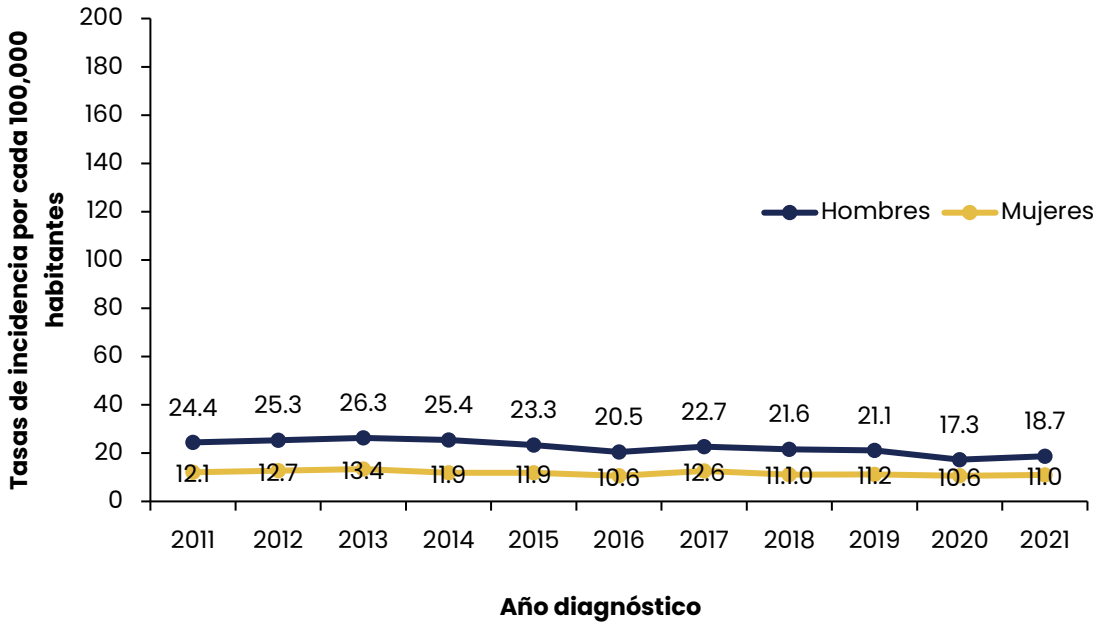
Los factores de riesgo modificables como fumar y el humo de segunda mano (respirar el humo que otros producen cuando fuman) pueden afectar e incrementar el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón (CDC, 2024e). Asimismo, respirar el gas

radón (gas que se produce al descomponerse el uranio en el suelo y las rocas), y la exposición al asbesto y agentes cancerígenos (arsénico, berilio, cadmio, silicio, cromo, carbón, productos de la combustión del diésel, etc.) en las áreas laborales pueden contribuir al aumento del riesgo de desarrollar la enfermedad (ACS, 2024c). A su vez, los factores de riesgo no modificables que aumentan la probabilidad de desarrollar cáncer de pulmón son: la radioterapia en el pecho, la contaminación del aire, e historiales personales y/o familiares (CDC, 2024e).

Para el 2020, en Puerto Rico, el cáncer de pulmón y bronquios fue uno de los más comunes para ambos sexos, siendo el tercer cáncer de mayor incidencia en los hombres (Torres-Cintrón et al., 2023). En la Figura 3.4.9, se observan las tasas de incidencia ajustadas por edad en hombres y mujeres para el cáncer de pulmón y bronquios en Puerto Rico durante el periodo del 2011 al 2021. Las tendencias de las tasas de incidencia por año de diagnóstico en hombres presentaron una disminución a razón de 2.9%. En el 2011, la tasa de incidencia de cáncer de pulmón y bronquios en hombres fue de 24.4 y en el 2021 la tasa de incidencia fue de 18.7. En las mujeres, también se observó una disminución en las tasas de incidencia a razón de 1.5% por año. En el 2011, la tasa de incidencia de cáncer de pulmón y bronquios en mujeres fue de 12.1 y en el 2021 fue de 11.0.

Figura 3.4.9

Tasa de incidencia ajustada por edad, con diagnóstico de cáncer de pulmón y bronquios, por sexo: Puerto Rico, 2011 al 2021

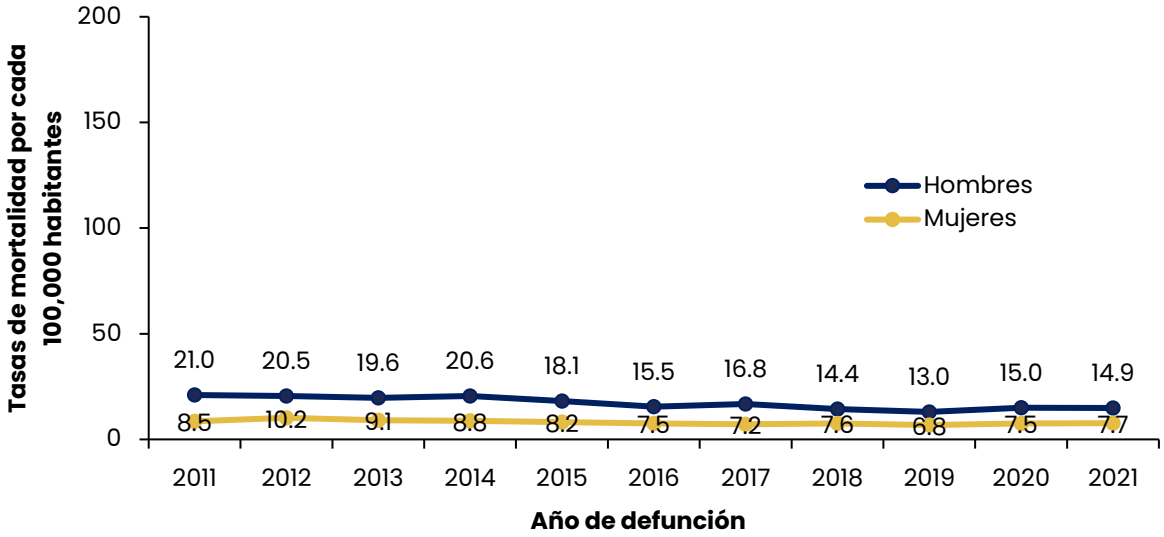


Nota. Los datos fueron obtenidos del Registro Central de Cáncer de Puerto Rico (2023). Las tasas de incidencia fueron ajustadas por edad utilizando la población de EE. UU. 2000 como estándar.

Según Torres-Cintrón y colaboradores (2023), en el informe titulado *Cáncer en Puerto Rico 2016 a 2020: Incidencia, mortalidad y sobrevida,* para el año 2020 el cáncer de pulmón y bronquios fue registrado como la tercera causa de muerte en hombres y mujeres. La Figura 3.4.10 presenta las tasas de mortalidad ajustadas por edad de cáncer de pulmón y bronquios en el periodo de 2011 al 2021 para mujeres y hombres. La tendencia de las tasas de mortalidad ajustadas por edad para hombres presenta una disminución desde el 2011 (21.0 por cada 100,000 hombres) al 2021 (14.9 por cada 100,000 hombres) a razón de 3.7% por año. Por otro lado, las tasas de mortalidad ajustadas por edad para mujeres presentaron tendencias constantes durante el periodo bajo análisis (2011 al 2021).

Figura 3.4.10

Tasa de mortalidad ajustada por edad, para cáncer de pulmón y bronquios, por sexo y año de defunción: Puerto Rico, 2011 al 2021



Nota. Los datos fueron obtenidos del Registro Central de Cáncer de Puerto Rico (2023). Las tasas de incidencia fueron ajustadas por edad utilizando la población de EE. UU. 2000 como estándar.

Cáncer de tiroides

El cáncer de tiroides es un cáncer que se origina en la glándula tiroides, ubicada en la parte frontal del cuello (ACS, 2024d). Existen tres tipos de cáncer de tiroides, de los cuales los más comunes son el diferenciado y el medular, y el anaplásico, que es el más agresivo (ACS, 2024d).

Para la detección del cáncer de tiroides es necesario conocer el historial médico del paciente, así como el padecimiento de la enfermedad por parte de algún familiar (ACS, 2024e). Una de las pruebas de detección es el examen físico, para verificar el tamaño de la tiroides, así como el agrandamiento de los ganglios linfáticos del área del cuello y la presencia de algún tipo de síntoma o molestia (ACS, 2024e). Otros exámenes de detección son los estudios de imágenes para identificar áreas sospechosas que pudiesen estar afectadas por cáncer, saber si ha ocurrido una

propagación o determinar el tratamiento más efectivo (ACS, 2024e). Algunos de los estudios de imágenes son: ecografía, gammagrafías con yodo radiactivo, radiografía de tórax, imágenes de resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones, tomografía computarizada y biopsia (ACS, 2024e). Además, existen pruebas complementarias sanguíneas para detectar el funcionamiento de la tiroides y permitir al médico o profesional de la salud identificar el examen de detección que debe realizar en el paciente. Dichos exámenes complementarios son las pruebas de hormona estimulante de tiroides (TSH), T3 y T4 (ACS, 2024e).

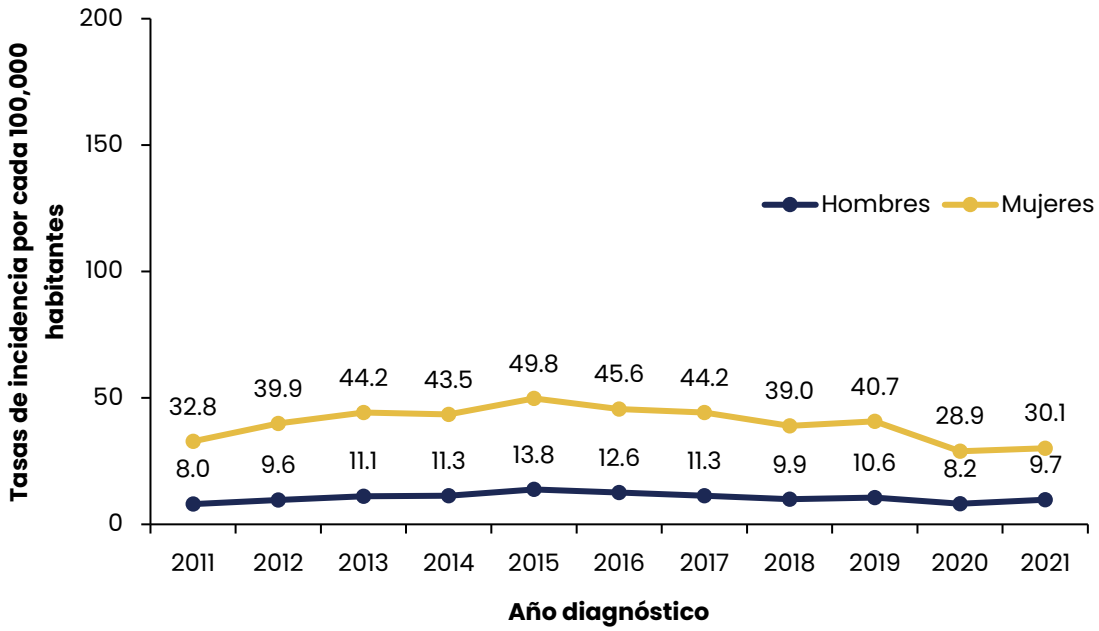
Para el cáncer de tiroides existen múltiples factores de riesgo no modificables, los cuales son el sexo, la edad, las afecciones hereditarias e historiales familiares (ACS, 2024f). Por otro lado, los factores de riesgo modificables son la exposición a radiación alrededor del área del cuello o cabeza, sobrepeso u obesidad y el consumo de yodo en la alimentación (ACS, 2024f).

Según Torres-Cintrón y colaboradores (2021), en el informe titulado *Cáncer en Puerto Rico 2014-2018*: *Incidencia, mortalidad y sobrevida*, el cáncer de tiroides ha presentado un incremento en incidencias a partir de los primeros años de la década del 2000, siendo el cuarto tumor maligno más diagnosticado en las mujeres. En la Figura 3.4.11, se presenta las tasas de incidencia ajustadas por edad para cáncer de tiroides por sexo y año de diagnóstico durante el 2011 al 2021. Al comparar con los hombres, las mujeres mostraron mayores tendencias en las tasas de incidencia para cáncer de tiroides. A partir del 2011 al 2015 las mujeres presentaron un aumento en tasa de incidencia de 32.8 a 49.8. A su vez, desde el 2016 al 2021 la tasa de incidencia de cáncer de tiroides en mujeres ha ido disminuyendo de 45.6 a 30.1. En comparación, las tasas de incidencia para cáncer de tiroides de hombres del 2011 al 2021 se han mantenido estables. Cabe señalar que para el análisis de tendencia para el periodo de tiempo de 2011 al 2021, el tamaño de muestra no es suficiente para calcular tasas

de mortalidad estables para el cáncer de tiroides. Por consiguiente, estos datos no fueron presentados en este análisis.

Figura 3.4.11

Tasas de incidencia ajustada por edad, de cáncer de tiroides específicos, por sexo y año de diagnóstico: Puerto Rico, 2011 al 2021



Nota. Los datos fueron obtenidos del Registro Central de Cáncer de Puerto Rico (2023). Las tasas de incidencia fueron ajustadas por edad utilizando la población de EE. UU. 2000 como estándar.

Limitaciones y oportunidades

Los datos recopilados por el RCCPR para los años 2017 y 2020, fueron afectados por diferentes emergencias en salud pública. En el año 2017, Puerto Rico fue impactado por el Huracán María, lo que dificultó obtener diversos servicios esenciales, incluyendo la atención médica. En consecuencia, se produjo una disminución, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de cáncer, lo que provocó que se utilizaran únicamente los datos de los primeros seis meses (enero a junio) del año 2017 para llevar a cabo el análisis de las tasas de incidencia (Torres-Cintrón et al., 2023). Por consiguiente, debido a la limitación de datos del año 2017, el análisis estadístico se vio impactado al mostrar las tendencias para las tasas de incidencia.

Además, en el año 2020, surgió la pandemia del COVID-19, afectando la utilización de los servicios médicos. Asimismo, los diagnósticos de cáncer disminuyeron impactando la recopilación de casos nuevos de cáncer (Torres-Cintrón et al., 2023). Los diversos factores sociales, ambientales y de salud implicaron sesgos de recolección de datos conllevando a una representación no real de las tasas de incidencia y/o mortalidad.

Según la Ley del Registro Central de Cáncer de Puerto Rico Número 113 (2010), se establece que todo administrador o persona encargada de hospitales públicos o privados, centros ambulatorios, facilidades de radioterapia, centros de cáncer, centros de oncología, centros de quimioterapia, médicos, cirujanos, dentistas, profesionales de la salud, casas de convalecencia, hospicios y cualesquiera otra institución u organización que provea servicios de diagnóstico y/o tratamiento a pacientes con cáncer están obligados a reportar al RCCPR por la vía, el medio y el formato establecido.

Dado que el RCCPR mantiene una sistematización obligatoria y directa del reporte de casos nuevos de cáncer, se podría interpretar que el sesgo de recopilación

de datos se relacione a las limitaciones de acceso a los servicios de salud propiciadas por las emergencias del 2017 (Huracán María) y 2020 (pandemia COVID-19). Como oportunidad a futuro, para mitigar el impacto de diversas emergencias en la salud pública, es necesario considerar cómo los eventos atmosféricos y las emergencias en salud alteran las rutinas de las personas y, considerando esto, lograr adaptar los servicios de salud a dichos cambios y necesidades particulares. Como posible alternativa para aumentar el acceso a servicios de salud durante dichas emergencias, se podrían establecer clínicas comunitarias enfocadas en la salud integral que refuercen el cernimiento, la prevención y la detección. Asimismo, se puede considerar la integración y el apoyo de líderes comunitarios, para identificar poblaciones vulneradas.

Referencias

American Association for Cancer Research. (2024). *AACR cancer disparities progress report 2024.* https://cancerprogressreport.aacr.org/wp-content/uploads/sites/2/2024/05/AACR_CDPR__2024.pdf

American Cancer Society (ACS). (2021). *¿Qué es el cáncer de seno?.* https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-seno/acerca/que-es-el-cancer-de-seno.html

American Cancer Society (ACS). (2023a). *Recomendaciones de la American Cancer Society para la detección temprana del cáncer de seno*. https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/guias-de-la-sociedad-americana-contra-el-cancer-para-la-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno.html

American Cancer Society (ACS). (2023b). *¿Qué es el cáncer de próstata?* https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-prostata/acerca/que-es-cancer-de-prostata.html

American Cancer Society. (2023c). *Pruebas de detección para el cáncer de próstata.* https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-prostata/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/pruebas-de-deteccion-para-el-cancer-de-prostata.html

American Cancer Society. (2023d). *Recomendaciones de la American Cancer Society para la detección temprana del cáncer de próstata.* https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-prostata/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/recomendaciones-de-la-american-cancer-society.html

American Cancer Society (ACS). (2023e). *Guías de la American Cancer Society para la detección temprana del cáncer.* https://www.cancer.org/es/saludable/encontrar-cancer-tempranamente/guias-de-la-sociedad-americana-contra-el-cancer-para-la-deteccion-temprana-del-cancer.html

American Cancer Society (ACS). (2024a). *¿Qué es el cáncer colorrectal?* https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/acerca/que-es-cancer-de-colon-o-recto.html

American Cancer Society (ACS). (2024b). *¿Qué es el cáncer de pulmón?.* https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-pulmon/acerca/que-es-cancer-de-pulmon.html

American Cancer Society. (2024c). *Factores de riesgo para el cáncer de pulmón*. https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-pulmon/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html

American Cancer Society (ACS). (2024d). *¿Qué es el cáncer de tiroides?.* https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-tiroides/acerca/que-es-cancer-de-tiroides.html

American Cancer Society. (2024e). *Pruebas para detectar el cáncer de tiroides.* https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-tiroides/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-diagnostica.html

American Cancer Society (ACS). (2024f). *Factores de riesgo para el cáncer de tiroides.* https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-tiroides/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html

American Cancer Society (ACS). (2025). *Factores de riesgo del cáncer colorrectal.* https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html

American Society of Clinical Oncology. (s.f.). *Cáncer de próstata: Factores de riesgo y prevención*. https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-pr%C3%B3stata/factores-de-riesgo-y-prevenci%C3%B3n

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). Principles of epidemiology in public health practice (3rd ed.). U.S. Department of Health and Human Services. https://stacks.cdc.gov/view/cdc/13178

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024a). *Factores de riesgo del cáncer de mama. https://www.cdc.gov/breast-cancer/es/risk-factors/index.html*

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024b). *Factores de riesgo del cáncer de próstata.* https://www.cdc.gov/prostate-cancer/es/risk-factors/index.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024c). *Información básica sobre el cáncer colorrectal*. https://www.cdc.gov/colorectal-cancer/es/about/index.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024d). *Factores de riesgo del cáncer colorrectal*. https://www.cdc.gov/colorectal-cancer/es/risk-factors/index.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024e). *Factores de riesgo del cáncer de pulmón.* https://www.cdc.gov/lung-cancer/es/risk-factors/index.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2025). *Pruebas de detección del cáncer colorrectal*. https://www.cdc.gov/colorectal-cancer/es/screening/index.html

National Cancer Institute (NCI). (2015). *Risk factors for cancer.* https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk

National Cancer Institute (NCI). (2025*). Prevención del cáncer colorrectal-Versión para pacientes.* https://www.cancer.gov/espanol/tipos/colorrectal/paciente/prevencion-colorrectal-pdq

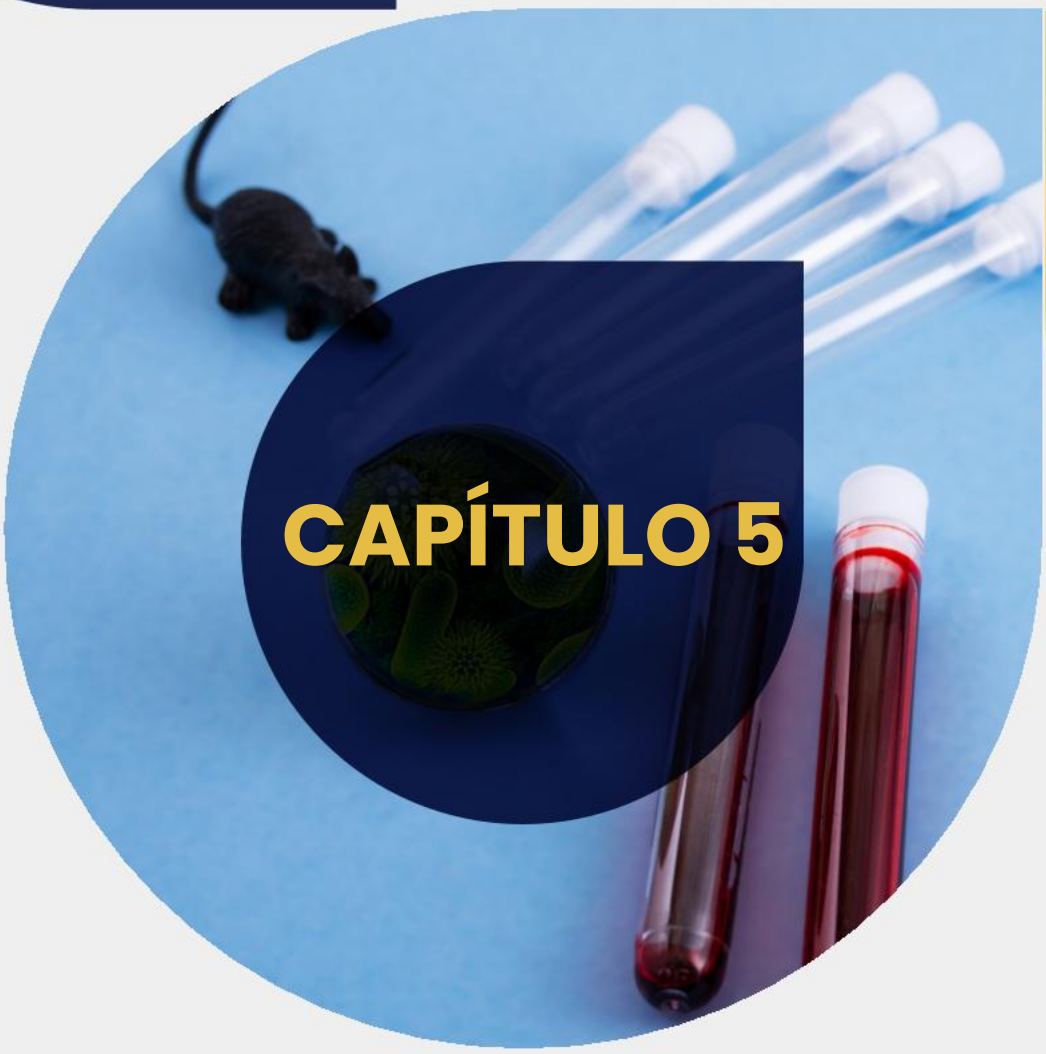
National Cancer Institute (NCI). (s.f.). *Average annual percent change (AAPC) and confidence interval.* https://surveillance.cancer.gov/help/joinpoint/setting-parameters/method-and-parameters-tab/apc-aapc-tau-confidence-intervals/average-annual-percent-change-aapc

"Ley de Registro Central de Cáncer de Puerto Rico". (2010). Ley Núm. 113 de 30 de julio de 2010. https://bvirtualogp.pr.gov/ogp/Bvirtual/leyesreferencia/PDF/Registros/113-2010.pdf

Rogers, S., Shirey, L., & Summer, L. (s.f.). *Cancer: A major national concern*. Health Policy Institute. https://hpi.georgetown.edu/cancer/

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2019). *Risk and protective factors.* https://www.samhsa.gov/sites/default/files/20190718-samhsa-risk-protective-factors.pdf

Torres-Cintrón, C., Suárez-Ramos, T., Román-Ruiz, Y., Ortiz-Ortiz, K., De Jesús-Monge, V., Gierbolini-Bermúdez, A., Zavala-Zegarra, D., & Tortolero-Luna, G. (2023). *Cáncer en Puerto Rico, 2016-2020*. Registro de Cáncer de Puerto Rico. https://estadisticas.pr/files/Inventario/publicaciones/informe%202016-2020%20-%20Espanol%20(2023Dic14).pdf



CAPÍTULO 5

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Conceptos claves

1. **Prueba IgM (*Immunoglobulin M*)**: es una prueba que puede detectar anticuerpos desarrollados por una infección que ocurrió en el pasado (NIH National Medicine Library [NLM], 2025a).
2. **Pruebas PCR (*Polymerase Chain Reaction*)**: son una forma de diagnosticar determinadas enfermedades infecciosas y alteraciones genéticas, encontrando el material genético del organismo causante de cierta enfermedad (NLM, 2024a).
3. **Sistema de vigilancia**: recopila datos de forma continua y sistemática con el propósito de monitorear eventos de salud para luego, analizar e interpretarlos con el fin planificar, implementar y evaluar intervenciones de salud pública (Hong et al., 2020).
4. **Vector**: es un organismo que transmite un patógeno, tales como una bacteria, un virus o un parásito, desde un individuo a otro (California Learning Resource Network, 2025).

Introducción

Las enfermedades infecciosas son un componente de relevancia en la salud pública que debe ser constantemente monitoreado para disminuir y mitigar consecuencias mayores en la salud poblacional (Gutiérrez & Masiá, 2016). Estas son causadas por bacterias, virus, hongos y parásitos (Mayo Clinic, 2022). Existen diversas maneras preventivas para disminuir la propagación de dichas enfermedades, tales como: la vacunación, el lavado frecuente de manos y superficies, la seguridad salubrista en el consumo de agua y alimentos, y las prácticas de sexo seguro (American Public Health Association [APHA], s.f.). Además, se pueden mitigar mediante la implementación de sistemas de vigilancia, los cuales son estructuras programáticas para identificar, recopilar, monitorear, analizar y diseminar información sobre la enfermedad de interés (Departamento de Salud de Puerto Rico [DSPR], 2023). A tales efectos, los objetivos de este capítulo son: 1) presentar el estado actual de las enfermedades infecciosas relevantes que monitorea el DSPR y 2) presentar un análisis descriptivo sobre algunas enfermedades respiratorias, infecciones de transmisión sexual (ITS), dengue, leptospirosis y enfermedades prevenibles por vacunas.

Metodología

Los datos estadísticos presentados en este capítulo fueron obtenidos de bases de datos e informes de los sistemas de vigilancia epidemiológica de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR por medio de carta oficial de solicitud por parte de la Oficina de Planificación y Desarrollo. Los periodos de tiempo presentados consistieron en el año natural por cada enfermedad, según disponibles. Los sistemas de vigilancia epidemiológica del DSPR que brindaron datos para esta versión final del capítulo fueron los siguientes: influenza, COVID-19, enfermedades de transmisión

sexual (ETS), Hepatitis C, VIH/SIDA, enfermedades arbovirales, leptospirosis y enfermedades prevenibles por vacunas.

Los análisis que se incluyen en esta sección corresponden a conteos de casos de enfermedades infecciosas. Estos representan la frecuencia con la que ocurrió una enfermedad infecciosa específica en la población de Puerto Rico. La ventaja de haber utilizado conteos de casos es que ayudan a describir la magnitud del problema y presenta el impacto en números exactos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018). Los conteos principales de casos se presentaron por las variables de años naturales, sexo, grupos de edad y regiones de servicios de salud.

Para las bases de datos que incluyeron edad como variable continua (número y no en rango), se recodificaron para que los análisis reflejen, de manera adecuada, la distribución de casos de forma consistente. En las bases o informes en que la edad se presentó en rangos, se incluyó de esa misma manera en las tablas o gráficas. Por otro lado, en las bases de datos que solo incluyeron la variable de municipio, se recodificaron a las ocho regiones de servicios de salud, de acuerdo con las especificaciones del Departamento de Salud de Puerto Rico. Algunas de las figuras en el informe incluyeron las ocho regiones: Aguadilla, Arecibo, Bayamón, Caguas, Fajardo, Mayagüez, Metropolitana, y Ponce. Sin embargo, en los casos que solo la región de servicios de salud estaba disponible en la base (y no la variable de municipio), se presentó en la forma originalmente disponible.

Análisis descriptivo

Enfermedades respiratorias

Las enfermedades respiratorias son aquellas que afectan los pulmones, las vías aéreas, los senos paranasales y/o la garganta (DSPR, 2024a). Los métodos de transmisión incluyen el contacto directo e indirecto (DSPR, 2024a). La transmisión por contacto directo ocurre cuando una persona infectada tose, estornuda o habla exhalando gotitas y partículas respiratorias que contienen el virus y que pueden ser inhaladas por otras personas o depositarse sobre sus ojos, nariz o boca (DSPR, 2024a). Por otro lado, el contacto indirecto ocurre cuando una persona toca una superficie o manipula algún objeto contaminado con el virus (DSPR, 2024a). Las enfermedades de influenza y virus respiratorio sincitial se consideran conjuntamente bajo el término de enfermedades respiratorias (DSPR, 2024a).

Influenza

La influenza es causada por un virus que afecta principalmente la nariz, la garganta y, en algunos casos, los pulmones (CDC, 2024a). Esta enfermedad es contagiosa durante los primeros tres días luego del contagio y una persona contagiada puede infectar a otra hasta un día antes de presentar síntomas (CDC, 2024a). Las personas contagiadas usualmente presentan síntomas como: tos, cansancio extremo, fatiga, dolor de cabeza, congestión nasal, dolor de garganta, vómitos y diarrea (CDC, 2024a). Aunque cualquier persona puede contraer la enfermedad, las poblaciones de 65 años o más, personas con enfermedades crónicas, mujeres embarazadas y menores de cinco años tienen un mayor riesgo de enfermarse por influenza (CDC, 2024a).

En Puerto Rico, la influenza se monitorea mediante un sistema de vigilancia que permite identificar el número de casos, los porcentajes de vacunación y el número de

fatalidades y hospitalizaciones por temporadas epidemiológicas (DSPR, 2024b). En el año 2023, se registraron 66,128 casos. En la Tabla 3.5.1 se muestra el porciento de casos de influenza para el 2023, por las variables de sexo y grupos de edad, en Puerto Rico. La mayoría de los casos se presentaron en el sexo femenino (35,173). Entre los grupos de edad de menores, el número más alto de casos ocurrió entre niños de 5 a 11 años (13,366). Mientras, en los grupos de edad de adultos, el número más alto de casos ocurrió entre personas d 25 a 34 años (7,652). Los adultos mayores, especialmente, los de 85 años o más, tuvieron menor probabilidad de infecciones por influenza (668 casos), en comparación con los otros grupos de edad.

Tabla 3.5.1

Número en casos de influenza, por las variables de sexo y edad; Puerto Rico, 2023

Grupos de edad (años)	Masculino	Femenino	Total
Menos de 5	5,250	4,406	9,656
5 a 11	7,092	6,274	13,366
12 a 17	4,938	4,210	9,148
18 a 24	2,468	2,736	5,204
25 a 34	2,954	4,698	7,652
35 a 44	2,605	4,083	6,688
45 a 54	2,197	3,254	5,451
55 a 64	1,607	2,555	4,162
65 a 74	994	1,575	2,569
75 a 84	612	952	1,564
85 o más	238	430	668
Total	30,955	35,173	66,128

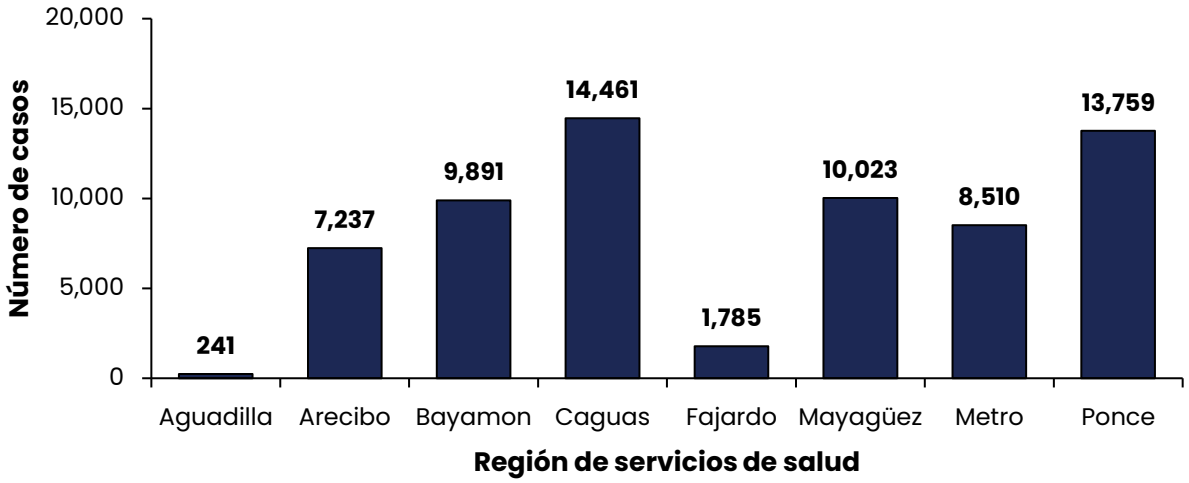
Nota: Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Influenza.

En la Figura 3.5.1., se muestra el número de casos de influenza por regiones de salud del DSPR para el año 2023. La mayor frecuencia de casos de influenza se reportó

en las regiones de salud de Caguas (14,461) y Ponce (13,759). Por otro lado, las regiones de salud de Fajardo (1,785) y Aguadilla (241) presentaron el menor número de casos de influenza.

Figura 3.5.1

Número de casos de influenza, por regiones de salud del DSPR: Puerto Rico, 2023



Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Influenza. Las regiones de salud presentadas son clasificadas por el DSPR y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Influenza. Se identificaron 221 casos de influenza, de los cuales 3 no tienen disponible su municipio de residencia y 218 no son residentes de Puerto Rico.

COVID-19

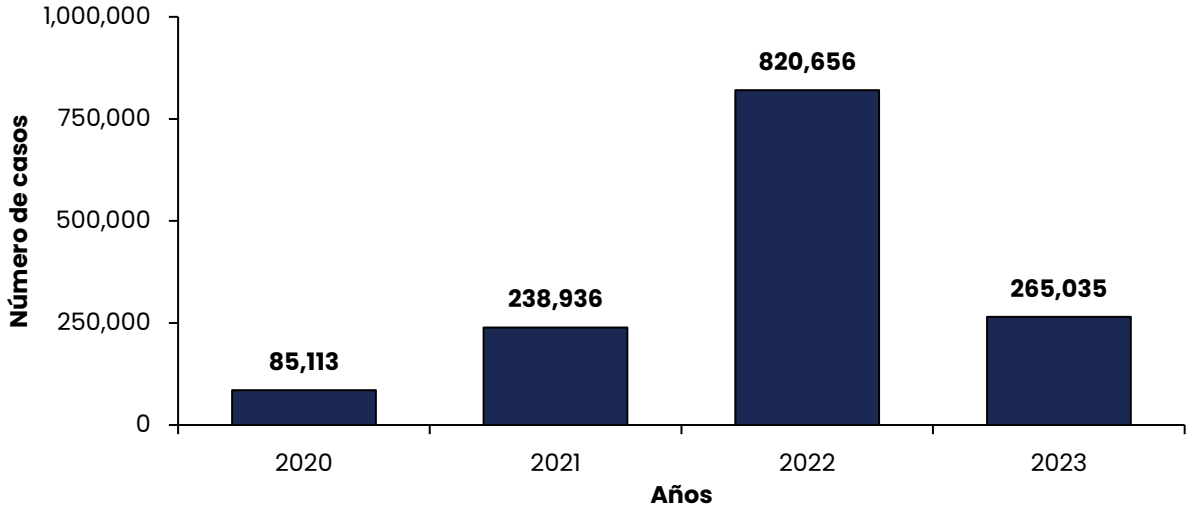
El COVID-19 es una enfermedad respiratoria, causada por el coronavirus SARS-CoV-2 (CDC, 2024b). Su modo de transmisión es por contacto con otras personas a través de pequeñas gotas que se expulsan al toser, estornudar, hablar, y quedan expuestas en los ojos, nariz o boca (CDC, 2024b). Por tanto, resulta muy fácil contagiarse si no se toman las debidas precauciones. Entre los síntomas más comunes, que pueden variar de leves a severos, están: fiebre, tos, congestión nasal, dificultad para respirar, pérdida del sentido de olfato y gusto, dolor de garganta,

escalofríos y confusión o desorientación (CDC, 2024b; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024a).

En la Figura 3.5.2 se muestra que, en Puerto Rico, durante el año 2020, se reportó el menor número de casos de COVID-19 (85,113), considerando que fue el año de inicio de la epidemia. Durante el 2021, el número de casos continuó en aumento (238,936). En el 2022, se reportó la mayor cantidad de casos (820,656), mucho más que los números de casos entre 2020 y 2021. En el 2023, ocurrió una reducción de casos (265,035), vinculada a la discontinuidad de esta pandemia (OMS, 2023).

Figura 3.5.2

Número de casos de COVID-19: Puerto Rico, 2020 al 2023



Nota. Datos obtenidos del portal "COVID-19 en cifras en Puerto Rico" del DSPR, 2020-2023, al 1 de agosto de 2024.

Durante el año 2023, se reportaron 265,035 casos. En la Tabla 3.5.2 se desglosa que la mayoría de estos casos se reportaron en mujeres y personas entre las edades de 50 a 59 años. Además, en el Figura 3.5.3 se presenta que la mayoría de los casos de COVID-19 durante el año 2023 se registraron en las regiones Metropolitana (47,066) y de Bayamón (45,605).

Tabla 3.5.2

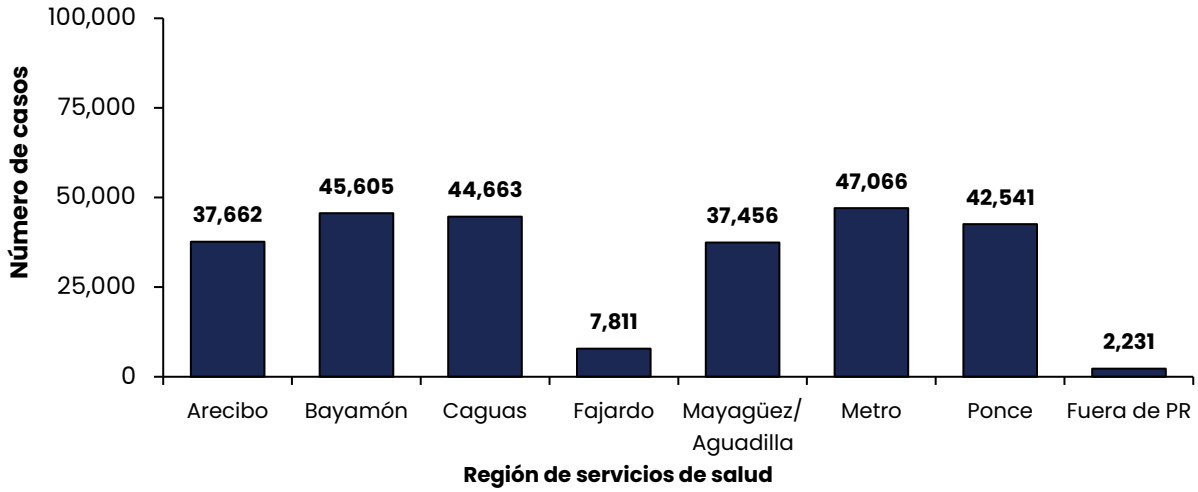
Número en casos de COVID-19, por las variables de sexo y edad: Puerto Rico, 2023

Grupos de edad (años)	Masculino	Femenino	Desconocido	Total
0 a 9	8,520	7,864	125	16,509
10 a 19	10,367	11,391	95	21,853
20 a 29	11,744	18,350	161	30,255
30 a 39	11,803	20,366	151	32,320
40 a 49	14,084	24,058	172	38,314
50 a 59	16,070	25,898	191	42,159
60 a 69	14,478	22,261	155	36,894
70 a 79	12,126	16,620	119	28,865
80 o más	7,299	10,381	74	17,754
No disponible	22	24	66	112
Total	106,513	157,213	1,309	265,035

Nota. Datos obtenidos del portal "COVID-19 en cifras en Puerto Rico" del DSPR, 2020-2023, al 1 de agosto de 2024.

Figura 3.5.3

Número de casos de COVID-19 por regiones de servicios de salud: Puerto Rico, 2023



Nota. Datos obtenidos del portal "COVID-19 en cifras en Puerto Rico" del DSPR, 2020-2023, al 1 de agosto de 2024.

Virus respiratorio sincitial

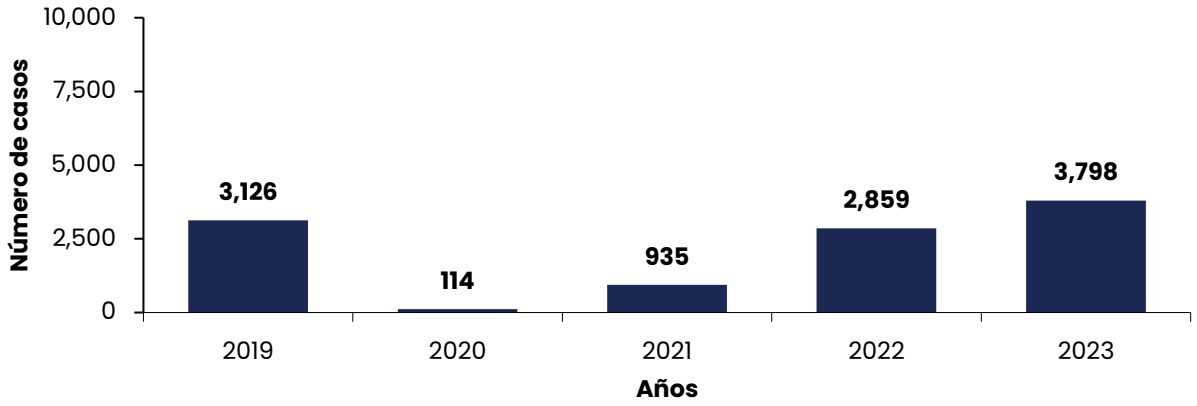
El virus respiratorio sincitial es una enfermedad respiratoria común que causa síntomas parecidos a los de un resfriado (National Library of Medicine [NLM], 2023a). A pesar de que la mayoría de las infecciones desaparecen por si solas, este virus puede provocar síntomas severos entre infantes y personas adultas mayores (CDC, 2025a). Entre los síntomas más comunes se identifican: mucosidad, falta de apetito, tos, estornudos, fiebre y sonidos agudos al respirar (CDC, 2025b). La enfermedad se puede propagar por medio de tos o estornudos de parte de una persona infectada o por contacto de superficies contaminadas con el virus (NLM 2023a).

En la Figura 3.5.4 se presenta el número de casos de virus respiratorio sincitial, en Puerto Rico, para el periodo del 2019 al 2023. El mayor número de casos de virus respiratorio sincitial se reportó en el año 2023 (3,798). En los años 2019 al 2021, se observa una drástica reducción de casos. Esto pudo deberse a la ocurrencia de

COVID-19 y su alto número de casos reportados como sospechosos y diagnosticados, ante la presencia de síntomas similares entre ambas infecciones.

Figura 3.5.4

Número de casos de virus respiratorio sincitial: Puerto Rico, 2019 al 2023

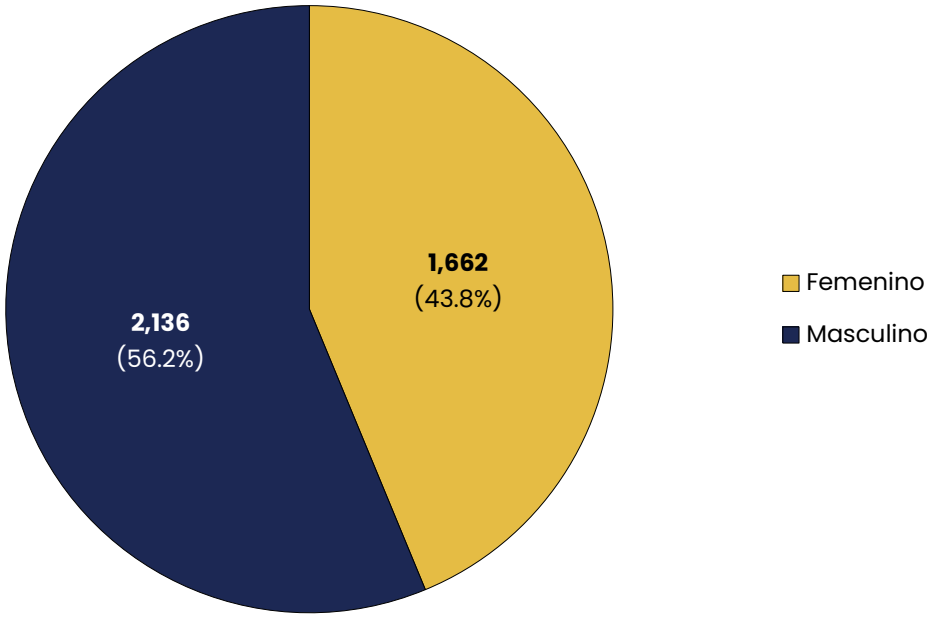


Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacunas y RSV.

En la Figura 3.5.5, se muestra el número de casos de virus respiratorio sincitial, por la variable de sexo, en Puerto Rico, en el 2023. El mayor número de casos se reportó en personas del sexo masculino (2,136 casos).

Figura 3.5.5

Número de casos de virus respiratorio sincitial, por sexo: Puerto Rico, 2023

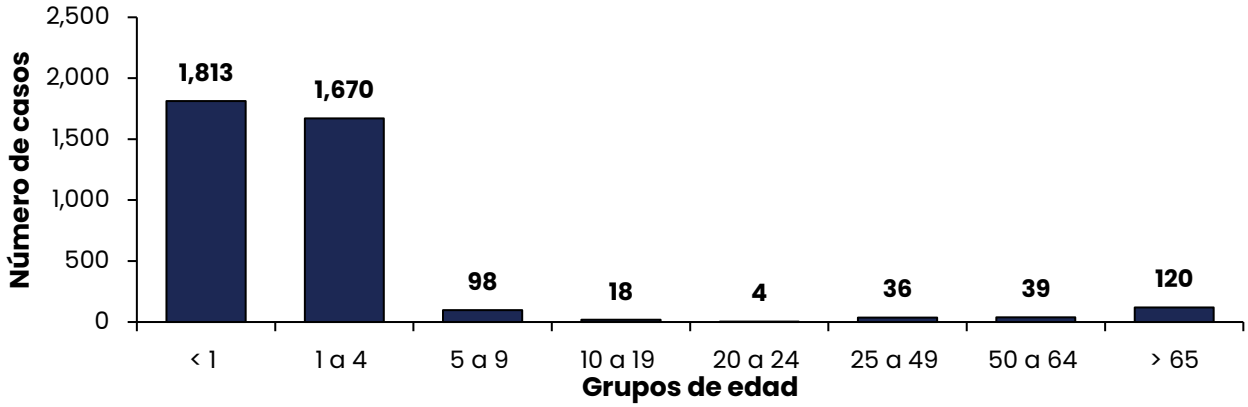


Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacunas y RSV.

En la Figura 3.5.6, se presenta el número de casos de virus respiratorio sincitial, por grupo de edad, en Puerto Rico, al 2023. Los grupos de edades que mostraron el mayor número de casos del virus respiratorio sincitial se registraron en menos de cinco años. Los menores de 1 año tuvieron el mayor número de casos (1,813), seguido del grupo de 1 a 4 años (1,670). Por otro lado, el grupo de edad de 20 a 24 años fue el de menor número de casos (4) del virus respiratorio sincitial en el 2023.

Figura 3.5.6

Número de casos de virus respiratorio sincitial, por grupos de edad: Puerto Rico, 2023

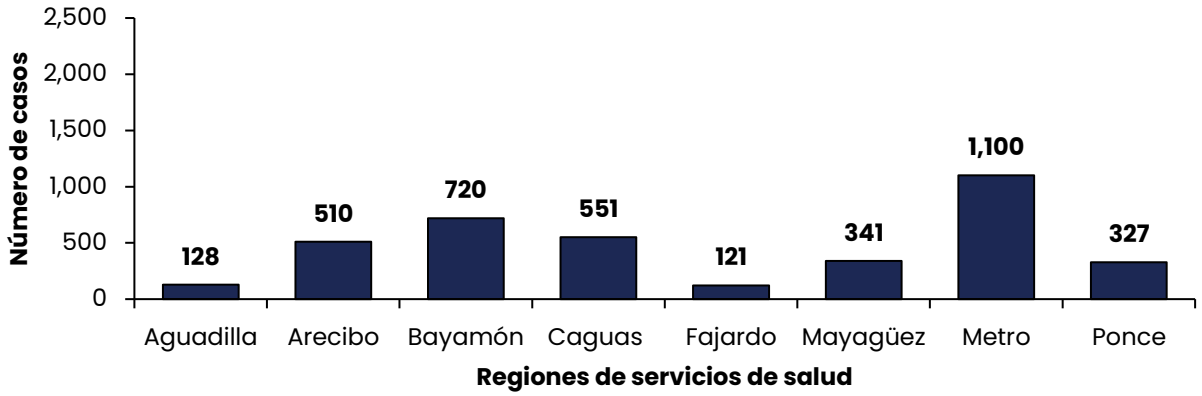


Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacunas y RSV.

En la Figura 3.5.7, se muestra el número de casos de virus respiratorio sincitial, por regiones de salud del DSPR, en Puerto Rico, al 2023. La región con el mayor número de casos para el virus respiratorio sincitial fue la Metropolitana (1,100). Mientras, las regiones con el menor número de casos fueron Fajardo (121) y Aguadilla (128).

Figura 3.5.7

Número de casos de virus respiratorio sincitial, por regiones de salud del DSPR: Puerto Rico, 2023



Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacunas y RSV.

Dengue

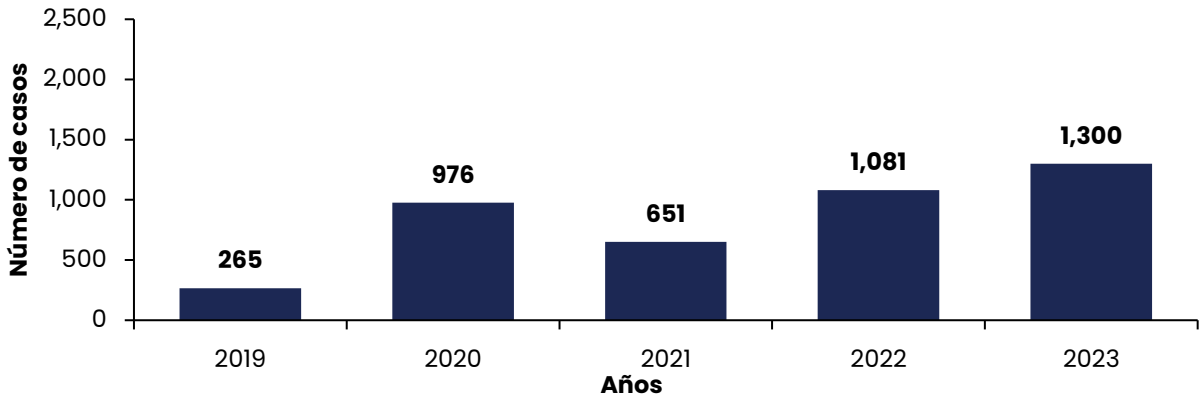
Según los CDC (2024c), el dengue es una enfermedad viral que puede ser causada por cuatro tipos de virus relacionados, es decir, dengue tipo 1, tipo 2, tipo 3 y tipo 4. El contagio del virus del dengue ocurre por picaduras de mosquitos infectados de la especie *Aedes* (*Ae. aegypti o Ae. albopictus*) (CDC, 2025c). Su transmisión es más común en áreas tropicales y subtropicales (CDC, 2024c). Estos mosquitos generalmente ponen huevos en envases que contienen agua, como baldes, recipientes y macetas (CDC, 2025c). Su síntoma más común es la fiebre, acompañada de náuseas, vómitos, sarpullidos y dolencias en diversas partes del cuerpo como: dolor en los ojos (particularmente detrás de los ojos), en los músculos, en las articulaciones y en los huesos (CDC, 2025d).

En Puerto Rico, el dengue está presente durante todo el año (Madewell et al., 2024). Anualmente, los casos de dengue se identifican a través de las pruebas de PCR (*Polymerase Chain Reaction*) e IgM (Inmunoglobulina M) (DSPR, 2024c). En la Figura 3.5.8 se presenta el número de casos de dengue, por prueba diagnóstica, en Puerto

Rico, del 2019 al 2023. Los mayores números de casos de dengue se presentaron en los años: 2023 (1,300) y 2022 (1,081).

Figura 3.5.8

Número de casos de dengue basado en pruebas diagnósticas PCR+ e IgM−: Puerto Rico, 2019 al 2023



Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Arbovirales. El número de casos presentados es la sumatoria de las pruebas diagnósticas positivas de PCR e IgM.

La Tabla 3.5.3 muestra el número de casos de dengue, por prueba diagnóstica, por las variables de sexo y grupos de edad, en Puerto Rico, para el 2023. Las personas del sexo masculino presentaron el mayor número casos de dengue (730). Mientras, tanto para mujeres como para hombres, el grupo de edad con el mayor número de casos fue el de 10 a 19 años (367)., y el de menor número de casos fue el de 80 años o más.

Tabla 3.5.3

Número de casos de dengue basado en pruebas diagnósticas PCR+ e IgM-, por las variables de sexo y edad: Puerto Rico, 2023

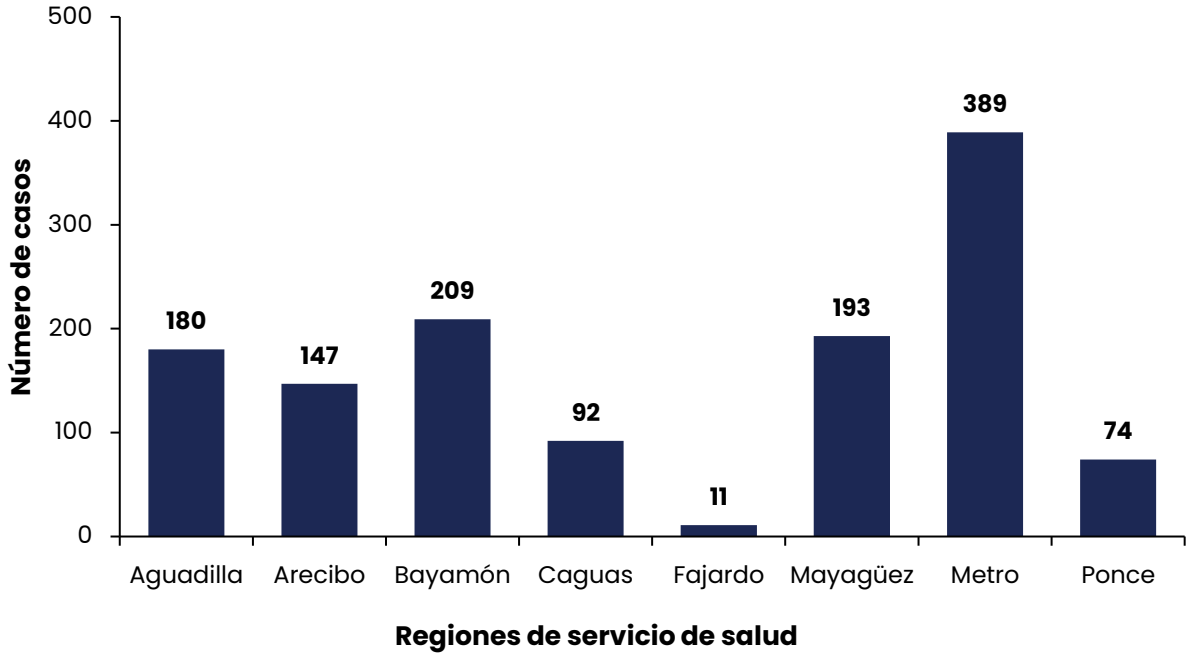
Grupos de edad (años)	Masculino	Femenino	Total
0 a 9	64	50	114
10 a 19	210	157	367
20 a 29	130	108	238
30 a 39	87	58	145
40 a 49	79	54	133
50 a 59	57	62	119
60 a 69	54	45	99
70 a 79	33	23	56
80 o más	16	13	29
Total	730	570	1,300

Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Arbovirales. El número de casos presentados es la sumatoria de las pruebas diagnósticas positivas de PCR e IgM.

La Figura 3.5.9 presenta el número de casos de dengue, por prueba diagnóstica, por las regiones de salud del DPSR para el año 2023. Se observa que los mayores números de casos de dengue corresponden a las regiones de Metro (389), Bayamón (209) y Mayagüez (193). En comparación, las regiones de Fajardo (11), Ponce (74) y Caguas (92) presentaron menores números de casos de dengue.

Figura 3.5.9

Número de casos de dengue, por prueba diagnóstica, por regiones de salud del DSPR: Puerto Rico, 2023



Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Arbovirales. El número de casos presentados es la sumatoria de las pruebas diagnósticas positivas de PCR e IgM. Se identificaron 5 casos de dengue que no tienen disponible su municipio de residencia.

Leptospirosis

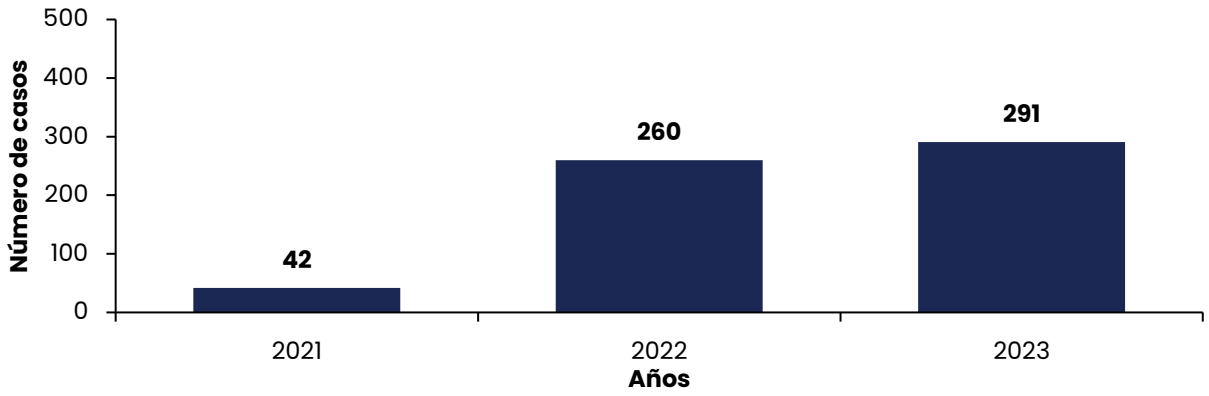
La leptospirosis es una enfermedad caracterizada por la presencia de la bacteria *Leptospira* (NLM, 2024b). La enfermedad puede transmitirse a través de animales como perros, gatos, ganado, roedores, mamíferos marinos y algunos animales salvajes, cuerpos de agua o tierra (CDC, 2018). El tiempo que una persona tarda en contraer la enfermedad es entre 2 a 30 días (CDC, 2018). Existen dos fases de síntomas: en la primera fase, la persona usualmente presenta fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, dolor muscular, vómitos y diarrea; y en la segunda fase, la persona puede presentar síntomas más severos como fallo renal o del hígado e inflamación de la membrana alrededor del cerebro y espina dorsal (CDC, 2018). La prevención de esta

enfermedad incluye mantenerse fuera de cuerpos de agua donde pudiera haber orina de animales y/o aguas que son producto de inundaciones, utilizar protección de manos y pies al trabajar con animales y no consumir agua de ríos, lagos o canales (Cleveland Clinic, 2022).

En la Figura 3.5.10 se presenta el número de casos de leptospirosis, en Puerto Rico, del 2021 al 2023. Entre 2021 y 2022 ocurrió un aumento significativo de casos (de 41 casos en 2021, a 264 en 2022) por dos posibles razones: la ocurrencia de inundaciones por el paso del huracán Fiona y la publicación de la guía para reforzar los protocolos de reportes y envíos de muestras de casos de leptospirosis (Departamento de Salud, 2022a, 2022b; Jones et al., 2024). Los casos de 2023 son mayores que los dos años previos (291), lo cual también se puede deber al refuerzo de protocolos para identificar y reportar.

Figura 3.5.10

Número de casos de leptospirosis: Puerto Rico, 2021 al 2023



Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Leptospirosis.

En la Tabla 3.5.4 se muestra el número de casos de leptospirosis, por las variables de sexo y grupo de edad, en Puerto Rico, del 2023. En el 2023, personas del sexo masculino presentaron 209 casos de leptospirosis, con mayor reporte de casos en los grupos de edad de 25 a 34 años (43)y 45 a 54 años (32). Por otro lado, las personas del sexo femenino registraron un total de 82 casos de leptospirosis con mayor frecuencia en los grupos de edad de 18 a 24 años (14) y 25 a 34 años (18).

Tabla 3.5.4

Número de casos de leptospirosis, por sexo y grupo de edad: Puerto Rico, 2023

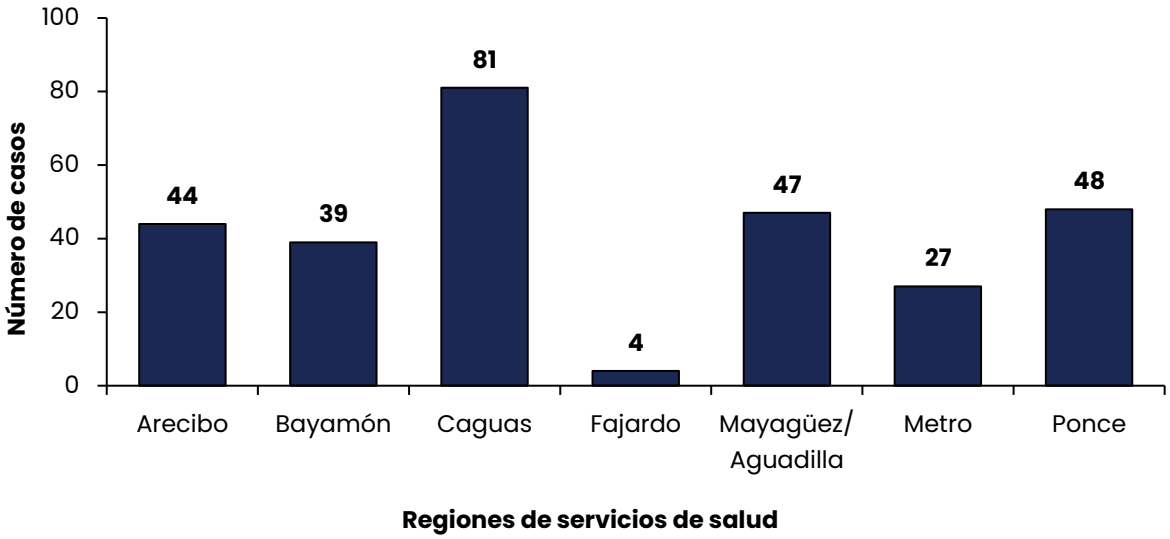
Grupo de edad (años)	Masculino	Femenino	Total
Menor de 18	13	8	21
18 a 24	15	14	29
25 a 34	43	18	61
35 a 44	27	10	37
45 a 54	32	11	43
55 a 64	29	7	36
65 a 74	30	10	40
75 a 84	17	2	19
85 o más	3	2	5
Total	209	82	291

Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Leptospirosis.

En la Figura 3.5.11 se muestra el número de casos de leptospirosis, por región de salud del DSPR, en Puerto Rico, para el 2023. Para este año, la región de salud con el mayor número de casos reportados por leptospirosis fue Caguas (81), mientras el menor número de casos se registró en Fajardo (4).

Figura 3.5.11

Número de casos de leptospirosis, por región de salud del DSPR: Puerto Rico, 2023



Nota. Los datos fueron suministrados por el Sistema de Vigilancia de Leptospirosis DSPR, 2021-2023. Un caso no tiene región asignada, por lo que no forma parte de esta figura.

Infecciones de transmisión sexual

El CDC (2024d) define las infecciones de transmisión sexual (ITS) como aquellos virus, bacterias, hongos o parásitos que pueden infectar a las personas mediante el contacto sexual. La mayoría de las ITS no provocan signos o síntomas visibles y sólo podrían identificarse mediante la realización de una prueba de detección (CDC, 2024d). Cuando una persona ya presenta signos o síntomas implica que ya existe una ITS (CDC, 2024d). Estas se propagan mediante contacto sexual, pero existen otras formas de transmisión como embarazo, parto, contacto con sangre o productos sanguíneos infectados (OMS, 2024b). Se puede reducir el riesgo de contagio al vacunarse (para algunas ITS), hacerse pruebas de detección, obtener educación sexual, utilizar adecuadamente el condón y evitar o reducir el uso de alcohol y drogas durante las relaciones sexuales (CDC, 2024e).

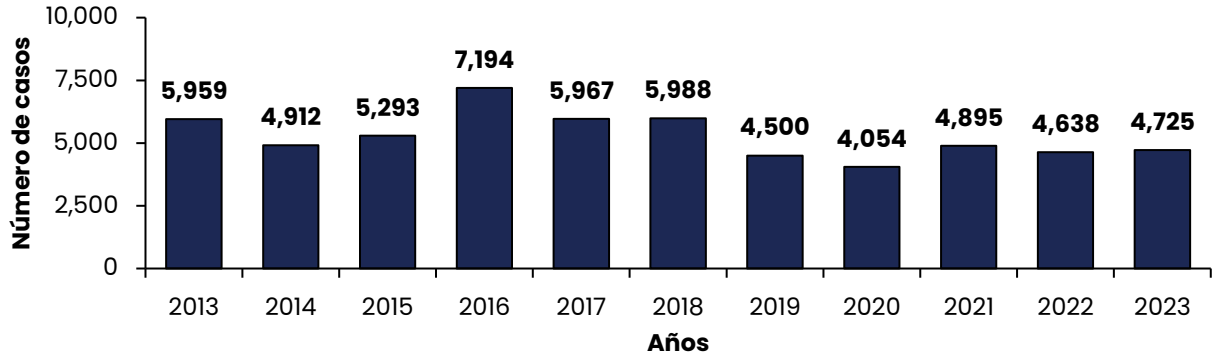
Clamidia

La clamidia es una ITS prevenible y curable que usualmente no suele causar síntomas y, de aparecer, éstos suelen ser secreciones uretrales y vaginales poco usuales (OMS, 2024c). No obstante, si esta ITS no se trata pudiera provocar problemas de salud de gravedad, tales como: enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad en personas del sexo femenino, riesgo de infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), entre otros (OMS, 2024c). En el caso de personas del sexo femenino, las infecciones por clamidia pueden causar daño permanente en el aparato reproductor femenino (CDC, 2024f). Las mujeres con síntomas de clamidia pudieran presentar secreciones vaginales anormales y sensación de ardor al orinar (CDC, 2024f). En el caso de personas del sexo masculino, la clamidia puede causar secreciones en el área genital masculina, sensación de ardor al orinar, dolor e inflamación en uno o ambos testículos (CDC, 2024f).

