



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

NECESIDADES BÁSICAS SOCIALES Y PERCEPCIÓN AL ACCESO DE SERVICIOS
DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN PACIENTES
AMBULATORIOS EN EL CENTRO DE SALUD GUSTAVO LANATTA LUJAN

2022

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autora:

Torres León, Yoselyn Allinzon Libania

Asesor:

Lozano Zanelly, Glenn

(ORCID: 0000-0002-7866-5243)

Jurado:

Alcantara Diaz, Andres Martin

Lopez Gabriel, Julia Isabel

Gonzalez Toribio, Jesús Ángel

Lima - Perú

2022



Referencia:

Torres, Y. (2022). *Necesidades básicas sociales y percepción al acceso de servicios de salud durante la pandemia del covid-19 en pacientes ambulatorios en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan 2022*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/6109>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA “HIPOLITO UNANUE”

**NECESIDADES BÁSICAS SOCIALES Y PERCEPCIÓN AL ACCESO DE
SERVICIOS DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN
PACIENTES AMBULATORIOS EN EL CENTRO DE SALUD GUSTAVO
LANATTA LUJAN 2022**

Línea de investigación: Salud Pública

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autor(a):

Torres León, Yoselyn Allinzon Libania

Asesor (a):

Lozano Zanelly, Glenn

(ORCID: 0000-0002-7866-5243)

Jurado:

Alcantara Diaz, Andres Martin

Lopez Gabriel, Julia Isabel

Gonzalez Toribio, Jesús Ángel

Lima, Perú

2022

Dedicatoria

Dedico este trabajo en primer lugar a Dios, quien me sostiene de su mano y no me suelta ni en los momentos más difíciles, a mi hija, por aquella sonrisa que me da todas las mañanas, por esa fuerza que me transmite un beso suyo, así mismo a mi madre por su apoyo incondicional durante toda mi carrera universitaria, por esa perseverancia inculcada que ha sido el pilar en mi formación profesional.

Agradecimiento

A Dios, por permitirme tener salud y guardar con bien a mis seres queridos, por acogerme en tiempos difíciles, y por mostrarme su camino.

A mis formadores durante estos años universitarios, quienes, con su vasta sabiduría y experiencia, han guiado mis pasos hasta aquí.

A mis amigos, a los cuales admiro por su nobleza y sencillez, de los cuales aprendí muchísimo durante mi etapa universitaria y con quienes compartí risas y llanto.

Índice

| | |
|---|-----------|
| Dedicatoria..... | ii |
| Agradecimiento..... | iii |
| Índice de tablas..... | vi |
| Índice de figuras..... | vii |
| Resumen..... | viii |
| Abstract..... | ix |
| I. Introducción..... | 1 |
| 1.1 Descripción y formulación del problema | 2 |
| <i>1.1.1 Descripción del problema</i> | <i>2</i> |
| <i>1.1.2 Formulación del problema</i> | <i>6</i> |
| 1.2. Antecedentes | 6 |
| <i>1.2.1. Internacionales.....</i> | <i>6</i> |
| <i>1.2.2 Nacionales.....</i> | <i>7</i> |
| 1.3. Objetivos | 8 |
| <i>1.3.1. Objetivo general</i> | <i>8</i> |
| <i>1.3.2. Objetivos específicos</i> | <i>9</i> |
| 1.4. Justificación..... | 10 |
| 1.5. Hipótesis | 11 |
| II. Marco teórico | 12 |
| 2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación..... | 12 |
| 2.1.1 COVID-19 | 12 |
| 2.1.2 Factores de riesgo de enfermedad grave | 12 |
| 2.1.3 Manifestaciones clínicas..... | 13 |
| 2.1.4 Recuperación y secuelas a largo plazo..... | 14 |

| | |
|--|----|
| 2.2. Desarrollo de medidas sanitarias ante la COVID-19..... | 15 |
| III. Método | 17 |
| 3.1. Tipo de investigación | 17 |
| 3.2. Ámbito temporal y espacial..... | 17 |
| 3.3. Variables..... | 17 |
| 3.3.1. Variables independientes..... | 17 |
| 3.3.2 Variable dependiente | 18 |
| 3.4. Población y muestra | 18 |
| 3.4.1. Población..... | 18 |
| 3.4.2. Muestra | 18 |
| 3.5. Instrumentos..... | 19 |
| 3.6. Procedimientos..... | 20 |
| 3.7. Análisis de datos..... | 20 |
| 3.8. Consideraciones éticas | 20 |
| IV. Resultados | 23 |
| V. Discusión de resultados | 48 |
| VI. Conclusiones | 58 |
| VII. Recomendaciones | 60 |
| VIII. Referencias | 61 |
| IX. Anexos | 67 |
| Anexo A. Operacionalización de las variables..... | 67 |
| Anexo B. Encuesta..... | 71 |
| Anexo C. Consentimiento informado..... | 75 |
| Anexo D. Ficha de validación de instrumento de medición..... | 76 |

Índice de tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Edad | 23 |
| Tabla 2. Sexo | 24 |
| Tabla 3. Estado civil | 25 |
| Tabla 4. Tipo de trabajo | 26 |
| Tabla 5. Síntomas desde que comenzó la pandemia | 27 |
| Tabla 6. Numero de síntomas por persona | 28 |
| Tabla 7. Duración de los síntomas | 30 |
| Tabla 8. Busco ayuda si hubo algún síntoma | 31 |
| Tabla 9. Entidad de salud donde busco atención medica | 32 |
| Tabla 10. Hospitalización por coronavirus | 33 |
| Tabla 11. Habilidad funcional | 34 |
| Tabla 12. Nuevas necesidades después de la infección | 35 |
| Tabla 13. Realizo alguna prueba para coronavirus | 36 |
| Tabla 14. Aislamiento preventivo en el caso de ser sintomático o positivo por coronavirus | 37 |
| Tabla 15. Aislamiento preventivo de la familia | 38 |
| Tabla 16. Enfermedad crónica no transmisible | 39 |
| Tabla 17. Percepción de su estado de salud | 40 |
| Tabla 18. Busco atención médica para el seguimiento de sus enfermedades de base | 41 |
| Tabla 19. Percibió demora en la atención de salud durante la pandemia | 42 |
| Tabla 20. La demora de la atención de salud durante la pandemia se debió | 43 |
| Tabla 21. No pudo conseguir medicamentos para sus condiciones crónicas | 44 |
| Tabla 22. Si no pudo conseguir los medicamentos, entonces | 45 |
| Tabla 23. Determinantes sociales | 46 |

Índice de figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Edad | 23 |
| Figura 2. Sexo | 24 |
| Figura 3. Estado civil | 25 |
| Figura 4. Tipo de trabajo | 26 |
| Figura 5. Síntomas desde que comenzó la pandemia | 27 |
| Figura 6. Numero de síntomas por persona | 28 |
| Figura 7. Duración de los síntomas | 30 |
| Figura 8. Busco ayuda si hubo algún síntoma | 31 |
| Figura 9. Entidad de salud donde busco atención medica | 32 |
| Figura 10. Hospitalización por coronavirus | 33 |
| Figura 11. Habilidad funcional | 34 |
| Figura 12. Nuevas necesidades después de la infección | 35 |
| Figura 13. Realizo alguna prueba para coronavirus | 36 |
| Figura 14. Aislamiento preventivo en caso de ser sintomático o positivo por coronavirus | 37 |
| Figura 15. Aislamiento preventivo de la familia | 38 |
| Figura 16. Enfermedad crónica no transmisible | 39 |
| Figura 17. Percepción de su estado de salud | 40 |
| Figura 18. Busco atención médica para el seguimiento de sus enfermedades de base | 41 |
| Figura 19. Percibió demora en la atención de salud durante la pandemia | 42 |
| Figura 20. La demora de la atención de salud durante la pandemia se debió | 43 |
| Figura 21. No pudo conseguir medicamentos para sus condiciones crónicas | 44 |
| Figura 22. Si no pudo conseguir los medicamentos, entonces | 45 |
| Figura 23. Determinantes sociales | 46 |

Resumen

Objetivo: Determinar las necesidades básicas sociales y la percepción al acceso de servicios de la salud durante la pandemia del COVID-19 en pacientes atendidos ambulatorios en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan. **Método:** Descriptivo, correlacional, transversal. Tipo encuesta en ambientes ambulatorios a 100 pacientes. **Resultados:** El 100% tuvieron descarte COVID-19: 53% positiva. El 100% tuvo síntomas: mialgias (76%), tos (71%), fiebre (46%) e Hipogeusia (35%) (34% vs. 56%, $p<0.024$) (21.3% vs. 47.2%, $p<0.007$). La habilidad funcional fue afectada en 48% y significativamente asociada a síntomas y prueba positiva (31.9% vs. 62.3%, $p=0.016$). El 81% buscaron ayuda médica: clínica privada (47.5%) o estatal (41.3%); 2% fueron hospitalizados. El 94% hizo aislamiento social. La prevalencia de comorbilidades: HTA 35.4%, diabetes 21.5%, depresión 15.2%, y ansiedad 12.7%: 93.2% empeoraron (92.9% vs. 93.3%, $p=0.953$). El 90% percibió una demora en el sistema de salud (83.0% vs. 96.2%, $p=0.028$). El 43% tuvo problemas para costear: seguro de salud, medicamentos (25.5% vs. 58.5%, $p=0.001$), El 80% productos alimenticios, 68% para acceder a agua, luz o gas, 83% sufrió una reducción en sus ingresos económicos. **Conclusiones:** Las necesidades básicas y sociales afectadas durante la pandemia del COVID-19 en pacientes atendidos ambulatorios fueron: adquisición de medicamentos, costear productos alimenticios, y acceso a agua, luz o gas. Los síntomas identificados con mayor prevalencia fueron mialgias, tos, fiebre e Hipogeusia, siendo las clínicas privadas los espacios con mayor afluencia para la atención de la COVID-19 como para la atención de enfermedades crónicas.

Palabras clave: COVID-19, necesidades básicas, percepción al acceso de servicios de salud.

Abstract

Objective: To determine the basic social needs and the perception of access to health services during the COVID-19 pandemic in outpatients treated at the Gustavo Lanatta Lujan Health Center. **Method:** Descriptive, correlational, transversal. Survey type in outpatient settings to 100 patients. **Results:** 100% had COVID-19 discarded: 53% positive. 100% had symptoms: myalgia (76%), cough (71%), fever (46%) and hypogeusia (35%) (34% vs. 56%, $p < 0.024$) (21.3% vs. 47.2%, $p < 0.007$). Functional ability was affected in 48% and was significantly associated with symptoms and a positive test (31.9% vs. 62.3%, $p = 0.016$). 81% sought medical help: private clinic (47.5%) or state clinic (41.3%); 2% were hospitalized. 94% did social isolation. The prevalence of comorbidities: hypertension 35.4%, diabetes 21.5%, depression 15.2%, and anxiety 12.7%: 93.2% worsened (92.9% vs. 93.3%, $p = 0.953$). 90% perceived a delay in the health system (83.0% vs. 96.2%, $p = 0.028$). 43% had problems paying for: health insurance, medicines (25.5% vs. 58.5%, $p = 0.001$), 80% food products, 68% to access water, electricity or gas, 83% suffered a reduction in their economic income. **Conclusions:** The basic and social needs affected during the COVID-19 pandemic in outpatients treated were: acquisition of medicines, paying for food products, and access to water, electricity or gas. The symptoms identified with the highest prevalence were myalgia, cough, fever, and hypogeusia, with private clinics being the spaces with the highest influx for COVID-19 care as well as chronic disease care.

Keywords: COVID-19, basic needs, perception of access to health services.

I. INTRODUCCION

La infección por coronavirus (COVID-19) es provocada por el virus SARS-CoV-2 a través de pequeñas partículas líquidas expulsadas por la boca o la nariz al toser, estornudar, hablar, o respirar. Frente a esta enfermedad la mayoría de las personas que la padece sufren síntomas de intensidad leve a moderada logrando recuperarse sin necesidad de tratamientos especiales. Pero, algunas personas desarrollan cuadros graves llevándolos a necesitar atención médica hospitalaria. Esta pandemia de la COVID-19 ha constituido la mayor crisis económica, sanitaria, y psicosocial que todos los peruanos hemos tenido que atravesar en épocas de la modernidad, ya que se adoptaron medidas de aislamiento social estricto en aras de poder contenerla, es por ello que los hogares en situación de pobreza y con recursos limitados han sido quizás doblemente afectados; por experimentar reducción de sus ingresos económicos, escaso acceso a atención médica y servicios básicos, limitación para continuar en tratamientos de sus padecimientos crónicos, etc. Ante esto el siguiente trabajo de investigación busca determinar las necesidades básicas sociales y la percepción al acceso de servicios de salud durante la pandemia del covid-19 en pacientes ambulatorios en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan. Con los resultados encontrados se contribuirá a conocer más de cerca una realidad vivida por muchos a nivel de un determinado sector social y así mismo poder con ello contrastarlos con otros estudios similares. El primer capítulo del presente estudio plantea el problema, los objetivos generales y específicos, la hipótesis a ser comprobada, así como los antecedentes nacionales e internacionales. El segundo capítulo, describe el marco teórico del presente trabajo de investigación.

En el tercer capítulo, describe el método de investigación, la población y la muestra obtenida, y asimismo las variables independientes y dependiente.

El cuarto capítulo, describe mediante gráfico de barras, la frecuencia y el análisis de asociación de las variables los resultados obtenidos.

En el quinto capítulo, se lleva a cabo la discusión realizando una comparación de nuestros resultados, con los antecedentes descritos y otros estudios.

En el sexto capítulo, se determinan las conclusiones en base a las respuestas de las hipótesis planteadas.

Finalmente, en el séptimo capítulo, se mencionan las recomendaciones para futuras investigaciones.

1.1 Descripción y formulación del problema

1.1.1 Descripción del problema

El primer caso de infección por COVID-19 fue descrito en China in Diciembre del 2019. (Khan et al., 2020) El virus se propago rápidamente y el número de casos creció exponencialmente. El 30 de enero del 2020 la Organización Mundial de la Salud reconoció el brote viral de SARS-CoV-2 en china y para el 11 de marzo del 2020 declaro la pandemia global por el coronavirus. (Muralidar et al., 2020)

Se implementaron diferentes medidas para evitar la propagación del virus a nivel mundial que incluyeron la suspensión total de las actividades públicas, el aislamiento social y la iniciativa de trabajo a distancia. Todas las medidas para contener la pandemia tuvieron un impacto en el incremento del desempleo y la pobreza, poniendo en evidencia como las desigualdades sociales juegan un rol importante en morbilidad física y mental de la población. La pandemia de COVID-19 afecto la vida de nuestra población. Durante la pandemia, personas enfrentaron dificultades para encontrar atención médica para el manejo de síntomas relacionados con la infección del Coronavirus y en el manejo de enfermedades crónicas debido a la sobrecarga del sistema de salud o regido por el miedo de contraer la

infección al exponerse a lugares con alta tasa de transmisión como hospitales, clínicas privadas o centros de atención primaria. (Alvares-Risco et al., 2020)

El efecto de la pandemia en Lima metropolitana en términos de necesidades sociales como el acceso a alimentos, adecuado acceso de servicios básicos de vivienda, y el coste de medicamentos es desconocida. Por otro lado, es bien sabido que la población en general experimento restricciones y aplazamiento en el acceso a los servicios de salud. Personas con síntomas relacionados a la infección del Coronavirus, la atención de urgencias y emergencias médicas fueron afectadas por el miedo a la transmisión y contagio del virus en las entidades de salud. Las actividades clínicas ambulatorias como procedimientos menores, cirugías programadas, actividades preventivas de salud, o el seguimiento periódico de pacientes con enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, Asma, EPOC, cáncer, entre otros fueron afectadas tremendamente contribuyendo negativamente a nuestro desarticulado sistema de salud. (La izquierda Diario, 2021) (Álvarez-Risco et al., 2021)

El índice de Progreso Social (IPS) en el Perú es una de las más bajas en la región. IPS mide de forma integral y sistemática el desempeño social y ambiental de un país y puede ser comparado relativamente con otros países. IPS es definido como “la capacidad de una sociedad para satisfacer las necesidades humanas básicas de sus ciudadanos, establecer los pilares que permitan a los ciudadanos y las comunidades a mejorar y mantener la calidad de sus vidas y crear las condiciones para que todas las personas alcancen su máximo potencial” (Deloitte, 2019). IPS está conformado por 12 pilares y cuenta con 50 indicadores que evalúan las necesidades básicas humanas, el bienestar y las oportunidades de desarrollo de una población analizable. El aspecto más importante relacionado con IPS que este proyecto de investigación está enfocado será la evaluación de necesidades básicas humanas de la población afectada por el COVID-19. Aspectos como

acceso a alimentos y cuidados médicos, agua y servicios de saneamiento, vivienda y subvención económica por parte del gobierno. En el 2019 el Perú ocupó el puesto 57 entre 149 países analizados, con un puntaje de 71.31 el Perú entro a la categoría de Progreso Social Medio Alto. (Deloitte, 2019)

Si bien es cierto el Perú es reconocido por el crecimiento económico estable y a reducción de sus brechas sociales en la última década, aun enfrenta cifras alarmantes en el aspecto social. El año 2020 la pobreza se incrementó del 14% al 27.5% en Lima-Metropolitana y se determinó que el 45% de los peruanos viven en necesidades básicas insatisfechas (Deloitte, 2019). El 70% de la población económicamente activa pertenece al grupo del trabajo informal, donde el 24% percibe menos del salario mínimo establecido en nuestro país. Las consecuencias que trajo el confinamiento social a la economía del hogar fueron devastadoras para un grupo poblacional que dependía de las actividades económicas informales. El estado pronto reconoció el problema instaurando una serie de subsidios económicos para la población más vulnerable que en el transcurso del tiempo fue insuficiente (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2020). Actualmente no hay datos que pongan en evidencia el estado actual de la población afectado por la pandemia de COVID-19 y las medidas instauradas por parte del estado y su impacto en las necesidades básicas humanas.

Durante la pandemia se suspendieron muchas actividades económicas y sociales importantes para la población para apaciguar el rápido crecimiento de infectados y muertes por causa de la infección por Coronavirus; solo las actividades básicas como la adquisición de alimentos y medicamentos, el acceso parcial de servicios de salud pública y privada del primer nivel de atención fueron mantenidas disponibles para la población. (La izquierda Diario, 2021)

El Perú arrastra un problema sanitario descrito a lo largo de su historia. Padecemos de un problema de infraestructura descrito por la Defensoría del pueblo en el año 2018 donde muchos de los complejos hospitalario del Perú que llega al 20% carecen de equipamiento médico necesario para el cuidado de su población adscrita. (Álvarez-Risco et al., 2021) Si bien es cierto la transmisión del virus SARS-CoV-2 es muy alta, la letalidad de infección es baja comparada con otros SARS virus que pertenecen a la misma familia. Entre 10-15% infectados por el virus requiere atención medica debido al requerimiento de oxígeno intrahospitalario; de los pacientes hospitalizados el 20-30% requiere asistencia ventilatoria invasiva en algún punto de la hospitalización debido a la progresión a distrés respiratorio agudo. (Wunsch, 2020) Durante la pandemia, las autoridades correspondientes redireccionaron toda infraestructura, recursos humanos y logísticos que pudiera ser utilizado para ofrecer cuidados elementales en el tratamiento del paciente infectado con COVID-19 para atenuar el impacto del virus en nuestra población. El primer problema reconocido por el estado fue la exponencial demanda de atenciones y el incremento del flujo de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, emergencias y admitidos que requirieron cuidados intrahospitalarios; en cierto punto de la pandemia la demanda sobrepaso la capacidad ofrecida. Nuevas medidas fueron implementadas como la construcción de hospitales provisionales, uso de espacios hospitalarios en áreas no médicas, el uso de tiendas o carpas en ambientes abiertos para el triaje y redireccionamiento de pacientes a unidades médicas. (Córdova y Rossani, 2020)

En contraparte, muchas de los servicios ambulatorios y las actividades preventivas fueron relegadas por la inminente saturación del sistema de salud. La atención integral de pacientes con comorbilidades crónicas como hipertensión, diabetes, asma, cáncer, enfermedad renal crónica, entre otras y la prescripción y dosificación adecuada de medicamentos fueron descuidadas durante la pandemia debido a la falta de medidas de

contingencia en favor de actividades ambulatorias-preventivas, actividades que en su mayoría están a cargo del primer nivel de atención sanitaria; ante ello a inicios de 2021, se encontró que el 97.1% de los establecimientos de salud de primer nivel de atención, tales como el centro de salud Gustavo Lanatta, presentaban una infraestructura precaria, con equipamiento obsoleto, inoperativo e insuficiente (Diario médico, 2021); trayendo en consecuencia que el manejo y control de enfermedades crónicas tan prevalentes como la HTA y la diabetes siguen siendo subóptimo, más aún en pandemia con la COVID-19; donde las desigualdades sociales, económicas y la falta de acceso a los servicios de salud han hecho que las poblaciones más vulnerables se afecten.

