



ARTICULO ORIGINAL

Caracterización clínica educativa de pacientes con enfermedades transmisibles desde el enfoque "Una sola Salud" en barrios vulnerables

Clinical and educational characterization of patients with communicable diseases from the "One Health" approach in vulnerable neighborhoods

Caracterização clínica e educativa de pacientes com doenças transmissíveis sob a abordagem "Saúde Única" em bairros vulneráveis

Guillermo Alejandro Herrera Horta¹ , María de la Caridad Casanova Moreno² ,
Guillermo Luis Herrera Miranda¹ 

¹Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río, Cuba.

RESUMEN

Introducción: las enfermedades transmisibles y su abordaje constituyen un problema de salud en los barrios cuyos habitantes viven en situación de vulnerabilidad.

Objetivo: realizar la caracterización clínica y educativa de los pacientes con enfermedades transmisibles desde el enfoque "Una sola Salud" en los barrios vulnerables del municipio Pinar del Río, durante el período 2023-2025.

Métodos: investigación observacional, descriptiva y transversal; se emplearon encuestas y la Escala de Autocuidado en Barrios Vulnerables en Transformación como técnicas de recolección de datos. La población fue de 1 626 casos confirmados o probables de enfermedades transmisibles; la corrección por población finita redujo el tamaño muestral necesario. Se empleó la fórmula para proporciones con precisión $\pm 10\%$, justificada por el carácter diagnóstico del objetivo. El tamaño muestral definitivo fue 91 sujetos.

Resultados: se evidenció un nivel de conocimientos insuficiente sobre los aspectos clínicos de las enfermedades transmisibles y sobre el enfoque "Una sola Salud", escasas prácticas de autocuidado, escasas actividades de promoción de salud y ausencia de modelos de atención clínica y educativa para el abordaje de estas enfermedades.

Conclusiones: la aplicación de los instrumentos diseñados, unida a la revisión documental y la observación científica, permitió identificar los principales problemas relacionados con el abordaje clínico educativo de las enfermedades transmisibles y la necesidad de modificar la realidad actual de este objeto de investigación.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Autocuidado; Enfermedades Transmisibles; Promoción de la Salud; Salud Única.

Citación: Herrera Horta GA, Casanova Moreno MDC, Herrera Miranda GL. Caracterización clínica educativa de pacientes con enfermedades transmisibles desde el enfoque "Una sola Salud" en barrios vulnerables. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2026 [citado: fecha de acceso]; 30(2026): e7248. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/7248>

Recibido: 26 de agosto de 2026
Aceptado: 16 de septiembre de 2026
Publicado: 17 de septiembre de 2026

ABSTRACT

Introduction: communicable diseases and their management constitute a health problem in neighborhoods whose inhabitants live in situations of vulnerability.

Objective: to carry out the clinical and educational characterization of patients with communicable diseases from the "One Health" approach in vulnerable neighborhoods of the Pinar del Río municipality, during the period 2023-2025.

Methods: observational, descriptive, and cross-sectional research; surveys and the Self-Care Scale in Vulnerable Neighborhoods in Transformation were used as data collection techniques. The population consisted of 1,626 confirmed or probable cases of communicable diseases; the finite population correction reduced the required sample size. The formula for proportions with $\pm 10\%$ precision was used, justified by the diagnostic nature of the objective. The final sample size was 91 subjects.

Results: an insufficient level of knowledge was evidenced regarding the clinical aspects of communicable diseases and the "One Health" approach, scarce self-care practices, scarce health promotion activities, and the absence of clinical and educational care models for addressing these diseases.

Conclusions: the application of the designed instruments, together with the documentary review and scientific observation, allowed the identification of the main problems related to the clinical-educational approach to communicable diseases and the need to modify the current reality of this research object.

Keywords: Primary Health Care; Self-Care; Communicable Diseases; Health Promotion; One Health.

RESUMO

Introdução: as doenças transmissíveis e sua abordagem constituem um problema de saúde em bairros cujos habitantes vivem em situação de vulnerabilidade.

Objetivo: realizar a caracterização clínica e educativa dos pacientes com doenças transmissíveis sob a abordagem "Saúde Única" nos bairros vulneráveis do município de Pinar del Río, durante o período de 2023-2025.

Métodos: pesquisa observacional, descritiva e transversal; foram utilizados questionários e a Escala de Autocuidado em Bairros Vulneráveis em Transformação como técnicas de coleta de dados. A população foi de 1.626 casos confirmados ou prováveis de doenças transmissíveis; a correção para população finita reduziu o tamanho amostral necessário. Utilizou-se a fórmula para proporções com precisão de $\pm 10\%$, justificada pelo caráter diagnóstico do objetivo. O tamanho amostral definitivo foi 91 sujeitos.

Resultados: evidenciou-se um nível de conhecimento insuficiente sobre os aspectos clínicos das doenças transmissíveis e sobre a abordagem "Saúde Única", escassas práticas de autocuidado, escassas atividades de promoção da saúde e ausência de modelos de atenção clínica e educativa para a abordagem dessas doenças.