En la Figura 3.5.12 se presenta el número de casos de clamidia en Puerto Rico, del 2013 al 2023. La mayoría de los casos de clamidia se reportaron durante el 2016, con un total de 7,194.

Figura 3.5.12

Número de casos de clamidia: Puerto Rico, 2013 al 2023



Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades de Transmisión Sexual.

En la Tabla 3.5.5 se presenta el número de casos de clamidia, por las variables de sexo y grupo de edad, en Puerto Rico, para el 2023. Las féminas tuvieron el mayor número de casos de clamidia (3,498), en comparación con personas del sexo masculino (1,227). Por otro lado, los grupos de edad con el mayor número de casos de clamidia fueron los de 18 a 24 años (2,346) y 25 a 34 años (1,587). No se registraron casos para el grupo de 85 años o más.

Tabla 3.5.5

Número en casos de clamidia, por sexo y grupo de edad: Puerto Rico, 2023

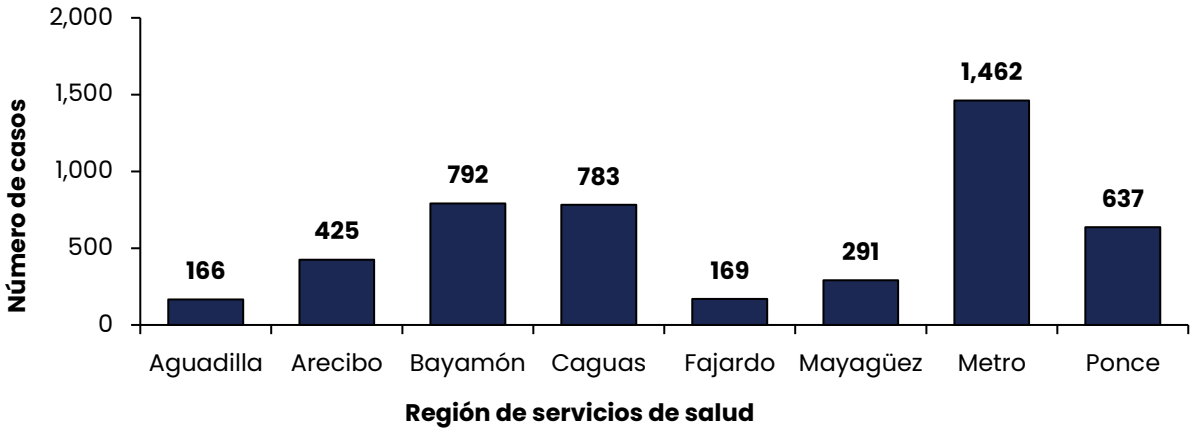
Grupo de edad	Masculino	Femenino	Total
Menor de 18	42	171	213
18 a 24	492	1,854	2,346
25 a 34	464	1,123	1,587
35 a 44	141	237	378
45 a 54	53	78	131
55 a 64	23	24	47
65 a 74	9	11	20
75 a 84	2	1	3
Total	1,226	3,499	4,725

Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades de Transmisión Sexual.

En la Figura 3.5.13, se muestra el número de casos de clamidia, por regiones de salud del DSPR, en Puerto Rico, para el 2023. La región de salud con mayor número de casos de clamidia fue la región Metropolitana (1,462). Por otra parte, las regiones de salud con el menor número de casos de clamidia fueron Fajardo (169) y Aguadilla (166).

Figura 3.5.13

Número de casos de clamidia, por regiones de salud del DSPR: Puerto Rico, 2023



Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades de Transmisión Sexual.

Gonorrea

La gonorrea es una ITS frecuente provocada por una bacteria, que se puede tratar y curar con el uso de antibióticos (OMS, 2024d). Esta infección puede afectar la garganta, el recto y los genitales (CDC, 2024g). Las infecciones por gonorrea usualmente no producen síntomas, sin embargo, la aparición de síntomas leves en mujeres puede llegar a confundirse con una infección de orina o de vejiga (CDC, 2024g). En mujeres, la gonorrea puede provocar dolor o sensación de ardor al orinar, secreciones vaginales abundantes y sangrado vaginal entre periodos menstruales (CDC, 2024g). En el caso de personas del sexo masculino, pueden presentar síntomas como sensación de ardor al orinar, secreciones (blancas, verdes o amarillas) expulsadas por el pene y en algunos casos inflamación testicular (CDC, 2024g). Otros síntomas pueden incluir: secreciones, picazón o sangrado en la zona anal y enrojecimiento, dolor o inflamación en la garganta (OMS, 2024d).

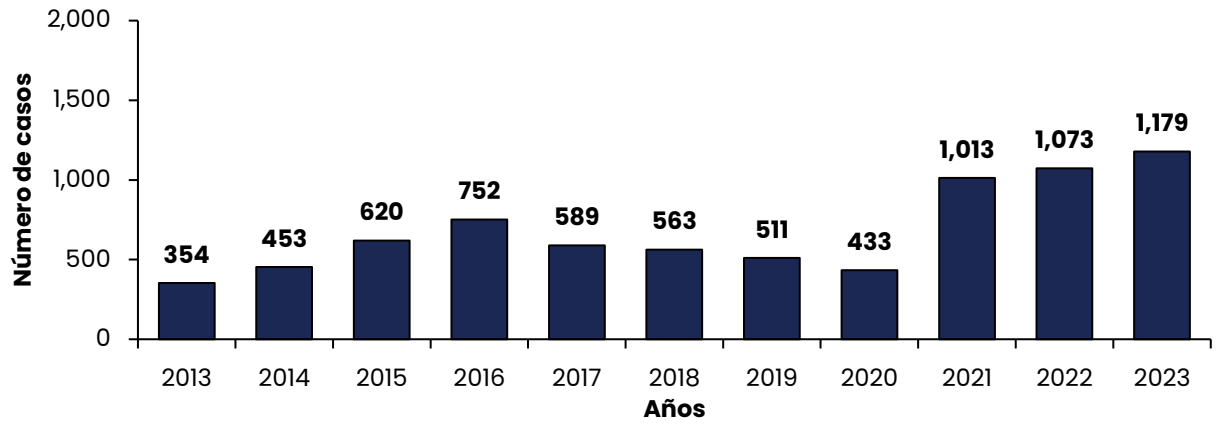
Si no se trata adecuadamente, en personas del sexo femenino, la gonorrea puede provocar problemas de esterilidad y durante el periodo de embarazo el virus

puede transmitirse al bebé (OMS, 2024d). Otras complicaciones en mujeres asociadas con esta infección incluyen: la enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, o embarazos que se desarrollan fuera del útero (CDC, 2024g). En personas del sexo masculino, las posibles complicaciones pueden incluir la inflamación del escroto, la obstrucción de la uretra e infertilidad (OMS, 2024d).

En la Figura 3.5.14, se presenta el número de casos de gonorrea, en Puerto Rico, del 2013 al 2023. Los mayores números de casos de gonorrea se reportaron en los años 2021, 2022 y 2023 (1,013, 1,073 y 1,179, respectivamente). En el año 2013 se reportó el menor número de casos de gonorrea, con un registro de 354 casos.

Figura 3.5.14

Número de casos de gonorrea: Puerto Rico, 2013 al 2023



Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades de Transmisión Sexual.

La Tabla 3.5.6 muestra el número de casos de gonorrea, por las variables de sexo y grupo de edad, en Puerto Rico, para el 2023. Las personas del sexo masculino presentaron el mayor número de casos de gonorrea (626) en comparación con personas del sexo femenino (553). Adicionalmente, los grupos de edad con el mayor número de casos de gonorrea para hombres y mujeres fueron los de 18 a 24 años

(528), seguido del grupo de edad de 25 a 34 años (412). Por otro lado, los grupos de edad con un menor número de casos para personas del sexo masculino y personas del sexo femenino fueron los de 55 a 64 años (16), 65 a 74 años (5) y 75 a 84 años (2). Por último, en el grupo de 85 años o más no se registraron casos de gonorrea.

Tabla 3.5.6

Número en casos de gonorrea, por sexo y grupo de edad: Puerto Rico, 2023

Grupo de edad	Masculino	Femenino	Total
Menos de 18	14	25	39
18 a 24	241	287	528
25 a 34	238	174	412
35 a 44	87	46	133
45 a 54	31	13	44
55 a 64	10	6	16
65 a 74	3	2	5
75 a 84	2	0	2
85 o más	0	0	0
Total	626	553	1,179

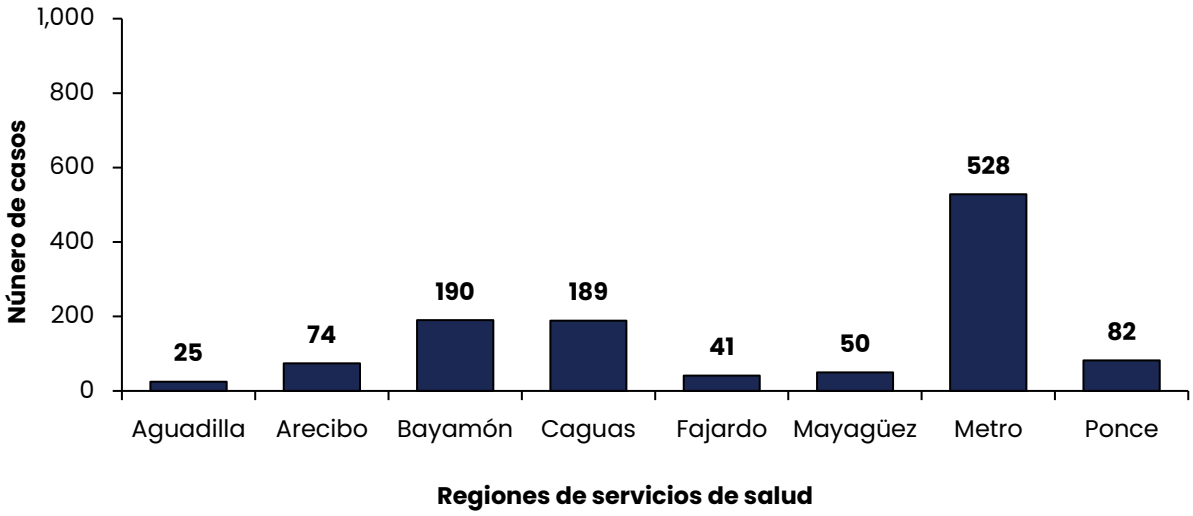
Y

Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades de Transmisión Sexual.

La Figura 3.5.15 presenta el número de casos de gonorrea, por región de salud del DSPR, en Puerto Rico, para el 2023. Se observa que la región con el mayor número de casos fue la Metropolitana (528). Por otro lado, las regiones con menos casos fueron Aguadilla (25).

Figura 3.5.15

Número de casos de gonorrea, por región de salud del DSPR: Puerto Rico, 2023



Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades de Transmisión Sexual.

Sífilis

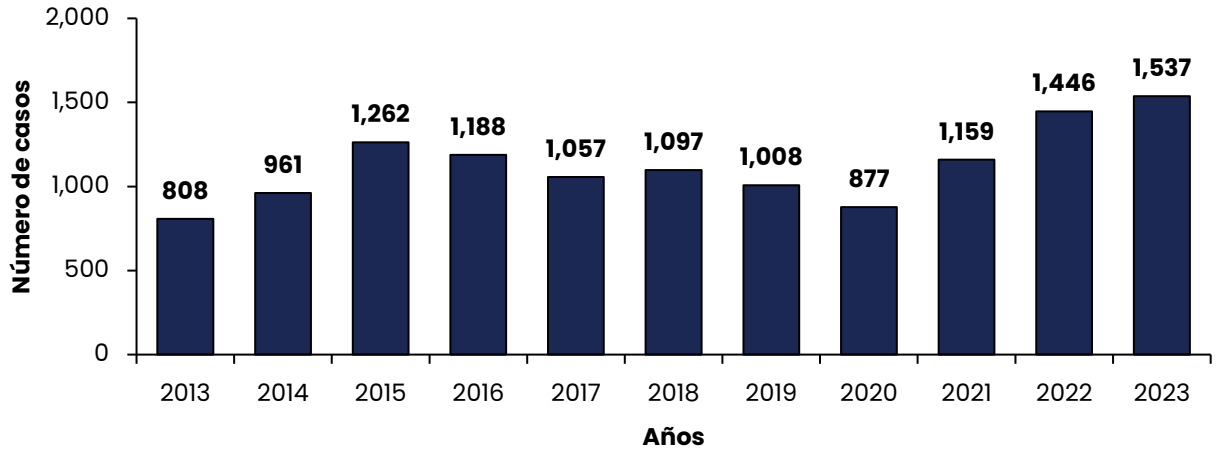
Al igual que otras infecciones de transmisión sexual, la mayoría de las personas con sífilis tampoco presentan síntomas (OMS, 2024e). Sin embargo, a diferencia de otras infecciones de transmisión sexual, en aquellos que sí presentan síntomas, la sífilis tiene etapas de progresión: primaria, secundaria, latente y terciaria (CDC, 2024h; OMS, 2024e). La fase primaria puede producir una o varias llagas, dentro, sobre o alrededor de las siguientes partes del cuerpo: labios o boca, recto, ano, vagina o pene (CDC, 2024h). Durante la fase secundaria, además de llagas puede aparecer sarpullido en la piel (CDC, 2024h). El sarpullido puede ser áspero, rojo o marrón rojizo y aparecer en la palma de las manos o plantas de los pies (CDC, 2024h). En esta segunda fase, también pueden identificarse otros síntomas tales como: fiebre, inflamación de los ganglios linfáticos, dolor de garganta, caída del cabello en algunas áreas, dolor de cabeza, pérdida de peso, dolores musculares y fatiga (CDC, 2024h). La fase latente, se identifica cuando ya no hay signos y síntomas visibles, pero se sigue

teniendo la infección en el cuerpo (CDC, 2024h). Por otro lado, la fase terciaria se identifica cuando el cuerpo presenta daños y complicaciones severas en el corazón, los vasos sanguíneos, el cerebro y el sistema nervioso (CDC, 2024h).

En la Figura 3.5.16 se presenta el número de casos de sífilis en Puerto Rico, del 2013 al 2023. Los mayores números de casos de sífilis se reportaron en el 2022 (1,446) y 2023 (1,537). Mientras, los números menores se registraron en el 2012 (808) y 2020 (877).

Figura 3.5.16

Número de casos de sífilis: Puerto Rico, 2013 al 2023



Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades de Transmisión Sexual.

La Tabla 3.5.7 muestra el número de casos de sífilis por las variables de sexo y grupo de edad, en Puerto Rico, para el 2023. Las personas del sexo masculino presentaron el mayor número de casos de sífilis (1,021) en comparación con personas del sexo femenino (516). De igual forma, los grupos de edad con los mayores números de casos de sífilis fueron los de 25 a 34 años (614) y 18 a 24 años (416). Por otro lado, los grupos de edad con los menores números de casos fueron los de 65 a 74 años (13), 75 a 84 años (2) y 85 años o más (1).

Tabla 3.5.7

Número de casos de sífilis, por sexo y grupo de edad: Puerto Rico, 2023

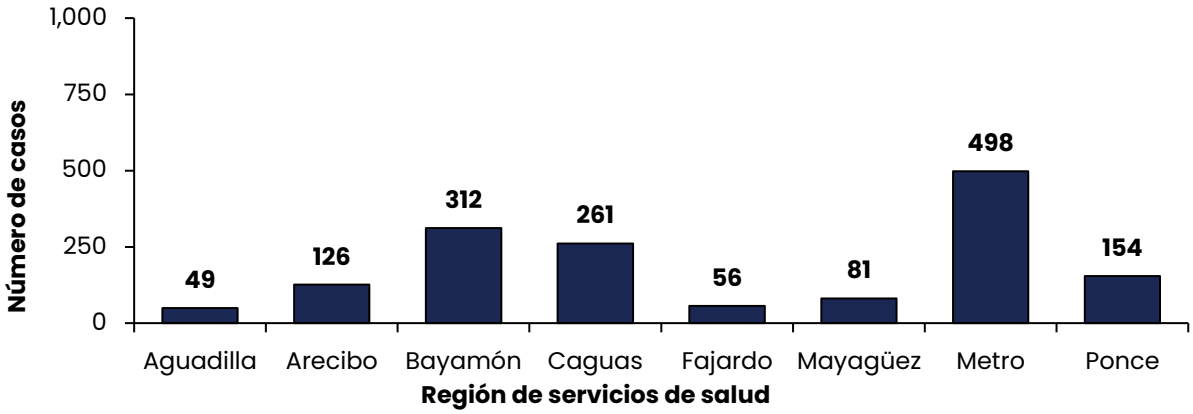
Grupo de edad	Masculino	Femenino	Total
Menor de 18	2	10	12
18 a 24	233	183	416
25 a 34	423	191	614
35 a 44	202	84	286
45 a 54	101	27	128
55 a 64	49	16	65
65 a 74	9	4	13
75 a 84	2	0	2
85 o más	0	1	1
Total	1,021	516	1,537

Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades de Transmisión Sexual.

La Figura 3.5.17 presenta el número de casos de sífilis, por región de salud del DSPR, en Puerto Rico, para el 2023. Se observa que las regiones con los mayores números de casos fueron: Metro (498), Bayamón (312) y Caguas (261). Por otro lado, las regiones con menores frecuencias de casos fueron: Mayagüez (81), Aguadilla (49) y Fajardo (56).

Figura 3.5.17

Número de casos de sífilis, por regiones de salud del DSPR: Puerto Rico, 2023



Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades de Transmisión Sexual.

Herpes simple

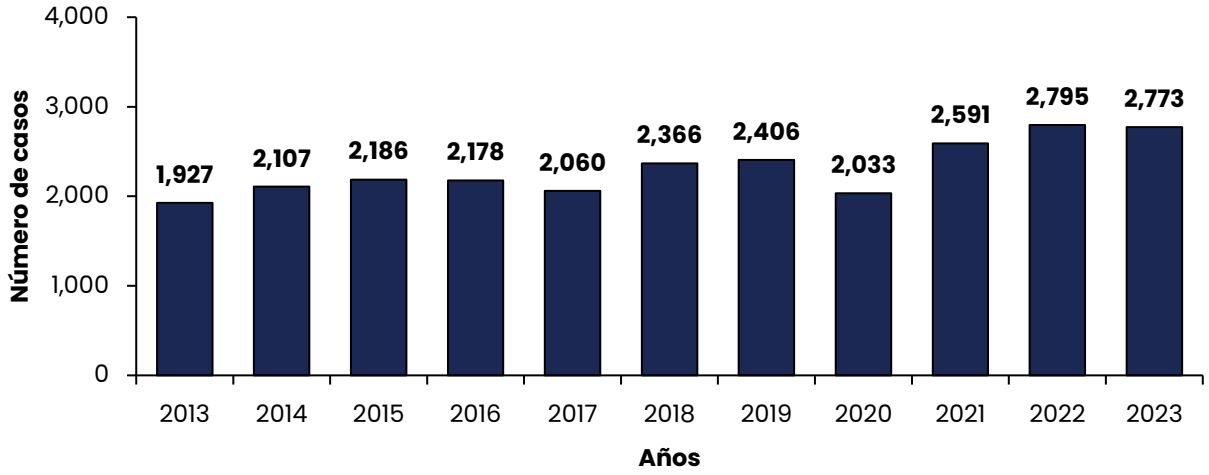
El herpes es una infección causada por el virus del herpes simple tipo 1 o tipo 2 (CDC, 2024i). El virus del herpes simple tipo 1 se transmite mayormente a través del contacto bucal, causando infecciones en la boca, mientras que el herpes simple tipo 2 se transmite por contacto sexual, causando herpes genital (OMS, 2024f). Para ambos tipos de herpes, la mayoría de las personas no presentan síntomas o se presentan de manera leve, por lo cual las personas desconocen tener el virus (CDC, 2024i). Durante un brote de herpes, la persona presenta llagas en el área genital, el recto o la boca (CDC, 2024i). Además, puede presentar otros síntomas como fiebre, dolores corporales, inflamación de ganglios, ardor o sangrado al orinar y secreciones genitales con mal olor (CDC, 2024i). Como medidas de prevención del herpes se encuentra la utilización de preservativos durante el acto sexual, evitar el contacto bucal con otras personas y precaver compartir objetos que hayan estado en contacto con saliva (OMS, 2024f).

En la Figura 3.5.18 se muestra que, para el año 2013, se reportó la menor cantidad de casos de herpes tipo 2 (1,927). Mientras, en el año 2022 se reportó el

mayor número de casos (2,795). En términos generales, se observa un aumento en el número de casos a través de estos años.

Figura 3.5.18

Número de casos de herpes simple tipo 2, en Puerto Rico: 2013 al 2023



Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades de Transmisión Sexual.

La Tabla 3.5.8 presenta el número de casos de herpes simple tipo 2, por las variables de sexo y grupo de edad, en Puerto Rico, para el 2023. El mayor número de casos de herpes simple tipo 2 se registró para las personas del sexo femenino, con 1,967 casos, de los cuales 649 se presentaron en el grupo de 25 a 34 años. A su vez, personas del sexo masculino reportaron un total de 806 casos de herpes simple tipo 2, con mayor frecuencia de casos en el grupo de edad de 25 a 34 años (255).

Tabla 3.5.8

Número de casos de herpes simple tipo 2, por sexo y grupo de edad: Puerto Rico, 2023

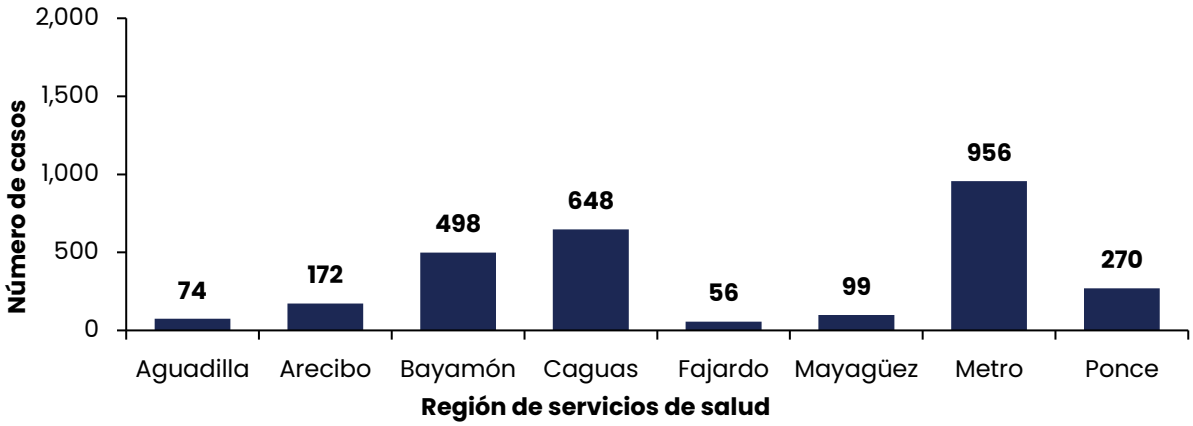
Grupo de edad (años)	Masculino	Femenino	Total
Menor de 18	4	11	15
18 a 24	71	258	329
25 a 34	255	649	904
35 a 44	145	419	564
45 a 54	120	306	426
55 a 64	125	165	290
65 a 74	64	115	179
75 a 84	17	30	47
85 o más	5	14	19
Total	806	1,967	2,773

Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades de Transmisión Sexual

En la Figura 3.5.19 se observa el número de casos de herpes simple tipo 2, por región de salud del DSPR, en Puerto Rico, para el 2023. Las regiones de salud que registraron el mayor número de casos de herpes simple tipo 2 fueron Metro (956) y Caguas (648). A su vez, las regiones de salud con menor reporte de casos de herpes simple tipo 2 fueron Aguadilla (74) y Fajardo (56).

Figura 3.5.19

Número de casos de herpes simple tipo 2, por región de salud del DSPR: Puerto Rico, 2023



Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades de Transmisión Sexual.

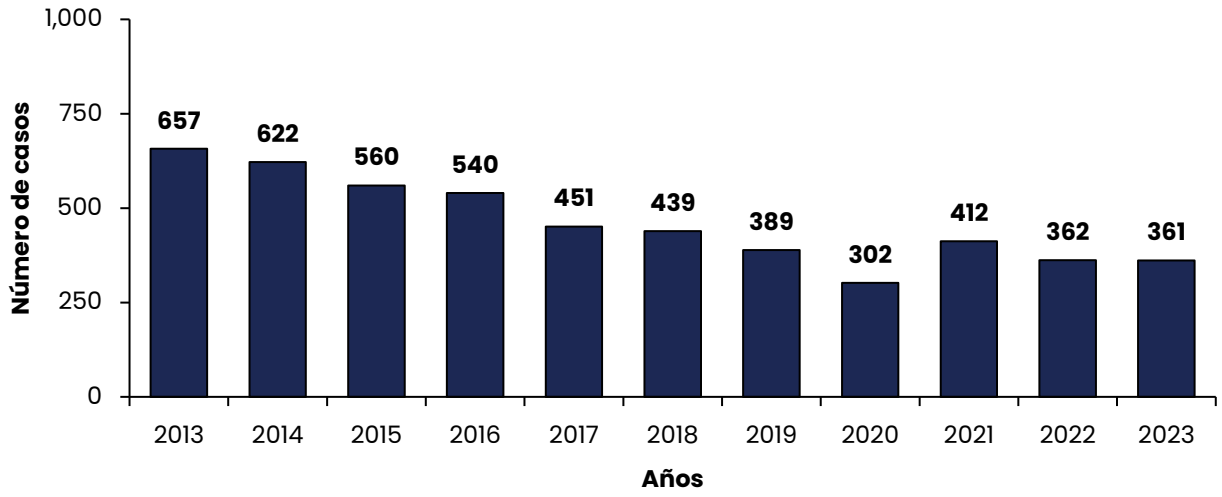
Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es una infección que ataca el sistema inmunitario y debilita las defensas para contrarrestar otras infecciones (OPS, s.f.). Además del contacto sexual sin protección, esta infección se puede transmitir por contacto con sangre o por compartir agujas o jeringuillas entre varias personas (Mayo Clinic, 2024a). A medida que el virus del VIH destruye las células inmunitarias e impide el funcionamiento normal de la inmunidad, la persona progresa poco a poco hacia una situación de inmunodeficiencia (OPS, s.f.). En los casos que las personas presentan síntomas luego de una infección por VIH, se observa fiebre, dolores en el cuerpo, sarpullidos, inflamaciones en los ganglios y nódulos linfáticos, pérdida de peso y sudoraciones nocturnas (NLM, 2025b). La fase final del virus es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, mejor conocido por sus siglas como SIDA, que ocurre cuando el sistema inmunológico continúa debilitándose con los años, aunque con tratamiento se puede prevenir dicho avance en la enfermedad (Mayo Clinic, 2024).

En la Figura 3.5.20, se presenta el número de casos diagnosticados de VIH, en Puerto Rico, del 2013 al 2023. Se observa que, durante el 2013, se reportó el mayor número de casos (657); mientras, durante el 2020, se reportó la menor frecuencia de casos diagnosticados (302).

Figura 3.5.20

Número de casos diagnosticados de VIH: Puerto Rico, 2013 al 2023

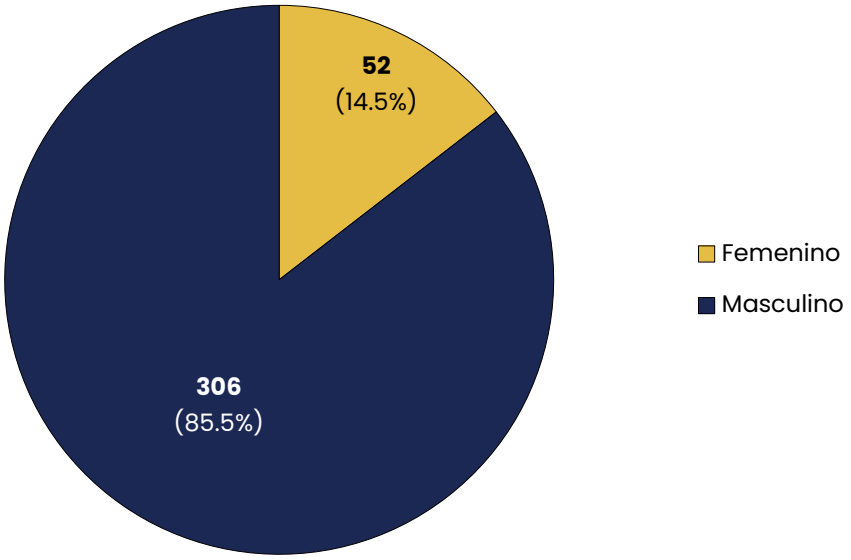


Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA.

En la Figura 3.5.21 se presenta el número total de casos diagnosticados de VIH entre personas del sexo masculino y del sexo femenino, en Puerto Rico, durante el 2023. Se observa que los hombres fueron los de mayor número de contagios por VIH (306), en comparación con personas del sexo femenino (52).

Figura 3.5.21

Número de casos diagnosticados de VIH, por sexo: Puerto Rico, 2023

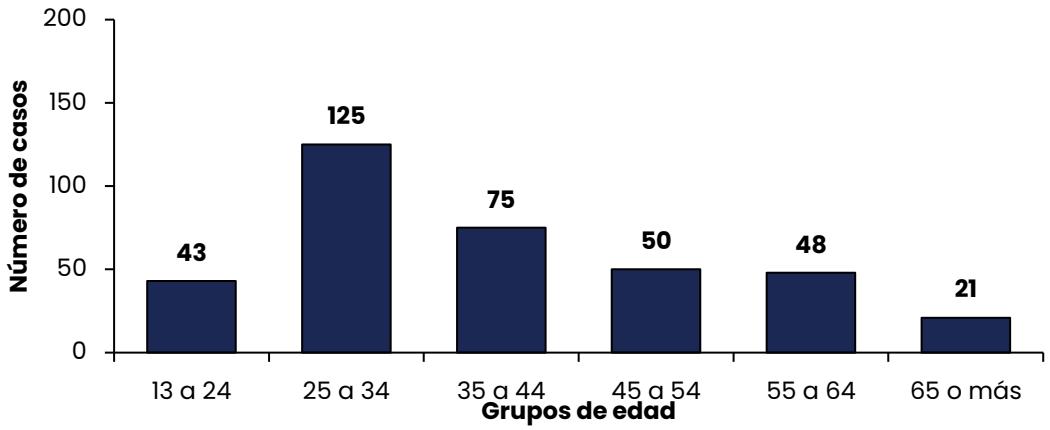


Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA. Hubo tres casos en los que no se reportó el dato sobre sexo, por lo que no forman parte de esta interpretación ni representación visual.

En la Figura 3.5.22, se presenta el número de casos diagnosticados de VIH, por grupos de edad, en Puerto Rico, para el 2023. Se observa que el grupo de edad con el mayor número de diagnósticos de VIH fue el grupo de 25 a 34 años (125). Por otro lado, el grupo de edad con el menor número de casos diagnosticados de VIH fue el de 65 año o más (21). Cabe señalar que no se registraron casos en el grupo de 0 a 12 años.

Figura 3.5.22

Número de casos de VIH, por grupos de edad: Puerto Rico, 2023

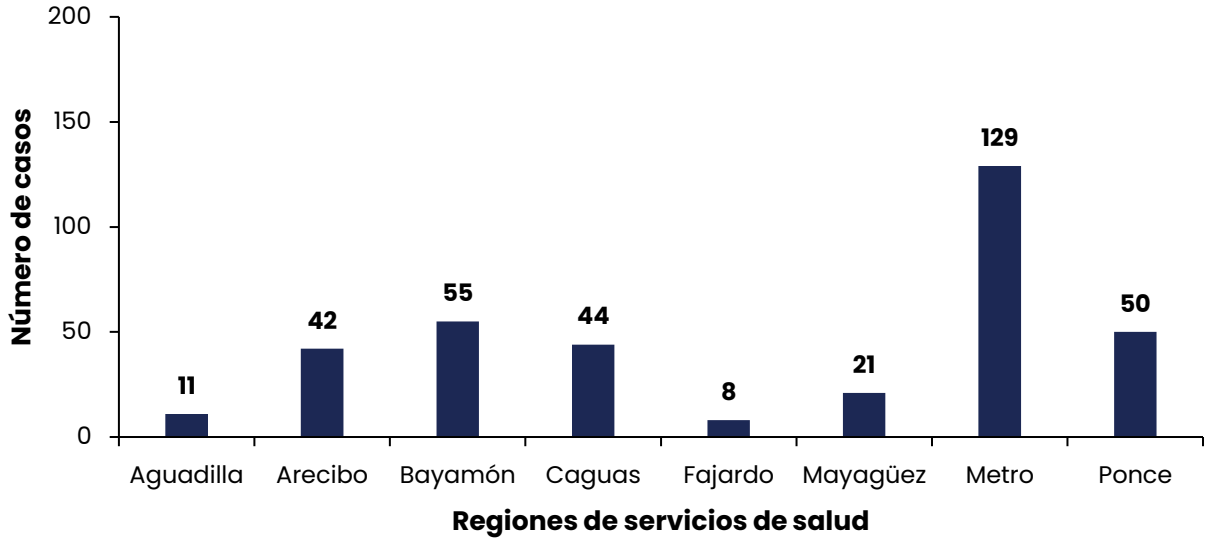


Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA.

En la Figura 3.5.23, se presenta el número de casos diagnosticados de VIH por región de salud del DSPR, en Puerto Rico, para el 2023. Se observa que la región con más casos diagnosticados de VIH fue la Metropolitana (129). Por otro lado, la región con el menor número de casos diagnosticados de VIH fue la de Fajardo (8).

Figura 3.5.23

Número de casos diagnosticados de VIH, por región de salud del DSPR: Puerto Rico, 2023



Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA. Hubo dos casos en los que no se reportó el dato sobre municipio o región, por lo que no forman parte de esta interpretación ni representación visual.

Hepatitis C

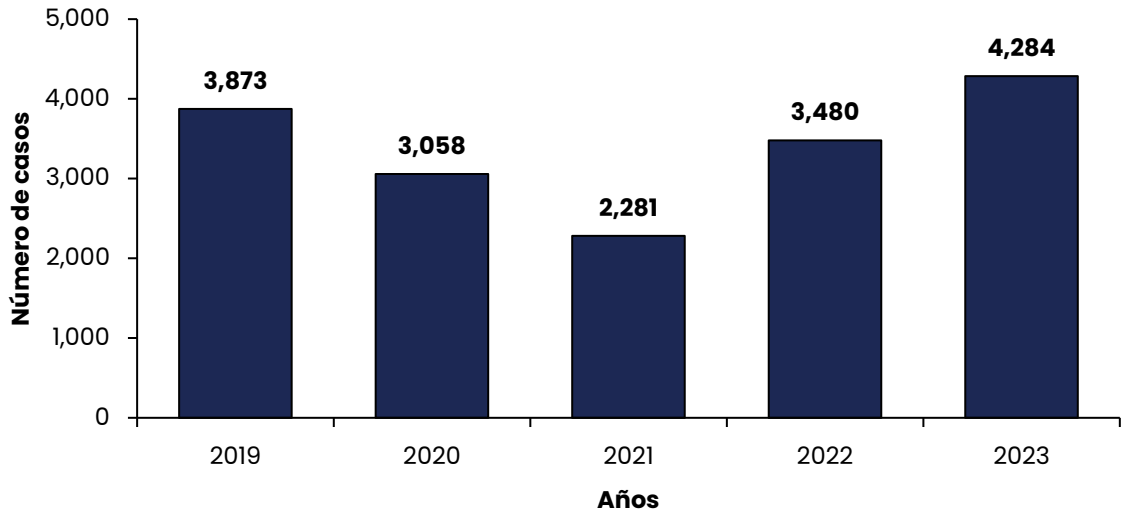
La hepatitis C es una infección viral que causa inflamación en el hígado (Mayo Clinic, 2023). Los modos de transmisión son tener contacto con sangre contaminada con el virus, transfusiones de sangre y compartir agujas o jeringuillas (CDC, 2025e; OMS, 2024g). Otras formas de transmisión pudieran ser a través de madre a hijo durante el embarazo y por prácticas sexuales en las que haya contacto con sangre infectada (OMS, 2024g). La hepatitis C no siempre presenta síntomas y las personas podrían desconocer que tienen la infección a menos que se lleven a cabo pruebas de rutina médica (OMS, 2024g). No obstante, los síntomas que pueden presentar son fiebre, cansancio, dolor abdominal, pérdida de apetito, náuseas, coloración amarilla en el cuerpo o en los ojos, orina oscura y/o heces claras (OMS, 2024g).

En promedio, un 30% de los casos de hepatitis C no progresan a ser una infección crónica (o prolongada), ya que el cuerpo puede eliminar el virus sin necesidad de tratamiento en un periodo de seis meses, mientras que el otro 70% puede evolucionar de aguda a crónica, resultando en enfermedades como la cirrosis (OMS, 2024e). Una vez se diagnostica la hepatitis C, se debe evaluar la magnitud del daño mediante la realización de una biopsia hepática o de diversas pruebas no invasivas (OMS, 2024e).

En la Figura 3.5.24, se presenta el número de casos de hepatitis C, en Puerto Rico, del 2022 al 2023. Se observa que el mayor número de casos de hepatitis C se reportó durante el 2023 con 4,284 casos. En este periodo de observa una reducción de casos hasta el 2021. Sin embargo, vuelve a ocurrir un aumento para los años 2022 y 2023. Una explicación es la implementación de la Orden Administrativa Núm. 2021-498, la cual reiteró la obligación de todo profesional de salud y laboratorios de reportar resultados de pruebas, incluyendo hepatitis C (DSPR, 2021).

Figura 3.5.24

Número de casos de hepatitis C: Puerto Rico, 2019 al 2023



Nota. Los datos fueron obtenidos del informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Hepatitis C, publicado el 31 de enero de 2024. Hasta ese momento, los casos del 2019 al 2022 se encontraban bajo revisión y la información estaba sujeta a la actualización de datos.

En la Tabla 3.5.9, se presenta el número de casos de hepatitis C por las variables de sexo y grupo de edad, en Puerto Rico, para el 2023. Se observa que el mayor número de casos de hepatitis C se reportó en personas del sexo masculino (3,286), a diferencia de personas del sexo femenino (988 casos). En cuanto a los grupos de edad, la mayor distribución de casos se reportó en el grupo de edad de 55 a 64 (1,241). Por otro lado, la menor frecuencia de casos de hepatitis C se reportó en el grupo de menores de 18 años (9).

Tabla 3.5.9

Número en casos de hepatitis C, por sexo y grupo de edad: Puerto Rico, 2023

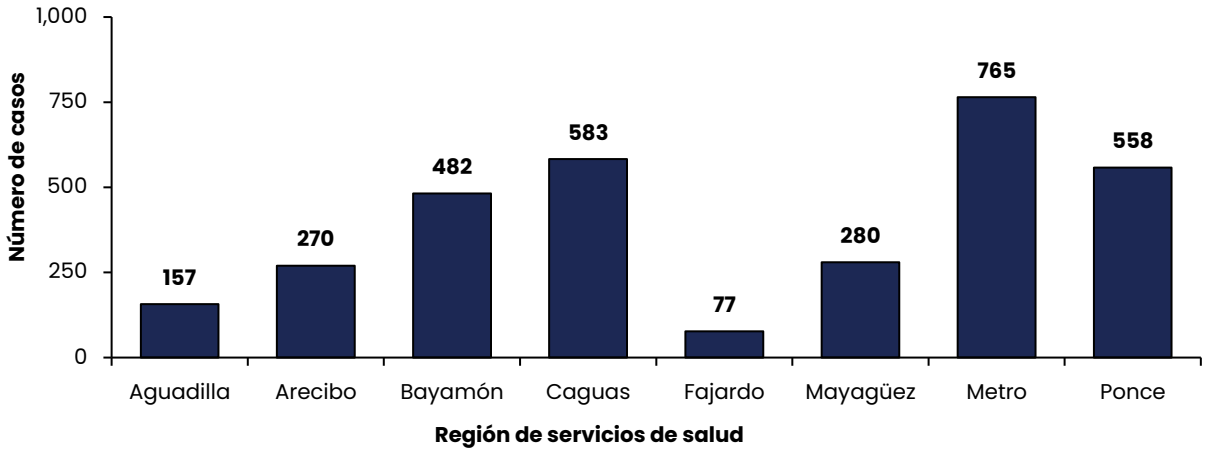
Grupo de edad (años)	Masculino	Femenino	No disponible	Total
Menor de 18	3	5	0	9
18 a 24	19	18	0	37
25 a 34	168	67	0	235
35 a 44	497	128	2	627
45 a 54	828	201	2	1,031
55 a 64	957	281	3	1,241
65 a 74	638	203	1	842
75 a 84	147	60	0	207
85 o más	11	18	0	29
No disponible	18	7	1	26
Total	3,286	988	10	4,284

Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Hepatitis C. Se identificaron 25 casos de hepatitis C en los que no está disponible su grupo de edad y 9 que no tienen disponible el dato sobre el sexo de la persona. Además, hay un caso que no tiene ninguno de los dos datos.

En la Figura 3.5.25, se presenta el número de casos de hepatitis C por región de salud del DSPR, en Puerto Rico, para el 2023. Estos datos pueden estar sesgados, porque los casos sin región asignada pueden pertenecer a cualquiera de las regiones y no se puede confirmar cuál tuvo realmente el mayor número de casos. Sin embargo, del grupo de personas para las cuales se conoce su región, se identificó que la mayor cantidad de casos están la región Metropolitana (765) y la menor cantidad de casos están en la región de Fajardo (77). Los 1,112 casos sin región asignada pudieran cambiar estas distribuciones.

Figura 3.5.25

Número de casos de hepatitis C, por región de salud del DSPR: Puerto Rico, 2023



Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Hepatitis C. Se identificaron 1,112 casos de hepatitis C en los que no está disponible su municipio o región de residencia.

Enfermedades prevenibles por vacunas

Las vacunas son utilizadas para prevenir distintas enfermedades graves que en ocasiones pueden ser mortales (CDC, 2024j). Las vacunas son administradas de acuerdo con distintos aspectos de las personas, tales como: edad, estilo de vida, condiciones de salud y donde vive (CDC, 2024j). De igual forma, seguir las indicaciones de los itinerarios y dosis, según la edad recomendada para cada tipo de vacuna, aseguraría que la práctica de la vacunación sea efectiva y continúe previniendo enfermedades potencialmente graves (CDC, 2024k). A pesar de que existen varias vacunas, en esta sección, se presentarán las distribuciones de casos por años, sexo, grupos de edad y región para las tres enfermedades prevenibles por vacunas más frecuentes durante los últimos cinco años de datos disponibles: hepatitis B, tos ferina y varicela.

Además de estas tres enfermedades, cabe señalar que, durante el periodo de años 2019 al 2023, se identificaron casos de paperas, tétanos, enfermedad

meningocócica y enfermedad neumocócica. El número de casos durante estos años se mantuvo por debajo de 15, lo cual sugiere un esfuerzo constante para mantener a la población vacunada contra estas infecciones.

Hepatitis B

La Hepatitis B es una infección del hígado, causada por la transmisión de sangre, semen o algún otro fluido corporal de una persona infectada a otra no infectada (CDC, 2025f). La enfermedad puede transmitirse a través de contacto sexual, contacto con alguna herida abierta, compartir jeringuillas, compartir un cepillo de dientes o navaja y tener algún accidente con un objeto filoso infectado (Cleveland Clinic, 2025). También, esta infección se puede transmitir durante el parto de una madre al bebé, por lo cual se recomienda tomar medicamentos antivirales para evitar la transmisión (OMS, 2024h). Algunos de los síntomas más comunes presentados en las personas infectadas son: piel amarilla, orina oscura, cansancio extremo, náusea, vómitos y dolor en el abdomen (OMS, 2024h). La vacunación es la medida de prevención más recomendada para la prevención de la Hepatitis B, desde los adultos hasta los bebés recién nacidos (OMS, 2024h).

Tos ferina

La tos ferina, también conocida como la "tos convulsiva", ocurre mediante una infección en las vías respiratorias altas (NLM, 2023b). Esta se propaga fácilmente de una persona a otra mediante estornudos o tos, cuando gotitas pequeñas que contienen la bacteria llegan y se mueven por el aire (NLM, 2023b). Los síntomas comienzan entre 5 a 10 días, presentando congestión nasal, fiebre y tos ocasional y, en caso de los bebés, puede ocasionar apnea debido a la dificultad que tienen para respirar (CDC, 2024l). La vacunación es necesaria para la prevención de esta

enfermedad, con una combinación de las vacunas DTaP y Tdap, que previenen la enfermedad del tétano y la difteria (CDC, 2024l). Se recomienda que personas de todas las edades se vacunen contra la tos ferina, particularmente, menores de un año debido a que son la población de mayor riesgo de mortalidad (CDC, 2024l).

Varicela

La varicela es una infección que presenta ampollas por todo el cuerpo, causando intensa picazón (NLM, 2023c). Esta infección es causada por la presencia del virus *varicella*-zoster, es altamente contagiosa y cualquier persona que no haya tenido el virus está en riesgo de contagiarse (CDC, 2024m). Además del sarpullido, otros síntomas incluyen: fiebre, dolor de cabeza y estómago (NLM, 2023c). Usualmente, toma dos semanas para que una persona presente síntomas de varicela luego de contagiarse y es difícil de evitar, por lo que se recomienda que las personas reciban dos dosis de la vacuna para prevenir el contagio del virus (NLM, 2023c; CDC, 2024m).

Interpretaciones conjuntas de enfermedades vacuno-prevenible

En la Tabla 3.5.10 se presenta el número de casos por enfermedades vacuno-prevenibles, en general y específicas, en Puerto Rico, para el periodo del 2019 al 2023. En términos generales, para este conjunto seleccionado de enfermedades vacuno-prevenibles, en los años 2020 y 2023 se presentaron los números de casos más drásticos, con un total de 67 casos registrados en 2020 y 325 casos registrados en 2023. Es importante señalar que durante el 2020 ocurrió el inicio del COVID-19 y esto pudo influir en un menor número de diagnósticos de estas enfermedades. Mientras, en el 2023, se observó un mayor número de casos, el cual sobrepasó sustancialmente los números de casos en años previos. En términos específicos por enfermedad, la

hepatitis B fue la de mayor ocurrencia y con necesidad de atención, pues la tendencia sugiere un aumento considerable desde el año 2019 hasta el 2023. Mientras, la tos ferina presentó fluctuaciones de aumentos y disminuciones en el número de casos, aunque en el año 2023 se reportaron menos casos que en 2019 y 2021. En cuanto a la varicela, entre 2020 y 2023, se han reportado menos casos que en el 2019, pero entre 2022 y 2023 el número de casos aumentó con comparación con 2021.

Tabla 3.5.10

Número de casos de enfermedades vacuno-prevenibles específicas: Puerto Rico, 2019 al 2023

Enfermedad prevenible por vacuna	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Hepatitis B (crónica y aguda)	21	24	68	76	249	438
Tos ferina (Pertussis)	57	18	70	36	36	217
Varicela	81	25	22	38	40	206
Total	165	67	160	150	325	861

Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacunas y RSV.

En la Tabla 3.5.11 se muestra el número de casos por enfermedades vacuno-prevenibles, por la variable de sexo, en Puerto Rico, para el 2023. El mayor número de casos de enfermedades prevenibles por vacuna se reportó en personas del sexo masculino (192), en comparación con personas del sexo femenino (133). Para ambos sexos, la enfermedad vacuno prevenible con mayor número de casos fue la hepatitis B (crónica y aguda): 159 casos en personas del sexo masculino y 90 casos en personas del sexo femenino. Además, la tos ferina afectó de manera sustancial a más personas del sexo femenino (con 25 casos); mientras, la varicela afectó a más personas del sexo masculino (con 22 casos), pero el número de casos es similar con el de personas del sexo femenino.

Tabla 3.5.11

Número de casos de enfermedades vacuno-prevenibles específicas, por sexo: Puerto Rico, 2023

Enfermedad prevenible por vacuna	Masculino	Femenino	Total
Hepatitis B (crónica y aguda)	159	90	249
Tos ferina (Pertussis)	11	25	36
Varicela	22	18	40
Total	192	133	325

Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacuna y RSV.

En la Tabla 3.5.12 se observa el número de casos por enfermedades vacuno-prevenibles, por grupo de edad, en Puerto Rico, para el 2023. Estas tres enfermedades ocurrieron más en adultos. Los casos de hepatitis B se concentraron más en las edades de 50 a 59 (61 casos). Los casos de tos ferina se mantuvieron bajos entre todos los grupos de edad, pero la mayoría también se concentran en las edades de 50 a 59 (8 casos). Por último, los casos de varicela se concentraron más en las edades de 30 a 39 años (12 casos).

En la Tabla 3.5.13 se presenta el número de casos por enfermedades vacuno-prevenibles, por regiones de salud, en Puerto Rico, para el 2023. La mayoría de los casos de hepatitis B se registraron en la región Metropolitana (107). Además, la región con más casos de tos ferina fue Arecibo (15). En cuanto a varicela, los números más alto de casos se registraron en las regiones de Ponce (14) y Metropolitana (12).

Tabla 3.5.12

Número de casos de enfermedades vacuno-prevenibles específicas, por grupo de edad: Puerto Rico, 2023

Enfermedad prevenible por vacuna	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 o más	Total
Hepatitis B (crónica y aguda)	1	2	15	25	39	61	54	40	12	249
Tos ferina (Pertussis)	1	2	2	5	6	8	5	3	4	36
Varicela	6	2	4	12	7	3	4	1	1	40
Total	8	6	21	42	52	72	63	44	17	325

Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacuna y RSV.

Tabla 3.5.13

Número de casos de enfermedades vacuno-prevenibles específicas, por región de salud del DSPR: Puerto Rico, 2023

Enfermedad prevenible por vacuna	Aguadilla	Arecibo	Bayamón	Caguas	Fajardo	Mayagüez	Metro	Ponce	Total
Hepatitis B (crónica y aguda)	11	30	29	24	5	7	107	36	249
Tos ferina (Pertussis)	3	15	4	2	0	4	8	0	36
Varicela	2	2	3	3	1	2	12	14	40
Total	16	47	36	29	6	13	127	50	325

Nota. Los datos fueron obtenidos de la División de Epidemiología e Investigación del DSPR mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacuna y RSV. Hay un caso de varicela al cual no se le asignó una región.

Limitaciones y oportunidades

En este capítulo, se identificaron algunos aspectos de mejora y oportunidad relacionados a los sesgos de datos, los sistemas de monitoreo, los métodos de prevención de enfermedades infecciosas, la educación en salud para prevenir enfermedades infecciosas y el desarrollo de políticas públicas. Sin embargo, los análisis presentados corresponden a *conteos* de casos de enfermedades infecciosas, los cuales representan la frecuencia de ocurrencia de una enfermedad infecciosa específica en la población de Puerto Rico. Esto tiene como desventaja que, al ser, una medición absoluta con los conteos, no necesariamente, se puede establecer una comparación adecuada entre dos o más grupos (OPS, 2018). Además, el conteo de casos puede verse afectado por el subreporte, en el que algunos casos no son identificados. Esto puede limitar la precisión de los datos y llevar a una subestimación de la incidencia real de las enfermedades.

Por otro lado, la disponibilidad de datos en algunas bases de datos se restringe a periodos específicos de tiempo, lo que limita la estandarización de datos en la presentación de tablas y figuras. Por ejemplo, no fue posible establecer distribución de casos de influenza a través del tiempo, porque, usualmente, se trabaja por temporadas epidemiológicas pero la base de datos correspondía solo a los casos del año natural 2023; o, que para RSV y dengue se presentan los datos desde el 2019 al 2023, mientras para leptospirosis, solo se pudieron presentar los datos desde el 2021 al 2023. Estas limitaciones temporales reducen la posibilidad de identificar tendencias a largo plazo o realizar un análisis más profundo sobre la evolución de estas enfermedades infecciosas.

Otra limitación con los datos trabajados fue la categorización de los grupos de edad. Para este informe, se realizaron recodificaciones en las categorías de edad, teniendo en cuenta el comportamiento epidemiológico y la distribución esperada de

cada enfermedad en la población. Sin embargo, una oportunidad identificada es la estandarización de la presentación en la base de datos de la variable edad, para así facilitar los procesos de categorización. Esto permitirá un enfoque más detallado en subgrupos específicos, facilitando la comparación de datos con otros estudios que utilicen categorizaciones de edad similares.

De igual manera, la representación geográfica presentó desafíos. A través de las diferentes bases de datos, se observó una diferencia en la cantidad de regiones identificadas. Esta discrepancia puede generar un panorama incompleto sobre el impacto de estas enfermedades en Puerto Rico. Sin embargo, la recategorización de municipios en algunas bases de datos permitió estandarizar las regiones para facilitar la presentación e interpretación de los datos. La integración y armonización de las bases de datos en base a las 8 regiones de servicios de salud estándar del DSPR, permitiría una visión más integral de la distribución de las enfermedades infecciosas. Esto, no solo mejoraría la representatividad de los datos, sino que también, permitiría identificar con mayor precisión las áreas que requieren atención prioritaria, facilitando intervenciones de salud pública más efectivas y focalizadas.

A partir de estas limitaciones, la reflexión correspondiente es que los sistemas de vigilancia para las distintas enfermedades infecciosas notificables presentan variabilidad en los procesos de recopilación de datos. Por tanto, cada sistema de monitoreo implementa diferentes metodologías y vigila temporadas específicas, conllevando a posibles sesgos en la información. Actualmente, mediante la Orden Administrativa (OA) Número 597 del 22 de octubre del 2024, se establece la actualización y estandarización en los procesos para reportar enfermedades de notificación obligatoria (DSPR, 2024d). Esta Orden Administrativa OA permite realizar mejorías y modificaciones a través del tiempo en la obtención de datos y monitoreo de las distintas enfermedades.

Los sistemas de vigilancia o monitoreo permiten el manejo y control de epidemias y la contención de brotes. Estas vigilancias presentan retos en las metodologías de recopilación de datos. Sin embargo, mediante el refuerzo continuo de las políticas públicas, se ha podido robustecer el monitoreo de las enfermedades infecciosas.

Por otro lado, es necesario considerar como oportunidades a futuro fomentar espacios que permitan informar a las poblaciones sobre la salud pública. Es por ello que, la educación en salud enfocada en los métodos preventivos y en la naturaleza de las enfermedades, es de carácter esencial en la respuesta de salud pública como impacto en las diversas comunidades y en los posibles aumentos de casos por alguna enfermedad infecciosa. A su vez, se considera el continuo mejoramiento y la estandarización de los procesos para recopilar datos, diversificar las estrategias de educación en salud ajustadas y adaptadas a las distintas poblaciones.

Referencias

American Public Health Association. (s.f.). *Communicable disease*. https://www.apha.org/topics-and-issues/communicable-disease

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2018). *Leptospirosis: Hoja informativa para médicos*. https://www.cdc.gov/leptospirosis/pdf/fs-leptospirosis-clinicians-esp-us-508.pdf

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024a). *Acerca de la influenza.* https://www.cdc.gov/flu/es/about/acerca-de-la-influenza.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024b). *About COVID-19.* https://www.cdc.gov/covid/about/index.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024c). *Acerca del dengue*. https://www.cdc.gov/dengue/es/about/acerca-del-dengue.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024d). *About sexually transmitted infections (STIs).* https://www.cdc.gov/sti/about/index.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024e). *How to Prevent STIs.* https://www.cdc.gov/sti/prevention/index.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024f). *Acerca de las infecciones por clamidia*. https://www.cdc.gov/chlamydia/es/about/acerca-de-las-infecciones-por-clamidia.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024g). *Acerca de la gonorrea*. https://www.cdc.gov/gonorrhea/es/about/acerca-de-la-gonorrea.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024h). *Acerca de la sífilis*. https://www.cdc.gov/syphilis/es/about/acerca-de-la-sifilis.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024i). *Acerca del herpes genital*. https://www.cdc.gov/herpes/es/about/acerca-del-herpes-genital.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024j). *Vaccines and the diseases they prevent*. https://www.cdc.gov/vaccines/by-disease/index.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024k). *Vaccine schedules*: *Childhood vaccines.* https://www.cdc.gov/vaccines-children/schedules/index.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024l). *Symptoms of whooping cough*. https://www.cdc.gov/pertussis/signs-symptoms/index.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024m). *About Chickenpox*. https://www.cdc.gov/chickenpox/about/index.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2025a). *Respiratory syncytial virus.* https://www.cdc.gov/rsv/about/index.html#cdc_disease_basics_treatment-rsv-can-be-dangerous-for-infants-and-older-adults

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2025b). *Symptoms and care of RSV.* https://www.cdc.gov/rsv/symptoms/index.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2025c). *Como se propaga el dengue*. https://www.cdc.gov/dengue/es/transmission/como-se-propaga-el-dengue.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2025d). *Síntomas del dengue y pruebas de detección*. https://www.cdc.gov/dengue/es/signs-symptoms/sintomas-del-dengue-y-pruebas-de-deteccion.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2025e). *Hepatitis C Basics*. https://www.cdc.gov/hepatitis-c/about/index.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2025f). *Hepatitis B Basics.* https://www.cdc.gov/hepatitis-b/about/index.html

Cleveland Clinic. (2022). *Leptospirosis*. https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/24021-leptospirosis

Cleveland Clinic. (2025). *Hepatitis B.* https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/4246-hepatitis-b#symptoms-and-causes

California Learning Resource Network. (2025). *What is a vector biology?* https://www.clrn.org/what-is-a-vector-biology/

Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR). (2021). Orden administrativa núm. 2021-498. https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/3634

Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR). (2022a). Salud alerta sobre riesgos por leptospirosis ante las inundaciones dejadas por el fenómeno atmosférico Fiona *[comunicado de prensa]*. https://www.salud.pr.gov/menuInst/download/1386

Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR). (2022b). *Guía corta de vigilancia epidemiológica y manejo clínico para leptospirosis.* https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/6585

Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR). (2023). *Sistema de vigilancia sindrómica*. https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/8098

Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR). (2024a). Guía para la prevención y control de enfermedades respiratorias infecciosas: Enfermedad del COVID-19, influenza y virus respiratorio sincitial (VRS). https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/9041

Departamento de Salud de Puerto Rico (2024b). *Vigilancia Influenza: Semana epidemiológica número 43*. https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/9455

Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR). (2024c). *Guía para realizar la orden de pruebas para el diagnóstico de dengue en Puerto Rico*. https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/9462

Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR). (2024d). *Orden administrativa Núm. 597*. https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/9388

Gutiérrez, F., & Masiá, M. (2016). La enseñanza de las enfermedades infecciosas en el grado de Medicina en el marco del espacio europeo de educación superior. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 34*(6), 372-383. doi:10.1016/j.eimc.2015.01.016

Hong, R., Walker, R., Hovan, G., Henry, L., & Pescatore, R. (2020). The power of public health surveillance. *Delaware Journal of Public Health*, *6*(2), 60–63. https://doi.org/10.32481/djph.2020.07.016

Jones, F. K., Medina, A. G., Ryff, K. R., Irizarry-Ramos, J., Wong, J. M., O'Neill, E., Rodríguez, I. A., Cardona, I., Hernández, L., Hernández-Romieu, A. C., Phillips, M. T., Johansson, M. A., Bayleyegn, T., Atherstone, C., DeBord, K. R., Negrón, M. E., Galloway, R., Adams, L. E., & Marzán-Rodríguez, M. (2024). Leptospirosis outbreak in aftermath of Hurricane Fiona - Puerto Rico, 2022. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, *73*(35), 763–768. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7335a2

Madewell, Z. J., Hernández-Romieu, A. C., Wong, J. M., Zambrano, L. D., Volkman, H. R., Pérez-Padilla, J., Rodríguez, D. M., Lorenzi, O., Espinet, C., Muñoz-Jordán, J., Frasqueri-Quintana, V. M., Rivera-Amill, V., Alvarado-Domenech, L. I., Sainz, D., Bertran, J., Paz-Bailey, G., & Adams, L. E.(2024). Sentinel enhanced dengue surveillance system — Puerto Rico, 2012–2022 (pp. 1-29). *MMWR Surveill Summ*. http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss7303a1

Mayo Clinic. (2022). *Enfermedades infecciosas*. https://www.mayoclinic.org/esapha/diseases-conditions/infectious-diseases/symptoms-causes/syc-20351173

Mayo Clinic. (2023). *Hepatitis C*. https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/hepatitis-c/symptoms-causes/syc-20354278

Mayo Clinic. (2024). *VIH/SIDA*. https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/hiv-aids/symptoms-causes/syc-20373524

National Library of Medicine (NLM). (2023a). *Virus respiratorio sincitial*. https://medlineplus.gov/spanish/respiratorysyncytialvirusinfections.html

National Library of Medicine (NLM). (2023b). *Tos ferina*. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001561.htm

National Library of Medicine (NLM). (2023c). *Varicela*. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001592.htm

National Library of Medicine (NLM). (2024a). *Pruebas de PCR.* https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/pruebas-de-pcr/

National Library of Medicine (NLM). (2024b). *Leptospirosis*. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001376.htm

National Library of Medicine (NLM). (2025a). *Prueba de sangre de inmunoglobulinas.* https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-de-sangre-de-inmunoglobulinas/

National Library of Medicine (NLM). (2025b). *HIV - Also called: Acquired immunodeficiency syndrome, AIDS, Human immunodeficiency virus*. https://medlineplus.gov/hiv.html

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023, 5 de mayo). Declaración acerca de la decimoquinta reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19). https://www.who.int/es/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024a). *Coronavirus: Síntomas.* https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_3

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024b). *Infecciones de transmisión sexual (ITS)*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024c). *Clamidiosis*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chlamydia

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024d). *Gonorrea (infección por Neisseria ginorrhoeae)*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gonorrhoea-(neisseria-gonorrhoeae-infection)

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024e). *Sífilis*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/syphilis

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024f). *Virus del herpes simple*.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024g). *Hepatitis C*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024h). *Hepatitis B*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2018). *Indicadores de salud: Aspectos conceptuales y operativos.* https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49058/9789275320051_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s.f.). *VIH/SIDA*. https://www.paho.org/es/temas/vihsida



SALUD MENTAL

Conceptos claves

1. **Conductas autolesivas no suicidas:** se refiere a toda conducta intencionalmente destinada a producirse daño físico en el cuerpo, sin la intención de provocar la muerte (por ejemplo: cortarse con objetos afilados para atravesar o lastimar la piel, quemarse con algo caliente como cigarrillos, fósforos u objetos afilados calentados, o con productos químicos como productos de limpieza para el hogar, golpearse con objetos sólidos, como golpear una pared, lo que puede provocar lesiones por impacto, y rascarse o frotarse la piel provocando daños) (Cleveland Clinic, 2023).
2. **Enfermedad mental severa:** se refiere a trastornos mentales severos en las personas de dieciocho (18) años o más, quienes en cualquier momento durante el año anterior, han tenido un trastorno mental, emocional o de comportamiento, de suficiente duración, como para cumplir con los criterios diagnósticos establecidos en el Manual diagnósticos y estadísticos de enfermedades mentales (*DSM*, por sus siglas en inglés), el Código Internacional de Diagnósticos (*ICD*, por sus siglas en inglés) o el *"Code of Procedural Terminology"* (*CPT*), que haya resultado en un impedimento funcional que interfiera sustancialmente y/o limitado una o más actividades principales de la vida diaria (Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción [ASSMCA], 2015, p.13).
3. **Trastornos mentales:** Cualquier condición que se caracteriza por disturbios cognitivos y emocionales, comportamiento anormal, deterioro del funcionamiento o cualquier combinación de estos (American Psychological Association (APA), 2018a).

Introducción

La salud mental se ha definido como un estado de bienestar que permite a las personas enfrentar los momentos estresantes de la vida, desarrollar al máximo sus

habilidades y aprender y trabajar adecuadamente contribuyendo a la mejora de su comunidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025). Así mismo, la salud mental forma parte esencial del bienestar general y de la salud física, sustentando la capacidad para tomar buenas decisiones y establecer relaciones y vínculos saludables (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2025; Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.f.-a). Por otro lado, la salud mental también se considera un elemento medular para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico, siendo un derecho fundamental (OPS, s.f.-a).

Las situaciones de salud mental incluyen aspectos diversos, tales como: discapacidades psicosociales, trastornos mentales, discapacidades funcionales, estados mentales asociados a un alto grado de angustia y riesgos de conductas autolesivas (OMS, 2025). Estas situaciones afectan a una de cada ocho personas en el mundo, con repercusiones sobre la salud física, el bienestar, las relaciones y los mecanismos de subsistencia (OMS, 2022a, 2023). De hecho, según la Organización mundial de la salud (OMS) (2022b), las personas con enfermedades mentales severas suelen morir de manera prematura (entre 10 a 20 años antes que la población general), debido a enfermedades físicas que son prevenibles.

Diversas condiciones externas a las personas pueden impactar el equilibrio emocional de estas (OMS, 2022a). Por ejemplo, están las dificultades económicas, el desempleo, la pobreza, la escasez de viviendas asequibles, la falta de oportunidades educativas y las barreras para el acceso a servicios de salud mental (OMS, 2022a). A su vez, diversos factores como la genética, el abuso de sustancias y diversas habilidades emocionales, pueden hacer más vulnerables a ciertas personas a padecer de problemas de salud mental (OMS, 2025).

Por tanto, este capítulo tiene como objetivos: 1) presentar números de reclamaciones por diagnóstico de salud mental, según la Administración de seguros

de salud de Puerto Rico (ASES), (2) describir datos sobre perfiles sociodemográficos de los servicios de salud mental que se ofrecen en programas de tratamiento de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) en Puerto Rico y, 3) presentar datos sobre perfiles sociodemográficos de suicidios en Puerto Rico, según recopilados por la Comisión para la Prevención del Suicidio (CPS), así como de llamadas por situaciones suicidas, según presentados por la ASSMCA.

Metodología

Los datos estadísticos de salud mental presentados en este capítulo se obtuvieron mediante acceso público a las siguientes páginas *Web* oficiales: Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR), Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) (incluyendo las estadísticas de la Línea PAS adscrita a la ASSMCA) y Comisión para la Prevención del Suicidio (CPS). Por otra parte, se solicitaron datos mediante carta oficial por parte del DSPR a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES).