1.1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las necesidades básicas sociales y la percepción al acceso de servicios de salud durante la pandemia del covid-19 en pacientes ambulatorios en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan 2022?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Internacionales

La pandemia de COVID-19 en los Estados Unidos afectó el sistema preventivo y promoción de la salud. Ceizler et al. (2021) realizó un estudio transversal tipo encuesta donde evaluó 5261 personal donde 760 (14%) de esta población encuestada reconoció diabetes mellitus como parte de sus antecedentes médicos. La encuesta fue realizada entre enero y febrero del 2021 vía online. Se realizó análisis por subgrupos y se determinó que encuestados con diabetes menores de 40 años reportaron dificultad en el acceso de salud en los primeros tres meses de ser declarado la pandemia. Además, se determinó que las complicaciones relacionadas con diabetes mellitus como admisiones por hiperglicemia, cetoacidosis diabética e infecciones se incrementaran en este subgrupo. El pobre control de

las glicemias en ayunas y de hemoglobinas glicosiladas fue una constante también en este subgrupo. El presente estudio también determinó que un retraso en el diagnóstico de diabetes mellitus en una proporción de la población encuestada (Czeisler et al., 2021).

Podubiski et al. (2021) desarrolló otro estudio tipo transversal de encuesta donde entrevistó 59 personas para evaluar la percepción al acceso de salud. 52% (28/59) de los entrevistados experimentaron una demora en acceso de salud debido al miedo de contraer la infección en lugares de alta transmisión, otras razones que afectaron el acceso de salud fueron las restricciones de viaje, el cierre de centros de salud, no adecuado uso de telemedicina, entre otros.

1.2.2. Nacionales

Pesantes et al. (2020) describieron la realidad del paciente diabético durante la pandemia en el Perú y como el limitado acceso al primer nivel de atención afectó los cuidados básicos de esta enfermedad. El autor del artículo describe la realidad nacional a las 12 semanas después que se declarase cuarentena obligatoria; ninguna de los pacientes viviendo con enfermedades crónicas no transmisibles fueron atendidas en los consultorios externos del MINSA o ESSALUD durante este periodo de tiempo afectando así la continuidad del cuidado y la entrega de medicamentos. El autor hace hincapié en cinco recomendaciones generales para el manejo del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles durante la pandemia: a. suficiente recurso material y humano, b. capacitación del personal de salud en el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, c. enfatizar en el uso de telemedicina, d. difusión a la población general de las opciones al acceso a la salud, e. integralidad de los servicios de salud.

Paredes et al. (2021) por otro lado describe la realidad del paciente viviendo con HIV y como el diagnóstico oportuno de esta infección fue afectada. Para octubre 2020 el número de nuevos casos de HIV alcanzó 18.2% de los estimado en años anteriores, dejando

sin diagnóstico a un gran grupo de paciente que requerirían tratamiento antirretroviral. Recomendaciones generales como autoadministrar pruebas de HIV en pacientes en riesgo, uso de telemedicina para el seguimiento cercano, suministros de medicación por periodos prolongados como 6 meses, y acceso a pruebas ancilares para el manejo integral son sugeridas por el autor del estudio. Recomendaciones que podrían ser utilizadas en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles; el autor deja en claro como la pandemia afecta al cuidado de la salud y como el estado debería actuar para solucionar el problema.

1.3. Objetivos

1.3.1. *Objetivo General*

- Determinar las necesidades básicas sociales y la percepción al acceso de servicios de la salud durante la pandemia del COVID-19 en pacientes atendidos ambulatorios en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan.

1.3.2. *Objetivos Específicos*

- Describir la necesidad de adquisición de medicamentos, alimentos, y servicios básicos de la vivienda durante la pandemia del COVID-19 en pacientes atendidos ambulatorios en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan.
- Identificar la proporción de personas que recibieron asistencia económica de parte del estado durante la pandemia del COVID-19 en pacientes atendidos ambulatorios en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan.
- Identificar la proporción de personas sintomáticas por COVID-19 y la duración de síntomas durante la pandemia del COVID-19 en pacientes atendidos ambulatorios en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan.
- Describir la proporción de personas que buscaron atención médica relacionada con la infección del coronavirus o para el seguimiento de sus enfermedades crónicas durante

la pandemia del COVID-19 en pacientes atendidos ambulatorios en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan.

- Describir la proporción de personas testeadas por COVID-19 con y sin síntomas y la proporción de positividad durante la pandemia del COVID-19 en pacientes atendidos ambulatorios en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan.
- Describir la proporción de personas que fueron sometidas a aislamiento domiciliario por contacto directo con persona infectada o por positividad a alguna prueba del SARS-CoV-2 durante la pandemia del COVID-19 en pacientes atendidos ambulatorios en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan.
- Describir la proporción de enfermedades crónicas, y la percepción de la progresión de estas durante la pandemia del COVID-19 en pacientes atendidos ambulatorios en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan.

1.4. Justificación

1.4.1. Justificación teórica

El presente estudio da un aporte teórico debido a que durante la pandemia hubo un impacto en todas las esferas de la sociedad. Se expusieron brechas sociales y se incrementaron las inequidades a todos los niveles de nuestra sociedad, como resultado el porcentaje de pobreza se incrementó, así como el descontento general de la población.

1.4.2. Justificación practica

Con el presente trabajo al encontrar si las necesidades sociales de la una población representativa de Lima-Metropolitana se incrementaron como consecuencia de las restricciones al trabajo de una población predominante informal que, debido a las medidas estrictas del estado y su ausencia con insuficiente apoyo financiero, afecto a la adquisición de alimentos, y la cobertura de servicios básicos del hogar, se contribuiría con la formulación de estrategias para poder contrarrestarlas. Por otro lado, el estado proclamo

estado de emergencia por primera vez en marzo 16 del 2020 que continuo por muchos meses. Las actividades de atención medicas durante la pandemia fueron enfocadas al cuidado y manejo del paciente con infección del COVID-19, descuidando las actividades de prevención y promoción de la salud. La presente investigación buscó identificar la proporción de pacientes que encontraron dificultades en buscar atención medica durante la pandemia y los factores relacionados.

1.4.3. Justificación metodológica

Encontrándonos en una coyuntura de pandemia con una enfermedad de la cual nada se sabía, día con día grandes investigadores clínicos y de laboratorio hacen inmensos esfuerzos por saber más de este padecimiento que a tantos a afectado no solo en el ámbito de salud, sino también en las esferas de social, personal, y laboral. Es por ello por según los resultados se podrá proveer de recomendaciones, que ayuden a otros investigadores a continuar aportando desde otro ángulo de estudio.

1.5. Hipótesis

- HIPOTESIS ALTERNA 1: La pandemia del COVID-19 incremento las necesidades básicas sociales en pacientes ambulatorios en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan.
- HIPOTESIS NULA 1: La pandemia del COVID-19 no incremento las necesidades básicas sociales en pacientes ambulatorios en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan.
- HIPOTESIS ALTERNA 2: La pandemia del COVID-19 afecto el acceso de los servicios de salud para personas con enfermedades crónicas o aquellas con enfermedades no relacionas con la infección del COVID-19 en pacientes ambulatorios en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan.

- HIPOTESIS NULA 2: La pandemia del COVID-19 no afecto el acceso de los servicios de salud para personas con enfermedades crónicas o aquellas con enfermedades no relacionas con la infección del COVID-19 en pacientes ambulatorios en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan.

II. MARCO TEORICO

2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1 COVID-19

A finales del año 2019, se identificó un nuevo coronavirus como la causante de un grupo de casos de neumonía en Wuhan - china de Hubei. Este se propagó rápidamente, lo que resultó en una epidemia en toda China, y posteriormente en otros países del mundo. En febrero de 2020, la OMS designó la enfermedad COVID-19, que significa enfermedad por coronavirus 2019. El virus que causa el COVID-19 se denomina síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2); anteriormente, se denominaba 2019-nCoV. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020)

2.1.2 Factores de riesgo de enfermedad grave

Una gran proporción de las personas que la padece sufren síntomas de intensidad leve a moderada logrando recuperarse sin necesidad de tratamientos especiales. Pero, algunas personas desarrollan cuadros graves. Estos últimos pueden ocurrir en personas sanas de cualquier edad, pero la prevalencia está en adultos de edad avanzada o con ciertas comorbilidades médicas subyacentes. Así mismo se considera que la edad avanzada como un factor de riesgo para mayor mortalidad (Wu y McGoogan et al., 2020). Aunque la enfermedad grave puede ocurrir en cualquier individuo, la mayoría de los pacientes con enfermedad grave tienen al menos un factor de riesgo (Wynants et al., 2020; Lombardi et al., 2021):

- Cáncer
- Enfermedad cerebrovascular
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad pulmonar crónica (bronquiectasias, EPOC, etc)
- Enfermedad hepática crónica (cirrosis, EHGA, EHGA, hepatitis autoinmune)

- Fibrosis quística
- Diabetes mellitus, tipo 1 y tipo 2
- Discapacidades (parálisis cerebral, malformaciones congénitas, limitaciones con el cuidado personal o las actividades de la vida diaria, lesiones de la médula espinal)
- Afecciones cardíacas (como insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias o cardiomiopatías)
- VIH
- Trastornos de salud mental (trastornos del estado de ánimo, incluida la depresión, trastornos del espectro de la esquizofrenia)
- Condiciones neurológicas (demencia)
- Obesidad ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) y sobrepeso ($\text{IMC} 25$ a 29 kg/m^2)
- La inactividad física
- Embarazo o embarazo reciente
- Inmunodeficiencias primarias
- Tabaquismo (historial actual o anterior)
- Enfermedad de células falciformes o talasemia
- Trasplante de órganos sólidos o células madre sanguíneas
- Trastornos por uso de sustancias
- Tuberculosis
- Uso de corticosteroides u otros medicamentos inmunosupresores

2.1.3 Manifestaciones clínicas

La mayoría de los pacientes con COVID-19 confirmado tienen fiebre y/o síntomas de enfermedad respiratoria aguda (Wang-Hu et al., 2020). Sin embargo, estos síntomas tampoco son específicos de la COVID-19, y el valor predictivo de un solo síntoma en el diagnóstico de la COVID-19 es incierto (Huang-Wang et al., 2020):

- Tos
- Fiebre
- mialgias
- Dolor de cabeza
- Disnea (nueva o que empeora con respecto a la línea de base)
- Dolor de garganta
- Diarrea
- Náuseas vómitos
- Anosmia u otras anomalías del olfato
- Ageusia u otras anomalías del gusto
- Rinorrea y/o congestión nasal
- Escalofríos/rigores
- Fatiga
- Confusión
- Dolor o presión en el pecho

2.1.4 Recuperación y secuelas a largo plazo

El tiempo de recuperación ante la infección por coronavirus es muy variable y depende de la edad y las comorbilidades preexistentes, además de la gravedad de la enfermedad. Se ha visto que las personas con infección leve se recuperen con relativa rapidez (en dos semanas), mientras que muchas personas con enfermedad grave tardan más en recuperarse (de dos a tres meses). (Huang et al., 2020)

Así mismo los síntomas que persisten con mayor prevalencia son la fatiga, disnea, dolor torácico, tos y déficits cognitivos, y existen datos que sugieren la posibilidad de deterioro respiratorio en curso y secuelas cardíacas. (Van den Borst et al., 2020)

2.2 Desarrollo de medidas sanitarias ante la COVID-19

Perú es uno de los países con más mortalidad per cápita debido a COVID-19 en el mundo, para el 1 de diciembre del 2021 los casos de personas infectadas llego a 2.2 millones y 201 mil personas fallecidas de acuerdo con los datos ofrecido por John Hopkins University. (Khan et al., 2020; Coronavirus Resource Center, 2021)

Los primeros casos de COVID-19 infección fueron descritas en China en diciembre 2019, y la OMS declaro la pandemia mundial en marzo del 2020. El primer caso de COVID-19 detectado en el Perú fue reportado el 5 de marzo del 2020, y para el 15 de marzo el Perú declaro aislamiento social obligatorio con el decreto de urgencia 026-2020; cuarentena que duro meses. (Khan et al., 2020; Alvarez-Risco et al., 2020)

Numerosas medidas fueron instauradas en Perú para detener el avance de la pandemia, aislamiento social obligatorio, suspensión de las actividades no esenciales, restricciones en el transito interno, y el cierre de las fronteras nacionales durante el pico de la pandemia. Estas medidas afectaron la población más vulnerable de nuestra población; la pérdida del trabajo, el libre tránsito, y el incremento de los precios de alimentos golpearon la población más necesitada. El gobierno peruano comenzó un programa de ayuda social donde ofrecía subvención económica por 700 soles peruanos, retiro temprano de la pensiones y donaciones de productos alimenticios para poder contener la falta de desempleo y alimentos en el hogar. (Leddy et al., 2020; Inter-American Development Bank, 2021)

El programa de actividades preventivas y de promoción de la salud también fueron afectadas por la pandemia. El rápido flujo de pacientes con infección por COVID-19 afectaron nuestro sistema de salud y rápidamente se instauraron planes de contingencia

como el cierre de las actividades ambulatorias como consultorio externo y cirugías electivas con la intención de re-direccionar los recursos humanos al cuidado de pacientes con infección de COVID-19 hospitalizados o atendidos ambulatoriamente. (Pesantes et al., 2020; Paredes et al., 2021)

Personas con urgencias médicas o aquellas que requirieron seguimiento médico de condiciones crónicas no fueron atendidas en el primer nivel de atención durante la primera fase de la pandemia en el Perú. Poblaciones especiales como pacientes con Diabetes Mellitus e infección por HIV fueron descritas en estudios peruanos donde la falta de continuidad en su manejo en el consultorio externo incremento morbilidad en estos grupos, así como limito el acceso de medicamentos e incremento los numero de hospitalizaciones y complicaciones directamente relacionadas con la enfermedad subyacente. (Córdova y Rossani, 2020; Inter-American Development Bank, 2021)

No hay estudios relacionados con la percepción al acceso de la salud en pacientes ambulatorios de centros de atención primaria fueron encontrados en una extensa búsqueda bibliográfica en PUBMED, EBSCO, Scielo, o Web of Science. Dos estudios peruanos ya antes descritos relacionados con Diabetes Mellitus e infección por HIV fueron ya descritos en el presente trabajo.

III.METODO DE INVESTIGACION

3.1. Tipo De Investigación

El tipo de investigación es no experimental, debido a que no existe manipulación de variables en el presente estudio, en segundo lugar, correlacional debido a que se analizó y/o midió si se encuentran o no relacionadas las variables en estudio, de enfoque cuantitativo debido a que según la medición numérica y el análisis estadístico se determinó si existe relación entre las variables, y asimismo es tipo transversal debido a que se estudió en un solo momento a los hombres y mujeres que aceptaron responder la encuesta.

3.2. Ámbito Temporal y Espacial

Se aplicó un cuestionario que contiene preguntas cerradas tipo dicotómicas y categorizadas de respuesta sugeridas y de valoración. Las encuestas fueron tomadas en los ambientes ambulatorios del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan entre los meses de enero a marzo del 2022.

3.3. Variables

3.3.1 *Variables independientes*

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Tipo de trabajo
- Síntomas que padeció durante la pandemia
- Entidad de salud
- Habilidad funcional
- Paciente inhabilitado
- Aislamiento social

- Enfermedades crónicas no transmisibles
- Imposibilidad de acceso a atención médica en Estado de emergencia
- Medio de consulta de acceso a la salud
- Seguro de salud
- Inseguridad alimentaria
- Apoyo social por parte del estado

3.3.2 Variables dependientes

- Infección de COVID – 19

3.4. Población y Muestra

3.4.1 Población

Pacientes que acuden para ser atendidos en las áreas clínica ambulatorias del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan en el periodo enero a marzo del 2022. Para el estudio se incluyó a hombres y mujeres mayores de 18 años de edad que aceptaron responder la encuesta.

3.4.2 Muestra

El muestreo empleado no probabilístico por conveniencia donde los sujetos fueron seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad de estos al investigador, así mismo dada la coyuntura vivida en la actualidad con la COVID-19. Se tomaron 100 encuestas de pacientes ambulatorios atendidos en las áreas clínicas del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan en el periodo enero a marzo del 2022.

Unidades de análisis: Encuestas de pacientes atendidos en el área ambulatorio del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan.

- Criterios de inclusión: Todo paciente mayor de 18 años que voluntariamente acepte contestar la encuesta a desarrollar.
- Criterios de exclusión:

- Pacientes que no deseen participar en el desarrollo de la encuesta.
- Pacientes que tengan condiciones de hospitalización.

3.5. Instrumentos

Se utilizó una encuesta que contiene preguntas cerradas tipo dicotómicas y categorizadas de respuesta sugeridas y de valoración. La encuesta se muestra en el ANEXO N° B de la presente investigación. La encuesta contiene 34 preguntas distribuidas en 3 secciones: 1. Infección por coronavirus 2. Evaluación de enfermedades de base y acceso al sistema de salud 3. Determinantes sociales de la salud. La primera sección enfocada en la identificación de síntomas respiratorios altos durante la pandemia, tasa de pruebas de coronavirus positivas, duración de los síntomas, afección de la funcionalidad de participante y la capacidad de aislarse. La segunda parte de la encuesta fue dirigida a identificar las comorbilidades de base de los participantes, percepción subjetiva al estado de las comorbilidades base y el acceso al sistema de salud cuando le paciente lo requirió. La tercera sección evalúa las necesidades sociales y la presencia del estado durante la pandemia. Características sociodemográficas como edad, genero, estado marital, tipo de trabajo fueron incluidas en la encuesta. El instrumento fue validado por tres jueces de expertos (ANEXO N° D), y tiene una confiabilidad alta con un Alfa de Cronbach: 0.84.

3.6. Procedimientos

Se aplicó una encuesta a todos los pacientes atendidos en el área ambulatorio del Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan que cumplan con los criterios de inclusión durante el periodo de enero a marzo de 2022. Previo a esto se permitió firmar el consentimiento informado dando con ello el reconocimiento pleno del derecho al paciente de ser parte de esta investigación (ANEXO N° C). La información obtenida fue recopilada en una base de datos usando el programa Microsoft Excel 365 versión 2020 compatible con el sistema operativo Windows.

3.7. Análisis de Datos

En el presente trabajo se presentó a las variables clínicas y demográficas de las pacientes encuestadas. Los datos categóricos se describieron como frecuencias y expresados en gráficos de barras, por otro lado, los datos numéricos serán presentados en medidas de tendencia central y dispersión. Los datos recolectados de las encuestas fueron manejados en software Microsoft Excel 2020. Se desarrolló análisis inferencial para la búsqueda de Odds ratio-likelihood de un evento por medio de regresión logística. Las variables incluidas en la encuesta fueron clasificadas como categóricas, las variables continuas como edad fueron modificadas y presentadas como categóricas. El análisis Chi-square fue utilizada para el determinar la dependencia entre subgrupos. El valor de P fue considerado significativo si $p < 0.05$. Así mismo el Paquete estadístico SPSS 28 fue utilizada para el análisis estadístico en este estudio.