Conclusões: a aplicação dos instrumentos desenhados, juntamente com a revisão documental e a observação científica, permitiu identificar os principais problemas relacionados à abordagem clínico-educativa das doenças transmissíveis e a necessidade de modificar a realidade atual deste objeto de pesquisa.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Autocuidado; Doenças Transmissíveis; Promoção da Saúde; Saúde Única.

INTRODUCCIÓN

A escala mundial, la carga de morbilidad y mortalidad asociada con las enfermedades transmisibles (ET) es casi tres veces mayor que la del cáncer y un 70 % mayor que la de las enfermedades cardiovasculares. Gran parte de esa carga es causada por enfermedades de larga historia, como el sarampión, la influenza y la tos ferina. En los últimos años se suma una carga adicional por brotes de VIH, chikungunya, zika y coronavirus, entre otros, lo que subraya la continua vulnerabilidad de las poblaciones humanas ante amenazas nuevas y reemergentes.⁽¹⁾

Según la Organización Mundial de la Salud, las ET son aquellas causadas por un agente patógeno que se transmite, directa o indirectamente, desde una persona, un animal o un reservorio infectado a un huésped susceptible. La posibilidad de infección depende en parte de las características de los microorganismos, la virulencia intrínseca, la infectividad y la cantidad de material infeccioso.⁽²⁾

Gracias al conocimiento adquirido se han establecido medidas de salud pública para su control, como la potabilización del agua, la disposición de aguas residuales, el mejoramiento de la vivienda, el descubrimiento de los antibióticos y las vacunas. Tales avances involucran la identificación de reservorios animales e intermediarios, pues más del 60 % de las ET que sufre el ser humano son transmitidas por una diversidad de animales, situación que se agrava en los barrios en condiciones de vulnerabilidad.⁽³⁾

En las ciudades, la vulnerabilidad social y económica ha mantenido un ritmo ascendente, tal como reconoce la Comisión Económica para América Latina, que sitúa en un 55 % el hacinamiento de los hogares urbanos en condiciones precarias en América Latina y el Caribe, como consecuencia del aumento de la pobreza y de la pobreza extrema en la región entre 2019 y 2024. Esta fuente estima que para 2029 ocho de cada diez latinoamericanos vivirán en condiciones de vulnerabilidad.⁽⁴⁾

Desde la década de 1990, en Cuba han surgido de forma espontánea barrios denominados vulnerables, según la clasificación gubernamental, que albergan fundamentalmente a personas provenientes de movimientos migratorios que se aproximan a las capitales provinciales por estar mejor dotadas económicamente y con mejores servicios. En ellos se edifican viviendas precarias, muchas veces sin ordenamiento urbano.⁽⁵⁾ Se caracterizan por condiciones técnico-constructivas inadecuadas en las viviendas de manera general, carecen total o parcialmente de los servicios infraestructurales y del equipamiento básico. Están ubicadas en áreas que no reúnen las condiciones medioambientales requeridas para garantizar una calidad de vida adecuada, pueden tener trazados viales anárquicos, no cuentan con sistema oficial de suministro de energía, ni de abasto de agua, carecen de soluciones adecuadas de tratamiento de residuales y de recogida de desechos sólidos. Todo lo anterior manifiesta que no poseen las condiciones higiénico-sanitarias necesarias ni en las viviendas, ni en su entorno físico-ambiental para vivir con calidad y seguridad.⁽⁶⁾

En 2025 se identificaron en Cuba, 1 236 comunidades en situación de vulnerabilidad, el 95 % de ellas en proceso de transformación integral. En la provincia de Pinar del Río existen 73 de estas comunidades, 36 de ellas en transformación, en las que se llevan a cabo proyectos dirigidos a resolver las principales problemáticas y a propiciar cambios en los estilos de vida de quienes las habitan.⁽⁷⁾ En estos barrios, el abordaje clínico educativo de las ET se realiza de manera tradicional e individualizada para cada paciente, sin acciones de promoción de salud específicas para las ET ni consideración de los problemas presentes en la interfaz humano-animal-ecosistema, por lo que se requiere un enfoque unificado e integrado que procure equilibrar y optimizar de manera sostenible la interconexión entre esos tres componentes.

Ante esta situación se ha consolidado la necesidad de adoptar un enfoque interdisciplinario y multisectorial en el abordaje de la salud de los seres humanos, los animales y los ecosistemas. A nivel internacional se ha coincidido en denominar "Una sola Salud" a esta manera de enfrentar los desafíos actuales de la promoción de la salud desde una perspectiva sistémica, que permite visibilizar, comunicar y educar sobre la importancia de usar enfoques integradores en la búsqueda de soluciones a problemas comunes para humanos, animales y ecosistemas.⁽⁸⁾ En el plano clínico-educativo, este enfoque se traduce en considerar los antecedentes de exposición animal, las condiciones ambientales del hogar, la educación sobre zoonosis y la participación comunitaria como componentes del abordaje de cada paciente.

A juicio de los autores, en este contexto es fundamental lograr una modificación positiva de los conocimientos, hábitos, costumbres y actitudes para que los individuos alcancen un comportamiento consciente y responsable ante la promoción, la conservación y el restablecimiento de su salud, con una estrategia cuya metodología permita evaluar la eficacia, la eficiencia y el impacto de las actividades educativas.