Análisis descriptivo

Atención de la salud mental en Puerto Rico

En Puerto Rico, varias agencias se encargan de la atención de la salud mental de la población. Por ejemplo, la ASES, creada en virtud de la Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, tiene como responsabilidad implantar, administrar y negociar los contratos de servicios de salud del plan de seguro del Gobierno de Puerto Rico ("Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES)", 1993). Esta agencia está comisionada para salvaguardar el acceso al cuidado médico y hospitalario de los participantes de la cubierta pública para que logren acceso a cuidados de calidad (Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES)", 1993). Por otro lado, la ASSMCA, creada mediante la Ley de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción, es la agencia encargada de implementar los programas y servicios relacionados con la salud mental, los trastornos de uso de alcohol y otras sustancias en Puerto Rico (Ley de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción, 1993). Asimismo, la Comisión para la Prevención del Suicidio, creada mediante la Ley 227 del 12 de agosto de 1999, y en interdependencia con el DSPR, la ASES y la ASSMCA, es la agencia encargada de prevenir el comportamiento suicida y producir datos confiables de esta problemática en Puerto Rico (Ley para la Implantación de la Política Pública en Prevención del Suicidio, 1999). Estas tres dependencias desempeñan un rol importante para impulsar un sistema preventivo y de mitigación de afecciones como solución ante problemas de salud mental (ASES, 2022a; ASSMCA, 2023; Comisión para la Prevención del Suicidio [CPS], 2024a). Los enfoques de prevención e intervención en crisis subyacen primordialmente en los programas y servicios que ofrecen dichas agencias (ASES, 2022a; ASSMCA, 2023; CPS, 2024a).

Reclamaciones por diagnóstico de salud mental, según la Administración de seguros de salud de Puerto Rico (ASES)

La Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) está a cargo de coordinar con las aseguradoras de servicios médicos los sistemas de seguros de salud que permitan a la población tener acceso a atención médica sin importar el estatus económico y capacidad de pago (ASES, 2022b). A su vez, ASES gestiona el monitoreo, la evaluación y la fiscalización de las reclamaciones por diagnóstico que se realizan en las aseguradoras de servicios de salud (ASES, 2022b).

En la Tabla 3.6.1 se muestra el número de reclamaciones por diagnóstico primario asociado a trastornos de salud mental, en Puerto Rico, durante el periodo de tiempo del 2019 al 2023. Los datos aquí presentados corresponden a la información provista por ASES, e incluyen los siguientes seguros médicos: *First Medical Health Plan, Inc.*, Humana, *MCS*, *MMM*, Plan de Salud del Hospital de Menonita, Triple-S y *Medicare*. La mayor frecuencia de reclamaciones de las aseguradoras médicas antes mencionadas, por diagnóstico primario asociado a trastornos de salud mental, se registraron para las categorías de trastorno del ánimo (1,219,499) y trastorno de ansiedad (383,938). Para el 2023, los mayores números de reclamaciones a las aseguradoras médicas incluidas en ASES, por diagnóstico primario asociado a trastornos de salud mental se reportaron en: trastornos del ánimo (264,661), trastorno de ansiedad (104,291) y trastorno por déficit de atención y conducta disruptiva (45,341).

Tabla 3.6.1

Número de reclamaciones por diagnóstico primario asociado a trastorno de salud mental, reportados por ASES en Puerto Rico, durante el periodo 2019 al 2023

Diagnóstico primario	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Trastorno de ajuste	4,046	4,643	24,852	34,916	29,555	98,012
Trastorno de ansiedad	37,197	43,877	96,915	101,658	104,291	383,938
Trastorno por déficit de atención y conducta disruptiva	1,139	907	42,680	46,345	45,341	136,412
Trastorno del control de impulsos no clasificados en otra parte	292	290	1,457	1,787	2,040	5,866
Trastorno del ánimo	184,415	197,612	282,222	290,589	264,661	1,219,499
Trastorno de personalidad	213	344	1,706	1,625	2,106	5,994
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	16,205	15,255	25,643	25,175	25,214	107,492
Suicidio y lesiones autoinfligidas intencionalmente	841	822	2,346	1,918	1,618	7,545
Total	244,348	263,750	477,821	504,013	474,826	1,964,758

Nota. Los datos fueron obtenidos de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES). Los datos de ASES incluyen los siguientes seguros médicos: *First Medical Health Plan, Inc.*, Humana, *MCS*, *MMM*, Plan de Salud del Hospital de Menonita, Triple-S y *Medicare*, por lo que los datos solo representan a la clientela atendida a través de las aseguradoras contenidas en ASES y no son representativos de la población general de Puerto Rico.

Perfil de los clientes atendidos por algunas condiciones específicas de salud mental en programas de tratamiento de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)

El Observatorio de la ASSMCA es una herramienta de análisis que permite visualizar tendencias y patrones en datos relacionados con el abuso de sustancias y los trastornos de salud mental (ASSMCA, s.f.). En esta sección, se presentarán los datos de clientes admitidos y atendidos por condiciones específicas de salud mental — ansiedad, trastorno por estrés postraumático (PTSD), trastorno bipolar, psicosis y depresión— durante el año 2023, en algún programa de tratamiento provisto por la ASSMCA. Estos datos incluyen: sexo, grupos de edad y regiones de servicios de salud del DSPR.

Ansiedad

Según el *National Institute of Mental Health* (*NIMH*, por sus siglas en inglés) (2025), las personas con trastorno por ansiedad presentan preocupaciones que se fomentan desde los factores económicos, los problemas familiares y las afecciones en la salud (NIMH, 2025a). Los signos y síntomas de la ansiedad generalizada pueden presentarse en niños, jóvenes y adultos (NIMH, 2025a). Los síntomas pueden incluir manifestaciones físicas, como los son: dolores de cabeza, dolores musculares, espasmos y dificultad para respirar (NIMH, 2025a). A su vez, a nivel emocional, los signos se asocian a malestar profundo, irritabilidad y soñolencia (NIMH, 2025a).

La Tabla 3.6.2, muestra el número de personas con condiciones de ansiedad admitidas a algún programa de tratamiento provisto por la ASSMCA, por grupo de edad y sexo, en Puerto Rico, para el año 2023. En el 2023, los hombres (94) presentaron el mayor número de personas con condiciones de ansiedad admitidas a algún programa de tratamiento provisto por la ASSMCA, en comparación con las mujeres

(80). Por otro lado, los grupos de edades que presentaron mayor frecuencia de admisiones por condiciones de ansiedad fueron los grupos de 45 a 64 años (37) y 15 a 19 años (36).

Tabla 3.6.2

Número de personas con condiciones de ansiedad admitidas a algún programa de tratamiento provisto por ASSMCA, por grupo de edad y sexo: Puerto Rico, 2023

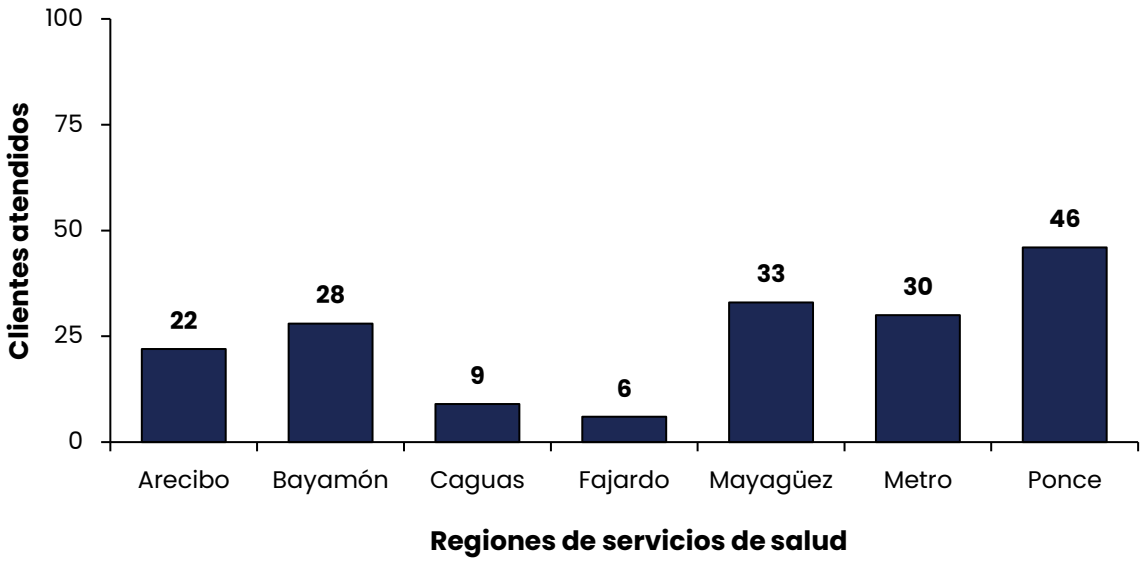
Grupo de edad (años)	Masculino	Femenino	Total
Menor de 10	10	5	15
10 a 14	16	11	27
15 a 19	15	21	36
20 a 24	7	4	11
25 a 44	21	11	32
45 a 64	19	18	37
65 a 79	6	6	12
80 o más	0	4	4
Total	94	80	174

Nota. Los datos fueron recopilados del Observatorio de Salud Mental y Adicción de Puerto Rico de ASSMCA, por lo que los datos solo representan a la clientela atendida en los Centros de Tratamiento de ASSMCA y no son representativos de la población general de Puerto Rico.

En cuanto a la distribución por regiones de salud, en la Figura 3.6.1, se muestra que la mayoría de los clientes atendidos por trastornos/condiciones de ansiedad residen en algunos de los municipios que componen la región de salud de Ponce (46). Mientras, los números de clientes de las regiones de salud de Fajardo (6) y Caguas (9) fueron los más bajos. Para el resto de las regiones, el número de clientes atendidos fluctuó entre 22 y 33.

Figura 3.6.1

Número de personas con condiciones de ansiedad admitidas a algún programa de tratamiento provisto por ASSMCA, por regiones de servicios de salud del DSPR: Puerto Rico, 2023



Nota: Estos datos se obtuvieron de la tabla de datos titulada "Indicador: Personas con condiciones de ansiedad admitidas a algún programa de tratamiento provisto por ASSMCA (DSM-5 F41)", estratificados por regiones de salud. La tabla se encuentra disponible en el portal del Observatorio de ASSMCA, en la sección "Colecciones - SEPS Salud Mental".

Trastorno por estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés)

Según el *NIMH* (2023a), el trastorno por estrés postraumático (*PTSD*, por sus siglas en inglés) es un trastorno de salud mental, el cual es desarrollado por la exposición a eventos traumáticos como: desastres naturales, actos de violencia y accidentes. Las personas que afrontan el PTSD presentan síntomas variados como ansiedad, tristeza, irritabilidad y problemas para conciliar el sueño (NIMH, 2023a). A su vez, pueden desarrollar otras afecciones concurrentes como trastorno por depresión, la ansiedad y el uso de sustancias (NIMH, 2023a).

En la Tabla 3.6.3, se presenta el número de personas con trastorno por estrés postraumático (*PTSD*) u otra reacción a estrés agudo admitidas a algún programa

de tratamiento provisto por ASSMCA, por grupo de edad y sexo, en Puerto Rico, para el año 2023. Para el 2023, el grupo de edad con el mayor número de personas con trastorno por estrés postraumático (*PTSD*) u otra reacción a estrés agudo admitidas a algún programa de tratamiento provisto por ASSMCA fue el de 10 a 14 años (87), seguido por el grupo de edad menor de 10 años (82). A su vez, los hombres (129) reportaron la mayor frecuencia de personas con trastorno por estrés postraumático (*PTSD*) u otra reacción a estrés agudo, en comparación con las mujeres (101).

Tabla 3.6.3
Número de personas con trastorno por estrés postraumático *(PTSD) u otra reacción a estrés agudo admitidas a algún programa de tratamiento provisto por ASSMCA, por grupo de edad y sexo: Puerto Rico, 2023*

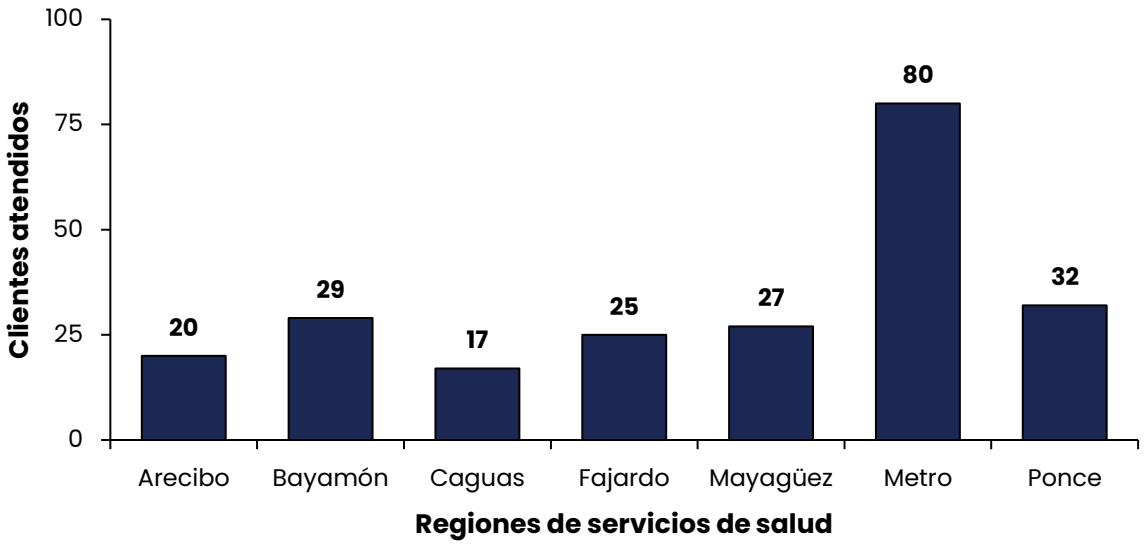
Grupo de edad (años)	Masculino	Femenino	Total
Menor de 10	51	31	82
10 a 14	43	44	87
15 a 19	8	18	26
20 a 24	2	1	3
25 a 44	11	1	12
45 a 64	9	1	10
65 a 79	4	5	9
80 o más	1	0	1
Total	129	101	230

Nota. Los datos fueron recopilados del Observatorio de ASSMCA Salud Mental y Adicción de Puerto Rico de la ASSMCA, por lo que los datos solo representan a la clientela atendida en los Centros de Tratamiento de la ASSMCA y no son representativos de la población general de Puerto Rico.

En cuanto a la distribución por regiones de salud, en la Figura 3.6.2, se muestra que la mayoría de los clientes atendidos por trastorno por estrés postraumático (PTSD) u otra reacción a estrés agudo residen en algunos de los municipios que componen la región de salud Metropolitana (80). Mientras, los números de clientes de las regiones de salud de Caguas (17) y Arecibo (20) fueron los más bajos. Para el resto de las regiones, el número de clientes atendidos fluctuó entre 25 y 32.

Figura 3.6.2

Número de personas con trastorno por estrés postraumático (PTSD) u otra reacción a estrés agudo admitidas a algún programa de tratamiento provisto por ASSMCA, por regiones de servicios de salud del DSPR: Puerto Rico, 2023



Nota: Estos datos se obtuvieron de la tabla de datos titulada "Indicador: Personas con trastorno por estrés postraumático (*PTSD*) u otra reacción a estrés agudo admitidas a algún programa de tratamiento provisto por ASSMCA (DSM-5 F43)", estratificados por regiones de salud. La tabla se encuentra disponible en el portal del Observatorio de ASSMCA, en la sección "Colecciones - SEPS Salud Mental".

Trastorno bipolar

Según el *NIMH* (2025b), el trastorno bipolar es una enfermedad que puede ser crónica o episódica. Las personas que padecen del trastorno bipolar pueden presentar episodios maníacos (muy felices, muy animados o irritables), episodios

depresivos (tristes, indiferentes o sin esperanza) o episodios hipomaníacos (similares a los episodios maníacos, pero menos severos como para causar deterioro funcional) (NIMH, 2025b). El trastorno bipolar puede comenzar a presentar síntomas desde la adolescencia tardía o la adultez temprana, requiriendo ser tratado de por vida y presentando ser un factor relevante en el suicidio y funcionamiento social y familiar (NIMH, 2025b).

En la Tabla 3.6.4, se presenta el número de personas con trastorno bipolar admitidas a algún programa de tratamiento provisto por la ASSMCA, por grupo de edad y sexo, en Puerto Rico, para el año 2023. Para este periodo de tiempo, el grupo de edad con mayor número de personas con trastorno bipolar admitidas a algún programa de tratamiento provisto por la ASSMCA fue el de 24 a 44 años (56), seguido por el grupo de 45 a 64 años (40). A su vez, las mujeres (68) reportaron la mayor frecuencia de personas con trastorno bipolar, en comparación con los hombres (48).

Tabla 3.6.4

Número de personas con trastorno bipolar admitidas a algún programa de tratamiento provisto por la ASSMCA, por grupo de edad y sexo: Puerto Rico, 2023

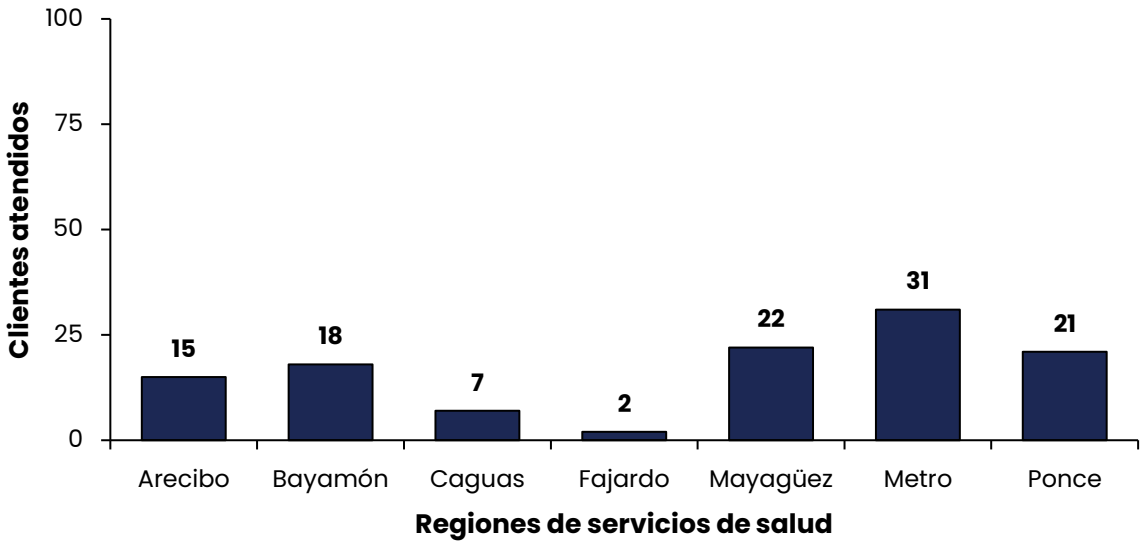
Grupo de edad (años)	Masculino	Femenino	Total
Menor de 10	0	1	1
10 a 14	-	-	-
15 a 19	1	4	5
20 a 24	2	5	7
25 a 44	24	32	56
45 a 64	19	21	40
65 a 79	2	5	7
80 o más	-	-	-
Total	48	68	116

Nota. Los datos fueron recopilados del Observatorio de ASSMCA, por lo que los datos solo representan a la clientela atendida en los Centros de Tratamiento de la ASSMCA y no son representativos de la población general de Puerto Rico. El signo de (-) indica que no hay datos provistos para la respectiva variable y/o categoría.

En cuanto a la distribución de regiones de salud, en la Figura 3.6.3, se muestra que la mayoría de los clientes atendidos por trastorno bipolar residen en algunos de los municipios que compone la región de salud Metropolitana (31). Mientras, los números de clientes de las regiones de salud de Fajardo (2) y Caguas (7) fueron los más bajos. Para el resto de las regiones, el número de clientes atendidos fluctuó entre 15 y 22.

Figura 3.6.3

Número de personas con trastorno bipolar admitidas a algún programa de tratamiento provisto por ASSMCA, por regiones de servicios de salud del DSPR: Puerto Rico, 2023



Nota: Estos datos se obtuvieron de la tabla de datos titulada "Indicador: Personas con condiciones de bipolaridad admitidas a algún programa de tratamiento provisto por ASSMCA (DSM-5 F31)", estratificados por regiones de salud. La tabla se encuentra disponible en el portal del Observatorio de ASSMCA, en la sección "Colecciones - SEPS Salud Mental".

Trastorno de condiciones psicóticas no-anímicas

Según el *NIHM* (2023b), la psicosis se refiere a un conjunto de síntomas que afectan la mente, donde se produce cierta pérdida de contacto con la realidad. Durante un episodio de psicosis, los pensamientos y las percepciones de la persona se ven alterados, y puede tener dificultad para diferenciar entre lo real y lo imaginario. Los síntomas psicóticos se dividen en alucinaciones (la persona ve, oye, huele, saborea o siente cosas que no son reales), delirios (la persona presenta creencias que son inciertas e irracionales) y el trastorno del pensamiento (la persona presenta maneras de pensar inusuales e ilógicas) (NIMH, 2023b). A su vez, los síntomas se presentan mediante la pérdida de motivación, desinterés de actividades cotidianas, aislamiento social y dificultad para mostrar emociones y problemas (NIMH, 2023b). Las condiciones psicóticas que se incluyen son: esquizofrenia, esquizotípico, delirantes delirios u otros trastornos psicóticos no afectivos.

En la Tabla 3.6.5, se presenta el número de personas con condiciones psicóticas no-anímicas admitidas a algún programa de tratamiento provisto por la ASSMCA, por grupo de edad y sexo, en Puerto Rico, para el año 2023. Durante este periodo de tiempo, el grupo de edad con mayor número de personas con condiciones psicóticas no-anímicas admitidas a algún programa de tratamiento provisto por la ASSMCA fue el de 25 a 44 años (195), seguido por el grupo de 45 a 64 años (169). A su vez, los hombres (283) reportaron la mayor frecuencia de personas con condiciones psicóticas no-anímicas, en comparación con las mujeres (157).

Tabla 3.6.5

Número de personas con condiciones psicóticas no-anímicas admitidas a algún programa de tratamiento provisto por ASSMCA, por grupo de edad y sexo: Puerto Rico, 2023

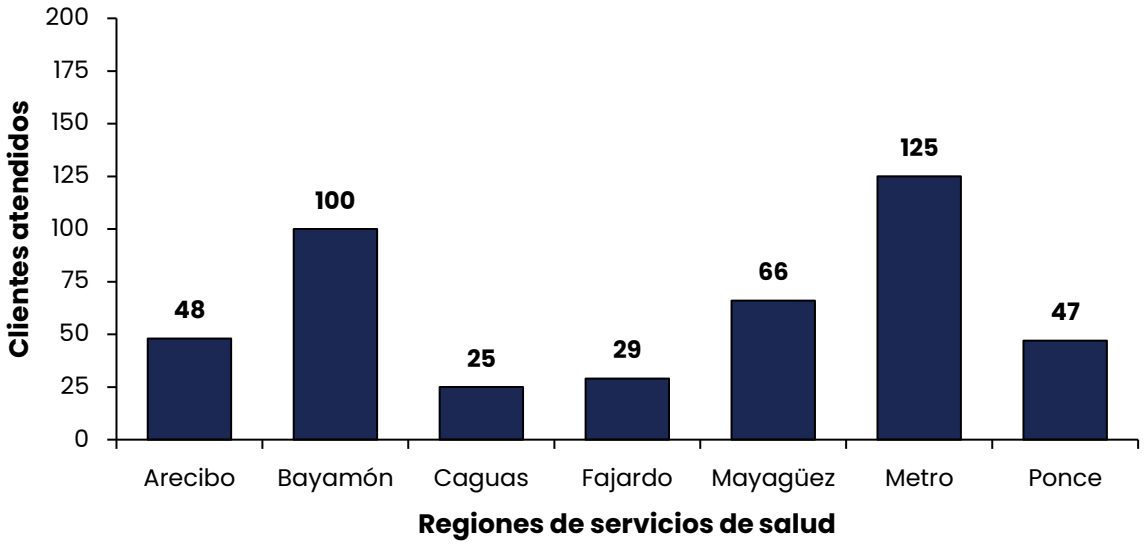
Grupo de edad	Masculino	Femenino	Total
Menor de 10	0	1	1
10 a 14	-	-	-
15 a 19	4	4	8
20 a 24	18	11	29
25 a 44	134	61	195
45 a 64	104	65	169
65 a 79	21	12	33
80 o más	2	3	5
Total	283	157	440

Nota. Los datos fueron recopilados del Observatorio de ASSMCA, por lo que los datos solo representan a la clientela atendida en los Centros de Tratamiento de ASSMCA y no son representativos de la población general de Puerto Rico. El signo de (-) indica que no hay datos provistos para la respectiva variable y/o categoría.

En cuanto a la distribución de regiones de salud, en la Figura 3.6.4, se muestra que la mayoría de los clientes atendidos por condiciones psicóticas no-anímicas residen el alguno de los municipios que componen las regiones de salud Metropolitana (125) y Bayamón (100). Mientras, los números de clientes de las regiones de salud de Caguas (25) y Fajardo (29) fueron los más bajos. Para el resto de las regiones, el número de clientes atendidos fluctuó entre 47 y 66.

Figura 3.6.4

Número de personas con condiciones psicóticas no-anímicas admitidas a algún programa de tratamiento provisto por ASSMCA, por regiones de servicios de salud del DSPR: Puerto Rico, 2023



Nota: Estos datos se obtuvieron de la tabla de datos titulada "Indicador: Personas con condiciones psicóticas no-anímicas admitidas a algún programa de tratamiento provisto por ASSMCA. Las condiciones psicóticas incluyen: esquizofrenia, esquizotípico, delirantes u otros trastornos psicóticos no afectivos (DSM-5 F20-29)", estratificados por regiones de salud. La tabla se encuentra disponible en el portal del Observatorio de ASSMCA, en la sección "Colecciones - SEPS Salud Mental".

Depresión

El *NIHM* (2024), define la depresión como una afección que puede afectar múltiples aspectos en la vida de una persona, tales como; manejo de actividades cotidianas como dormir, trabajar y comer. De igual forma, puede impactar, de manera negativa, cómo una persona se siente o piensa (NIHM, 2024). La depresión puede ocurrir independientemente de factores sociodemográficos, como: el ingreso, la educación, la edad, el sexo o la raza (NIMH, 2024). Entre los síntomas, se encuentra: tristeza profunda, desesperanza, frustración, irritabilidad y sentimientos de culpa e impotencia (NIMH, 2024). El tratamiento consiste en terapia psicológica, y en algunos casos, se requiere el consumo de medicamentos.

La Tabla 3.6.6, muestra el número de personas con trastornos de depresión admitidas a algún programa de tratamiento provisto por ASSMCA, por grupo de edad y sexo, en Puerto Rico, para el 2023. Para este año, la frecuencia de personas con trastornos de depresión admitidas a algún programa de tratamiento provisto por ASSMCA fue de 188 mujeres y 174 hombres. Durante este periodo de tiempo, el grupo de edad con mayor número de personas con trastornos de depresión fue el de 45 a 64 años (92), seguido por el grupo de 25 a 44 años (78).

Tabla 3.6.6

Número de personas con trastornos de depresión admitidas a algún programa de tratamiento provisto por ASSMCA, por grupo de edad y sexo: Puerto Rico, 2023

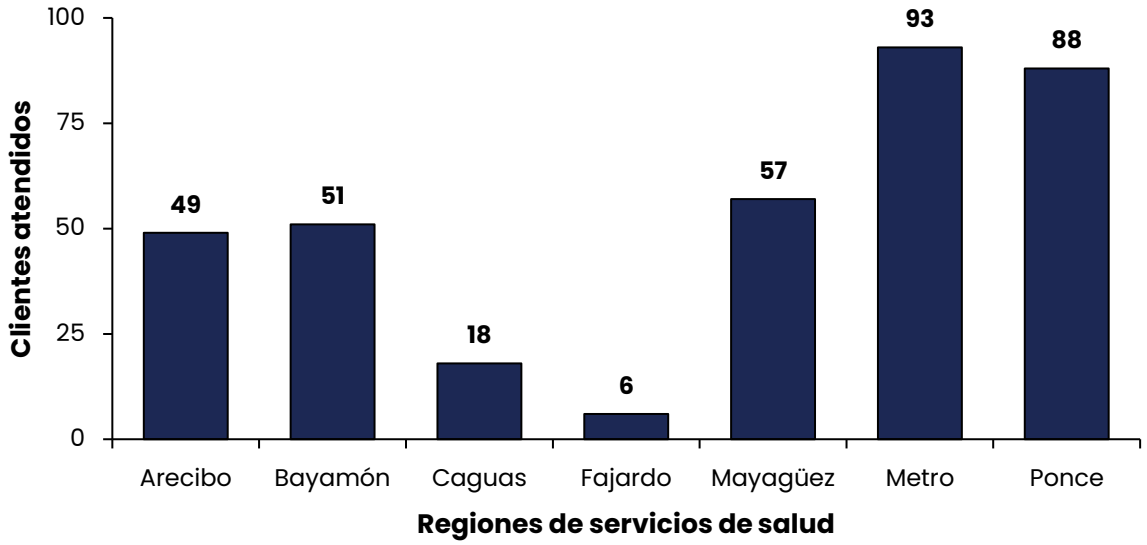
Grupo de edad (años)	Masculino	Femenino	Total
Menor de 10	2	5	7
10 a 14	14	35	49
15 a 19	22	43	65
20 a 24	14	12	26
25 a 44	53	25	78
45 a 64	51	41	92
65 a 79	18	20	38
80 o más	0	7	7
Total	174	188	362

Nota. Los datos fueron recopilados del Observatorio de ASSMCA Salud Mental y Adicción de Puerto Rico de ASSMCA, por lo que los datos solo representan a la clientela atendida en los Centros de Tratamiento de ASSMCA y no son representativos de la población general de Puerto Rico.

En cuanto a la distribución regiones de salud, en la Figura 3.6.5, se muestra que la mayoría de los clientes atendidos por trastornos de depresión residen en algunos de los municipios que componen las regiones de salud Metropolitana (93) y de Ponce (88). Mientras, los números de clientes de las regiones de salud de Fajardo (6) y Caguas (18) fueron los más bajos. Para el resto de las regiones, el número de clientes atendidos fluctuó entre 49 y 57.

Figura 3.6.5

Número de personas con trastornos de depresión admitidas a algún programa de tratamiento provisto por ASSMCA, por regiones de servicios de salud del DSPR: Puerto Rico, 2023



Nota: Estos datos se obtuvieron de la tabla de datos titulada "Indicador: Personas con trastornos de depresión admitidas a algún programa de tratamiento provisto por ASSMCA (DSM-5 F32, F33)", estratificados por regiones de salud. La tabla se encuentra disponible en el portal del Observatorio de ASSMCA, en la sección "Colecciones - SEPS Salud Mental".

Datos acerca de suicidio y situaciones relacionadas con suicidio, según la Comisión para la Prevención de Suicidio (CPS) y la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)

La Comisión para la Prevención del Suicidio en Puerto Rico (CPS) tiene como misión coordinar esfuerzos intersectoriales para reducir la incidencia de conductas suicidas en la población (CPS, 2024b). Sus servicios incluyen: asesoría en política pública, desarrollo e implementación del Protocolo Uniforme para la Prevención del Suicidio (Ley 76 de 2010), así como charlas, capacitaciones y distribución de material educativo (CPS, 2024b). De igual forma, la Línea PAS constituye un recurso esencial para la intervención en crisis, ofreciendo apoyo inmediato a personas con ideación o intento suicida (ASSMCA, 2024). En esta sección, se presentan datos sobre la ocurrencia de suicidios en Puerto Rico y las intervenciones realizadas por la Línea PAS, organizados por sexo, grupos de edad, regiones de servicios y años de referencia.

Suicidio

El suicidio es un problema de salud pública que afecta gravemente a individuos, familias y comunidades (OPS, s.f.-b), porque es una acción en la que una persona se hace daño a sí misma con el propósito de terminar con su vida, y en efecto, fallece (NIMH, 2023c). Según el Informe Anual de Estadísticas Vitales: Defunciones 2017-2020, el suicidio se encuentra dentro de las principales causas de muerte en Puerto Rico (DSPR, 2023).

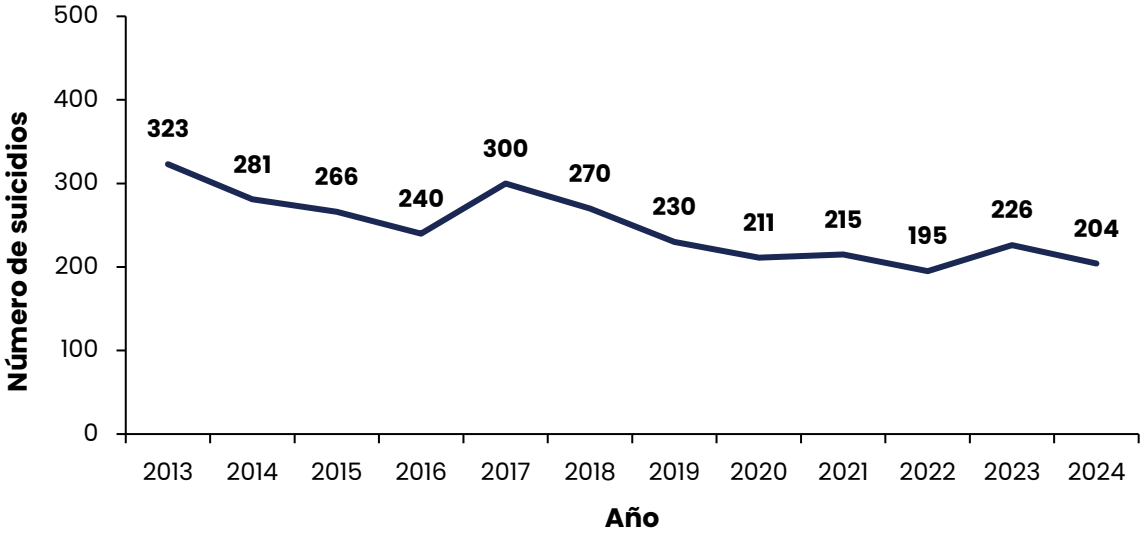
Existen signos de advertencia donde una persona puede estar en riesgo de suicidarse, tales como: hablar de querer morirse o matarse, hablar de sentirse vacía, desesperada o atrapada, sentir un fuerte dolor físico o emocional, alejarse o despedirse de familia y/o amigos, mostrar cambios extremos de ánimo, hacer planes o buscar formas para suicidarse, consumir alcohol o drogas con mayor frecuencia, y mostrar ansiedad, agitación o frustración (NIMH, 2023c). Sin embargo, existen factores

protectores que pueden ayudar a prevenir el suicidio, tales, como: contar con razones para vivir, desarrollar destrezas de afrontamiento y solución de conflictos, contar con el apoyo de pareja, familia o amistades, sostener vínculos importantes con la comunidad y entorno, tener acceso reducido a medios letales, entre otros (CDC, 2024).

En la Figura 3.6.6, se presenta el número de suicidios, en Puerto Rico, durante el periodo de tiempo del 2013 al 2024. Se observa que la frecuencia de suicidios se mantuvo constante entre un mínimo de 195 a un máximo de 323 durante el respectivo periodo de tiempo. No obstante, en el 2013 (323) y en el 2017 (300) se reportaron los mayores números de suicidios.

Figura 3.6.6

Número de suicidios: Puerto Rico, 2013 al 2024

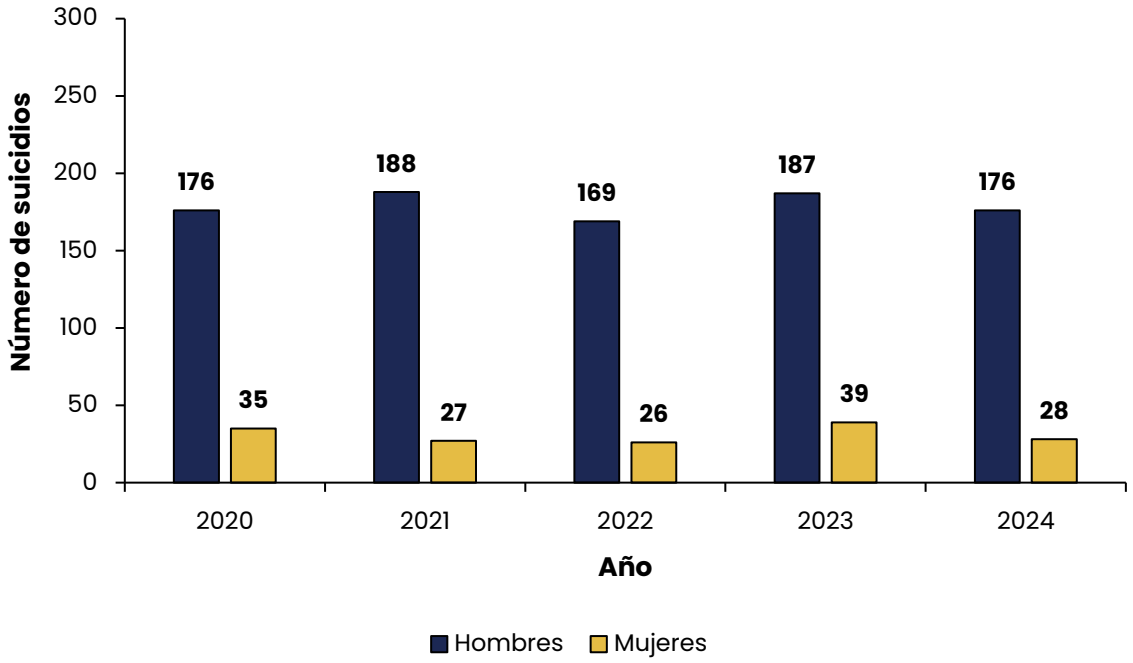


Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Mensual de Suicidios en Puerto Rico de la Comisión para la Prevención del Suicidio (CPS), actualizado hasta enero de 2025.

En la Figura 3.6.7, se presenta el número de suicidios, por sexo, en Puerto Rico, durante el periodo de tiempo del 2020 al 2024. La frecuencia mayor de suicidios se reportó en los hombres, en comparación con las mujeres, durante el respectivo periodo de tiempo. En los hombres, se registró una frecuencia de 176 a una máxima de 188 suicidios, mientras en las mujeres, el mayor número de suicidios fue 28.

Figura 3.6.7

Número de suicidios, por sexo: Puerto Rico, 2020 al 2024



Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Mensual de Suicidios en Puerto Rico de la Comisión para la Prevención del Suicidio (CPS), actualizado hasta diciembre de 2024 y del Informe Mensual de Suicidios en Puerto Rico de la Comisión de la Prevención del Suicidio, actualizado hasta enero de 2025.

En la Tabla 3.6.7, se observa el número de suicidios, por grupo de edad, en Puerto Rico, durante el periodo de tiempo del 2020 al 2024. Los mayores números de suicidios se reportaron en el 2021 (215) y en el 2023 (226). A su vez, se registraron 215 suicidios en el 2021, 211 suicidios en el 2020, 204 suicidios en el 2024, y 195 suicidios en el 2022.

Tabla 3.6.7

Número de suicidios, por grupo de edad: Puerto Rico, 2020 al 2024

Grupo de edad (años)	2020	2021	2022	2023	2024
Menor de 9	-	-	-	-	-
10 a 14	-	-	-	-	-
15 a 19	-	7	-	6	-
20 a 24	15	16	9	12	8
25 a 29	13	16	11	19	10
30 a 34	14	14	20	12	20
35 a 39	16	18	10	7	10
40 a 44	15	21	14	19	17
45 a 49	17	17	18	13	13
50 a 54	19	15	21	26	14
55 a 59	21	20	12	20	16
60 a 64	18	10	10	29	23
65 a 69	17	17	15	13	23
70 a 74	16	13	6	15	21
75 a 79	9	15	13	21	12
80 a 84	13	5	9	7	6
85 o más	-	9	6	5	5
Desconocido	1	2	1	-	4
Total	211	215	195	226	204

Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Mensual de Suicidios en Puerto Rico de la Comisión para la Prevención del Suicidio (CPS), actualizado hasta diciembre de 2024, y del Informe Mensual de Suicidios en Puerto Rico de la Comisión para la Prevención del Suicidio (CPS), actualizado hasta enero de 2025. El signo de (-) indica que no se presenta el número de suicidios cuando se notifican menos de 5 casos para proteger la confidencialidad de información.

En la Tabla 3.6.8, se presenta el número de suicidios, por región de servicios de salud del DSPR, en Puerto Rico, durante el periodo de tiempo del 2020 al 2024. La región de salud de Caguas tuvo el número más alto de suicidios durante la mayoría de los años que componen este periodo: 2020 (40 casos), 2023 (52 casos) y 2024 (42 casos). Las otras dos regiones de salud con números más altos de suicidios fueron la región Metropolitana, con 52 casos en 2021, y Bayamón, con 41 casos en 2022. Por otro lado, la región de salud con el número de suicidios más bajos fue Fajardo, fluctuando entre 5 y 7 casos cada año.

Tabla 3.6.8

Número de suicidios, por regiones de servicios de salud del DSPR: Puerto Rico, 2020 al 2024

Regiones de salud	2020	2021	2022	2023	2024
Aguadilla	13	18	14	16	15
Arecibo	27	19	22	25	25
Bayamón	35	37	41	38	35
Caguas	40	35	32	52	42
Fajardo	6	7	5	6	7
Mayagüez	20	16	20	12	14
Metro	34	52	38	44	39
Ponce	35	30	22	33	27
Desconocido	-	-	-	-	-
Total	211	215	195	226	204

***Nota**. Los datos fueron obtenidos del Informe Mensual de Suicidios en Puerto Rico de la Comisión para la Prevención del Suicidio (CPS), actualizado hasta enero de 2025. El signo de (-) indica que no se presenta el número de suicidios cuando se notifican menos de 5 casos para proteger la confidencialidad de información.*

Además del suicidio en sí mismo, existen varias conductas asociadas que pueden desembocar finalmente en la consumación de este acto (Valadez-Figueroa

et al. 2019). Por ejemplo, la ideación suicida se considera la etapa inicial y el componente desencadenador de otras conductas suicidas (Valadez-Figueroa et al. 2019). Esta, se refiere a los pensamientos o la preocupación por suicidarse, a menudo, como síntoma de un episodio de depresión mayor (APA, 2018b; CPS, 2015). Por otro lado, una amenaza suicida se refiere a la expresión verbal o escrita del deseo de matarse o morir (CPS, 2015). Además, un intento suicida, sucede cuando las personas se lastiman con la intención de terminar con su vida, pero no fallecen (APA, 2023; CPS, 2015).

En Puerto Rico, una manera de documentar estas conductas asociadas con el suicidio es a través de la Línea PAS de ASSMCA. Esta línea es un recurso de apoyo psicosocial y emocional que ofrece manejo y consejería en crisis, sesiones de desahogo, cernimiento preliminar, coordinación de evaluaciones psiquiátricas y psicológicas. Adicionalmente, se ofrecen referidos, dirigidos, principalmente, a individuos con conducta suicida y a quienes enfrentan otras condiciones de salud mental como depresión, violencia doméstica y trastornos de ansiedad (ASSMCA, 2024).

En la Tabla 3.6.9, se observa el número de llamadas atendidas relacionadas al intento e ideación suicida, por la Línea PAS de la ASSMCA, en Puerto Rico, durante el periodo del 2014 al 2019. Se observa que el año fiscal estatal con mayor número de llamadas por intento suicida fue el 2017-2018 (8,123), seguido por el 2016-2017 (6,840) y el 2018-2019 (5,655). Por otro lado, el menor número de llamadas por intento suicida ocurrió en los años fiscales estatales 2015-2016 (4,490) y el 2014-2015 (2,875). Asimismo, en cuanto a las llamadas por ideación suicida, se reportó el mayor número de llamadas en el año fiscal estatal 2014-2015 (27,460), seguido por el 2016-2017 (25,072), 2015-2016 (21,636) y 2017-2018 (21,170). A su vez, el menor número de llamadas por ideación suicida ocurrió en el año fiscal estatal 2018-2019 (12,983).

Tabla 3.6.9

Número de llamadas atendidas relacionadas al intento e ideación suicida, por la Línea PAS de ASSMCA: Puerto Rico, 2014 al 2019

Año fiscal estatal	Intento suicida	Ideación suicida	Llamadas atendidas por comportamiento suicida
2014-2015	2,875	27,460	30,335
2015-2016	4,490	21,636	26,126
2016-2017	6,847	25,072	31,919
2017-2018	8,123	21,170	29,293
2018-2019	5,655	12,983	18,638

Nota. Los datos fueron obtenidos de la Línea PAS de ASSMCA. El año fiscal estatal comprende el periodo de tiempo del 1 de julio al 30 de junio de cada año.

En la Tabla 3.6.10, se presenta el número de llamadas atendidas e intervenidas relacionadas al comportamiento suicida, por la Línea PAS de la ASSMCA, en Puerto Rico, durante el periodo de tiempo del 2019 al 2022. A partir del 2019-2020, hubo un cambio en la presentación de los datos, dado que en lugar presentar intento e ideaciones suicidas por separado, ahora se presentan juntas. Tomando esto en consideración, en los datos de la Tabla 3.6.10, se observa que el mayor número de llamadas atendidas por comportamiento suicida se registró en los años fiscales estatales 2021-2022 (20,382) y 2020-2021 (18,630). Por otro lado, el menor número de llamadas atendidas por comportamiento suicida se reportó en el año fiscal estatal 2019-2020 (14,600).

Tabla 3.6.10

Número de llamadas atendidas e intervenidas relacionadas a comportamiento suicida, por la Línea PAS de ASSMCA: Puerto Rico, 2019 al 2022

Año fiscal estatal	Llamadas atendidas e intervenidas por comportamiento suicida
2019-2020	14,600
2020-2021	18,630
2021-2022	20,382

Nota. Los datos fueron obtenidos de la Línea PAS de ASSMCA. El año fiscal estatal comprende el periodo de tiempo del 1 de julio al 30 de junio de cada año. A partir del Informe Anual de la Línea PAS de ASSMCA del año fiscal estatal 2019-2020 se unificaron todas las llamadas atendidas por ideación, amenaza e intento suicida bajo la definición de comportamiento suicida.

Limitaciones y oportunidades

En el presente capítulo, se identifican las siguientes limitaciones y oportunidades relacionadas a la recopilación de datos, reclamaciones de servicios, sistemas de vigilancia, perfiles estadísticos y ayudas o servicios psicosociales en eventos atmosféricos y emergencias en salud pública. La carencia en la recopilación de datos sobre la salud mental obstaculiza la visualización real sobre los distintos trastornos de salud metal en la población. De igual forma, la falta de estadísticas actualizadas dificulta el desarrollo de posibles iniciativas y políticas públicas provocando posibles impactos en las poblaciones vulneradas. A su vez, el no contar con protocolos adecuados de recopilación de datos impacta el monitoreo de iniciativas existentes, lo que aporta a la invisibilidad de la salud mental y a las poblaciones necesitadas.

Por otro lado, las coberturas médicas los seguros médicos/planes de seguros médicos recopilan datos sobre las reclamaciones por servicios de atención médica que requiere cada persona. Dichas reclamaciones se comprenden de una serie de diagnósticos, sin embargo, al momento de generar estadísticas, se frecuenta utilizar el primer diagnóstico que se presenta en la reclamación. Esto, sin embargo, puede presentar un sesgo de información en los datos estadísticos presentados.

Por otra parte, existen sistemas de vigilancia que recopilan datos sobre las visitas a salas de emergencias o urgencias y sus códigos diagnósticos, en los cuales se identifican trastornos relacionados a salud mental. Sin embargo, estas alertas sindrómicas no pueden identificarse como diagnósticos formales, sino que deben interpretarse como tendencias que informan sobre posibles aumentos en el diagnóstico de interés. A su vez, dichas alertas pueden proveer información a los especialistas en el evento o la enfermedad y al sistema de vigilancia epidemiológica poder reforzar los procesos de detección o identificación de casos. La integración de

datos e información mediante los sistemas de vigilancia permiten ampliar el alcance de servicios que pueden requerir, en este caso, las personas con algún diagnóstico de salud mental.

Otra limitación son las incongruencias en las bases de datos, particularmente, la inconsistencia en las variables utilizadas por año fiscal estatal. Dichas bases de datos no presentan estandarización de variables y las muestras no representan la población total a nivel isla, implicando un sesgo de representación en los datos estadísticos. Finalmente, en Puerto Rico han ocurrido diversos eventos atmosféricos y emergencias en salud pública que han perpetuado en la salud mental de las personas, presentando un aumento en la búsqueda de asistencia/servicios mediante las líneas de ayuda psicosocial. Aunque dichos incrementos en la búsqueda de ayuda psicosocial se han presentado mediante datos estadísticos de diversas agencias y/o entidades, existe la carencia de mitigación y estudios científicos que brinden estrategias de respuesta en situaciones de emergencias naturales o de salud pública.

Referencias

Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA). (2015). *Reglamento para la Implantación de la Ley de Salud Mental de Puerto Rico*. http://app.estado.gobierno.pr/ReglamentosOnLine/ Reglamentos/8569.pdf

Administración de Seguros de Salud (ASES). (2022a). *Integración servicios.* https://www.ases.pr.gov/integracion-servicios

Administración de Seguros de Salud (ASES). (2022b). *¿Qué es ASES?*. https://www.ases.pr.gov/sobre-ases#ASES

Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA). (s.f.). *Observatorio de Salud Mental y Adicción de Puerto Rico*. https://observatorio.assmca.pr.gov/

Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA). (2023). *Historia.* https://www.assmca.pr.gov/sobre-assmca

Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA). (2024). *Línea PAS*. https://lineapas.assmca.pr.gov/home

American Psychological Association (APA). (2018a). *Mental disorder*. APA Dictionary of Psychology. https://dictionary.apa.org/mental-disorder

American Psychological Association (APA). (2018b). *Suicide ideation.* APA Dictionary of Psychology. https://dictionary.apa.org/suicidal-ideation

American Psychological Association (APA). (2023). *Attempted suicide.* APA Dictionary of Psychology. https://dictionary.apa.org/attempted-suicide

Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2024). *Risk and protective factors for suicide*. Suicide prevention. https://www.cdc.gov/suicide/risk-factors/index.html

Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2025). *Acerca de la salud mental*. https://www.cdc.gov/mental-health/es/about/acerca-de-la-salud-mental.html

Cleveland Clinic. (2023). *Self-harm (Nonsuicidal self-injury disorder)*. https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/12201-self-harm

Comisión para la Prevención del Suicidio (CPS). (2024a). *Sobre la Comisión para la Prevención del Suicidio*. Departamento de Salud de Puerto Rico. https://prevencionsuicidio.salud.pr.gov/

Comisión para la Prevención del Suicidio (CPS). (2024b). *Sobre la Comisión para la Prevención del Suicidio*. Departamento de Salud de Puerto Rico. https://prevencionsuicidio.salud.pr.gov/inicio/servicios/

Comisión para la Prevención del Suicidio (CPS). (2015). *Guía para el desarrollo de un protocolo uniforme para la prevención del suicidio*. Departamento de Salud de Puerto Rico. https://www.salud.pr.gov/menuInst/download/1581

Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR). (2023). *Informe anual de estadísticas vitales: Defunciones, años 2017 al 2020*. Oficina de Planificación y Desarrollo. https://estadisticas.pr/files/Inventario/publicaciones/Informe%20de%20Estadisticas%20Vitales_Defunciones%202017-2020.pdf

Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), Ley Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, 24 L.P.R.A. § 7001. https://bvirtualogp.pr.gov/ogp/BVirtual/LeyesOrganicas/pdf/72-1993.pdf

Ley de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción, Ley Núm. 67 de 7 de agosto de 1993, 3 L.P.R.A. § 402e. https://bvirtualogp.pr.gov/ogp/BVirtual/LeyesOrganicas/pdf/67-1993.pdf

National Institute of Mental Health (NIMH). (2025a). *El trastorno de ansiedad generalizada: Lo que debe saber*. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-generalizada-cuando-no-se-pueden-controlar-las-preocupaciones-new

National Institute of Mental Health (NIMH). (2023a). *Trastorno por estrés postraumático.* https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-postraumatico

National Institute of Mental Health (NIMH). (2023c). *Preguntas frecuentes sobre el suicidio*. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/ preguntas-frecuentes-sobre-el-suicidio

National Institute of Mental Health (NIMH). (2024). *Depresión*. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-sp

National Institute of Mental Health (NIMH). (2023b). *Cómo comprender qué es la psicosis.* https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/como-comprender-que-es-la-psicosis

National Institute of Mental Health (NIMH). (2025b). *Trastorno bipolar*. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-bipolar

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022a). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos.* https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c6877de8-6454-4100-ba24-4316142290f1/content

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022b). *La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos*. https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Día mundial de la salud mental*. https://www.who.int/es/campaigns/world-mental-health-day/2023

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2025). *Salud mental*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s.f.-a). *Salud mental.* https://www.paho.org/es/temas/salud-mental

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s.f.-b). *Prevención del suicidio*. https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio

Valadez-Figueroa, I., Chávez-Hernández, A.-M., Vargas-Valadez, V., & Ochoa-Orendain, M. C. (2019). Componentes cognoscitivos, comportamentales y afectivos de la ideación suicida y su relación con situaciones cotidianas de la vida familiar en adolescentes mexicanos. *Acta Universitaria*, *29*, 1–17. https://doi.org/10.15174/au.2019.2489



CAPÍTULO 7

USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Conceptos claves

1. **Adicción:** se define como un trastorno crónico y recurrente caracterizado por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas a pesar de las consecuencias adversas (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2020a). Se considera un trastorno cerebral, porque implica cambios cerebrales relacionados con la recompensa, el estrés y el autocontrol, que pueden persistir mucho tiempo después de que la persona haya dejado de consumir drogas (NIDA, 2020a).
2. **Dependencia física:** es cuando una persona deja de consumir opioides (o reduce la dosis) y experimenta síntomas desagradables como antojos, sudoración y ansiedad (Cleveland Clinic, 2025).
3. **Sobredosis:** es una emergencia médica que afecta la parte del cerebro que regula la respiración, cuyos síntomas comunes incluyen: respiración superficial, pérdida del conocimiento y latido cardíaco lento (Cleveland Clinic, 2025).
4. **Sustancia psicoactiva**: es una sustancia que modifica el funcionamiento del cerebro y genera cambios en el estado de ánimo, la conciencia, los pensamientos, las emociones o la conducta (ejemplos: el alcohol, la nicotina, la marihuana, ciertos analgésicos y drogas ilegales como la heroína, el LSD, la cocaína y las anfetaminas) (National Cancer Institute [NCI], s.f.-a).
5. **Tolerancia:** es una situación en la que una persona necesita administrarse una dosis mayor de un medicamento o una sustancia para experimentar el mismo efecto de alivio (Cleveland Clinic, 2025; NCI, s.f.-b).
6. **Trastorno por consumo de sustancias:** es una condición en la que hay un uso problemático de sustancias, porque las personas se centran intensamente en ese consumo de una o varias sustancias y su capacidad para desenvolverse en la vida diaria se afecta. Estas personas continúan consumiendo la sustancia incluso cuando saben que causa problemas (American Psychiatric Association, 2024).

Introducción

El trastorno por consumo de sustancias (TCS), también conocido como la adicción a drogas, es una enfermedad que afecta el cerebro y comportamiento de una persona al provocar la incapacidad de controlar el consumo de una droga o de un medicamento, ya sea este legal o ilegal (Mayo Clinic, 2025). Los niveles para este tipo de trastorno van de leve a severo y ocurre para alcohol, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opioides, sedantes, estimulantes, tabaco y otras sustancias (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2024a, 2024b; Mayo Clinic, 2025). Un trastorno por uso de sustancias puede ser causado por múltiples factores, desde la vulnerabilidad genética, estresores ambientales y sociales, hasta características individuales relacionadas a la personalidad y condiciones psiquiátricas (Johns Hopkins Medicine, s.f.). Sin embargo, para algunas personas, este trastorno puede comenzar con el uso experimental de una droga recreativa en escenarios sociales, aumentando su frecuencia a lo largo del tiempo. Mientras, para otras, puede comenzar con el uso de medicamentos recetados (Mayo Clinic, 2025).

Los trastornos por uso de sustancias representan una carga para los individuos, familias comunidades y otras relaciones personales, causando dependencia, discapacidad y otros problemas crónicos de salud (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.f.). En términos de salud, el uso problemático de sustancias impacta a la población mediante enfermedades cardiacas, riesgo de embolia, cáncer, VIH/SIDA y enfermedades pulmonares (NIDA, 2020b). Por otro lado, las personas con trastornos de salud mental pueden consumir sustancias para aliviar los síntomas, desencadenando o empeorando condiciones existentes (NIDA, 2020b).

Reconociendo que el uso problemático de sustancias es un asunto de interés para la salud pública, este capítulo tiene los siguientes objetivos: 1) presentar datos de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA en Puerto Rico, 2) presentar

datos de mortalidad relacionados al uso de sustancias psicoactivas entre la clientela atendida en los Centros de Tratamiento de la ASSMCA, y 3) presentar cuántas de las muertes relacionadas al uso de sustancias psicoactivas han sido por uso de fentanilo, como una de las sustancias más relevantes para la atención en salud pública en el contexto de Puerto Rico.

Metodología

Los datos estadísticos presentados en este capítulo comprenden el periodo de 2018 al 2023. Los mismos fueron obtenidos mediante carta oficial de solicitud y acceso público a través del portal de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA). Los datos recopilados fueron analizados para presentar la distribución y frecuencia de la problemática sobre el uso, consumo y mortalidad por sustancias psicoactivas en Puerto Rico.

Análisis descriptivo

Admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de *crack*

El *crack* es una droga estimulante, proveniente de la hoja de coca, convertida en cocaína, y finalmente, procesada en un estado sólido (Hodgman-Korth et al., 2025). *Crack* es el nombre popular que se le da a esa forma sólida de pequeños cristales de rocas blancas o blanquecinas (Hodgman-Korth et al., 2025). Su uso consiste en calentarla en una pipa o añadiéndose a la marihuana y/o al tabaco (Cleveland Clinic, 2023a). Aunque su efecto inmediato dura aproximadamente 15 minutos, la droga puede permanecer en el sistema hasta 3 días (Cleveland Clinic, 2023a). Los efectos a corto plazo pueden incluir: vasos sanguíneos contraídos, pupilas dilatadas, náuseas, temperatura corporal elevada, presión arterial alta, ritmo cardíaco acelerado o irregular, temblores o espasmos musculares e inquietud (Hodgman-Korth et al., 2025).

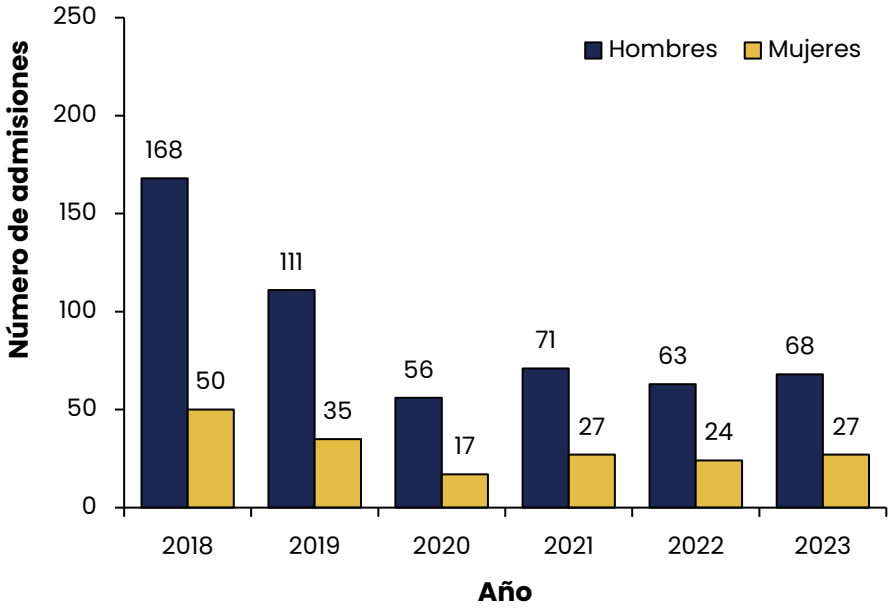
Por otro lado, los efectos a largo plazo varían por persona y por método de uso, incluyendo: daños al sistema cardiovascular y/o neurológico, así como daños al hígado, riñón y otros órganos (Hodgman-Korth et al., 2025). El fumar *crack* puede causar daños en los pulmones, así como empeorar la condición de asma, mientras que, diluirlo en agua e inyectarlo, puede aumentar el contagio de VIH y de hepatitis C (Hodgman-Korth et al., 2025).

Las sobredosis de *crack* ocurren cuando una persona experimenta efectos estimulantes tan graves que pueden causar problemas de salud, e incluso, provocar la muerte (Alston & Caplinger, 2025). La cantidad de estimulante necesaria para una sobredosis varía de persona a persona debido a las diferencias individuales de tolerancia o desconocimiento sobre cuánto está utilizando (Alston & Caplinger, 2025). Un evento de sobredosis puede incluir efectos, tales como: convulsiones, alucinaciones, delirio, hipertermia, arritmia, dolor de pecho, dificultad al respirar y/o expectoración con sangre (Cleveland Clinic, 2023a).

El indicador de admisiones a programas por abuso de sustancias en ASSMCA (s.f.), en uso de *crack*, se refiere a personas que fueron admitidas a algún programa de tratamiento provisto por ASSMCA. La Figura 3.7.1 presenta el número de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de *crack*, por sexo, en Puerto Rico, durante el periodo de 2018 al 2023. La mayor frecuencia de admisiones a programas de tratamiento por abuso de *crack* se reportó en los hombres, en comparación con las mujeres, para el respectivo periodo. La mayor frecuencia de admisiones a programas de tratamiento por abuso de *crack* se presentó en el 2018 (168 en hombres y 50 en mujeres) y en el 2019 (111 en hombres y 35 en mujeres).

Figura 3.7.1

Número de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de crack, por sexo: Puerto Rico, 2018 al 2023



Nota. Los datos fueron obtenidos del Sistema Estadístico de Perfiles Sociodemográficos (SEPS) del Observatorio de Salud Mental y Adicción de Puerto Rico de la ASSMCA, por lo que los datos sólo representan a la clientela atendida en los Centros de Tratamiento de la ASSMCA y no son representativos de la población general de Puerto Rico.

La Tabla 3.7.1 muestra la frecuencia de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de *crack*, por grupo de edad, en Puerto Rico, durante el periodo de 2018 al 2023. Los grupos de edad con mayor frecuencia de admisiones a programas de tratamiento por abuso de *crack* fueron los de 25 a 44 años (419) y 45 a 64 años (258), para el respectivo periodo. A su vez, los grupos de edad con menor frecuencia de admisiones a programas de tratamiento por abuso de *crack* fueron los de 15 a 19 años (3) y 65 a 79 años (11). Además, para el 2018 (218), se registró la mayor frecuencia de admisiones a programas de tratamiento por abuso de *crack*, en comparación con el 2020 (73), donde se reportó la menor frecuencia de admisiones a programas de tratamiento por abuso de *crack*.

Tabla 3.7.1

Frecuencia de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de crack, por grupo de edad: Puerto Rico, 2018 al 2023

Grupo de edad	Año						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
10 a 14 años	-	-	-	-	-	-	-
15 a 19 años	2	-	-	1	-	-	3
20 a 24 años	8	6	1	3	3	5	26
25 a 44 años	132	82	47	56	54	48	419
45 a 64 años	71	56	25	38	28	40	258
65 a 79 años	5	2	-	-	2	2	11
80 años o más	-	-	-	-	-	-	-
Total	218	146	73	98	87	95	717

Nota. Los datos fueron obtenidos del Sistema Estadístico de Perfiles Sociodemográficos (SEPS) del Observatorio de Salud Mental y Adicción de Puerto Rico de la ASSMCA, por lo que los datos sólo representan a la clientela atendida en los Centros de Tratamiento de la ASSMCA y no son representativos de la población general de Puerto Rico. El signo de (-) indica que no hay datos provistos para la respectiva variable y/o categoría.

En la Tabla 3.7.2 se observa la frecuencia de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de *crack*, por región de salud, en Puerto Rico, durante el periodo de 2018 al 2023. Las regiones de salud con las mayores frecuencias de admisiones a programas de tratamiento por abuso de *crack* fueron: Ponce (230) y Metro (185), para el respectivo periodo. A su vez, las regiones de salud con las menores frecuencias de admisiones a programas de tratamiento por abuso de *crack* fueron Fajardo (23) y Mayagüez (40).

Tabla 3.7.2

Frecuencia de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de crack, por región de salud: Puerto Rico, 2018 al 2023

Región de salud	Año						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Arecibo	24	15	5	18	13	6	81
Bayamón	21	17	6	7	11	15	77
Caguas	19	15	3	18	11	15	81
Fajardo	7	5	3	-	5	3	23
Mayagüez	10	8	-	5	7	10	40
Metro	77	31	22	12	19	24	185
Ponce	60	55	34	38	21	22	230
Total	218	146	73	98	87	95	717

Nota. Los datos fueron obtenidos del Sistema Estadístico de Perfiles Sociodemográficos (SEPS) del Observatorio de Salud Mental y Adicción de Puerto Rico de la ASSMCA, por lo que los datos sólo representan a la clientela atendida en los Centros de Tratamiento de la ASSMCA y no son representativos de la población general de Puerto Rico. El signo de (-) indica que no hay datos provistos para la respectiva variable y/o categoría.

Admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de opioides

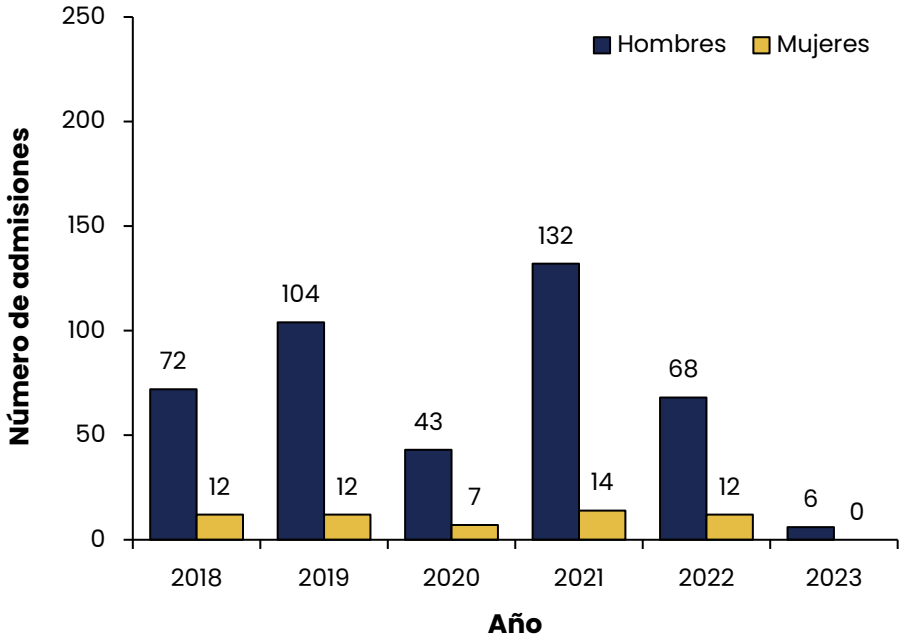
Los opioides son drogas producidas de forma natural, seminatural y sintética, que incluyen medicamentos prescritos y drogas como la heroína (NIDA, 2024a). También conocidos como narcóticos, éstos son una clase de droga utilizada para manejar dolor moderado a severo, y existen en versiones con y sin prescripción (Cleveland Clinic 2025). Los opioides se clasifican en los siguientes tres tipos: 1) los naturales, que son producidas a base de la planta de opio, 2) los seminaturales, que son producidos en un laboratorio utilizando opioides naturales y 3) los sintéticos, que son producidos completamente en laboratorios y no utilizan ningún ingrediente natural (Cleveland Clinic, 2025). Los opioides prescritos son utilizados para atender dolores crónicos y se pueden administrar a través de cápsulas, soluciones inyectables, orales y supositorios (Cleveland Clinic, 2025). El uso de opioides puede llevar a ciertos riesgos como la adicción y sobredosis. Además, puede tener varios efectos secundarios, tales como: tolerancia, dependencia física, náuseas, vómitos, mareos, confusión, depresión y bajos niveles de testosterona (CDC, 2025a).