3.8. Consideraciones Éticas

No hubo riesgos en la salud, puesto que se trabajó con encuestas. Se permitió el pleno derecho de aceptar voluntariamente a ser parte del estudio, firmando el consentimiento informado.

| REQUISITO | Descripción del requisito | CUMPLE (Sí/No) | SUSTENTO |
|-------------------------------|--|----------------|---|
| 1.- Valor | ¿Tiene importancia social, científica o clínica? | Sí | Si cuenta con un valor social y científico, ya que los resultados servirán para conocer necesidades básicas sociales y la percepción al acceso de servicios de salud durante la pandemia del covid-19 |
| 2.- Validez Científica | ¿Tiene una metodología | Sí | Si cuenta con validez científica, pues está |

| | | | |
|--|---|-------------------------------|--|
| | adecuada? | | diseñada con métodos de investigación de tipo Transversal. Que busca examinar un fenómeno social de gran importancia en la actualidad. |
| 3.-Selección equitativa del sujeto | ¿Se seleccionan participantes que están en condiciones de beneficiarse? | No aplica | En este estudio se trabajará con encuestas a pacientes ambulatorios, por lo que no será necesario identificar y seleccionar sujetos. |
| 4.- Proporción favorable riesgo-beneficio | ¿Son los beneficios \geq riesgos? | No aplica | El presente estudio no presenta ningún riesgo ni beneficio para los pacientes en el presente, y así mismo la información obtenida de las encuestas no influirá sobre dichos pacientes. |
| 5.-Evaluación independiente: | ¿Hay conflicto de intereses? | No hay conflicto de intereses | No existe conflicto de intereses pues el estudio está destinado a describir necesidades básicas sociales y la percepción al acceso de servicios de salud durante la pandemia del covid-19. Para culminar eficaz y correctamente y seguir avanzando con la carrera. |
| 6.Consentimiento Informado | Tiene consentimiento Informado | Si | El presente estudio requiere que los pacientes cumplan con el criterio de inclusión previo a la aplicación del |

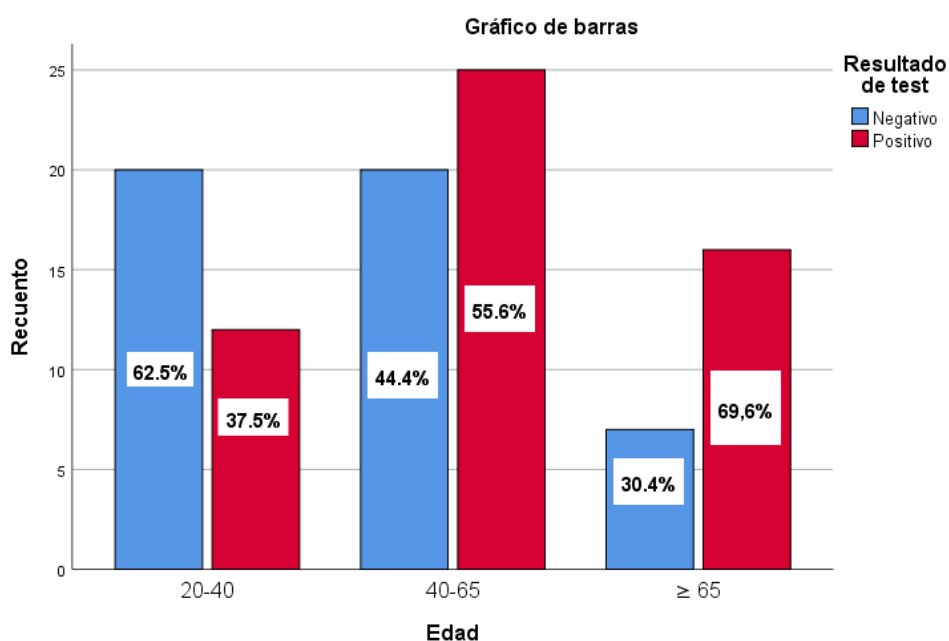
| | | | |
|--|---|----|--|
| | | | questionario. |
| 7.- Respeto a los sujetos inscritos | ¿Se permite el sujeto cambiar de opinión? ¿Se asegura la privacidad? ¿Se cubrirá de los efectos adversos? | Sí | Es un estudio transversal en el cual se trabajará con encuestas manteniendo la confidencialidad de las identidades de todos los pacientes que acepten voluntariamente a ser parte del estudio. |

IV. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de la investigación en base a la información recogida mediante las técnicas e instrumento de estudio en datos cuantitativos de análisis descriptivo e inferencial, las que se objetivan mediante cuadros estadísticos y gráficos de acuerdo a las hipótesis de trabajo y su relación con cada una de las variables.

Figura 1

Edad



Fuente: Elaboración propia

Tabla 1

Edad

| | Total | Test Negativo para Coronavirus | Test Positivo para coronavirus | Valor P |
|-------------|----------|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| Edad | | | | 0.057 |
| 20-40 | 32 (32%) | 20 (42.6%) | 12 (22.6%) | |
| 41-65 | 45 (45%) | 20 (42.6%) | 25 (47,2%) | |
| >65 | 23 (23%) | 7 (14.9%) | 16 (30.2%) | |

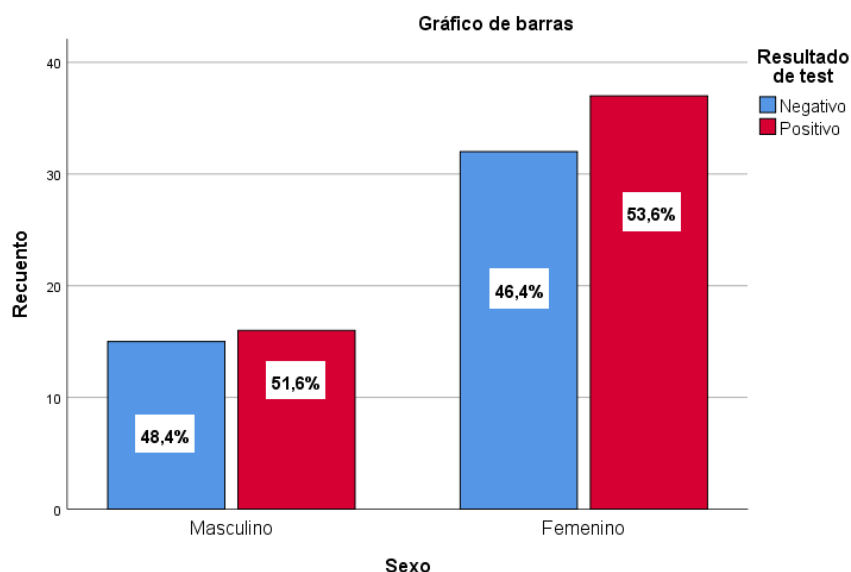
Fuente: Elaboración propia

Respecto al grupo etario se halló 45% de los participantes se encontraron entre los 41-65 años, seguido de un 32% que fueron menores de 40 años y un 23 % mayores de 65 años. Así mismo

dentro del grupo etario de 41-65 años tuvieron test positivo un 55,6% y test negativo 44,4%, y dentro de los menores de 40 años tuvieron test positivo un 37,5% y test negativo 62,5%, por último, dentro del grupo etario mayores de 65 años tuvieron test positivo un 69,6% y test negativo 30,4%.

Figura 2

Sexo



Fuente: Elaboración propia

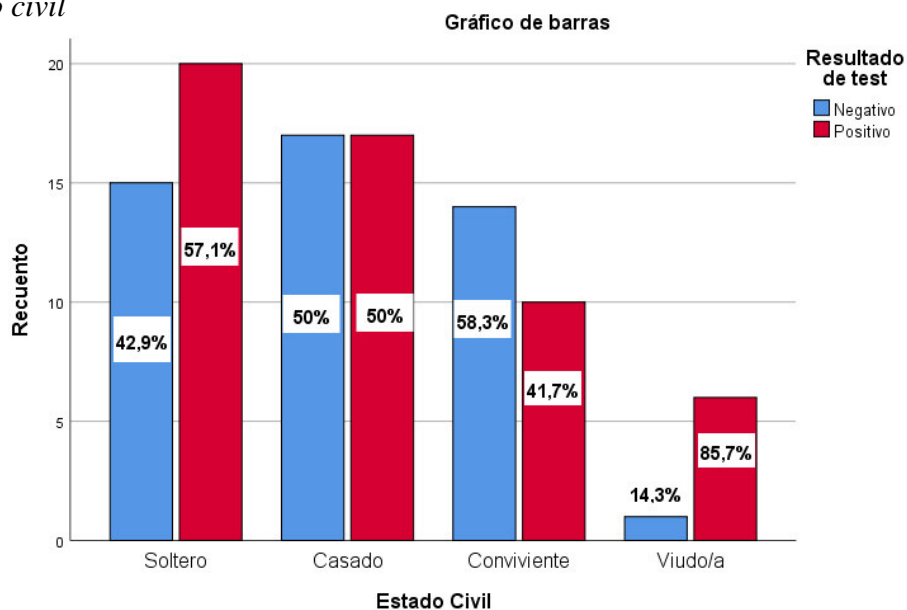
Tabla 2

Sexo

| | Total | Test Negativo para Coronavirus | Test Positivo para coronavirus | Valor P |
|-------------|----------|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| Sexo | | | | 0.852 |
| hombre | 31 (31%) | 15 (31.9%) | 16 (30.2%) | |
| Mujer | 69 (69%) | 32 (68.1%) | 37 (69.8%) | |

Fuente: Elaboración propia

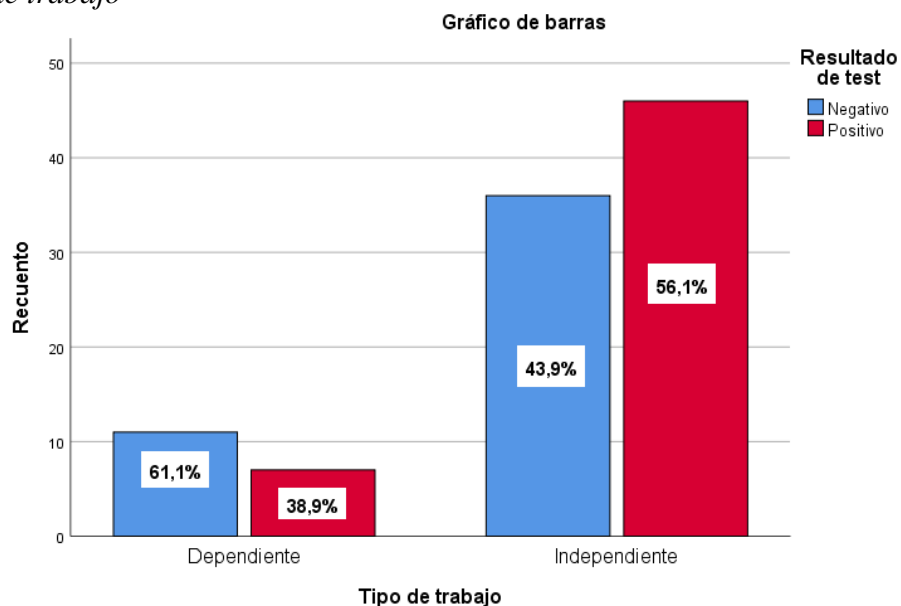
Con respecto al sexo el 69% de los participantes en el estudio fueron del género femenino y el 31% masculino. De los cuales, dentro del sexo femenino el 53,6% tuvieron test positivo un y 46,4% test negativo. Así mismo, dentro del sexo masculino el 51,6% tuvieron test positivo un y 48,4% test negativo.

Figura 3*Estado civil**Fuente:* Elaboración propia**Tabla 3***Estado civil*

| | Total | Test Negativo para Coronavirus | Test Positivo para coronavirus | Valor P |
|---------------------|----------|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| Estado Civil | | | | 0.203 |
| Soltero | 35 (35%) | 15 (31.9%) | 20 (37.7%) | |
| Casado | 34 (34%) | 17 (36.2%) | 17 (32.1%) | |
| Conviviente | 24 (24%) | 14 (29.8%) | 10 (18.9%) | |
| Viudo | 7 (7%) | 1 (2.2%) | 6 (11.3%) | |

Fuente: Elaboración propia

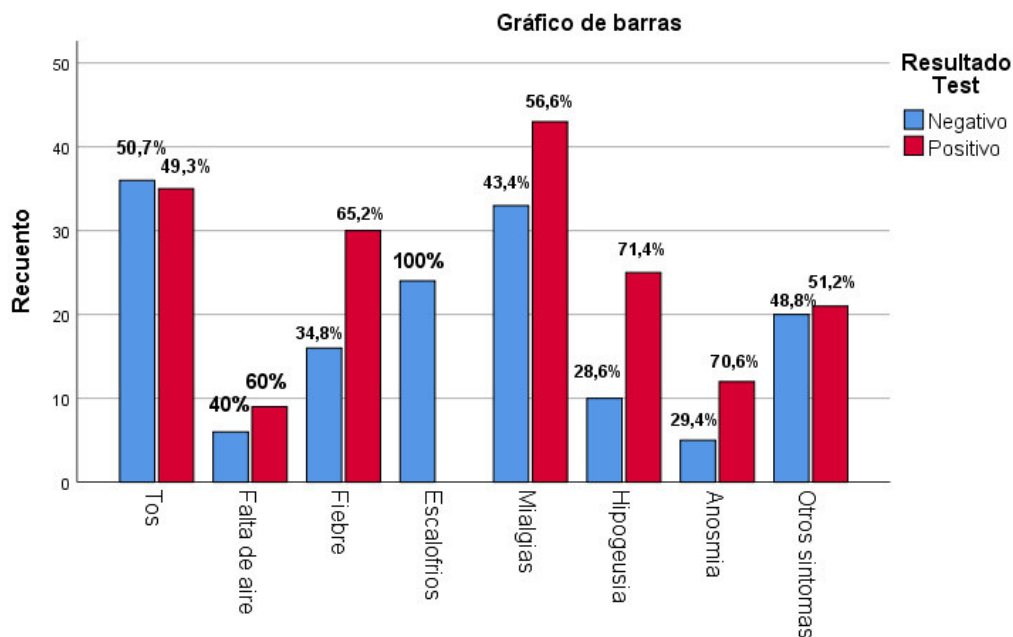
Con respecto al estado civil el 35% afirmo ser soltero, 34% ser casado, el 24% en un estado conviviente y un 7% afirmaron ser viudos. De los cuales, dentro del grupo de solteros el 57.1% tuvieron test positivo un y 42.9% test negativo, dentro del grupo de casados el 50% tuvieron test positivo un y 50% test negativo, dentro del grupo de convivientes el 41.7% tuvieron test positivo un y 58.3% test negativo, y por último dentro del grupo de viudo/a el 85.7% tuvieron test positivo un y 14.3% test negativo.

Figura 4*Tipo de trabajo**Fuente:* Elaboración propia**Tabla 4***Tipo de trabajo*

| | Total | Test Negativo para Coronavirus | Test Positivo para coronavirus | Valor P |
|------------------------|----------|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| Tipo de trabajo | | | | 0.185 |
| Dependiente | 18 (18%) | 11 (23.4%) | 7 (13.2%) | |
| Independiente | 82 (82%) | 36 (76.6%) | 46 (86.8%) | |

Fuente: Elaboración propia

Con respecto al tipo de trabajo el 82% de los participantes tiene un tipo de trabajo independiente, y el 18% aseguró tener un trabajo de carácter dependiente. De los cuales, los participantes con trabajo independiente el 56.1% tuvieron test positivo un y 43.9% test negativo, y los participantes con trabajo dependiente el 38.9% tuvieron test positivo un y 61.1% test negativo.

Figura 5*Síntomas desde que comenzó la pandemia*

Síntomas desde que comenzó pandemia

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5*Síntomas desde que comenzó la pandemia*

| | Total | Test Negativo para Coronavirus | Test Positivo para coronavirus | Valor P |
|---|--------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------|
| Síntomas desde que comenzó la pandemia | | | | |
| tos | 71 (71%) | 36 (76.6%) | 35 (66.0%) | 0.246 |
| Falta de aire | 15 (15%) | 6 (12.8%) | 9 (17.0%) | 0.556 |
| Fiebre | 46 (46%) | 16 (34.0%) | 30 (56.6%) | 0.024 |
| Escalofríos | 24 (24%) | 12 (25.5%) | 12 (22.6%) | 0.736 |
| Mialgias | 76 (76%) | 33 (70.2%) | 43 (81.1%) | 0.202 |
| Hipogeusia | 35 (35%) | 10 (21.3%) | 25 (47.2%) | 0.007 |
| Anosmia | 17 (17%) | 5 (10.6%) | 12 (22.6%) | 0.111 |
| Otros síntomas | 41 (41%) | 20 (42.6%) | 21 (39.6%) | 0.766 |

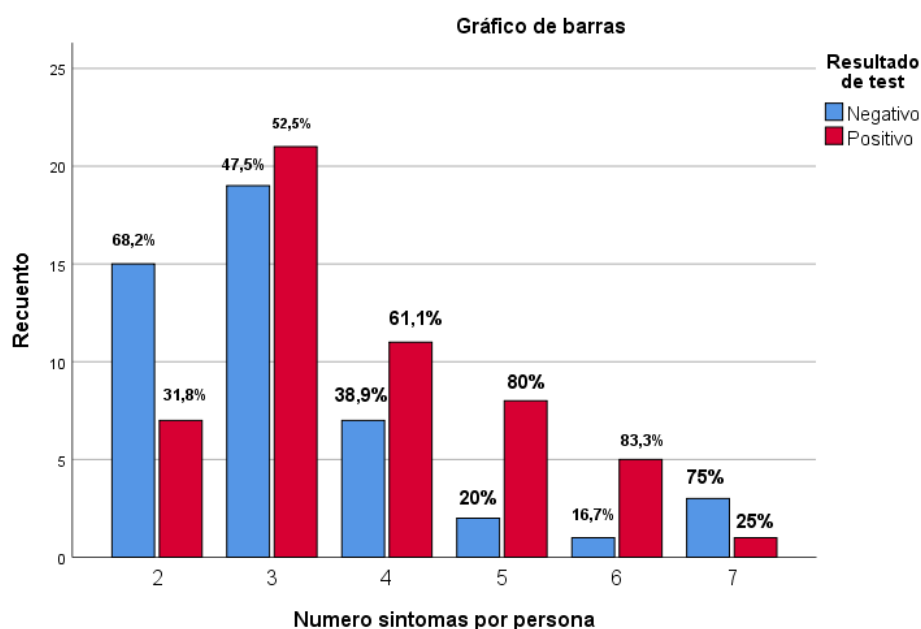
Fuente: Elaboración propia

Con respecto a los síntomas, se encontró que los más prevalentes fueron mialgias con 76%, tos con 71%, fiebre con 46% e Hipogeusia-trastorno del gusto con 35%. De los cuales, aquellos participantes que tuvieron mialgias tuvieron test positivo en un 56.6% un y test negativo en un

43.4%, mientras que aquellos participantes que tuvieron tos obtuvieron un test positivo en un 49.3% un y test negativo en un 50.7%, así mismo los participantes que manifestaron haber tenido fiebre obtuvieron un test positivo en un 65.2% un y test negativo en un 34.8%, y de la misma manera aquellos participantes que tuvieron Hipogeusia-trastorno del gusto tuvieron test positivo en un 71.4% un y test negativo en un 28.6%.