Para alcanzar logros en salud, las estrategias de educación resultan básicas, en especial en las tasas de morbilidad y mortalidad por ET. Aún resulta necesario incrementar las acciones educativas enfocadas en los factores de riesgo prevalentes, si se toma como referencia que, durante las dos últimas décadas, la Organización Mundial de la Salud señala la reemergencia de 200 enfermedades infecciosas de origen zoonótico, el 43 % de ellas con distribución mundial.⁽⁹⁾ En la literatura consultada no se han reportado investigaciones que analicen de manera integrada los componentes clínico, educativo y ambiental en estos contextos desde la perspectiva "Una sola Salud".^(10, 11)

Lo novedoso del abordaje clínico educativo que se propone radica en su carácter innovador ya que integra la interfaz humana, animal y ambiental, la participación de la comunidad y la sostenibilidad en el tiempo a través de políticas institucionales y redefine el abordaje de las ET al integrar aspectos clínicos, educativos, de promoción de salud y vigilancia epidemiológica. Ante ello, la presente investigación tiene por objetivo realizar la caracterización clínica y educativa de los pacientes con enfermedades transmisibles desde el enfoque "Una sola Salud" en los barrios vulnerables de la provincia de Pinar del Río, durante el período 2023-2025.

MÉTODOS

Se desarrolló un estudio observacional, descriptivo y transversal, entre los años 2023 y 2025, en los barrios vulnerables del municipio Pinar del Río, provincia de Pinar del Río. Los datos se recolectaron de forma retrospectiva, extrayendo casos ya registrados en el sistema de vigilancia.

El Centro Municipal de Higiene y Epidemiología de Pinar del Río aportó el registro oficial de casos confirmados y probables de ET en los cinco barrios vulnerables del municipio. La población de estudio quedó constituida por los 1 626 casos confirmados y probables registrados oficialmente, distribuidos por enfermedad y por barrio como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de casos confirmados y probables de enfermedades transmisibles en los barrios vulnerables del municipio Pinar del Río.

Enfermedades transmisibles	Barrio (estrato)				Total
	Cuba Nueva (Comandante Pinares)	CP Ceferino Fernández	CP Carlos Manuel (5 de Septiembre)	CP Celso Maragoto (Camino a la Presa)	
Dengue	98	147	109	135	489
Chikungunya	58	79	61	101	299
Leptospirosis	12	31	29	58	130
Brucelosis	5	9	4	8	26
EDA	43	86	69	137	335
Hepatitis	18	37	21	58	134
COVID-19	5	7	9	11	32
Otras	28	39	51	63	181
Total	267	435	353	571	1 626

Cálculo del tamaño muestral

La población de estudio ($N = 1\,626$ casos confirmados o probables) permitió aplicar la corrección por población finita, lo que redujo el tamaño muestral necesario respecto al cálculo sin corrección. Se empleó la fórmula para proporciones con precisión de $\pm 10\%$, justificada por el carácter diagnóstico del objetivo. Los parámetros empleados fueron: $N = 1\,626$; $p = 0,50$ (máxima variabilidad, criterio conservador); nivel de confianza del 95% ($Z = 1,96$); precisión absoluta $d = 0,10$ ($\pm 10\%$).

$$n_0 = Z^2 \times p \times (1 - p) / d^2 = 1,96^2 \times 0,50 \times 0,50 / 0,10^2 = 96$$

$$n = n_0 / (1 + n_0/N) = 96 / (1 + 96/1\,626) \approx 91$$

El tamaño muestral definitivo fue $n = 91$ sujetos, con IC del 95% y precisión de $\pm 10\%$. Se reconoce que una precisión de $\pm 10\%$ implica intervalos de confianza amplios (amplitud aproximada del 20% para una proporción del 50%), lo que reduce la capacidad para detectar diferencias sutiles en conocimientos o prácticas.

Para la selección se obtuvo del Centro Municipal de Higiene y Epidemiología el listado nominal de casos por barrio, con número de historia clínica; se asignó una numeración correlativa dentro de cada estrato (de 1 a N_i , siendo N_i el total de casos del estrato). Se generaron números aleatorios mediante software estadístico (SPSS) y se incluyeron los casos correspondientes. Cuando un caso no cumplía los criterios de inclusión se sustituyó por el siguiente en la lista aleatoria (reemplazo documentado).

Tabla 2. Distribución proporcional de la muestra por estrato.

Barrio (estrato)	Población	Casos (N)	% de la población	n asignado	Fracción muestral	Selección
Cuba Nueva (Comandante Pinares)	7 692	267	16,4	15	5,6	Aleatoria simple
CP Ceferino Fernández	11 967	435	26,8	24	5,5	Aleatoria simple
CP Carlos Manuel (5 de Septiembre)	9 812	353	21,7	20	5,7	Aleatoria simple
CP Celso Maragoto (Camino a la Presa)	19 346	571	35,1	32	5,6	Aleatoria simple
Total	48 817	1 626	100	91	5,6	—

Criterios de inclusión: paciente con diagnóstico confirmado o probable de ET registrado en el período de estudio; residente habitual en uno de los cinco barrios vulnerables al momento del diagnóstico; mayor de 18 años; disposición a participar (consentimiento informado firmado).