Este tipo de droga tiene alto potencial de adicción y puede llevar a desarrollar un trastorno por uso de opioides (Cleveland Clinic, 2025). Dicho se considera una enfermedad cerebral crónica que causa que la persona esté en busca de drogas de manera compulsiva, sin considerar los daños que pueda implicar (National Library of Medicine [NLM], 2024). El riesgo de desarrollar el trastorno por uso de opioides es de mayor probabilidad cuando se hace uso indebido de medicamentos como, por ejemplo: consumir altas dosis del medicamento recetado, alterar el tiempo de consumo, utilizar el medicamento para drogarse y tomar opioides que fueron recetados para otra persona (NLM, 2024). El trastorno por uso de opioides puede tratarse mediante medicamentos que ayudan a superar la abstinencia y deseos de consumo, combinándose con terapia conductual y consejería (NLM, 2024).

El indicador de admisiones a programas por abuso de drogas en ASSMCA (s.f.), en uso de opioides, se refiere a personas en uso de opioides que fueron admitidas a algún programa de tratamiento provisto por ASSMCA. La Figura 3.7.2 muestra el número de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de opioides, por sexo, en Puerto Rico, durante el periodo de 2018 al 2023. La mayor frecuencia de admisiones a programas de tratamiento por abuso de opioides se presentó en los hombres, en comparación con las mujeres, para el respectivo periodo. En los hombres, la mayor recurrencia de admisiones a programas de tratamiento por abuso de opioides se registró en el 2021 (132), seguido del 2019 (104). Para las mujeres, el mayor número de admisiones se reportó en el 2021 (14).

Figura 3.7.2

Número de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de opioides, por sexo: Puerto Rico, 2018 al 2023



Nota. Los datos fueron obtenidos del Sistema Estadístico de Perfiles Sociodemográficos (SEPS) del Observatorio de Salud Mental y Adicción de Puerto Rico de la ASSMCA, por lo que los datos sólo representan a la clientela atendida en los Centros de Tratamiento de la ASSMCA y no son representativos de la población general de Puerto Rico.

En la Tabla 3.7.3 se presenta la frecuencia de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de opioides, por grupo de edad, en Puerto Rico, durante el periodo de 2018 al 2023. Los grupos de edad de mayor recurrencia de admisiones a programas de tratamiento por abuso de opioides fueron los de 25 a 44 años (264) y 45 a 64 años (116).

Tabla 3.7.3

Frecuencia de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de opioides, por grupo de edad: Puerto Rico, 2018 al 2023

Grupo de edad	Año						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
10 a 14 años	-	1	-	-	-	-	1
15 a 19 años	5	3	3	2	1	2	16
20 a 24 años	24	18	7	14	11	3	77
25 a 44 años	44	63	31	80	45	1	264
45 a 64 años	10	30	9	44	23	-	116
65 a 79 años	1	1	-	6	-	-	8
80 años o más	-	-	-	-	-	-	0
Total	84	116	50	146	80	6	482

Nota. Los datos fueron obtenidos del Sistema Estadístico de Perfiles Sociodemográficos (SEPS) del Observatorio de Salud Mental y Adicción de Puerto Rico de la ASSMCA, por lo que los datos sólo representan a la clientela atendida en los Centros de Tratamiento de la ASSMCA y no son representativos de la población general de Puerto Rico. El signo de (-) indica que no hay datos provistos para la respectiva variable y/o categoría.

En la Tabla 3.7.4 se presenta la frecuencia de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de opioides, por región de salud, en Puerto Rico, durante el periodo de 2018 al 2023. La mayor frecuencia de admisiones a programas de tratamiento por abuso de opioides se presentó en el 2021 (146) y en el 2019 (116). A su vez, el mayor número de admisiones a programas de tratamiento por abuso de opioides se reportó para las regiones de salud de Ponce (247).

Tabla 3.7.4

Frecuencia de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de opioides, por región de salud: Puerto Rico, 2018 al 2023.

Región de salud	Año						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Arecibo	6	8	5	8	4	1	32
Bayamón	2	13	7	9	7	1	39
Caguas	15	24	11	14	6	1	71
Fajardo	1	-	-	6	1	-	8
Mayagüez	5	3	-	2	1	-	11
Metro	23	13	12	11	14	1	74
Ponce	32	55	15	96	47	2	247
Total	84	116	50	146	80	6	482

Nota. Los datos fueron obtenidos del Sistema Estadístico de Perfiles Sociodemográficos (SEPS) del Observatorio de Salud Mental y Adicción de Puerto Rico de la ASSMCA, por lo que los datos sólo representan a la clientela atendida en los Centros de Tratamiento de la ASSMCA y no son representativos de la población general de Puerto Rico. El signo de (-) indica que no hay datos provistos para la respectiva variable y/o categoría.

Admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de fentanilo

El fentanilo es una droga perteneciente a la familia de los opioides –como por ejemplo la morfina (legal) y la heroína (ilegal)– y es elaborado de manera sintética en laboratorios (NIDA, 2025). Este se desarrolló como un medicamento por prescripción (medicamento controlado) para tratar dolores severos postcirugías o dolores crónicos asociados a enfermedades como el cáncer y otras condiciones (NIDA, 2025). Al igual que otros opioides, el fentanilo puede aliviar el dolor y hacer que una persona se sienta feliz y relajada; sus efectos son muchos más potentes y pueden presentarse más rápido que en la morfina o heroína (NIDA, 2025).

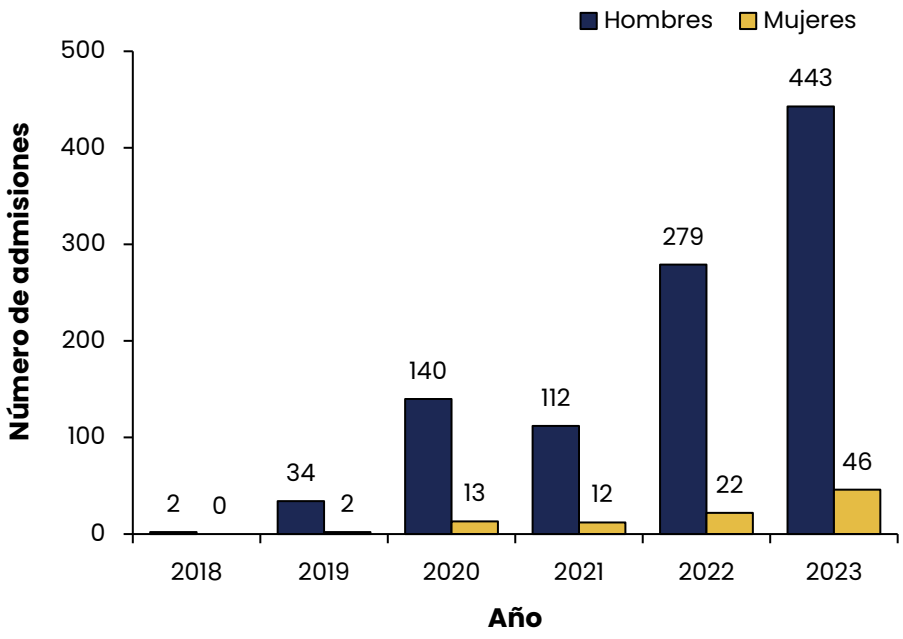
Los efectos secundarios que puede ocasionar el fentanilo son: somnolencia, dolor de cabeza, de estómago y de espalda, gases, acidez estomacal, pérdida de peso, dificultad urinaria, cambios en la visión, ansiedad, depresión, pensamientos y sueños inusuales, enrojecimiento en la piel, temblor e inflamación en las extremidades (NLM, 2025a). A su vez, el fentanilo puede causar efectos más severos para la salud como cambios en el ritmo cardiaco, alucinaciones, espasmos, perdida de coordinación, diarrea, náuseas, vómitos, mareos, difusión eréctil, menstruación irregular, convulsiones, erupción cutánea, dificultad respiratoria, entre otros (NLM, 2025a). Este opioide puede causar graves problemas de salud, afectando partes del cerebro que controlan la respiración e incluso provocar la muerte por sobredosis (NIDA, 2025). Una dosis tan pequeña con apenas dos miligramos de fentanilo es considerada letal, siendo esta una droga altamente peligrosa (United States Drug Enforcement Administration [DEA], 2024).

El indicador de admisiones a programas por abuso de drogas en ASSMCA (s.f.), en uso de fentanilo se refiere a personas en uso de fentanilo que fueron admitidas a algún programa de tratamiento provisto por ASSMCA. En la Figura 3.7.3 se presenta el número de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de

fentanilo, por sexo, en Puerto Rico, durante el periodo de 2018 al 2023. El mayor número de admisiones a programas de tratamiento por abuso de fentanilo se presentó en los hombres, en comparación con las mujeres, para el respectivo periodo. La mayor frecuencia de hombres admisiones a programas de tratamiento por abuso de fentanilo se registró en el 2023 (443) y en el 2022 (279), mientras que el mayor número de mujeres admitidas a programas de tratamiento por abuso de fentanilo se reportó en el 2023 (46).

Figura 3.7.3

Número de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de fentanilo, por sexo: Puerto Rico, 2018 al 2023



Nota. Los datos fueron obtenidos del Sistema Estadístico de Perfiles Sociodemográficos (SEPS) del Observatorio de Salud Mental y Adicción de Puerto Rico de la ASSMCA, por lo que los datos sólo representan a la clientela atendida en los Centros de Tratamiento de la ASSMCA y no son representativos de la población general de Puerto Rico.

La Tabla 3.7.5 muestra la frecuencia de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de fentanilo por grupo de edad en Puerto Rico, durante el periodo de 2018 al 2023. Los grupos de edad de 25 a 44 años (660) y de 45 a 64 años (394) registraron la mayor frecuencia de admisiones a programas de tratamiento por abuso de fentanilo, para el periodo de 2018 al 2023.

Tabla 3.7.5

Frecuencia de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de fentanilo, por grupo de edad: Puerto Rico, 2018 al 2023

Grupo de edad	Año						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
10 a 14 años	-	-	-	-	-	-	-
15 a 19 años	-	-	-	-	-	3	3
20 a 24 años	-	-	4	2	4	10	20
25 a 44 años	2	18	97	76	172	295	660
45 a 64 años	-	16	51	43	116	168	394
65 a 79 años	-	2	1	2	9	12	26
80 años o más	-	-	-	1	-	1	2
Total	2	36	153	124	301	489	1,105

Nota. Los datos fueron obtenidos del Sistema Estadístico de Perfiles Sociodemográficos (SEPS) del Observatorio de Salud Mental y Adicción de Puerto Rico de la ASSMCA, por lo que los datos sólo representan a la clientela atendida en los Centros de Tratamiento de la ASSMCA y no son representativos de la población general de Puerto Rico. El signo de (-) indica que no hay datos provistos para la respectiva variable y/o categoría.

En la Tabla 3.7.6 se presenta la frecuencia de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de fentanilo, por región de salud, en Puerto Rico, durante el periodo de 2018 al 2023. Los mayores números de admisiones a programas de tratamiento por abuso de fentanilo se reportaron en el 2023 (489) y en el 2022 (301). Además, la mayor recurrencia de admisiones a programas de tratamiento por abuso de fentanilo se registró en las regiones de salud de Ponce (628), Metro (180), Arecibo (109) y Mayagüez (98).

Tabla 3.7.6

Frecuencia de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de fentanilo, por región de salud: Puerto Rico, 2018 al 2023

Región de salud	Año						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Arecibo	-	9	7	4	28	61	109
Bayamón	-	-	1	2	7	19	29
Caguas	-	-	1	4	9	41	55
Fajardo	-	-	-	-	-	6	6
Mayagüez	1	-	-	8	33	56	98
Metro	-	-	2	2	54	122	180
Ponce	1	27	142	104	170	184	628
Total	2	36	153	124	301	489	1,105

Nota. Los datos fueron obtenidos del Sistema Estadístico de Perfiles Sociodemográficos (SEPS) del Observatorio de Salud Mental y Adicción de Puerto Rico de la ASSMCA, por lo que los datos sólo representan a la clientela atendida en los Centros de Tratamiento de la ASSMCA y no son representativos de la población general de Puerto Rico. El signo de (-) indica que no hay datos provistos para la respectiva variable y/o categoría.

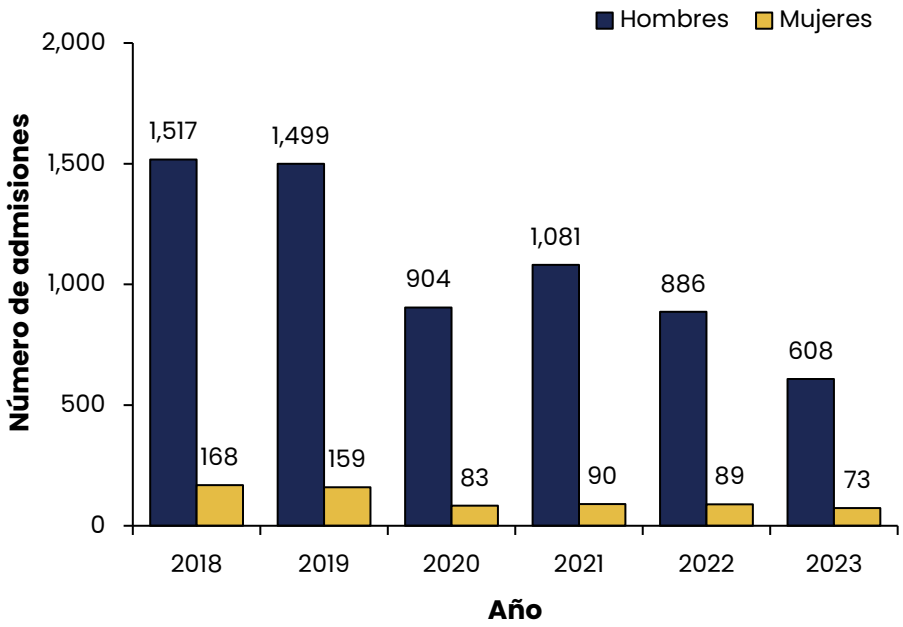
Admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de heroína

La heroína es una droga opioide confeccionada a partir de la morfina, la cual puede presentarse en forma de polvo blanco o marrón, o como una sustancia negra y pegajosa conocida como heroína de alquitrán negro (NIDA, s.f.). Esta se puede fumar, inhalar o inyectar, y este último método de uso puede aumentar el riesgo de contagio de enfermedades como VIH, hepatitis C y B, así como propiciar infecciones en la piel, en el torrente sanguíneo y en el corazón (CDC, 2025b). Los efectos a corto plazo de la heroína incluyen desde una sensación general de subidón (oleada de placer), hasta otros efectos específicos como: enrojecimiento cálido de la piel, boca seca, sensación de pesadez en brazos y piernas, picazón intensa, náuseas y vómitos (NLM, 2025b). Además, las personas pueden normalmente experimentar somnolencia durante varias horas y tener un ritmo respiratorio más lento (NLM, 2025b). A largo plazo, el consumo de heroína puede provocar múltiples problemas de salud que incluyen enfermedades del hígado, renales, pulmonares, trastornos mentales y tumores (NLM, 2025b).

El indicador de admisiones a programas por abuso de drogas en ASSMCA (s.f.), en uso de heroína se refiere a personas en uso de heroína que fueron admitidas a algún programa de tratamiento provisto por ASSMCA. La Figura 3.7.4 muestra el número de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de heroína, por sexo, en Puerto Rico, durante el periodo de 2018 al 2023. La mayor frecuencia de admisiones a programas de tratamiento por abuso de heroína se presentó en hombres, en comparación con las mujeres, para el respectivo periodo. Por otra parte, la mayor frecuencia de admisiones a programas de tratamiento por abuso de heroína se registró en el 2018 (1,517 hombres y 168 mujeres), en el 2019 (1,499 hombres y 159 mujeres) y en el 2021 (1,081 hombres y 90 mujeres). .

Figura 3.7.4

Número de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de heroína, por sexo: Puerto Rico, 2018 al 2023



Nota. Los datos fueron obtenidos del Sistema Estadístico de Perfiles Sociodemográficos (SEPS) del Observatorio de Salud Mental y Adicción de Puerto Rico de la ASSMCA, por lo que los datos sólo representan a la clientela atendida en los Centros de Tratamiento de la ASSMCA y no son representativos de la población general de Puerto Rico.

En la Tabla 3.7.7 se presenta la frecuencia de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de heroína, por grupo de edad, en Puerto Rico, durante el periodo del 2018 al 2023. En los grupos de edad de 25 a 44 años (4,194) y de 45 a 64 años (2,659) se presentó la mayor frecuencia de admisiones a programas de tratamiento por abuso de heroína.

Tabla 3.7.7

Frecuencia de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de heroína, por grupo de edad: Puerto Rico, 2018 al 2023

Grupo de edad	Año						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
10 a 14 años	-	1	-	-	-	-	1
15 a 19 años	-	1	-	2	-	-	3
20 a 24 años	43	45	20	22	12	4	146
25 a 44 años	1,027	1,007	600	656	540	364	4,194
45 a 64 años	591	574	350	458	400	286	2,659
65 a 79 años	24	30	16	32	23	26	151
80 años o más	-	-	1	1	-	1	3
Total	1,685	1,658	987	1,171	975	681	7,157

Nota. Los datos fueron obtenidos del Sistema Estadístico de Perfiles Sociodemográficos (SEPS) del Observatorio de Salud Mental y Adicción de Puerto Rico de la ASSMCA, por lo que los datos sólo representan a la clientela atendida en los Centros de Tratamiento de la ASSMCA y no son representativos de la población general de Puerto Rico. El signo de (-) indica que no hay datos provistos para la respectiva variable y/o categoría.

Para la Tabla 3.7.8 se muestra la frecuencia de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de heroína, por región de salud, en Puerto Rico, durante el periodo de 2018 al 2023. En el 2018 (1,685), en el 2019 (1,658) y en el 2021 (1,171) se reportaron el mayor número de admisiones a programas de tratamiento por abuso de heroína. Además, las regiones de salud que registraron la mayor frecuencia de admisiones a programas de tratamiento por abuso de heroína fueron: Ponce (1,885), Metro (1,689), Caguas (1,120) y Bayamón (1,062).

Tabla 3.7.8

Frecuencia de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de heroína, por región de salud: Puerto Rico, 2018 al 2023

Región de salud	Año						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Arecibo	175	178	99	108	69	41	670
Bayamón	218	247	153	158	159	127	1,062
Caguas	183	194	170	234	194	145	1,120
Fajardo	55	71	20	27	18	5	196
Mayagüez	114	95	92	110	92	32	535
Metro	487	419	172	220	198	193	1,689
Ponce	453	454	281	314	245	138	1,885
Total	1,685	1,658	987	1,171	975	681	7,157

Nota. Los datos fueron obtenidos del Sistema Estadístico de Perfiles Sociodemográficos (SEPS) del Observatorio de Salud Mental y Adicción de Puerto Rico de la ASSMCA, por lo que los datos sólo representan a la clientela atendida en los Centros de Tratamiento de la ASSMCA y no son representativos de la población general de Puerto Rico.

Admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de speedball

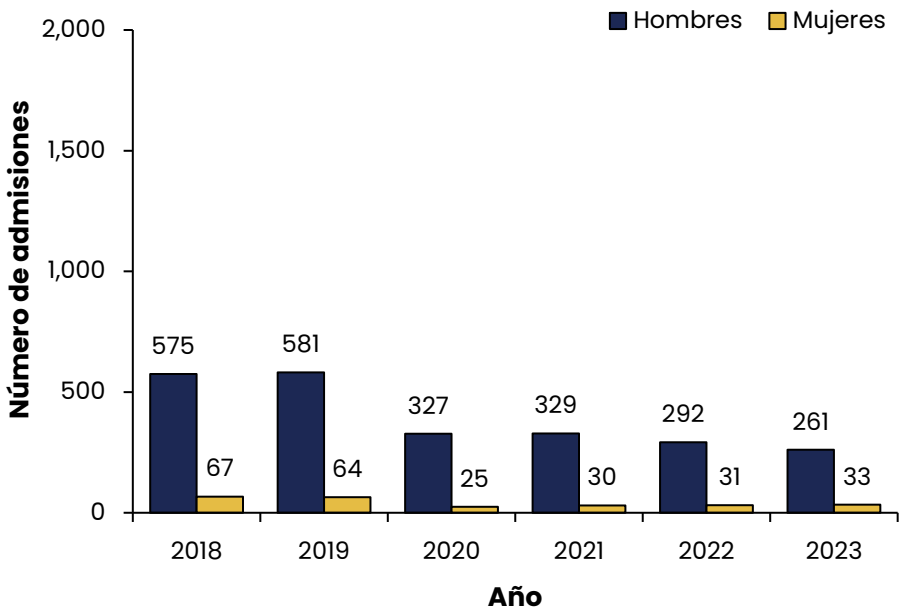
El *speedball* es una práctica en el consumo de drogas, en la que se mezcla un estimulante con un depresor, obligando al cuerpo a manejar efectos opuestos al mismo tiempo (Bezrutczyk & Parasi, 2025). El *speedball* más común es la mezcla de cocaína con heroína, pero existen combinaciones como: xanax con metanfetaminas, cocaína con alcohol, éxtasis con marihuana, cocaína con benzodiazepinas, alcohol con anfetaminas y heroína con fentanilo (Cotten, 2024; Gateway Foundation, 2025). En las combinaciones que no incluyen alcohol, la composición de *speedball* es usualmente inyectada, pero en ocasiones son inhaladas, resultando en una aparente sensación más intensa que al consumir una de las dos drogas por separado (Bezrutczyk & Parasi, 2025; Gateway Foundation, 2025). Esta práctica causa múltiples efectos inmediatos tales como confusión, visión borrosa, paranoia, sueño, incoherencia, insomnio y limitaciones motoras (Gateway Foundation, 2025). Por otro lado, entre sus efectos más graves se incluyen: fallo respiratorio, aneurisma, ataque cardiaco e infarto (Gateway Foundation, 2025).

El indicador de admisiones a programas por abuso de drogas de ASSMCA (s.f.) relacionado con el uso de *speedball* corresponde al número de personas que consumían esta sustancia y fueron admitidas a algún programa de tratamiento provisto por ASSMCA. La Figura 3.7.5 muestra el número de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de *speedball*, por sexo, en Puerto Rico, durante el periodo de 2018 al 2023. Para el respectivo periodo, el mayor número de admisiones a programas de tratamiento por abuso de *speedball* se reportó en los hombres, en comparación con las mujeres. A su vez, las mayores frecuencias de admisiones a programas de tratamiento por abuso de *speedball* en hombres se registraron en el 2018 (575) y en el 2019 (581). De igual forma, las mujeres presentaron

mayores números de admisiones a programas de tratamiento por abuso de *speedball* para el 2018 (67) y el 2019 (64).

Figura 3.7.5

Número de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de speedball, por sexo: Puerto Rico, 2018 al 2023



Nota. Los datos fueron obtenidos del Sistema Estadístico de Perfiles Sociodemográficos (SEPS) del Observatorio de Salud Mental y Adicción de Puerto Rico de la ASSMCA, por lo que los datos sólo representan a la clientela atendida en los Centros de Tratamiento de ASSMCA y no son representativos de la población general de Puerto Rico.

La Tabla 3.7.9 muestra la frecuencia de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de *speedball*, por grupo de edad, en Puerto Rico, durante el periodo de 2018 al 2023. Para este periodo de tiempo, el grupo de edad 25 a 44 años (1,682) fue el de mayor número de admisiones a programas de tratamiento por abuso de *speedball*.

Tabla 3.7.9

Frecuencia de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de speedball, por grupo de edad: Puerto Rico, 2018 al 2023

Grupo de edad	Año						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
10 a 14 años	-	-	-	-	-	-	-
15 a 19 años	-	-	-	-	-	-	-
20 a 24 años	21	16	6	6	7	3	59
25 a 44 años	442	413	220	225	201	181	1682
45 a 64 años	178	212	123	125	114	104	856
65 a 79 años	1	4	3	2	1	5	16
80 años o más	-	-	-	1	-	1	2
Total	642	645	352	359	323	294	2,615

Nota. Los datos fueron obtenidos del Sistema Estadístico de Perfiles Sociodemográficos (SEPS) del Observatorio de Salud Mental y Adicción de Puerto Rico de la ASSMCA, por lo que los datos sólo representan a la clientela atendida en los Centros de Tratamiento de la ASSMCA y no son representativos de la población general de Puerto Rico. El signo de (-) indica que no hay datos provistos para la respectiva variable y/o categoría.

En la Tabla 3.7.10 se presenta la frecuencia de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de *speedball*, por región de salud, en Puerto Rico, durante el periodo de 2018 al 2023. La mayor frecuencia de admisiones a programas de tratamiento por abuso de *speedball* se reportaron en el 2018 (642) y en el 2019 (645). Además, el mayor número de admisiones a programas de tratamiento por abuso de *speedball* se presentó en la región de salud de Metro (953), seguido por Ponce (622) y Bayamón (527).

Tabla 3.7.10

Frecuencia de admisiones a programas de tratamiento de la ASSMCA por abuso de speedball, por región de salud: Puerto Rico, 2018 al 2023

Región de salud	Año						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Arecibo	78	89	50	41	30	13	301
Bayamón	123	132	71	70	66	65	527
Caguas	23	19	11	5	3	2	63
Fajardo	33	45	13	12	9	3	115
Mayagüez	12	8	2	5	2	5	34
Metro	288	255	83	88	107	132	953
Ponce	85	97	122	138	106	74	622
Total	642	645	352	359	323	294	2,615

Nota. Los datos fueron obtenidos del Sistema Estadístico de Perfiles Sociodemográficos (SEPS) del Observatorio de Salud Mental y Adicción de Puerto Rico de la ASSMCA, por lo que los datos sólo representan a la clientela atendida en los Centros de Tratamiento de la ASSMCA y no son representativos de la población general de Puerto Rico.

Sobredosis fatales

Una sobredosis es cuando se consume una droga o medicamento por encima de la cantidad recomendada, propiciando síntomas severos y hasta puede causar la muerte (NLM, 2025c). Puede ocurrir una sobredosis cuando se consumen altos niveles de sustancias como el alcohol, los opioides, las benzodiacepinas y los estimulantes (Miller & Sharp, 2025). Las sobredosis se clasifican como intencionales cuando la persona consume la sustancia en exceso a propósito y accidentales cuando la persona las consume por error (NLM, 2025c). Existen factores que influyen en la ocurrencia de una sobredosis, tales como: edad, mezcla de sustancias, cantidad utilizada, ruta de administración, historial de abuso de sustancias, peso y tipo de cuerpo y condiciones médicas (Pantiel & Bhatt, 2025). Entre los síntomas de alto riesgo en una sobredosis se encuentra la inhabilidad de mantenerse despierto, sueño, convulsiones, vómitos, ritmo cardíaco acelerado-lento-inexistente, problemas al respirar, piel con apariencia azul o violeta, debilidad extrema y somnolencia profunda y reducción de respuesta a estímulos (Pantiel & Bhatt, 2025).

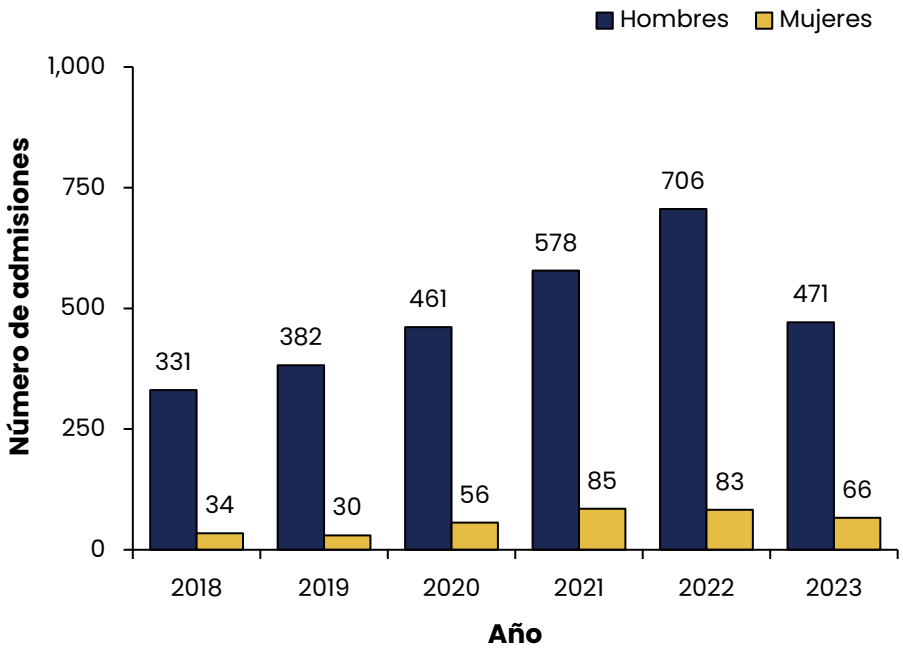
En el caso de las sobredosis por opioides, estas se pueden revertir utilizando la naloxona, el cual es un medicamento que se adhiere a los receptores de opioides, revierte e impide sus efectos (NIDA, 2022). En caso de sospecha de que una persona pueda tener una sobredosis se recomienda: 1) administrar un medicamento que revierta la sobredosis, 2) llamar al sistema de emergencias (9-1-1), 3) mantener a la persona alerta y monitorear sus respiraciones, 5) posicionar a la persona de lado para prevenir asfixie y 6) acompañar a la persona hasta que llegue la asistencia médica (CDC, 2024c).

El indicador de sobredosis fatales se refiere a muertes cuya causa fue por sobredosis con sustancias psicoactivas detectadas (ASSMCA, s.f.). La Figura 3.7.6 presenta el número de sobredosis fatales, por sexo, en Puerto Rico, durante el periodo

de 2018 al 2023. La mayor frecuencia de sobredosis fatales se reportó en los hombres, en comparación con las mujeres, para el respectivo periodo. A su vez, en el 2021 y en el 2022 se registró el mayor número de sobredosis fatales, tanto para los hombres (578 en el 2021 y 706 en el 2022) como para las mujeres (85 en el 2021 y 83 en el 2022).

Figura 3.7.6

Número de sobredosis fatales, por sexo: Puerto Rico, 2018 al 2023



Nota. Los datos fueron obtenidos del Negociado de Ciencias Forenses del Observatorio de Salud Mental y Adicción de Puerto Rico de la ASSMCA, por lo que los datos sólo representan a la clientela atendida en los Centros de Tratamiento de la ASSMCA y no son representativos de la población general de Puerto Rico.

La Tabla 3.7.11 muestra la frecuencia de sobredosis fatales, por grupo de edad, en Puerto Rico, durante el periodo de 2018 al 2023. El mayor número de sobredosis fatales se reportó en el 2022 (789), seguido de 2021 (663). Para el periodo de 2018 al 2023, los grupos de edad que registraron la mayor frecuencia de sobredosis fatales fueron: 25 a 44 años (1,783) y 45 a 64 años (1,195).

Tabla 3.7.11

Frecuencia de sobredosis fatales, por grupo de edad: Puerto Rico, 2018 al 2023

Grupo de edad	Año						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
10 a 14 años	-	-	-	-	-	1	1
15 a 19 años	1	-	5	5	6	4	21
20 a 24 años	20	24	25	26	43	25	163
25 a 44 años	212	239	303	379	391	259	1,783
45 a 64 años	119	140	168	231	318	219	1,195
65 a 79 años	13	9	16	20	27	27	112
80 años o más	-	-	-	2	3	2	7
Total	365	412	517	663	789	537	3,282

Nota. Los datos fueron obtenidos del Negociado de Ciencias Forenses del Observatorio de Salud Mental y Adicción de Puerto Rico de la ASSMCA, por lo que los datos sólo representan a la clientela atendida en los Centros de Tratamiento de la ASSMCA y no son representativos de la población general de Puerto Rico. El signo de (-) indica que no hay datos provistos para la respectiva variable y/o categoría.

En la Tabla 3.7.12 se observa la frecuencia de sobredosis fatales, por región de salud, en Puerto Rico, durante el periodo del 2018 al 2023. El mayor número de sobredosis fatales se presentó en las regiones de salud Metro (813), Bayamón (541) y Ponce (526), para el respectivo periodo.

Tabla 3.7.12

Frecuencia de sobredosis, por región de salud: Puerto Rico, 2018 al 2023

Región de salud	Año						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Arecibo	38	46	46	78	94	60	362
Bayamón	65	76	99	132	128	41	541
Caguas	69	61	71	95	120	106	522
Fajardo	9	7	20	22	20	24	102
Mayagüez	55	58	76	74	101	53	417
Metro	81	97	134	163	181	157	813
Ponce	48	67	71	99	145	95	525
Total	365	412	517	663	789	537	3,282

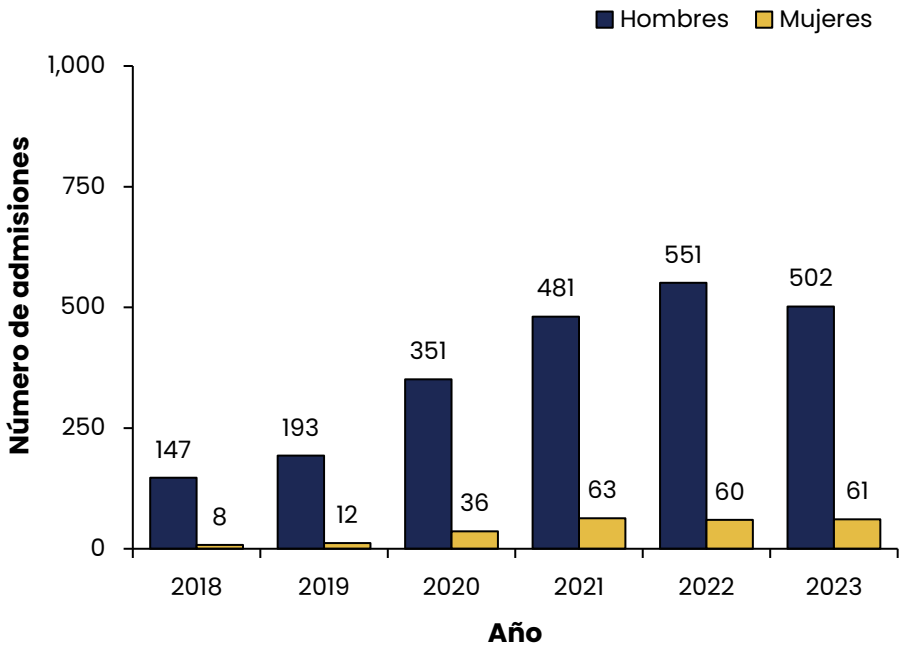
Nota. Los datos fueron obtenidos del Negociado de Ciencias Forenses del Observatorio de Salud Mental y Adicción de Puerto Rico de la ASSMCA, por lo que los datos sólo representan a la clientela atendida en los Centros de Tratamiento de la ASSMCA y no son representativos de la población general de Puerto Rico.

Sobredosis fatales con fentanilo detectado

El indicador de sobredosis fatales, fentanilo detectado, se refiere a muertes cuya causa fue por sobredosis con fentanilo detectado (ASSMCA, s.f.). La Figura 3.7.7 presenta el número de sobredosis fatales con fentanilo detectado, por sexo, en Puerto Rico, durante el periodo de 2018 al 2023. La mayor frecuencia de sobredosis fatales con fentanilo detectado se reportó en los hombres, en comparación con las mujeres. Por otro lado, el mayor número de casos de sobredosis fatales con fentanilo detectado en los hombres se registró en el 2022 (551) y en el 2023 (502). En las mujeres la mayor frecuencia de sobredosis fatales con fentanilo detectado se reportó en el 2021 (63) y en el 2023 (61).

Figura 3.7.7

Número de sobredosis fatales con fentanilo, por sexo: Puerto Rico, 2018 al 2023



Nota. Los datos fueron obtenidos del Negociado de Ciencias Forenses del Observatorio de Salud Mental y Adicción de Puerto Rico de la ASSMCA, por lo que los datos sólo representan a la clientela atendida en los Centros de Tratamiento de la ASSMCA y no son representativos de la población general de Puerto Rico.

En la Tabla 3.7.13 se observa la frecuencia de sobredosis fatales con fentanilo detectado, por grupo de edad, en Puerto Rico, durante el periodo de 2018 al 2023. La mayor recurrencia de sobredosis fatales con fentanilo detectado se reportó en los grupos de edad de 25 a 44 años (1,426) y 45 a 64 años (833).

Tabla 3.7.13

Frecuencia de sobredosis fatales con fentanilo detectado, por grupo de edad: Puerto Rico, 2018 al 2023

Grupo de edad	Año						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Menor de 10 años	-	-	-	-	-	2	2
10 a 14 años	-	-	-	-	1	1	2
15 a 19 años	-	-	5	3	6	3	17
20 a 24 años	9	14	21	25	33	23	125
25 a 44 años	106	129	239	333	325	294	1,426
45 a 64 años	39	59	112	174	233	216	833
65 a 79 años	1	3	10	8	12	23	57
80 años o más	-	-	-	1	1	1	3
Total	155	205	387	544	611	563	2,465

Nota. Los datos fueron obtenidos del Negociado de Ciencias Forenses del Observatorio de Salud Mental y Adicción de Puerto Rico de la ASSMCA, por lo que los datos sólo representan a la clientela atendida en los Centros de Tratamiento de la ASSMCA y no son representativos de la población general de Puerto Rico. El signo de (-) indica que no hay datos provistos para la respectiva variable y/o categoría.

La Tabla 3.7.14 presenta la frecuencia de sobredosis fatales con fentanilo detectado, por región de salud, en Puerto Rico, durante el periodo de 2018 al 2023. La mayor frecuencia de sobredosis fatales con fentanilo detectado se reportó en el 2022 (611) y en el 2023 (563). El mayor número de sobredosis fatales con fentanilo detectado se registró en las regiones de salud de Metro (566) y Bayamón (476), mientras que la región de salud de menor recurrencia de sobredosis fatales con fentanilo detectado fue Fajardo (71).

Tabla 3.7.14

Frecuencia de sobredosis fatales con fentanilo detectado, por región de salud: Puerto Rico, 2018 al 2023

Región de salud	Año						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Arecibo	14	25	31	62	73	70	275
Bayamón	29	41	80	115	122	89	476
Caguas	30	28	53	77	93	95	376
Fajardo	3	4	13	17	13	21	71
Mayagüez	24	32	55	57	72	57	297
Metro	29	44	99	132	123	139	566
Ponce	26	31	56	84	115	92	404
Total	155	205	387	544	611	563	2,465

Nota. Los datos fueron obtenidos del Negociado de Ciencias Forenses del Observatorio de Salud Mental y Adicción de Puerto Rico de la ASSMCA, por lo que los datos sólo representan a la clientela atendida en los Centros de Tratamiento de la ASSMCA y no son representativos de la población general de Puerto Rico.

Limitaciones y oportunidades

El uso de sustancias, incluyendo el trastorno por uso de opioides y el uso indebido de sustancias prescritas, es un asunto social que impacta la salud pública en distintos niveles, tanto teóricos, metodológicos, ideológicos, como programáticos. Dicho asunto social presenta retos en los procesos de prevención, intervención y reducción de daños en la salud pública individual y colectiva. A tales efectos, durante el desarrollo del presente capítulo, se identificaron diversas limitaciones relacionadas al acceso, disponibilidad, representación poblacional, recopilación y diseminación de datos.

Existen diferentes agencias gubernamentales y programas que trabajan con el tema del uso de sustancias. Sin embargo, los datos que se recopilan se limitan a la población que atienden, por lo que estos no son representativos de la población general de Puerto Rico.

En términos de la recopilación de datos, existen iniciativas abarcadoras, colaborativas y pertinentes que aportan a robustecer el acervo de datos existentes y a ampliar el perfil sociodemográfico que se tiene de la población que usa sustancias en Puerto Rico. Por ejemplo, la encuesta de Consulta Juvenil es un estudio transversal diseñado para monitorear la prevalencia del uso de sustancias entre los estudiantes de séptimo a duodécimo grado en las escuelas públicas y privadas de Puerto Rico (Moscoso et al., 2023). Este es un esfuerzo colaborativo entre la Universidad de Puerto Rico (UPR), la Universidad Central del Caribe (UCC) y la ASSMCA que ha recopilado datos desde 1990 en Puerto Rico (Moscoso et al., 2023). No obstante, esta encuesta no se realiza consistentemente, por lo que su realización frecuente podría ayudar a fortalecer la confiabilidad y comparabilidad del perfil sociodemográfico de la población juvenil-escolar que usa sustancias en Puerto Rico.

En términos metodológicos, se identificaron diferencias entre las definiciones y categorizaciones de los indicadores y/o variables que utilizan cada entidad, implicando una posible discrepancia en los datos presentados. En la diseminación de datos, actualmente, no todas las entidades brindan acceso público a los datos estadísticos, algunas no desarrollan periódicamente informes de datos y otras requieren de solicitudes para conocer las estadísticas, lo que implica un sesgo de información y falta de orientación sobre las fuentes y/o servicios disponibles para la población.

A pesar de las limitaciones presentadas, se han identificado oportunidades para fortalecer el manejo en salud pública para los trastornos de uso de sustancias. Entre las oportunidades identificadas se encuentran: 1) fortalecer la accesibilidad y educación sobre las estadísticas y su impacto en salud pública, 2) aumentar la orientación sobre los servicios disponible para el usuario de sustancias y sus familiares de apoyo, 3) fortalecer los sistemas colaborativos entre las distintas entidades para atender la población de uso de sustancias, 4) robustecer colaborativamente las intervenciones que realizan tanto las agencias gubernamentales, como las privadas y entidades sin fines de lucro con la finalidad de fortalecer la reducción de daños en el uso de sustancias y 5) desarrollar continuamente política pública para atender el impacto que genera el uso de sustancias a nivel social, económico y político.

Referencias

Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA). (s.f.). *Diseño y métodos*: *Fuentes - SEPS Sustancias.* Observatorio de Salud Mental y Adicción de Puerto Rico. https://observatoriotables.assmca.pr.gov/notasmetodologicas

Alston, R., & Caplinger, C. (2025). *Crack overdose: Signs, symptoms & effects of crack use*. Recovery Village Palm Beach at Baptist Health. https://www.floridarehab.com/drugs/crack/crack-overdose/

American Psychiatric Association. (2024). *¿Qué es el trastorno por consumo de sustancias (adicción)?.* https://www.psychiatry.org/patients-families/la-salud-mental/trastorno-por-consumo-de-sustancias/que-es-trastornos-por-consumo-de-sustancias

Bezrutczyk, D. & Parasi, T. (2025*). Speedball.* Addiction Center. https://www.addictioncenter.com/drugs/heroin/speedball/

Center for Disease and Prevention (CDC). (2024a). *Substance use.* National Center for Health Statistics. https://www.cdc.gov/nchs/hus/sources-definitions/substance-use.htm

Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2024b). *Treatment of substance use disorders*. https://www.cdc.gov/overdose-prevention/treatment/index.html

Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2024c). *Qué hacer si cree que alguien tiene una sobredosis*. https://www.cdc.gov/stop-overdose/es/response/que-hacer-si-cree-que-alguien-tiene-una-sobredosis.html

Center for Disease and Prevention. (2025a). *About prescription opioids.* https://www.cdc.gov/overdose-prevention/about/prescription-opioids.html

Center for Disease and Prevention. (2025b). *What is heroin?.* https://www.cdc.gov/overdose-prevention/about/heroin.html

Cleveland Clinic. (2023a). *Cocaine (crack)*. https://my.clevelandclinic.org/health/articles/4038-cocaine-crack

Cleveland Clinic. (2025). *Opioids.* https://my.clevelandclinic.org/health/drugs/ 21127-opioids

Cotten, J. F. (2024). Goofball polypharmacy. *The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, *388*(2), 241–243. https://doi.org/10.1124/jpet.123.001930

Gateway Foundation. (2025). *Speedball*. https://www.gatewayfoundation.org/blog/speedball-drug-effects/

Hodgman-Korth, M., Manwarren Generes, W., & Kelley, R. (2025). *Crack vs. cocaine: What's the difference between crack and cocaine?.* American Addiction Centers. https://americanaddictioncenters.org/stimulants/cocaine/differences-with-crack

Johns Hopkins Medicine. (s.f.*). Substance use disorder: What causes substance use disorder?.* https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/substance-abuse-chemical-dependency

Mayo Clinic. (2025). *Drug addiction (substance use disorder)*. https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/drug-addiction/symptoms-causes/syc-20365112

Miller, L., & Sharp, A. (2025). *Overdose symptoms, risks, and treatment*. American Addiction Centers. https://americanaddictioncenters.org/overdose

Moscoso Álvarez, M. R., Colón Jordán, H. M., Reyes Pulliza, J. C. y Rodríguez Figueroa, L. (2023). *El uso de substancias en los escolares puertorriqueños: Consulta Juvenil 2020-2022*. Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la

Adicción. https://docs.pr.gov/files/ASSMCA/Consultas/Informe_CJ_2020-22_ISLA_18%20abr%2023_FINAL.pdf

National Cancer Institute (NCI). (s.f.-a). *Psychoactive substance*. https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/psychoactive-substance

National Cancer Institute (NCI). (s.f.-b). *Tolerancia a un medicamento*. https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/tolerancia-a-un-medicamento

National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2020a). *El uso indebido de drogas y la adicción.* https://nida.nih.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/abuso-y-adiccion-las-drogas

National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2020b). *¿Qué otras consecuencias tiene la drogadicción para la salud?*. https://nida.nih.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/la-adiccion-y-la-salud

National Institute on Drug Abuse. (2022). *Naloxona – DrugFacts.* https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/naloxona

National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2024a). *Opioids*. https://nida.nih.gov/research-topics/opioids#opioids

National Institute of Drug Use. (2025). *Fentanyl*. https://nida.nih.gov/research-topics/fentanyl#fentanyl

National Institute on Drug Abuse. (s.f.). *La heroína*. https://nida.nih.gov/es/areas-de-investigacion/la-heroina

National Library of Medicine. (2024). *Opioides y trastorno por consumo de opioides.* https://medlineplus.gov/spanish/opioidsandopioidusedisorderoud.html

National Library of Medicine. (2025a). *Fentanilo*. https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a605043-es.html

National Library of Medicine. (2025b). *Heroína.* https://medlineplus.gov/spanish/heroin.html

National Library of Medicine. (2025c). *Sobredosis.* https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007287.htm

Organización Panamericana Salud (OPS). (s.f.). *Uso de sustancias.* https://www.paho.org/es/temas/uso-sustancias

Pantiel, T. & Bhatt, A. (2025). *Understanding overdose.* Addiction Center. https://www.addictioncenter.com/drugs/overdose/

United States Drug Enforcement Administration (DEA). (2024). *DEA releases 2024 national drug threat assessmen*t [press release]. https://www.dea.gov/press-releases/2024/05/09/dea-releases-2024-national-drug-threat-assessment



CAPÍTULO 8

MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD EN PUERTO RICO

Conceptos claves

1. **Médicos:** Personas autorizadas para ejercer medicina y cirugía en Puerto Rico, de acuerdo con las disposiciones de la Ley Número 139 del 1 de agosto de 2008, conocida como la Ley de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica (JLDM). A partir de esta definición, los médicos se clasifican como médicos generalistas y médicos especialistas (Departamento de Salud de Puerto Rico [DSPR], 2021).
2. **Profesionales de la salud:** Personas autorizadas por la Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud (ORCPS) para prestar servicios dirigidos al mejoramiento y cuidado de la salud física y mental de los individuos, según la Ley de la Reforma Integral de los Servicios de Salud de Puerto Rico. Esta categoría incluye: profesionales de enfermería, profesionales de farmacia, tecnólogos médicos, profesionales de salud oral, educadores en salud, profesionales en medicina alternativa, psicólogos y consejeros, profesionales en salud animal, profesionales de la salud visual, técnicos de emergencias médicas, técnicos, tecnólogos, terapistas, administradores de servicios de salud, audiólogos, embalsamadores, podiatras, nutricionistas y/o dietistas (DSPR, 2021).
3. **Estado de empleo:** Se entiende como la clasificación de los individuos, de acuerdo con las categorías laborales del país (Oxford Reference, 2024). En el contexto de la JLDM y la ORCPS, el estado de empleo se especifica como:
    a. **Activos en Puerto Rico:** Se refiere al médico o profesional de la salud que, al momento de completar el formulario de certificación o recertificación correspondiente, indicó encontrarse trabajando en Puerto Rico la profesión para la cual solicita licenciamiento (DSPR, 2021).
    b. **Activos fuera de Puerto Rico:** Se refiere al médico o profesional de la salud que, al momento de completar el formulario de certificación o recertificación correspondiente, indicó encontrarse trabajando fuera de

Puerto Rico (Estados Unidos o países extranjeros) la profesión para la cual solicita licenciamiento en Puerto Rico (DSPR, 2021).

c. **Inactivos:** Se refiere al médico o profesional de la salud que, al momento de completar el formulario de certificación o recertificación correspondiente, indicó no encontrarse trabajando (tanto en Puerto Rico como fuera de Puerto Rico) en la profesión para la cual solicita licenciamiento; ya sea por motivos de retiro, desempleo, incapacidad, estudios, y entre otros (DSPR, 2021).

4. **Médicos especialistas:** En Puerto Rico, se refiere a la persona que, además de poseer una licencia expedida por la JLDM para ejercer como médico cirujano, solicita y obtiene una certificación como especialista en aquellas ramas de la medicina que son reconocidas como especialidades médicas por el *American Board of Medical Specialties*. Algunas especialidades comunes son: cardiólogos, neumólogos, ginecólogos/obstetras, oncólogos y cirujanos (Ley de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica, 2008).
5. **Médicos generalistas:** En Puerto Rico, se refiere a la persona que solicita y es autorizada para ejercer medicina y cirugía en Puerto Rico previa la obtención de una licencia por la JLDM de acuerdo con las disposiciones de la Ley de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica del 2008. El médico general brinda atención médica integral, continua y no especializada, tanto preventiva como curativa, para pacientes de todas las edades (WHO Expert Committee on General Practice & World Health Organization, 1964).
6. **Profesionales de enfermería:** Son las personas que mediante su preparación, conocimientos y destrezas se dedican al cuidado, tratamiento, promoción y prevención para la salud (Ley para Regular la Práctica de la Enfermería, 2015). Esta categoría, en términos de licenciamiento de la ORCPS, se compone de los

individuos con licencias en enfermería asociada, enfermería especialista, enfermería generalista, enfermería obstétrica y/o enfermería práctica licenciada (DSPR, 2021).

7. **Profesionales de farmacia:** Son las personas autorizadas para despachar medicamentos y productos recetados para el tratamiento de la salud (Ley de Farmacia de Puerto Rico, 2004). Dicha categoría en el registro de la ORCPS incluye a individuos con licencias en las profesiones de técnico de farmacia o farmacéutico (DSPR, 2021).
8. **Tecnólogo médico:** Son las personas autorizadas por la ORCPS a ejercer la profesión de tecnología médica en Puerto Rico; es decir, aquellos que se especializan en el análisis clínico de "…los cambios químicos, físicos, metabólicos e inmunológicos…" del cuerpo humano a través de la obtención y procesamiento de la sangre y sus componentes (Ley para Reglamentar la Profesión de la Tecnología Médica en Puerto Rico, 1988).
9. **Profesionales de salud oral:** Son las personas que se especializan en el cuidado y tratamiento de las enfermedades orales/bucales, dentales y de la mandíbula (Cigna Healthcare, s.f.). Esta categoría profesional, en los registros de la ORCPS, incluye a individuos licenciados como asistente dental, dentistas, higienistas o tecnólogos dentales (DSPR, 2021).
10. **Otros profesionales de la salud:** Categoría utilizada para clasificar profesiones de salud que requieren licenciamiento de la ORCPS. Esta categoría se constituye de las profesiones de educadores en salud, medicina alternativa, psicólogos y consejeros, salud animal, salud visual, técnicos de emergencia, tecnólogos, técnicos, terapistas, administradores de servicios de salud, audiólogos, embalsamadores, podiatras, nutricionistas y/o dietistas (DSPR, 2021).

11. **Tasa**: Es una medida estadística que permite conocer el número de eventos (ejemplo: nacimientos) o características (ejemplo: sexo) que se presentan en la población dentro de un periodo determinado (Pérez, 2010). Esta permite estimar cuán común o frecuente es el evento y/o la característica en dicha población (Observatorio de la Violencia, 2017).

Introducción

El sistema de salud es esencial para el desarrollo y el bienestar de una sociedad que integra la equidad en salud (Harvard University, s.f). Las instituciones como los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) argumentan que el acceso a los servicios adecuados de salud puede prevenir las enfermedades y mejorar las condiciones de vida (OMS, s.f., Healthy People 2030, s.f., & CDC, 2023). Sin embargo, el ofrecimiento y calidad de servicios de salud pueden verse afectados por la escasez de médicos y otros profesionales de la salud (Pittman, et al., 2021). Como evento reciente, durante la pandemia de COVID-19, se demostró la importancia de los trabajadores de salud en la respuesta a emergencias y cuidados de atención médica (McNeill, 2022). Por consiguiente, en esta dimensión se evalúan las características sociodemográficas y la disponibilidad laboral de médicos y profesionales de la salud para Puerto Rico a partir de los datos publicados en el Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico (Departamento de Salud, DSPR, 2021) preparado por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica (JLDM) y la Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud (ORCPS).

El mejoramiento continuo de los asuntos relacionados a los servicios y cuidados de salud son reconocidos mediante política pública en las gestiones gubernamentales a través de la Ley Número 11 del 23 de junio de 1976, conocida como la Ley Reforma Integral de los Servicios de Salud de Puerto Rico. Esta establece la obligación de crear un registro para las licencias expedidas como parte de los procesos de certificación y recertificación de médicos y profesionales de la salud en Puerto Rico (Ley de Reforma Integral de los Servicios de Salud de Puerto Rico, 1976). El proceso de recertificación debe completarse por el médico y/o profesional de la salud, cada tres años, a través de la Oficina de Reglamentación y Certificación de los

Profesionales de la Salud (ORCPS) y la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico (JLDM).

Los objetivos de este capítulo son los siguientes: 1) describir las características sociodemográficas y laborales de médicos y profesionales de la salud con licencia en Puerto Rico de los periodos de tiempo de 2016 a 2018 y de 2016 a 2019; 2) presentar el estado de empleo de médicos y profesionales de la salud en Puerto Rico; y 3) identificar aquellos/as médicos y profesionales de la salud activos en Puerto Rico.

Metodología

Los indicadores presentados en este capítulo forman parte de los datos publicados en el Decimocuarto Registro del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico del DSPR de 2021. Los datos se obtuvieron de las licencias otorgadas por la JLDM y ORCPS, adscritas al DSPR, en cumplimiento con las disposiciones de la Ley de Reforma Integral de los Servicios de Salud de Puerto Rico (Departamento de Salud de Puerto Rico [DSPR], 2021). Toda la información registrada de las licencias otorgadas por la JLDM y ORCPS se transfirió a un archivo central de datos en la Oficina de Informática y Avances Tecnológicos (OIAT) del DSPR, quienes prepararon las bases de datos para los análisis estadísticos. El acceso a esta fuente de datos se obtuvo mediante solicitudes interagenciales (cartas, correos electrónicos, y otros métodos de comunicación formal) entre la Oficina de Planificación y Desarrollo (OPD) y OIAT.

Las certificaciones y recertificaciones de licenciamiento se realizan cada tres años en un periodo de cierre de año natural para médicos (de enero a diciembre), y año fiscal para profesionales de la salud (de julio a junio) (DSPR, 2021). De acuerdo con el formato de los formularios de la JLDM y la ORCPS, para médicos y profesionales de la salud tienen la opción de establecer su estado de empleo al certificarse o

recertificarse en Puerto Rico (DSPR, 2021). Entre las categorías de estado de empleo se encuentran: activo en Puerto Rico, activo fuera de Puerto Rico e inactivo (DSPR, 2021). No obstante, los análisis estadísticos realizados por el DSPR se enfocaron en las características sociodemográficas y laborales de quienes indicaron encontrarse activos en Puerto Rico durante los respectivos periodos de reporte.

Este capítulo presenta un análisis descriptivo realizado en las plataformas de Microsoft Excel, IBM SPSS y ArcGIS para los estados de empleos de médicos y profesionales de la salud. Además, se evaluó la disponibilidad de médicos y profesionales de la salud con énfasis en aquellos y aquellas que indicaron encontrarse activos en Puerto Rico al momento de completar el registro de la JLDM y la ORCPS. A su vez, en dicho análisis descriptivo, se destacaron notas importantes en el proceso de metodología, las cuales son los siguientes:

- Diferencias metodológicas aplicadas en las bases de datos y el desarrollo del Decimocuarto Registro del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico, debido que no permiten las comparaciones de datos con informes previos (DSPR, 2021).
- Los datos para médicos desglosados por especialidades específicas (tales como cardiólogos, pediatras, psiquiatras, internistas, cirujanos y entre otros) no se encuentran disponibles para Puerto Rico. A su vez, el formulario de la JLDM recopila información sobre tres especialidades estudiadas (preparación académica), pero no sobre la especialidad que los médicos ejercen como profesión (DSPR, 2021). Por tal razón, los datos, las figuras y las tablas incluidas en este capítulo se enfocaron en el total de médicos especialistas.
- Los profesionales de la salud pueden tener más de una licencia registrada a su nombre. Por tal razón, los números presentados para los profesionales de la

salud representan el número de licencias bajo la profesión, y no el número de personas ejerciendo la profesión.

Análisis descriptivo

Este capítulo presenta las características sociodemográficas y laborales de médicos y profesionales de la salud a partir de los datos presentados en el *Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico* (DSPR, 2021). El mismo se enfoca en aquellos médicos y profesionales de la salud que indicaron encontrarse activos en Puerto Rico al momento de completar los formularios de licenciamiento de la JLDM y la ORCPS. Además, se brindará un resumen de quienes indicaron encontrarse inactivos (dentro y fuera de Puerto Rico) y activos fuera de Puerto Rico en los respectivos periodos del informe.

Médicos y profesionales de la salud por estado de empleo

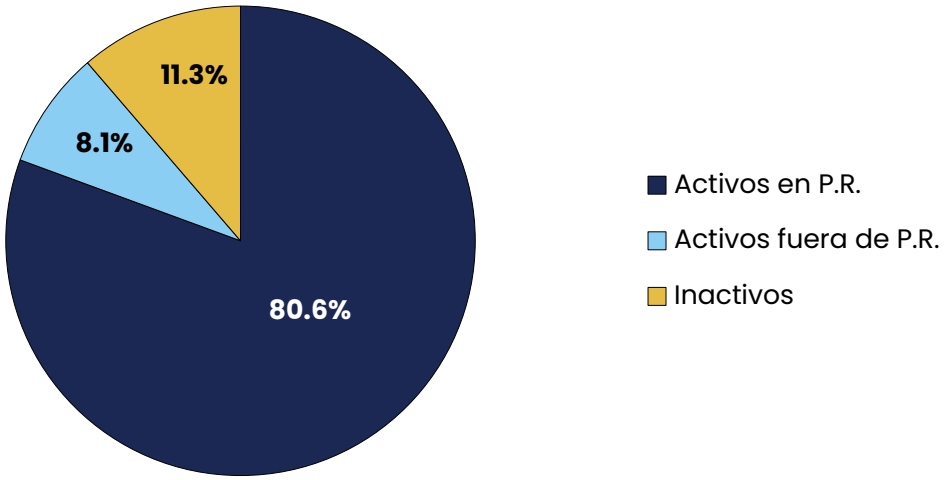
El estado de empleo, según se registra en los formularios de la JLDM y la ORCPS, permite conocer la disponibilidad laboral de médicos y profesionales de la salud con licencia en un periodo de tiempo determinado (DSPR, 2021). La solicitud de la licencia requiere cumplimentar un formulario en el cual se clasifican los estados de empleo de la siguiente manera: activos en Puerto Rico (se encuentra ejerciendo su profesión en Puerto Rico), activos fuera de Puerto Rico (se encuentra ejerciendo su profesión fuera de Puerto Rico) o inactivos (retirado o no se encuentra ejerciendo su profesión) (DSPR, 2021).

La Figura 3.8.1 presenta el porcentaje del estado de empleo de médicos con licencia en Puerto Rico para el periodo de tiempo del 2016 al 2018. Para este periodo, se registró un total de 11,772 licencias médicas. De éstas, el 63.3% (7,456) fue de

médicos especialistas y el 36.7% (4,316) pertenecía a médicos generalistas. El 80.6% (9,492) de médicos con licencia reportaron estar activos en Puerto Rico. Por otro lado, el 8.1% (949) indicó estar activo fuera de Puerto Rico entre el 2016 al 2018, mientras que el 11.3% (1,330) se registró como inactivos.

Figura 3.8.1

Porcentaje del estado de empleo de médicos con licencia: Puerto Rico, 2016 al 2018



*Médicos que no especificaron su estado de empleo 0.01%.

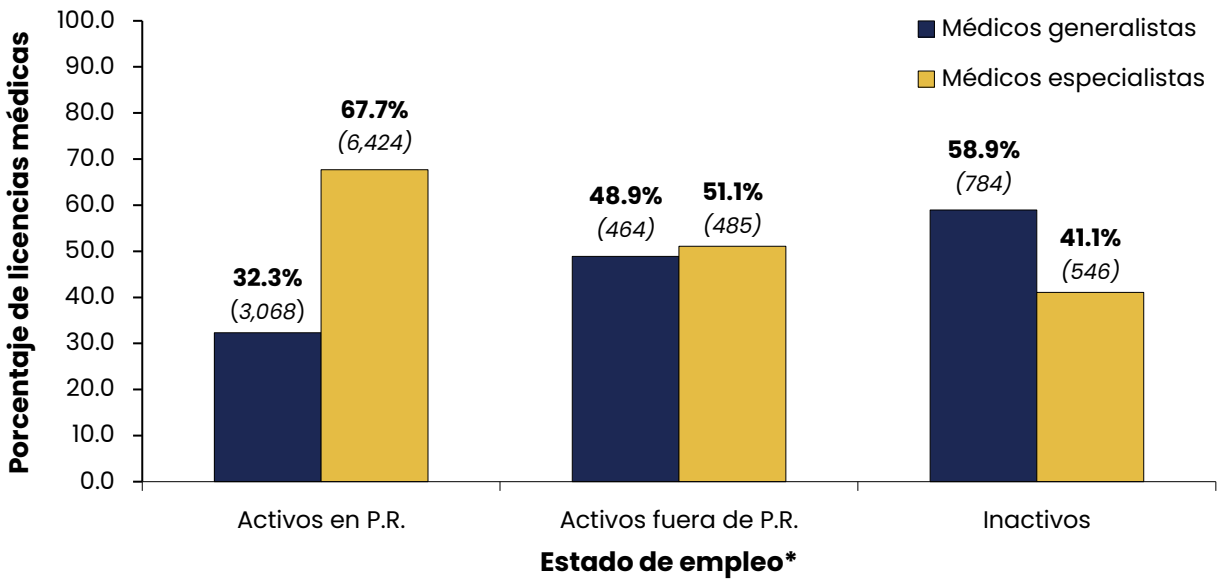
Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2021, p.17). El total de médicos inactivos incluye aquellos dentro y fuera de Puerto Rico.

En el contexto de Puerto Rico, un médico generalista usualmente es conocido como el médico primario o de cabecera. Este es el tipo de médico que las personas visitan con regularidad para dolencias o malestares comunes. Por otro lado, médicos especialistas, brindan servicios de atención médica en situaciones o dolencias específicas, por ejemplo: fracturas, embarazos, cáncer, cirugías y entre otros. La Figura 3.8.2 presenta el porcentaje de médicos generalistas y especialistas con licencia por estado de empleo, en Puerto Rico, durante el periodo de tiempo del 2016 al 2018. Esta

presenta que el 67.7% de médicos activos en Puerto Rico son médicos especialistas. En cambio, el porcentaje de médicos generalistas (48.9%) y especialistas (51.1%) activos fuera de Puerto Rico se mostró en un rango porcentual constante. Por otro lado, el mayor porcentaje de médicos inactivos se caracterizó en la clasificación de médicos generalistas con un 58.9%.

Figura 3.8.2

Porcentaje de médicos generalistas y especialistas con licencia, por estado de empleo: Puerto Rico, 2016 al 2018



*Médicos que no especificaron su estado de empleo 0.01%.

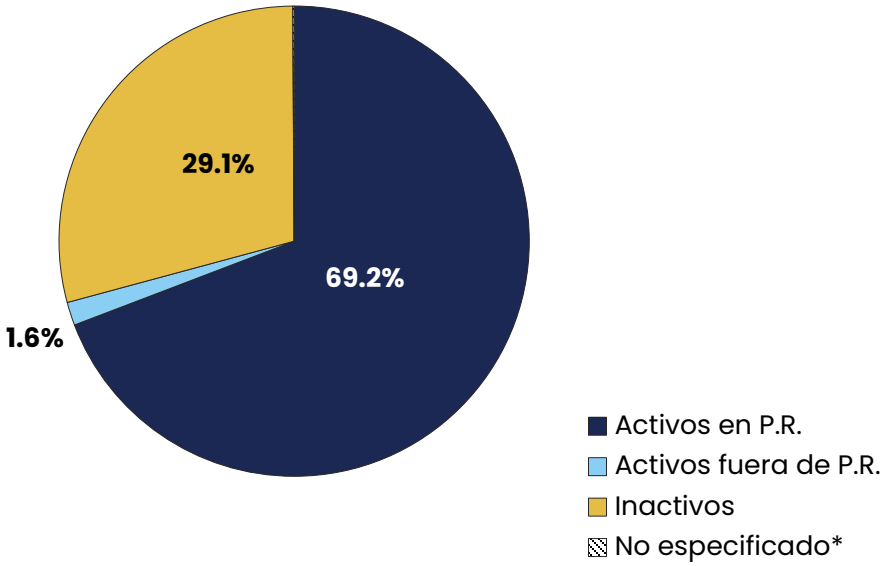
Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2021, p.17). El total de médicos inactivos incluye aquellos dentro y fuera de Puerto Rico. Médicos especialistas pueden tener más de una especialidad reportada, por lo que el número y porciento presentado se basan en la primera especialidad indicada por el médico en el formulario de la JLDM (DSPR, 2021).