Figura 6

Numero de síntomas por persona



Fuente: Elaboración propia

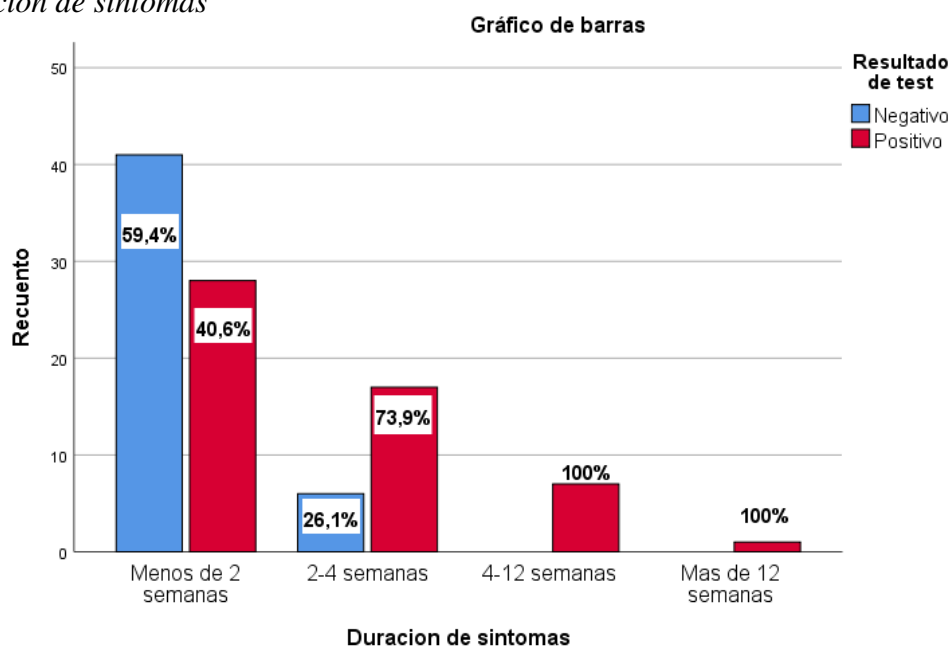
Tabla 6

Numero de síntomas por persona

| | Total | Test Negativo para Coronavirus | Test Positivo para coronavirus | Valor P |
|---------------------------------------|----------|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| Numero de síntomas por persona | | | | 0.055 |
| 2 | 22 (22%) | 15 (31.9%) | 7 (13.2%) | |
| 3 | 40 (40%) | 19 (40.4%) | 21 (39.6%) | |
| 4 | 18 (18%) | 7 (14.9%) | 11 (20.8%) | |
| 5 | 10 (10%) | 2 (4.3%) | 8 (15.1%) | |
| 6 | 6 (6%) | 1 (2.1%) | 5 (9.4%) | |
| 7 | 4 (4%) | 3 (6.4%) | 1 (1.9%) | |

Fuente: Elaboración propia

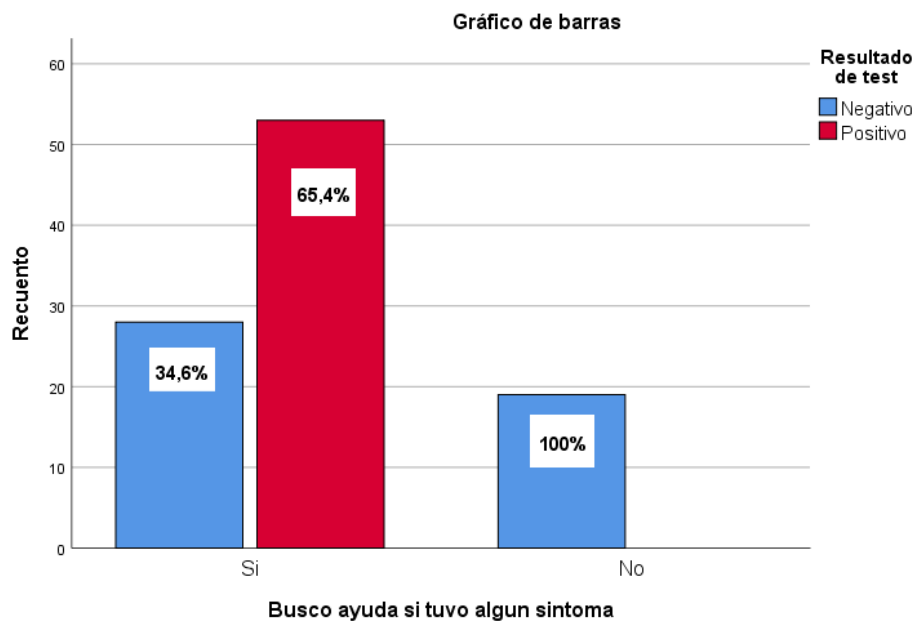
Con respecto al número de síntomas, se encontró que el 22 % de los participantes aseguraron tener dos síntomas, 40% tuvieron tres síntomas, 18% cuatro síntomas, 10% cinco síntomas, 6% seis síntomas, y 4% siete síntomas. De los cuales, los participantes con 2 síntomas el 31.8% tuvieron test positivo un y 68.2% test negativo, los participantes con 3 síntomas el 52.5% tuvieron test positivo un y 47.5% test negativo, los participantes con 4 síntomas el 61.1% tuvieron test positivo un y 38.9% test negativo, los participantes con 5 síntomas el 80% tuvieron test positivo un y 20% test negativo, y así mismo los participantes con 6 síntomas el 83.3% tuvieron test positivo un y 16,7% test negativo.

Figura 7*Duración de síntomas**Fuente:* Elaboración propia**Tabla 7***Duración de síntomas*

| | Total | Test Negativo para Coronavirus | Test Positivo para coronavirus | Valor P |
|---------------------------------|----------|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| Duración de los síntomas | | | | 0.002 |
| Menos de 2 semanas | 69 (69%) | 41 (87.2%) | 28 (52.8%) | |
| 2-4 semanas | 23 (23%) | 6 (12.8%) | 17 (32.1%) | |
| 4-12 semanas | 7 (7%) | 0 (0%) | 7 (13.2%) | |
| Mas de 12 semanas | 1 (1%) | 0 (0%) | 1 (1.9%) | |

Fuente: Elaboración propia

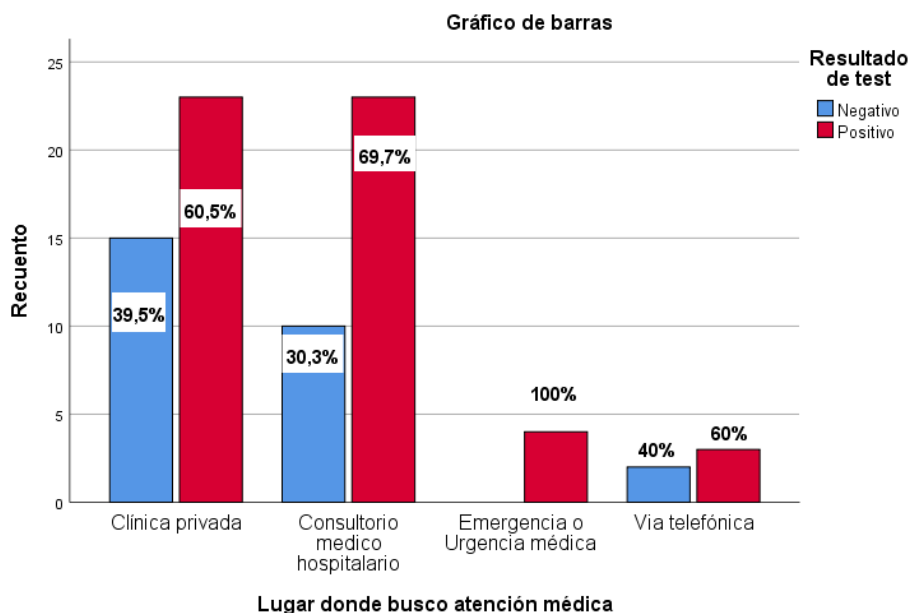
Con respecto a la duración de síntomas, se encontró que el 69% de los sintomáticos tuvieron síntomas que duraron no más de 2 semanas, el 23% entre 2-4 semanas y el 7% entre 4 a 12 semanas. De los cuales, los participantes con síntomas de duración menor a 2 semanas obtuvieron test positivo en un 40.6% y un test negativo en un 59.4%, los participantes con síntomas de duración de 2 - 4 semanas obtuvieron test positivo en un 73.9% y un test negativo en un 26.1%, los participantes con síntomas de duración de mayor de 4 semanas obtuvieron test positivo en un 100%.

Figura 8*Busco ayuda si tuvo algunos síntomas**Fuente:* Elaboración propia**Tabla 8***Busco ayuda si tuvo algunos síntomas*

| | Total | Test Negativo para Coronavirus | Test Positivo para coronavirus | Valor P |
|--|----------|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| Si busco ayuda, si tuvo algún síntoma | | | | 0.001 |
| Si | 81 (81%) | 28 (59.6%) | 53 (100%) | |
| No | 19 (19%) | 19(40.4%) | 0 (0.0%) | |

Fuente: Elaboración propia

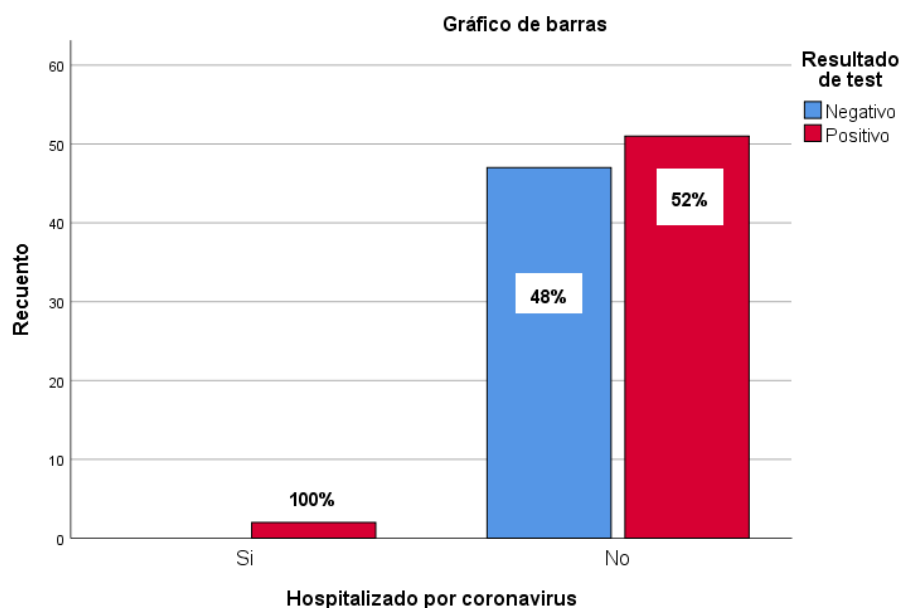
Con respecto a si el participante busco ayuda al presentar algún síntoma, se encontró que el 81% de los participantes buscaron algún tipo de ayuda médica debido a los síntomas presentados. Dentro de los cuales, el 65.4% obtuvieron test positivo y un 34.6% un test negativo.

Figura 9*Entidad de salud donde busco atención médica**Fuente: Elaboración propia***Tabla 9***Entidad salud donde busco atención medica*

| | Total | Test Negativo para Coronavirus | Test Positivo para coronavirus | Valor P |
|--|------------|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| Lugar donde busco atención medica | | | | 0.414 |
| Clínica privada | 38 (47.5%) | 15 (55.6%) | 23 (43.4%) | |
| Consultorio médico hospitalario | 33 (41.3%) | 10 (37%) | 23 (43.4%) | |
| Emergencia o Urgencia medica | 4 (5%) | 0 (0%) | 4 (7.5%) | |
| Vía Telefónica | 5 (6.3%) | 2 (7.4%) | 3 (5.7%) | |

Fuente: Elaboración propia

Respecto al lugar donde buscaron atención medica los participantes, los espacios operativos más frecuentes fueron alguna clínica privada en un 47.5% o consultorio médico estatal en un 41.3%. Dentro de los cuales, aquellos participantes que acudieron a alguna clínica privada el 60.5% obtuvieron test positivo y un 39.5% un test negativo, de igual manera aquellos participantes que acudieron a un consultorio médico hospitalario el 69.7% obtuvieron test positivo y un 30.3% un test negativo.

Figura 10*Hospitalización por coronavirus*

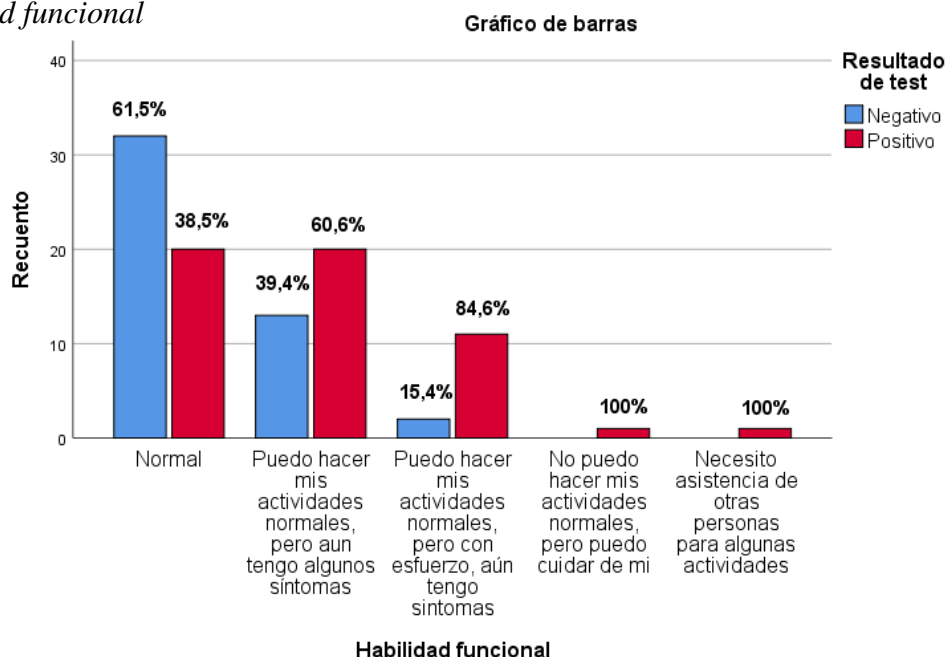
Fuente: Elaboración propia

Tabla 10*Hospitalización por coronavirus*

| | Total | Test Negativo para Coronavirus | Test Positivo para coronavirus | Valor P |
|--------------------------------------|----------|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| Hospitalizado por coronavirus | | | | 0.179 |
| Si | 2 (2%) | 0 (0%) | 2 (3.8%) | |
| No | 98 (98%) | 47 (100%) | 51 (96,2%) | |

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a si el participante fue hospitalización por coronavirus, se encontró que el 2% de los participantes fueron hospitalizados, dentro de los cuales el 100% obtuvieron test positivo, mientras que el 98% no requirió de hospitalización, dentro de estos últimos el 52% tuvieron test positivo y un 48% test negativo.

Figura 11*Habilidad funcional*

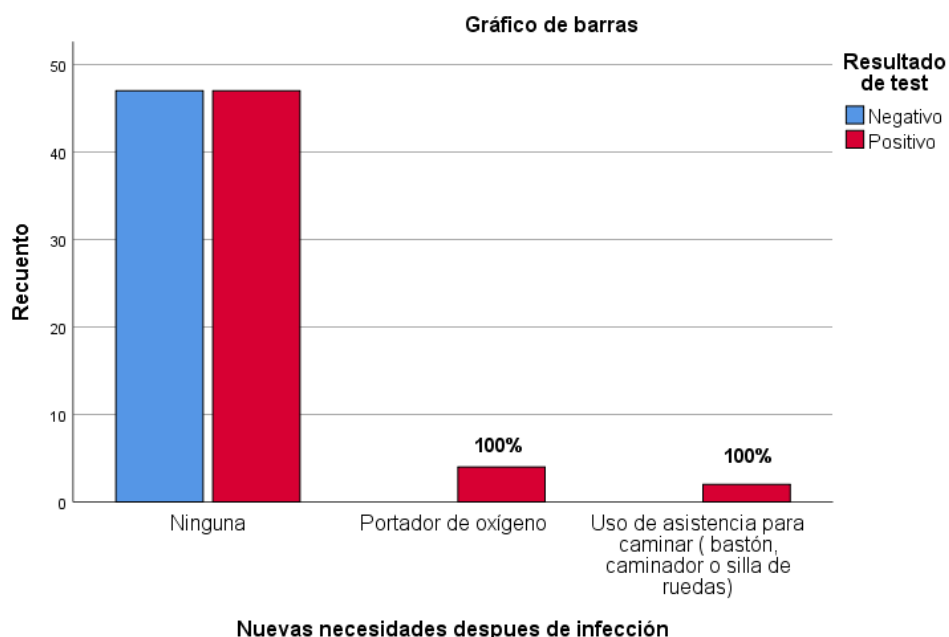
Fuente: Elaboración propia

Tabla 11

| Habilidad funcional | Total | Test Negativo Coronavirus | Test Positivo coronavirus | Valor P |
|--|----------|---------------------------|---------------------------|---------|
| Habilidad funcional | | | | 0.016 |
| Normal | 52 (52%) | 32 (68.1%) | 20 (37.7%) | |
| Puedo hacer mis actividades diarias, pero aún tengo algunos síntomas | 33 (33%) | 13 (27.7%) | 20 (37.7%) | |
| Puedo hacer mis actividades diarias, pero con esfuerzo | 13 (13%) | 2 (4.2%) | 11 (20.8%) | |
| No puedo hacer mis actividades diarias, pero puedo cuidar de mi | 1 (1%) | 0 (0%) | 1 (1.9%) | |
| Necesito asistencia de otras personas todo el tiempo | 1 (1%) | 0 (0%) | 1 (1.9%) | |

Fuente: Elaboración propia

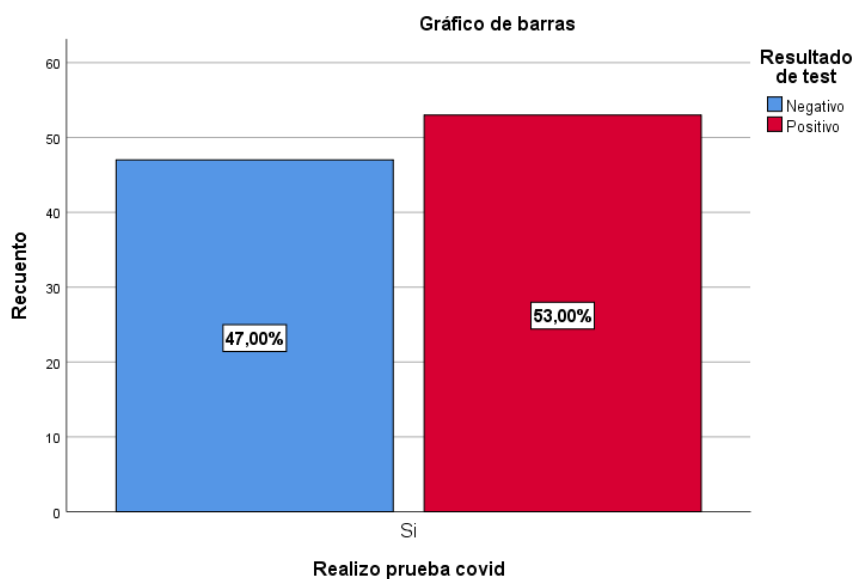
Con respecto a la habilidad funcional de los participantes, fue afectada en 48% de los casos durante la pandemia. El 62.3% con prueba positiva para coronavirus reportaron habilidad funcional subóptima y fue significativamente asociada a los síntomas y positividad de la prueba (31.9% vs. 62.3%, $p=0.016$). Aquellos participantes que no fueron afectados en su habilidad funcional un 38.5% tenía una prueba positiva para coronavirus, y un 61.5% un test negativo.

Figura 12*Nuevas necesidades después de la infección**Fuente:* Elaboración propia**Tabla 12***Nuevas necesidades después de la infección*

| | Total | Test Negativo para Coronavirus | Test Positivo para coronavirus | Valor P |
|--|--------|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| Nuevas necesidades después de la infección | | | | 0.059 |
| Portador de oxígeno | 4 (4%) | 0 (0%) | 4 (7.5%) | |
| Uso de asistencia para caminar (bastón, caminador o silla de ruedas) | 2 (2%) | 0 (0%) | 2 (3.8%) | |

Fuente: Elaboración propia

Con respecto Nuevas necesidades después de la infección se halló que un 6% de participantes requirieron alguno tipo de soporte oxigenatorio o de movilidad como bastón, andador o silla de ruedas; cada uno de ellos tuvieron una prueba positiva para coronavirus.