Criterios de exclusión: diagnóstico únicamente clínico sin registro en el sistema de vigilancia epidemiológica; residentes transitorios o sin vínculo estable con el barrio; personas con condición cognitiva o de salud que impidiera la participación en el componente educativo.

Variables de estudio

Las variables de estudio fueron: edad (18 a 30, 31 a 45, 46 a 60, > 60), sexo (femenino, masculino), nivel educacional (primaria, secundaria básica, preuniversitario, universitario), situación higiénico-sanitaria del entorno (buena, regular, mala), estado de la vivienda (bueno, regular, malo), interfaz animal (sí, no), enfermedades transmisibles (Dengue, Enfermedad diarreica aguda, Chikunguña, Hepatitis, Leptospirosis, Brucelosis, COVID-19, otras), síntomas y signos presentados (fiebre con/sin escalofríos, dolores óseos, diarreas, cefalea, dolores articulares, dolor retroocular, erupciones en la piel, tos, vómitos, coloración amarilla de piel u ojos, dificultad para respirar, convulsiones, otros), complicaciones (sí, no), ingreso hospitalario (sí, no), tratamiento recibido (sí, no), nivel de conocimientos sobre las ET con enfoque "Una sola Salud" (alto, medio, bajo), prácticas de autocuidado preventivo (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, siempre).

Técnicas e instrumentos aplicados:

- Observación de los riesgos para la salud relacionados con el enfoque "Una sola Salud" en los barrios con el objetivo de obtener información sobre los riesgos para la salud relacionados con el enfoque "Una sola Salud" en los barrios vulnerables en transformación, incluyó la situación higiénico sanitaria del entorno, estado de la vivienda y la interfaz animal.

- Encuesta a los pacientes para evaluar el comportamiento clínico de las ET: incluyó ítems sobre las ET que padecieron los pacientes, los síntomas y signos, los exámenes para confirmar la enfermedad, contacto previo con algún animal enfermo, muerto o de origen desconocido, la ingestión previa de productos sin cocción o pasteurización, contacto con personas enfermas, si viajó en los días previos a enfermar, si recibió tratamiento.
- Revisión documental de las historias de salud familiar e individual para identificar las variables clínicas de los pacientes con ET.
- Encuesta para evaluar el nivel de conocimientos sobre ET desde el enfoque "Una sola Salud": definición de "Una sola Salud" la prevención de las zoonosis, riesgos de zoonosis, cuidado de las vacunas, resistencia antimicrobiana, manejo de residuales sólidos y líquidos.
- Escala de Autocuidado en Barrios Vulnerables (EABV-20), destinada a medir las conductas de autocuidado, la responsabilidad con las prácticas de higiene, la protección personal, el manejo del entorno y la participación activa del paciente en su proceso de salud. Los datos se registraron en una planilla confeccionada al efecto. La EABV-20 está compuesta por 20 ítems agrupados en cuatro dimensiones que reflejan los pilares del autocuidado preventivo de ET.

Todos los instrumentos son propios, elaborados por los autores de la investigación. Cada instrumento fue sometido a un proceso de validación de contenido y de confiabilidad interna. La validez de contenido se estableció mediante juicio de expertos, y la confiabilidad se determinó mediante el coeficiente de alfa de Cronbach, con valores superiores a 0,80 en todos los casos.

La validez de constructo se verificó mediante análisis factorial exploratorio y prueba piloto. Los instrumentos que no cumplieron los criterios mínimos de consistencia fueron reformulados antes de la aplicación final.

Análisis estadístico

Se utilizaron técnicas de estadística descriptiva (frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y de dispersión) y de estadística inferencial, con un nivel de significación de $\alpha = 0,05$. Las pruebas empleadas fueron: ji al cuadrado de Pearson (χ^2) y prueba exacta de Fisher (cuando alguna frecuencia esperada fue menor de 5) para la asociación entre variables categóricas; t de Student para comparar una variable cuantitativa de distribución normal entre dos grupos; correlación de Spearman (ρ) para variables ordinales; y regresión logística binaria para el análisis multivariado. La normalidad de la edad se evaluó mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov ($p = 0,935$).

La normalidad de la edad se comprobó mediante la prueba de Shapiro-Wilk, aplicada por separado en el grupo con complicaciones ($W=25$; $p=27,5$) y en grupo sin complicaciones ($W=66$; $p=2,5$), por ser la comparación de la edad entre ambos grupos la única que requiere ese supuesto. Verificada la normalidad, la comparación se realizó con la t de Student para muestras independientes, previa comprobación de la homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene ($F= 0,25$; $p=0,78$).

Aspectos éticos

La investigación fue presentada y aprobada en el Consejo Científico de la Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Se tuvieron en cuenta las normas éticas recomendadas para este tipo de investigación. Se consideró el consentimiento informado de los pacientes. Los resultados obtenidos serán presentados en revistas y eventos científicos de reconocido prestigio.

RESULTADOS

Predominó el grupo etario de 31 a 45 años (37,4 %), con una media $43,8 \pm 13,6$ años. Predominaron el sexo femenino (57,1 %) y la escolaridad secundaria básica (50,5 %). Predominaron, asimismo, las condiciones del entorno adversas: el 90,1 % presentó situación higiénica regular o mala y el 96,7 % vivía en vivienda regular o mala. El contacto humano-animal-ambiente estuvo presente en la casi totalidad de los pacientes (Tabla 3).

Tabla 3. Perfil sociodemográfico de la muestra estudiada.

Variable		No. (%)
Edad*	18 a 30	16 (17,6)
	31 a 45	34 (37,4)
	46 a 60	29 (31,9)
	> 60	12 (13,1)
Sexo	Femenino	52 (57,1)
	Masculino	39 (42,9)
Escolaridad	Primaria	9 (9,9)
	Secundaria básica	46 (50,5)
	Preuniversitario	27 (29,7)
	Universitario	9 (9,9)
Situación higiénico-sanitaria	Buena	9 (9,9)
	Regular	47 (51,6)
	Mala	35 (38,5)
Estado de la vivienda	Bueno	3 (3,3)
	Regular	58 (63,7)
	Malo	30 (33,0)
Interfaz animal	Si	85 (93,4)
	No	6 (6,5)

Notas: * Media $\pm$ DE de la edad: $43,8 \pm 13,6$ años; mediana: 43 años; rango: 18 a 70 años.

Entre las ET (Tabla 4), el dengue y la enfermedad diarreica aguda fueron las más frecuentes (24,2 % cada una). Los síntomas más frecuentes fueron la fiebre con escalofríos (84,6 %), los dolores óseos (54,9 %) y las diarreas (52,7 %). El 72,5 % de los pacientes no presentó complicaciones y el 25,3 % requirió ingreso hospitalario; el 75,8 % recibió tratamiento médico.

Tabla 4. Perfil clínico de las enfermedades transmisibles.

	Variable	No. (%)
Tipo de enfermedad transmisible	Dengue	22 (24,2)
	Enfermedad diarreica aguda	22 (24,2)
	Chikunguña	17 (18,6)
	Hepatitis	11 (12,1)
	Otras	7 (7,7)
	Leptospirosis	6 (6,6)
	Brucelosis	3 (3,3)
	COVID-19	3 (3,3)
Síntomas y signos	Fiebre con/sin escalofríos	77 (84,6)
	Dolores óseos	50 (54,9)
	Diarreas	48 (52,7)
	Cefalea	33 (36,3)
	Dolores articulares	32 (35,2)
	Dolor retroocular	27 (29,7)
	Erupciones en la piel	22 (24,2)
	Tos	19 (20,9)
	Vómitos	12 (13,2)
	Coloración amarilla de piel u ojos	10 (11,0)
	Otros	5 (5,5)
	Dificultad para respirar	4 (4,4)
	Convulsiones	1 (1,1)
Complicaciones	Si	25 (27,5)
	No	66 (72,5)
Ingreso hospitalario	Si	23 (25,3)
	No	68 (74,7)
Tratamiento médico recibido	Si	69 (75,8)
	No	22 (24,2)

Se observó en la tabla 5, un nivel bajo de conocimiento en el 42,9 % de los participantes; de forma independiente, el 42,9 % no realizaba prácticas de autocuidado de manera sistemática (nunca 27,5 % + casi nunca 15,4 %). Aunque ambos valores son numéricamente iguales, corresponden a indicadores distintos y complementarios: el primero caracteriza el déficit cognitivo y el segundo la ausencia de conductas protectoras.

Tabla 5. Nivel de conocimiento sobre enfermedades transmisibles con enfoque "Una sola Salud" y prácticas de autocuidado preventivo.

Variable		No. (%)
Nivel de conocimiento sobre ET (enfoque "Una sola Salud")	Alto	16 (17,6)
	Medio	36 (39,6)
	Bajo	39 (42,9)
Prácticas de autocuidado preventivo	Nunca	25 (27,5)
	Casi nunca	14 (15,4)
	A veces	21 (23,1)
	Casi siempre	14 (15,4)
	Siempre	17 (18,7)

Ninguna de las variables sociodemográficas ni de entorno evaluadas (sexo, escolaridad, situación higiénico-sanitaria, estado de la vivienda, interfaz animal) alcanzó asociación estadísticamente significativa con las complicaciones o el ingreso hospitalario (Tabla 6). La asociación entre escolaridad y complicaciones ($\chi^2 = 6,339$; $p = 0,096$) fue no significativa. Existió una correlación positiva, moderada-alta y significativa entre el nivel de conocimiento sobre las ET desde el enfoque "Una sola Salud" y las prácticas de autocuidado ($p = 0,670$; $p < 0,001$).

Tabla 6. Pruebas de asociación estadística.

Asociación	Prueba estadística	p valor	Interpretación
Situación higiénica → complicaciones	$\chi^2 = 4,025$	0,134	No significativo
Situación higiénica → ingreso	$\chi^2 = 2,830$	0,243	No significativo
Interfaz animal → arbovirosis	Fisher	0,167	No significativo (OR = 0,18 [IC 95 %: 0,02-1,71])
Sexo (F) → complicaciones	$\chi^2 = 0,018$	0,892	No significativo (OR = 0,94 [IC 95 %: 0,37-2,37])
Sexo (F) → ingreso	$\chi^2 = 0,021$	0,886	No significativo (OR = 1,07 [IC 95 %: 0,40-2,85])
Escolaridad → complicaciones	$\chi^2 = 6,339$	0,096	No significativo
Escolaridad → ingreso	$\chi^2 = 4,652$	0,199	No significativo
Estado de la vivienda → ingreso	$\chi^2 = 2,936$	0,230	No significativo
Conocimiento bajo → complicaciones	$\chi^2 = 0,115$	0,735	No significativo (OR = 0,85 [IC 95 %: 0,33-2,17])
Conocimiento bajo → ingreso	$\chi^2 = 0,576$	0,448	No significativo (OR = 0,68 [IC 95 %: 0,25-1,84])
Edad → complicaciones	t = 0,663	0,509	No significativo
Conocimiento ↔ autocuidado (Spearman)	$\rho = 0,670$	< 0,001	Significativo Correlación positiva moderada-alta

Notas: OR (razón de momios); IC (intervalo de confianza al 95 %).

Análisis multivariado del ingreso hospitalario

La versión original presentaba un modelo de regresión logística binaria con siete predictores (edad, sexo, situación higiénica, estado de la vivienda, complicaciones, conocimiento e interfaz animal) para el ingreso hospitalario. Con 23 eventos y 7 predictores ($\approx 3,3$ eventos por variable, frente a los 10 a 15 recomendados) el modelo está sobreajustado: el pseudo- R^2 de McFadden = 0,662 es artificialmente alto. Incluía, además, “complicaciones” —causa clínica directa del ingreso—, lo que produjo separación cuasicompleta y un OR sin plausibilidad (577,5; IC 95 %: 31,63-10 542,7), y la variable “interfaz animal”, cuya escasa variabilidad (94,4 %) impide estimar su efecto (OR = 0,82; IC 95 %: 0,01-73,46). Se recomienda reespecificar el modelo con un máximo de dos predictores de fundamento clínico, excluir “complicaciones” e “interfaz animal”, declarar el método de entrada de variables y reportar la prueba de Hosmer-Lemeshow y el AUC-ROC; ante separación, considerar la regresión penalizada de Firth. El modelo corregido no es recomputable sin la base de datos primaria.

DISCUSIÓN

En cuanto a la afectación de la población en contextos de vulnerabilidad, el perfil sociodemográfico coincide con vulnerabilidad, con registros latinoamericanos. Los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos de Argentina reflejan que la población de 15 a 29 años es de las más afectadas por este fenómeno (60,7 %), con un nivel de indigencia del 21,2 % para esa franja etaria y una tasa de desempleo que duplica la nacional.⁽¹²⁾

En relación con el nivel educacional, el predominio de la escolaridad secundaria básica (50,5 %) podría dificultar la comprensión de las recomendaciones sobre el abordaje de las ET y sobre las prácticas de autocuidado preventivo. Este resultado coincide con un estudio sobre los barrios desfavorecidos de Córdoba, España, que refiere un alto nivel de analfabetismo, con gran parte de sus habitantes sin haber terminado la educación primaria y una minoría que alcanza la educación superior.⁽¹³⁾

En otras regiones, las condiciones adversas del entorno concuerdan con lo observado en barrios vulnerables, regiones. En la India, una investigación sobre las condiciones higiénicas mostró que más del 90 % de los hogares no tenía acceso a agua corriente y que, aunque el acceso a letrinas mejoradas fue casi universal, el 80 % utilizaba instalaciones compartidas; se informó, además, el consumo frecuente de alimentos de la calle, condicionante de ET de origen entérico.⁽¹⁴⁾

Cárdenas y cols.,⁽¹⁵⁾ en una comunidad no urbanizada y vulnerable, evidenciaron hacinamiento en la mayoría de las viviendas y concluyó que se trata de una población resultante de la construcción de viviendas sin autorización, sin condiciones de habitabilidad ni legalización, con emigraciones e inmigraciones frecuentes y difíciles de cuantificar.

Como confirmación empírica del riesgo "Una sola Salud", el contacto humano-animal-ambiente estuvo presente en la casi totalidad de los pacientes, lo que constituye una confirmación empírica del riesgo "Una sola Salud" en estos barrios. La salud humana y la animal se sitúan hoy en un escenario complejo, asociado al cambio global, en el que el establecimiento de mecanismos de colaboración entre la salud pública, la sanidad animal, la producción agropecuaria y el medioambiente constituye una prioridad.⁽¹⁶⁾ Por su escasa variabilidad (presente en la gran mayoría de los casos), la interfaz animal no puede evaluarse como factor de riesgo en este estudio; su alta prevalencia se interpreta, más bien, como un determinante estructural del contexto, coherente con el enfoque "Una sola Salud".

En el mismo entorno coexistieron arbovirosis, enfermedades diarreicas, hepatitis, leptospirosis y brucelosis, lo que el mismo entorno justifica el enfoque integrado del modelo. El aumento de estas ET en los barrios vulnerables obedece a factores ambientales, ecológicos y socioeconómicos, y es común en asentamientos que no cuentan con servicios de salud pública suficientes.⁽¹⁷⁾

En Colombia, durante 2022 y 2023 se registraron en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública más de 4,7 millones de casos de enfermedad diarreica aguda en habitantes de barrios vulnerables, con tasas de incidencia de 122,5 y 113,5 casos por cada 1 000 habitantes, respectivamente.⁽¹⁸⁾

Predominaron el nivel bajo de conocimiento y las prácticas de autocuidado deficientes o irregulares refuerza la necesidad de un modelo clínico educativo. Un estudio previo realizado en un barrio vulnerable de Pinar del Río demostró que, antes de aplicar una estrategia de intervención comunitaria, prevalecía el desconocimiento en áreas críticas como la resistencia antimicrobiana (91,9 %) y la inocuidad de los alimentos (71,1 %), con mejoras significativas tras la intervención.⁽¹⁹⁾

Reconocido como una capacidad vital para la protección de la salud, el autocuidado permite a las personas y las comunidades asumir un papel activo en su bienestar, con especial relevancia donde el acceso a la atención médica formal es limitado.⁽²⁰⁾ Los profesionales de la atención primaria de salud cumplen una función esencial al fomentar la educación terapéutica y el empoderamiento; estrategias como la formación de pacientes expertos y los programas de formación entre iguales refuerzan la capacidad de autocuidado mediante el intercambio de conocimientos y experiencias.⁽²¹⁾

Dado que el estudio agrupó enfermedades con mecanismos de transmisión heterogéneos (arbovirosis, enfermedades entéricas y zoonosis como la leptospirosis y la brucelosis), los determinantes del conocimiento, del autocuidado o de la hospitalización podrían variar según el tipo de enfermedad; por ejemplo, las prácticas para prevenir el dengue difieren de las de una enfermedad diarreica.

Limitaciones del estudio

Por su diseño transversal, el estudio no permite establecer relaciones causales ni secuencias temporales entre las variables. La precisión elegida de ± 10 % genera intervalos de confianza amplios y reduce la capacidad para detectar diferencias sutiles en conocimientos y prácticas. El tamaño muestral moderado ($n = 91$) limita el poder de las pruebas de asociación y, sobre todo, del análisis multivariado, con apenas unos tres eventos por variable predictora. Otra limitación es el análisis agregado de enfermedades con mecanismos de transmisión distintos, que puede enmascarar patrones específicos por grupo etiológico.

Implicaciones prácticas y perspectivas futuras

Estos hallazgos respaldan la pertinencia de diseñar y evaluar un modelo de atención clínica y educativa, con enfoque "Una sola Salud", orientado a fortalecer el conocimiento y las prácticas de autocuidado en estos barrios, e integrar en la consulta los antecedentes de exposición animal y las condiciones ambientales del hogar. Como líneas futuras se proponen: recalcular el tamaño muestral con mayor precisión y poder estadístico; validar los instrumentos empleados; analizar de forma desagregada por tipo de enfermedad; y medir directamente las prácticas de los profesionales para caracterizar el abordaje asistencial, en lugar de inferirlo a partir de la población.

CONCLUSIÓN

Con la aplicación de los instrumentos diseñados para el diagnóstico del estado actual del abordaje clínico educativo de las enfermedades transmisibles desde el enfoque "Una sola Salud" en los barrios vulnerables de Pinar del Río, unida a la revisión documental y la observación científica, permitió identificar los principales problemas relacionados con dicho abordaje y la necesidad de modificar la realidad actual del objeto de investigación.

Conflicto de intereses I

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de los autores

GAHH: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto.

MCCM: supervisión, validación, visualización, redacción del borrador original y redacción revisión final y edición.

GLHM: redacción del borrador original y redacción, revisión final y edición.

Financiación

No existieron fuentes de financiación

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se emplearon herramientas de inteligencia artificial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wences P, Martínez A, Estrada H, Miranda S. Monitorización y predicción de enfermedades infecciosas a través del análisis de redes sociales. Rev Mex Ing Biomed [Internet]. 2026 [citado 12/07/2026]; 47(Emisión Especial): e1529. Disponible en: <https://rmib.com.mx/index.php/rmib/article/view/1529>
2. Organización Mundial de la Salud. Hoja de ruta para las enfermedades tropicales desatendidas 2021-2030 [Internet]. 158.ª reunión del Consejo Ejecutivo; documento EB158/9. Ginebra: OMS; 2026 [citado 10/07/2026]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB158/B158_9-sp.pdf
3. Antoñanzas Serrano A, Gimeno Feliu L. Los determinantes sociales de la salud y su influencia en la incidencia de la COVID-19. Una revisión narrativa. Rev Clín Med Fam [Internet]. 2022 [citado 13/07/2026]; 15(1): 12-19. Disponible en: <https://doi.org/10.55783/rcmf.150103>
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En la mitad del camino hacia 2030 [Internet]. Naciones Unidas; 2023 [citado 13/07/2026]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/81eff451-0f82-4332-ae5-9f25f2950b45/content>
5. Casanova Barreto A, Pomares Pérez YM. Barrios vulnerables en Cuba: pertinencia de una política de Estado y desafíos para la gestión directiva en salud. INFODIR [Internet]. 2026 [citado 28/07/2026]; 45: e1921. Disponible en: <https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/1921>

6. Pineda Castillo KM. Categorización del constructo de cohesión social educativa en comunidades vulnerables desde una revisión sistemática de la literatura. GADE: REV. CIENT [Internet]. 2026 [citado 23/08/2026]; 6(1): 26-8. Disponible en: <https://revista.redgade.com/index.php/Gade/article/view/775>
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2024. 53.^a ed. [Internet]. La Habana: MINSAP; 2025 [citado 12/07/2026]. Disponible en: <https://temas.sld.cu/estadisticassalud/2025/09/30/anuario-estadistico-de-salud-2024>
8. Manterola C, Rivadeneira J, Leal P, Rojas Pincheira C, Altamirano A. Una Sola Salud. Un enfoque multisectorial y transdisciplinario. Int J Morphol [Internet]. 2024 [citado 19/07/2026]; 42(3): 779-786. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022024000300779&lng=es
9. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030 [Internet]. OPS; 2025 [citado 26/11/2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>
10. Martínez Sáenz GP, Vargas Chozo OVM. Regeneración urbana en América Latina: Estrategias sostenibles para la resiliencia social y ambiental en ciudades del futuro. epsir [Internet]. 2025 [citado 23/08/2026]; 11: 1-24. Disponible en: <https://epsir.net/index.php/epsir/article/view/1898>
11. Expansión Urbana y Retiro Ambiental: Una Revisión Sistemática sobre los Efectos Antropogénicos de la Urbanización en América Latina. Rev. sobre estud. investig. saber acad. [Internet]. 13 de febrero de 2026 [citado 25/08/2026]; (20): e2026005. Disponible en: <https://revistas.uni.edu.py/index.php/rseisa/es/article/view/765>
12. Marcantonio J. Evolución y comparación de las mediciones de pobreza en Argentina: un análisis histórico-metodológico y su aplicación en el período 2023-2025 [Tesis]. La Plata: Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación; 2025 [citado 05/07/2026]. Disponible en: <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.3508/te.3508.pdf>
13. Marengo MC, Elorza AL, Avalos P. Desigualdad e injusticia espacial en contexto de pandemia: el caso de dos barrios de vivienda social en Córdoba, Argentina. Cuad Fac Humanid Cienc Soc Univ Nac Jujuy [Internet]. 2023 [citado 11/07/2026];(63):133-158. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-81042023000100133
14. Sakshi, Bano S, Deshmukh R. Urban realities: a zonal-level assessment of quality of life in Lucknow city's slums based on access to amenities and proximity to services. City Built Environ [Internet]. 2025 [citado 12/07/2026]; 3:8. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s44213-025-00046-7>

15. Cárdenas Carvajal M, Machado Olivera D, Olivera Cuadra D, Rodríguez Aguilera F, Alonso Reyes M, Mejías Chao L. Caracterización sociodemográfica y ambiental de una comunidad no urbanizada y su vulnerabilidad ante desastres. *Medicentro Electrón* [Internet]. 2020 [citado 09/07/2026]; 24(4): 767-783. Disponible en: <https://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/3162/2624>
16. Sánchez MP, Fuentes-Barros G, Castro-Saavedra S, Montalva N, Avanco AC, Zoppi C, et al. El enfoque de Una Salud (One Health) y su aplicación al uso sustentable de las plantas medicinales en Chile. *CMS* [Internet]. 2026 [citado 18/07/2026]; 66(1):63-69. Disponible en: <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/2501>
17. Abdon Herrera D, Caicedo Loo GL, Luján Johnson GL. Estrategias de políticas públicas municipales para el desarrollo y protección de grupos vulnerables: revisión sistemática. *Impulso* [Internet]. 2026 [citado 10/07/2026]; 6(13): 440-462. Disponible en: <https://revistaimpulso.org/index.php/impulso/article/view/1013>
18. Silva López YJ, Ávila Villabona EC. Incidencia de la enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años en Colombia durante los años 2022 y 2023. *Rep Epidemiol Nac* [Internet]. 2025 [citado 11/02/2026]; 7(1):1-14. Disponible en: <https://doi.org/10.33610/28059611.187>
19. Herrera Horta GA, Gutiérrez García Z. Estrategia de intervención comunitaria con el enfoque «Una Salud» en un barrio vulnerable de Pinar del Río. *HolCien* [Internet]. 2024 [citado 14/04/2026]; 5(3). Disponible en: <https://revholcien.sld.cu/index.php/holcien/article/view/402>
20. Muñoz Seco E, Camarelles Guillem F, del Campo Giménez M. Fomento del autocuidado. *Rev Clín Med Fam* [Internet]. 2024 [citado 11/07/2026]; 17(2): 132-141. Disponible en: <https://doi.org/10.55783/rcmf.170207>
21. Portilla Díaz LN, Sudario Fierro LE. Estrategias de educación y autocuidado promovidas por el personal de enfermería en pacientes con enfermedad renal. *RCME* [Internet]. 2026 [citado 12/07/2026]; 1(1):1-14. Disponible en: <https://eduscope-ec.com/index.php/revista/article/view/74>