La Figura 3.8.3 presenta el porcentaje de estado empleo de las licencias registradas para profesionales de la salud en Puerto Rico para el 2016 al 2019. Se muestra que el 69.2% (66,637) de las licencias para profesionales de la salud se encontraron activas en Puerto Rico. A su vez, el 29.1% (28,037) renovaron sus licencias,

pero indicaron estar inactivos en la práctica de su carrera. Por último, el menor porcentaje se observó entre los que indicaron estar activos fuera de Puerto Rico, con un 1.6% (1,568).

Figura 3.8.3

Porcentaje de estado de empleo de las licencias registradas para profesionales de la salud: Puerto Rico, 2016 al 2019



*Un total de 75 (0.1%) licencias no contaban con un estado de empleo especificado.

Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2021, p.50). Profesionales de la salud pueden tener más de una licencia registrada a su nombre (DSPR, 2021).

La Figura 3.8.4 muestra el porcentaje de licencias para profesionales de la salud por estado de empleo, en Puerto Rico para el 2016 al 2019. Se registraron un total de 96,317 licencias relacionadas a profesionales de la salud de acuerdo con la ORCPS. El mayor porciento de licencias otorgadas por la ORCPS se presentó en profesionales de enfermería (incluye enfermero/a asociado, enfermero/a especialista, enfermero/a generalista, enfermero/a obstétrica y enfermero/a práctico/a licenciado/a) para los

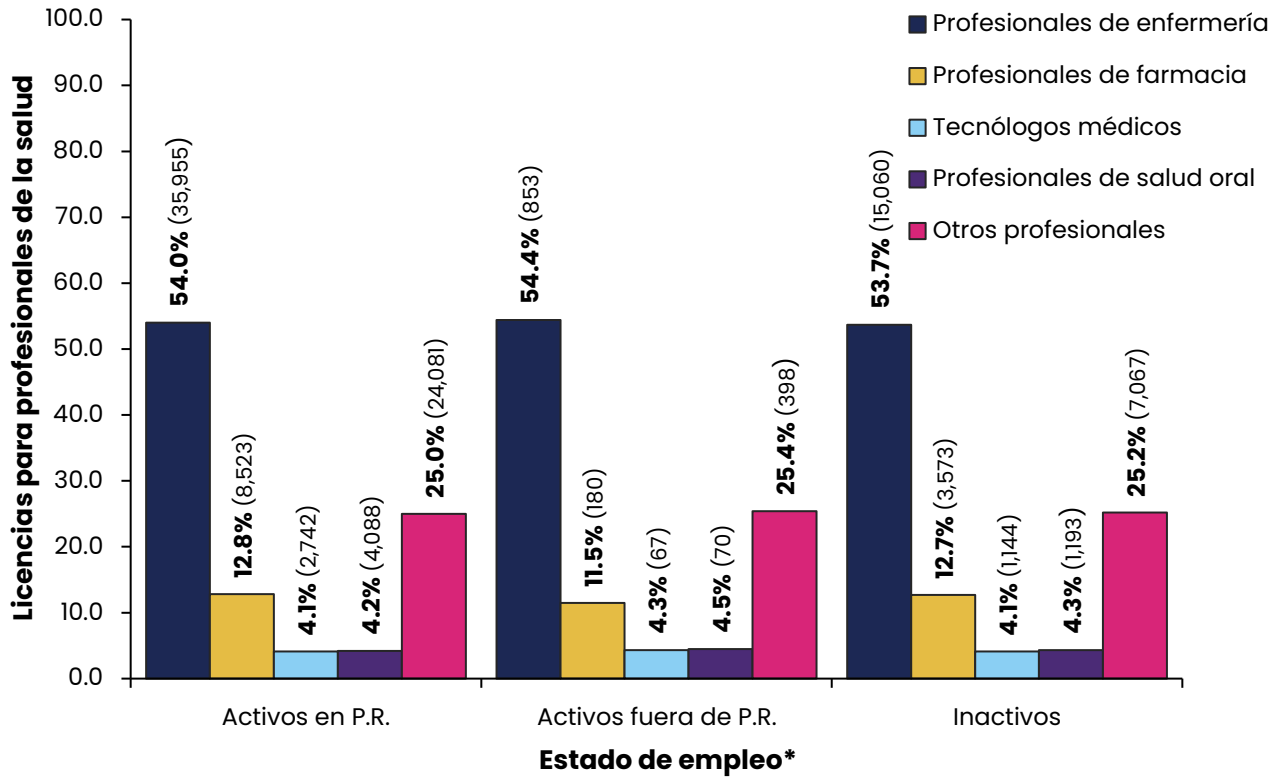
estados de empleo de activos en Puerto Rico (54.0%), activos fuera de Puerto Rico (54.4%) e inactivos (53.7%).

El segundo porcentaje que presenta mayor número de licencias otorgadas se mostró en la categoría de otros profesionales (esta es un total acumulado de las siguientes profesiones: educadores en salud, medicina alternativa, psicólogos y consejeros, salud animal, salud visual, técnico de emergencias médicas, técnicos, tecnólogos, terapistas, administradores de servicios de salud, audiólogos, embalsamadores, médicos podiatras y nutricionistas y/o dietistas). La categoría de otros profesionales presentó 25.0% para activos en Puerto Rico, 25.4% para activos fuera de Puerto Rico y 25.2% para inactivos de acuerdo con los respectivos estados de empleo.

Por otra parte, la categoría de profesionales de farmacia (incluye farmacéuticos/as y técnicos/as de farmacia) presentó por un 12.8% para activos en Puerto Rico, 11.5% para activos fuera de Puerto Rico y 12.7% para inactivos de acuerdo con los estados de empleo para las licencias otorgadas por la ORCPS. Por último, las categorías de tecnólogos médicos y profesionales de salud oral (incluye asistente dental, dentista, higienista dental y tecnólogo/a dental) mostraron un rango porcentual constante para los estados de empleo con un mínimo de 4.1% a un máximo de 4.5% para las licencias otorgadas por la ORCPS.

Figura 3.8.4

Porcentaje de licencias para profesionales de la salud, por estado de empleo: Puerto Rico, 2016 al 2019



*Un total de 75 licencias no contaban con un estado de empleo especificado. Dichas licencias se relacionaron a las siguientes categorías: 43 (57.3%) en profesionales de enfermería, 6 (8.0%) en profesionales de farmacia, 2 (2.7%) en tecnólogos médicos, 4 (5.3%) en profesionales de salud oral y 20 (26.7%) en otros profesionales.

Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2021, p.50). Profesionales de la salud pueden tener más de una licencia registrada a su nombre (DSPR, 2021).

Médicos y profesionales de la salud activos en Puerto Rico

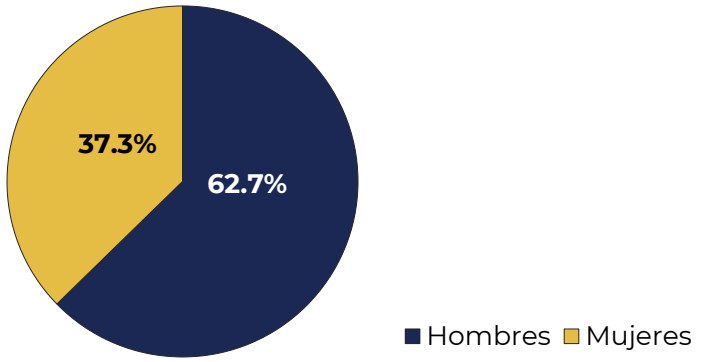
Los médicos y profesionales de la salud que indican encontrarse activos en Puerto Rico en los formularios de la JLDM o la ORCPS representan la fuerza laboral que atiende los aspectos y eventos relacionados a la salud (DSPR, 2021). Es decir, son las personas cualificadas y con licenciatura que se encuentran disponibles para ofrecer servicios de salud a la población en un periodo de tiempo determinado (DSPR, 2021). Asimismo, estos se convierten en los primeros respondedores ante pandemias y

emergencias donde se necesite asegurar la salud de un país (Dunford, 2021; Unitek College, 2020).

En la Figura 3.8.5 se presenta la distribución porcentual de médicos activos por sexo en Puerto Rico para el 2016 al 2018. La profesión y práctica de la medicina mostró un 62.7% (5,948) en hombres de acuerdo con las licencias activas registradas en la JLDM. Por otra parte, el 37.3% (3,544) de las licencias médicas activas registradas en la JLDM se presentó en las mujeres.

Figura 3.8.5

Distribución porcentual de médicos activos, por sexo: Puerto Rico, 2016 al 2018

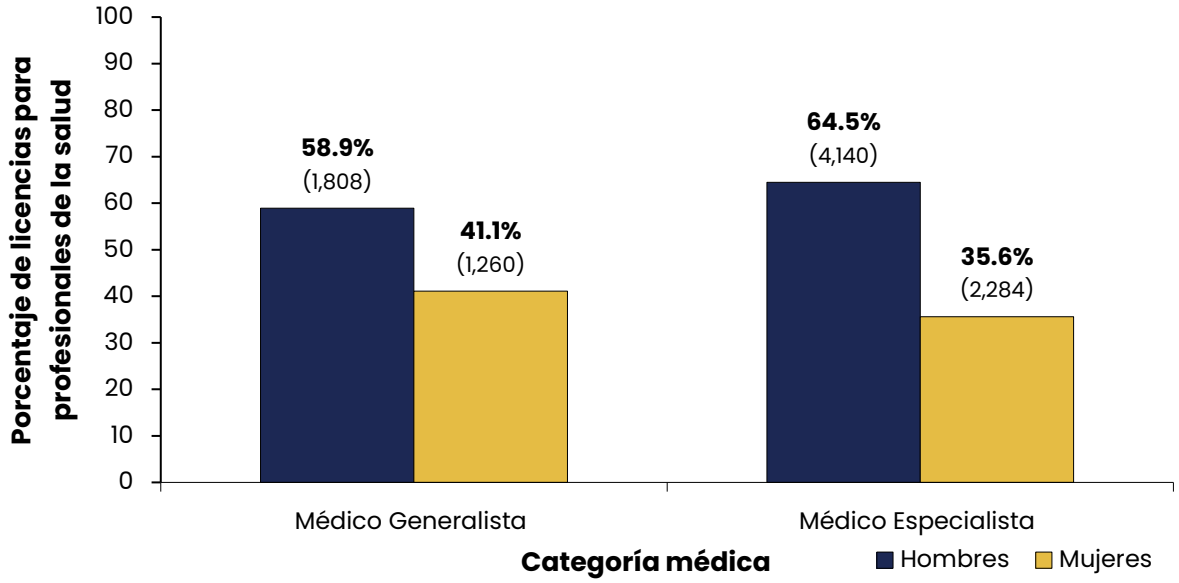


Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2021, p.20). El formulario de la JLDM y la ORCPS recopilan información relacionada al sexo en las categorías de masculino y femenino. Esta variable, en términos de licenciamiento, hace referencia al sexo biológico de médicos o profesionales de la salud, y no al género. Es decir, la clasificación se basa en las características biológicas o de nacimiento, y no a las representaciones o creencias sociales y/o culturales asociadas al género (Mazure, 2021).

En la Figura 3.8.6 se muestra la distribución porcentual de médicos generalistas y especialistas, por sexo, activos en Puerto Rico para el 2016 al 2018. El porcentaje mayor de médicos activos en Puerto Rico se presentó en hombres siendo el 58.9% (1,808) médicos generalistas y 64.5% (4,140) médicos especialistas. Por otro lado, las mujeres el 41.1% (1,260) presentó ser médicos generalistas y 35.6% (2,284) médicos especialistas.

Figura 3.8.6

Distribución porcentual de médicos generalistas y especialistas con licencia, por sexo: Puerto Rico, 2016 al 2018

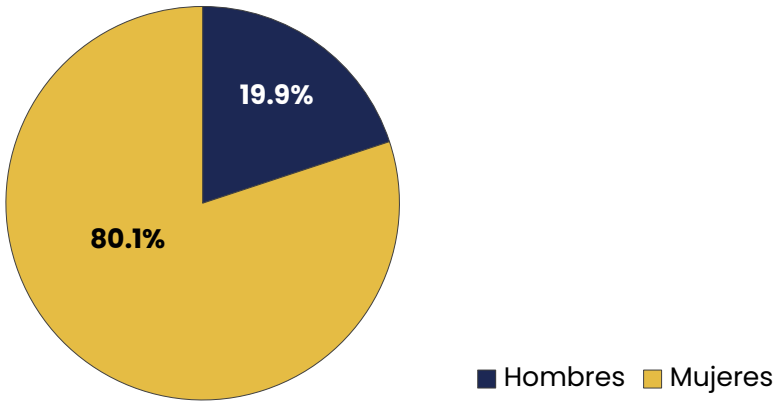


Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2021, p.20). Médicos especialistas pueden tener más de una especialidad reportada, se utilizó la primera especialidad indicada por el médico en la sección de Preparación Académica del formulario de la JLDM (DSPR, 2021). Los formularios de la JLDM y la ORCPS recopilan información relacionada al sexo en las categorías de masculino y femenino. Esta variable, en términos de licenciamiento, hace referencia al sexo biológico de médicos o profesionales de la salud, y no al género. Es decir, la clasificación se basa en las características biológicas o de nacimiento, y no a las representaciones o creencias sociales y/o culturales asociadas al género (Mazure, 2021).

En la Figura 3.8.7 se observa la distribución porcentual de las licencias de profesionales de la salud, por sexo, activos en Puerto Rico, para el 2016 al 2019. El 80.1% (53,354) de las licencias activas de la ORCPS para profesionales de la salud se presentó en las mujeres. En comparación, los hombres mostraron el 19.9% (13,283) de las licencias activas de la ORCPS para profesionales de la salud.

Figura 3.8.7

Distribución porcentual de las licencias de profesionales de la salud, por sexo, activos: Puerto Rico, 2016 al 2019



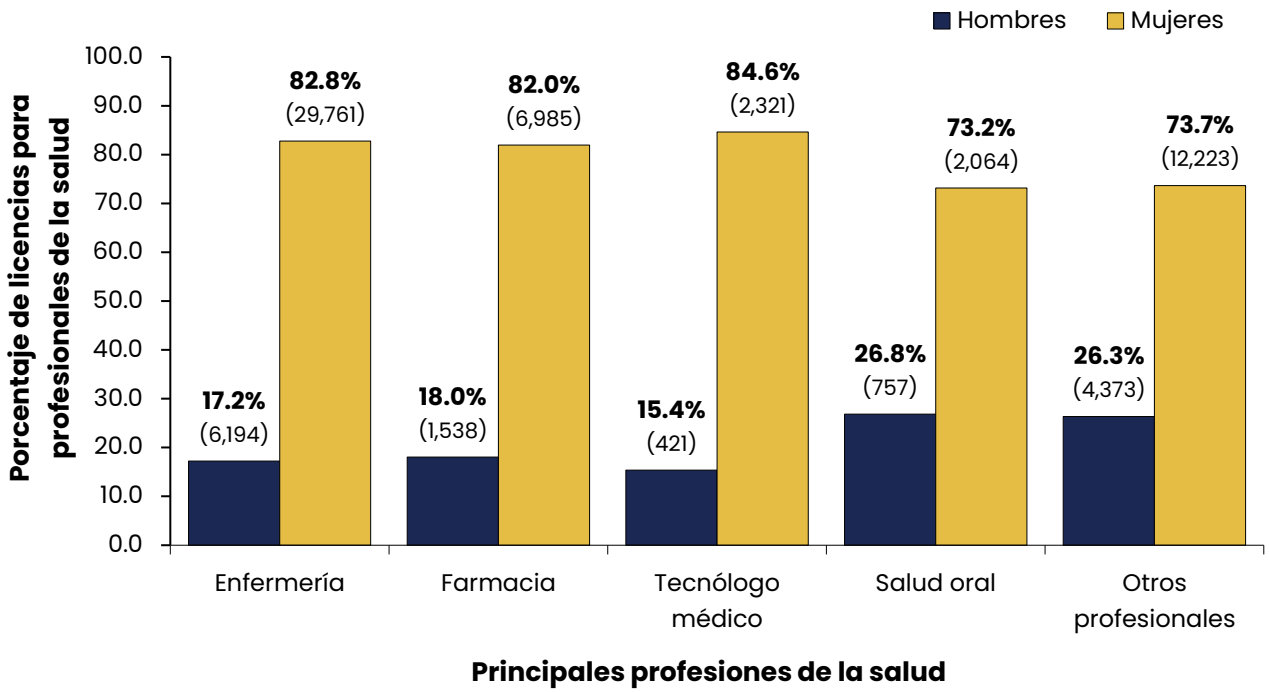
Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2021, p.54). Profesionales de la salud pueden tener más de una licencia registrada a su nombre (DSPR, 2021). Los formularios de la JLDM y la ORCPS recopilan información relacionada al sexo en las categorías de masculino y femenino. Esta variable, en términos de licenciamiento, hace referencia al sexo biológico de médicos o profesionales de la salud, y no al género. Es decir, la clasificación se basa en las características biológicas o de nacimiento, y no a las representaciones o creencias sociales y/o culturales asociadas al género (Mazure, 2021).

En la Figura 3.8.8, se observa el porcentaje de licencias activas de profesiones de la salud para las principales profesiones, por la característica sociodemográfica de sexo, en Puerto Rico, para el periodo de tiempo del 2016 al 2019. En ésta, se presenta que las mujeres tienen el mayor porcentaje de licencias activas para profesionales de la salud respecto a las principales profesiones. Los porcientos de licencias activas en las mujeres fueron los siguientes: tecnólogos médicos (84.6%), profesionales de enfermería (82.8%), profesionales de farmacia (82.0%), otros profesionales (73.7%) y profesionales de salud oral (73.2%).

Por otro lado, los hombres con licencias activas de profesionales de salud para las principales profesiones presentaron una menor distribución porcentual, respecto a las siguientes categorías: profesionales de salud oral (26.8%), otros profesionales (26.3%), profesionales de farmacia (18.0%), profesionales de enfermería (17.2%) y tecnólogos médicos (15.4%).

Figura 3.8.8

Distribución porcentual de las licencias activas de profesionales de la salud para las principales profesiones, por sexo: Puerto Rico, 2016 al 2019

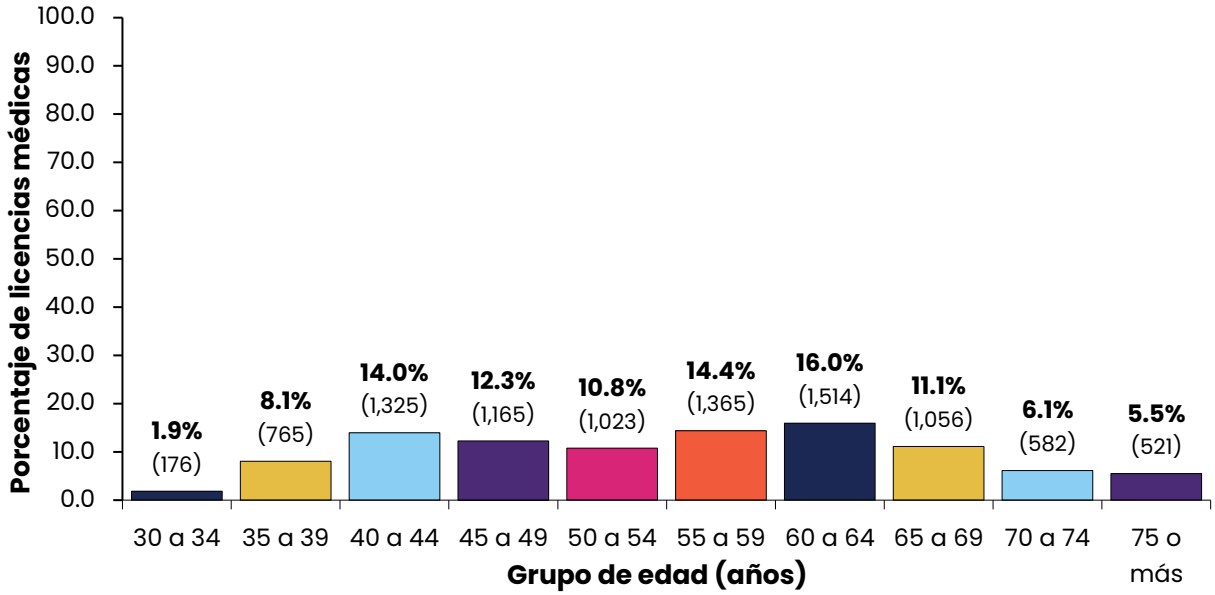


Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2021, p.54). Profesionales de la salud pueden tener más de una licencia registrada a su nombre (DSPR, 2021). El formulario de la JLDM y la ORCPS recopilan información relacionada al sexo en las categorías de masculino y femenino. Esta variable, en términos de licenciamiento, hace referencia al sexo biológico de médicos o profesionales de la salud, y no al género. Es decir, la clasificación se basa en las características biológicas o de nacimiento, y no a las representaciones o creencias sociales y/o culturales asociadas al género (Mazure, 2021).

La Figura 3.8.9 presenta el porcentaje de médicos con licencia activa, por grupos de edad, en Puerto Rico, para los años del 2016 al 2018. Según el Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) del DSPR (2021), la mediana de edad de médicos en Puerto Rico fue de 55.2 años. Los mayores porcentajes de licencias médicas activas se presentaron en los grupos de edades de: 60 a 64 años (16.0%); 55 a 59 años (14.4%) y 40 a 44 años (14.0%). En cambio, el menor porcentaje de licencias médicas activas se observó en el grupo de 30 a 34 años (1.9%).

Figura 3.8.9

Distribución porcentual de médicos con licencia activa, por grupo de edad: Puerto Rico, 2016 al 2018

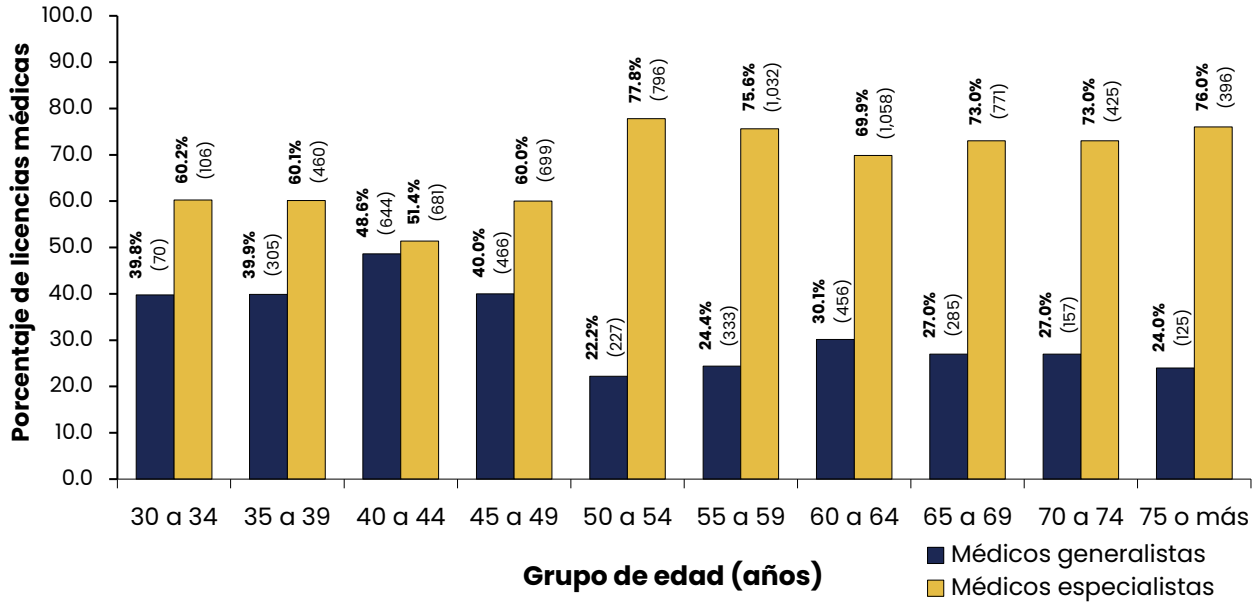


Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2021, p.25).

Los datos presentados en la Figura 3.8.10 corresponden al porciento de médicos generalistas y especialistas con licencia activa, por la variable de grupos de edad, en Puerto Rico del 2016 al 2018. Se observa que el porcentaje de licencias registradas en médicos especialistas aumenta a medida que aumenta el grupo de edad con un rango porcentual mínimo de 51.4% a 77.8%. En cambio, el porciento de médicos generalistas disminuye a medida que el grupo de edad aumenta en un rango porcentual de 48.6% a 22.2%.

Figura 3.8.10

Distribución porcentual de médicos generalistas y especialistas con licencia activa, por grupo de edad: Puerto Rico, 2016 al 2018

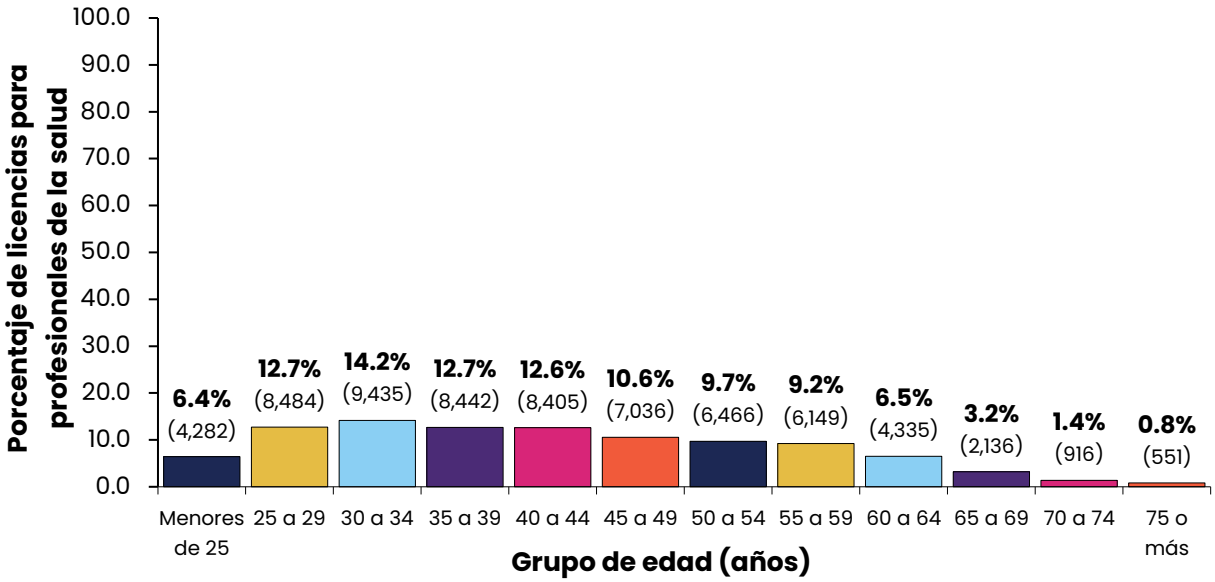


Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) *en Puerto Rico* del Departamento de Salud de Puerto Rico (2021, p.20). Médicos especialistas pueden tener más de una especialidad reportada, se utilizó la primera especialidad indicada por el médico en la sección de Preparación Académica del formulario de la JLDM (DSPR, 2021).

La Figura 3.8.11 presenta el porciento de las licencias activas para profesionales de la salud, por la variable de grupos de edad, en Puerto Rico, del 2016 al 2019. Los mayores porcentajes de licencias activas para profesionales de la salud se mostraron entre los grupos de edades de 25 a 59 años en un rango porcentual de 9.2% a 14.2.%, donde la mediana de edad para los profesionales de salud con licencias activas fue de 42.0 años. Por otra parte, los grupos de edades de menor porcentaje con licencias activas para profesionales de salud se presentó en los de 65 a 69 años (3.2.%), 70 a 74 años (1.4%) y 75 o más años (0.8%).

Figura 3.8.11

Distribución porcentual para las licencias activas de profesionales de la salud, por grupo de edad: Puerto Rico, 2016 al 2019

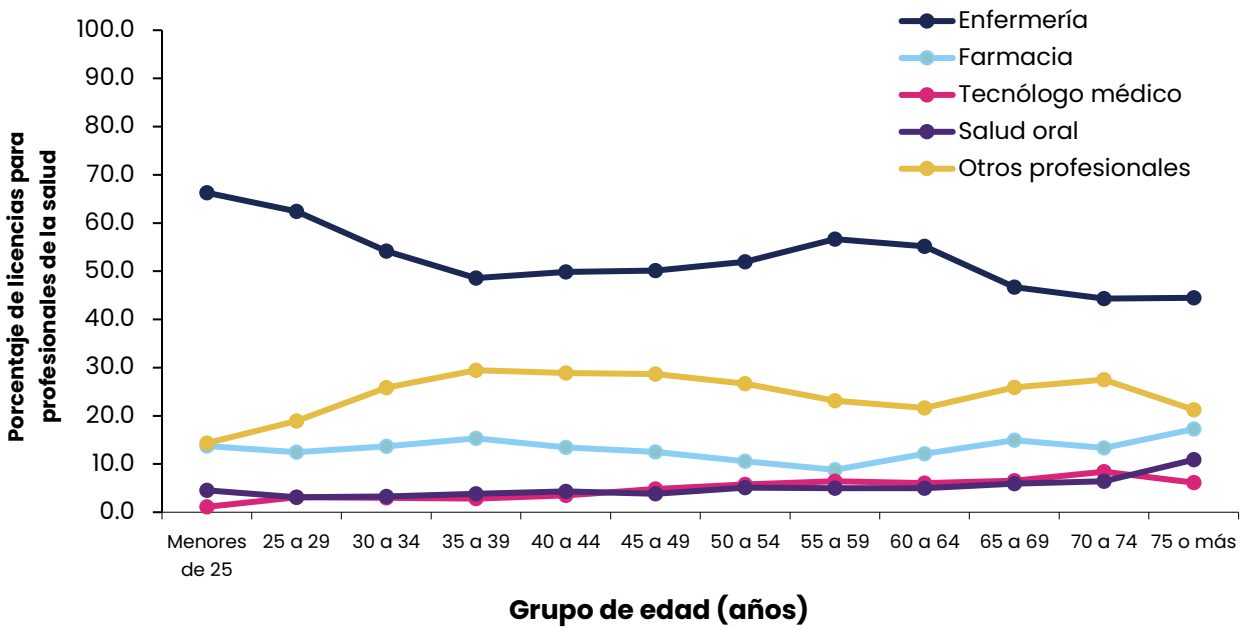


Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2021, p.59). Profesionales de la salud pueden tener más de una licencia registrada a su nombre (DSPR, 2021).

La Figura 3.8.12 muestra el porcentaje de las licencias activas para profesionales de salud de las principales profesiones, por la variable grupos de edad, en Puerto Rico, para el 2016 al 2019. El porcentaje mayor de las licencias activas se observó en los profesionales de enfermería en todos los grupos de edad. No obstante, los grupos de edades de 'menores de 25 años' (66.3%) y 25 a 29 años (62.4%) presentaron los mayores porcentajes de licencias activas. En cuanto a los profesionales de farmacia, los mayores porcientos de las licencias activas se reportaron en los grupos de edad de 75 años o más (17.2%) y 35 a 39 años (15.3%). A su vez, los tecnólogos médicos, registraron mayor distribución porcentual de licencias activas para los grupos de edades de 70 a 74 años (8.4%), 65 a 69 años (6.5%) y 55 a 59 años (6.4%). Por parte de los profesionales de salud oral, el mayor porcentaje de las licencias activas se registró en el grupo de edad de 75 años o más con un 10.9%.

Por último, el mayor porcentaje de licencias activas en otros profesionales se presentó en los grupos de edades de 35 a 39 años (29.5%), 40 a 44 años (28.9%) y 45 a 49 años (28.7%).

Figura 3.8.12
Distribución porcentual de las licencias activas para profesionales de salud de las principales profesiones, por grupo de edad: Puerto Rico, 2016 al 2019



Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2021, p.59). Profesionales de la salud pueden tener más de una licencia registrada a su nombre (DSPR, 2021).

La Tabla 3.8.1 presenta el porcentaje de las licencias activas de profesionales de la salud, por la variable de nivel de educación, en Puerto Rico, del 2016 al 2019. Los mayores niveles educativos reportados para las licencias activas de los profesionales de enfermería se presentaron en los niveles de educación de grado asociado (20.9%) y bachillerato (58.6%). Por su parte, el nivel educativo para los profesionales de farmacia, respecto a las licencias activas, fue variable entre: grado asociado (31.7%), certificado (23.7%), bachillerato (19.2%) y diploma (15.8%). En cambio, tecnólogos

médicos con licencias activas, respecto al grado académico completado reportaron mayores porcientos en términos de certificado post bachillerato (53.6%) y bachillerato (44.1%). Por otro lado, los profesionales de salud oral con licencias activas mostraron mayor porcentaje de nivel educativo en grado asociado (43.4%) y doctorado (40.4%). Por último, los porcentajes de aquellos en la categoría de otros profesionales con licencias activas se concentraron en la preparación académica de grado asociado (27.3%), maestría (24.1%) y bachillerato (18.7%).

Tabla 3.8.1

Distribución porcentual de las licencias activas de profesionales de la salud, por nivel de educación: Puerto Rico, 2016 al 2019

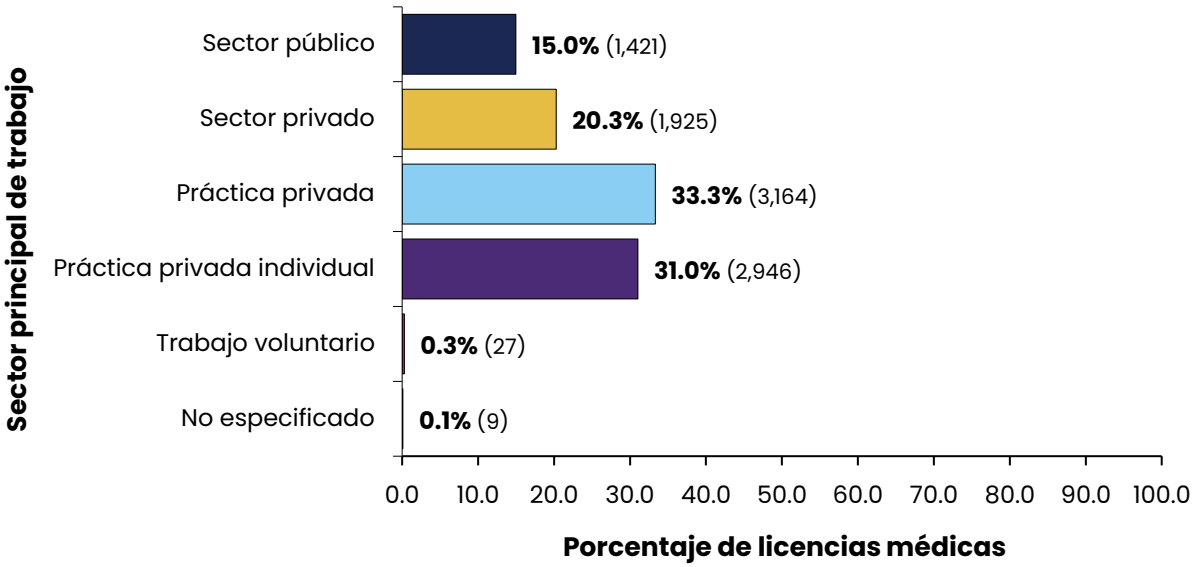
Grado más alto completado	Licencias registradas en las principales profesiones de la salud									
	Enfermería		Farmacia		Tecnólogo médico		Salud oral		Otros profesionales	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Diploma	3,266	9.1	1,349	15.8	0	0.0	217	7.7	870	5.2
Certificado	1,927	5.4	2,024	23.7	1	0.0	221	7.8	916	5.5
Grado asociado	7,529	20.9	2,703	31.7	0	0.0	1,225	43.4	4,532	27.3
Bachillerato	21,084	58.6	1,640	19.2	1,209	44.1	0	0.0	3,105	18.7
Certificado post bachillerato	0	0.0	0	0.0	1,469	53.6	0	0.0	197	1.2
Maestría	2,003	5.6	24	0.3	0	0.0	0	0.0	3,999	24.1
Doctorado	37	0.1	664	7.8	0	0.0	1,139	40.4	2,565	15.5
Otro	76	0.2	30	0.4	58	2.1	12	0.4	287	1.7
No especificado	33	0.1	89	1.0	5	0.2	7	0.2	125	0.8
Total	35,955	100.0	8,523	100.0	2,742	100.0	2,821	100.0	16,596	100.0

Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2021, p.67). Profesionales de la salud pueden tener más de una licencia registrada a su nombre (DSPR, 2021). Este análisis no se realizó para médicos en Puerto Rico, para el periodo de tiempo de 2016 al 2018, debido que la práctica y carrera requiere por obligación un grado académico doctoral (MD o PhD) (AAMC, 2020).

En la Figura 3.8.13 se muestra el porcentaje de médicos activos, por sector principal de trabajo, en Puerto Rico, del 2016 al 2018. El 64.3% de los médicos activos trabajaron en la práctica privada (33.3%) y la práctica privada individual (31.0%). A su vez, un 20.3% reportaron trabajar en el sector privado y 15.0% en el sector público. Por el contrario, un 0.3% de médicos activos reportó trabajar de forma voluntaria, mientras que, el 0.1% de médicos activos no especificaron su sector principal de trabajo.

Figura 3.8.13

Distribución porcentual de médicos activos, por sector principal de trabajo: Puerto Rico, 2016 al 2018



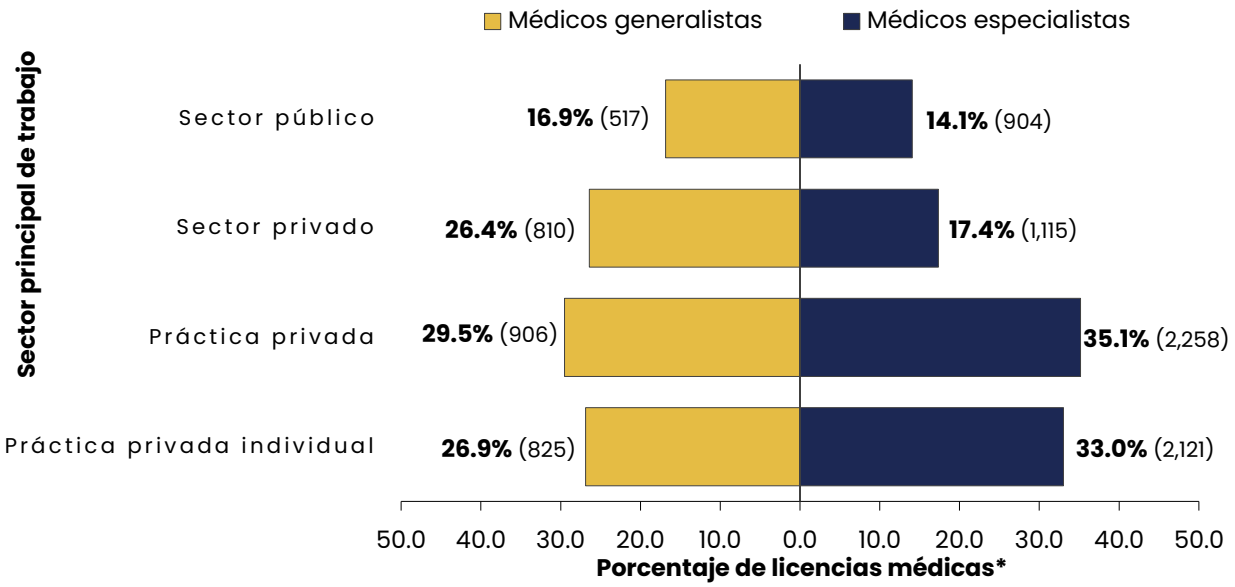
Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2021, p.29).

La Figura 3.8.14 muestra la distribución porcentual de médicos generalistas y especialistas, por sector principal de trabajo, en Puerto Rico, para el 2016 al 2018. Médicos generalistas activos indicaron que trabajaron principalmente en la práctica privada (29.5%), en la práctica privada individual (26.9%) y en el sector privado

(26.4%). De igual manera, se presentó en médicos especialistas, que reportaron como sector principal de trabajo la práctica privada (35.1%), la práctica privada individual (33.0%) y el sector privado (17.4%). Por otro lado, el sector principal de trabajo con menor porciento de licencias médicas tanto para médicos generalistas (16.9%) y especialistas (14.1%) se presentó en el sector público. Por otra parte, el 0.2% de médicos generalistas y el 0.3% de médicos especialistas indicaron ofrecer servicios mediante trabajo voluntario. Además, un 0.1% médicos generalistas y especialistas no especificaron su sector principal de trabajo.

Figura 3.8.14

Distribución porcentual de médicos generalistas y especialistas, por sector principal de trabajo: Puerto Rico, durante el periodo de tiempo del 2016 al 2018



*Los valores para trabajo voluntario y no especificados constaron de porcientos no visibles en la gráfica proyectada, razón por la cual no fueron incluidos en la Figura 3.8.14. Un total de 27 médicos activos indicaron ofrecer servicios mediante trabajo voluntario, estos se dividieron en: 7 (0.2%) en médicos generalistas y 20 (0.3%) en médicos especialistas. Un total de 9 médicos no especificaron su sector principal de trabajo, desglosándose en: 3 (0.1%) en médicos generalistas y 6 (0.1%) entre médicos especialistas (Departamento de Salud, 2021).

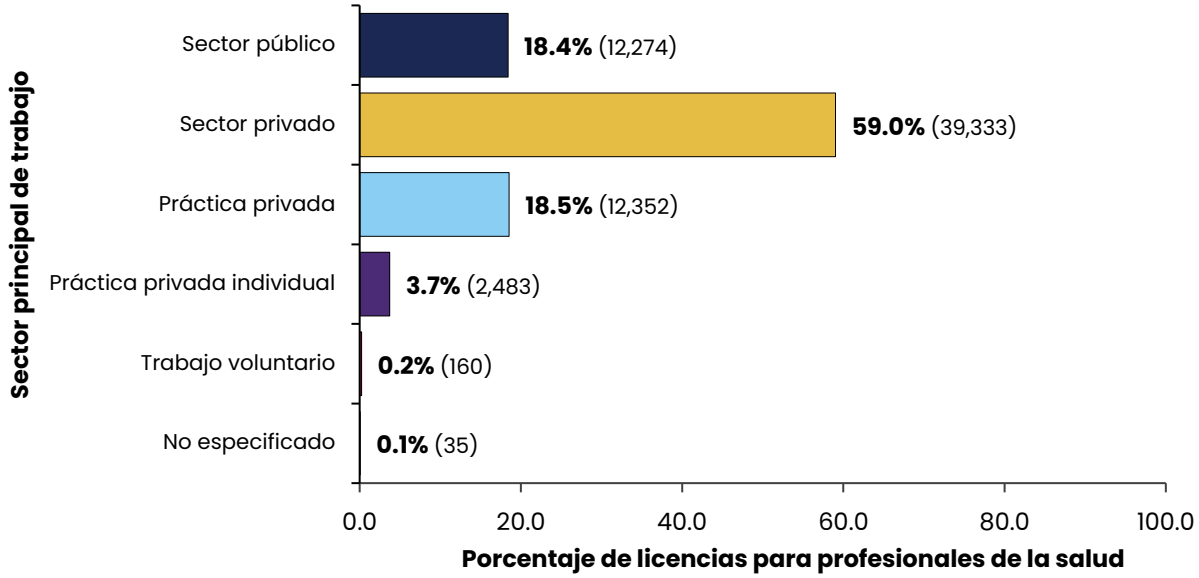
Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2021, p.29). Médicos especialistas pueden tener más

de una especialidad reportada, se utilizó la primera especialidad indicada por el médico en la sección de Preparación Académica del formulario de la JLDM (DSPR, 2021).

La Figura 3.8.15 muestra la distribución porcentual para las licencias activas de profesionales de salud, por sector principal de trabajo, en Puerto Rico, del 2016 al 2019. Contrario a lo presentado en las Figuras 10.13 y 10.14, la mayoría de las licencias registradas para profesionales de la salud activos se reportaron en el sector privado (59.0%). A su vez, se reportó un 18.4% en el sector público y un 18.5% en la práctica privada para las licencias registradas en profesionales de la salud. Además, el 3.7% de las licencias activas en profesionales de salud se registraron en la práctica privada individual. Por otro lado, el 0.2% de las licencias activas en profesionales de la salud correspondieron al trabajo voluntario y el 0.1% no indicaron su sector principal de trabajo.

Figura 3.8.15

Distribución porcentual para las licencias activas de profesionales de la salud, por sector principal de trabajo: Puerto Rico, 2016 al 2019



Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2021, p.64). Profesionales de la salud pueden tener más de una licencia registrada a su nombre (DSPR, 2021).

La Tabla 3.8.2 presenta el porcentaje para las licencias activas de profesionales de la salud por las principales profesiones, por sector principal de trabajo, en Puerto Rico, para el 2016 al 2019. El 58.9% de las licencias activas en profesionales de la salud correspondieron a los profesionales de enfermería que se encontraron trabajando en el sector privado. De igual manera, la mayoría de las licencias activas se registraron en el sector privado mediante las siguientes principales profesiones: profesionales de farmacia (60.0%), tecnólogos médicos (57.1%), profesionales de salud oral (59.2%) y otros profesionales (59.1%). Por otra parte, las licencias registradas para profesionales de salud por las principales profesiones que reportaron trabajar en el sector público o la práctica privada se encontraron un rango porcentual de 17.0% a 20.0%. Los menores porcentajes se observaron en aquellos que trabajaron tanto en la práctica privada individual como en el trabajo voluntario. No obstante, un total de 35 personas con licencia activa para profesionales de salud no especificaron su sector principal de trabajo.

Tabla 3.8.2

Distribución porcentual para las licencias activas de profesionales de la salud para las principales profesiones, por sector principal de trabajo: Puerto Rico, 2016 al 2019

Sector principal de trabajo	Licencias registradas en las principales profesiones de la salud									
	Enfermería		Farmacia		Tecnólogo médico		Salud oral		Otros profesionales	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Sector público	6,640	18.5	1,507	17.7	558	20.4	508	18.0	3,061	18.4
Sector privado	21,173	58.9	5,113	60.0	1,566	57.1	1,670	59.2	9,811	59.1
Práctica privada	6,718	18.7	1,539	18.1	493	18.0	540	19.1	3,062	18.5
Práctica privada individual	1,323	3.7	333	3.9	117	4.3	97	3.4	613	3.7
Trabajo voluntario	79	0.2	25	0.3	8	0.3	5	0.2	43	0.3
No especificado	22	0.1	6	0.1	0	0.0	1	0.0	6	0.0
Total	35,955	100.0	8,523	100.0	2,742	100.0	2,821	100.0	16,596	100.0

Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2021, p.65). Profesionales de la salud pueden tener más de una licencia registrada a su nombre (DSPR, 2021).

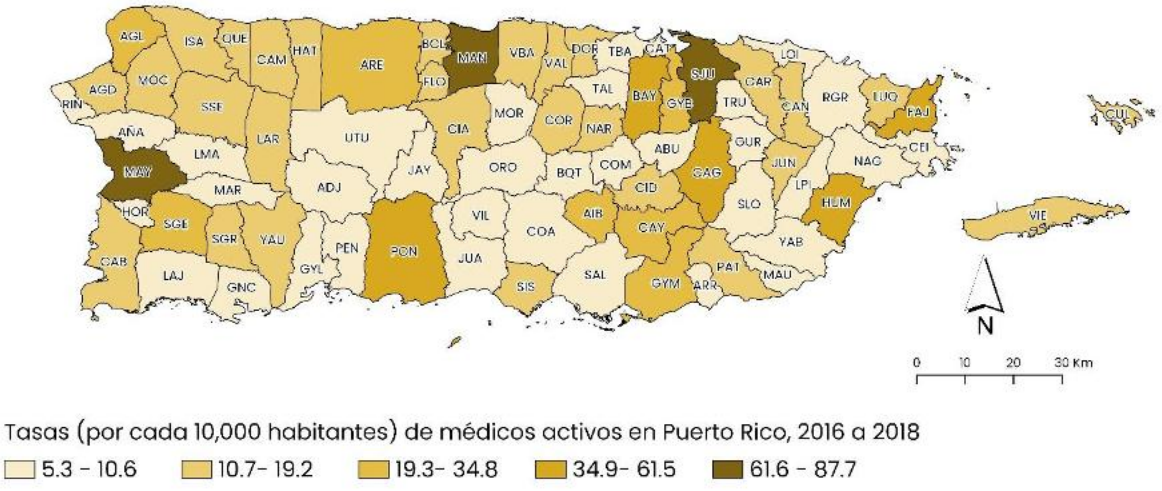
Una vez conocido el sector principal de trabajo, las siguientes figuras evalúan las tasas por municipio de trabajo primario. Un médico o un profesional de la salud puede trabajar en varios hospitales, clínicas o instituciones (Drost et al., 2023). El municipio de trabajo primario, para propósitos de la JLDM y la ORCPS, se refiere al municipio en el cual el médico o profesional de la salud trabaja la mayor parte del tiempo (DSPR, 2021). Esta variable se determina a partir de las preguntas incluidas en los formularios de certificación o recertificación de la JLDM y la ORCPS (DSPR, 2021). En dichos formularios, bajo la sección de datos personales o de identificación, se requiere especificar el municipio de trabajo principal y otros municipios donde ofrezcan servicios (DSPR, 2021).

La Figura 3.8.16 presenta las tasas de médicos activos, por cada 10,000 habitantes, por municipio de trabajo primario, en Puerto Rico, del 2016 al 2018. Las

tasas para el total de médicos activos por municipio principal de trabajo fluctuaron entre un 5.3 al 87.7 por cada 10,000 habitantes. La mayor tasa de médicos activos por cada 10,000 habitantes se registró en el municipio de San Juan con un 87.7. De igual manera, se presentó en los municipios de Manatí (76.5 tasas por cada 10,000 habitantes) y Mayagüez (61.6 tasas por cada 10,000 habitantes). Por el contrario, los municipios con las menores tasas de médicos activos por cada 10,000 habitantes se mostraron en: Toa Alta (5.3), Orocovis (6.7) y Aguas Buenas (7.0).

Figura 3.8.16

Tasas de médicos activos, por cada 10,000 habitantes, por municipio de trabajo primario: Puerto Rico, 2016 al 2018



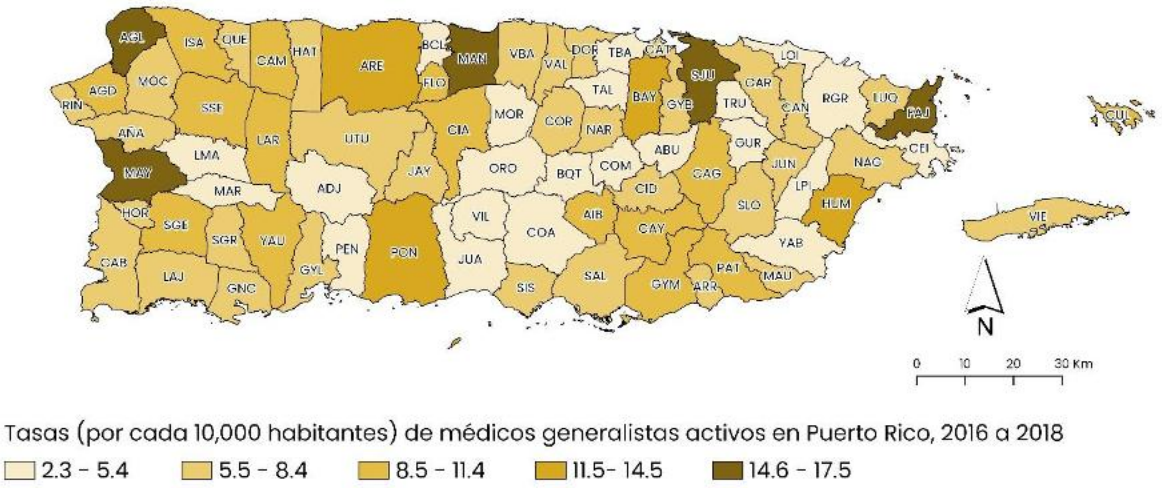
Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2021).

En la Figura 3.8.17 se muestran las tasas de médicos generalistas activos, por cada 10,000 habitantes, por municipio de trabajo primario, en Puerto Rico, para el 2016

al 2018. Las tasas de médicos generalistas activos por municipio de trabajo variaron entre 2.3 a 17.5 por cada 10,000 habitantes. La mayoría de los médicos generalistas se centraron en los municipios de San Juan (17.5 tasas por cada 10,000 habitantes), Mayagüez (16.9 tasas por cada 10,000 habitantes), Fajardo (con 14.8 tasas por cada 10,000 habitantes), Aguadilla (14.7 tasas por cada 10,000 habitantes) y Manatí (14.6 tasas por cada 10,000 habitantes). Por otra parte, las menores tasas de médicos generalistas activos se observaron en los municipios de Loíza (2.3 por cada 10,000 habitantes), Coamo (3.3 por cada 10,000 habitantes), Ceiba (3.5 por cada 10,000 habitantes) y Yabucoa (3.6 por cada 10,000 habitantes).

Figura 3.8.17

Tasas de médicos generalistas activos, por cada 10,000 habitantes, por municipio de trabajo primario: Puerto Rico, 2016 al 2018

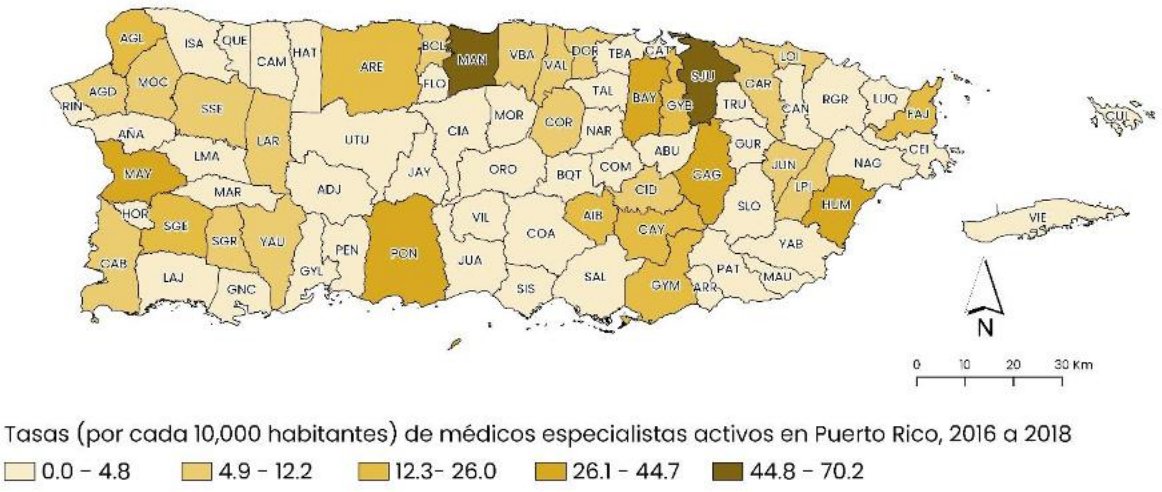


Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2021).

La Figura 3.8.18 examina las tasas de médicos especialistas activos, por cada 10,000 habitantes, por municipio de trabajo primario, en Puerto Rico, para el 2016 al 2018. Las tasas de médicos especialistas activos se encontraron entre 0.0 al 70.2 tasas por cada 10,000 habitantes. Los municipios de San Juan (70.2 por cada 10,000 habitantes), Manatí (61.9 por cada 10,000 habitantes) y Mayagüez (44.7 por cada 10,000 habitantes) presentaron las mayores tasas de médicos especialistas. Por el contrario, las menores tasas se observaron en varios municipios, tales como: Toa Alta (1.2 por cada 10,000 habitantes), Cataño (1.6 por cada 10,000 habitantes), Arroyo (1.7 por cada 10,000 habitantes) y Maricao (1.8 por cada 10,000 habitantes). El municipio de Culebra presentó una tasa de 0.0 médicos especialistas por cada 10,000 habitantes, no obstante, dicho resultado no implica la ausencia de médicos especialistas en el municipio de Culebra; más bien, que, durante el mencionado periodo, no se reportó en el formulario de la JLDM a Culebra como municipio de trabajo primario.

Figura 3.8.18

Tasas de médicos especialistas activos, por cada 10,000 habitantes, por municipio de trabajo primario: Puerto Rico, 2016 al 2018



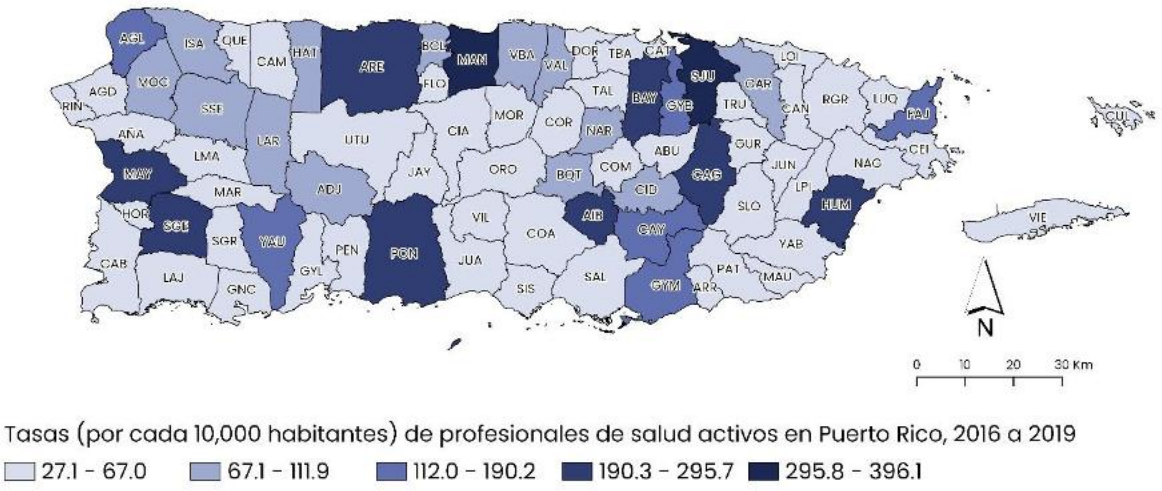
Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2021).

En la Figura 3.8.19 se presentan las tasas de las licencias registradas para profesionales de la salud activos, por cada 10,000 habitantes, por municipio de trabajo primario, en Puerto Rico, para el 2016 al 2019. Las tasas para las licencias registradas en los profesionales de la salud activos se reportaron entre 27.2 a 396.1 tasas por cada 10,000 habitantes. Los municipios de Manatí (396.1 por cada 10,000 habitantes), San Juan (379.8 por cada 10,000 habitantes) y Mayagüez (294.8 por cada 10,000 habitantes) presentaron las mayores tasas de licencias registradas. Los municipios de Toa Alta (27.2 por cada 10,000 habitantes), Aguas Buenas (29.9 por cada 10,000

habitantes) y Naguabo (30.8 por cada 10,000 habitantes), en cambio, tuvieron las menores tasas para las licencias registradas en los profesionales de la salud activos.

Figura 3.8.19

Tasas de las licencias registradas para profesionales de la salud activos, por cada 10,000 habitantes, por municipio de trabajo primario: Puerto Rico, 2016 al 2019



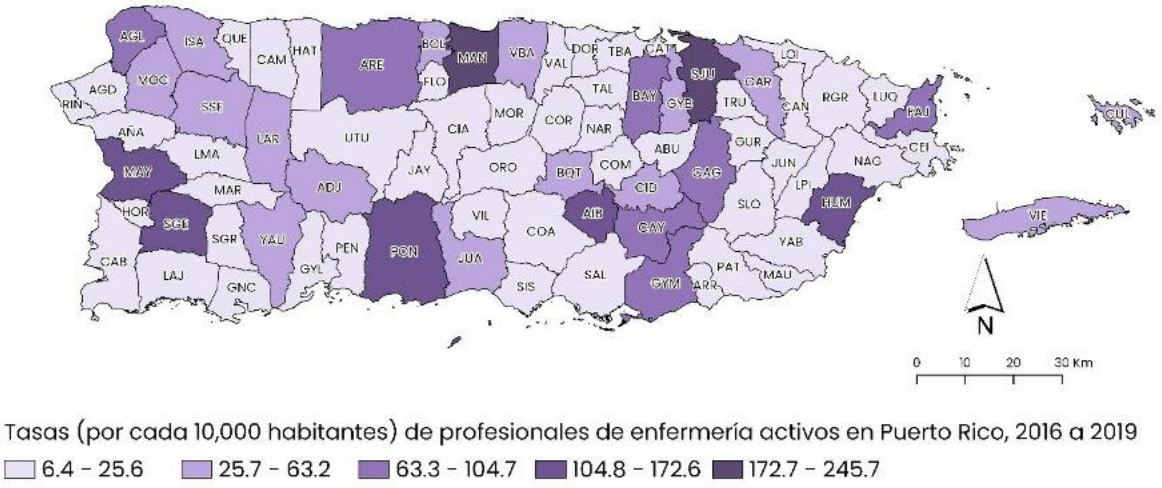
Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2021).

En la Figura 3.8.20, se muestran las tasas para licencias registradas para los profesionales de enfermería activos, por cada 10,000 habitantes, por municipio de trabajo primario, en Puerto Rico, para el 2016 al 2019. Las tasas para las licencias de profesionales de enfermería fluctuaron entre el 6.5 al 244.7 tasas por cada 10,000 habitantes. Los municipios con las mayores tasas de licencias registradas fueron: Manatí (244.7 por cada 10,000 habitantes), San Juan (212.4 por cada 10,000 habitantes) y Mayagüez (171.6 por cada 10,000 habitantes). Al contrario, las menores

tasas para las licencias de enfermería se registraron en los municipios de Toa Alta (6.5 por cada 10,000 habitantes), Luquillo (8.3 por cada 10,000 habitantes) y Aguas Buenas (9.8 por cada 10,000 habitantes).

Figura 3.8.20

Tasas de las licencias registradas para profesionales de enfermería activos, por cada 10,000 habitantes, por municipio de trabajo primario: Puerto Rico, 2016 al 2019



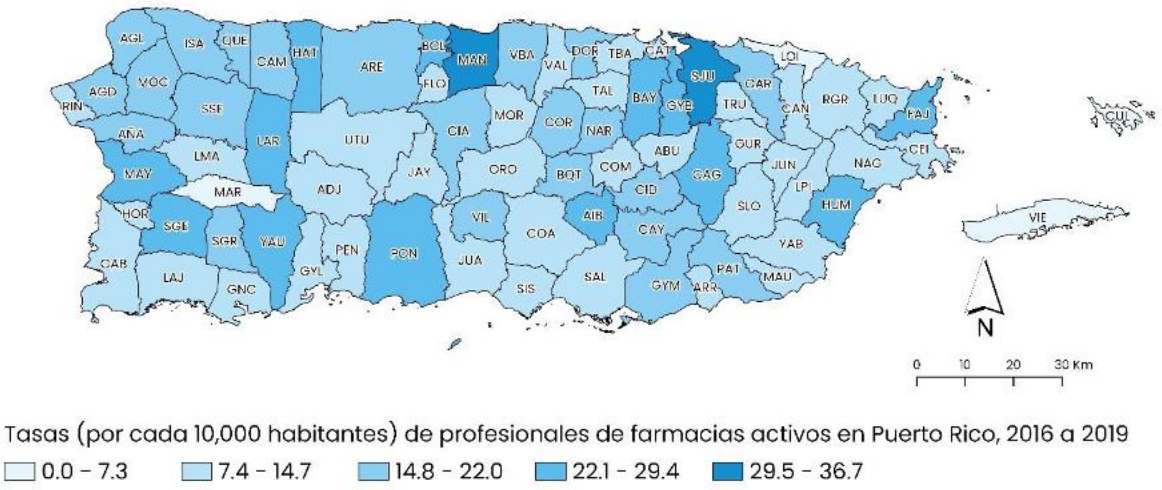
Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2021).

La Figura 3.8.21 presenta las tasas para licencias registradas de profesionales de farmacia activos, por cada 10,000 habitantes, por municipio de trabajo primario, en Puerto Rico, para el 2016 al 2019. Las tasas para las licencias registradas de profesionales de farmacia fluctuaron entre los 0.0 a 36.7 tasas por cada 10,000 habitantes. Las mayores tasas se registraron en los siguientes municipios: San Juan (36.7 por cada 10,000 habitantes), Manatí (32.8 por cada 10,000 habitantes) y

Barceloneta (28.8 por cada 10,000 habitantes). Por el contrario, las menores tasas fueron registradas en los municipios de Culebra (0.0 por cada 10,000 habitantes), Vieques (3.5 por cada 10,000 habitantes) y Loíza (5.9 por cada 10,000 habitantes) para licencias de profesionales de farmacia activos.

Figura 3.8.21

Tasas de las licencias registradas para profesionales de farmacia activos, por cada 10,000 habitantes, por municipio de trabajo primario: Puerto Rico, 2016 al 2019



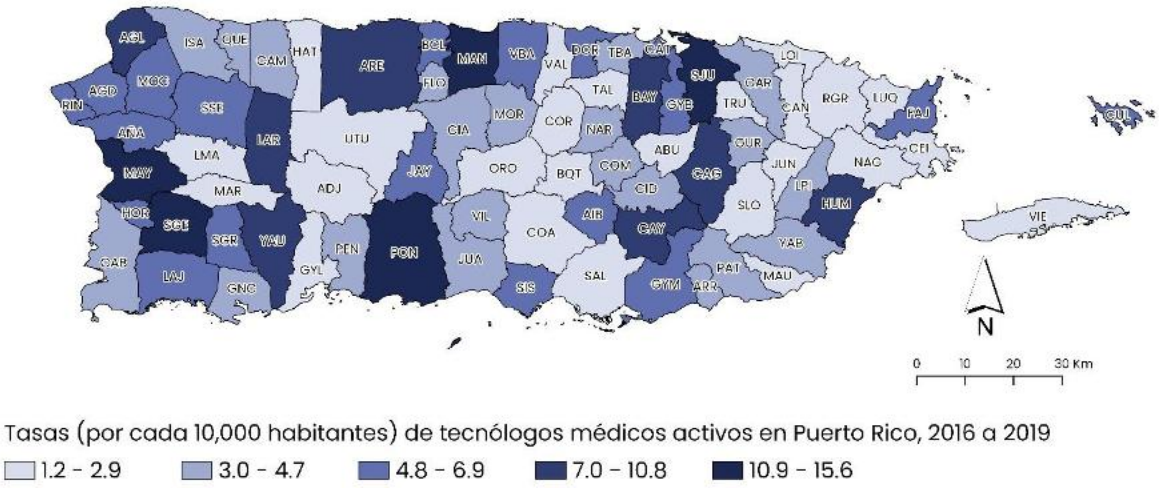
Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2021).