Figura 13*Realizo alguna prueba para coronavirus**Fuente: Elaboración propia***Tabla 13***Realizo alguna prueba para coronavirus*

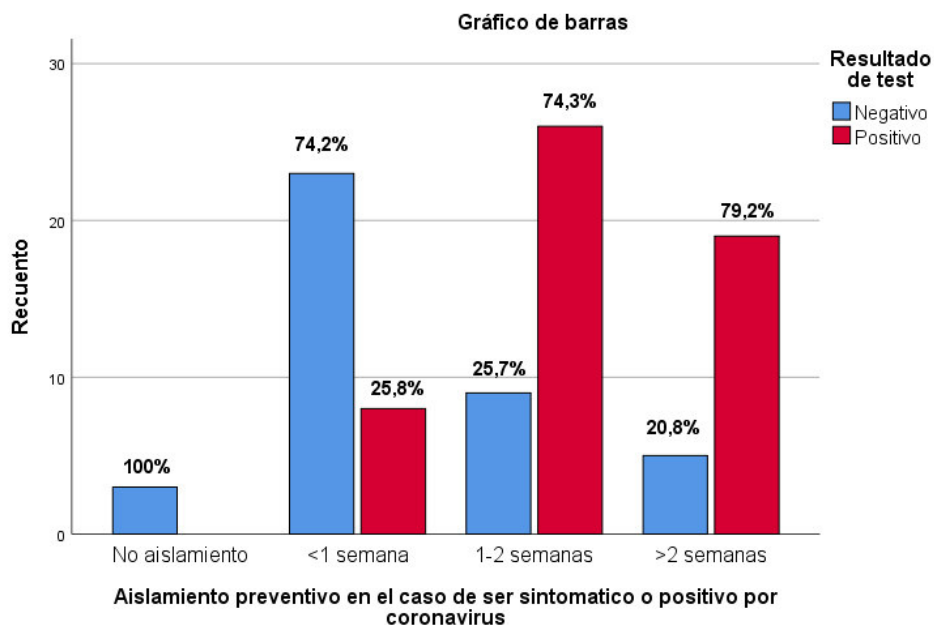
| | Total | Test Negativo para Coronavirus | Test Positivo para coronavirus | Valor P |
|---|------------|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| Realizo alguna prueba para coronavirus | | | | 0.001 |
| Si | 100 (100%) | 47 (100%) | 53 (100%) | |

Fuente: Elaboración propia

De los entrevistados, 100 participantes (100%) fueron testeados con algún tipo de prueba para descartar infección por coronavirus debido a que presentaron algún síntoma o tuvieron contacto cercano con un infectado por coronavirus. De los cuales el 53% de los encuestados tuvieron una prueba positiva para coronavirus durante la pandemia, y el 47% de los entrevistados fueron negativos para coronavirus infección

Figura 14

Aislamiento preventivo en el caso de ser sintomático o positivo por coronavirus



Fuente: Elaboración propia

Tabla 14

Aislamiento preventivo en el caso de ser sintomático o positivo por coronavirus

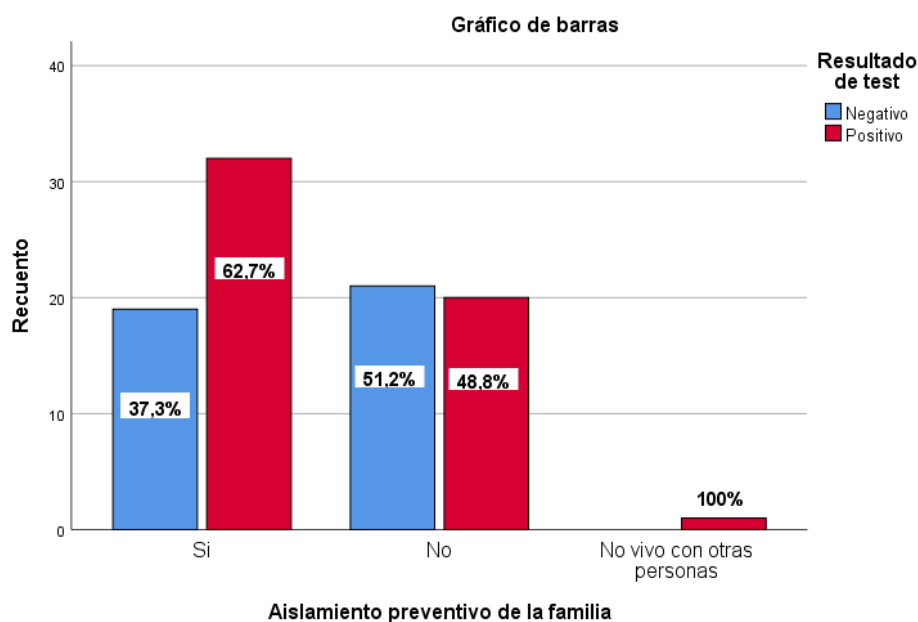
| | Total | Test Negativo para Coronavirus | Test Positivo para coronavirus | Valor P |
|--|------------|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| Aislamiento preventivo en el caso de ser sintomático o positivo por coronavirus | | | | 0.001 |
| No aislamiento | 3 (3.2%) | 3 (7.5%) | 0 (0%) | |
| <1 semana | 31 (31%) | 23 (57.5%) | 8 (15.1%) | |
| 1-2 semanas | 35 (37.6%) | 9 (22.5%) | 26 (49.1%) | |
| >2 semanas | 24 (25.8%) | 5 (12.5%) | 19 (35.8%) | |

Fuente: Elaboración propia

El 94% de los participantes optaron por aislamiento social en algún momento de la pandemia.

Todos los encuestados con test positivo para coronavirus realizaron aislamiento social y el

84.9% de estos lo hicieron por más de 1 semana.

Figura 15*Aislamiento preventivo de la familia*

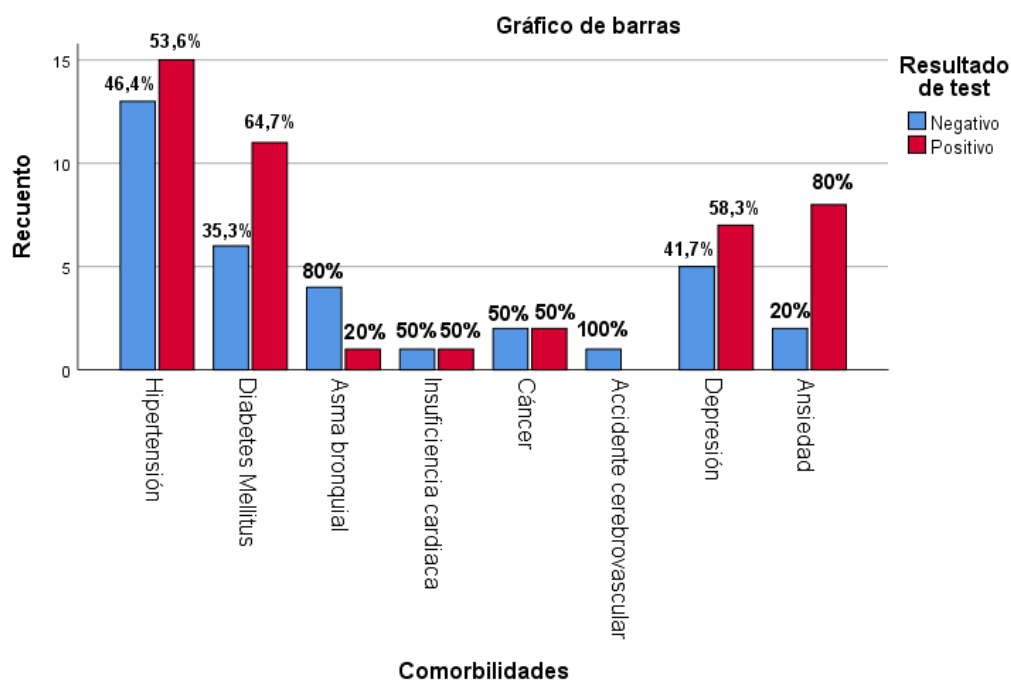
Fuente: Elaboración propia

Tabla 15*Aislamiento preventivo de la familia*

| | Total | Test Negativo para Coronavirus | Test Positivo para coronavirus | Valor P |
|---|------------|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| Aislamiento preventivo de la familia | | | | 0.276 |
| Si | 51 (54.8%) | 19 (47.5%) | 32 (60.4%) | |
| No | 41 (44.1%) | 21 (52.5%) | 20 (37.7%) | |
| No vivo con otras personas | 1 (1%) | 0 (0%) | 1 (1.9%) | |

Fuente: Elaboración propia

Respecto al Aislamiento preventivo de la familia, se hayo que el 60.4% pudo aislarse de la familia dentro de su domicilio, siendo estos positivos a alguna prueba para coronavirus. Del total que se aisló dentro de su domicilio el 62.7% obtuvieron test positivo y un 37.3% un test negativo.

Figura 16*Enfermedades crónicas no transmisibles*

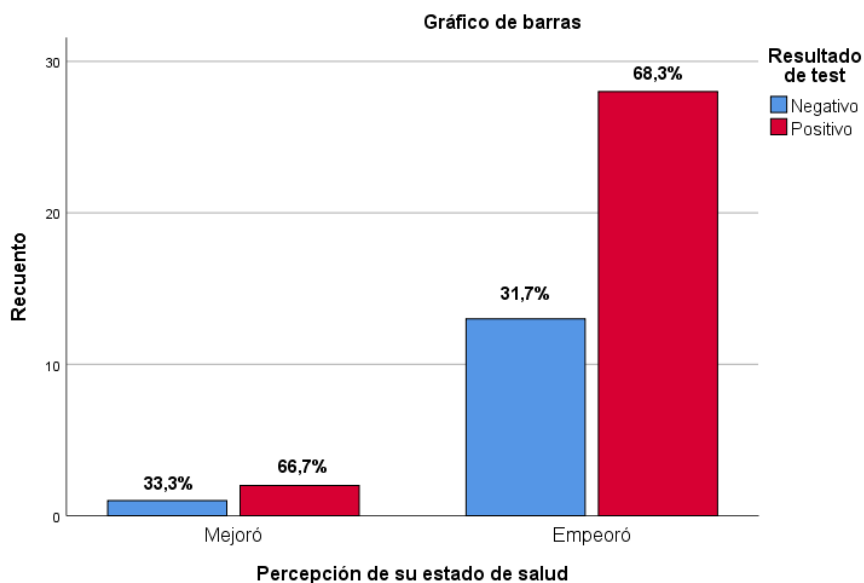
Fuente: Elaboración propia

Tabla 16*Enfermedades crónicas no transmisibles*

| Comorbilidades | Total | Test Negativo para Coronavirus | Test Positivo para coronavirus | Valor P |
|---------------------------|------------|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| Hipertensión | 28 (35.4%) | 13 (38.2%) | 15 (33.3%) | 0.943 |
| Diabetes Mellitus | 17 (21.5%) | 6 (17.6%) | 11 (24.4%) | 0.288 |
| Asma Bronquial | 5 (6.3%) | 4 (11.8%) | 1 (2.2%) | 0.129 |
| Insuficiencia cardiaca | 2 (2.5%) | 1 (1.3%) | 1 (1.3%) | 0.932 |
| Cáncer | 4 (5.1%) | 2 (5.9%) | 2 (4.4%) | 0.902 |
| Accidente cerebrovascular | 1 (1.3%) | 1 (2.9%) | 0 (0%) | 0.470 |
| Depresión | 12 (15.2%) | 5 (14.7%) | 7 (15.6%) | 0.693 |
| Ansiedad | 10 (12.7%) | 2 (5.9%) | 8 (17.8%) | 0.069 |

Fuente: Elaboración propia

La prevalencia de encuestados con hipertensión fue del 35.4%, seguido por diabetes 21.5%, depresión 15.2%, y ansiedad 12.7%. La distribución de las comorbilidades fue comparable entre los pacientes con prueba negativa y positiva para coronavirus en el presente estudio.

Figura 17*Percepción de su estado de salud**Fuente:* Elaboración propia**Tabla 17***Percepción de su estado de salud*

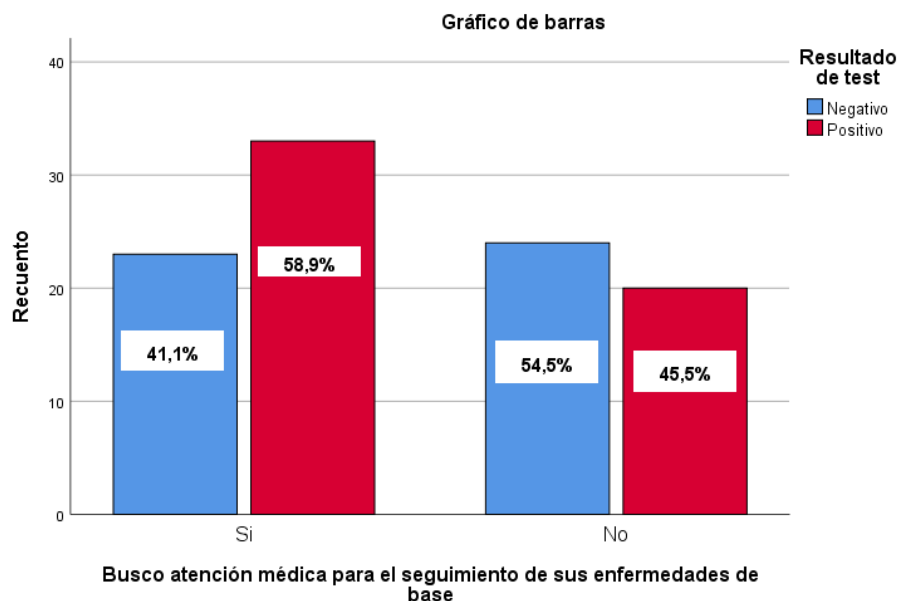
| | Total | Test Negativo para Coronavirus | Test Positivo para coronavirus | Valor P |
|---|------------|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| Percepción de su estado de salud | | | | .953 |
| Mejoro | 3 (6.8%) | 1 (7.1%) | 2 (6.7%) | |
| Empeoro | 41 (93.2%) | 13 (92.9%) | 28 (93.3%) | |

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la percepción de su salud, se hayo que 93.2% de los participantes aseguraron que sus condiciones médicas empeoraron durante la pandemia, dentro de este grupo se observó que 68.3% contaban con una prueba positiva para coronavirus, y el 31.7% tenían una prueba negativa ($p=0.004$).

Figura 18

Busco atención médica para el seguimiento de sus enfermedades de base



Fuente: Elaboración propia

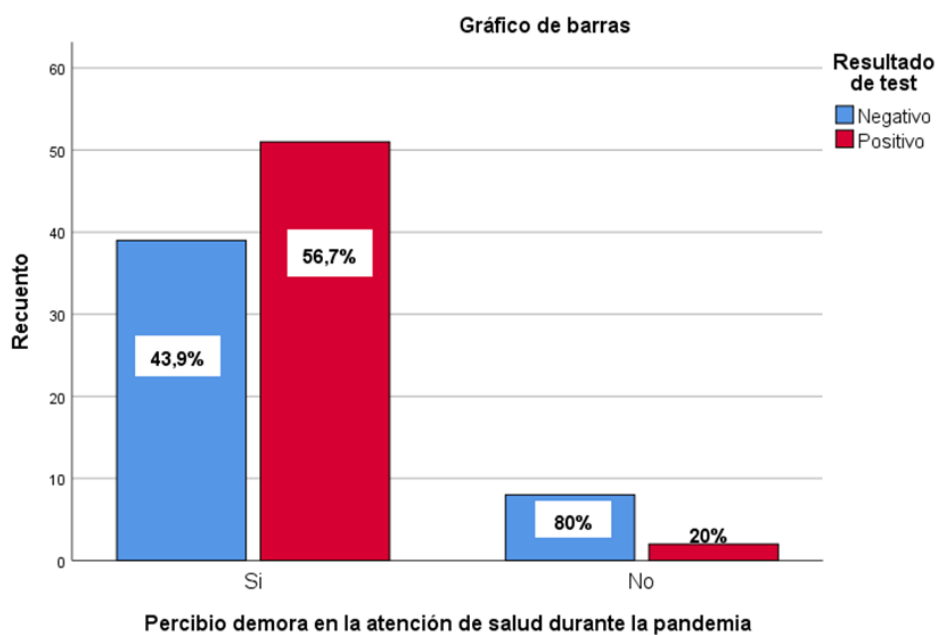
Tabla 18

Busco atención médica para el seguimiento de sus enfermedades de base

| | Total | Test Negativo para Coronavirus | Test Positivo para coronavirus | Valor P |
|--|----------|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| Busco atención médica para el seguimiento de sus enfermedades de base | | | | 0.180 |
| Si | 56 (56%) | 23 (48.9%) | 33 (62.3%) | |
| No | 44 (44%) | 24 (51.1%) | 20 (37.7%) | |

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a si el paciente busco atención médica para el seguimiento de sus enfermedades de base se hayo que el 56% si busco en algún momento durante este periodo de pandemia atención médica para el seguimiento de sus enfermedades crónicas no transmisibles, y de este grupo el 58.9% tuvo una prueba positiva para coronavirus, y el 41.1% una prueba negativa para coronavirus. Mientras que el 44% de los participantes no buscaron atención médica.

Figura 19*Percibió demora en la atención de salud durante la pandemia**Fuente:* Elaboración propia**Tabla 19***Percibió demora en la atención de salud durante la pandemia*

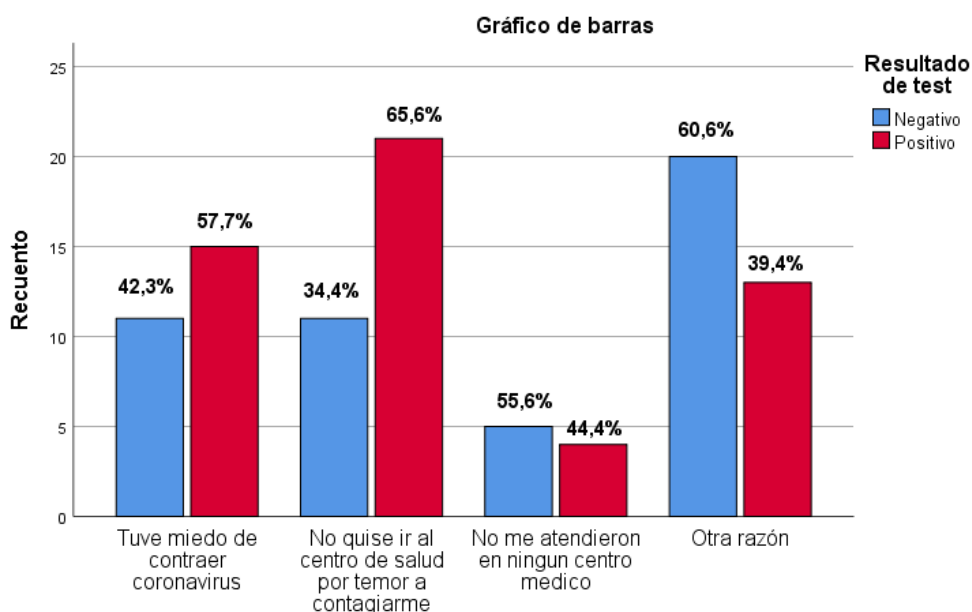
| | Total | Test Negativo para Coronavirus | Test Positivo para coronavirus | Valor P |
|--|----------|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| Percibió demora en la atención de salud durante la pandemia | | | | 0.028 |
| Si | 90 (90%) | 39 (83%) | 51 (96.2%) | |
| No | 10 (10%) | 8 (17%) | 2 (3.8%) | |

Fuente: Elaboración propia

El 90% de los encuestados percibió una demora en el sistema de la salud cuando buscaron algún tipo de atención médica, especialmente el subgrupo con prueba positiva para coronavirus (83.0% vs. 96.2%, $p=0.028$). Pues en este último el 56.7% tuvo una prueba positiva para coronavirus, y el 43.9% una prueba negativa para coronavirus.

Figura 20

La demora a la atención de salud durante la pandemia se debió



La demora se debió

Fuente: Elaboración propia

Tabla 20

La demora a la atención de salud durante la pandemia se debió

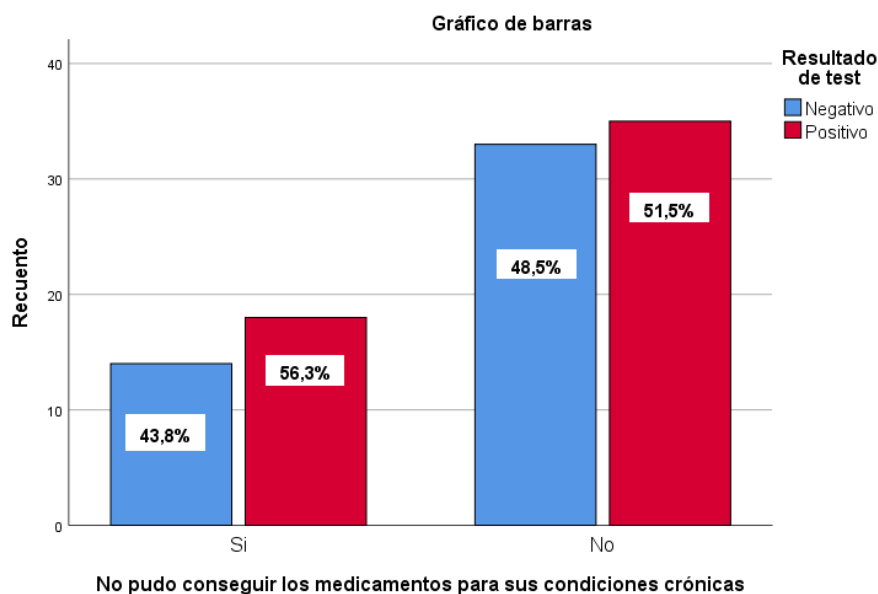
| | Total | Test Negativo para Coronavirus | Test Positivo para coronavirus | Valor P |
|--|----------|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| La demora se debió a: | | | | 0.172 |
| Tuve miedo de contraer coronavirus | 26 (26%) | 11 (23.4%) | 15 (28.3%) | |
| No quise ir al centro de salud por temor a contagiarme | 32 (32%) | 11 (23.4%) | 21 (39.6%) | |
| No me atendieron en ningún centro médico | 9 (9%) | 5 (10.6%) | 4 (7.5%) | |
| Otra razón | 33 (33%) | 20 (42.6%) | 13 (24.5%) | |

Fuente: Elaboración propia

Entre las causas de demora en la atención de salud el 26% tuvo miedo de contraer coronavirus al salir de sus casas, el 32% de contraer la infección en los centros médicos, el 9% no fue atendido a tiempo en alguna institución médica, y el 33% tuvieron otras razones.