En la Figura 3.8.22 se presentan las tasas de las licencias registradas para tecnólogos médicos activos, por cada 10,000 habitantes, por municipio de trabajo primario, en Puerto Rico, para el 2016 al 2019. Las licencias registradas para tecnólogos médicos activos fluctuaron entre 1.2 al 15.6 tasas por cada 10,000 habitantes. Las mayores tasas de licencias registradas en tecnólogos médicos se reportaron en los

municipios de San Juan (15.6 por cada 10,000 habitantes), Mayagüez (15.1 por cada 10,000 habitantes) y Manatí (13.6 por cada 10,000 habitantes). Por otro lado, las menores tasas de licencias registradas para tecnólogos médicos se mostraron en los municipios de Vieques (1.17 por cada 10,000 habitantes), Aguas Buenas (1.18 por cada 10,000 habitantes) y Las Marías (1.21 por cada 10,000 habitantes).

Figura 3.8.22

Tasas de las licencias registradas para tecnólogos médicos activos, por cada 10,000 habitantes, por municipio de trabajo primario: Puerto Rico, 2016 al 2019



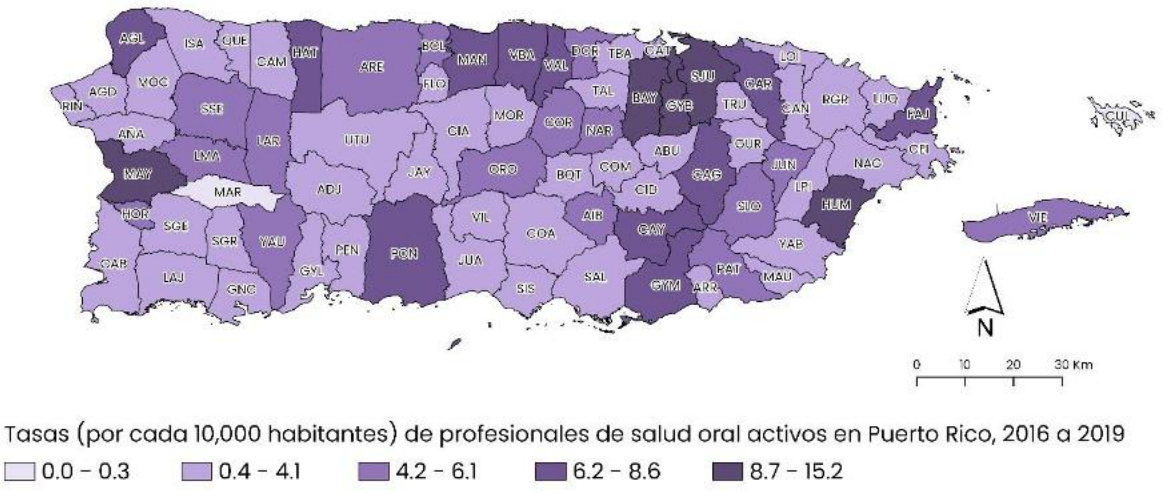
Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2021).

La Figura 3.8.23 muestra las tasas de las licencias registradas para profesionales de salud oral activos, por cada 10,000 habitantes, por municipio de trabajo primario, en Puerto Rico, para el 2016 al 2019. Las licencias registradas para profesionales de la salud oral se presentaron entre un rango de 0.0 al 15.2 tasas por

cada 10,000 habitantes. La mayoría de las tasas de licencias registradas para profesionales de salud oral activos se reportaron en los municipios de San Juan (15.2 por cada 10,000 habitantes), Guaynabo (14.3 por cada 10,000 habitantes) y Mayagüez (12.6 por cada 10,000 habitantes). Por otro lado, Maricao y Culebra presentaron el 0.0 tasas por cada 10,000 habitantes, mientras Naguabo reportó un 0.4 tasas por cada 10,000 habitantes, siendo éstos los municipios con menor tasa de licencias registradas para profesionales de salud oral activos.

Figura 3.8.23

Tasas de las licencias registradas para profesionales de salud oral activos, por cada 10,000 habitantes, por municipio de trabajo primario: Puerto Rico, 2016 al 2019



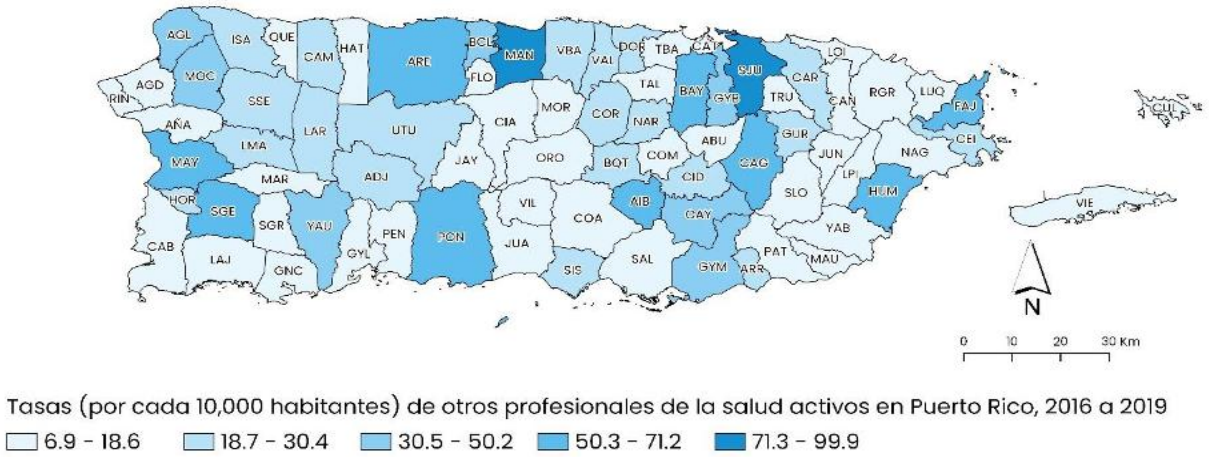
Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2021).

La Figura 3.8.24 presenta las tasas de las licencias registradas para otros profesionales de la salud activos, por cada 10,000 habitantes, por municipio de trabajo

primario, en Puerto Rico, para el 2016 al 2019. Las licencias registradas bajo la categoría de otros profesionales de la salud presentaron tasas entre 6.9 al 99.9 por cada 10,000 habitantes. Los municipios de San Juan (99.9 por cada 10,000 habitantes), Manatí (97.0 por cada 10,000 habitantes) y Ponce (71.3 por cada 10,000 habitantes) reportaron las mayores tasas de licencias registradas para otros profesionales de la salud activos. Por otra parte, Naguabo (6.9 por cada 10,000 habitantes), Aguas Buenas (7.5 por cada 10,000 habitantes) y Maricao (9.0 por cada 10,000 habitantes) presentaron las menores tasas de licencias registradas para otros profesionales de la salud activos.

Figura 3.8.24

Tasas de las licencias registradas para otros profesionales de la salud activos, por cada 10,000 habitantes, por municipio de trabajo primario: Puerto Rico, 2016 al 2019



Nota. Los datos fueron obtenidos del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico del Departamento de Salud de Puerto Rico (2021).

Limitaciones y oportunidades

El proceso investigativo sobre médicos y profesionales de la salud en Puerto Rico presentó limitaciones relacionadas a la recopilación y disponibilidad de datos. Una de las limitaciones se debe a la recertificación de médicos y profesionales de la salud que se realiza cada tres años, según la Ley Núm. 11 del 23 de junio de 1976, lo que dificulta conocer el total de médicos y profesionales de la salud en tiempo real. En términos de salud, la disponibilidad de esta información es importante tanto para propósitos estadísticos, como para los eventos de emergencia en los cuales se necesite conocer el número de médicos y profesionales de salud en Puerto Rico. A su vez, otra limitación corresponde a la actualización de datos relacionados al estado de empleo. Un médico o profesional de la salud, puede recertificarse como activo en Puerto Rico al inicio del trienio, pero cambiar su estado de empleo a retirado/a o activo fuera de Puerto Rico a mediados del mismo periodo. En consecuencia, dicho médico o profesional de la salud es contabilizado como activo en Puerto Rico durante el periodo, aun cuando ya no forme parte de la fuerza laboral disponible, sesgando así la variable de estado de empleo.

En cuanto a la recopilación de datos, una de las mayores limitaciones se observó en el diseño de los formularios de la JLDM y la ORCPS (DSPR, 2021). A la fecha de este informe, el formulario de la JLDM no contiene preguntas que identifiquen en qué especialidad trabaja un médico especialista al momento de completar el formulario (DSPR, 2021). Dicho formulario solo registra las especialidades estudiadas, sin orden de relevancia o formación académica, sesgando así, el número de médicos por una especialidad específica en los datos estadísticos (DSPR, 2021). Por otro lado, los profesionales de la salud pueden tener más de una licencia activa registrada a su nombre (DSPR, 2021). No obstante, el formulario de la ORCPS no incluye preguntas para recopilar esta información, por lo que se desconoce el número de licencias

activas que utiliza la persona para trabajar al momento de completar el formulario. Esto conlleva a una ausencia de información relevante para conocer la disponibilidad, estado de empleo y otras características de la fuerza laboral dedicada a estas profesiones en Puerto Rico.

Continuando con la limitación sobre el diseño de los formularios, varias de las premisas del registro son de formato abierto, es decir, preguntas en el cual la persona tiene la libertad de escribir una respuesta de acuerdo con su interpretación (Rosala, 2024). Esto, para propósitos cuantitativos, representa una limitación en la limpieza, codificación y estandarización de variables (Kuhn, 2020). En el caso del Informe Estadístico de Médicos (2016-2018) y Profesionales de la Salud (2016-2019) en Puerto Rico, las premisas de formato abierto obtuvieron respuestas no estandarizadas, como, por ejemplo: información de barrios o poblados en preguntas relacionadas a municipio de trabajo o residencia. A su vez, dichas premisas de formato abierto presentaron errores ortográficos o variaciones (sinónimos) de especialidades médicas estudiadas que se registraron en la base de datos como nuevas categorías por un acento, abreviaciones o idioma utilizado (ejemplo: pediatría, pediatra, pediátrico, médico infantil, medicina del niño, entre otras) (DSPR, 2021). La revisión, limpieza, estandarización y análisis de estas variables para propósitos estadísticos o cuantitativos requieren tiempo, lo que representa una limitación en la actualización y publicación de datos entre periodos.

Por último, la base de datos no se encuentra disponible para uso público. La solicitud y acceso a datos de la JLDM y la ORCPS conllevan una serie de comunicaciones formales, permisos y procedimientos administrativos entre la OPD, OIAT y las respectivas juntas examinadoras (DSPR, 2021). Estos procedimientos pueden tomar tiempo, lo que representa otra limitación en la actualización de datos.

No obstante, las limitaciones observadas también representan áreas de oportunidad para beneficiar la disponibilidad y accesibilidad de datos en salud pública. Considerando el diseño de los formularios de la JLDM y la ORCPS, se identifica como área de oportunidad la actualización, estandarización y programación de estos registros para conocer el número de médicos y profesionales de salud por especialidad y subespecialidad disponibles para atender la población y responder en emergencias de salud pública.

Referencias

Association of American Medical Colleges (AAMC). (2020). *The road to becoming a doctor*. https://kansaslawreview.ku.edu/sites/kansaslawreview/files/documents/aamc-road-to-becoming-doctor-2020.pdf

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023). *Health care access*. https://www.cdc.gov/prepyourhealth/discussionguides/healthcare.htm

Cigna Healthcare. (s.f.). *Tipos de especialistas dentales.* https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/common-types-of-dentists

Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR). (2021). *Informe estadístico de médicos (2016-2018) y profesionales de la salud (2016-2019) en Puerto Rico: Decimocuarto registro*. Secretaría de Planificación y Desarrollo. https://www.salud.pr.gov/menuInst/download/1033

Drost, A., Alam, M. I., Boamah, S., Kralj, B., Costa, A., & Sweetman, A. (2023). Multiple jobholding and part-time work among nurses in long-term care homes compared to other healthcare sectors: Evidence from Ontario. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, *130*, 104713. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104713

Dunford, P. (2021). *Health workers are essential, during the pandemic and beyond*. IntraHealth International. https://www.intrahealth.org/vital/health-workers-are-essential-during-pandemic-and-beyond

Harvard University. (s.f.). *Health and strong societies*. https://gheli.harvard.edu/health-and-strong-societies

Healthy People 2030. (s.f.). *Health care*. Office of Disease Prevention and Health Promotion. https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/health-care

Kuhn, G. (2020). *The pros and cons of open-ended questions and closed ended questions.* Drive Research. https://www.driveresearch.com/market-research-company-blog/the-pros-and-cons-of-open-ended-questions-and-closed-ended-questions/

Ley de Farmacia de Puerto Rico, P. de la C. 4248. (2004). https://www.lexjuris.com/lexlex/leyes2023/lexl2023123.htm

Ley de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Medica de 2008, Sustitutivo a los P. de la C. 3745 y P. de la C. 3758 (2008). https://www.lexjuris.com/lexlex/leyes2008/lexl2008139.htm

Ley de Reforma Integral de los Servicios de Salud de Puerto Rico, 24 L.P.R.A. § 3001 (1976). https://bvirtualogp.pr.gov/ogp/Bvirtual/leyesreferencia/PDF/Salud/11-1976/11-1976.pdf

Ley para Reglamentar la Profesión de la Tecnología Médica en Puerto Rico de 1988, 20 L.P.R.A. § 281 a 281p. (1988). https://www.lexjuris.com/lexmate/profesiones/lex013.htm

Ley para Regular la Práctica de la Enfermería en Puerto Rico, 20 L.P.R.A. § 204 et seq. (2015). https://www.lexjuris.com/lexmate/profesiones/lexenfermeria.htm

Mazure, C.M. (2021). *What do we mean by sex and gender?* Yale School of Medicine. https://medicine.yale.edu/news-article/what-do-we-mean-by-sex-and-gender/

McNeill, M. (2022). Extraordinary impacts on the healthcare workforce: COVID-19 and aging. *Delaware Journal of Public Health*, *8*(5), 164–167. https://doi.org/10.32481/djph.2022.12.038

Observatorio de la Violencia. (2017). *¿Qué es una tasa y cómo se calcula?* http://observatorio.mj.go.cr/que-es-una-tasa-y-como-se-calcula

Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f.). Quality of care. https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

Oxford Reference. (2024). *Employment status*. https://www.oxfordreference.com/display/10.1093/oi/authority.20110803095750358?rskey=tY7eGi&result=8

Pérez, J. (2010). *Cocientes demográficos: Tasas, probabilidades, razones y proporciones*. https://apuntesdedemografia.com/curso-de-demografia/cocientes-demograficos-tasas-probabilidades-razones-y-proporciones.

Pittman, P., Chen, C., Erikson, C., Salsberg, E., Luo, Q., Vichare, A., Batra, S., & Burke, G. (2021). *Health workforce for health equity*. *Medical Care*, 59 (Suppl 5), S405-S408. https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001609

Rosala, M. (2024). *Open-ended vs. closed questions in user research*. Nielsen Norman Group. https://www.nngroup.com/articles/open-ended-questions/

Unitek College. (2020). *Frontline heroes: The role of healthcare workers during a pandemic*. https://www.unitekcollege.edu/blog/frontline-heroes-the-role-of-healthcare-workers-during-a-pandemic/

WHO Expert Committee on General Practice & World Health Organization. (1964). La medicina general: Informe de un Comité de Expertos de la OMS. https://iris.who.int/handle/10665/37532



ANEJOS

Anejo 1

Participantes y colaboradores de las Conversaciones regionales, Encuesta a la comunidad, y Evaluación de la situación de la comunidad -Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Academia de Directores Médicos de Puerto Rico		X	
Nélida Rivera, Directora Ejecutiva		X	
Acción Social de PR, Inc.	X	X	
Ainabetse García, Supervisora de Salud	X	X	
Carmen E. Otero Pérez, Subdirectora		X	
Administración de Seguros de Salud (ASES)	X	X	
Carlos Guzmán, Director Área de Servicio		X	
David Santiago Morales	X		
Estadístico Senior		X	
Limarie Colón, Directora Ejecutiva		X	
Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)		X	X
Yovan Colón Torres, Nutricionista LND		X	
Alianza de Autismo de Puerto Rico		X	
Carlos J. Irizarry Sánchez, Director de Relaciones con la Comunidad y Gobierno		X	

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Alianza de Comunidades de Fe Unidas de Emergencia (A.C.U.D.E. INC.)		X	
Emma L. Pérez Rodríguez, Directora		X	
Altrusa de San Sebastián	X		
Aida L. Méndez	X		
Rosa E. González	X		
Ambassador Veterans Services		X	
Evelyn Leandry Muñoz, Coordinadora Control Infecciones		X	
Antillean Adventist University	X		
Amarilys Irizarry Peña	X		
Jovana Manzanares González	X		
Apoyo a Padres de Niños con Impedimentos (APNI)	X	X	
Celia Galán, Directora Ejecutiva	X	X	
ARECMA, Inc. — Asociación Recreativa y Educativa Comunal del Barrio Mariana		X	
Rosalina Abreu		X	
Asociación de Alzheimer y Desórdenes Relacionados de Puerto Rico		X	
Sandra Díaz Menéndez, Directora Ejecutiva		X	
Asociación de No Videntes Luz de Amor, Inc.		X	
Melisa Rivera Cuevas, Benita Vergara Huertas		X	
Rafael Prado, Auxiliar Administrativo		X	

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Asociación de Salud Primaria		X	
Marielys Santiago, Especialista en Salud Pública		X	
Asociación Médica de Puerto Rico	X		
Yussef Galib Frangie Fiol	X		
Asociación No Videntes Luz de Amor	X		
Benita Vergara Huertas	X		
Melisa Rivera Cuevas	X		
Asociación PKU de PR	X		
Neida Vega Álvarez	X		
Asociación por Inclusión Adultos Discapacidad Intelectual	X		
Manuel Nieves	X		
Nelsa I. Lugo Ostolaza	X		
Asociación Puertorriqueña de Servicios y Ayuda al Paciente con SIDA (APSAPS)	X	X	
Nilsa Cintrón Collazo, Coordinadora de Servicios / Administradora	X	X	
Asociación Puertorriqueña Probienestar de las Familias, Profamilias	X		
Enid M. Pérez Rodríguez	X		
Asuntos para la Vejez	X		
Ivette Fantauzzi	X		
Yolizbeth Gonzalez	X		

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Atenas University DMCH	X		
María L. Hernández	X		
Michelise Morales Reyes	X		
Banco de Alimentos de Puerto Rico		X	
Mari Jo Laborde, Presidenta		X	
Bayamón Medical Center (BMC)		X	
María Merced, Directora de Programas Institucionales		X	
Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)			X
Camino de Luz Hospice Care, Inc.		X	
Manuel Santiago Concepción, Director Ejecutivo		X	
Sandra Figueroa Lampón, Supervisora de Servicios		X	
Camuy Health Services, Inc.		X	
Eddie Pérez, Director Ejecutivo		X	
Iris Oquendo Negrón		X	
Canóvanas Medical Center (CDT)		X	
Diana Mojica Agrinsoni, Directora		X	
Caritas Mayaguez	X		
Joannne Irizarry	X		
Carrusel en la Sebastiana Corp.	X		
Marta Jaraiz	X		
Casa del Peregrino Aguadilla Inc.		X	

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Carmen Alicia Rosario, Directora Ejecutiva		X	
Casa Ismael		X	
Adalina Gómez, Directora		X	
Casa Joven del Caribe, Inc.		X	
Samuel Agosto López, Director Programático y Servicios Clínicos		X	
Casa la Providencia, Inc.		X	
María de Lourdes Morán Ojeda, Directora Ejecutiva		X	
Casa Matilde Nielson, Inc.		X	
Iris Gutiérrez, Trabajadora Social		X	
José L. Castrillo		X	
Sandra I. Vázquez Cruz, Administradora		X	
CDT Cataño	X		
Julianna Martínez	X		
CDT Grupo Médico San Pablo Inc.		X	
Kathia Mercado, CEO		X	
CDT Humacao	X		
Carmen M. García	X		
CDT Juncos	X		
Rayma Robles Vega	X		
CDT Menonita	X	X	
Rhode Vélez Peña	X	X	
CDT Villa de los Santos / ACO del Norte	X	X	

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Brendaliz Pérez Pola	X	X	
Dr. Sigdan Gabriel Cruz Ríos, Director Médico	X	X	
María J. González Agraso	X	X	
Ruth Olivencia Maldonado	X	X	
Centro Comunitario Rvda. Inés J. Figueroa, Inc.		X	
Jannette Acevedo Pérez, Directora Ejecutiva		X	
Centro de Actividades Luisa Guadalupe	X		
Juan Carlos Guzmán Román	X		
Centro de Medicina de Familia de Cayey		X	
Dra. Mayra López, Directora Médica		X	
Roberto A. Correa Carro, Administrador		X	
Centro de Rehabilitación de Adicciones — Ministerio Renovaos en el Espíritu de Vuestra Mente Inc.		X	
Carlos V. Rivera Marrero, Director Ejecutivo		X	
Centro de Servicios Primarios de Salud, Inc.		X	
Rosa Agostini Vargas, Directora Ejecutiva		X	
Centro Envejeciente Municipio	X		
Rebeca Torrello	X		
Centro La Nueva Aurora		X	
Jashira M. Boria Claudio, Enfermera		X	
Centro Madre Dominga — Casa Belén, Inc.	X	X	
Sor Amárilis Rosario Santos, OP, Directora Ejecutiva	X	X	

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Clínica Alternativa Integrada Coalición de Coaliciones TSC	X		
Brenda L. Meléndez Maldonado	X		
Coalición de Salud Mental de Puerto Rico		X	
Alberto Varela		X	
Colegio de los Profesionales de la Consejería en Rehabilitación de Puerto Rico, Inc.	X	X	
Yeraldine M. Valerio González, Presidenta	X	X	
Colegio de Médicos-Instituto de Carolina	X		
Luz Mojica	X		
Colegio de Nutricionistas	X		
Lcda. Carmen M. Nevarez	X		
Comisión de Derechos Civiles	X	X	
Lcdo. Ever Padilla-Ruiz, Director Ejecutivo		X	
Zuleimar Colón	X	X	
Comisión para la Prevención del Suicidio (CPS)			X
Compañía para el Desarrollo Integral de la Península de Cantera		X	
Alejandra Ramos Carmenatty, Directora Ejecutiva		X	
Condominio Ovidio Lamoso Coira		X	
Lisandra Avilés, Administradora		X	
Consejo Estatal de Vida Independiente (CEVI)	X		

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Sofía Pantel del Cueto	X		
Consejo Estatal sobre Deficiencias en el Desarrollo	X	X	
Kristen Friscia Benítez	X	X	
Víctor J. Borroto Díaz, Economista		X	
Consejo Renal de Puerto Rico	X		
Brendalis Pacheco Cruz	X		
Corporación de Salud Marieña, Inc. Las Marías		X	
Yaleidy Ruiz Bourdoin, Directora Operacional		X	
Corporación de Servicios de Salud y Desarrollo Socioeconómico El Otoao (COSSAO)		X	
Juan Carlos Morales Ortiz, Director del departamento de Finanzas		X	
Corporación de Servicios Médicos Primarios y Prevención de Hatillo		X	
Yaritza Rivera Vélez, Directora de Operaciones		X	
Corporación Especial para el Desarrollo de Viviendas de Toa Baja (CED)		X	
Luis E. Pantoja Pantoja, Director Ejecutivo Auxiliar		X	
Corporación Milagros del Amor		X	
Hilda Yiseidi Martínez, Coordinadora Programática		X	
De Frente al Alzheimer		X	

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Nichole A. Rodríguez Carrasquillo, Asistente Administrativa		X	
Defensoría de las Personas con Impedimentos (DPI)		X	
Lcdo. Juan José Troche Villeneuve, Defensor Interino		X	
Delta Dental of Puerto Rico, Inc.		X	
Desiree Peña Ruiz, Gerente de Operaciones		X	
Departamento de la Familia	X		
Amy Martínez Quiles	X		
Cruz R. Caraballo Cruz	X		
Janet Estrada del Valle	X		
Wilmary Class	X		
Departamento de la Vivienda	X	X	
Carla V. Correa Cepeda	X	X	
Mari Olga Rodríguez	X		
Ricardo Vázquez Morales, Subsecretario	X	X	
Departamento de Salud	X		
Felix D. Rodríguez Schmidt	X		
Giordano San Antonio	X		
Jesús M. Rodríguez Cabán	X		
Mildred Colón	X		
Teresa Soto González	X		
Wichi Cruz Guzmán	X		

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Departamento de Seguridad Pública — Negociado de la Policía de Puerto Rico	X	X	
José A. Negrón Colón	X	X	
Dispensarios Médicos Municipales — Fajardo		X	
Mónica Lee Cosme Rodríguez, Directora de Los Servicios de Salud		X	
Divina Presencia Hospice, Inc.		X	
Ada J. García Ramírez, Enfermera Generalista		X	
División del Registro Demográfico del Departamento de Salud de Puerto Rico			X
Doctor's Medical Center, Inc. — Proyecto Hogar Amparo SRO		X	
Jeannette Díaz Vila, Administradora		X	
Égida — Asociación Miembros de la Policía (AMPPR)		X	
Antonio J. Taboada, Coordinador 504		X	
Égida e Institución El Paraíso, Inc.		X	
Angélica María Maisonet		X	
Naisha L. Pastrana Maisonet, Administradora		X	
Égida Estancia Dorada		X	
Malla Rodríguez, Administradora		X	
Égida Hogar Cristo Rey (Saint Just Home for the Elderly)		X	
Margarita Ortiz, Trabajadora Social y Coordinadora de Servicios		X	

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Égida RYDER, Inc.		X	
Judith Ayala Ruíz, Administradora		X	
El Punto en la Montaña, Inc.	X	X	
Cheryl M. Velez	X		
Gladys Nieves, Asistente Administrativa		X	
Empresa Municipal Salud Integral de la Tierra Alta		X	
Javier Herminio Rivera Santiago, Gerente Administrativo		X	
Encompass Health		X	
Yadira Rodríguez, Infección Prev. / Emp. Meath		X	
ESCAPE — Centro de Fortalecimiento Familiar		X	
Yadira Pizarro Quiles, Directora Ejecutiva		X	
Escuela de Medicina San Juan Bautista		X	
Dra. Grisel Burgos Barreto, Profesora		X	
Fideicomiso de Salud Pública de Puerto Rico	X		
Helena Gifford Olson	X		
Jousteven Méndez Pérez	X		
Marianyoly Ortiz Ortiz	X		
Fideicomiso para Ciencias, Tecnología e Investigación de Puerto Rico		X	
Mariela Alvarado, Gerente de la División Epidemiología		X	
First Medical Health Plan	X	X	

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Chief Medical Officer		X	
Jessica Losa Robles, VP de Asuntos Regulatorios	X	X	
Rivera, Chief Medical Officer		X	
Fresenius Medical Care	X		
Dianara Zayaz Cotto	X		
José Raúl Lorenzo González	X		
Najaska Figueroa Montalvo	X		
Nilma Y. Torres Cintrón	X		
Fundación Bucarabón	X	X	
Karla S. Justiniano Pérez, Promotora de Salud Comunitaria	X	X	
Fundación Casa de Salud Ven-Rose, Inc.	X	X	
María de los Á. Ortiz Rivera, Presidenta y Fundadora	X	X	
Fundación Comunitaria de Puerto Rico		X	
Evelyn Romero, Gerente de Recursos Humanos		X	
Fundación de Hogares para Trabajadores		X	
Joan Nieves de Jesús, Asistente Administrativo		X	
Fundación El Ángel de Miguel Cotto		X	
Omar Ramos Fernández		X	
Fundación Guiando Tu Ser, Inc. — Casa Cristiana de Transformación Inc.		X	
Dra. Ada M. Laureano, Presidenta		X	

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Fundación Huntington Puerto Rico		X	
Dra. Sylvette Ayala Peña, Oficial Científico		X	
Geminis Home Care/ Hospicio	X		
Amarilis Cintrón Chevares	X		
Golden Cross Health Plan, Corp.		X	
Jampierre Legrand, Consultor		X	
Golden Elderly Home		X	
Alexis Meléndez Falcón, Director		X	
Guara Bi Inc.	X	X	
Jetsenia Rodríguez	X		
Zaned del Valle, Coordinadora	X	X	
Guardarraya Unidos por un Patrimonio Educativo Incorporado		X	
Jorge A. Ramos		X	
Norma Iris Meléndez de León, PhD, Asesora Administrativa		X	
Hato Rey Nursing Home		X	
Margarita M. Gierbolini Bermúdez, Coordinadora		X	
Health Keepers Hospice	X		
Amahilza D. Díaz Erazo	X		
Health Promed	X		
Jessica Alicea Vellón	X		

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Hogar de Cuidado Prolongado — Asociación Benéfica de Ponce		X	
Brenda Báez Portalatín, Trabajadora Social		X	
Hogar de Cuidado y Calidad a Envejecientes		X	
José Llanos		X	
Hogar de Luz, Inc.		X	
Sariluz Betancourt Rivera		X	
Hogar de Niño Regazo de Paz	X		
Giselle Z. Rodríguez	X		
Hogar del Buen Pastor, Inc.		X	
Gilberto C. Reyes, Administrador		X	
Hogar Green Tree, Corp.		X	
Zayvette Bryan		X	
Hogar La Nueva Familia, Inc.		X	
Ivette Pérez Ramos, Propietaria del Hogar		X	
Hogar Mis Viejitos	X	X	
Gisela Medina Vázquez, Administradora y Dueña	X	X	
Hogar Ruth, Inc.	X	X	
Denice Rivera Valentín, Coordinadora Programática	X	X	
Hogar Sagrado Corazón (Ana G. Méndez)		X	
Ana G. Méndez, Administradora		X	
Hogar Vista Bella, Inc.		X	

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Sheyla Álamo		X	
Hogar Yaniel Luna		X	
Yarimar Burgos, Directora		X	
Hope Medical Center		X	
Maria E. Jacobo, Directora Ejecutiva		X	
Hospicio Camino de Luz	X		
Ivette Rivera Pérez	X		
Sandra Y. Figueroa Lampósn	X		
Hospicio San Francisco de Asís	X	X	
Betsy Román	X	X	
Ennelly Cofresí		X	
Lourdes Nieves	X		
Magnolia Rodríguez, Directora Ejecutiva		X	
Hospicios Brisa Health	X		
Kristal Santiago	X		
Hospital Auxilio Mutuo	X	X	
Sandra M. Díaz Maldonado, Directora de Programas Institucionales	X	X	
Hospital Bella Vista	X		
Misael Jimenéz	X		
Hospital Bella Vista - Directora de Desarrollo	X		
Camil Vega Sánchez	X		
Hospital Buen Samaritano — Aguadilla		X	

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Jesús Nieves Rosario		X	
Hospital Buen Samaritano Aguadilla		X	
Directora Programas Institucionales		X	
Hospital Caribbean Medical Center		X	
Zuleyka Mendoza Lebrón, Coordinadora Manejo de Riesgo		X	
Miguel José Bustelo, MHSA		X	
Hospital Damas Inc.	X		
Moraima Torres Toro	X		
Hospital de la Concepción	X		
Amaury Segarra	X		
Hospital del Centro Comprensivo de Cáncer — Universidad de Puerto Rico		X	
Mara I. Rivera Miranda, Enfermera de Programa de Prevención y Control de Infecciones		X	
Hospital General Castañer, Inc.	X	X	
Doris N. Bengochea Quiñones BSN, Epidemióloga Certificada	X	X	
Hospital Menonita — Aibonito		X	
Enfermera Control de Infecciones		X	
Hospital Menonita, Inc. CDT Culebra	X	X	
Wilma Ávila Indio, Supervisora Operacional CSF Menonita de Culebra (CDT)	X	X	

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Hospital San Carlos	X		
Dr. Jonathan Cotto	X		
Humana	X		
Dra. Ivonne M. Vega	X		
Humana Health Plans, PR		X	
Ivonne M. Vega Pérez, MD, MBA-HCM, Vicepresidenta Regional de Servicios de Salud y Principal Oficial Médica		X	
Iglesia Metodista de Puerto Rico	X		
Carmen D. Cruz Reyes	X		
Iglesia Presbiteriana Evangélica Mayagüez	X		
Abraham Montes Vélez	X		
Alfredo Vélez	X		
Betzaida Montes Vélez	X		
Carmen Torres	X		
Marilyn Montes Vélez	X		
Rafael I. Escabi	X		
Instituto de Estadísticas de Puerto Rico (IEPR)	X		X
Idania R. Rodríguez Ayuso	X		
Instituto Pre Vocacional e Industrial de Puerto Rico	X		
Davidson Muñiz Cardona	X		
Jose L. Colón Gastón	X		
Marian Ayala Rold	X		

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Instituto Psicopedagógico de Puerto Rico	X	X	
Elba I. Castellanos La Costa	X	X	
Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica (JLDM)			X
La Casa de Alegría	X		
Amanda Alburquerque	X		
La Casa de Doña Here, Inc.		X	
Administradora		X	
LifeLink de Puerto Rico	X	X	
Guillermina Sánchez, Directora Ejecutiva	X	X	
Liga Puertorriqueña Contra el Cáncer y su Hospital Oncológico, Dr. Isaac González Martínez		X	
Yajaira Serrano Rosario, Directora de Trabajo Social		X	
Loíza Home for the Elderly		X	
Yismari Rivera González, Trabajadora Social		X	
Museo de Arte Contemporáneo	X		
Humberto Trías	X		
MAPFRE	X		
Edwin Pérez Arnal	X		
Medhealth Hospice Corp.	X	X	
Yolanda Albino, Directora de Servicios	X	X	
Metro Dialysis		X	
Ingrid Lozada, Directora Ejecutiva		X	

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Metro Pavia at Home, LLC.		X	
Lcda. Lisandra Vélez González, Directora Ejecutiva		X	
Migrant Health Center		X	
Gabriela M. Huyke Ramírez, MD		X	
Mis Abuelos Home		X	
Carmen Irizarry, Directora		X	
MMM Holdings, LLC.		X	
Jonathan A. Bonet, Senior Director, Government Relations & Community Engagement		X	
Monserrate Elderly I y II		X	
Nayomi Morales, Trabajadora Social		X	
Movimiento para el Alcance de Vida Independiente (MAVI)	X		
Lyllyanette Robledo	X		
Mujeres de Isla	X		
Abigail Reyes	X		
Alexandria Rodríguez	X		
Dulce del Río Pineda	X		
Verónica Meléndez	X		
Municipio Autónomo de Caguas	X	X	
Aida Ivette González Santiago, PhD, MPH	X	X	
Municipio Canóvanas	X		

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Luz D. Jiménez de León	X		
Randel delgado	X		
Municipio de Aguada		X	
Lizainette Feliciano Ruiz, Directora de la Oficina de Ayuda al Ciudadano		X	
Municipio de Arecibo	X		
Jackeline Oquendo	X		
Marisol Ramos	X		
Ramón Santana Rosado	X		
Municipio de Barceloneta	X	X	
Ana Acosta Olivera	X		
Diana Meléndez, Ayudante Especial Alcaldesa		X	
Municipio de Bayamón	X		
Dr. Carlos M. Santiago Solano	X		
Municipio de Carolina	X		
Glorissa Rodríguez	X		
Marisol Correa	X		
Municipio de Ceiba		X	
Yacel Aldea Cruz, Enfermero Graduado		X	
Municipio de Juana Díaz		X	
Martiza Ríos López, Directora Oficina Ayuda al Ciudadano		X	
Municipio de Lares		X	

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Yelisel Rivera Martínez, Directora de Servicios al Ciudadano		X	
Municipio de Río Grande — Departamento de Salud SMICRC	X	X	
Epidemióloga Municipal, Programa de COVID-19		X	
Leonor López Rubetts	X	X	
Municipio de Sabana Grande		X	
Ángela M. Ramos Méndez, Directora Oficina de Servicios a Personas con Impedimentos		X	
Municipio de Santa Isabel		X	
Ayudante Especial		X	
Municipio de Yabucoa		X	
Edgar Casanova-Santiago, Ayudante Especial		X	
Municipio de Yauco		X	
Magdalena Muñiz Montalvo, Directora de Recursos Humanos		X	
Museo de Arte de Aguadilla y del Caribe - MAAC	X		
Adriana Padilla Roger	X		
MV Healthcare, CSP	X		
Diannette Silva	X		
Negociado de la Policía de Puerto Rico	X	X	
Ángel Lasanta Villafañe, Enfermero Generalista	X	X	
Sgto. Javier Ortiz Cintrón	X		

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Negociado del Censo de los Estados Unidos (U.S. Census Bureau)			X
NeoMed Center, Inc.		X	
Dra. Rosa Castro Ávila, Directora Ejecutiva		X	
New Medical Center (CDT) — Santa Isabel		X	
Dr. Orvill E. Ramos Díaz		X	
Oficina de Ética Gubernamental		X	
Rubén D. Nieves, Ayudante Ejecutivo		X	
Oficina de Protección y Defensa para Personas con Impedimentos		X	
Enrique Vargas, Gerente de Programa		X	
Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud (ORCPS)			X
Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada (OPPEA)	X	X	
Aracelis Abreu Ramos, Procuradora Auxiliar de Educación	X	X	
Oficina del Procurador del Paciente	X		
Edna I. Díaz de Jesús	X		
Oficina para el Desarrollo Socioeconómico y Comunitario de Puerto Rico (ODSEC)		X	
Alex Rivera Catalá, Director Auxiliar		X	
Oficina Representante Luis Raúl Torres Cruz		X	

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Juanita Berríos Rivera, Directora de Oficina		X	
Organización en Pro de la Atención a la Persona con Alzheimer (OPAPA)	X	X	
María S. Pieras, Directora Ejecutiva	X	X	
Natalia M. Cruz Terrón, Gerontóloga	X	X	
PACTA, Inc. — Puentes Abiertos Comunidades Transformadas y Autosuficientes	X	X	
Britzeida Ramos	X	X	
Yamille D. Rodríguez, Navegadora de Servicios	X	X	
PAEC Programa de Apoyo de Enlace Comunitario	X		
María A. Hernández	X		
Pastora IMD- Iglesia de Dios Mission Board	X		
Elba A. Torres	X		
Plan de Salud Menonita	X	X	
Héctor Casas Jr., Chief Medical Officer	X	X	
Ponce Health Sciences University (PHSU)	X	X	
Andrea Pereira	X	X	
Antonio I. Fernández	X	X	
Aracelis Pérez	X	X	
Eduardo Velázquez Lizasuain	X	X	
Gino Natalicchio, Presidente		X	
Guillermo Armaiz	X	X	
Julio Jiménez	X	X	

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Kenira Thompson	X	X	
Laura T. Dómenech	X	X	
María Díaz	X	X	
María Martínez	X	X	
Norma J. Arciniegas	X	X	
Olga Rodríguez Rodríguez	X	X	
Vanesa Pagán Rodríguez	X	X	
Ponce Research Inst.-PAPSI- Coordinadora del U01	X		
Mercedes Ramírez Ruíz	X		
Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico	X		
Deborah I. Rodríguez Martell	X		
PR Links	X		
Jorge Beníquez	X		
PR P&A	X		
Edgard Damiani	X		
Práctica Privada		X	
Dra. Elba A. Pérez Vargas		X	
Jesús A. Pérez López, MD		X	
Zamarie Alsina Pomales, MD		X	
Professional Medical Center, LLC.		X	
Coordinadora Departamento de Enfermería		X	
Alex Nieves		X	

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Programa de Hospitalización Parcial — Hospital Metropolitano de Cabo Rojo		X	
Lourdes I. Aquino Medina, MSW, Coordinadora Clínica y Administrativa		X	
Programa de Servicios de Salud en el Hogar Géminis, Inc.	X	X	
Emerita Vázquez López, Directora Ejecutiva	X	X	
Programa de Servicios de Salud en el Hogar y Hospicio San Lucas Inc.		X	
Odalis Pierluissi Morales, Oficial de Cumplimiento		X	
Proyecto P.E.C.E.S., Inc.		X	
Yesenia Antuna, Coordinadora del Área Psicosocial		X	
PryMed Medical Care		X	
Meralys Burgos Rosario, Oficial Administrativo		X	
Puestos Pa' Lo Bueno, Inc.		X	
Jenniffer Abreu Santana, Presidenta		X	
Pure Life Renal San Juan		X	
Ivette Nolasco Gerente Clínica		X	
Leira López, SW		X	
Registro Central de Cáncer de Puerto Rico (RCCPR) Retirada Edu.	X		X

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Alicia Ruíz	X		
Ryder Memorial Hospital		X	
Lcda. Carmen M. Colón Meléndez, Directora Ejecutiva		X	
Ryder Village, Inc.		X	
Joan M. Alejandro Rosado, Administradora		X	
Servicios de Salud en el Hogar — El Nazareno, Inc.		X	
Lorna Latorre Kentish, RN BSN, Directora de Servicios		X	
Servicios Médicos del Valle de Lajas		X	
Lcdo. Roberto I. Ruiz, Presidente		X	
Shalom Facility Care		X	
Verónica Cruz, Directora de Enfermería		X	
Sierva María Ministras de los Enfermos	X		
Sor Alexandra González	X		
Sistema de Rastreo COVID-19 Arecibo	X		
Yanira Ortiz	X		
Sistemas de Vigilancia de la División de Epidemiología e Investigación del Departamento de Salud de Puerto Rico			X
Sociedad de Educación y Rehabilitación (SER) de Puerto Rico		X	

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Lizzette López Rodríguez, Directora de Rehabilitación		X	
Sociedad de Gerontología de Puerto Rico, Inc.		X	
Julita Ortiz Marín, Presidenta		X	
TeleMedik		X	
Dr. Joaquín Fernández Quintero, Presidente		X	
The Happy Givers	X		
Jessika López	X		
The San Jorge Hospital		X	
Myrian, Oficial Control Infecciones Institucional		X	
Oficial Control Infecciones Institucional		X	
Triple-S Salud, Inc.		X	
Diana Cuprill Nazario, Gerente General — Medicaid		X	
García Rodríguez, Director Ejecutivo		X	
Universidad Adventista de las Antillas		X	
Digna Williams, Directora de Efectividad Institucional		X	
Universidad Central de Bayamón		X	
Vivian A. Padilla Rivera, Directora de Planificación Estratégica y Avalúo Institucional		X	
Universidad Central del Caribe		X	

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Luz Nereida Ramos Vargas, Psicóloga Clínica / Decana de Ciencias de la Salud y Tecnología		X	
Universidad Central del Caribe	X		
Luz M. Ramos Vargas	X		
Waleska Crespo Rivera	X		
Universidad de Puerto Rico	X	X	
Carmen N. Heredia Marcano	X	X	
Edna E. Acevedo Castro	X		
Estervina Arce Rodríguez	X		
Joanette M. Rivera Caba	X	X	
José Corrales, Ayudante Especial en Asuntos Académicos en la Presidencia		X	
Madeline Serrano Matos	X		
Miguel Vélez Rubio	X		
Sara E. Rivera Febres	X	X	
Universidad de Puerto Rico, Recinto de Mayagüez (UPRM) — CDT, Departamento de Servicios Médicos		X	
Edna E. Acevedo Castro, Directora Interina		X	
Universidad Interamericana de Puerto Rico	X		
Wanda Ruíz Santiago	X		
Universidad Interamericana de Puerto Rico — Recinto Metro		X	

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
José Rodríguez Quiñones, Director de Adiestramiento, Programa Graduado de Psicología		X	
Universidad Interamericana de Puerto Rico — San Germán	X	X	
Anna S. Maldonado, Instructora	X	X	
Universidad Interamericana de Puerto Rico, Oficina Central del Sistema		X	
Alexandro Vega Quiñones, Administrador Institucional del Programa de Riesgo		X	
Universidad Internacional Iberoamericana	X		
Carol Morales	X		
Vega Alta Community Health, Inc.		X	
Juan C. Heredia Rivera, Director Ejecutivo		X	
Vega Alta Hospice Care, Inc. D|B|A| Brisas Health		X	
Itzalia Tirado Valentín, CEO		X	
Vieques en Rescate - Asesora y Parlamentarista de la Junta Directiva	X		
Hilda Bonilla Rodriguez	X		
Vieques Love- Enlace Comunitario	X		
Dayanara Cruz Maldonado	X		
Visiting Nurse Association Gregoria Auffant, Inc. / Servicios Suplementarios de Salud		X	

Colaboradores	Fases de Recopilación		
	Conversaciones Regionales	Encuesta a la Comunidad	Evaluación de la Situación de la Comunidad
Maria Guzmán, Directora Ejecutiva / Administradora		X	
Waves Ahead Corp.		X	
Wilfred W. Labiosa, Director Ejecutivo		X	

Anejo 2

DEPARTAMENTO DE SALUD
OFICINA DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO

Título: Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024

Descripción general sobre este cuestionario:

El Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR) le invita a participar de la Encuesta a la Comunidad de la Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024 (*State Health Assessment*/SHA). La iniciativa de la Evaluación tiene como objetivo presentar una radiografía de los indicadores de mayor relevancia para la salud pública de Puerto Rico. Mediante dicho ejercicio, se pretende identificar y resaltar aquellas necesidades y factores que requieren particular atención de todos los sectores del sistema de salud. La Evaluación, a su vez, opera como fase inicial de una metodología que aspira a mejorar la salud desde una óptica participativa e integral.

El presente instrumento de recopilación de datos va dirigido a las entidades colaboradoras del sistema de salud de Puerto Rico. A través de este, se pretende conocer su percepción y experiencia sobre aquellos sistemas, procesos y capacidades con las que cuenta el sistema de salud, tanto a nivel individual como colectivo. Toda información que nos brinde será importante para contextualizar los indicadores estadísticos presentados en la Evaluación 2024.

Reconociendo el vital rol que la entidad que representa tiene dentro de nuestro sistema de salud, le exhortamos efusivamente a participar. Para así hacerlo, usted deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Representar a una entidad, ya sea de manera directa o indirecta, del sistema de salud de Puerto Rico. Ello no se limita a escenarios clínicos, sino que se interpreta de manera amplia.
- Tener 18 años o más.

El completar este cuestionario deberá tomarle aproximadamente 45 minutos de su tiempo. Este avalúo recopilará información a través de las siguientes secciones:

Sección 1. Información de contacto
Sección 2. Perfil institucional
Sección 3. Perfil salubrista de la comunidad
Sección 4. Capacidad institucional / sistema de salud
Sección 5. Capacidades para apoyar la mejora de la salud comunitaria
Sección 6. Explorar sugerencias y posibles colaboraciones

Consideraciones generales:

- El instrumento está diseñado para que sea completado por representantes de entidades vinculadas al sistema de salud de Puerto Rico. Las preguntas deben responderse considerando sus experiencias o percepciones sobre el estado actual del sistema de salud.
- Solicitamos remitir una única respuesta por entidad. Será importante que el mismo sea completado por un representante con amplio conocimiento de las características de la población que atiende. Puede delegar dicha encomienda en alguna persona que, a su juicio, cumpla con los criterios solicitados.
- Este cuestionario debe ser completado en un único intento.
    - *Si comienza el cuestionario y necesita completarlo en otro momento, podrá hacerlo; no obstante, sus respuestas no se guardarán.*
- Debe confirmar que ha leído el consentimiento informado antes de comenzar a responder las preguntas.
- De tener alguna pregunta, puede comunicarse con la Lcda. Pierina Ortiz Cortés, Secretaria Auxiliar de Planificación y Desarrollo, al (787) 765-2929 ext. 3711, o mediante el correo electrónico pierina.ortiz@salud.pr.gov. De igual manera, puede contactar al personal de la Oficina de Planificación y Desarrollo (OPD) del DSPR a cargo de la presente iniciativa:
    - Jesiel M. Díaz Colón, MPA; Gerente - División de Evaluación y Mejora Continua de la Salud Pública; ext. 2260 / j.diaz@salud.pr.gov
    - Zelma L. Ríos Vázquez, MS; Evaluadora; ext. 3690 / zelma.rios@salud.pr.gov
    - María del M. Camacho Montero, MS; Diseñadora Instruccional; ext. 9838 / mariadelmar.camacho@salud.pr.gov

Consentimiento informado:

Solicitamos su participación en un cuestionario que interesa explorar el conocimiento general y percepción sobre el sistema de la salud de Puerto Rico. Recabar tal información tiene como propósito continuar los esfuerzos de la Oficina Planificación y Desarrollo (OPD) del Departamento de Salud (DSPR) hacia la elaboración de la Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024 (*State Health Assessment*/SHA).

Lea la siguiente información cuidadosamente antes de decidir si participará en el cuestionario en línea.

Confidencialidad:

Ninguna persona que no esté autorizada por la OPD del DSPR tendrá acceso a las respuestas individuales de los cuestionarios. No relacionaremos su nombre, o algún tipo de información que permita identificarle, con respuestas específicas. No obstante, su nombre, institución y sector aparecerá en la sección donde se agregarán todas las personas que participaron en el proceso de elaboración de la Evaluación del Estado de la Salud Puerto Rico 2024.

Riesgos y beneficios:

Algunas personas pueden sentirse incómodas al compartir sus experiencias y perspectivas relacionadas al DSPR. Por esta razón, las respuestas que brinde a estas preguntas se usarán únicamente con fines de análisis y se presentarán de manera consolidada a través de un informe. De igual forma, se debe mencionar que, aunque no relacionaremos su nombre a alguna respuesta específica, se le podría identificar como participante de dicha encuesta.

Incentivos:

Usted no recibirá incentivo monetario alguno por su participación.

Derechos:

Si leyó este documento y decidió completar el avalúo, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que tiene derecho a abstenerse o retirarse de la misma en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También, tiene derecho a recibir copia de este consentimiento, si así lo solicita. De igual manera, si en algún momento desea retirarse del cuestionario, la información recopilada hasta ese momento no será utilizada para propósito alguno.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre este proceso, puede comunicarse con la Lcda. Pierina Ortiz Cortés, Secretaria Auxiliar de Planificación y Desarrollo, al correo electrónico pierina.ortiz@salud.pr.gov con copia a j.diaz@salud.pr.gov. También puede comunicarse a la División de Evaluación y Mejora Continua de la Salud Pública al 787-765-2929 extensiones 3711, 2260, 3690 0 9838.

Certificación de consentimiento:

Una vez regrese a la ventana del cuestionario en la plataforma *Microsoft Forms* deberá marcar una de las siguientes opciones:

Al marcar el botón "Acepto voluntariamente participar en este cuestionario" usted estará indicando que:

- Ha leído y comprende el consentimiento informado.
- Acepta voluntariamente participar.
- Cumple con los criterios de participación.

Seleccione únicamente una opción.

Mi aceptación o negación certifica que tengo la capacidad legal para consentir y que lo hago libre y voluntariamente.

☐ Acepto voluntariamente participar de este cuestionario.

☐ No acepto participar de este cuestionario.

Nota procesal: *Si responde "No acepto participar de este cuestionario", el sistema le llevará directamente a la parte final del formulario.*

Instrucciones para completar el cuestionario:

- Lea cuidadosamente cada premisa de este cuestionario y seleccione la alternativa que mejor represente su respuesta.
  - *Para seleccionar la respuesta deseada, favor de marcar el encasillado que corresponda.*
- Aquellas preguntas que provean la opción de "otros", favor de seleccionar el encasillado correspondiente y escribir su respuesta en el espacio provisto.
- Las preguntas señaladas con asterisco (*) son consideradas como requeridas. El participante debe contestar la pregunta para poder pasar a la próxima sección del formulario virtual.

Definiciones importantes:

A través de este cuestionario, se utilizarán frecuentemente varios términos y conceptos medulares, los cuales se detallan a continuación:

Sistema de salud pública – Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) lo define como el conjunto de instituciones públicas, privadas y voluntarias que contribuyen al ofrecimiento de servicios esenciales de salud bajo una misma jurisdicción.
Centers for Disease Control and Prevention. (2024, May 15). *Original Essential Public Health Services Framework* https://www.cdc.gov/public-health-gateway/php/about/original-essential-public-health-services-framework.html

Servicios esenciales de salud pública – según el Centro Nacional de Salud Pública para la Innovación (2020), se refiere a las diez actividades principales de salud pública que toda comunidad debe ejecutar para aspirar a desarrollar y sustentar una población saludable. Estas actividades se enfocan en: a) evaluación, monitoreo, diagnóstico e investigación de temas relevantes a la salud pública; b) desarrollo de política pública y su difusión, educación y movilización de la comunidad para mejorar la salud del país; y c) seguridad/protección de la salud pública, al hacer cumplir las leyes relevantes a salud, proveer o regular servicios de salud, y desarrollar una fuerza laboral competente, entre otros.
The Public Health National Center for Innovation. (2020). The 10 Essential Public Health Services. https://phnci.org/uploads/resource-files/EPHS-English.pdf

Comunidad – de acuerdo con la Asociación Nacional de Funcionarios de Salud de Condados y Ciudades (NACCHO, por sus siglas en inglés), nos referimos al agregado de personas con características comunes tales como similitudes geográficas, profesionales, culturales, raciales, religiosas o socio-económicas. Las comunidades pueden definirse en función de su localización, raza,

etnicidad, edad, ocupación, intereses sobre tópicos afines, o cualquier otro lazo común.
National Association of County and City Health Officials. (nd). Mobilizing for Action through Planning and Partnerships (MAPP) Glossary. https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Programs/Public-Health-Infrastructure/MAPP-Glossary.pdf

**En el siguiente cuestionario, se expresan una serie de preguntas/premisas. Sus respuestas no serán consideradas como correctas ni incorrectas, ya que únicamente conocer su experiencia y percepción a través de ellas.*

Aclaración sobre lenguaje inclusivo:

En este documento, se utilizará el género gramatical masculino para referirse a diversos colectivos [por ejemplo, trabajadores y trabajadoras; hombre, mujer, queer, intersexuales...] sin que esto suponga un lenguaje sexista y excluyente. El DSPR ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en el presente documento.

Sección 1. Información de contacto

Como parte de estos esfuerzos, deseamos aprovechar la oportunidad para actualizar nuestra base de datos de entidades colaboradoras que realizan esfuerzos relacionados a la salud pública en Puerto Rico. La información que se solicita a continuación servirá para establecer comunicación futura, según sea necesario. De ninguna manera será compartida, divulgada o asociada a los resultados de la encuesta. Sin embargo, el nombre de su institución aparecerá en la sección donde se agradecerá a todas las entidades que participaron en el proceso de elaboración de la Evaluación del Estado de la Salud, Puerto Rico 2024.

1. Nombre de la entidad a la que representa:* Click or tap here to enter text.
2. Nombre y título/posición de la persona que completa el cuestionario:*
   **Favor de separar el nombre y título utilizando punto y coma (;)*
   Click or tap here to enter text.
3. Municipio donde ubica la sede de la entidad:*

☐ Adjuntas	☐ Carolina	☐ Guayanilla
☐ Aguada	☐ Cataño	☐ Guaynabo
☐ Aguadilla	☐ Cayey	☐ Gurabo
☐ Aguas Buenas	☐ Ceiba	☐ Guánica
☐ Arecibo	☐ Ciales	☐ Hatillo
☐ Arroyo	☐ Cidra	☐ Hormigueros
☐ Añasco	☐ Coamo	☐ Humacao
☐ Barceloneta	☐ Comerío	☐ Isabela
☐ Barranquitas	☐ Corozal	☐ Jayuya
☐ Bayamón	☐ Culebra	☐ Juana Díaz
☐ Cabo Rojo	☐ Dorado	☐ Juncos
☐ Caguas	☐ Fajardo	☐ Lajas
☐ Camuy	☐ Florida	☐ Lares
☐ Canóvanas	☐ Guayama	☐ Las Marías

☐ Las Piedras	☐ Patillas	☐ Santa Isabel
☐ Loíza	☐ Peñuelas	☐ Toa Alta
☐ Luquillo	☐ Ponce	☐ Toa Baja
☐ Manatí	☐ Quebradillas	☐ Trujillo Alto
☐ Maricao	☐ Rincón	☐ Utuado
☐ Maunabo	☐ Río Grande	☐ Vega Alta
☐ Mayagüez	☐ Sabana Grande	☐ Vega Baja
☐ Moca	☐ Salina	☐ Vieques
☐ Morovis	☐ San Germán	☐ Villalba
☐ Naguabo	☐ San Juan	☐ Yabucoa
☐ Naranjito	☐ San Lorenzo	☐ Yauco
☐ Orocovis	☐ San Sebastián	

4. Región(es) donde ofrece servicios la entidad que representa: *
** Seleccione todas las opciones que apliquen.*

☐ Todo Puerto Rico
☐ **Región de Aguadilla** (Compuesta por los municipios de Aguada, Aguadilla, Isabela, Moca y San Sebastián)
☐ **Región de Arecibo** (Compuesta por los municipios de Arecibo, Barceloneta, Camuy, Ciales, Florida, Hatillo, Lares, Manatí, Morovis, Quebradillas, Utuado y Vega Baja)
☐ **Región de Bayamón** (Compuesta por los municipios de Barranquitas, Bayamón, Cataño, Comerío, Corozal, Dorado, Orocovis, Naranjito, Toa Alta, Toa Baja y Vega Alta)
☐ **Región de Caguas** (Compuesta por los Municipios de Aguas Buenas, Aibonito, Caguas, Cayey, Cidra, Gurabo, Humacao, Juncos, Las Piedras, Maunabo, Naguabo, San Lorenzo y Yabucoa)
☐ **Región de Fajardo** (Compuesta por los municipios de Ceiba, Culebra, Fajardo, Luquillo, Río Grande y Vieques)

☐ **Región de Mayagüez** (Compuesta por los municipios de Añasco, Cabo Rojo, Hormigueros, Lajas, Las Marías, Maricao, Mayagüez, Rincón, Sabana Grande y San Germán)
☐ **Región Metro** (Compuesta por los municipios de Canóvanas, Carolina, Guaynabo, Loíza, San Juan y Trujillo Alto)
☐ **Región de Ponce** (Compuesta por los municipios de Adjuntas, Arroyo, Coamo, Guánica, Guayama, Guayanilla, Jayuya, Juana Díaz, Patillas, Peñuelas, Ponce, Salinas, Santa Isabel, Villalba y Yauco)

5. Teléfono de contacto:* Click or tap here to enter text.
6. Correo electrónico:* Click or tap here to enter text.

Sección 2. Perfil institucional

Esta sección busca establecer un perfil de los participantes de la Evaluación. Es decir, describir de forma conjunta las características y tipo de servicio que ofrecen las entidades que participan de esta encuesta. Ello nos permitirá efectuar un análisis robusto de los resultados.

Información sobre entidad

Las siguientes preguntas pretende recopilar información esencial sobre la entidad que completa el formulario. Favor identificar las respuestas que mejor describan a la entidad que usted representa.

7. Indique el tipo de entidad a la que usted representa o labora:*
   **Seleccione la opción con la que más se identifique. En caso de seleccionar la opción "Otro", favor de especificar en el espacio provisto*

   ☐ Agencia de la Rama Ejecutiva o gobierno municipal

   ☐ Asociación o colegio profesional

   ☐ Empresa privada con fines de lucro

   ☐ Gremio o sindicato

   ☐ Institución académica, educativa o de investigación

   ☐ Organización, coalición o consejo comunitario

   ☐ Organización sin fines de lucro

   ☐ Rama Legislativa / Judicial

   ☐ Otro: Click or tap here to enter text.

8. ¿Cuál(es) función(es) relacionada(s) a salud pública desempeña o ejerce la entidad que usted representa?*
   **Seleccione todas las opciones que apliquen. En caso de seleccionar la opción "Otro", favor de especificar en el espacio provisto.*

   ☐ Búsqueda de nuevos enfoques y soluciones innovadoras a los problemas de salud pública.

   ☐ Desarrollo de política pública o planes de acción para sustentar esfuerzos salubristas individuales y comunitarios.

   ☐ Desarrollo de profesionales de la salud pública.

   ☐ Diagnósticos e investigaciones sobre las condiciones de salud pública.

☐ Educación, orientación y empoderamiento de la población para el mejoramiento de la salud pública.

☐ Evaluación de la efectividad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud pública.

☐ Facilitador/enlace entre la población y aquellos servicios de salud pública que requieren.

☐ Identificación de fondos para mejorar la salud pública.

☐ Monitoreo de condiciones de salud pública.

☐ Promoción de alianzas comunitarias para identificar y solucionar problemas de salud pública.

☐ Vigilancia/protección de la población relacionado a aspectos de salud pública.

☐ Otro: Click or tap here to enter text.

9. ¿Cuál(es) de los siguientes servicios ofrece o propicia la entidad que usted representa? *
**Seleccione todas las opciones que apliquen. En caso de seleccionar la opción "Otro", favor de especificar en el espacio provisto.*

☐ Acceso a la información en salud
☐ Acceso a la tecnología
☐ Acceso a servicios de alimentos saludables y precios asequibles (ej. banco de alimentos)
☐ Acceso a servicios de salud mental
☐ Acceso a servicios de salud primaria
☐ Acceso a servicios médicos especializados
☐ Acceso a servicios sociales
☐ Acceso a vivienda segura
☐ Apoyo familiar
☐ Atención a factores demográficos
☐ Atención a la discriminación en general (ej. servicios legales, consejería)
☐ Atención a la discriminación por género (ej. servicios legales, consejería)
☐ Atención a la salud ambiental
☐ Atención a la salud materno-infantil y familiar
☐ Atención a la seguridad alimentaria
☐ Bienestar familiar (equilibrio entre las necesidades físicas, emocionales y sociales de cada miembro de la familia)
☐ Cuido de adultos mayores

☐ Cuido de niños
☐ Desarrollo de alianzas y promoción de la autogestión comunitaria
☐ Desarrollo de infraestructura de salud
☐ Desarrollo de política pública y atención de asuntos gubernamentales
☐ Desarrollo económico de la comunidad
☐ Desarrollo y bienestar de los niños
☐ Desarrollo y liderazgo de los jóvenes
☐ Diversidad funcional / vida independiente (ej. asistencia, equipos)
☐ Enlace a / utilización de servicios de salud
☐ Grupos de apoyo a la población que atiende la entidad
☐ Inmigración (ej. servicios legales, apoyo)
☐ Investigaciones y análisis respecto al acceso a servicios de salud de su comunidad
☐ Justicia medioambiental / cambio climático
☐ Justicia racial
☐ Liderazgo
☐ Participación comunitaria
☐ Planificación y desarrollo de uso de terreno
☐ Políticas públicas que apoyen la salud
☐ Prevención de enfermedades crónicas y factores de riesgo a la salud
☐ Prevención de la violencia en todas sus manifestaciones
☐ Promoción de la educación (acceso, compromiso, calidad)
☐ Promoción de la equidad de género
☐ Promoción de la equidad en salud
☐ Promoción del empresarismo y oportunidades de empleo
☐ Promoción de la participación ciudadana en los procesos públicos y rendición de cuentas
☐ Provisión de servicios de salud asequibles a personas sin cobertura de seguro médico o de bajo costo
☐ Recreación (ej. arte, baile, deportes, música, pintura)
☐ Rendición de cuentas gubernamental
☐ Respuesta a emergencias
☐ Seguridad económica
☐ Seguridad pública
☐ Servicios a la población adulta mayor
☐ Servicios a la población con discapacidad
☐ Servicios a la población económicamente desventajada
☐ Servicios a la población migrante
☐ Servicios a la población sin hogar
☐ Servicios a personas de la comunidad LGBTQIAP+
☐ Servicios de acceso a la educación

☐ Servicios de transportación
☐ Servicios educativos (Nivel pre-escolar, elemental/primario, intermedia,superior y secundario)
☐ Servicios educativos (Nivel universitario; Nivel Post-Secundaria Técnico-Vocacional (PTV))
☐ Servicios religiosos/espirituales
☐ Sistema jurídico penal
☐ Teleservicios (servicios ofrecidos virtualmente)
☐ Transportación
☐ Velar por el cumplimiento de los derechos humanos
☐ Vigilancia epidemiológica y atención a enfermedades infecciosas
☐ Otro: Click or tap here to enter text.

10. Indique las poblaciones a las que la entidad que usted representa brinda servicios.*
** Seleccione todas las opciones que apliquen. En caso de seleccionar la opción "Otro", favor de especificar en el espacio provisto.*

☐ Hombres
☐ Infantes
☐ Mujeres
☐ Niños
☐ Personas adultas (18-64 años)
☐ Personas adultas mayores (65 años en adelante)
☐ Personas con discapacidad física: afecta la movilidad y capacidad de realizar actividades físicas. (ej. Parálisis parcial o total, Amputaciones de extremidades, Enfermedades musculares degenerativas, entre otras).
☐ Personas con discapacidad mental: afecta las funciones cognitivas, emocionales o psicológicas de realizar diarias y tomar decisiones. (ej. Trastornos del espectro autista, Trastornos de la atención como el TDAH, Trastornos del estado de ánimo como la depresión severa, entre otras).
☐ Personas con discapacidad múltiple: involucran una combinación de diferentes tipos de impedimento.
☐ Personas con discapacidad neurológica: afectan el sistema nervioso central o periférico, incluyendo funciones con el pensamiento, movimiento y coordinación. (ej. esclerosis múltiple, Enfermedad de Parkinson, Epilepsia, entre otras).
☐ Personas con discapacidad sensorial: afecte sustancialmente, la audición, visión, tacto, olfato y el habla. (ej. Ceguera o pérdida severa de visión, Sordera, Trastornos del sentido del tacto, entre otras).
☐ Personas con Trastorno por Uso de Sustancias
☐ Personas de la comunidad LGBTQIAP+

- ☐ Personas gestantes
- ☐ Personas inmigrantes
- ☐ Personas bajo nivel de pobreza
- ☐ Personas privadas de su libertad
- ☐ Personas sin hogar
- ☐ Veteranos(as)
- ☐ Otro: Click or tap here to enter text.

Interés en mejorar la salud comunitaria

La presente interesa recabar aquellos factores que las entidades consideran como relevantes al momento de participar de un proceso de mejorar a la salud pública.

11. ¿Cómo califica el estado de la salud de Puerto Rico?
    - ☐ Nada saludable
    - ☐ Poco saludable
    - ☐ Regular
    - ☐ Saludable
    - ☐ Muy saludable

12. En la siguiente tabla, se expresa una serie de premisas que no necesariamente son correctas ni incorrectas, pero sobre las cuales nos gustaría que indicara cuán en desacuerdo o de acuerdo usted pudiera estar con las mismas. Las mismas se relacionan con su percepción sobre el estado de la salud de la comunidad a la que atiende la entidad que usted representa.

Premisa	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Considero que la comunidad que atiende la entidad que represento es un buen lugar para el desarrollo de infantes/ niños(as)				
Considero que la comunidad que atiende la entidad que represento es un lugar seguro para vivir				
Considero que puedo contribuir a hacer de la comunidad que atiende la entidad que represento un mejor lugar para vivir				
En la comunidad que atiende la entidad que represento, existe la				

Premisa	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
oportunidad de crecer económicamente				
Existe un sentido de responsabilidad cívica y compromiso al alcanzar logros comunes				
Existen en la comunidad que atiende la entidad que represento redes de apoyo para individuos y familias				
La comunidad que atiende la entidad que represento es un buen lugar para el bienestar de los adultos mayores				
Los niveles de confianza y respeto mutuo crecen entre los miembros de la comunidad cuando participan de actividades colaborativas para alcanzar objetivos comunes				
Me encuentro satisfecho con el sistema de cuidado de salud en la comunidad que atiende la entidad que represento				
Me encuentro satisfecho con la calidad de vida en la comunidad que atiende la entidad que represento				
Todos los individuos/ grupos tienen la oportunidad de contribuir a la calidad de vida comunitaria				

13. De los factores presentados a continuación, ¿cuáles son las principales fortalezas que identifica la entidad que usted representa en la comunidad atendida? **Seleccione un máximo de tres opciones. En caso de seleccionar la opción "Otro", favor de especificar en el espacio provisto.*

    ☐ Acceso a alimentos saludables económicamente asequibles
    ☐ Acceso a atención médica
    ☐ Acceso a cuido de niños(as)
    ☐ Acceso a la educación
    ☐ Acceso a la tecnología

☐ Acceso a tratamiento por abuso de sustancias
☐ Atención a factores demográficos
☐ Atención a seguridad alimentaria
☐ Desarrollo de alianzas y promoción de la autogestión comunitaria
☐ Desarrollo de política pública y atención de asuntos gubernamentales
☐ Economía saludable y oportunidades de empleo
☐ Espacios recreativos
☐ Medio ambiente limpio
☐ Preparación y respuesta ante eventos de emergencia
☐ Prevención de enfermedades crónicas y factores de riesgo
☐ Promoción de la equidad de género
☐ Promoción de la equidad en salud
☐ Promoción de la participación ciudadana en los espacios públicos y rendición de cuentas
☐ Respeto hacia otras culturas
☐ Servicios a la población adulta mayor
☐ Servicios para la juventud
☐ Servicios para la niñez temprana
☐ Servicios para la población sin hogar
☐ Valores religiosos/espirituales
☐ Vivienda asequible
☐ Vivienda asequible
☐ Otro: Click or tap here to enter text.

14. De los factores presentados a continuación, ¿cuáles son las principales preocupaciones de salud que identifica en la comunidad que atiende?
**Seleccione un máximo de cinco opciones. En caso de seleccionar la opción "Otro", favor de especificar en el espacio provisto.*
☐ Abuso contra menores de edad
☐ Abuso de sustancias
☐ Acceso a oportunidades de empleo
☐ Accidentes vehiculares
☐ Cáncer
☐ Carencia de acceso a servicios de salud
☐ Carencia de acceso de información sobre salud
☐ Carencia de política pública apropiada y pertinente
☐ Condiciones de salud mental
☐ Desigualdad social
☐ Diabetes
☐ Disminución poblacional

- ☐ Embarazos no deseados
- ☐ Enfermedades cardiovasculares
- ☐ Enfermedades de transmisión sexual
- ☐ Enfermedades infecciosas/transmisibles
- ☐ Envejecimiento poblacional
- ☐ Esfuerzos preventivos y de promoción de la salud insuficiente
- ☐ Falta de vivienda segura y asequible
- ☐ Fumar y uso de productos de tabaco
- ☐ Higiene dental
- ☐ Hipertensión
- ☐ Impacto de contaminación y cambio climático sobre la salud
- ☐ Lesiones producto de accidentes
- ☐ Obesidad/ sobrepeso
- ☐ Problemas asociados al envejecimiento
- ☐ Ritmo de vida ajetreado y estrés
- ☐ Suicidio
- ☐ Utilización excesiva de la tecnología
- ☐ Violencia con armas de fuego
- ☐ Violencia de género/ doméstica
- ☐ Violencia sexual
- ☐ Otro: Click or tap here to enter text.

15. De los temas presentados a continuación, ¿en cuál(es) entiende que el sistema de salud debe enfocar su atención para mejorar la salud de la comunidad a la cual sirve?

    ** Seleccione todas las opciones que apliquen. En caso de seleccionar la opción "Otro", favor de especificar en el espacio provisto.*

- ☐ Acceso a alimentos saludables (seguridad alimentaria)
- ☐ Acceso a cuido de niños
- ☐ Acceso a la información sobre salud
- ☐ Acceso a la tecnología / internet
- ☐ Acceso a servicios a personas con discapacidad/ diversidad funcional
- ☐ Acceso a servicios de salud especializados
- ☐ Acceso a servicios de salud mental
- ☐ Acceso a servicios de salud primaria
- ☐ Acceso a servicios educativos
- ☐ Acceso a transporte público
- ☐ Acceso a vivienda asequible y apropiada
- ☐ Atención a comunidades de fe

☐ Atención a factores demográficos
☐ Atención a temas ambientales
☐ Desarrollo de alianzas y promoción de la autogestión comunitaria
☐ Desarrollo de política pública y atención de asuntos gubernamentales
☐ Economía saludable y oportunidades de empleo
☐ Espacios para recreación
☐ Manejo al acceso de alcohol y sustancias controladas
☐ Preparación y respuesta ante eventos de emergencia
☐ Prevención de enfermedades crónicas y factores de riesgo a la salud
☐ Prevención de enfermedades de transmisión sexual
☐ Promoción de la equidad de género
☐ Promoción de la equidad en salud
☐ Promoción de la participación ciudadana en los procesos públicos y rendición de cuentas
☐ Respeto hacia otras culturas
☐ Servicio a la población adulta mayor
☐ Servicios para la niñez temprana
☐ Servicios para personas sin hogar
☐ Violencia en todas sus manifestaciones
☐ Otro: Click or tap here to enter text.

16. Del listado presentado a continuación, ¿cuál(es) son los principales comportamientos de riesgo que identifica en la comunidad que atiende?
**Seleccione un máximo de tres opciones. En caso de seleccionar la opción "Otro", favor de especificar en el espacio provisto.*

☐ Actividad física insuficiente
☐ Conducta sexual de riesgo
☐ Contaminación ambiental
☐ Deserción escolar
☐ Discrimen contra poblaciones vulneradas
☐ Fumar o uso de productos de tabaco
☐ Negación a la vacunación
☐ Pobres hábitos alimenticios
☐ Sobrepeso/ obesidad
☐ Uso y abuso de sustancias
☐ Violencia en todas sus manifestaciones
☐ Otro: Click or tap here to enter text.

Áreas fundamentales de la salud

Las siguientes premisas incluyen aspectos fundamentales de salud pública atendidas por las diferentes entidades. El propósito es presentar una descripción de los temas de enfoque y los elementos que definen las comunidades que atiende.

17. Desde su conocimiento, ¿cuánto se enfoca la entidad que usted representa en atender las siguientes temáticas?

Premisa	Mucho	Bastante	Poco	Nada
Estabilidad económica: Relación entre los recursos financieros de las personas (ingresos, costo de la vida y estatus socioeconómico) y su salud. Esto incluye temas como pobreza, empleo, seguridad alimentaria y estabilidad de vivienda.				
Acceso a la educación y servicios: Relación entre la educación con la salud y el bienestar. Esto incluye temas como graduarse de escuela superior, logros educativos en general, lenguaje y literacia o alfabetización y, desarrollo y educación infantil.				
Acceso y calidad de los servicios la salud: Relación entre el acceso de las personas a los servicios de salud y el entendimiento que poseen sobre ellos con su propia salud. Esto incluye temas como el acceso a los cuidados de salud, acceso a la atención primaria, plan médico y, literacia / alfabetización / o conocimiento en salud.				
Vecindario y ambiente / entorno construido: Relación entre el lugar donde vive una persona (vivienda, vecindario y ambiente / entorno), con su salud y bienestar. Esto incluye temas como la calidad de la vivienda, acceso a transportación, disponibilidad de alimentos saludables, calidad del aire y agua, y seguridad pública.				
Contexto social y comunitario: Relación entre las características de los contextos en donde las personas viven, aprenden, trabajan y se desenvuelven, con su salud y bienestar. Esto incluye temas como el sentido de pertenencia en la comunidad, participación cívica, discriminación, condiciones en el lugar de trabajo, violencia y encarcelamiento.				

18. Desde la perspectiva de la entidad que representa, ¿cómo define el término "comunidad"?
    Click or tap here to enter text.

19. ¿Qué significa/implica para usted contar con una comunidad saludable? ¿Con cuál(es) características debe contar?
    Click or tap here to enter text.

20. Dentro de un periodo de cinco años, ¿cómo visualiza el estado de salud de su comunidad?
    Click or tap here to enter text.

Compromiso institucional con la equidad

Durante esta parte, se incluyen premisas relacionadas a temas de equidad en salud. Estas preguntas servirán como instrumento para caracterizar la participación de cada entidad.

21. ¿Cómo la entidad que usted representa define **equidad en salud?**
    Click or tap here to enter text.

22. Desde su conocimiento, ¿entiende que la entidad que representa o labora, cumple con las siguientes premisas sobre los temas de equidad o equidad en salud?
    Equidad en salud: *estado en el cual todos tienen la misma oportunidad de obtener el mejor estado de salud (CDC, 2024).*

Premisa	Sí	No
Tenemos al menos una (1) persona en nuestro equipo dedicada a abordar los temas de diversidad, equidad e inclusión a nivel **interno** de nuestra entidad.		
Tenemos al menos una (1) persona en nuestra entidad dedicada a abordar los temas de diversidad, equidad e inclusión a nivel **externo**, en la comunidad que atiende.		
Contamos con un equipo dedicado a promover la equidad / atender las inequidades en nuestra entidad.		
Promover la equidad / atender las inequidades se incluye en los requisitos laborales de la mayoría del personal.		

Determinantes de salud

La presente sección pretende recabar la percepción de la entidad que representa sobre los terminantes sociales de la salud. Se define este término como aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen en las condiciones de la vida cotidiana (OMS, 2017).

23. Desde su perspectiva, ¿cuál(es) es(son) la(s) principal(es) **desigualdad(es) o determinante(s) social(es)** que impactan la salud de la comunidad que atiende?
**Seleccione todas las opciones que apliquen. En caso de seleccionar la opción "Otro", favor de especificar en el espacio provisto.*

☐ **Ambientales** (condiciones físicas, químicas y biológicas externas a la persona, que pueden afectar su salud, por ejemplo, la calidad del aire).

☐ **Biológicos** (características inherentes a la persona, como la edad o procesos fisiológicos que influyen en la susceptibilidad y respuesta a enfermedades.)

☐ **Conductuales** (hábitos, estilos de vida y comportamientos individuales que pueden impactar positiva o negativamente en la salud, por ejemplo, la dieta, actividad física o el consumo de tabaco.)

☐ **Culturales** (creencias, valores, y tradiciones que influyen en la percepción, interpretación y respuesta ante la salud y la enfermedad, por ejemplo, tabúes y estigmas relacionados con la salud.)

☐ **Económicos** (incluyen el nivel de ingresos, la situación laboral y las condiciones de vida que determinan el acceso a bienes y servicios básicos para la salud, como alimentación, vivienda, educación y atención médica.)

☐ **Laborales** (condiciones de trabajo, como la exposición a riesgos, la carga laboral, la estabilidad y seguridad en el empleo, que pueden impactar en la salud física y mental de los trabajadores.)

☐ **Servicios de salud** (la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la atención médica, así como la cobertura de seguro y la capacidad resolutiva del sistema de salud.)

☐ **Sociales** (redes, relaciones, normas y patrones de interacción dentro de una sociedad que pueden influir en la salud, como el apoyo social, la cohesión comunitaria, la discriminación y la exclusión social.)

☐ No aplica

☐ Otro: Click or tap here to enter text.

24. Desde su perspectiva, ¿cuál(es) de los siguientes **factores sociales** afecta(n) la salud de las personas de la comunidad que atiende?
** Seleccione todas las opciones que apliquen. En caso de seleccionar la opción "Otro", favor de especificar en el espacio provisto.*

- ☐ Acceso a agua potable
- ☐ Acceso a la salud
- ☐ Acceso a servicios públicos (electricidad, saneamiento, calefacción y refrigeración)
- ☐ Condiciones de vida poco saludable en la infancia
- ☐ Desigualdades sociales
- ☐ Discriminación
- ☐ Falta de trabajo
- ☐ Inseguridad alimentaria
- ☐ Pobreza
- ☐ Vivienda inasequible
- ☐ Otro: Click or tap here to enter text.

25. Desde su perspectiva, ¿cuál(es) de los siguientes **factores económicos** afecta(n) la salud de las personas de la comunidad que atiende?
** Seleccione todas las opciones que apliquen. En caso de seleccionar la opción "Otro", favor de especificar en el espacio provisto.*

- ☐ Desempleo
- ☐ Escasez
- ☐ Fuentes de ingresos
- ☐ Inflación
- ☐ Recesión
- ☐ Salarios bajos
- ☐ Tasas de intereses
- ☐ Otro: Click or tap here to enter text.

26. Desde su perspectiva, ¿cuál(es) de los siguientes **factores ambientales** afecta(n) la salud de las personas de la comunidad que atiende?
** Seleccione todas las opciones que apliquen. En caso de seleccionar la opción "Otro", favor de especificar en el espacio provisto.*

- ☐ Contaminación (petróleo, gas y vehículos)
- ☐ Disponibilidad y calidad del agua
- ☐ Entornos saludables
- ☐ Exposición potencial a la rabia
- ☐ Gestión de residuos sólidos
- ☐ Higiene y Saneamiento
- ☐ Planificación urbana
- ☐ Otro: Click or tap here to enter text.

Sección 3. Perfil salubrista de la comunidad

Esta sección pretende conocer aspectos sobre investigación epidemiológica; brotes y patrones de enfermedades infecciosas y crónicas; lesiones y otras condiciones de salud. La información recopilada es fundamental para identificar aquellas necesidades de salud que la comunidad que atiende la entidad percibe como de mayor interés/urgencia.

**Para efectos de esta sección, las preguntas hacen referencia a la población que atiende la entidad que usted representa.*

Salud de la comunidad

El siguiente conjunto de premisas pretende caracterizar la comunidad en términos de enfermedades crónicas, enfermedades transmisibles, condiciones de salud mental y lesiones. Además, propone conocer limitantes de salud en diferentes poblaciones de interés.

27. Desde su conocimiento, seleccione las cinco (5) **enfermedades crónicas** más comunes en las personas de la comunidad que atiende la entidad:
**En caso de seleccionar la opción "Otro", favor de especificar en el espacio provisto.*

***Enfermedades crónicas**: son aquellas afecciones que por lo general dura 3 meses o más, y es posible que empeore con el tiempo. Las enfermedades crónicas casi siempre se presentan en adultos mayores y a menudo se controlan, pero no se curan. Los tipos más comunes de enfermedades crónicas son el cáncer, la cardiopatía, el accidente cerebrovascular, la diabetes y la artritis (Instituto Nacional del Cáncer, s.f.).*

- ☐ Accidente cerebrovascular (ej. CVA, "*stroke*")
- ☐ Alzheimer
- ☐ Artritis (reumatoide y osteoartristis)
- ☐ Asma
- ☐ Cáncer
- ☐ Cardiopatía isquémica
- ☐ Colesterol elevado
- ☐ Depresión
- ☐ Diabetes
- ☐ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- ☐ Enfermedades del corazón
- ☐ Enfermedades renales
- ☐ Epilepsia
- ☐ Fibrilación auricular
- ☐ Hipertensión (presión arterial alta)
- ☐ Insuficiencia cardíaca

- ☐ Obesidad
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)
- ☐ Sobrepeso
- ☐ Trastorno del espectro autista (TEA)
- ☐ Trastorno por Uso de Alcohol
- ☐ Trastorno por Uso de Sustancias (TUS)
- ☐ Otro: Click or tap here to enter text.

28. Desde su conocimiento, seleccione las cinco (5) **enfermedades transmisibles** más comunes en las personas de la comunidad que atiende la entidad:
** En caso de seleccionar la opción "Otro", favor de especificar en el espacio provisto.*

***Enfermedades transmisibles**: son aquellas que se transmiten de una persona a otra o de un animal a una persona, o a través de una superficie o un alimento (CDC, 2023).*

- ☐ Clamidia
- ☐ COVID-19
- ☐ Dengue
- ☐ Gonorrea
- ☐ Hepatitis
- ☐ Herpes
- ☐ Influenza
- ☐ Micoplasma
- ☐ Sarampión
- ☐ Sífilis
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)
- ☐ Virus del Papiloma Humano (VPH)
- ☐ Otro:-Click or tap here to enter text.

29. Desde su conocimiento, seleccione las tres (3) **lesiones** más comunes en las personas de la comunidad que atiende la entidad:
**En caso de seleccionar la opción "Otro", favor de especificar en el espacio provisto.*

***Lesión**: es aquel daño o detrimento corporal causado por una herida, un golpe o una enfermedad (RAE, s.f.).*

- ☐ Accidentes de tráfico
- ☐ Ahogamiento
- ☐ Caídas
- ☐ Envenenamiento por medicación

☐ Quemaduras
☐ Quemaduras
☐ Todos los tipos de violencia (por ejemplo: maltrato de menores, violencia en los jóvenes, violencia sexual y de la pareja, abuso de personas adultas mayores, violencia autoinfligida)
☐ Otro: Click or tap here to enter text.

30. Desde su conocimiento, ¿cuáles son las limitantes de salud y el bienestar que pudieran sufrir las **personas gestantes** de la comunidad que atiende la entidad, luego del nacimiento del infante?
**Seleccione todas las opciones que apliquen. En caso de seleccionar la opción "Otro", favor de especificar en el espacio provisto.*

☐ Acceso a cuidado prenatal
☐ Acceso a especialistas pediátricos
☐ Acceso a médicos pediatras
☐ Acceso a planes médicos
☐ Acceso a servicios integrados (ej. terapistas físicos u ocupacionales)
☐ Acceso a vivienda segura
☐ Condiciones pobres de vivienda
☐ Cuidado y prevención en salud post parto
☐ Cuido de bebé al regresar a su empleo
☐ Nutrición de bebé y persona gestante
☐ Otro: Click or tap here to enter text.

31. Desde su conocimiento, seleccione las tres (3) **condiciones de salud mental** más comunes en las personas de la comunidad que atiende la entidad:
**En caso de seleccionar la opción "Otro", favor de especificar en el espacio provisto.*

***Condición de salud mental**: son trastornos que van de leves a graves, que afectan el pensamiento, el estado de ánimo y/o el comportamiento de una persona. Según el Instituto Nacional de Salud Mental, casi uno de cada cinco adultos vive con una enfermedad mental (ASSMCA, 2023).*

☐ Autolesión
☐ Comportamiento suicida e ideación suicida
☐ Depresión
☐ Esquizofrenia
☐ Trastorno afectivo estacional
☐ Trastorno bipolar
☐ Trastorno de estrés postraumático (PTSD)
☐ Trastorno de la personalidad antisocial

☐ Trastorno límite de la personalidad (BPD)
☐ Trastorno por déficit de atención por hiperactividad (TDHD)
☐ Trastornos alimentarios (ej. anorexia nerviosa, atracones de comida y bulimia)
☐ Trastornos de ansiedad (incluyen el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, las fobias específicas, los trastornos obsesivo-compulsivos, y la ansiedad social)
☐ Otro: Click or tap here to enter text.

Activos de la comunidad

La siguiente subsección incluye premisas que interesan identificar los activos con los que cuenta la comunidad para atender diversos retos a la salud pública. El listado de los activos no debe ser considerado como uno exhaustivo ni único. Las preguntas hacen referencia a la **comunidad** que atiende la entidad que usted representa.

Para fines de las siguientes preguntas, los **activos son aquellos recursos que buscan mejorar la calidad de vida de comunitaria. Ello puede ser una entidad, programa o servicio (ya sea público o no gubernamental); un lugar o estructura física; un negocio, o cualquier otro recurso que identifique como relevante para la temática identificada.*

32. ¿Cuenta la comunidad que atiende su entidad con los siguientes activos para atender los retos de salud presentes/identificados y, a su vez, promover el bienestar?

Activos	Sí	No	No aplica
Accesso a la información en salud			
Acceso a servicios de salud primaria			
Acceso a la tecnología			
Acceso a vivienda segura			
Atención a la salud ambiental			
Atención a la salud materno-infantil y familiar			
Atención a la salud mental			
Atención a factores demográficos			
Atención a la seguridad alimentaria			
Desarrollo de alianzas y promoción de la autogestión comunitaria			
Desarrollo de política pública y atención de asuntos gubernamentales			
Prevención de enfermedades crónicas y factores de riesgo a la salud			
Prevención de la violencia en todas sus manifestaciones			

Activos	Sí	No	No aplica
Promoción de la equidad de género			
Promoción de la participación ciudadana en los procesos públicos y rendición de cuentas			
Provisión de servicios de salud asequibles a personas sin cobertura de seguro médico o de bajo costo			
Servicios de acceso a la educación			
Servicios a la población adulta mayor			
Servicios a la población con discapacidad			
Servicios a la población económicamente desventajada			
Servicios a personas de la comunidad LGBTQIAP+			
Servicios a la población migrante			
Servicios a la población sin hogar			
Servicios de transportación			
Vigilancia epidemiológica y atención a enfermedades infecciosas			

33. Si respondió "Sí" a alguno de los activos (tabla anterior), por favor indique/describa los recursos con los que cuenta la comunidad para atenderlo:
Click or tap here to enter text.

34. Si identifica algún otro activo de relevancia que no se encuentre entre los anteriormente listados, por favor indique/describa el mismo en el siguiente espacio:
Click or tap here to enter text.

Sección 4. Capacidad institucional del sistema de salud

Esta sección busca recopilar el insumo sobre la efectividad de las estrategias y prácticas implementadas para mejorar el desempeño organizacional y la calidad del servicio en las comunidades que atiende. El objetivo es entender cómo las organizaciones del sistema de salud gestionan su rendimiento y aseguran una atención de alta calidad.

35. Desde su perspectiva, ¿cómo define el sistema de salud de Puerto Rico?
    Click or tap here to enter text.

36. Desde su perspectiva, ¿quiénes componen el sistema de salud de Puerto Rico?
    Click or tap here to enter text.

Capacidad institucional relacionadas a los diez (10) servicios esenciales de la salud pública

En la siguiente subsección, nos interesa conocer sus consideraciones en cuanto a los esfuerzos realizados por el sistema de salud a partir de los diez (10) servicios esenciales de la salud pública.

37. A continuación, nos interesa conocer sus consideraciones en cuanto a los esfuerzos realizados por el sistema de salud. Seleccione cuál(es) de las siguientes actividades la entidad que representa realiza:

    ☐ **Evaluación** (Evaluar y monitorear la salud de la población): *Mi entidad realiza evaluaciones de las condiciones de vida y de trabajo, así como de las necesidades y activos de la comunidad.*
    ☐ **Investigación de peligros** (Investigar, diagnosticar y abordar los riesgos de salud y sus causas raíz): *Mi entidad investiga, diagnostica y aborda los problemas de salud y los peligros que afectan a la población.*
    ☐ **Comunicación y educación** (Comunicar de manera efectiva para informar y educar): *Mi entidad trabaja para comunicar efectivamente, informar y educar a las personas sobre la salud o bienestar, los factores que influyen en estos y cómo mejorarlos.*
    ☐ ***Participación de la comunidad y asociaciones*** (Fortalecer, apoyar y movilizar a las comunidades y las asociaciones): *Mi entidad trabaja para fortalecer, apoyar y movilizar a las comunidades y colaboradores para mejorar la salud y el bienestar.*
    ☐ **Políticas, planes y leyes** (Crear, liderar e implementar políticas, planes y leyes): *Mi entidad trabaja para crear, abogar y aplicar políticas, planes y leyes que impactan la salud y el bienestar.*

☐ **Autoridad legal y reglamentaria** (Utilizar acciones legales y reglamentarias): *Mi entidad tiene autoridad legal o reglamentaria para proteger la salud y el bienestar; y utiliza acciones legales y reglamentarias para mejorar y proteger salud pública y el bienestar.*
☐ **Acceso al cuidado de salud** (Habilitar un acceso equitativo): *Mi entidad proporciona servicios de cuidado de salud y sociales para individuos, o trabaja para garantizar un acceso equitativo y un sistema efectivo de cuidados y servicios de salud.*
☐ **Fuerza laboral** (Desarrollar una fuerza laboral diversa y calificada): *Mi entidad apoya el desarrollo de la fuerza laboral, ayuda a tener una diversa y capacitada.*
☐ **Evaluación e investigación** (Mejorar e innovar a través de la evaluación, la investigación y la mejora de la calidad): *Mi entidad realiza evaluaciones, investigaciones y mejora continua de calidad, además puede ayudar a mejorar o innovar las funciones.*
☐ **Infraestructura organizativa** (Desarrollar y mantener una sólida infraestructura de salud pública): *Mi entidad ayuda a construir y mantener una infraestructura organizativa fortalecida para la salud y el bienestar.*
☐ Otro: Click or tap here to enter text.

Capacidades y estrategias generales

Para propósitos de las siguientes preguntas, *el **sistema de salud**: un sistema de salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud* (PAHO, s.f.). Esto incluye entidades relacionadas a la salud como: entidades gubernamentales, aseguradoras, hospitales, instituciones académicas, organizaciones con y sin fines de lucro, entre otras.

38. En la siguiente tabla, nos interesa conocer sus consideraciones en cuanto a la **recopilación de datos** por parte del sistema de salud. Cada premisa comienza de la siguiente manera: "El sistema de salud recopila datos para..."

Premisa	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
analizarlos considerando la equidad en salud.					
desarrollar e implementar programas.					

Premisa	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
iniciar rápidamente una vigilancia mejorada cuando sea necesario.					
mantener un sistema de datos que permita identificar posibles amenazas a la salud pública.					
medir el estado de salud de la población.					
que sean accesibles y útiles para la toma de decisiones.					

39. En la siguiente tabla, nos interesa conocer sus consideraciones en cuanto a la **implementación de programas e iniciativas** por parte del sistema de salud. Cada premisa comienza de la siguiente manera: "El sistema de salud desarrolla e implementa iniciativas y programas para..."

Premisa	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
apoyar a las organizaciones en iniciativas que fomenten el aprendizaje permanente.					
la promoción de la salud diseñados para reducir los riesgos de salud y promover una mejor salud.					
para la población adulta mayor.					
para la población con discapacidad/ diversidad funcional.					
para la población económicamente desventajada.					
para la población infantil.					
para la población LGBTQIAP+.					
para la población migrante.					
para la población sin hogar.					

Premisa	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
servicios de educación para la salud diseñados para promover comportamientos saludables.					

40. En la siguiente tabla, nos interesa conocer su percepción en cuanto a la **efectividad de los servicios** del sistema de salud. Cada premisa comienza de la siguiente manera: "El sistema de salud lleva a cabo efectivamente los siguientes servicios para..."

Premisa	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
adoptar colectivamente medidas políticas y programáticas para eliminar los obstáculos al acceso a los servicios de atención en salud.					
atender los asuntos de salud ambiental.					
centralizar los procesos administrativos en el participante (ej. obtención de permisos y licencias).					
establecer y mantener un plan para garantizar el acceso a la cobertura de seguro de los servicios en salud.					
movilizar sus activos, incluidos los sistemas locales de salud pública, para reducir las disparidades de salud en Puerto Rico.					
viabilizar la disponibilidad y acceso a los servicios de salud en Puerto Rico.					

Capacidad y recursos en mejora para la Salud Pública

Esta subsección tiene el propósito de presentar diferentes aspectos para caracterizar el sistema de salud de Puerto Rico a partir de una descripción de personal, uso de recursos, asuntos de mejoras y entre otros.

*Para propósitos de las siguientes preguntas, el **sistema de salud**: un sistema de salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud (PAHO, s.f.). Esto incluye entidades relacionadas a la salud como: entidades gubernamentales, aseguradoras, hospitales, instituciones académicas, organizaciones con y sin fines de lucro, entre otras.*

41. En la siguiente tabla, nos interesa conocer sus consideraciones en cuanto al **uso de recursos financieros** por parte del sistema de salud. Cada premisa comienza de la siguiente manera: "El sistema de salud utiliza los recursos financieros para..."

Premisa	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
el diagnóstico, la investigación de problemas y peligros de salud.					
garantizar la prestación de los servicios y cuidados de salud.					
la aplicación de las leyes que protegen la salud y garantizan la seguridad.					
la investigación para la mejora de la salud.					
los esfuerzos de comunicación, educación y promoción de la salud.					
los esfuerzos de desarrollo de la fuerza laboral.					
los esfuerzos de monitoreo del estado de salud.					
los esfuerzos de planificación de salud y desarrollo de políticas.					
sostener las colaboraciones con entidades.					

42. En la siguiente tabla, nos interesa conocer sus consideraciones en cuanto a los esfuerzos de **monitoreo** por parte del sistema de salud. Cada premisa comienza de la siguiente manera: "El sistema de salud organiza y coordina sus esfuerzos de monitoreo para ..."

Premisa	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
comprometer colaboradores en la mejora de la salud.					
conocer el estado de salud de la población.					
diagnosticar e investigar peligros y problemas de salud.					
implementar servicios de comunicación, educación y promoción de la salud.					
planificar, desarrollar e implementar política pública.					
proporcionar servicios y cuidados de salud.					
realizar efectiva y eficazmente actividades de desarrollo de la fuerza laboral.					
realizar evaluaciones de los servicios de salud basados en la población.					
realizar investigaciones.					
velar por el cumplimiento de leyes y regulaciones.					

43. En la siguiente tabla, nos interesa conocer su percepción en cuanto a los **procesos de mejora** que lleva a cabo el sistema de salud. Cada premisa comienza de la siguiente manera: "El sistema de salud lleva a cabo los siguientes procesos de mejora en....":

Premisa	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
la búsqueda de certificaciones, acreditaciones, licencias u otras evaluaciones de terceros y designaciones de organizaciones de alto rendimiento.					
la evaluación de forma rutinaria los servicios de salud basados en la población.					
la promoción de investigaciones para descubrir métodos más eficaces para mejorar la salud pública.					
movilizar las organizaciones asociadas del sistema de salud, grupos de trabajo, grupos de estudio y coaliciones para generar apoyo para cuestiones de salud pública.					
organizar asociaciones formales sostenidas para identificar y resolver problemas de salud.					

44. En la siguiente tabla, nos interesa conocer sus consideraciones en cuanto a la identificación y planificación de **política pública** por parte del sistema de salud. Cada premisa comienza de la siguiente manera: "En cuanto al tema de ley y política pública, el sistema de salud realiza acciones para..."

Premisa	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
el desarrollo de política pública pertinente y adecuada.					
evaluar la efectividad de las políticas públicas vigentes y promover cambios a las mismas.					
implementar políticas para prevenir, detectar, gestionar y					

Premisa	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
contener las amenazas a la salud de emergencia.					
propiciar el establecimiento de relaciones de cooperación con los organismos de formulación de política pública para fomentar el cumplimiento y garantizar que las leyes cumplan sus objetivos en materia de salud y seguridad.					
propiciar que las leyes existentes y propuestas estén diseñadas para proteger la salud pública y garantizar la seguridad.					

Capacidad en la gestión del desempeño y mejora continua para la Salud Pública

Las siguientes premisas interesan presentar los aspectos que describen el desempeño y mejora continua del sistema de salud pública de Puerto Rico. A continuación, se considerarán elementos relacionados a la eficiencia y eficacia a través de la implementación de las iniciativas.

*Para propósitos de las siguientes preguntas, el **sistema de salud**: un sistema de salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud (PAHO, s.f.). Esto incluye entidades relacionadas a la salud como: entidades gubernamentales, aseguradoras, hospitales, instituciones académicas, organizaciones con y sin fines de lucro, entre otras.*

45. En la siguiente tabla, nos interesa conocer sus consideraciones en cuanto a la **implementación de servicios** por parte del sistema de salud para la mejora de calidad. Cada premisa comienza de la siguiente manera: "¿En qué medida el sistema de salud implementa o establece..."

Premisa	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
colaboraciones entre las organizaciones para mejorar la salud y el sistema de salud pública?					
el desarrollo de uno o más planes estatales de mejora de la salud para guiar sus esfuerzos colectivos y el sistema de salud pública?					

Premisa	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
iniciativas y programas de promoción de la salud diseñados para reducir los riesgos y promover una mejor salud?					
la revisión de sus actividades de desarrollo de la fuerza laboral?					
laboratorios con capacidad para analizar muestras clínicas y ambientales en caso de sospecha de exposición o brote de enfermedad?					
medidas políticas y programáticas para atender las barreras de acceso a los servicios de atención a la salud?					
programas y servicios de educación diseñados para promover comportamientos saludables?					

46. En la siguiente tabla, nos interesa conocer sus consideraciones en cuanto a la **eficacia y eficiencia** por parte del sistema de salud. Cada premisa comienza de la siguiente manera: "¿En qué medida el sistema de salud evalúa...?"
Eficacia: *capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera (RAE, s.f.).*
Eficiencia: *capacidad de lograr los resultados deseados con el mínimo posible de recursos (RAE, s.f.).*

Premisa	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
la eficacia de sus actividades de evaluación, por ejemplo: indicadores de desempeño, capacitaciones y medición de resultado.					
la eficacia de sus actividades de regulación, cumplimiento y aplicación de la normativa.					
la eficiencia del sistema estatal de vigilancia e investigación.					
la eficiencia de los servicios de comunicación, educación y promoción de la salud.					
la eficiencia de sus esfuerzos para monitorear el estado de salud.					

47. En la siguiente tabla, se expresan una serie de premisas que no necesariamente son correctas o incorrectas, pero sobre las cuales nos interesa conocer sus consideraciones en cuanto a **la gestión del desempeño** del sistema de salud. Cada premisa comienza de la siguiente manera: "El sistema de salud mejora activamente su desempeño en cuanto a..."

Premisa	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
capacidad de respuesta para reanudar servicios en caso de emergencia.					
capacidad del capital humano para gestionar las diversas tareas de salud pública.					
capacidad para atender necesidades identificadas.					
capacidad para brindar servicios ágiles y de calidad.					
compromiso en poner leyes, acuerdos u otras políticas públicas.					
definición y utilización de indicadores para monitorear la calidad de los servicios.					
informar, educar y empoderar a la población a la que sirve sobre temas de salud.					
mecanismos para informar al público sobre estadísticas relacionadas a salud pública.					
responsabilidad en llevar a cabo sus funciones.					

48. En la siguiente tabla, se expresan una serie de premisas que no necesariamente son correctas o incorrectas, pero sobre las cuales nos interesa conocer sus consideraciones en cuanto a las **mejoras de calidad** por parte del sistema de salud. Cada premisa comienza de la siguiente manera: "El sistema de salud gestiona activamente una mejora en cuanto a ..."

Premisa	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
desarrollo e implementación de servicios dirigidos a poblaciones particularmente vulneradas o desventajadas (Ej. población con discapacidad/diversidad funcional, población LGBTQIAP+, población adulta mayor, entre otros).					
iniciativas de evaluación sistemática y continua sobre su efectividad.					
evaluación sistemática y continua sobre la satisfacción con los resultados actuales.					
provisión de acceso a servicios de salud para la población de manera oportuna y ágil.					
recopilación de insumos de manera sistemática y continua para la mejora de programas e intervenciones dirigidas a diversos sectores de la población.					
respuesta oportuna y ágil a solicitudes de asistencia y servicios.					
velar por que los servicios de salud alcancen la mayor cantidad de personas posibles.					
proveer alternativas viables para atender las necesidades identificadas, en caso de no contar con el servicio.					
atención de los temas de salud pública de manera integral.					

Sección 5. Capacidades para apoyar la mejora de la salud comunitaria

Esta sección busca conocer los factores que pudiesen dificultar el acceso a los servicios de salud, la vinculación de las personas a los servicios y herramientas del sistema de salud. El propósito es reconocer las barreras que enfrentan las comunidades que atiende y cómo estas limitaciones afectan la calidad de atención y el bienestar general de la población.

Acceso a servicios de salud

Esta subsección busca conocer la perspectiva de las entidades sobre el acceso a los diferentes servicios de salud correspondientes al sistema, considerando sus fortalezas y limitaciones.

49. Desde su perspectiva, ¿cómo calificaría los siguientes **servicios de salud pública** en su comunidad?

Premisa	Pobre	Bueno	Muy bueno	Excelente
Calidad del tratamiento ofrecido.				
Disponibilidad de citas médicas.				
Esfuerzos de promoción de la salud.				
Preparación ante eventos de emergencia.				
Proceso de solicitud de citas médicas.				
Servicios de rehabilitación.				
Servicios de salud de emergencia las 24 horas del día.				
Servicios de salud especializados.				
Servicios de salud materno-infantil.				
Servicios de salud mental.				
Servicios de salud para la población adulta mayor.				
Servicios de salud para la población de personas sin hogar.				
Servicios de salud para la población económicamente desventajada.				
Servicios de salud para la población migrante.				
Servicios de salud para población LGBTQIAP+.				
Servicios de salud primaria y preventiva.				
Servicios para la población para discapacidad/ diversidad funcional.				

50. Desde su conocimiento, indique el grado de **accesibilidad** que tiene la población que representa o atiende en cuanto a los siguientes elementos:

Premisa	Pobre	Bueno	Muy bueno	Excelente
Acceso a atención de salud primaria y preventiva.				
Acceso a cobertura médica.				
Acceso a estudios de salud, ya sean rutinarios o especializados (ej. laboratorios, radiología, etc.).				
Acceso a información sobre calidad ambiental.				
Acceso a los servicios de cuidados prenatales.				
Acceso a recursos educativos o de apoyo para mejorar o mantener el estado de salud y bienestar **mental**.				
Acceso a recursos educativos o de apoyo para mejorar o mantener el estado de salud o bienestar en **general**.				
Acceso a servicios de rehabilitación.				
Acceso a servicios de salud de emergencia las 24 horas del día.				
Acceso a servicios de salud especializados.				
Acceso a servicios de salud familiar.				
Acceso a servicios de salud mental.				
Acceso a servicios de vacunación contra enfermedades transmisibles/vacuno-prevenibles.				
Acceso a servicios o programas sobre salud sexual reproductiva.				
Acceso a tratamiento médico adecuado.				

51. Desde su conocimiento, ¿cuál(es) de las siguientes **limitaciones** de acceso a los servicios de salud presenta la población que representa o atiende?
**Seleccione todas las opciones que apliquen. En caso de seleccionar la opción "Otro", favor de especificar en el espacio provisto.*

☐ Costos elevados.
☐ Falta de acceso a transportación.
☐ Falta de confianza en los proveedores de servicio de atención primaria para ofrecer atención de calidad.

☐ Falta de proveedores de atención primaria.
☐ Falta de proveedores de especialización.
☐ Falta de recursos tecnológicos.
☐ Limitaciones relacionadas a planes médicos.
☐ Mucho tiempo de espera para ser visto; los proveedores en la comunidad no pueden programar una cita para un paciente por varias semanas o meses.
☐ Mucho tiempo de espera para servicios de emergencia.
☐ Muchos residentes creen que el hospital en mi comunidad no ofrece atención de cuidado adecuado, por lo tanto, buscan atención de otro(s) hospital(es), en otra comunidad.
☐ No hay atención de emergencia en mi comunidad.
☐ Servicios limitados de repuesta de emergencia, o vehículos de servicios médicos de emergencia (por ejemplo, ambulancias, helicópteros para emergencias médicas).
☐ Otro: Click or tap here to enter text.

52. Desde su conocimiento, ¿cuál(es) **medio(s)** utilizan las personas de la comunidad que atiende la entidad que representa para obtener más información sobre aspectos relacionados a la salud?

**Seleccione todas las opciones que apliquen. En caso de seleccionar la opción "Otro", favor de especificar en el espacio provisto.*

☐ Amigos o familiares
☐ Buscadores cibernéticos (ej. Google) y páginas electrónicas
☐ Comunidades religiosas
☐ Fuentes gubernamentales
☐ Líderes y organizaciones comunitarias
☐ Prensa escrita
☐ Profesional de la salud (ej. médico, enfermero(a), farmacéutico(a))
☐ Radio
☐ Redes sociales (ej. Facebook, X/Twitter, Instagram)
☐ Televisión
☐ Otro: Click or tap here to enter text.

Prácticas de acercamiento a la comunidad

Esta subsección interesa auscultar sobre aquellas prácticas o consideraciones que las entidades ponderan al momento de realizar o interactuar con la comunidad a la cual ofrecen servicio.

53. Desde su conocimiento, ¿cuál(es) de las siguientes prácticas de acercamiento a la comunidad realiza con frecuencia la entidad que representa?
**Seleccione todas las opciones que apliquen. En caso de seleccionar la opción "Otro", favor de especificar en el espacio provisto.*

☐ **Informar:** Proporcionar a la comunidad información relevante.
☐ **Consultar:** Recoger insumos de la comunidad.
☐ **Involucrar:** Garantizar que las necesidades y activos de la comunidad están integrados en los procesos de planificación.
☐ **Colaborar:** Garantizar que la comunidad posee la capacidad para desempeñar un papel protagónico en la implementación de las decisiones.
☐ **Referir:** Fomentar la participación democrática y equitativa mediante la toma de decisiones por la comunidad. Subsanar la brecha entre la comunidad y la gobernanza / gobierno.
☐ Ninguna de las anteriores
☐ Otro: Click or tap here to enter text.

54. Desde su conocimiento, ¿cuál(es) de los siguientes métodos para el acercamiento a la comunidad que atiende la entidad utiliza con frecuencia?
**Seleccione todas las opciones que apliquen. En caso de seleccionar la opción "Otro", favor de especificar en el espacio provisto.*

☐ Acuerdos de colaboración (MOU) con organizaciones comunitarias
☐ Báners publicitarios ("billboards")
☐ Comités consultivos de ciudadanos
☐ Creación de consenso
☐ Encuestas / cuestionarios
☐ Encuestas de satisfacción de participantes / pacientes
☐ Foros abiertos de planificación con participación ciudadana
☐ Foros / eventos comunitarios
☐ Grupos de discusión / grupos focales
☐ Hojas informativas
☐ Investigación de acción participativa
☐ Medios de comunicación social (redes sociales)
☐ Organización comunitaria
☐ Participación ciudadana
☐ Planificación impulsada por la comunidad
☐ Presentaciones
☐ Promoción
☐ Reuniones domiciliarias
☐ Talleres interactivos
☐ Videos
☐ Otro: Click or tap here to enter text.

Política pública en salud y comunicaciones

Esta subsección incluye premisas relacionadas los esfuerzos sobre desarrollo e implementación de política pública en salud con impacto/injerencia a través del sistema. De igual manera, se abordan las dinámicas de comunicación principales que utilizan las entidades colaboradoras.

55. ¿Cuál(es) esfuerzo(s) de política pública realiza la entidad que representa?

**Seleccione todas las opciones que apliquen. En caso de seleccionar la opción "Otro", favor de especificar en el espacio provisto.*

☐ Adelantar cambios en política pública por la vía legal.
☐ Cabildeo para adelantar cambios en políticas públicas.
☐ Contribuir a campañas políticas o comités de acción política (PAC's, por sus siglas en inglés).
☐ Desarrollar las capacidades de individuos y comunidades para adelantar cambios en políticas.
☐ Desarrollar o elaborar políticas.
☐ Desarrollar relaciones cercanas con oficiales electos.
☐ Educar a quienes toman decisiones y responder sus preguntas o dudas.
☐ Educar al votante y promover el derecho al voto.
☐ Movilización de la opinión pública mediante los medios de comunicación.
☐ Responder peticiones de quienes toman decisiones y formulan política pública.
☐ Utilizar relaciones interpersonales para acceder a los formuladores de políticas públicas y toman decisiones.
☐ Al momento, mi entidad no se involucra directamente en asuntos de política pública.
☐ Otro: Click or tap here to enter text.

56. ¿Cuál(es) de las siguientes formas de comunicación utiliza la entidad que representa frecuentemente para llevar la información a la comunidad?

**Seleccione todas las opciones que apliquen. En caso de seleccionar la opción "Otro", favor de especificar en el espacio provisto.*

☐ Boletín informativo externo para miembros de la entidad o el público
☐ Boletín informativo interno para el equipo
☐ Colaboraciones/relaciones vigentes y activas con periodistas y medios de comunicación
☐ Comunicaciones externas a los miembros/público
☐ Comunicaciones internas / intraorganizacionales
☐ Conferencias de prensa
☐ Desarrollo y envío de comunicados de prensa
☐ Publicaciones en las redes sociales (ej. Facebook, X/Twitter, Instagram)

☐ Reuniones internas para desarrollo de estrategias de comunicación
☐ Tableros de publicación de datos (*dashboards*)
☐ Al momento, mi entidad no utiliza forma de comunicación alguna para llevar su mensaje a la comunidad.
☐ Otro: Click or tap here to enter text.

Sección 6. Explorar sugerencias y posibles colaboraciones

Esta sección busca recabar comentarios o sugerencias adicionales relacionadas a las temáticas tratadas en esta Evaluación, así como posibles colaboraciones en actividades futuras.

57. ¿Existe algún punto/tema que no se haya atendido en este cuestionario que usted considere crucial integrar en el análisis? Por favor, elabore a continuación:
Click or tap here to enter text.

58. Próximamente, el Departamento de Salud llevará a cabo una serie de actividades en puntos estratégicos a nivel de Puerto Rico. El propósito es realizar una presentación preliminar de indicadores sobre el estado de la salud, además de generar una discusión e insumos sobre la salud individual y comunitaria. Nos gustaría recabar su interés y, de ser posible, contar con su participación. Ello dará paso a un esfuerzo colaborativo para desarrollar el Plan de Mejora a la Salud para el periodo 2026-2030.

¿Desea que la entidad que usted representa sea considerada para participar de esta actividad a llevarse a cabo en una fecha por determinar entre agosto y septiembre 2024?
**Nota: La capacidad de la actividad estará sujeta a la disponibilidad del espacio físico donde se realizará la misma, así como otras consideraciones logísticas.*

☐ Sí
☐ No

59. Comentarios o sugerencias adicionales
Click or tap here to enter text.

Agradecemos su cooperación en proveer los insumos necesarios para la Evaluación del Estado de la Salud Puerto Rico 2024. El personal de la Oficina de Planificación y Desarrollo (OPD) del Departamento de Salud queda a disposición para atender cualquier particular que estime meritorio.

De tener alguna duda sobre la presente iniciativa, puede contactarnos al (787) 765-2929 ext. 2260, 3690 o 3704.

Anejo 3

DOMINIO 1: Fortalezas y cualidades de la comunidad

Descripción: Esta sección busca recopilar información sobre las fortalezas y cualidades de la comunidad, y cómo estas se utilizan para mejorar la salud colectiva. Cuando mencionamos las fortalezas y cualidades, nos referimos a aquellos aspectos clave, tales como habilidades, iniciativas de educación, laborales y de organización/autogestión comunitaria, así como cualquier otro aspecto de particular relevancia para la comunidad. Para efectos del presente ejercicio, considere los siguientes términos:

- ***Comunidad:*** *conjunto de personas y grupos sociales a la cual atiende la entidad que usted representa.*
- ***Inequidades en salud****: diferencias sistemáticas en los niveles de salud de distintos grupos poblacionales, las cuales son consideradas injustas y evitables (WHO, 2018).*

Instrucciones:

1. Escuche atentamente las indicaciones de la persona facilitadora y lea cuidadosamente cada una de las preguntas incluidas en esta plantilla.
2. Conteste las preguntas a partir del orden numérico del 1 al 3.
3. Escriba su respuesta para cada pregunta en los espacios identificados.
4. El tiempo máximo para completar y contestar las siguientes preguntas será indicado por el facilitador de su grupo.
5. Al completar la hoja de trabajo, **favor de entregarla a la persona facilitadora**.

DEPARTAMENTO DE SALUD

Autorizado por la Oficina del Contralor Electoral OCE-SA-2024-11422

DOMINIO 1: Fortalezas y cualidades de la comunidad

1. ¿Cuáles son las tres principales fortalezas que identifica en la comunidad en la cual se desenvuelve su entidad?

2. ¿Cómo estas fortalezas contribuyen a obtener un mejor estado de la salud comunitaria?

3. ¿Identifica alguna fortaleza/cualidad que contribuya de manera particular a reducir las inequidades y mejorar el estado de salud en grupos vulnerados presentes en su comunidad? ¿Cómo contribuye?

Algunos de estos grupos pueden ser: personas con discapacidad, adultos mayores, población infanto-juvenil; población bajo el nivel de pobreza; población LGBTQIA+; minorías étnicas o raciales; entre otros.

DEPARTAMENTO DE SALUD

Autorizado por la Oficina del Contralor Electoral OCE-SA-2024-11422

DOMINIO 2: Entorno construido

Descripción: Esta sección pretende identificar los aspectos generados/fabricados por el ser humano que influyen sobre la salud general de la comunidad. Mediante las siguientes preguntas, interesamos recopilar aspectos e insumo sobre la descripción del espacio que comprende la comunidad, e identificar cómo impacta la salud colectiva. Para efectos del presente ejercicio, considere los siguientes términos:

- ***Comunidad:*** *conjunto de personas y grupos sociales a la cual atiende la entidad que usted representa.*
- ***Entorno:*** *ambiente que rodea a un individuo o un espacio.*

Algunos ejemplos del entorno construido son: vivienda; escuelas; negocios y centros de trabajo; calles; aceras; transportación pública; espacios recreativos; espacios públicos; facilidades sanitarias; hospitales y centros de salud; sistema de acueducto y alcantarillado; entre otros.

Instrucciones:

1. Escuche atentamente las indicaciones de la persona facilitadora y lea cuidadosamente cada una de las preguntas incluidas en esta plantilla.
2. Conteste las preguntas a partir del orden numérico del 1 al 4.
3. Escriba su respuesta para cada pregunta en los espacios identificados.
4. El tiempo máximo para completar y contestar las siguientes preguntas será indicado por el facilitador de su grupo.
5. Al completar la hoja de trabajo, **favor de entregarla a la persona facilitadora**.

DEPARTAMENTO DE SALUD

Autorizado por la Oficina del Contralor Electoral OCE-SA-2024-11422

DOMINIO 2: Entorno construido

1. ¿Qué aspectos del entorno construido impactan la salud de la comunidad?

2. De los aspectos mencionados en la pregunta anterior, ¿cuáles impactan particularmente el estado de salud de grupos vulnerados presentes en su comunidad?
Algunos de ellos pueden ser: personas con discapacidad, adultos mayores, población infanto-juvenil; población bajo el nivel de pobreza; población LGBTQIA+; minorías étnicas o raciales; entre otros.

3. ¿Cómo la comunidad interactúa/utiliza estos elementos identificados del entorno construido?

4. ¿Cuál sería el principal cambio en el entorno que realizaría para mejorar la salud de la comunidad que atiende o representa su entidad? ¿Por qué?

DEPARTAMENTO DE SALUD

Autorizado por la Oficina del Contralor Electoral OCE-SA-2024-11422

DOMINO 3: Fuerzas de cambio

Descripción: Esta sección busca identificar aquellas fuerzas externas que pueden afectar tanto a la comunidad como a la salud pública, siempre considerando la equidad como referente. Como parte de esta sección, se considerarán aquellas tendencias, factores o eventos ocurridos en el pasado, presente o futuro. Ello se distribuye de la siguiente manera:

- ***Tendencias:*** *aquellos patrones ocurridos a través del tiempo. Ejemplos de ello pueden ser: envejecimiento de la población, disminución en la accesibilidad de la vivienda, cambio climático, o movimientos de equidad/justicia social, entre otros.*
- ***Factores:*** *elementos o circunstancias específicas en la comunidad, tales como la ubicación, su cercanía a recursos o servicios disponibles, entre otros.*
- ***Eventos:*** *se refiere a aquellos sucesos que ocurren una única vez, pero que de igual manera han impactado la salud. Ejemplo de ello son el cierre de alguna facilidad/servicios, el impacto de algún fenómeno natural, desarrollo de nueva legislación/política pública, entre otros.*

Las fuerzas de cambio pueden ocasionar un impacto tanto positivo o negativo. La naturaleza de las fuerzas identificadas puede ser una diversa. Utilice como referente los siguientes aspectos: social, económico, político, tecnológico, ambiental, científico, legal y ético.

Para efectos del presente ejercicio, será importante tener en cuenta los siguientes términos:

- ***Comunidad:*** *conjunto de personas y grupos sociales a la cual atiende la entidad que usted representa.*
- ***Equidad en salud:*** *estado en el cual todos tenemos igual oportunidad de de alcanzar el mejor estado de salud posible.*

Instrucciones:

1. Escuche atentamente las indicaciones de la persona facilitadora y lea cuidadosamente cada una de las preguntas incluidas en esta plantilla.
2. Conteste las preguntas a partir del orden numérico del 1 al 4.
3. Escriba su respuesta para cada pregunta en los espacios identificados.
4. El tiempo máximo para completar y contestar las siguientes preguntas será indicado por el facilitador de su grupo.
5. Al completar la hoja de trabajo, **favor de entregarla a la persona facilitadora**.

Autorizado por la Oficina del Contralor Electoral OCE-SA-2024-11422

DEPARTAMENTO DE SALUD

DOMINO 3: Fuerzas de cambio

1. ¿Qué eventos, tendencias o factores suceden en la comunidad que atiende/ representa su entidad, o en el entorno de la misma, que impacten la salud?

Eventos *Sucesos que ocurren una única vez*	**Factores** *Elementos o circunstancias específicas en la comunidad*	**Tendencias** *Aquellos patrones ocurridos a través del tiempo*

DEPARTAMENTO DE SALUD

Autorizado por la Oficina del Contralor Electoral OCE-SA-2024-11422

DOMINO 3: Fuerzas de cambio

2. ¿Cómo estos eventos, tendencias o factores impactan la salud de la comunidad a la cual su entidad sirve?

3. ¿Cuáles poblaciones en la comunidad que atiende su entidad se ven particularmente afectadas por los eventos, tendencias o factores descritos anteriormente?

Algunas de estas poblaciones pudiesen ser: personas con discapacidad, adultos mayores, población infanto-juvenil; población bajo el nivel de pobreza; población LGBTQIA+; minorías étnicas o raciales; entre otros.

4. Desde su perspectiva, ¿cómo contribuye la entidad que representa para mejorar la salud de la comunidad?

DEPARTAMENTO DE SALUD

Autorizado por la Oficina del Contralor Electoral OCE-SA-2024-11422

Anejo 4

Definiciones de categorías sugeridas para preguntas contenidas en las Dimensiones 1 y 2 de los Conversatorios Regionales

Dimensión 1: Fortalezas y cualidades de la comunidad

Pregunta 1: ¿Cuáles son las tres principales fortalezas que identifica en la comunidad en la cual se desenvuelve su entidad?

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
Accesibilidad de los servicios	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes que indican como fortaleza la disponibilidad de servicios esenciales para todas las personas en áreas de la salud, educación, poyo social y acompañamiento.	N/A	"Cubrir la necesidad de un cuidado a envejecientes que no pueden realizar sus tareas diarias ya sea por condiciones de salud o edad con el programa de cuidad al hogar." (persona de la región Metro) "A cada ciudadano que se dirige con cualquier duda o inquietud, ya que no todas sus quejas o inquietudes son referentes al municipio; ayuda en cuanto a donativos a aportación; como municipio desde la Oficina de Asunto al Ciudadano se trabaja en unión con otras dependencias y Agencias para brindar a los ciudadanos un excelente trato y servicio. (persona de la región de Arecibo)"
Capacidad de colaborar con otras entidades públicas o privadas y comunidades	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes que indican como fortaleza la habilidad de crear esfuerzos en conjunto, sustentado en una red activa de organizaciones de base comunitaria, agencias gubernamentales, instituciones educativas y grupos para atender las necesidades de la población.	N/A	"Existe una red robusta de organizaciones de base comunitaria que permite la posibilidad de creación de fuerzas unidades de impacto" (persona de la región de Arecibo) "Unidad comunitaria: cuando hay necesidad la comunidad se une como familia." (persona de Culebra) "La comunidad de pacientes de fallo renal se une para lograr una sana convivencia y conectar con los recursos comunitarios disponibles" (persona de la región de Caguas)

Compromiso con las poblaciones que atienden	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes que indican como fortaleza la demostración de empatía y solidaridad por parte de los profesionales hacia las poblaciones.	N/A	"Compromiso para trabajar en las comunidades en temas de educación, salud; Voluntario dedicado a ayudar en los temas de salud, psicología, cáncer; Compromiso con líderes comunitarios locales y reconocimiento de nuestros esfuerzos." (personal de la región de Ponce) "Desarrollar empatía en la prestación de un buen servicio para automotivación." (persona de la región de Mayagüez)
Personal capacitado	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes que indican como fortaleza tener proveedores de servicios con preparación académica, experiencia profesional, cualidades humanas esenciales y competencias que permiten un acompañamiento y apoyo adecuado.	N/A	"Personal cualificado a nivel administrativo, enfermería y médico" (Persona de la región de Culebra) "Todos los profesionales de la salud se encuentran capacitados para manejar cualquier crisis médico o social de cualquier individuo." (persona de la región de Bayamón)
Capacidad organizativa	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes que indican como fortaleza la habilidad de coordinar recursos con el fin de coordinar estrategias en conjunto donde se refleja en las redes de apoyo, autogestión y sentido de pertenencia.	N/A	"Autogestión comunitaria: corren la voz de los servicios y ayudan a su comunidad a recibir los servicios" (persona de la región de Arecibo) "Responsabilidad ciudadana al compartir su conocimiento y recursos con otros." (persona de la región metro) "Resiliencia volver a Vieques autosuficiente ante el desastre." (persona de Vieques)

Pregunta 2: ¿Cómo estas fortalezas contribuyen a obtener un mejor estado de la salud comunitaria?

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
Acceso y alcance de los servicios	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes que estas fortalezas contribuyen a la presencia de servicios accesibles, programas preventivos, recursos tecnológicos y personal disponible en el cual crea un entorno donde las personas pueden recibir atención inmediata.	N/A	"Disponibilidad de servicios hospitalarios proveen acceso a atención médica para atender las distintas necesidades de salud Los planes médicos ayudan a que las comunidades tengan acceso a la salud." (persona de la región de Mayagüez) ''Las fortalezas de coalición de coaliciones se basan en un servicio directo y salubrista para intentar mitigar el problema de crisis por opioides y personas sin hogar." (persona de la región de Ponce) "Cortamos con la burocracia del sistema para evitar que los ciudadanos mueran esperando por respuestas y recursos. "(persona de Vieques)
Alfabetización en salud	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes que estas fortalezas contribuyen a la capacidad de una comunidad para acceder, comprender y utilizar información relacionada con su bienestar, de manera que pueda tomar decisiones informadas, prevenir enfermedades y orientarse dentro de un sistema de salud.	N/A	"Una comunidad educada en términos de salud y prevención, y una comunidad comprometida con su salud y la de su comunidad." (persona de Arecibo) "Conocen como buscar sus servicios dentro de los planes para obtener su mayor beneficio; Navegar X el sistema (complejo) con asistencia" (persona de la región de Bayamón) "Pueden aprender de la educación y campañas de medios educativos." (persona de la región de Mayagüez)
Calidad en la atención	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes que estas fortalezas contribuyen a que los servicios se presten desde valores humanos fundamentales, tales como la empatía, el respeto, el trato digno y la sensibilidad hacia las necesidades de los participantes.	N/A	"Al ser sensible a las necesidades de otros permite comprender las vivencias de esa persona y actualizar las técnicas de consejería y recursos para educar, orientar y coordinar los servicios que requieren para mejorar su bienestar, basado en la evidencia." (persona de la región metro) "Se atienden familias con necesidades por lo que el personal debe tener compromiso empatía, amor,

			responsabilidad hasta sentido de pertenencia para cumplir con los servicios que se ofrecen" (persona de la región de Caguas)
Fortalecimiento de los derechos y la justicia social	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes que estas fortalezas contribuyen a que las personas tengan capacidad de organizarse, defender derechos y transformar condiciones sociales que influyen directamente en la salud	N/A	" Personas vulnerables conozcan sus derechos." (persona de la región de Mayagüez) "Defender lo que por derecho les toca (unión) (salud buena)" (persona de Arecibo) "Abatir las desigualdades en salud' (persona de la región de Arecibo)
Desarrollo de capacidades	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes que estas fortalezas contribuyen a	N/A	"Entrenamientos profesionales de la salud de alta calidad garantiza disponibilidad de dichos profesionales. Investigación para reducir disparidades en salud" (persona de la región de Ponce) "Automotivación en el que hacer sus tareas de vida independiente." (persona de la región de Mayagüez)
Evaluación en identificación de necesidades	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes que estas fortalezas contribuyen a que los proveedores de servicios pueden identificar las necesidades físicas, emocionales y espirituales que permiten crear un plan de cuidado más completo y ajustado a la realidad de cada persona.	N/A	"Que las personas puedan tener al mes una evaluación anual médica; Identificación de condiciones a tiempo" (persona de la región metro) " Conocer las necesidades de la población a través de las estadísticas colaboradora en solicitud de fondos para ampliar servicios." (Persona de la región de Caguas" "Podemos tener Certeza de las necesidades reales y se agilizan los procesos." (persona de la región de Ponce)
Organización y colaboración comunitaria	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes que estas fortalezas contribuyen a unir esfuerzos, establecer alianzas y desarrollar planes de trabajo colectivos que atienden de manera más completa las necesidades de los distintos grupos poblacionales.	N/A	"Invitación y apoyo entre los miembros de la comunidad lo que previene deterioros de salud mental y suicidios." (persona de la región de Mayagüez) "Para tener un mejor estado de la salud, la clave es tener trabajo en equipo entre agencia." (persona de Vieques)

Promover el bienestar	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes que estas fortalezas contribuyen a fomentar el apoyo social, emocional y económico, en el cual facilita a que las personas cuenten con alimentos, seguridad, acompañamiento y orientación.	N/A	"Lazos fuertes con la comunidad que servimos; Recursos se comparten con la comunidad." (persona de la región de Ponce) "Las personas se sienten bien porque los escuchan, porque tenemos iniciativa del problema, de la necesidad que tienen." (personas de la región de Arecibo) "Estas fortalezas contribuyen al bienestar colectivo de nuestra comunidad. "(persona de la región de Caguas) "Estas fortalezas se traducen en ayuda y mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades a las que impactan." (persona de la región de Bayamón)

Pregunta 3: ¿Identifica alguna fortaleza/cualidad que contribuya de manera particular a reducir las inequidades y mejorar el estado de salud en grupos vulnerados presentes en su comunidad? ¿Cómo contribuye?

Dominio 2: Entorno construido

Pregunta 1: ¿Qué aspectos del entorno construido impactan la salud de la comunidad?

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
Accesibilidad de los servicios	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes sobre la capacidad de acceder a servicios esenciales que son impactadas por diversas causas.	**Distancias geográficas**	"Acceso limitado a servicios de salud, falta de trasportación y mucho tráfico. Mayormente ubicados en el área metropolitana." (persona de la Región de Bayamón) "La falta de accesos a servicios especializados, ya que se encuentro en áreas remotas o sub existente." (persona de la región de Mayagüez) "Posición geográfica, transportación marítima y terrestre, el costo de transportación, alimentos, deducibles." (persona de Culebra)
		Infraestructuras físicas	"Los aspectos de entorno construido que impactan la salud de la comunidad son las aceras en la comunidad universitaria (Hoyos, cracks, raíces de árboles). Esto ha causado muchos accidentes (caídas)." (persona de la región Metro) "Las aceras frente a nuestro centro están en muy mal estado. Esto dificulta la movilidad para caminar libremente. "(persona de la región Bayamón) "Las aceras no son adecuadas para sillas de ruedas, no videntes etc." (persona de la Región Metro)

Infraestructura de los servicios esenciales	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes sobre un contraste entre recursos que fortalecen la calidad de vida y una serie de carencias estructurales que generan desigualdad como en la transportación pública insuficiente, la inseguridad alimentaria, la falta de vivienda asequible, las brechas educativas y tecnológicas, y los servicios fragmentados e insuficientemente adaptados crean un entorno que limita la posibilidad de una vida saludable.	**Transportación**	"Trasporte público= trolie, taxi, bicicleta Vivienda= Aceras Energía" (persona de Vieques) "Sistema de transportación pública casi no existe" (persona de la región de Ponce) "La necesidad de mejor transportación para acceder los servicios de salud, la misma no es confiable" (persona de la región metro) "Transportación pública confiable" (persona de la región de Caguas)
		Alimentación	"Pobre seguridad alimentaria en su mayoría y la alimentación es muy limitada ya que los productos frescos no están disponibles para toda la población" (persona de Vieques) **"**Cocina social: preparar alimentos calientes para crear seguridad alimentaria." (persona de la región de Arecibo) **"**Concesionarios de alimentos, insuficiencia de espacios parta una alimentación adecuada." (persona de la región de Bayamón)
		Educación	"Educación sobre la necesidad de la población para aquellos que ejecutan tienen la misión de construcción y planifican los servicios y estructuras para la comunidad." (persona de la región metro) "Falta de conocimiento del servicio" (persona de la región de Caguas)
		Seguridad	"Limitación en aceras y espacios donde podemos caminar. Falta de seguridad no hay buena iluminación." (persona de la región de Bayamón)
		Cuidado de poblaciones vulneradas	"Facilidades para personas incapacitadas en silla de rueda." (persona de la región de Bayamón) "No hay visibilidad para trabajar y conocer los retos que tiene la población con DI, especialmente los que no se pueden valer por sí mismos. En

			muchos hogares hay personas con diversidad funcional que están completamente invisibilizadas, sin recibir servicios. "(persona de la región metro)
			"Atención a escuelas y égidas." (persona de la región de Mayagüez)
		Vivienda	"Égida: multipisos creando hogares, seguridad; Remodelación y accesibilidad," (persona de la región de Arecibo)
			"Escases de viviendas accesibles a la comunidad baja, media baja, media" (persona de la región de Mayagüez)
Infraestructura de salud	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes sobre elementos estructurales de salud donde es uno fragmentado, desigual y tensionado por limitaciones estructurales que afectan tanto la disponibilidad de servicios como su accesibilidad, continuidad y calidad.	**Centros de servicios de Salud**	"Centros de cuido gratuitos: impacto positivo a las familias que reciben servicios y aspecto negativo para las familias que no cualifican por sus ingresos." (persona de la región de Arecibo)
			"Pocos servicios a los hospitales y servicios de sala de emergencia; poca cantidad de hogares de cuido" (persona de la región Mayagüez)
		Farmacias	"Disminución de la disponibilidad de farmacia con servicios 24 horas" (persona de la región de Arecibo)
			"Otro aspecto es la flexibilidad de farmacias y tienda de comestibles" (persona de la región de Caguas)
		Deterioro de la salud	"Los aspectos mayormente que impactan la salud de la comunidad estudiantil puede ser salud/enfermedad psicológica o graves como cáncer o situaciones económicas. "(persona de la región de Arecibo)
			"Aumento de población con situaciones de salud mental y emocional, y el uso de drogas y/o alcohol." (región de la región de Arecibo)

			"El diagnóstico de las enfermedades, impacto socialmente y económicamente."(persona de la región metro)
		Fuga de profesionales	"Falta de personal para poder ofrecer mejor o mayor servicio; Falta de fondos para el nombramiento" (persona de la región de Caguas)
			"Disponibilidad de servicios hospitalarios, pobre acceso médico para atender distintas necesidades de salud." (persona de la región de Mayagüez)
Economía	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes sobre situaciones económicas que exacerban las situaciones de salud.	**Desempleo**	"Falta de empleo; la calidad de vida a veces es pésima, más para el adulto mayor, hay que impactarlo con una ayuda (salud, servicios en las comunidades)." (región de la región de Arecibo)
		Falta de fondos	"Mas ayudas económicas para brindar mejor servicio. "(región de la región de Caguas)
Envejecimiento poblacional	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes sobre infraestructuras que no está diseñado para una población que envejece rápidamente.	N/A	"Falta de servicios de cuidados para las personas mayores o con condiciones incapacitantes." (persona de la región de Caguas)
			"Los adultos mayores y la población bajo nivel de pobreza NO manejan la tecnología celular para acceder a citas, referidos, turnos, encuestas, recetas, entre otros." (persona de la región de Bayamón)
			"La pobre atención a las personas de la tercera edad cuando tienen una enfermedad terminal o el plan de salud del gobierno, el acceso al cuido a los medicamentos." (persona de la región de Mayagüez)
Rol del gobierno	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes sobre el rol fundamental del gobierno en cuanto a garantizar un entorno que apoye la salud comunitaria.	N/A	"La oficina de Asuntos al ciudadano impacta la salud de la comunidad a través de donativos que se ofrecen a los ciudadanos que se dirigen a la casa alcaldía y cuando visitamos las comunidades. Cuando hablo de donativos me

Eventos (fenómenos naturales, eventos epidemiológicos)	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes sobre fenómenos naturales y eventos epidemiológicos que deterioran la salud de las comunidades.	N/A	refiero a materiales de construcción al hogar, rampas a personas con alguna discapacidad, utilidades, enseres, etc." (persona de la región de Arecibo) "Burocracia trabas de planes médicos." (persona de la región de Bayamón) "Las facilidades físicas disponibles del gobierno de Puerto Rico" (persona de la región de Caguas) "El impacto de eventos atmosféricos (huracán, terremoto), pandemia han impactado las comunidades del área sur en múltiples… (no legible) desde lo social, económicas, salud mental, salud física, vivienda, entre otros; relocalización de familias. "(persona de la región de Ponce)

Pregunta 2: De los aspectos mencionados en la pregunta anterior, ¿cuáles impactan particularmente el estado de salud de grupos vulnerados presentes en su comunidad?