Figura 21

No pudo conseguir los medicamentos para sus condiciones crónicas durante la pandemia



Fuente: Elaboración propia

Tabla 21

No pudo conseguir los medicamentos para sus condiciones crónicas durante la pandemia

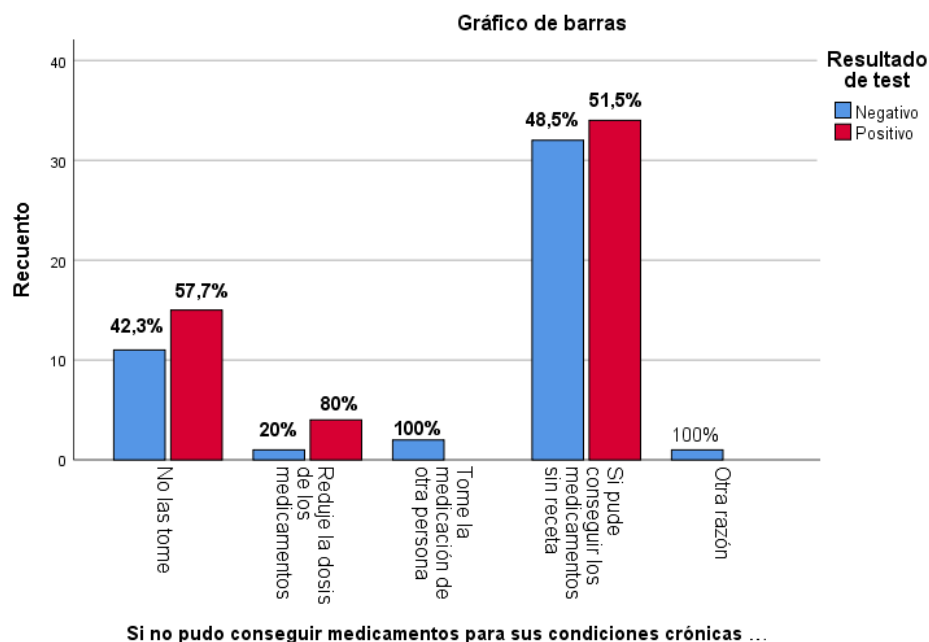
| | Total | Test Negativo para Coronavirus | Test Positivo para coronavirus | Valor P |
|---|----------|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| No pudo conseguir los medicamentos para sus condiciones crónicas durante la pandemia | | | | 0.655 |
| Si | 32 (32%) | 14 (29.8%) | 18 (34%) | |
| No | 68 (68%) | 33 (70.2%) | 35 (66%) | |

Fuente: Elaboración propia

El 32% de los participantes no lograron obtener los medicamentos adecuados para el control de sus comorbilidades de base, y el 68% si lograron obtener sus medicamentos. De los cuales, los participantes si lograron obtener sus medicamentos el 56.3% tuvieron test positivo un y 43.8% test negativo, y los participantes que no lograron obtener sus medicamentos el 51.5% tuvieron test positivo un y 48.5% test negativo.

Figura 22

Si no pudo conseguir los medicamentos, entonces



Fuente: Elaboración propia

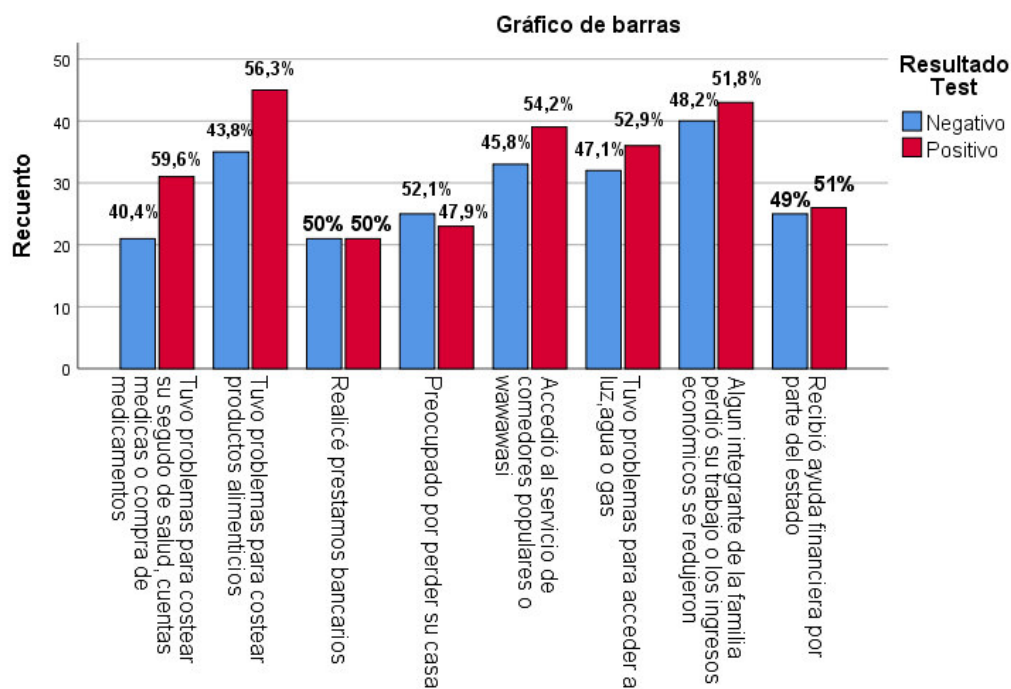
Tabla 22

Si no pudo conseguir los medicamentos, entonces

| | Total | Test Negativo para Coronavirus | Test Positivo para coronavirus | Valor P |
|--|----------|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| Si no pudo conseguir los medicamentos, entonces | | | | 0.274 |
| No las tome | 26 (26%) | 11 (23.4%) | 15 (28.3%) | |
| Reduje la dosis de los medicamentos | 5 (5%) | 1 (2.1%) | 4 (7.5%) | |
| Tome la medicación de otra persona | 2 (2%) | 2 (4.3%) | 0 (0%) | |
| Si pude conseguir los medicamentos sin receta medica | 66 (66%) | 32 (68.1%) | 34 (64.2%) | |
| Otra razón | 1 (1%) | 1 (2.1%) | 0 (0%) | |

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a si no pudo conseguir los medicamentos, se hayo que el 66% pudo conseguir los medicamentos sin receta médica, sin embargo, el 26% al no conseguirlo, opto por no tomarlas, el 5% redujo la dosis, y el 2% consiguió su medicación tomando medicamentos de otra persona.

Figura 23*Determinantes sociales de salud*

Fuente: Elaboración propia

Tabla 23*Determinantes sociales de salud*

| | Total | Test Negativo para Coronavirus | Test Positivo para coronavirus | Valor P |
|---|----------|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| Determinantes sociales de salud | | | | |
| Tuvo problemas para costear su Seguro de salud, cuentas medicas o la compra de medicamentos | 52 (52%) | 21 (25.5%) | 31 (58.5%) | 0.001 |
| Tuvo problemas para costear productos alimenticios | 80 (80%) | 35 (74.5%) | 45 (84.9%) | 0.193 |
| Realicé préstamos bancarios | 42 (42%) | 21 (44.7%) | 21 (39.6%) | 0.609 |
| Preocupado por perder su casa | 48 (48%) | 25 (53.2%) | 23 (43.4%) | 0.328 |
| Accedió al servicio de comedores populares o wawawasi | 72 (72%) | 33 (70.2%) | 39 (73.6%) | 0.708 |
| Tuvo problemas para acceder a Luz, agua, o gas | 68 (68%) | 32 (68.1%) | 36 (67.9%) | 0.986 |
| Algún integrante de la familia perdió su trabajo o | 83 (83%) | 40 (85.1%) | 43 (81.1%) | 0.597 |

| | | | | |
|---|----------|------------|------------|-------|
| los ingresos económicos se redujeron | | | | |
| Recibió ayuda financiera por parte del estado | 51 (51%) | 25 (53.2%) | 26 (49.1%) | 0.680 |

Fuente: Elaboración propia

Ocho determinantes sociales de la salud fueron evaluadas en los participantes del estudio. 52% de ellos tuvo problemas en costear su seguro de salud, cuentas medicas o medicamentos, más de la mitad de los participantes que tuvieron prueba positiva para coronavirus fueron afectados durante la pandemia siendo esto significativo cuando se comparó con el subgrupo de participantes con prueba negativa (25.5% vs. 58.5%, $p=0.001$). El 80% de los participantes tuvo problemas para costear productos alimenticios y un 72% de ellos tuvo que acudir al uso de comedores populares y wawawasis. El 42% tuvieron que acceder a un préstamo bancario y un 48% de los encuestados estuvieron preocupados en perder su casa durante la pandemia. El 68% tuvo problemas en acceder a agua, luz o gas durante la pandemia. EL 83% de los participantes sufrió una reducción in sus ingresos económicos del hogar por ausencia de trabajo y solo el 51% recibió alguna ayuda económica del estado durante la pandemia.

V. DISCUSION

La pandemia del COVID-19 tuvo un gran impacto en la salud pública del país. Sectores de nuestra población quedaron desprotegidas dejando en evidencia la labilidad de nuestro sistema de salud; nuestras instituciones de salud no estuvieron preparadas para el exponencial crecimiento de la demanda sanitarias de una población con desconocimiento de la enfermedad. Las actividades preventivas y de promoción de la salud quedaron relegadas por la falta de recursos humanos y infraestructura ligada a estas actividades, y poblaciones con enfermedades de base como hipertensión, diabetes, cáncer, infección por HIV, etc., sufrieron las consecuencias (Córdova y Rossani, 2020; Villanueva-Carrasco et al., 2020). Los determinantes sociales de la salud como acceso a los servicios del hogar (agua, luz o gas), a los alimentos, el trabajo e ingreso económicos, a la vivienda y la presencia estado en población vulnerables exhortaron la participación del estado y el reconocimiento del impacto de la pandemia en diferentes aspectos de las necesidades humanas fundamentales (Cabezas, 2020; Lainez et al., 2021). La totalidad de los participantes en el presente estudio sufren de algún tipo de comorbilidad subyacente, y presento por lo menos dos síntomas relacionados con la infección de COVID-19 durante la pandemia. Casi todos los pacientes experimentaron una demora en la atención de salud debido al miedo de contraer la infección o a que no fueron atendidos de manera oportuna en alguna institución de salud. Mas de la mitad de los encuestados buscaron atención médica para el seguimiento de sus enfermedades de base y un tercio de ellos no consiguieron los medicamentos previamente prescritos para el manejo de sus comorbilidades. Gran parte de los encuestados reportaron reducción en sus ingresos económicos y perdida de trabajo, así como inseguridad para conseguir productos alimenticios y la falta de acceso a servicios como agua, luz o gas. Dificultades para costear medicamentos, solventar seguros o cuentas medicas fue una constante en la población investigada.

A. Sintomáticos respiratorios e infección por coronavirus

La infección por COVID-19 es florida pero debido al que el virus tiene una predilección por las vías respiratorias la gran mayoría de veces se presenta como una gripe común que hace casi imposible de diferenciar clínicamente de otros virus que infectan el tracto respiratorio alto. La infección por el coronavirus puede ser sintomática como asintomática; el espectro sintomatológico de la infección comprende desde una rinofaringitis hasta neumonía severa. Pero la severidad de la infección depende una serie de factores ampliamente descritos en la literatura nacional como internacional. Factores como la edad avanzada, el género, el índice de masa corporal y las comorbilidades medicas como hipertensión, diabetes, insuficiencia cardiaca y renal, entre otras, especialmente cuando no está controladas debidamente han demostrado ser predictores de severidad de la enfermedad y de mortalidad (Challen et al., 2021; Petrilli et al., 2020).

A pesar de que el 53% de los encuestados en el presente estudio presentaron una prueba positiva para la infección por coronavirus, cabe recordar que la sensibilidad de la prueba al inicio de la pandemia fue baja y que gran parte de la población no tuvieron acceso a pruebas moleculares adecuadas, por lo contrario, hubo un abuso de las pruebas serológicas y de su interpretación (Canchihuamán y Gozzer, 2021). Uno de los primeros estudios de la región desarrollado en la ciudad de Trujillo describió las características clínico-epidemiológicas de los pacientes infectados con coronavirus determinando que el grueso de los infectados correspondía adultos mayores, preferencia por el género masculino y que las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión, la diabetes y la obesidad. Entro los síntomas más prevalentes de la infección por coronavirus se halló que la tos, el malestar general, dolor de garganta y la fiebre están presente en más del 35% de los infectados (Narro y Vásquez, 2021). En nuestra muestra tanto fiebre como trastorno del gusto fueron síntomas fuertemente

vinculados a la infección del COVID-19, cabe rescatar que la cohorte descrita pertenece al grupo de pacientes con enfermedad leve o moderada debido a que solo el 2% requirió hospitalización. Los trastornos del olfato y el gusto ciertamente son descritos en más del 90% de los infectados por coronavirus admitidos a un hospital, pero su especificidad es aún mayor cuando va acompañada de fiebre y tos, por otra parte, es más documentado cuando la severidad de la infección es leve o moderada (Mariños et al., 2021; Samaranayake et al., 2022). Con respecto a la duración de los síntomas, esto dependerá de la gravedad del cuadro clínico; la infección por COVID-19 generalmente perdura por más de dos semanas, siendo entre día séptimo al décimo después del inicio de los síntomas, donde la infección puede precipitar la liberación de mediadores envueltos en el síndrome de la tormenta de citoquinas, fenómeno altamente relacionado con injuria pulmonar, síndrome de distrés respiratorio agudo, requerimiento de ventilación mecánica y muerte (Tzotzos et al., 2020). Un abanico de síntomas crónicos es reportado tras la infección por coronavirus; después de la fase aguda de la infección, síntomas como tos crónica, falta de aire, trastorno del gusto o del olfato, cefaleas entre otras son notoriamente prevalente en pacientes que sufrieron infección moderada o severa. Por otro lado, trastornos neuropsiquiátricos son documentados después de 10 semanas del inicio de los síntomas, también llamada fase crónica de la infección donde síndromes como síndrome de fatiga crónica, síndrome Post-COVID-19, o stress post traumático son ampliamente descritas en la literatura actual (Caballero-Alvarado et al., 2021; Mariños et al., 2021). La descripción de síntomas persistentes tras la infección del coronavirus no es parte los objetivos del presente estudio, pero deja las bases para estudios posteriores dado a que hasta el 13% de los encuestados reportaron síntomas que duraron hasta 3 meses y el 2% más de ese periodo de tiempo.

Durante la pandemia del COVID-19 en el Perú una serie de medidas que fueron adoptadas por medio del Ministerio de Salud para empoderar a las instituciones prestadoras de servicios de salud, con las cuales trato de sobrellevar la tremenda demanda de la población iniciada tras el primer caso por coronavirus reportada el 5 de marzo del 2020. Las resoluciones ministeriales No 95-2020/MINSA: Documento técnico: “Plan Nacional de Reforzamiento de los Servicios de Salud y Contención del COVID-19” y No 193-2020/MINSA: Documento técnico: “Prevención y Atención de personas afectadas por COVID-19 en el Perú”, enfatiza el uso de los espacios operativos de la salud y los recursos humanos direccionado a la detección de casos, tratamiento y triaje de los nuevos casos por Coronavirus dependiendo de la severidad del cuadro. La importancia de que todo paciente sintomático respiratorio tenga acceso a pruebas de diagnóstico contra el virus es descrita en estos documentos técnicos del MINSA, así mismo su evaluación y tratamiento oportuno (Villanueva-Carrasco et al., 2020). El 12% de los encuestados no buscaron atención médica a pesar de ser sintomáticos respiratorios, a pesar de toda la difusión informativa por parte del estado, pero la totalidad de los encuestados tuvieron acceso a pruebas de diagnóstico para el descarte de la infección por COVID-19. En términos de salud, la mayor cobertura nacional es brindada por el ministerio de salud y los gobiernos regionales si es comparada con ESSALUD, las fuerzas armadas o las instituciones ligadas a la policía nacional (Villanueva-Carrasco et al., 2020); pero las entidades privadas también cumple un papel importante en zonas urbanas, porque hasta el 38% de los encuestados asistieron a una entidad privada en busca de atención médica.

En estudios retrospectivos la incidencia de pacientes sintomáticos por coronavirus que son hospitalizados debido a la severidad del luego entre 10-15%, pero el número de pacientes que requieren hospitalización actualmente ha disminuido drásticamente debido a los extendidos programas de vacunación y las existencias de nuevas variantes virológicas que

clínicamente son menos agresivas aunque de rápida transmisión que la variante inicial, o la que fue la más prevalente en el 2021 en Perú como la variante lambda (Vargas-Herrera et al., 2022; Wadhwa et al., 2020). Tan solo el 2% de los encuestados fueron hospitalizados por coronavirus en algún momento de la pandemia, pero probablemente el subgrupo que sufrió complicaciones por la infección son objeto de seguimiento por instituciones con mayor capacidad resolutive que un centro de salud que no ofrece atenciones de índole recuperativa.

Muchos de los países de la región comparten las medidas instauradas por el gobierno de turno para detener el rápido propagación de la infección plasmado en el rápido incremento de atenciones en emergencia y hospitalizaciones durante el periodo 2020-2021 en el Perú. El confinamiento comunitario con el cese de las actividades sociales y las restricciones de tránsito, así evitando el contacto de persona-persona fue una de más medidas instauradas; otras medidas como el distanciamiento social, el uso obligatorio de mascarillas y protectores faciales y el reporte oportuno de sintomáticos pero su cumplimiento dependió irrestrictamente de la población. Un estudio peruano enfocado en hallar factores asociados a prácticas inadecuadas para el distanciamiento social determino que un tercio de su muestra en estudio tuvo inadecuadas prácticas de distanciamiento social y que los factores asociados al incumplimiento fueron el grado de instrucción educacional, inadecuada información sobre la infección y stress emocional durante la pandemia (Diaz-Lazo et al., 2021). En la literatura internacional se encontró un estudio transversal tipo encuesta donde el 82% de los participantes no practicaban estricto uso de distanciamiento social y que los factores asociados al cumplimiento fueron ser varón, mayor de treinta años de edad, tener educación superior y vivir en área urbana (Bakry y Waly, 2020). Mas del 90% los participantes en nuestro estudio practico distanciamiento social, pero solo el 60% pudo aislarse de sus miembros del hogar durante el periodo de aislamiento. Actualmente el periodo de aislamiento social recomendado cuando el individuo

de estudio es positivo a una prueba de COVID-19 es de 5 días, con la indicación de monitoreo de los síntomas hasta el día 10 y el uso obligatorio de mascarillas hasta el día 10 de la infección; durante el periodo de 2020 -2021 antes de la aparición de la variante Ómicron las recomendaciones fueron diferentes y el aislamiento social recomendado se extendía hasta el día 14 (Centers for Disease Control and Prevention, 2022). Del periodo de aislamiento en nuestro estudio el 85% de los participantes con prueba positiva para coronavirus realizo aislamiento social obligatorio como mínimo de una semana.

B. Enfermedades crónicas no transmisibles y el acceso de salud

Algunos estudios de carácter nacional fueron publicados para describir el impacto de la pandemia en personas con enfermedades crónicas no transmisibles y transmisibles; así mismo como el papel que jugó el estado en el cuidado de estos pacientes. CRONICAS Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en uno de sus artículos publicados en la Revista de Medicina experimental de Salud Pública describe la realidad nacional del paciente con diabetes mellitus a las 12 semanas del Estado emergencia nacional fuese decretado por el gobierno peruano; todas las actividades que aseguraban la continuidad de cuidados de los pacientes con diabetes como el acceso a medicamentos, pruebas de laboratorio y citas con el personal de salud como médicos especialistas, psicólogos o nutricionistas fueron afectados por el decreto de urgencia. Es así como las diferentes instituciones de salud desarrollaron sus propias medidas para mitigar el descuido de pacientes con diabetes, por ejemplo, el HNCH promovió el uso de Telemedicina en el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas transmisibles como no transmisibles, por otro lado, el HNAL direcciono a sus pacientes con diabetes mellitus a los servicios de emergencia y urgencias para una rápida evaluación y recojo de medicamentos. Una serie de medidas son dadas en el artículo, pero encontramos algunas de ellas inconsistentes con la realidad que atravesaba nuestra

población durante el pico de la pandemia (Pesantes et al., 2020). Investigadores de Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt publicaron un editorial en la misma revista desnudando las consecuencias de un sistema de salud no preparado para una pandemia a gran escala y como esto afectó a personas viviendo con VIH en el Perú. Tan solo el 20% de las personas viviendo con VIH fueron diagnosticadas en el año 2020, según las estimaciones del 2019 dejando en descubierto como las actividades de promoción de la salud y las actividades de tamizaje fueron desplazadas por actividades de diagnóstico y recuperativas hacia pacientes con infección de COVID-19. Además, pacientes viviendo con VIH experimentaron una demora en el acceso del tratamiento antirretroviral; la salud mental de estos pacientes también fue afectada debido a las medidas de aislamiento social y las medidas de cuarentena instauradas; es bien sabido que síndromes ansioso-depresivos afectan a la adherencia al tratamiento en paciente que viven con VIH (Paredes et al., 2021). Todos los participantes de nuestro estudio reportaron padecer de alguna enfermedad crónica no transmisible, y más del 50% de los encuestados reportaron empeoramiento de sus condiciones de base. El 60% de los pacientes aseguro buscar atención médica de sus condiciones crónicas pero el 90% experimento alguna demora en la atención, corroborando que durante la pandemia hubo un interés especial de atender y prevenir infecciones por coronavirus mas no priorizar la continuidad del cuidado de las enfermedades crónicas no transmisibles. Un tercio de los encuestado reportaron no tener acceso a los medicamentos que controlan sus comorbilidades de base, y gran porcentaje de pacientes confirmo que tuvieron que automedicarse. El acceso a los medicamentos sin receta médica ha sido un problema que le Perú lidia en las últimas décadas, la falta de compromiso del estado por detener esta peligrosa conducta de la población ha terminado en el uso indiscriminado de drogas que solo deberían ser ofrecidas con receta médica y que ha conducido al incremento de resistencia antimicrobiana, intoxicaciones, y daño de órganos por el uso erróneo de drogas; desafortunadamente el acceso de medicamento sin control médico fue una

salida de la población para el automanejo de sus comorbilidades médicas (Barros-Sevillano et al., 2021; Martínez-Rivera y Taype-Rondan, 2020).

C. Determinantes sociales de la salud

En mayo del 2020 el Instituto Nacional de Estadística e informática en el Perú condujo una encuesta piloto llamada “Encuesta sobre el efecto del COVID-19 en los hogares de Lima Metropolitana y Callao”. Fueron encuestado 1297 viviendas entre el 5 al 7 de mayo del 2020, por medio de vía telefónica. En el aspecto de inseguridad alimentaria, de los pacientes que no pudieron acceder a alimentos como frutas, cereales y carnes, más del 80% lo justifico asegurando no tener los medios económicos para hacerlo; tan solo el 10% de los encuestados recibió apoyo externo por medio de alimentos o comida preparada, y solo el 22.4% estuvo ciertamente seguro de poder comprar alimentos en las siguientes semanas dejando al resto en la incertidumbre; las compras del hogar fueron realizadas mayoritariamente en bodegas y mercados del distrito, los que no realizaron compras de reportaron no tener suficientes ingresos económicos para hacerlo o tener temor de infectarse por coronavirus. Con referencia a salud, el 24% asevero tener al menos un integrante del hogar que necesito tratamiento médico desde el 16 de marzo del 2020, y que el 20.4% no pudo comprar medicamento; de las razones por las que no se pudo acceder a medicamentos fueron el temor de contagiarse por coronavirus al salir de los hogares y que no tuvo acceso a personal médico especializado. En el tema de educación, la mayoría aseguro de que los niños y jóvenes están participando en las actividades de educación o aprendizaje a distancia. Del empleo, cerca del 40% cuenta con un trabajo independiente y el 35% trabaja para una entidad privada; el 21% reporto cambios en su pago o ganancia, de los cuales reportaron una reducción mayor del 25%. De las razones por las cuales experimento una reducción en sus ingresos económicos se encontró que trabajo menos días por

la cuarentena, o que la empresa cerro debido a la pandemia (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2020).

Por su parte el Instituto de Investigación Nutricional en Lima desarrollo un estudio transversal tipo encuesta para analizar la situación de inseguridad de alimento en poblaciones adultas en el Perú durante la pandemia. De una muestra de 2026 encuestados, el 24% reporto experimentar cierto grado de inseguridad alimentaria. Los factores asociados a inseguridad alimentaria fueron tener más de 5 integrantes en el hogar, haber tenido un reducción en los ingreso económicos durante la pandemia, y sorprendentemente no fue asociado a tener soporte o subsidio económico por parte del gobierno (Curi-Quinto et al., 2021).

Nuestro estudio presenta una seria de datos correspondiente a un sector de la población con recursos económicos pertenecientes a clase media baja y pobre. El 43% tuvo problemas para costear medicamentos o pagar cuentas médicas, el 80% problemas para acceder a comida, de los cuales el 72% realizo el uso de comedores populares, 48% tiene problemas de vivienda y el 42% realizo algún tipo de préstamo bancario. 83% de los encuestado experimentaron reducción de los ingresos económicos y solo el 51% recibió algún tipo de subsidio del estado.

Las razones por las cuales los determinantes sociales son importante en el mantenimiento de la salud recae en la disminución del gasto del estado en mantener poblaciones saludables que contribuyan al crecimiento del país en diferentes aspectos socioeconómicos. Si bien es cierto que estos determinantes sociales de la salud nunca han sido del todo resueltas, el efecto de la pandemia tuvo un efecto deletéreo en la sociedad incrementado las brechas entre los diferentes sectores de la población, recogiendo la importancia de reconocer las diferentes dinámicas familiares, la importancia de la

formalización del trabajo y acceso gratuito a la salud (Lainez et al., 2021; Varona y Gonzales, 2021).

VI. CONCLUSIONES

- Durante la pandemia del COVID-19 en pacientes atendidos ambulatorios en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan la necesidad de adquisición de medicamentos fue afectada en un 52%, así mismo el 80% de los participantes tuvo problemas para costear productos alimenticios, y 68% tuvo problemas en acceder a agua, luz o gas.
- La proporción de personas que recibieron ayuda económica de parte del estado peruano fue de 51% durante la pandemia del COVID-19.
- Los síntomas que se identificaron con mayor prevalencia fueron mialgias, tos, fiebre e Hipogeusia-trastorno del gusto. Así mismo aquellos pacientes que manifestaron tener estos síntomas habían dado en más del 50% positivo a alguna prueba para coronavirus.
- La duración de síntomas en un 69% no duraron más de 2 semanas, seguida de 2-4 semanas con un 23%.
- Los participantes con síntomas de duración de mayor de 4 semanas obtuvieron test positivo para coronavirus en un 100%.
- La proporción de personas que buscaron ayuda al presentar algún síntoma compatible con COVID-19 fue bastante alta (81%), siendo las clínicas privadas los espacios operativos con mayor afluencia.
- Mas de la mitad de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles buscaron ayuda para atender sus patologías de base. Siendo la hipertensión, la diabetes, y la depresión las enfermedades más frecuentes.
- Los participantes en su totalidad se realizaron alguna prueba para coronavirus durante la pandemia de la COVID-19, De los cuales el 53% dieron positivo para coronavirus, y el 47% fueron negativos.

- La frecuencia de aislamiento social de los participantes en algún momento de la pandemia fue de 94%. Todos los encuestados con test positivo para coronavirus realizaron aislamiento social.
- Las enfermedades crónicas no transmisibles que con mayor frecuencia se encontraron fueron Hipertensión arterial, seguido por la diabetes mellitus, y cuadros psiquiátricos como la depresión y la ansiedad.
- El 93.2% de los participantes tuvieron una percepción de su salud de empeoramiento durante la pandemia.

VII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda nuevos estudios de seguimiento para valorar las condiciones exactas en las que quedan los pacientes posteriores a la infección por COVID-19.
- Se recomienda realizar estudios de intervención, donde el investigador ejecute pruebas virales o de anticuerpo en la población en estudio, disminuyendo al mínimo la posibilidad de sesgos.
- Se recomienda que las instituciones prestadoras de servicios de salud público y privada realicen estrategias de vigilancia de los pacientes infectados por COVID-19, corroborando que se cumpla el periodo mínimo de aislamiento social, logrando con ello disminuir la propagación del COVID-19.
- Se recomienda a las instituciones prestadoras de servicios de salud público y privada la realización de estrategias de seguimiento para pacientes con enfermedades crónicas no infecciosas, evitando el estado de empeoramiento de sus enfermedades de base.
- Se recomienda hacer estudios comparativos sobre el estado linfocitario y del proceso de inflamación de pacientes COVID19 positivo con y sin síntomas frente a pacientes COVID19 negativo.
- Se recomienda estudios de correlación sobre las características sociodemográficas, con enfermedades crónicas y la infección por coronavirus y sus posibilidades de padecer formas graves de COVID19.

VIII. REFERENCIAS

- Alvarez-Risco, A., Del-Aguila-Arcentales, S., y Yáñez, J. A. (2021). Telemedicine in Peru as a Result of the COVID-19 Pandemic: Perspective from a Country with Limited Internet Access. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.21-0255>
- Alvarez-Risco, A., Mejia, C. R., Delgado-Zegarra, J., Del-Aguila-Arcentales, S., Arce-Esquivel, A. A., Valladares-Garrido, M. J., Rosas Del Portal, M., Villegas, L. F., Curioso, W. H., Sekar, M. C., y Yanez, J. A. (2020). The Peru Approach against the COVID-19 Infodemic: Insights and Strategies. *Am J Trop Med Hyg*, 103(2), 583-586. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0536>
- Bakry, H. M., y Waly, E. H. (2020). Perception and practice of social distancing among Egyptians in COVID-19 pandemic. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 14(08), 817-822. <https://doi.org/10.3855/jidc.13160>
- Barros-Sevillano, J. S., Sandoval, C. P., Alcarraz-Mundial, L. S., y Barboza, J. J. (2021). Self-medication in times of COVID-19. A perspective from Peru. *Gaceta de Mexico*, 157(1). <https://doi.org/10.24875/gmm.m21000526>
- Caballero-Alvarado, J., Camacho-Vargas, E., y Rojas-Sánchez, P. (2021). Efecto a largo plazo de la infección por SARS-CoV-2: Síndrome neurológico post-Covid-19. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 14(3), 404-409. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.143.1284>
- Cabezas, C. (2020). Pandemia de la COVID-19: Tormentas y retos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(4), 603-604. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.374.6866>

- Canchihuamán, F., y Gozzer, E. (2021). COVID-19: la urgente necesidad de una adecuada interpretación de las pruebas de diagnóstico de laboratorio. *ACTA MEDICA PERUANA*, 38(1). <https://doi.org/10.35663/amp.2021.381.1881>
- Challen, R., Brooks-Pollock, E., Read, J. M., Dyson, L., Tsaneva-Atanasova, K., y Danon, L. (2021). Risk of mortality in patients infected with SARS-CoV-2 variant of concern 202012/1: matched cohort study. *BMJ*, n579. <https://doi.org/10.1136/bmj.n579>
- Córdova-Aguilar, A., y Rossani A., G. (2020). COVID-19: Literature review and its impact on the Peruvian health reality. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(3), 467-473. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v20i3.2984>
- Coronavirus Resource Center. Johns Hopkins University of Medicine. Updated 12/01/2021. Obtenido de <https://coronavirus.jhu.edu/region/peru>
- Curi-Quinto, K., Sánchez, A., Lago-Berrocal, N., Penny, M. E., Murray, C., Nunes, R., Favara, M., Wijeyesekera, A., Lovegrove, J. A., Soto-Cáceres, V., y Vimalaswaran, K. S. (2021). Role of Government Financial Support and Vulnerability Characteristics Associated with Food Insecurity during the COVID-19 Pandemic among Young Peruvians. *Nutrients*, 13(10), 3546. <https://doi.org/10.3390/nu13103546>
- Czeisler, M. É., Barrett, C. E., Siegel, K. R., Weaver, M. D., Czeisler, C. A., Rajaratnam, S.M. W., Howard, M. E., y Bullard, K. M. (2021). Health Care Access and Use Among Adults with Diabetes During the COVID-19 Pandemic — United States, February–March 2021. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(46), 1597–1602. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7046a2>
- Deloitte. Índice de Progreso Social 2019. Obtenido de <https://www2.deloitte.com/pe/es/pages/about-deloitte/articles/indice-de-progreso-social-2019.html>

- Díaz-Lazo, A. V., Ruiz-Aquino, M., Beraún-Barrantes, J. A., y Arroyo-Hernández, H. (2021). Factores asociados a inadecuadas prácticas de distanciamiento social durante la pandemia por COVID-19 en Perú. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 14(Sup1), 28-32. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.14sup1.1154>
- Diario médico. COMEXPERÚ: Perú presenta una brecha de 1,791 centros del primer nivel de atención. Obtenido de [https://www.diariomedico.pe/comexperu-peru-presenta-una-brecha-de-1791-centros-del-primer-nivel-de-atencion/#:~:text=A%20inicios%20de%202021%2C%20el,Ministerio%20de%20Salud%20\(Minsa\).](https://www.diariomedico.pe/comexperu-peru-presenta-una-brecha-de-1791-centros-del-primer-nivel-de-atencion/#:~:text=A%20inicios%20de%202021%2C%20el,Ministerio%20de%20Salud%20(Minsa).)
- Huang, C., Wang, Y., y Li, X. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020; 395:497. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30183-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30183-5/fulltext)
- Huang, Y., Tan, C., Wu, J., et al. (2019). Impact of coronavirus disease 2019 on pulmonary function in early convalescence phase. *Respir Res* 2020; 21:163. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32600344/>
- IDB. Inter-American Development Bank. PERU: Desafíos del Desarrollo en el Perú post COVID-19. Updated 01/12/2021. Obtenido de <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Peru-Desafios-del-desarrollo-en-el-post-COVID-19.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. Nota de prensa INEI: pobreza monetaria alcanzó al 30,1% de la población del país durante el año 2020. Obtenido de <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/pobreza-monetaria-alcanzo-al-301-de-la-poblacion-del-pais-durante-el-ano-2020-12875/>

- Khan, M., Adil, S. F., Alkathlan, H. Z., Tahir, M. N., Saif, S., Khan, M., y Khan, S. T. (2020). COVID-19: A Global Challenge with Old History, Epidemiology and Progress So Far. *Molecules*, 26(1), 39. <https://doi.org/10.3390/molecules26010039>
- La izquierda Diario. 45% de la población peruana vive con las necesidades básicas insatisfechas. Obtenido de https://www.laizquierdadiario.com.bo/45-de-la-poblacion-peruana-vive-con-las-necesidades-basicas-insatisfechas?id_rubrique=5443
- Lainez, R. H., Salcedo, R. M., y Madariaga, M. G. (2021). COVID-19 infection in the developing world: the Peruvian perspective. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 115(9), 941-943. <https://doi.org/10.1093/trstmh/trab074>
- Leddy, A. M., Weiser, S. D., Palar, K., y Seligman, H. (2020). A conceptual model for understanding the rapid COVID-19-related increase in food insecurity and its impact on health and healthcare. *Am J Clin Nutr*, 112(5), 1162-1169. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa226>
- Lombardi, Y., Azoyan, L. y Szychowiak, P. (2021). External validation of prognostic scores for COVID-19: a multicenter cohort study of patients hospitalized in Greater Paris University Hospitals. *Intensive Care Med* 2021; 47:1426. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34585270/>
- Mariños, E., Espino, P., Rodriguez, L., y Barreto, E. (2021). Manifestaciones neurológicas asociadas a COVID-19 en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 83(4), 243-256. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i4.3890>
- Martinez-Rivera, R. N., y Taype-Rondan, A. (2020). Overmedication in COVID-19 Context: A Report from Peru. *The Journal of Clinical Pharmacology*, 60(9), 1155-1156. <https://doi.org/10.1002/jcph.1704>

- Muralidar, S., Ambi, S. V., Sekaran, S., y Krishnan, U. M. (2020). The emergence of COVID-19 as a global pandemic: Understanding the epidemiology, immune response and potential therapeutic targets of SARS-CoV-2. *Biochimie*, 179, 85-100. <https://doi.org/10.1016/j.biochi.2020.09.018>
- Narro-Cornelio, K. M., y Vásquez-Tirado, G. A. (2021). Características clínico-epidemiológicas en pacientes con diagnóstico covid-19. Red de salud Virú, marzo - mayo 2020. *Revista del Cuerpo Médico del HNAAA*, 13(4), 372-377. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.134.772>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (12 de febrero de 2020). Comentarios del director general en la rueda de prensa sobre 2019-nCoV el 11 de febrero de 2020. <http://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>
- Paredes, J. L., Navarro, R., Cabrera, D. M., Diaz, M. M., Mejia, F., y Caceres, C. F. (2021). Los desafíos en la continuidad de atención de personas viviendo con VIH en el Perú durante la pandemia de la COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38(1), 166-170. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.381.6471>
- Pesantes, M. A., Lazo-Porras, M., Cárdenas, M. K., Diez-Canseco, F., Tanaka-Zafra, J. H., Carrillo-Larco, R. M., Bernabé-Ortiz, A., Málaga, G., y Miranda, J. (2020). Los retos del cuidado de las personas con diabetes durante el estado de emergencia nacional por la COVID-19 en Lima, Perú: recomendaciones para la atención primaria. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(3), 541-546. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.373.5980>
- Petrilli, C. M., Jones, S. A., Yang, J., Rajagopalan, H., O'Donnell, L., Chernyak, Y., Tobin, K. A., Cerfolio, R. J., Francois, F., y Horwitz, L. I. (2020). Factors associated with hospital admission and critical illness among 5279 people with coronavirus disease 2019 in New

York City: prospective cohort study. *BMJ*, 369, m1966.
<https://doi.org/10.1136/bmj.m1966>

Podubinski, T., Townsin, L., Thompson, S. C., Tynan, A., y Argus, G. (2021). Experience of Healthcare Access in Australia during the First Year of the COVID-19 Pandemic. *International Journal of environmental Research and Public Health*, 18(20), 10687.
<https://doi.org/10.3390/ijerph182010687>

Samaranayake, L. P., Fakhruddin, K. S., Mohammad, O. E., Panduwawala, C., Bandara, N., y Ngo, H. C. (2022). Attributes of dysgeusia and anosmia of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in hospitalized patients. *Oral Diseases*, 28(S1), 891-898.
<https://doi.org/10.1111/odi.13713>

Sociedad de comercio exterior del Perú [COMEXPERU] (febrero 25, 2021). El 97% de los establecimientos de salud del primer nivel de atención cuenta con capacidad instalada inadecuada. <https://www.comexperu.org.pe/articulo/el-97-de-los-establecimientos-de-salud-del-primer-nivel-de-atencion-cuenta-con-capacidad-instalada-inadecuada>

Tzotzos, S. J., Fischer, B., Fischer, H., y Zeitlinger, M. (2020). Incidence of ARDS and outcomes in hospitalized patients with COVID-19: a global literature survey. *Crit Care*, 24(1), 516. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-03240-7>

Vargas-Herrera, N., Araujo-Castillo, R., Mestanza, O., Galarza, M., Rojas-Serrano, N., y Solari-Zerpa, L. (2022). SARS-CoV-2 Lambda and Gamma variants competition in Peru, a country with high seroprevalence. *The Lancet Regional Health - Americas*, 6, 100112. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100112>

Van den Borst, Peters, B., Brink, M., Schoon, Y., Chantal, P., Bleeker-Rovers, Henk S., Hieronymus, W., Van, H., Hanneke, H., Van, B., Van, H., Reijers, M., Prokop, M., Jan, V., y Michel, H. (2021). Comprehensive Health Assessment 3 Months After

- Recovery From Acute Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Clin Infect Dis* 2021; 73:e1089. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33220049/>
- Varona, L., y Gonzales, J. (2021). Dynamics of the impact of COVID-19 on the economic activity of Peru. *PLoS One*, 16(1), e0244920. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244920>
- Villanueva-Carrasco, R., Domínguez Samamés, R., Salazar De La Cruz, M., y Cuba-Fuentes, M. S. (2020). Respuesta del primer nivel de atención de salud del Perú a la pandemia COVID-19. *Anales de la Facultad de Medicina*, 81(3). <https://doi.org/10.15381/anales.v81i3.18952>
- Wadhwa, R. K., Wadhwa, P., Gaba, P., Figueroa, J. F., Joynt Maddox, K. E., Yeh, R. W., y Shen, C. (2020). Variation in COVID-19 Hospitalizations and Deaths Across New York City Boroughs. *Jama*, 323(21), 2192. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.7197>
- Wang, D., Hu, B. y Hu, C. (2020). Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA* 2020; 323:1061. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2761044>
- Wunsch, H. (2020). Mechanical Ventilation in COVID-19: Interpreting the Current Epidemiology. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 202(1), 1-4. <https://doi.org/10.1164/rccm.202004-1385ed>
- Wu, Z. y McGoogan, JM. (2020). Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA* 2020; 323:1239. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762130%C2%A0>
- Wynants, L., Van Calster, B. y Collins, GS. (2020). Prediction models for diagnosis and prognosis of covid-19: systematic review and critical appraisal. *BMJ* 2020; 369:1328. <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1328>

ANEXO A: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

| Variable | Definición conceptual | Definición operativa | Tipo de variable | Escala de medición | Categoría o unidad de medida |
|------------------------------------|---|---|------------------------|--------------------|---|
| Edad | Tiempo de existencia de una persona | Años que indica tener el encuestado | Cuantitativa continua | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • <20 • 20 – 40 • 40 – 65 • ≥65 |
| Sexo | Característica biológica de pertenencia | Sexo que indica tener el encuestado | Cualitativa nominal | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino |
| Estado Civil | Situación personal en la que se encuentran las personas en un determinado momento de su vida | Estado Civil que indica el encuestado | Cualitativa nominal | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Conviviente • Viudo @ |
| Tipo de trabajo | Trabajo que realiza una persona bajo las órdenes de un empleador o actividades laborales libres | Trabajo que indica el encuestado | Cualitativa nominal | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Dependiente • Independiente |
| Infección Sospecho de COVID – 19 | Persona que cumple los criterios clínicos Y epidemiológicos. | clínica sintomatológica que indica el encuestado | Cualitativa nominal | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Tos • Fiebre • Falta de aire • Escalofríos • Dolores musculares |
| Infección Probable de COVID - 19 | Paciente que cumple los criterios clínicos mencionados anteriormente Y estuvo en contacto con un caso probable o confirmado | Persona que indica haber experimentado anosmia (pérdida del olfato) o ageusia (pérdida del gusto) | Cualitativa nominal | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Falta del gusto • Falta de olfato |
| Infección confirmado de COVID – 19 | Persona que ha dado positivo en una prueba rápida, antigénica para SARS- | Persona que indica haber dado positivo a | Cualitativa Dicotómica | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No |

| | | | | | |
|--|---|--|---------------------|---------|---|
| | CoV-2 o molecular para detectar el material genético del virus (RNA) de COVID – 19. | una prueba de detección de COVID – 19 | | | |
| Entidad de salud | Entidad que prestan servicios médicos de salud por parte del estado, o una entidad privada. | Entidad de salud a la que tuvo acceso el encuestado | Cualitativa nominal | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Clínica privada • Consultorio externo del estado • Emergencia o urgencia • Vía telefónica del estado |
| Habilidad funcional | Forma estándar de medir la capacidad de los pacientes de realizar actividades cotidianas y/o rutinarias. | Descripción que indique el paciente frente a la realización de sus actividades rutinarias | Cualitativa nominal | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Escala de karnofsky |
| Paciente inhabilitado | Persistencia de signos y síntomas clínicos que surgen durante o después de padecer la COVID-19, estos permanecen más de 12 semanas y no se explican por un diagnóstico alternativo. | Síntomas clínicos que indique el paciente que ha padecido o padece posterior a la infección del COVID-19 | Cualitativa nominal | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Uso de Oxígeno • Uso de Bastón, andador o silla de ruedas • Otros • No |
| Aislamiento social | Separación física de las personas contagiadas por COVID-19 de aquellas que están sanas | Indicación del paciente de haber realizado aislamiento social | Cualitativa nominal | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No |
| Enfermedades crónicas no transmisibles | Afección patológica de larga duración, que evolucionan lentamente y no se transmiten de persona a persona. | Enfermedad crónica no transmisible que indique padecer el encuestado | Cualitativa nominal | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión • Diabetes • Asma • EPOC |

| | | | | | |
|---|--|---|------------------------|---------|---|
| | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia Cardíaca • Cáncer • Stroke • Lupus • Depresión • Ansiedad • Otros |
| Imposibilidad de acceso a atención médica en Estado de emergencia | Normativa estipulada por el estado peruano con el objeto de lograr un aislamiento social obligatorio evitando la propagación de la COVID-19 en la población peruana. | Restricción que indique el encuestado el acceso a la salud durante el estado de emergencia | Cualitativa Dicotómica | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No |
| Medio de consulta de acceso a la salud | Diferentes tipos de acceso a los servicios de salud de rutina para la prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles | Medio de consulta que indique el encuestado haber tenido durante la pandemia | Cualitativa nominal | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Telefónica • Videollamada • Visita domiciliaria • Consultorio hospitalario • Consulta privada |
| Seguro de salud | Es la cobertura por medio de la que se brinda acceso a las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (IPRESS) | Seguro de salud que indica el encuestado | Cualitativa Dicotómica | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No |
| Inseguridad alimentaria | Disponibilidad insuficiente e inestable de alimentos, con un acceso poco oportuno y con ello un pobre aprovechamiento biológico, durante la pandemia de la COVID-19 | Indicación del encuestado de haber experimentado inseguridad alimentaria durante la pandemia de la COVID-19 | Cualitativa Dicotómica | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No |

| | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|------------------------|---------|---|
| Apoyo social por parte del estado | Recurso económico proveniente del estado peruano durante la pandemia de la COVID - 19 | Indicación del encuestado de haber recibido apoyo económico por parte del estado durante la pandemia de la COVID-19 | Cualitativa Dicotómica | Nominal | <ul style="list-style-type: none">• Si• No |
|-----------------------------------|---|---|------------------------|---------|---|

ANEXO B: ENCUESTA

| CUESTIONARIO COVID-19 Y NECESIDADES SOCIALES/ACESO AL SERVICIO DE SALUD | | | | |
|--|---|------------|--|-----------------|
| EDAD | <20 () 20 – 40 () 40 – 65 () ≥65 () | | | |
| SEXO | Masculino () | | Femenino () | |
| ESTADO CIVIL | Soltero () | Casado () | Viudo @ () | Conviviente () |
| TIPO DE TRABAJO | Dependiente () | | Independiente () | |
| INFECCION DEL CORONAVIRUS | | | | |
| 1. Desde que comenzó la pandemia has experimentado alguno de estos síntomas | Tos () Falta de aire () Fiebre () Escalofríos () | | Dolores musculares () Falta del gusto () Falta de olfato () Otros síntomas () | |
| 2. Cuanto tiempo le duraron los síntomas | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hasta 2 semanas ▪ De 2 a 4 semanas ▪ De 4 a 12 semanas ▪ Mas de 12 semanas | | | |
| 3. Por los síntomas que tuviste or tienes, búscate ayuda medica | Si () No () | | | |
| 4. Donde fuiste atendido | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Clínica privada () ▪ Consultorio de un posta o hospital nacional () ▪ Emergencia o urgencia () ▪ Buscaste ayuda por la vía telefónica del estado() | | | |
| 5. Fuiste hospitalizado por Coronavirus | Si () No () | | | |
| 6. Necesitaste rehabilitación después de tu hospitalización | Si () No () | | | |
| 7. Cual de estos enunciados describe tu habilidad funcional | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Normal () ▪ Puedo hacer mis actividades normales, pero aun tengo algunos síntomas () ▪ Puedo hacer mis actividades normales, pero con esfuerzo, aún tengo síntomas () ▪ No puedo hacer mis actividades normales, pero puedo cuidar de mi () ▪ Necesito asistencia de otras personas para algunas actividades () ▪ Necesito asistencia de otras personas todo el tiempo () ▪ Deshabilitado () | | | |
| 8. He experimentado algunas de estas nuevas necesidades | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oxígeno () ▪ Bastón, andador o silla de ruedas () ▪ Otros () ▪ No () | | | |
| 9. Fuiste testado por coronavirus | Si () No () | | | |

| | | | |
|--|--|--|---|
| 10. Fuiste positivo al coronavirus | Si () No () | | |
| 11. Si tuviste síntomas de coronavirus o tuvistes prueba positiva para el virus: estuviste en casa (aislamiento) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ No () ▪ Menos de 1 semana () ▪ 1 - 2 semanas () ▪ Mas de dos semanas () ▪ No tuve coronavirus () | | |
| 12. Si tuviste coronavirus, pudiste aislarte del resto de la familia | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si () ▪ No () ▪ No vivo con otras personas () ▪ No tuve coronavirus () | | |
| IMPACTO DE LA PANDEMIA EN OTRAS CONDICIONES MEDICAS CRONICAS | | | |
| 1. Que condición crónica medica usted padece | <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipertensión () ▪ Diabetes () ▪ Asma () ▪ EPOC () ▪ Insuficiencia cardiaca () ▪ Cáncer () </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stroke () ▪ Lupus () ▪ Depresión () ▪ Ansiedad () ▪ Otros () </td> </tr> </table> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipertensión () ▪ Diabetes () ▪ Asma () ▪ EPOC () ▪ Insuficiencia cardiaca () ▪ Cáncer () | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stroke () ▪ Lupus () ▪ Depresión () ▪ Ansiedad () ▪ Otros () |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipertensión () ▪ Diabetes () ▪ Asma () ▪ EPOC () ▪ Insuficiencia cardiaca () ▪ Cáncer () | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stroke () ▪ Lupus () ▪ Depresión () ▪ Ansiedad () ▪ Otros () | | |
| 2. Desde que la pandemia comenzó siente que su estado de salud mejoro, empeoro o se mantiene igual | <ul style="list-style-type: none"> - Mejoro () - Emperoro () - Igual () - No lo se () | | |
| 3. Durante la pandemia usted busco atención medica para el tratamiento de alguna de sus enfermedades de base pero no accedió a ello por el estado de emergencia | Si () No () | | |
| 4. En algún momento de la pandemia usted sintió que hubo un demoramiento en el acceso de atención medica para el cuidado de una de sus enfermedades crónicas or algún padecimiento no relacionado con coronavirus. | Si () No () | | |
| 5. ¿Si hubo un demoramiento de la atención medica, cual fue la razón? | <ul style="list-style-type: none"> - Tuve miedo de contraer coronavirus asi que no Sali de la casa () - Tuve miedo de ir al centro de salud or hospital por temor a contagiarme () - No me atendieron en ningún centro medico u hospital () - Otra razón () | | |

| | |
|---|--|
| 6. Debido al demoramiento de la atención médica, su condición de base empeoró, or se mantuvo igual | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Emperero () ▪ Igual () ▪ No lo se () |
| 7. En algún momento de la pandemia usted no pudo conseguir sus medicamento que generalmente toma para su condición médica | <ul style="list-style-type: none"> ▪ No pude conseguir () ▪ Si conseguí los medicamentos () |
| 8. ¿Si usted no pudo conseguir los medicamentos que necesitaba, que hizo? | <ul style="list-style-type: none"> ▪ No las tome () ▪ Baje las dosis de mi medicamento para prolongar su uso () ▪ Tome la medicación de alguna otra persona () ▪ Si puede conseguir la medicación sin receta médica () ▪ Otra razón () |
| 9. Desde que comenzó la pandemia, usted fue hospitalizada por alguna razón no relacionada con coronavirus | Si () No () |

IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LAS NECESIDADES SOCIALES

| | |
|---|--|
| 1. Tuve acceso a consulta médica ante la sospecha de infección por COVID - 19 | Si () No () |
| 2. Si la respuesta fue sí; la vía de consulta fue por: | Telefónica () Videollamada () Visita domiciliaria () Consultorio hospitalario () Consulta privada () |
| 3. Necesite ayuda con mi seguro de salud, mis cuentas médicas o para costear mis medicamentos para la recuperación contra la infección por COVID - 19 | Si () No () |
| 4. Padezco de alguna enfermedad crónica | Si () No () |
| 5. Tuve acceso a consulta médica para controlar o tener un seguimiento para mi enfermedad crónica | Si () No () |
| 6. Si la respuesta fue sí; la vía de consulta fue por: | Telefónica () Videollamada () Visita domiciliaria () Consultorio hospitalario () Consulta privada () |
| 7. Necesite ayuda con mi seguro de salud, mis cuentas médicas o para costear mis medicamentos en relación a mi enfermedad crónica | Si () No () |
| 8. En los últimos 12 meses me preocupe por los escasos de comida en la casa por la falta de dinero | Si () No () |
| 9. Me hice préstamos bancarios u de otros tipos | Si () No () |

| | | |
|--|--------|--------|
| 10. Esto preocupado de perder mi casa en el próximo año | Si () | No () |
| 11. Creo que los comedores populares o wawasis son importantes durante la época de pandemia | Si () | No () |
| 12. Tuve problemas para acceder a luz, agua, o gas en mi casa | Si () | No () |
| 13. Desde que la pandemia comenzó, las personas que viven en tu hogar han perdido el trabajo o sus ingresos económicos | Si () | No () |
| 14. Has recibido financiamiento económico de parte del estado en el último año | Si () | No () |

ANEXO C: CONSENTIMIENTO INFORMADO**NECESIDADES BÁSICAS SOCIALES Y PERCEPCIÓN AL ACCESO DE SERVICIOS DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN PACIENTES AMBULATORIOS EN EL CENTRO DE SALUD GUSTAVO LANATTA LUJAN 2022**

Nombre del investigador: **Yoselyn Allinzon Libania, Torres Leon**

Código de estudiante: 2015026687

Institución a la que pertenece: **UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL FACULTAD DE MEDICINA “HIPOLITO UNANUE”**

La investigación tiene por objetivo describir el impacto de la pandemia del COVID-19 en las necesidades sociales y el acceso al sistema de salud de pacientes atendidos en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan.

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional Médico de Perú, se encuentra el deber de INFORMAR, adecuada y oportunamente que esta investigación NO EMITE RIESGOS PARA LA SALUD; ya que solo se requiere se aceptar contestar a una encuesta la cual es el instrumento que permitirá recolectar los datos necesarios para el desarrollo de este trabajo de investigación.

Por lo antes mencionado ACEPTO DE MANERA VOLUNTARIA CONTESTAR LA ENCUESTA ()

Firma del paciente

Lima – Perú

2022

ANEXO D: FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

INFORME DE EVALUACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

I. DATOS GENERALES

TITULO DE LA INVESTIGACION: NECESIDADES BÁSICAS SOCIALES Y PERCEPCIÓN AL ACCESO DE SERVICIOS DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN PACIENTES AMBULATORIOS EN EL CENTRO DE SALUD GUSTAVO LANATTA LUJAN 2022

NOMBRE DEL EXPERTO: Wilfredo G. López Gabriel

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

| Aspectos a evaluar | Descripción: | Evaluación cumple /No cumple | Preguntas a corregir |
|--------------------|---|------------------------------|----------------------|
| 1. Claridad | Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado | Cumple | |
| 2. Objetividad | Las preguntas están expresadas en aspectos observables | Cumple | |
| 3. Conveniencia | Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado | Cumple | |
| 4. Organización | Existe una organización lógica y sintaxica en el cuestionario | Cumple | |
| 5. Suficiencia | El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad | Cumple | |
| 6. Intencionalidad | El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación | Cumple | |
| 7. Consistencia | Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado | Cumple | |
| 8. Coherencia | Existe relación entre las preguntas e indicadores | Cumple | |
| 9. Estructura | La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación | Cumple | |
| 10. Pertinencia | El cuestionario es útil y oportuno para la investigación. | Cumple | |

III. OBSERVACIONES GENERALES

NOMBRE: Wilfredo G. López Gabriel

DNI: 07472450


 Dr. Wilfredo Lopez Gabriel
 MÉDICO INTERNISTA
 C.M.P. 33896 R.N.E. 19089

INFORME DE EVALUACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

I. DATOS GENERALES

TITULO DE LA INVESTIGACION: NECESIDADES BÁSICAS SOCIALES Y PERCEPCIÓN AL ACCESO DE SERVICIOS DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN PACIENTES AMBULATORIOS EN EL CENTRO DE SALUD GUSTAVO LANATTA LUJAN 2022

NOMBRE DEL EXPERTO:

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

| Aspectos a evaluar | Descripción: | Evaluación cumple /No cumple | Preguntas a corregir |
|--------------------|---|------------------------------|----------------------|
| 1. Claridad | Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado | SI | |
| 2. Objetividad | Las preguntas están expresadas en aspectos observables | SI | |
| 3. Conveniencia | Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado | SI | |
| 4. Organización | Existe una organización lógica y sintaxica en el cuestionario | SI | |
| 5. Suficiencia | El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad | SI | |
| 6. Intencionalidad | El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación | SI | |
| 7. Consistencia | Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado | SI | |
| 8. Coherencia | Existe relación entre las preguntas e indicadores | SI | |
| 9. Estructura | La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación | SI | |
| 10. Pertinencia | El cuestionario es útil y oportuno para la investigación | SI | |

III. OBSERVACIONES GENERALES

NOMBRE: Raúl Abel Huarag Reyes
DNI: 07543164



INFORME DE EVALUACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

I. DATOS GENERALES

TITULO DE LA INVESTIGACION: NECESIDADES BÁSICAS SOCIALES Y PERCEPCIÓN AL ACCESO DE SERVICIOS DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN PACIENTES AMBULATORIOS EN EL CENTRO DE SALUD GUSTAVO LANATTA LUJAN 2022

NOMBRE DEL EXPERTO:

II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

| Aspectos a evaluar | Descripción: | Evaluación cumple /No cumple | Preguntas a corregir |
|--------------------|---|------------------------------|----------------------|
| 1. Claridad | Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado | Si | |
| 2. Objetividad | Las preguntas están expresadas en aspectos observables | Si | |
| 3. Conveniencia | Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado | Si | |
| 4. Organización | Existe una organización lógica y sintaxica en el cuestionario | Si | |
| 5. Suficiencia | El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad | Si | |
| 6. Intencionalidad | El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación | Si | |
| 7. Consistencia | Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado | Si | |
| 8. Coherencia | Existe relación entre las preguntas e indicadores | Si | |
| 9. Estructura | La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación | Si | |
| 10. Pertinencia | El cuestionario es útil y oportuno para la investigación | Si | |

III. OBSERVACIONES GENERALES

NOMBRE: Ricardo E. Marinas Coronado

DNI: 08888565


 MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCION DE REDES INTEGRALES DE SALUD - LIMA ESTE
 C.S. GUSTAVO LANATTA LUJAN

 DR. RICARDO E. MARINAS CORONADO
 MEDICO CIRUJANO
 C. M. P. 45685

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DEL ALFA DE CRONBACH

Para determinar la confiabilidad del cuestionario se utilizó el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, cuya fórmula es:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum S^2 i}{S^2 T} \right]$$

Donde:

K : Número de ítems

$\sum S^2 i$: Sumatoria de las Varianzas de los ítems

$S^2 T$: Varianza de toda la dimensión.

Usando el software estadístico Excel, se obtuvo los siguientes resultados Estadísticos de fiabilidad:

| Resumen de procesamiento de casos | | | |
|---|-----------------------|----|-------|
| | | N | % |
| Casos | Válido | 10 | 100,0 |
| | Excluido ^a | 0 | ,0 |
| | Total | 10 | 100,0 |
| a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento. | | | |

| Estadísticas de fiabilidad | |
|-----------------------------------|----------------|
| Alfa de Cronbach | N de elementos |
| ,840 | 35 |

Alfa de Cronbach: 0.84

Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1, por lo tanto, el instrumento tiene una confiabilidad alta.