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
Accesibilidad de los servicios	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes sobre la capacidad de acceder a servicios esenciales que son impactadas por diversas causas.	**Distancias geográficas**	"La falta de accesibilidad y aislamiento geográfico impide que se puedan dar servicios preventivos y terminamos solo dando servicios remediativo y de emergencia" (persona de Región Metro) "Distribución equitativa de los recursos de salud, especialmente en áreas rurales" (persona de la región de Arecibo) "Afecta a toda la comunidad, el costo de viaje, al adulto mayor quien lo acompaña, personas discapacitadas transportando algún equipo." (persona de Culebra)
		Infraestructuras físicas	"La movilidad en la calle no es segura para las barreras en las aceras o para acceder a edificios." (persona de Región metro) "Carreteras" (persona de la región de Ponce)
Infraestructura de los servicios esenciales	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes sobre elementos estructurales de salud donde es uno fragmentado, desigual y tensionado por limitaciones estructurales que afectan tanto la disponibilidad de servicios como su accesibilidad, continuidad y calidad.	**Transportación**	"Horario de transportación más accesible para que todos los pacientes se beneficien." (persona de la región de Caguas) "Siguen en aumento las enfermedades identificadas la prevención es muy pobre por lo cual las personas llegan a los médicos ya con condiciones muy adelantadas." (persona de Vieques
		Educación	"La literacia y la alfabetización afectan grandemente a la población de adultos mayores, población bajo nivel de pobreza y minorías étnicas y raciales." (Persona de la región de Bayamón) "El acceso limitado o el desconocimiento en la tecnología hace que las comunidades o grupos le

			dificulte el acceso a la salud. "(Persona de la región de Bayamón)
		Seguridad	"Falta de acceso y conocimiento digital para adultos mayores; Sobre dependencia en las redes sociales. "(Persona de la región de Bayamón)
			"El estado de salud sigue empeorando porque las bombas se están limpiando de forma abierta al aire causando el mismo efecto que el bombardeo." (persona de Vieques)
		Cuidado de poblaciones vulnerable	"Aumento en población que requiere acomodo razonable" (persona de la Región de Arecibo)
			"Pacientes que viven VIH+; Personas con impedimentos severos; bajo nivel de pobreza; Poblaciones con rezago cultural y educativo; Poblaciones de adultos mayores; Mujeres y viejos víctimas de violencia doméstica." (persona de la región de Mayagüez)
			"Adultos mayores, población LGBTQIA+, población infanto juvenil, sin embargo, en áreas como oncología facultad está desproporcionado. "(persona de la región de Ponce)
		Vivienda	"Salud y estabilidad de tener un hogar o un techo donde vivir." (persona de la región de Arecibo)
			"Escasez de vivienda y accesibilidad a servicios de salud física y mental. "(Persona de la región metro)
Infraestructura de salud	En las contestaciones de los participantes se percibe múltiples barreras relacionadas con el entorno construido que afectan directamente su salud y su capacidad para acceder a servicios esenciales.	**Centros de servicios de salud**	"Centros de cuido gratuitos: impacta particularmente a la salud de la población infanto-juvenil (reciben alimentación saludable, cuida y educación y prevención). "(persona de la región de Arecibo)
			"La necesidad de servicios de salud física y mental se ha incrementado sustancialmente luego de los eventos antes mencionados." (persona del metro)

		Deterioro de la salud	"Pobre acceso a profesionales de la salud que redunda en crisis de la salud para el adulto mayor" (persona de la región de Mayagüez)
		Fuga de profesionales	"Pobre acceso a profesionales de la salud que redunda en crisis de la salud para el adulto mayor." (persona de la región de Mayagüez) "Falta de apoyo al sistema y falta de profesionales de la salud complica las situaciones. "(persona de la región de Ponce)
		Medicamentos/ equipos médicos	"No ser considerados en la distribución prioritaria de entrega de oxígeno, diesel, medicamentos (punto que mejorar con las coaliciones de salud)." (persona de la región de Arecibo)
Economía	En las contestaciones de los participantes se percibe múltiples barreras relacionadas a la situación económica de las personas que no solo afectan la estabilidad financiera de los individuos, sino que actúan como determinantes profundos de la salud física, mental y social en las comunidades	N/A	"Persona con discapacidad no tienen mucha ayuda económica, los adultos mayores a veces pueden participar en la égida, otros como de salud" (persona de la región de Arecibo) Cada vez que se habla que las facturas de los servicios esenciales van a llegar por computadora les causa ansiedad, cosa que afecta la salud. (Persona de la región de Bayamón) "Todos, especialmente a las personas de escasos recursos que no tiene los medios para lidiar con los problemas de salud. "(persona de la región metro)
Envejecimiento poblacional	En las contestaciones de los participantes se percibe la preocupación profunda por las barreras que enfrentan las personas mayores dentro del entorno.	N/A	"Nuestros adultos mayores necesitan una red de transporte colectivo para que puedan acceder a los servicios de salud.; Poder darle una alternativa saludable. "(persona de la región de Arecibo) "Se les da servicios a envejecientes que necesitan tratamiento multidisciplinario por sus múltiples condiciones de salud." (personal de la región de Ponce)

Participación comunitaria	En las contestaciones de los participantes se percibe como un componente esencial para la salud, pero su potencial se ve limitado por barreras de comunicación, coordinación insuficiente entre sectores y dificultades de acceso físico a servicios esenciales.	N/A	“barreras de comunicación y colaboración entre sectores (para entrar la duplicidad).” (personal de la región de Arecibo)

3. ¿Cómo la comunidad interactúa/utiliza estos elementos identificados del entorno construido?

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
Acceso a servicios de salud	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes sobre la capacidad de acceder a servicios esenciales que son impactadas por diversas causas.	N/A	"La comunidad cercana puede utilizarlos de mejor manera por la cercanía, pero otras poblaciones se ven impactadas y no pueden acudir a recibir servicios. "(persona de la región de Bayamón) "La coalición de salud y acuerdos colaborativos nos permiten estar listos en casos de emergencia. Sin embargo, nos sigue afectando el no tener farmacias 24 horas. "(personas de la región de Arecibo)
Infraestructura de servicios esenciales	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes sobre elementos estructurales de salud donde es uno fragmentado, desigual y tensionado por limitaciones estructurales que afectan tanto la disponibilidad de servicios como su accesibilidad, continuidad y calidad.	N/A	"Llevando los servicios de salud, llevando alimentos casa por casa, darle donativos, sus facilitadoras para con ellos, más ayuda." (personas de la región de Arecibo) "Las comunidades se cohíben de utilizar ciertos servicios o entornos por miedo." (personas de la región de Caguas) "Por la dificultad de viaje tenemos personas que no asisten a sus citas fuera de Culebra." (personas de Culebra) "Acceso por sistemas de transportación, si algunos limitados, costosos que afectan capacidad y disponibilidad de recursos." (personas de la región de Ponce)
Atención a las necesidades	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes sobre los elementos del entorno construido donde están profundamente guiados por las necesidades reales y específicas de cada población.	N/A	"La comunidad va a utilizar estos elementos en tanto y en cuanto estén atemperados al perfil de necesidades de cada población y cada comunidad." (personas de la Región metro) "Se identifican las áreas a mejorar, y/o necesidades de nuestros participantes y se intenta canalizar servicios con entidades, agencias, etc. "(personas de la Región Ponce)

			"Se buscan recursos en cuidar a que estas necesidades se cubran." "(personas de la Región de Vieques)
Colaboración	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes sobre los elementos del entorno construido donde la capacidad colaborativa está moldeada por el contexto donde facilitan o no la creación de alianzas y redes de apoyo.	N/A	"Se crean alianza con otras organizaciones, escuela, iglesias, Organizaciones sin fines de lucro proyectos ayuda a la comunidad." (personas de la región de Mayagüez) "La comunidad utiliza elementos del entorno construido, no obstante, intentan utilizarlos como última opción, impuntualidad y falta de compromiso de algunas agencias y empleados. Por ejemplo: transporte público y colectivo, espacios cerrados o mal estado, tales como: parques, canchas, locales abandonados." (personas de la región de Ponce) "Cada vez hay voces y organizaciones que no evitan a la conciencia de las necesidades y apoyo que diferentes sectores requieren para lograr su bienestar." (personas de la región de Caguas)
Fuerza laboral	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes sobre que la comunidad depende del personal disponible para acceder a servicios, recibir atención adecuada y obtener continuidad en el cuidado	N/A	Departamento de Salud podría considerar propuestas para mejorar las condiciones laborales, ofrecer incentivos y oportunidades de educación continua; Las profesiones de salud física, mental y tratamiento, especialmente psiquiatras. (persona de la región de Arecibo)

4. **¿Cuál sería el principal cambio en el entorno que realizaría para mejorar la salud de la comunidad que atiende o representa su entidad? ¿Por qué?**

Atender las barreras físicas y estructurares	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes en cuanto a la eliminación de las barreras físicas como aceras, mejorar la conectividad como la transportación confiable y adaptar los espacios a las necesidades de las poblaciones con necesidades particulares.	N/A	"Mejoraría el estado de las áreas que se puedan movilizar libremente." (persona de la región de Bayamón) "Acceso (aceras, barreras arquitectónicas, arreglos de lugares para que puedan moverse en facilidades) (persona de la región de Arecibo)" "Transportación ya que la población adulta mayor tiene la necesidad de moverse al diario vivir. "(persona de Vieques) "Un acceso más fácil y eliminar barreras." (persona de la región de Metro)
Crear colaboraciones para atender las necesidades	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes en cuanto a la necesidad de establecer colaboraciones reales, coordinadas y sostenibles entre actores públicos, privados y comunitarios.	N/A	"Los cambios que se necesitan yo solo no puedo hacerlo. Se necesita la colaboración de las entidades públicas y privadas. "(persona de Culebra) "Comunicación es pobre. Contar a la mano con un directorio de entidades." (persona de la región de Ponce) "La organización de las agencias para darle un buen servicio, más ayuda, mejores servicios, más égidas, más donativos" (persona de Arecibo)
Educación y la promoción en salud	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes donde indican la importancia de fortalecer el área de la educación y capacitación en salud para reducir inequidades, mejorar la autonomía y asegurar que los servicios de salud estén alineados con las necesidades reales de la población.	N/A	"Crear un programa a nivel de sector gubernamental estatal, federal y sector privado en conjunto con entidades sin fines de lucro para desarrollo, preparar, educar a personas para su cuidado." (persona de la región de Caguas) "Eliminar el estigma, educando a la comunidad, demostrando (en lugar de decir) que la salud a un

			derecho de todos. ". (persona de la región de Caguas) "Mayor educación a las comunidades, crear grupos de apoyo que sean más accesibles a estas poblaciones." (persona de la región de Mayagüez) "Establecer un servicio de salud de prevención y ampliado que fortalezca desde la detección temprana de enfermedades y ofrecer tratamiento médico adecuado en menos tiempo. "(persona de la región de Vieques)
Mejorar los servicios esenciales	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes en cuanto a fortalecer las condiciones que permiten que todas las personas accedan de manera real y efectiva a servicios fundamentales para su bienestar, y que exista una infraestructura, organización y recursos adecuados.	N/A	"Que más ciudadanos cualifiquen para recibir servicios gratuitos o ayudad para facilidades cuido y de servicios de salud. "(persona de la región de Arecibo) "Mejorar el sistema de transportación y planificación urbana basado en las características de la población." (persona de la Región Metro) "Promover la unión de los municipios y planes médicos para ofrecer el servicio de transporte a los adultos mayores son la necesidad de enfrentar la burocracia; Es importante realizar estudios relacionados a este asunto, así como la necesidad de recursos disponibles para el cuidado del adulto mayor. "(persona de la Región de Caguas)
Mejora en acceso a servicios de salud	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes en cuanto a la salud de la comunidad está limitada principalmente por un sistema fragmentado, insuficiente en recursos y marcado por barreras económicas, administrativas y geográficas.	N/A	"Mejorar el control de los aseguradores sobre el sistema de salud para que cambie de uno financiero a uno salubrista. La prevención es la calve y sería de beneficio tanto para la salud de la población y del manejo responsable de los recursos financieros para subsidiar y costear los servicios de salud. "(persona de la región Metro) "Establecimiento de modelos integrados de comunidades, municipios saludables o iniciativas comunitarias para adultos mayores e iniciativas

Promoción de espacios saludables y de bienestar	En esta categoría se agrupan percepciones de los participantes en torno de la necesidad de espacios que sean accesibles, seguros y socialmente inclusivos para fortalecer la confianza, la participación y la autonomía de las personas.	N/A

para apoyar la vivienda y las necesidades de salud de la reciente población de envejecientes y adultos mayores. "(persona de la región de Ponce)

"Aumentar el número de médicos especialistas para aumentar acceso a servicios de salud." (persona de la región de Ponce)

"Construcciones y espacios abiertos para cubrir las necesidades y estén bien accesibles." (persona de la Región de Bayamón)

"Recalca conseguir un lugar donde las personas puedan ir y tener confianza con el entrevistador de forma tal que sea viable la gestoría para mejorar nuestra salud. "(personas de Culebra)

"Espacios recreativos deben estar diseñados para el disfrute de los visitantes con el riesgo mínimo a contraer enfermedades, problemas de seguridad, entre otros." (persona de la Región de Mayagüez)

Anejo 5

Definiciones de categorías sugeridas para preguntas 1, 2 y 3 de la Dimensión 3 de los Conversatorios Regionales

Dimensión 3: Fuerzas de cambio

Pregunta 1: ¿Qué eventos, tendencias o factores suceden en la comunidad que atiende/ representa su entidad, o en el entorno de la misma, que impacten la salud?

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
Fuerzas de cambio	En esta categoría se agrupan las respuestas de participantes que indicaron eventos que ocurren única vez, factores específicos que ocurren en la comunidad y/o tendencias o patrones ocurridos a través del tiempo, y que son causas (directas o indirectas) que impactan la salud en la comunidad que atiende o entidad que representa.	Eventos	Huracanes y eventos atmosféricos (incluyendo María, Irma, Fiona y tormentas), pandemia y COVID-19, terremotos y temblores, inundaciones, lluvias y zonas inundables, apagones y falta de luz, cierres de hospitales, oficinas y centros; olas de calor y calor extremo; elecciones, política pública y cambios de gobierno; escasez o fuga de profesionales y sistema sobrecargado; salud mental, incluyendo crisis e interrupción de servicios.
		Factores	Pandemia y COVID-19; huracanes y eventos atmosféricos; terremotos y temblores; falta de energía eléctrica y apagones; inundaciones, lluvias y zonas inundables; barreras de acceso en salud y económicas (planes, costos, cierres, especialistas); crisis y falta de vivienda; problemas de transportación y comunidades aisladas; escasez/fuga/retención de

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
		Tendencias	profesionales de salud; salud mental (crisis, interrupciones y acceso limitado). Envejecimiento poblacional y soledad; escasez y fuga de profesionales y especialistas; crisis y falta de vivienda con desplazamiento y gentrificación; barreras de acceso en salud y burocracia/planes médicos con altos costos; transportación deficiente y comunidades aisladas; aumento de enfermedades crónicas y catastróficas; salud mental en crisis con acceso limitado; presión climática y fallas en energía/agua; cambios demográficos y migración; brecha educativa y tecnológica con desinformación.

Pregunta 2: ¿Cómo estos eventos, tendencias o factores impactan la salud de la comunidad a la cual su entidad sirve?

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
Barreras para la coordinación institucional	*En esta categoría se agruparon las respuestas de participantes que indicaron situaciones que impactaron de alguna manera la salud de la comunidad a la cual su entidad sirve, como consecuencia de las barreras para la coordinación efectiva de respuestas institucionales y procesos incluidos en las políticas públicas actuales.*	Poco alcance con la población objetivo	"Elimina la posibilidad de un servicio integrado alejando el paciente de un modelo de cuidado coordinado" (Participante de la región de Arecibo) "Hace aún más vulnerable a la población y dificulta el diseño e implementación de servicios basados en evidencia. Incrementa el desconocimiento sobre incidencia, prevalencia y mortalidad" (Participante de la región Metropolitana)
		Fallas de comunicación	"Pobre comunicación a oficinas médicas (no contestan teléfono), muchas veces pacientes tienen que ir presencialmente a coordinar citas" (Participación de la región de Ponce) "Se perdió mucha comunicación directa a la población [...] Hubo que empezar desde cero para recuperar la comunicación." (Participante de la región de Caguas) "Comunicación telefónica no es buena, se fueron oficinas del gobierno de Culebra como Hacienda, Acueducto, Energía

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
			Eléctrica (LUMA)" (Participante de la región de Culebra)
			"La falta de orientación y soluciones antes de la implementación de leyes y/o políticos públicos crea un caos de privatización de la salud y el paciente" (Participante de la región de Mayagüez)
		Limitaciones para la implementación de procesos	"Estos eventos, tendencias y factores nos atrasan a la hora de ejecutar y clasificar. Atrasa[n] la organización y operación del trabajo" (Participante de la región Metropolitana)
			"El abandono y la falta de prevención inciden en la salud del pueblo. La Burocracia y la falta de los sistemas de salud integrados" (Participante de la región de Arecibo)
		Desfase con el contenido de las políticas públicas	"Al establecer políticas discriminatorias, poco acceso a vivienda segura, invalidación profesional, carencias en educación, los determinantes sociales, entre otros, impacta ampliamente la salud biopsicosocial" (Participante de la región de Ponce)
			"Adulto mayor queda a cargo de un familiar con ausencia de salud mental y

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
			repetidamente solicita a través del Tribunal Ingreso Involuntario Ley 408" (Participante de la región de Caguas) "Las OE y la ley 54 crean mayor conciencia sobre la violencia de género[…] La enmienda al código penal trabaja con la trabaja con la impunidad" (Participante de la región de Bayamón)
Cambios en el acceso y continuidad de servicios **Consecuencias en las condiciones de vida de la población**	*En esta categoría se agruparon las respuestas de participantes que indicaron situaciones que impactaron de alguna manera la salud de la comunidad a la cual su entidad sirve, como consecuencia de los cambios positivos o negativos para el acceso y continuidad de los servicios ofrecidos, o como consecuencia*	Cambios positivos o favorables Cambios negativos o desfavorables	"El factor positivamente durante el Huracán. Se pudo canalizar más ayuda a la población mayor como ejemplo la alimentación y servicios médicos" (Participante de la región de Vieques) "Servicios a la comunidad directo análisis de precio, charlas y educación[…] Ayuda a navegación de servicio[…] Colaboración con todos" (Participante de la región de Ponce) "Accesibilidad para poder brindar la educación. Llega a la población y proveer los recursos necesarios." (Participante de la región de Mayagüez) "El acceso a los servicios de salud por razones geográficas. El evento de desastre la dificulta empeora y los servicios se

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
	de los cambios relacionados con elementos externos a la entidad.	relacionados con el acceso	vuelven menos accesibles" (Participante de la región Metropolitana) "Les queda lejos hospital (farmacia/doctores)[…] Limitación en medicamentos (especialmente por referidos)[…] Limitación a transportación" (Participante de la región de Ponce) "El acceso a servicios suplementarios de la salud ha limitado a servicios esenciales de salud ubicado a los Adultos Mayores en mayor riesgo de recibir pobres servicios de salud." (Participante de la región de Bayamón) "Los complican de tal manera que prefieren no continuar con el proceso para evitar los tropiezos" (Participante de la región de Caguas)
		Cambios negativos o desfavorables relacionados con la continuidad	"Los eventos, tendencias o factores impactan en la continuidad de estudios ya que no tienen las herramientas para atender la salud a corto plazo y/o prevención" (Participante de la región de Arecibo) "Al surgir eventos atmosféricos o pandemia como COVID- 19 ha impactado la coordinación y continuidad de servicios

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
			esenciales. Esto puede afectar la salud mental y física de las personas que requieran servicios inmediatos o a corto plazo" (Participante de la región Metropolitana) "Disminución de profesionales de salud a partir de políticas/leyes que ayudan los profesionales" (Participante de la región de Mayagüez) "Riesgo de que no certifiquen, pobre acceso al programa. Pobre adherencia a servicios. Pobre adaptación." (Participante de la región de Mayagüez)
		Otros cambios relacionados con elementos estructurales	"Con eventos atmosféricos / climáticos o terremotos se ve afectada la salud (por falta de luz, comida, servicios de salud, medicamentos, falta de educación, comunicación)[…] Los estudiantes no pueden ir a la universidad a estudiar y cambiar de ambiente se pueden rodear de los problemas que atienden al momento" (Participante de la región de Mayagüez)
Resultados diferenciados sobre las condiciones de	*En esta categoría se agruparon las respuestas de participantes que*	Oportunidad para acciones y conductas preventivas	"La comunidad está atenta con la prevención Ejemplo: huracanes, higiene (uso alcohol), atender su salud (ejemplo:

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
salud, calidad de vida y bienestar, Deterioro de las condiciones de salud y bienestar	*indicaron situaciones que impactaron de alguna manera la salud de la comunidad a la cual su entidad sirve, como consecuencia de los resultados diferenciados sobre las condiciones de salud, así como la calidad de vida y bienestar general, e incluso las muertes por diversas razones*	Deterioro conjunto de varios aspectos de la salud (física, mental, espiritual, etc.)	irse a hacer pruebas)" (Participante de la región de Mayagüez) "Tenemos que desarrollar resiliencia para ajustarnos a las tendencias reales para cuidar de nuestra salud" (Participante de la región Metropolitana) "Ha sido un poco difícil el levantarnos para que nuestra salud física, emocional y espiritual por las consecuencias obtenidas" (Participante de la región de Mayagüez) "Todo evento impacta de una manera u otra manera la salud individual o colectiva. Es en estos momentos cuando afloran las necesidades más apremiantes" (Participante de la región de Arecibo) "Estos factores, eventos y tendencias impactan la salud del paciente de fallo renal y adulto mayor en cualitativa a los servicios de seguimiento a su salud física y emocional. Además del deterioro de su salud al no recibir adecuadamente los servicios" (Participante de la región de Caguas)

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
		Deterioro solo en salud mental y/o emocional	"Cuando han ocurrido eventos naturales los mismos impactaron la salud mental de la comunidad, temor a perdidas personales, pérdidas materiales" (Participante de la región de Ponce) "Impactan negativamente en su rutina diaria. Si se les cancela la terapia, los participantes se puede poner ansiosos" (Participante de la región de Bayamón) "María y la pandemia, se afectaron los servicios y aumentó la necesidad de ayuda psicológica y la necesidad de más apoyo emocional a todos las miembros de la familia desde los niños hasta adultos mayores" (Participante de la región de Mayagüez)
		Deterioro en la calidad de vida y bienestar	"En la parte del cambio climático, los más afectados han sido las personas encamadas, muchos de ellos sin poder disfrutar del servicio de aire acondicionado, lo mismo los lleva a padecer de úlceras" (Participante de la región de Caguas) "La prevalencia en relaciones violentas y de abandono; Encierro, escasez de servicios" (Participante de la región Metropolitana)

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
			"Huracán-personas sin servicio eléctrico; Envejecimiento-personas se van deteriorando en sus funciones; Covid-19-falta de acercamiento físico [y] uso de mascarilla" (Participante de la región de Vieques)
			"[…]aumentan muertes por adicciones" (Participante de la región de Mayagüez)
		Muertes por diversas razones	"Muerte por falta de seguimiento adecuado" (Participante de la región de Arecibo)
			"Las drogas aumentan muertes por sobredosis y violencia" (Participante de la región de Ponce)
Sobrecarga en las condiciones de vida de la población	*En esta categoría se agruparon las respuestas de participantes que indicaron situaciones que impactaron de alguna manera la salud de la comunidad a la cual su entidad sirve, como consecuencia*	Trastoques en la disponibilidad de agua y/o electricidad	"En el caso de la casa de alegría no hay generadores, si no hay luz no se le puede ofrecer servicios y complica la situación de los padres que trabajan" (Participante de la región de Culebra)
			"Falta de servicios básicos agua y luz. Especialmente los de energía ya que la población a la que servimos en su mayoría es dependiente de equipos médicos para sobrevivir" (Participante de la región de Mayagüez)

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
Poblaciones basadas en la composición del hogar	*En esta categoría se agruparon las respuestas de participantes que indicaron el criterio de quiénes son las personas que viven en un mismo hogar, (por ejemplo: familias nucleares, familias monoparentales, familias extendidas, y/o personas que viven solas) como objetivo principal de los servicios provistos por su entidad y que se ven afectadas por los eventos, tendencias o factores que suceden en la comunidad como fuerzas de cambio.*	Composición del hogar	"Madres jefas de familia" (Participante de la región de Arecibo) "El segmento que no tiene apoyo familiar o que no conoce otros apoyos de base comunitarias: se afectan en el recibo de los servicios de salud" (Participante de la región de Mayagüez) "Personas adultas mayores, sus familiares o adultos mayores cuidando enfermos o viceversa" (Participante de la región de Caguas) *También se identificó que se hizo referencia a esta población con palabras o frases como "población de madres solteras", "madres embarazadas" "familias saludables" y "entornos familiares completos" por participantes de las regiones de Mayagüez, Metropolitana y Ponce.*
Poblaciones basadas en situaciones y necesidades de salud	*En esta categoría se agruparon las respuestas de participantes que indicaron el criterio de personas con condiciones y necesidades de salud (por*	Personas con cualquier tipo de enfermedad crónica o	"Población de pacientes con enfermedades crónicas, específicamente enfermedades del riñón" (Participante de la región Metropolitana)

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
	de la sobrecarga para sustentar condiciones de vida adecuadas en la población, a nivel de recursos básicos, de infraestructura para uso cotidiano y económicos.	Falta de vivienda y otra infraestructura física para uso cotidiano	"La falta de vivienda" (Participante de la región de Bayamón) "Brinda la ayuda al recibir equipo o enseres" (Participante de la región de Bayamón) "No tener puertas que sean accesibles a las discapacidades motoras, ejemplo: pacientes en sillas de ruedas es una limitación hacia estos pacientes y esto afecta su autonomía ya que dependen de una persona para abrir una puerta especialmente cuando se trata de un baño" (Participante de la región de Bayamón)
		Limitaciones económicas para cubrir necesidades	"El aumento en el costo de vida limita a la comunidad a recibir los cuidados de salud adecuados en tiempo oportuno […] enfermedades crónicas aumentando [y] complicando las enfermedades terminales" (Participante de la región de Arecibo) "Pueden aumentar el costo del servicio de salud y del plan médico, midiendo el impacto en la decisión del paciente en obtener servicios" (Participante de la región de Mayagüez)

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
		Reconocimiento simultáneo de consecuencias	"Los pacientes vuelven al hospital deteriorados ya que no tienen el dinero para comprar sus medicamentos o comprar los alimentos que necesitan para, mantenerse saludables [...] La población mayor muchas veces se encuentra solo sin apoyo y muchos necesitan cuidadores que no están disponibles" (Participante de la región Metropolitana) "[...] muchos con pocos ingresos, menor acceso a salud, alimentos, vivienda y transportación" (Participante de la región de Mayagüez) "Muchos adultos mayores solos, con viviendas inseguras, sin acceso a servicios básicos con mucha soledad y enfermedades crónicas [..] Jóvenes con ansiedad y poco interés en el futuro a cause del impacto de las redes y todos los fenómenos naturales y sociales [..] Bajo rendimiento académico por las ausencias a la escuela. Esto afecta a la salud como determinante social" (Participante de la región de Bayamón)

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
Reducción en la capacidad de respuesta de profesionales de la salud	*En esta categoría se agruparon las respuestas de participantes que indicaron situaciones que impactaron de alguna manera la salud de la comunidad a la cual su entidad sirve, como consecuencia de la poca disponibilidad o la reducción de la capacidad de respuesta de profesionales de la salud, especialmente médicos.*	N/A	"El éxodo de médicos, la pandemia afectan la confianza en los servicios de salud, la calidad de cuidado de los pacientes y la prevención e información en educación en salud" (Participante de la región de Caguas) "Durante emergencias por eventos climatológicos se pueden observar en los refugios poco a médicos y medicamentos" (Participante de la región de Mayagüez) "Al no lograr mantener a los nuevos profesionales de la salud en Puerto Rico, tendremos mayor dificultad para lograr que el sistema de salud tenga los recursos humanos que se necesitan para atender las situaciones de salud de la población" (Participante de la región Metropolitana) "Pocas oportunidades para licenciar profesionales de la salud, lo que a su vez conlleva disminución de este personal en Puerto Rico" (Participante de la región de Arecibo)

Pregunta 3: ¿Cuáles poblaciones en la comunidad que atiende su entidad se ven particularmente afectadas por los eventos, tendencias o factores descritos anteriormente?

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
Población general sin distinciones	*En esta categoría se agruparon las respuestas de participantes que indicaron a la población general como objetivo principal de los servicios provistos por su entidad y que se ven afectadas por los eventos, tendencias o factores que suceden en la comunidad como fuerzas de cambio. En esta categoría no se hicieron distinciones por criterios específicos de inclusión o exclusión.*	Población general	"Generalmente entiendo que todas las poblaciones son afectadas" (Participante de la región de Mayagüez) "Somos un lugar de confianza donde voluntarios se desviven para hacer llegar los servicios a toda persona elegible y no interrumpa los servicios que necesita" (Participante de la región de Vieques) "De ser afectado nuestra población sería mínimamente porque siempre hemos recibido ayuda rápidamente y la comunidad siempre se prepara para cualquier evento como si estuviéramos solo[s]" (Participante de la región de Culebra)
Poblaciones basadas en edad	*En esta categoría se agruparon las respuestas de participantes que indicaron el criterio de personas con grupos de edad específicos (por ejemplo:*	Menores de edad	"Los menores son los más afectados ya que no saben el impacto o peligro que ocasionan estos eventos porque solo son niños" (Participante de la región de Mayagüez)

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
	menores de edad, jóvenes adolescentes y adultos mayores) como objetivo principal de los servicios provistos por su entidad y que se ven afectadas por los eventos, tendencias o factores que suceden en la comunidad como fuerzas de cambio.		"Los niños se afectan con el cierre de escuelas, afectando su educación y servicios que se le ofrecen terapias, etc." (Participante de la región de Mayagüez) "Población niños dado que los padres no tienen mucha información" (Participante de la región Metropolitana)
		Adultos mayores	"La de envejecientes ya que hay mucho adulto mayor que no tiene familia" (Participante de la región de Arecibo) "Se ven sumamente [afectados] los adultos mayores que no cuentan con condiciones o familias de forma regular y continua. Ya que se dificultará grandemente el acceso a los servicios de salud" (Participante de la región de Bayamón) "Los adultos mayores [son] muy afectados porque tienen condiciones de salud y necesitan luz eléctrica y ayudas [para] *trasportarse*, servicios

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
			médicos" (Participante de la región de Mayagüez)
			"Envejecientes que no tienen recursos de vivienda, cuido, higiene y tratamiento" (Participante de la región de Ponce)
		Jóvenes adolescentes	"Orientamos a la población incluyendo jóvenes en escuelas [...] sobre la prevención de COVID-19 y enfermedades respiratorias" (Participante de la región de Arecibo)
			"Población juvenil con problemas de salud mental" (Participante de la región de Mayagüez)
Poblaciones basadas en posición socioeconómica	*En esta categoría se agruparon las respuestas de participantes que indicaron el criterio de personas con características socioeconómicas específicas (por ejemplo: personas con niveles de escolaridad más bajos o altos, tipo de empleo u ocupación, ingresos y/o niveles de pobreza) como objetivo principal de los servicios provistos por su entidad y que se*	Personas con niveles de escolaridad más bajos	*No se identificaron citas que contextualicen con más detalle la mención de esta población. Se identificó que se hizo referencia a esta población con palabras o frases como "analfabetas", "desertores escolares" y "[población] sin escolaridad", por participantes de las regiones de Arecibo, Bayamón y Metropolitana.*
		Personas en proceso de	"Estudiantes con necesidad económica, primera generación

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
	ven afectadas por los eventos, tendencias o factores que suceden en la comunidad como fuerzas de cambio.	obtener un nuevo nivel de escolaridad	universitarios" (Participante de la región de Mayagüez) "Estudiantes con discapacidad y no videntes, recursos limitados" (Participante de la región de Mayagüez) *También se identificó que se hizo referencia a esta población con las palabras "estudiantes" y "educados", por participantes de las regiones de Arecibo, Mayagüez y Ponce.* "La clase trabajadora que ofrece servicios mayores de 50 años tienen que trabajar más tiempo después de la edad de jubilación" (Participante de la región de Mayagüez)
		Personas clasificadas por tener o no algún empleo	"Empleados y toda la población que se atiende" (Participante de la región de Caguas) "La comunidad universitaria y empleados no docentes" (Participante de la región de Ponce) *También se identificó que se hizo referencia a esta población con*

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
			palabras o frases como "empleados", "población trabajadora" y "desempleo" por participantes de las regiones de Arecibo, Mayagüez y Metropolitana. "La población más afectada es la de bajo nivel de pobreza" (Participante de la región de Ponce) "Poblaciones de bajos recursos, no privilegiadas" (Participante de la región de Ponce)
		Personas con bajos ingresos y/o en condiciones de pobreza	*También se identificó que se hizo referencia a esta población con frases como "personas de bajos recursos", "personas de bajos ingresos", "poblaciones de bajos ingresos", "[personas] con recursos limitados", "[personas] de pocos recursos", "[personas] bajo el nivel de pobreza" y "población en bajo nivel de pobreza" por participantes de las regiones de Arecibo, Mayagüez, Metropolitana, Ponce, Vieques*

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
	ejemplo: enfermedades crónicas o infecciosas, condiciones o situaciones de salud mental, y/o diversidad funcional) como objetivo principal de los servicios provistos por su entidad y que se ven afectadas por los eventos, tendencias o factores que suceden en la comunidad como fuerzas de cambio.	infecciosa, incluyendo o no aquellas en etapa terminal	"Pacientes con enfermedades crónicas: cáncer, enfermedades renales" (Participante de la región de Ponce) "Se ven afectados los pacientes con condiciones terminales" (Participante de la región de Arecibo) "Comunidad de pacientes y condiciones en etapa termina o expectativa de vida de seis meses o menos" (Participante de la región de Mayagüez) "Personas que viven con VIH" (Participante de la región de Mayagüez) "Todos los días trabajamos con casos de COVID-19" (Participante de la región de Arecibo)
		Personas con cualquier situación de salud mental	*No se identificaron citas que contextualicen con más detalle la mención de esta población. Se identificó que se hizo referencia a esta población con frases como "personas con problemas mentales" y "población con problemas de salud mental", por participantes de las*

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
		Personas con alguna discapacidad o situación de diversidad funcional	*regiones de Caguas, Mayagüez y Ponce.* "Población con diversidad funcional y salud emocional" (Participante de la región Metropolitana) "La población con discapacidad son un impacto por lo de #2. Tiene menos servicios prevención es menos efectiva/eficaz aún más riesgos y factores negativos, determinantes de la salud en personas con discapacidades [...]" (Participante de la región Metropolitana) "[Personas] con discapacidad muy pocas veces tiene acceso a recursos y ayudas durante eventos naturales" (Participante de la región de Bayamón) *También se identificó que se hizo referencia a esta población con palabras o frases como "personas con discapacidad física y mental", "personas con impedimentos y*

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
			cuidadores (físico, mental, emocional, cognitivo, auditivo, visual)", "personas incapacitadas", "comunidad con discapacidad", "individuos con discapacidades (tanto física como salud mental)", "personas con discapacidad intelectual, específicamente los severos/profundos", "población con discapacidades motoras" por participantes de las regiones de Arecibo, Bayamón, Caguas, Metropolitana y Ponce.
Poblaciones basadas en criterios de vulneración	*En esta categoría se agruparon las respuestas de participantes que indicaron varios criterios de vulneración (por ejemplo: personas en desventaja social por razones de género, orientación sexual, violencia de género, uso de sustancias, sinhogarismo y/o residencia en zonas rurales) como objetivo principal de los servicios provistos por su entidad y que se*	Personas de comunidad LGBTTQIA+	"Se ven impactados todos, unos más posible que otros posiblemente por la interseccionalidad de variables como género, orientación sexual, etc." (Participante de la región Metropolitana) *También se identificó que se hizo referencia a esta población con frases como "comunidad LGBTQIA+", "población LGBTQIA", "LGBT+" y "comunidad LGBTAIA+ y minorías sociales" por participantes de las*

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
	ven afectadas por los eventos, tendencias o factores que suceden en la comunidad como fuerzas de cambio.		*regiones de Mayagüez, Metropolitana y Ponce.*
		Personas víctimas de violencia	*No se identificaron citas que contextualicen con más detalle la mención de esta población. Se identificó que se hizo referencia a esta población con frases como "mujeres víctimas de violencia de género", "víctimas de violencia doméstica", y "víctimas de violencia", por participantes de las regiones de Bayamón, Mayagüez y Metropolitana.*
		Personas con situaciones de uso o abuso de sustancias	*No se identificaron citas que contextualicen con más detalle la mención de esta población. Se identificó que se hizo referencia a esta población con frases como "uso de sustancias", "dependientes de sustancias controladas", "personas con el uso y abuso de sustancias", y "personas con problemas [de] acción", por participantes de las regiones de Arecibo y Caguas.*
		Personas sin hogar	*No se identificaron citas que contextualicen con más detalle la mención de esta población. Se*

Categoría	Definición	Subtemas	Ejemplos de respuestas alineadas a la clasificación
			identificó que se hizo referencia a esta población con palabras o frases como "homeless", "ambulantes" y "personas sin hogar", por participantes de las regiones de Arecibo, Caguas y Ponce.
		Personas que residen en zonas rurales	*No se identificaron citas que contextualicen con más detalle la mención de esta población. Se identificó que se hizo referencia a esta población con frases como "comunidades rurales", "población [que] viven en área rural" y "[sectores] en el área del campo", por participantes de las regiones de Arecibo, Bayamón y Metropolitana.*

Anejo 6:

Guía rápida de activos

Evaluación de la situación de la comunidad

Características Sociodemográficas

Temática: Ingreso de Hogar

🤝 Banco de Alimentos de Puerto Rico

Qué ofrece: Distribución de alimentos a personas y familias en inseguridad alimentaria a través de bancos, despensas y organizaciones aliadas en toda la isla.
Tel: (787)-740-3663
Email: malborde@bancodealimentopr.org
Web: alimentospr.org

🏛 División de Alimentación Suplementaria (WIC)

Departamento de Salud de Puerto Rico

Qué ofrece: Alimentos suplementarios, educación nutricional, promoción de lactancia materna y referidos a servicios de salud para mujeres embarazadas, lactantes, infantes y niños hasta 5 años.
Tel: (787)766-2805
Email: wic@salud.pr.gov
Web: salud.pr.gov/wic

🏛 División de Servicios Médicos y Hospitalarios

Departamento de Salud de Puerto Rico

Qué ofrece: Servicios médicos a pacientes médico-indigentes con enfermedades catastróficas tratables que no tienen recursos para costear su tratamiento.
Tel: (787)765-2929 ext. 3801
Email: roxmartinez@salud.pr.gov
Web: salud.pr.gov/CMS/594

Características Sociodemográficas

Temática: Nivel de Educación

Guardarraya Unidos por un Patrimonio Educativo (GUPE)

Qué ofrece: Proyectos comunitarios de educación, cultura y desarrollo en el barrio Guardarraya de Patillas.
Tel: (787)398-7960
Email: comitegupe@gmail.com
Web: hispanicfederation.org

Hogar de Niño Regazo de Paz

Qué ofrece: Cuidado residencial y desarrollo integral para niños de 0 a 8 años removidos de sus hogares por maltrato o abandono.
Tel: (787)882-3072
Email: zrodriguez.regazodepaz@gmail.com
Web: regazodepaz.com

Proyecto Nacer Inc.

Qué ofrece: Apoyo integral a madres adolescentes, mujeres embarazadas y sus bebés mediante servicios educativos, de salud y sociales.
Tel: (787)730-2575
Email: info@proyectonacer.com
Web: proyectonacer.com

Centro Inés

Qué ofrece: Servicios educativos y de desarrollo para niños y adultos mayores en la comunidad.
Tel: (787)706-0465
Email: info@centroines.org
Web: centroines.org

Centros Sor Isolina Ferré

Qué ofrece: Programas multidisciplinarios de educación, capacitación vocacional y apoyo comunitario para niños, jóvenes y familias en riesgo.
Tel: (787)842-0000
Email: info@csifpr.org
Web: sorislolinaferre.org

Características Sociodemográficas

Temática: Nivel de Pobreza

Acción Social Puerto Rico Inc. – Metro

Qué ofrece: Programas de apoyo comunitario, asistencia social y desarrollo económico para familias de bajos ingresos y adultos mayores.
Tel: (787)809-3445
Email: ainabetse.garcia@aspripr.org
Web: aspripr.org

Caritas Mayagüez

Diócesis de Mayagüez

Qué ofrece: Servicios de asistencia social y humanitaria para personas necesitadas en los 14 municipios de la Diócesis de Mayagüez.
Tel: (787)833-3627
Email: caritasdiocesismayaguez@gmail.com
Web: facebook.com

Corporación Milagros del Amor

Qué ofrece: Provisión de alimentos, ropa, vivienda, manejo de casos y apoyo espiritual a personas sin hogar y familias vulnerables.
Tel: (787)745-4605
Email: ymartinez@cormapr.org
Web: cormapr.org

Mujeres de Isla

Fundación Mujeres Puerto Rico

Qué ofrece: Apoyo a mujeres de Vieques en pobreza, sobrevivientes de violencia de género y mujeres jefas de familia.
Tel: (787)413-3436
Email: alexandria@mujeresdeislas.org
Web: fundacionmujerespuertorico.org

PROYECTO P.E.C.E.S., Inc.

Qué ofrece: Educación alternativa, desarrollo económico, resiliencia comunitaria y servicios sociales en comunidades del sureste de Puerto Rico.
Tel: (787)383-1127
Email: yantuna@proyectopecesinc.org
Web: pecesinc.org

PACTA, Inc.

Qué ofrece: Servicios de apoyo social y económico para familias y comunidades en pobreza.
Tel: (787)650-8777
Email: pactahelp@gmail.com
Web: pactapr.godaddysites.com

Características Sociodemográficas

Temática: Nivel de Pobreza

The Happy Givers

Qué ofrece: Donaciones, eventos comunitarios y apoyo a familias vulnerables en Loíza y comunidades costeras.
Tel: (919)-809-4353
Email: jessika@thehappygivers.com
Web: happynpo.com

CODEVYS

Corporación de Desarrollo Económico, Vivienda y Salud

Qué ofrece: Orientación y servicios para familias en riesgo de perder su vivienda, personas sin hogar y adultos mayores.
Tel: (787)879-3300
Email: codevys@yahoo.com
Web: codevys.com

Comunidad del Bo. Quebradas Inc.

Qué ofrece: Iniciativas de apoyo social, comunitario y servicios a residentes del Barrio Quebradas de Yauco.
Tel: (939)952-4949
Email: cbqinc@quebradasyauco.org
Web: quebradasyauco.org

ACUTAS

Asociación de Comunidades Unidas Tomando Acción Solidaria

Qué ofrece: Desarrollo comunitario y servicios sociales en las comunidades de Villa Calma I y II, Villas del Sol e Ingenio.
Tel: (787)985-9930
Email: acutaspr@gmail.com
Web: acutaspr.org

Características Sociodemográficas

Temática: Discapacidad (Diversidad Funcional)

APNI, Inc.
Apoyo a Padres de Niños con Impedimentos

Qué ofrece: Orientación, defensa y recursos educativos para padres, madres y familias de niños y jóvenes con impedimentos.
Tel: (787)763-4665
Email: centroinfo@apnipr.org
Web: apnipr.org

Asociación de No Videntes Luz de Amor, Inc.

Qué ofrece: Servicios de apoyo, orientación y desarrollo para personas ciegas o con impedimentos visuales en Bayamón y municipios cercanos.
Tel: (939)413-2713
Email: luzdeamorinc@gmail.com
Web: facebook.com/asociaciondenovidentesluzdeamor

APIADI
Asociación por Inclusión Adultos Discapacidad Intelectual

Qué ofrece: Servicios e inclusión para adultos con discapacidad intelectual, sus familias y cuidadores.
Tel: (787)640-0618
Email: formulapku@gmail.com
Web: apiadi.org

Carrusel en la Sebastián Corp.
Fundación Carrusel Puerto Rico

Qué ofrece: Terapias y apoyo a personas con autismo, TDAH, epilepsia, parálisis cerebral, esclerosis múltiple y veteranos con necesidades especiales.
Tel: (787)313-9800
Email: fundacioncarrucel@gmail.com
Web: fundacioncarruselpr.org

CEVI – Consejo Estatal de Vida Independiente

Qué ofrece: Promueve vida independiente, liderazgo y participación comunitaria para personas con impedimentos significativos.
Tel: **(787)**385-3034
Email: sofiapantel@gmail.com
Web: cevipr.org

Instituto Psicopedagógico de Puerto Rico

Qué ofrece: Programas de habilitación, educación y apoyo para adultos con discapacidad intelectual severa.
Tel: **(787)**614-4584
Email: elba.castellanos@ipprpr.org
Web: ipprpr.org

Características Sociodemográficas

Temática: Discapacidad (Diversidad Funcional)

🤝 MAVI – Movimiento para el Alcance de Vida Independiente

Qué ofrece: Adiestramiento en destrezas de vida independiente y defensa de derechos para personas con impedimentos.
Tel: (787)460-3058
Email: lrobledo@mavi-pr.org
Web: mavi-pr.org

🤝 Puerto Rico P&A – Puerto Rico Protection & Advocacy

Qué ofrece: Defensa legal y protección de derechos para personas con discapacidades intelectuales, del desarrollo, de salud mental y físicas.
Tel: (787)286-2356
Email: imaisonet@opdpi.pr.gov
Web: dpi.pr.gov

🤝 Asociación Nacional de Ciegos (ANCI Puerto Rico)

Qué ofrece: Servicios, capacitación y defensa de derechos para personas con discapacidad visual en Puerto Rico.
Tel: (787)830-7086
Email: centrodeciegos@yahoo.com
Web: ancipr.org

🏛 División de Salud Integral y Bienestar Comunitario

Departamento de Salud de Puerto Rico

Qué ofrece: Programas de envejecimiento saludable, bienestar comunitario y coordinación de servicios para adultos mayores (60+) y cuidadores.
Tel: (787)765-2929 ext. 4105
Email: envejecimiento.saludable@salud.pr.gov
Web: salud.pr.gov

🏛 División de Rehabilitación Integral y Vida Independiente

Departamento de Salud de Puerto Rico

Qué ofrece: Servicios de rehabilitación y apoyo a la vida independiente para adultos con discapacidad intelectual y sus cuidadores primarios.
Tel: (787)765-2929 ext. 2546
Email: melissa.agosto@salud.pr.gov
Web: salud.pr.gov/CMS/591

Características Sociodemográficas

Temática: Cubierta de Salud

Fundación Huntington Puerto Rico

Qué ofrece: Educación, apoyo y recursos para pacientes con enfermedad de Huntington, sus familias y cuidadores.
Tel: (787)941-4699
Email: fundacionhd3@gmail.com
Web: fundacionhuntington.org

OPAPA

Organización en Pro de la Atención a la Persona con Alzheimer

Qué ofrece: Servicios de orientación, apoyo y respiro para personas con Alzheimer y sus cuidadores.
Tel: (787)696-1159
Email: opapapr@gmail.com
Web: opapapr.org

Vieques en Rescate

Vieques en Rescate

Qué ofrece: Apoyo a residentes de Vieques afectados por pobreza, escasez de servicios de salud y emergencias.
Tel: (787)408-7161
Email: viequesenrescate@gmail.com
Web: facebook.com/viequesenrescateinc

Oficina de Servicios y Ayuda al Ciudadano – Arroyo

Municipio de Arroyo

Qué ofrece: Orientación y tramitación de servicios gubernamentales, incluyendo acceso a programas de salud, para residentes de Arroyo.
Tel: (787)839-3500 ext. 374
Email: ciudadano@arroyopr.gov
Web: arroyopr.gov

División de Asistencia Médica – Medicaid

Departamento de Salud de Puerto Rico

Qué ofrece: Administración del Programa Medicaid; acceso a servicios de salud para personas de bajos recursos, con discapacidad, personas mayores y embarazadas.
Tel: (787)641-4224
Email: darisyalim.ramos@salud.pr.gov
Web: salud.pr.gov/CMS/85

Características Sociodemográficas

Temática: Población Migratoria

Comisión de Derechos Civiles de Puerto Rico

Gobierno de Puerto Rico

Qué ofrece: Protección y promoción de los derechos civiles de toda la ciudadanía, incluyendo población migrante y grupos vulnerables.
Tel: (787)764-8686
Email: rvillafane@cdc.pr.gov
Web: cdc.pr.gov

Temática: General

Movilidad Ciudadana – Municipio Vega Baja

Municipio de Vega Baja

Qué ofrece: Servicios de orientación y acceso a programas municipales y gubernamentales para los ciudadanos de Vega Baja.
Tel: (787)855-2500 ext. 3305
Email: efontan@vegabaja.gov.pr
Web: vegabaja.gov.pr

División de Salud Familiar e Infantil

Departamento de Salud de Puerto Rico

Qué ofrece: Servicios de salud, seguimiento y educación para mujeres en edad reproductiva, embarazadas, infantes, niños y adolescentes.
Tel: (787)765-2929 ext. 5460
Email: abraham.rivera@salud.pr.gov
Web: salud.pr.gov/CMS/396

División de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública

Departamento de Salud de Puerto Rico

Qué ofrece: Planificación e implementación de sistemas de respuesta ante emergencias, brotes epidémicos y desastres naturales.
Tel: (787)773-0600 ext. 254
Email: shirley.esquilin@salud.pr.gov
Web: salud.pr.gov/CMS/188

Estadísticas Vitales

Temática: Nivel de Pobreza

Altrusa de San Sebastián
Qué ofrece: Programas de alfabetización, recaudación de fondos y proyectos comunitarios de impacto social en San Sebastián.
Tel: (787)363-1132
Email: rg409494@gmail.com
Web: districtfourteen.altrusa.org

Enfermedades Crónicas – Comportamiento de Riesgo

Temática: Inactividad Física

ARECMA, Inc.
Asociación Recreativa y Educativa Comunal del Barrio Mariana

Qué ofrece: Actividades recreativas, educativas y de organización comunitaria para la comunidad del Barrio Mariana en Humacao.
Tel: (787)342-7950
Email: arecma.organiza@gmail.com
Web: arecma.org

Departamento de Recreación y Deportes de Puerto Rico
Gobierno de Puerto Rico

Qué ofrece: Programas deportivos, recreativos y de formación de valores para niños, jóvenes, adultos y adultos mayores en toda la isla.
Tel: (787)721-2800
Email: mgonzalez03@sanjuan.pr
Web: drd.pr.gov

Programa de Servicios de Adultos Mayores – Naguabo
Municipio de Naguabo

Qué ofrece: Actividades, servicios de acompañamiento y apoyo social para personas de 60 años o más residentes en Naguabo.
Tel: (787)874-3040 ext. 482
Email: oficinaadultosmayores@munnaguabo.gov.pr
Web: municipiodenaguabo.com

Enfermedades Crónicas – Comportamiento de Riesgo

Temática: Consumo de Alcohol

Grupos de Familia NAR Anon
Nar Anon / Al-Anon Puerto Rico

Qué ofrece: Grupos de apoyo para familiares y allegados de personas con problemas de alcohol y sustancias.
Tel: (787)786-1414
Email: marisa-v@hotmail.com
Web: alanonalateenpr.org

Enfermedades Crónicas

Temática: Alzheimer / Trastornos Neurocognitivos

Asociación de Alzheimer y Desórdenes Relacionados de Puerto Rico

Qué ofrece: Servicios educativos, de apoyo y orientación para personas con Alzheimer, demencias, cuidadores y profesionales de la salud.
Tel: (787)268-6918
Email: asociacionalzheimerpr@gmail.com
Web: alzheimerpr.com

De Frente al Alzheimer

Qué ofrece: Recursos, orientación y servicios de apoyo para personas con Alzheimer y sus familias.
Tel: (787)420-7888
Email: solicitud@defrentepr.com
Web: defrentepr.com

Programa de Servicios a Personas con Alzheimer y Otros Desórdenes Relacionados
Departamento de Salud de Puerto Rico

Qué ofrece: Coordinación de servicios, educación y apoyo a personas con Alzheimer, trastornos neurocognitivos, cuidadores y profesionales de la salud.
Tel: (787)765-2929 ext. 4540
Email: serviciosalzheimer@salud.pr.gov
Web: salud.pr.gov/CMS/418

Enfermedades Crónicas

Temática: Asma

🏛 Sección de Prevención y Control de Condiciones Crónicas – Asma

Departamento. de Salud de Puerto Rico

Qué ofrece: Manejo, educación y control del asma para niños, adolescentes, adultos, personal escolar y comunidades con alta prevalencia.
Tel: (787)765-2929 ext. 4156
Email: programa.asma@salud.pr.gov
Web: salud.pr.gov/CMS/88

Temática: Diabetes

🏛 Sección de Prevención y Control de Condiciones Crónicas – Diabetes

Departamento. de Salud de Puerto Rico

Qué ofrece: Prevención y control de la diabetes mediante educación, orientación y coordinación de servicios para personas con diabetes y prediabetes.
Tel: (787)765-2929 ext. 4127
Email: leperez@salud.pr.gov
Web: salud.pr.gov/CMS/430

Temática: Consumo de Tabaco

🏛 Sección de Prevención y Control – Control de Tabaco / Déjalo Ya!

Departamento de Salud de Puerto Rico

Qué ofrece: Prevención del uso de tabaco, cesación, política pública libre de humo y capacitación a escuelas, municipios y organizaciones.
Tel: (877)335-2567
Email: controldetabaco@salud.pr.gov
Web: salud.pr.gov

Enfermedades Crónicas

Temática: Obesidad

Fundación El Ángel de Miguel Cotto

Fundación El Ángel

Qué ofrece: Programas de actividad física, nutrición y prevención de obesidad para niños, adolescentes y adultos.
Tel: (787)585-5515
Email: oramos@fundacionelangelmc.org
Web: fundacionelangel.org

Enfermedades Crónicas – Cáncer

Temática: General

Fundación Casa de Salud Ven-Rose, Inc.

Fundación Ven-Rose

Qué ofrece: Apoyo integral a pacientes con cáncer y personas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD).
Tel: (787)453-9736
Email: fundacionvenrose@gmail.com
Web: facebook.com/fundacionvenrose

Enfermedades Infecciosas

Temática: STDs / VIH

APSAPS – Asociación Puertorriqueña de Servicios y Ayuda al Paciente con SIDA

Qué ofrece: Servicios biopsicosociales a personas infectadas o afectadas por VIH/SIDA en el municipio de San Juan.
Tel: (787)457-8477
Email: adm.apsaps@gmail.com
Web: directoriovih.salud.pr.gov

Profamilias Puerto Rico

Asociación. Puertorriqueña Probienestar de las Familias

Qué ofrece: Servicios de salud sexual y reproductiva, educación y prevención de ITS/VIH para jóvenes, personas de escasos recursos y población en general.
Tel: (787)765-7373 ext. 2110
Email: direccionejecutiva@profamiliaspr.org
Web: profamiliaspr.org

Casa del Peregrino Aguadilla Inc.

Casa del Peregrino

Qué ofrece: Albergue, alimentos, manejo de casos y servicios de salud para personas sin hogar, familias en riesgo y personas con VIH.
Tel: (787)891-0059
Email: casaperegrino@gmail.com
Web: facebook.com/CasaDelPeregrino

El Punto en la Montaña

El Punto en la Montaña

Qué ofrece: Servicios de reducción de daños y apoyo a personas usuarias de drogas en Caguas, Cayey y municipios circundantes.
Tel: (939)399-3205
Email: gladys.nieves@elpuntopr.org
Web: elpuntopr.org

Casa Joven del Caribe

Casa Joven del Caribe

Qué ofrece: Atención médica y apoyo integral a personas viviendo con VIH, adultos 18 años en adelante VIH positivo.
Tel: (787)796-2832
Email: casajovendelcaribe@yahoo.com
Web: directoriovih.salud.pr.gov

División de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles – VIH/ITS

Departamento de Salud de Puerto Rico

Qué ofrece: Prevención, pruebas, PrEP, educación y coordinación de servicios para personas en riesgo de ITS/VIH y personas viviendo con VIH.
Tel: (787)765-2929 ext. 3611
Email: jose.acosta@salud.pr.gov
Web: salud.pr.gov/CMS/61

Enfermedades Infecciosas

Temática: Enfermedades Prevenibles por Vacunas

🏛 División de Inmunización

Departamento de Salud de Puerto Rico

Qué ofrece: Prevención de enfermedades mediante vacunación, educación y servicios de inmunización para niños, adultos mayores y personas con condiciones crónicas.
Tel: (787)765-2929 ext. 3338
Email: prirhelp@salud.pr.gov
Web: salud.pr.gov/CMS/107

Temática: Arbovirales

🏛 División de Control de Vectores y Zoonosis

Departamento de Salud de Puerto Rico

Qué ofrece: Vigilancia, prevención y control de enfermedades arbovirales (dengue, zika, chikungunya) y zoonóticas en Puerto Rico.
Tel: (787)765-2929 ext. 3204
Email: wilma.rivera@salud.pr.gov
Web: salud.pr.gov/CMS/185

Salud Mental

Temática: Atención

🤝 Vieques Love – Enlace Comunitario

Qué ofrece: Apoyo comunitario en recuperación post-desastre, vivienda, salud y educación para las comunidades de Vieques.
Tel: (787)223-8631
Email: dayanaracruz358@gmail.com
Web: viequeslove.org

🤝 Waves Ahead Corp.

Qué ofrece: Servicios de salud mental y bienestar para personas LGBTQ+ adultas mayores, sobrevivientes de violencia y comunidades vulnerables.
Tel: (787)940-8851
Email: waves@wavesahead.org
Web: wavesahead.org

🤝 Casa de Pacto Puerto Rico/ Casa en Tu Casa

Qué ofrece: Servicios espirituales, emocionales y sociales para niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y comunidades locales.
Tel: (787)221-3421
Email: info@casadepactopr.com
Web: casadepactopr.com

Salud Mental

Temática: Atención

🏛 Sección de Prevención y Centro de Ayuda a Víctimas de Violencia – CAVV

Departamento de Salud de Puerto Rico

Qué ofrece: Asistencia a sobrevivientes de agresión sexual y violencia doméstica mediante coordinación de servicios médicos y psicosociales.
Tel: (787)765-2929 ext. 5940 | Línea 24/7: (787)765-2285
Email: cavv.facilidadesdesalud@salud.pr.gov
Web: salud.pr.gov/CMS/104

Temática: General

🤝 Coordinadora Paz para las Mujeres

Coordinadora Paz para las Mujeres

Qué ofrece: Educación comunitaria, asistencia técnica y apoyo a sobrevivientes de violencia doméstica, agresión sexual y violencia de género.
Tel: (787)281-7579
Email: v.gonzalez@pazparalamujer.org
Web: pazparalasmujeres.org

🤝 ESCAPE – Centro de Fortalecimiento Familiar

ESCAPE

Qué ofrece: Servicios a niños, niñas y familias afectadas por maltrato, negligencia y violencia familiar.
Tel: (787)287-6161
Email: ypizarro@escapepr.org
Web: facebook.com/escapeorg

🤝 La Fondita de Jesús

La Fondita de Jesús

Qué ofrece: Servicios de albergue, alimentación y apoyo integral para personas sin hogar o en riesgo de estarlo.
Tel: (787)724-4051
Email: gbayron@lafonditadejesus.org
Web: lafonditadejesus.org

🤝 Envejecer en Armonía

Envejecer en Armonía Inc.

Qué ofrece: Programas de bienestar, actividades y servicios de apoyo para adultos mayores.
Tel: (787)735-2126
Email: envejecerenarmonia@gmail.com
Web: facebook.com

🤝 Círculo Histórico Cultural de Camuy

Círculo Histórico Cultural de Camuy

Qué ofrece: Actividades culturales, históricas y educativas que promueven el bienestar comunitario en Camuy.
Tel: (787)898-9133
Email: camuymuseo@yahoo.com
Web: facebook.com/museohistoriacamuy

Salud Mental – Trastornos de uso de sustancias

Temática: Abuso de Sustancias

Casa la Providencia, Inc.

Qué ofrece: Tratamiento residencial para mujeres adultas con dependencia a sustancias y sobrevivientes de violencia de género.
Tel: (787)725-5358
Email: casalaprovidencia@hotmail.com
Web: casalaprovidenciapr.com

Programa de Apoyo y Enlace Comunitario (PAEC)

Qué ofrece: Apoyo comunitario, orientación y enlace a servicios de salud y sociales para comunidades vulnerables y familias de escasos recursos.
Tel: (787)486-7602
Email: mhernandez.paec@gmail.com
Web: paec-pr.org

Unidad de Reducción de Daños – Oficina de Planificación y Desarrollo

Departamento de Salud de Puerto Rico

Qué ofrece: Coordinación de estrategias de reducción de daños, prevención de sobredosis y capacitación a profesionales, escuelas y comunidades.
Tel: (787)765-2929 ext. 3687
Email: carlos.sepulveda@salud.pr.gov
Web: salud.pr.gov/CMS/594

Profesionales de la Salud

Temática: Farmacia

Asociación de Farmacias de la Comunidad (AFCPR)

Qué ofrece: Representación, capacitación y apoyo a farmacias comunitarias y farmacéuticos licenciados de Puerto Rico.
Tel: (787)758-6101
Email: afcpr@afcpr.net
Web: afcpr.net

Profesionales de la Salud

Temática: Activos

COSSAO – Corporación de Servicios de Salud El Otoao

Qué ofrece: Servicios de salud primaria y desarrollo socioeconómico para comunidades geográficamente aisladas en Utuado, Ciales y Jayuya.
Tel: (787)941-0852
Email: clinicamameyes@gmail.com
Web: cossaopr.org

Centro Municipal Mis Años Dorados Entre Montañas – Utuado

Municipio de Utuado

Qué ofrece: Centro de servicios, actividades y apoyo integral para adultos mayores del municipio de Utuado.
Tel: (787)894-3505 ext. 3800
Email: cemuutuado@gmail.com
Web: facebook.com/municipiodeutuadooficial

Temática: Empleos

Fundación Bucarabón

Qué ofrece: Desarrollo económico, agrícola y comunitario para agricultores, mujeres y comunidades rurales de Maricao y áreas aledañas.
Tel: (787)966-5962
Email: contact@fundacionbucarabon.org
Web: fundacionbucarabon.org

Fundación Guiando Tu Ser, Inc.

Qué ofrece: Servicios de orientación, desarrollo personal y apoyo comunitario para la comunidad general.
Tel: (939)642-2972
Email: adamildredl@gmail.com
Web: facebook.com

Temática: Dental

Sección de Prevención y Control – Salud Oral

Departamento de Salud de Puerto Rico

Qué ofrece: Programas de salud oral, educación y prevención para estudiantes, niños, adolescentes, familias y profesionales de la salud dental.
Tel: (787)765-2929 ext. 4105
Email: saludoral@salud.pr.gov
Web: salud.pr.gov/CMS/105

IMPORTANTE: Verifique la información directamente con cada proveedor antes de acudir, ya que los datos pueden haber cambiado.
Departamento de Salud de Puerto Rico | (787)765-2929 | www.salud.pr.gov



Departamento de Salud de Puerto Rico (2026).
Evaluación del Estado de la Salud Puerto Rico 2025.
Oficina de Planificación y Desarrollo.

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO