



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

Situación individual, familiar y social del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. Cuenca – Ecuador, 2020.

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Médico.

Autoras:

Ariana Graciela Abad Amoroso

CI: 0350132338

Correo electrónico: arianabad@gmail.com

Priscila Elizabeth Sigüencia Sánchez

CI: 0302637343

Correo electrónico: priscilasiguencia@gmail.com

Director:

Dr. Bernardo José Vega Crespo

CI: 0102146917

Cuenca – Ecuador

julio – 2021



RESUMEN

Antecedentes: En febrero de 2020, se identificó un nuevo coronavirus como SARS-CoV2, agente etiológico de Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). El 11 de marzo del mismo año, la Organización Mundial de la Salud declaró a esta enfermedad como una pandemia. A partir de esta fecha en Ecuador la participación del personal de salud ha sido clave para enfrentar la emergencia sanitaria.

Objetivo general: Analizar la situación individual, familiar y social del personal sanitario durante la pandemia por COVID-19, Cuenca – Ecuador. Septiembre 2020.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, utilizando la base de datos de la segunda ronda de encuestas del proyecto International Citizen Project Covid 19 (ICPCovid), recolectada mediante formulario electrónico enviado a correos institucionales de 1697 participantes de universidades y de la corporación municipal. Los resultados se trabajaron en SPSS 15.0, utilizando distribución de frecuencias, medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar). Los resultados se presentan en tablas. Parámetros como adaptación, se clasificaron como baja (0 - 1), moderada (2 - 3), alta, (más de 4).

Resultados: El personal de salud ha atravesado situaciones de violencia física, psicológica y agresión por su condición profesional (3%), tuvieron dificultad para conseguir alimentos por escasez de dinero (17%) y además han presentado una alta adaptabilidad a las medidas implementadas por el gobierno (66%).

Conclusión: El personal de salud de Cuenca - Ecuador presenta una situación individual, familiar y social compleja al ser primera línea de defensa de la pandemia por COVID-19. Se requieren más estudios relacionados a la situación de los mismos y la relación con la actual pandemia.

Palabras claves: Coronavirus. Personal de salud. Pandemia.



ABSTRACT

Background: In February 2020, a new coronavirus was identified as SARS-CoV2, the etiologic agent of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). On March 11 of the same year, the World Health Organization declared this disease as a pandemic. From this date on, the participation of health personnel in Ecuador has been key to face the health emergency.

General objective: To analyze the individual, family and social situation of health personnel during the COVID-19 pandemic, Cuenca - Ecuador. September 2020.

Methodology: A descriptive cross-sectional study was carried out, using the database of the second round of surveys of the International Citizen Project Covid 19 (ICPCovid), collected through an electronic form sent to institutional emails of 1697 participants from universities and the municipal corporation. The results were processed in SPSS 15.0, using frequency distribution, measures of central tendency (mean) and dispersion (standard deviation), this are presented in tables. Parameters such as adaptation were classified as low (0 - 1), moderate (2-3), high, (more than 4).

Results: Health personnel have gone through situations of discrimination and aggression due to their professional condition; they have difficulty getting food because did not have money and they have also presented a high adaptability to the measures implemented by the government.

Conclusion: The health personnel of Cuenca - Ecuador present a complex individual, family and social situation as they are first line of defense of the COVID-19 pandemic. More studies are required related to their situation and the relationship with the current pandemic.

Key words: Coronavirus. Health workers. Pandemic.



CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Ariana Graciela Abad Amoroso en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “SITUACIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR Y SOCIAL DEL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19. CUENCA – ECUADOR, 2020”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 2 de julio del 2021

Ariana Graciela Abad Amoroso

C.I.: 0350132338



CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Priscila Elizabeth Sigüencia Sánchez en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “SITUACIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR Y SOCIAL DEL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19. CUENCA – ECUADOR, 2020”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 2 de julio del 2021

Priscila Elizabeth Sigüencia Sánchez

C.I.: 0302637343



AGRADECIMIENTO

Mi más sincero agradecimiento al Doctor Bernardo Vega Crespo, por su guía y entrega para que este trabajo de investigación se lleve a cabo.

Gracias a mi familia, por siempre motivarme, apoyarme, y creer en mí.

Gracias a mi mejor amiga, que me enseñó a no rendirme, y me prestó sus brazos para consolarme y celebrar mis victorias.

Gracias a la Universidad de Cuenca, por los conocimientos que me regaló todos estos años, y por las oportunidades para crecer.

Ariana Abad A.



AGRADECIMIENTO

De manera especial quiero expresar mi agradecimiento al Dr. Bernardo Vega, nuestro tutor de tesis, por su entrega y compromiso con la docencia, por apoyarnos en este proceso y guiar esta investigación.

A mi familia, Sigüencia Sigüencia y Sánchez Sacoto, han sido alegría, apoyo y compañía durante este largo recorrido.

A July Guillen, gracias por compartir cada logro conmigo, y hacerlo tuyo también.

A las personas increíbles que conocí durante estos 5 años y medio, gracias por hacer esta travesía más ligera y placentera.

Priscila Sigüencia S.



DEDICATORIA

Este trabajo, representa el esfuerzo y sacrificio de 6 años entregados a la medicina y a los pacientes que se han cruzado en mi vida a lo largo de la carrera.

Va dedicado especialmente a mis padres: mi madre hermosa por estar siempre al pie del cañón, mi padre por nunca dejar que nada me falte.

Mis hermanas, pilar fundamental, sin su alegría y amor, que me inspira siempre.

Mi segunda familia, Sigüencia Sánchez, por el increíble apoyo que me brindaron todos estos años.

A mi compañera de tesis, y de vida; sin ella, esta travesía no hubiese sido una experiencia inolvidable.

Ariana Abad A.



DEDICATORIA

A la fuente inagotable de amor y apoyo incondicional, Nube y Gerardo: mamá y papá, quienes son el recordatorio constante de lo que el trabajo arduo y dedicación permiten alcanzar.

A Marianita y Aurelio, que con su cariño han alimentado mi ser, por orar por mí, por alentarme siempre.

A Adrián, Jaime, y Sharleen; mis hermanos, quienes representan determinación, coraje, valentía; indudablemente mi fuente de inspiración.

A David, quien a través del tiempo y la distancia ha compartido este sueño conmigo, y con su cariño me ha motivado a ser mi mejor versión.

A Ariana, mi compañera de fórmula. ¡Gracias por cumplir esta meta juntas!, estoy orgullosa de la persona increíble en la que constantemente te transformas.

A Dios, por poner en mi camino a personas que me han permitido conocer su propósito conmigo.

Priscila Sigüencia S.



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Ariana Graciela Abad Amoroso, autora del proyecto de investigación “SITUACIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR Y SOCIAL DEL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19. CUENCA – ECUADOR, 2020”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 2 de julio del 2021

Ariana Graciela Abad Amoroso

C.I.: 0350132338



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Priscila Elizabeth Sigüencia Sánchez, autora del proyecto de investigación “SITUACIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR Y SOCIAL DEL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19. CUENCA – ECUADOR, 2020”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 2 de julio del 2021

Priscila Elizabeth Sigüencia Sánchez

C.I.: 0302637343



ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	4
AGRADECIMIENTO	6
AGRADECIMIENTO	7
DEDICATORIA	8
DEDICATORIA	9
CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL	10
CAPÍTULO I	14
1.1. INTRODUCCIÓN	14
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.3. JUSTIFICACIÓN	16
CAPÍTULO II: FUNDAMENTO TEÓRICO	18
2.1. Definición de personal de salud	18
2.2. Medidas de prevención	18
2.3. Ámbito laboral	20
2.4. El distanciamiento físico	22
2.5. Violencia y discriminación contra el personal de salud	24
CAPÍTULO III	25
3. Objetivos	25
3.1. Objetivo general.	25
3.2. Objetivos específicos.	25
CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO	26
4.1. Tipo de estudio.	26
4.2. Área de estudio.	26
Población de estudio.	26
4.3. Universo.	26
4.4. Criterios de inclusión y exclusión	26
4.5. Variables	26
4.6. Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de datos	27
4.6.1. Método.	27
4.6.2. Técnica.	27
4.6.3. Instrumento.	27
	12



4.6.4. Procedimientos.	27
4.7. Tabulación y análisis.	28
4.8. Aspectos éticos.	28
CAPÍTULO V: RESULTADOS	29
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN	46
CAPÍTULO VII	55
7.1. CONCLUSIONES	55
7.2. RECOMENDACIONES	57
CAPÍTULO VIII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58



CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

La pandemia por coronavirus constituye un desafío para los sistemas de salud pública alrededor del mundo. En diciembre 31 de 2019, autoridades sanitarias de la república popular China, notificaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) varios casos de neumonía de origen desconocido en Wuhan, provincia de Hubei. Una semana después se confirmó que se trataba de un nuevo coronavirus, por lo que se consideró una emergencia sanitaria a nivel internacional. El SARS – CoV – 2 como se lo denominó, al igual que otros virus de su familia, es el responsable de manifestaciones clínicas que varían en gravedad, desde un resfriado común, neumonía grave con distrés respiratorio, shock séptico, hasta fallo multiorgánico (1).

En marzo 11 de 2020 el director de la OMS; Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus declaró oficialmente esta enfermedad como una pandemia (2).

La situación actual en el contexto del coronavirus hasta el 20 de septiembre en la región de las Américas revela que existe un aumento relativo del 0.74% en el número de casos reportados y 0.48% en las defunciones, en comparación con datos obtenidos 24 horas antes (3).

Estados Unidos con 6.703.798 casos, y Brasil con 4.528.240 son los países con mayor incidencia, en tanto que México y Ecuador poseen la tasa cruda de letalidad más alta de la región (>100.000) (4).

En base a la estadística global manejada por la OMS, en septiembre 2020, los casos confirmados de coronavirus en el mundo bordean los 30.949.804 y las defunciones 959.116. Puntualmente, la región de las Américas lidera la lista de territorios afectados por la pandemia con 15.580.622 casos confirmados; a esta, le siguen el sudeste asiático con 6.167.904 casos, Europa con 5.236.252 casos, la región Mediterráneo – Oriental con 2.232.748 casos, África con 1,149,640 casos y el Pacífico oeste con 581,897 casos (5).

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP) en coordinación con la OMS mediante el acuerdo ministerial N°00126 – 2020, declaró al país en estado de emergencia el 11 de marzo, y se activó el COE nacional para su coordinación. Las medidas establecidas a



inicio del año fueron la suspensión de actividades laborales, académicas y de recreación en espacios públicos; toque de queda a nivel nacional con horarios diferenciados según las provincias, restricción vehicular y uso obligatorio de mascarilla y alcohol. Las dos últimas medidas aún se mantienen 6 meses después, junto con el distanciamiento social (6).

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La infección por coronavirus, considerada como una pandemia desde el 11 de marzo de 2020 constituye un problema de alto impacto en la salud, economía, y bienestar psicológico de la población alrededor del mundo, y afecta de manera especial al personal de salud, quienes han servido a la sociedad como la primera línea de atención expuestos a sobrecarga de trabajo y con mayor riesgo de adquirir la infección al no contar con todas las medidas de protección, lo que ha provocado agotamiento físico, emocional; y conflictos para desenvolverse en el ámbito individual, familiar y social. Desde febrero 29 del año en curso, se ha incrementado infraestructura, equipo y personal necesario para satisfacer la demanda del sistema nacional de salud. Sin embargo, estas medidas no han sido suficientes para responder las necesidades de los trabajadores y estudiantes del área de la salud.

Con este antecedente, y conociendo que pese a la suspensión de actividades, el personal de salud continuó laborando, vemos la necesidad de conocer cuál es la situación actual del personal sanitario; como su condición de vida se ha visto modificada o afectada a causa de su rol laboral, mayor exposición al virus, y como esto ha influido en las medidas de prevención adoptadas dentro de sus hogares, lo que puede generar situaciones que alteren su normal desenvolvimiento a nivel individual, familiar y social. Razón por la que surge la siguiente interrogante:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la situación individual, familiar y social del personal de salud durante la pandemia por coronavirus, Cuenca – Ecuador? Segunda ronda de encuestas proyecto International Citizen Project Covid 19 (ICPCOVID).



1.3. JUSTIFICACIÓN

El incremento de los casos por COVID-19, entre el 1 de enero y el 28 de agosto de 2020, sobrepasa en América los 1,4 millones en comparación a los casos reportados en las cinco Regiones de la OMS, durante el mismo periodo. La proporción más elevada de casos se notificó en los Estados Unidos de América (45%) y Brasil (29%), mientras que las tasas de letalidad más altas están en México (10,8%), Canadá (7,2%) y Ecuador (5,8%) (7).

Se ha identificado que uno de los grandes obstáculos es la alta tasa de Infección respiratoria aguda grave (IRAG) por SARS-CoV-2 entre el personal de salud, y como consecuencia la falta de un equipo capacitado para garantizar una adecuada respuesta local o regional a la pandemia (7).

La exposición en los espacios de salud ocurre por el incumplimiento de procedimientos estándar para prevención y control de infecciones; uso inadecuado o cantidad insuficiente del equipo de protección personal (EPP), falta de capacitación, estrés, presión laboral, sobrecarga de horas de trabajo, número escaso de profesionales de salud, entre otros. En Ecuador, según MSP, hasta mayo 22 del 2020, se registró que el 10,8% (2929) de contagiados correspondían a los trabajadores de la salud (7)(8).

La pandemia, ha generado situaciones de angustia, fatiga, agotamiento ocupacional y emocional, incertidumbre, dilemas éticos y discriminación en forma de agresiones físicas y verbales por parte de la población. Se documentó que un alto porcentaje padece depresión, (50.4%), ansiedad (44.6%), insomnio (34.0%) y estrés (71.5%) (9,10).

El 7 de septiembre de 2020, la directora de la OPS, Carissa F. Etienne, manifestó que todos los países deben garantizar condiciones de trabajo seguras y decentes para sus servidores; así como el acceso a EPP, capacitaciones, atención de salud mental, e igualdad salarial, especialmente para las mujeres que representan casi el 75% del personal sanitario y se enfrentan a cargas adicionales (10).

Por esta razón, este trabajo de investigación pretende alcanzar un impacto científico, al obtener datos verificados de la situación actual que atraviesan los estudiantes y trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19, ya que a nivel mundial existe escasa información acerca de este tema y es importante que se analicen con datos estadísticos las dificultades y oportunidades que enfrentan diariamente. Los resultados permitirán al MSP identificar las necesidades especiales del personal y a su vez



emprender medidas de protección como redistribución de las horas de trabajo, implementación de áreas adecuadas de descanso, desinfección y alimentación; que garanticen seguridad laboral, estabilidad emocional, y salvaguarden la salud de los suyos.

A nivel social, se busca generar empoderamiento en cada uno de los miembros del personal de salud, al conseguir una aproximación a su realidad. Crear impacto en la sociedad, para generar consciencia de que merecen respeto, consideración e igualdad de condiciones. Y de esta manera, lograr a escala mundial que se cumplan las recomendaciones emitidas por la OPS y OMS.

El tema se encuentra dentro del área de investigación de sistema nacional de salud, líneas calidad de la atención, prestación y sistemas de apoyo; y participación social, de las prioridades de investigación del MSP 2013-2017.

Los beneficiarios directos serán, las y los estudiantes, médicos, enfermeros, auxiliares y personal del sector de salud; quienes, en base a la información generada, tendrán la capacidad de tomar acciones en pro de la salud física y mental; los beneficiarios indirectos serán todos aquellos interesados en los desafíos que vivió y vive el equipo de salud durante la pandemia por COVID-19.

Los resultados se difundirán en la biblioteca digital de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca con el fin de generar reflexión en los sistemas de salud.



CAPÍTULO II: FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. Definición de personal de salud

La OMS (11,12) define al personal sanitario como un grupo de personas que desempeñan acciones de prevención, promoción, y tratamiento a nivel ambulatorio, hospitalario, domiciliario y en situaciones de emergencia. Incluye a estudiantes que pertenecen a la facultad de ciencias médicas, médicos, enfermeras, parteras, farmacéuticos, trabajadores sociales y sanitarios de la comunidad, así como personal administrativo, auxiliar, y de gestión.

Según datos del Banco Mundial, solo 5 de los 49 países catalogados como países de ingresos bajos superan el umbral de los 23 médicos, enfermeras y parteras por 10 000 habitantes, cifra que ha sido establecida como mínima necesaria para la prestación de salud (13).

Reconociendo la importancia del personal de salud, su trabajo y misión, es primordial resaltar los cambios que en su vida se han presentado a raíz de la pandemia, y como su antigua rutina de trabajo se ha convertido en un exhaustivo protocolo de bioseguridad para el cuidado personal y de sus hogares.

Desde diciembre 2014 hasta agosto 2020, según cifras de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS), en Ecuador existen 213.458 profesionales de la salud. El Distrito Metropolitano de Quito, constituye la zona con mayor número (45.336), le sigue el Distrito Metropolitano de Guayaquil con 33.326 y en último lugar la zona 2 correspondiente a Pichincha, Napo y Orellana con 7.186 títulos registrados. La edad de 31-40 años con 55.994 (35,69%) profesionales representa el grupo etario de mayor frecuencia. El porcentaje más alto de profesionales en los niveles tecnológico superior (71%), tercer (66%) y cuarto nivel (56%), corresponde a la población femenina (14).

2.2. Medidas de prevención

El personal de salud debe ser consciente que supone un riesgo para las personas con quienes vive. Se recomienda que, al llegar a casa, intente no tocar nada, quitarse los zapatos, dejar los artículos personales como bolso, llaves en una caja a la entrada, y posterior a esto ducharse, lavar el celular y lentes con agua y jabón, o alcohol al 65%,



limpiar con lejía (añadir 25ml de Lejía al 5%) las superficies de lo que estuvo fuera de casa; la ropa personal, toallas y ropa de cama se lavarán en un ciclo de lavado no inferior a 40°C (15).

Evitar que terceras personas tengan contacto directo con sus fluidos corporales, especialmente los orales o secreciones respiratorias, no compartir objetos de uso personal como cepillos de dientes, vasos, platos, cubiertos, toallas. Se recomienda lavar la vajilla y cubiertos utilizados con agua jabonosa o en lavavajillas, limpiar con material desechable la cocina y el cuarto de baño, con detergente que contenga 25ml de lejía en un litro de agua; y mantener ventiladas las zonas comunes; la limpieza de zonas de contacto común como pasamanos, agarraderas, controles de mando, teléfonos, y computadoras debe ser periódica y exhaustiva (15).

Recordar que las medidas genéricas de protección individual frente a enfermedades respiratorias incluyen: higiene de manos frecuente, especialmente después de contacto directo con personas enfermas o su entorno. Al toser o estornudar, cubrirse la boca y la nariz con el codo flexionado, usar pañuelos desechables, y tirarlos tras su uso. Si se presentan síntomas respiratorios, evitar el contacto con otras personas; en caso de no ser posible, aplicar distanciamiento físico y no tocarse los ojos, nariz y boca. Además, se recomienda evitar ingerir alimentos crudos o productos animales poco cocidos con el fin de prevenir la "contaminación cruzada" con demás alimentos (15,16).

En este contexto, se resalta la importancia de emprender acciones que contribuyan a aplanar la curva de contagios, pues, a nivel mundial, los hospitales no estuvieron preparados para enfrentar adecuadamente la pandemia; sin embargo, gracias a los incontables esfuerzos humanos y económicos ha sido posible con el transcurso de los meses suplir estas carencias; es por esto que, partiendo del cuidado personal, que hace posible el bienestar comunitario, al protegernos, evitamos el colapso de los sistemas de salud, contribuyendo así a que la cantidad de recursos que poseen, puedan ser distribuidos equitativa y oportunamente entre las personas que los necesitan (17).

En Ecuador, según MSP, hasta mayo 22 del 2020, se registró que el 10,8% (2929) de contagiados correspondió a los trabajadores de la salud. De los infectados, 1633 son médicos; 1089 son enfermeros y auxiliares. Obstetras, odontólogos y psicólogos suman 207 casos (8).



En febrero de 2020, con limitada información sobre el coronavirus, la OMS sugirió el uso pertinente de medidas de protección y control. Sin embargo, meses después, gran parte de los países del mundo fueron el escenario de nuevos casos y muertes reportadas cada día, debido a la alta transmisibilidad del virus, por esta razón la recomendación básica en el ambiente hospitalario y social fue el uso adecuado de las medidas de protección (18).

Por otra parte, Santiago Carrasco, presidente de la Federación Médica Ecuatoriana (FME) señaló que los profesionales de la salud no fueron provistos oportunamente del EPP necesario para este tipo de emergencias y pese a que poco a poco esto ha sido solventado, muchos de ellos se han visto en la necesidad de invertir recursos propios en pro de su seguridad. Se debe destacar que la protección adecuada y el manejo correcto de protocolos de bioseguridad, son el éxito en el mantenimiento de salud del médico y también en la recuperación del paciente, pues se conoce que, si un médico se contagia, 10 pacientes corren el riesgo de perder la vida (8).

La Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA), ha establecido una pirámide de riesgo ocupacional para el COVID – 19, que cuenta con cuatro categorías: riesgo muy alto, alto, medio, y bajo. Las dos primeras, guardan relación con actividades inherentes al campo de la salud, ya sea la exposición directa a procedimientos médicos, mortuorios o de laboratorio que generen aerosoles o también una exposición potencial a una fuente conocida de contagio (19).

2.3. Ámbito laboral

A partir del documento “Género y la COVID – 19”, desarrollado por la OMS, se conoce que, de la totalidad de trabajadores sanitarios, las mujeres representan el 70% y los hombres un 30%. Partiendo de estas cifras, resulta fácil inferir el mayor grado de exposición al que las trabajadoras se enfrentan y por ende el riesgo potencial que esto representa, considerando que, además de su participación profesional, desarrollan actividades no remuneradas de otra índole, como el cuidado y educación de los hijos, la provisión continua de alimentos y el mantenimiento general del hogar (20,21).

En España e Italia, datos recientes afirman que el 72% y 66% de casos de personal sanitario infectado por COVID – 19, son mujeres (20).

En Ecuador, durante el año 2015 la tasa de médicos por cada 10 mil habitantes era de 18, sin embargo, para el año 2018 este valor cambió a 23; pese a esto, durante el mismo año,



en dos provincias del país se registraron grandes diferencias, por ejemplo, Pastaza contó con 34 y Los Ríos con 14 médicos por cada 10 mil habitantes (22, 23).

La pandemia ha generado saturación de los sistemas sanitarios y sus servidores, razón por la que se reclutaron médicos de otras especialidades y estudiantes del área de la salud para actuar como primera línea de respuesta ante la emergencia. El alto porcentaje de infecciones que ocurren en torno al ambiente laboral sumado al estigma social que recae en el personal de salud, impulsaron a que este grupo adopte medidas de autoaislamiento como; evitar eventos familiares como bodas y funerales, instalaciones religiosas, baños públicos, minimizar reuniones y viajes de negocios, regresar a casa temprano después del trabajo, visitar a sus seres queridos mediante dispositivos electrónicos. En caso de necesitar transporte público utilizar artículos sanitarios durante sus desplazamientos, y las únicas ocasiones en las que salen de sus residencias son para conseguir alimento, y realizar actividades de ocio al aire libre en ausencia de otras personas (24,25).

La satisfacción laboral del personal de la salud durante la pandemia se ha visto afectada por la alta demanda de pacientes, sobrecarga horaria y salarios que no representan todo el trabajo realizado. Además, existe un alto nivel de exposición a SARS-CoV2; así, datos de Colombia demuestran que del total de casos confirmados de COVID-19 en el personal, el 67% (5.142 casos) desarrollaron la infección posterior a la exposición asociada a la prestación de servicios, 15% (1.150 casos) a entorno comunitario, 1% (43 casos) importados y en el 18% (1.357 casos) la exposición fue indeterminada. En Estados Unidos, el principal grupo etario afectado fue de 29 a 39 años (27%), seguido del grupo de 40 a 50 años (23%), el de 18 a 28 años (23%), el de 51 a 61 años (20%) y el de 62 y más años (8%) (7).

La sobrecarga laboral sumada a factores estresantes crea un ambiente de estrés crónico, que no puede ser manejado correctamente, lo que se conoce como Síndrome de Burnout (SB). Varias revisiones sistemáticas señalan que SB varía entre 35,1% y 11,23% en médicos/as y enfermeros/as respectivamente. En Ecuador, se realizó un estudio en base al Inventario de Burnout de Maslach (MBI) y se detectó que más del 60% del personal de salud presenta agotamiento emocional y despersonalización severa y moderada. Entre los profesionales con SB moderado y severo, el 95.36% corresponde a médicos y el 95.89% al personal de enfermería. El agotamiento emocional tuvo asociación estadísticamente significativa a la función que desempeñaba el personal de salud ($p = 0.002$). Los



médicos/as presentaron 5.17 puntos más que el personal de enfermería. Los hombres presentaron 4.04 puntos menos que las mujeres; ser médico y joven representa un factor de riesgo para Síndrome de Burnout (26).

Entre las causas de SB en médicos, están la elevada carga horaria laboral, especialmente durante la etapa formativa, que en Ecuador puede durar hasta 30 horas de manera ininterrumpida o hasta 160 horas a la semana. Un estudio multicéntrico realizado en 21 hospitales de Shanghái, China, demostró que los médicos que trabajaron más de 60 horas por semana presentaron 4.54 veces más riesgo de SB con respecto a los que trabajaron menos de 40 horas por semana (26,27).

El sufrimiento psicológico experimentado por los trabajadores del área de la salud que prestan sus servicios dentro de la primera línea de atención nace de la preocupación constante en torno al riesgo de contagio personal – familiar y las excesivas horas de trabajo. Esta situación los hace vulnerables a padecer distintos tipos de trastornos psicológicos que, de no ser tratados oportunamente, podrían repercutir en su posterior desempeño personal y profesional (28).

En España, se ha registrado que el 80% de los miembros del equipo sanitario sufren de ansiedad, el 40% fatiga emocional, y el 53% estrés postraumático. También, varios médicos han manifestado que su calidad de sueño ha disminuido considerablemente, y que han experimentado manifestaciones psicósomáticas como diarrea, disnea, palpitaciones e incluso diaforesis (29,30).

En el contexto de la crisis sanitaria, es necesario entender que, deben establecerse redes de soporte que permitan a los trabajadores cuidarse y apoyarse entre sí, compartir experiencias y crear entornos de trabajo cálidos y seguros que constituyan una base sólida para el gran equipo que representa. Por esto, es necesario que, en las diversas áreas de trabajo, se cuente con espacios que faciliten el descanso, la buena alimentación y el compartir (31).

2.4. El distanciamiento físico

Es una medida impuesta como política pública, derivada de una emergencia epidemiológica, que tiene como objetivo evitar la exposición al virus cuando los servicios de salud están en riesgo de sobrecargarse, ya sea porque no existen intervenciones de prevención primaria (vacuna) o tratamientos (32).



Como consecuencia, el movimiento social se detuvo en gran parte del mundo, y no son la excepción los prestadores de servicios de salud no vitales, que se vieron obligados a detener sus actividades como respuesta a las recomendaciones de distanciamiento social. Esto los ha orillado a recurrir a herramientas virtuales para dar atención a pacientes, lo cual se conoce como “telemedicina” (33).

Lo que determina el inicio de un conjunto de desventajas económicas, sociales, culturales, institucionales y territoriales que afectan a determinados colectivos, como los trabajadores de la salud, quienes deben dedicar más recursos de los que poseen para trasladarse al trabajo, lo que genera efectos negativos sobre su calidad de vida (34).

El distanciamiento físico o social consiste en mantener una distancia mínima de 2 metros (o 6 pies de distancia) entre personas; constituye una herramienta básica para la contención de la propagación del virus, pues el contacto continuo y cercano con personas fuera del núcleo familiar se considera un peligro potencial. La práctica de medidas de distanciamiento social, están ampliamente recomendadas por entidades médicas locales y mundiales, ya que, a pesar de que requieren colaboración y conocimiento de la colectividad; el único escenario en el que estarían limitadas es el colapso de instituciones públicas y servicios de salud (35).

La OPS señala que las medidas impuestas en cada país y sus territorios deben ser constantemente modificadas según la tasa de propagación del SARS-CoV2, que dará la pauta para que estas sean más flexibles o restrictivas. Según la experiencia de países europeos, se conoce que la disminución de la severidad de las normas constituye un proceso complejo y planificado que requiere un mínimo de 14 días de diferenciación para que sea posible evidenciar cambios epidemiológicos relevantes (36).

El personal debe procurar tener el mínimo contacto con: niños menores de 2 años, mayores de 65 años, personas con patología crónica como: hipertensión arterial, enfermedades cardíacas, diabetes, asma, inmunodepresión y embarazadas. En caso de convivir con algún integrante del grupo de riesgo, es necesario mantener una distancia de 6 pies, evitar compartir cubiertos y vajilla, usar mascarilla cuando estén presentes en la misma habitación, dormir en camas separadas, utilizar baños diferentes en la medida de lo posible y/o desinfectarlo en cada uso, además de adoptar las recomendaciones generales como anular el contacto físico entre personas, aplicar medidas de higiene respiratoria, lavado de manos frecuente, entre otras (15).



2.5. Violencia y discriminación contra el personal de salud

El personal de salud lleva a cabo todos los servicios en pro de mantener o mejorar la salud de las personas, sin embargo, no han quedado exentos de la discriminación y la violencia, pese a ser diariamente reconocidos por las autoridades estatales en varios países del mundo. El porqué de las agresiones es complejo de entender; resulta una paradoja la que estudiantes, médicos, enfermeros, y auxiliares experimentan dentro del hospital, pues al entregarse por completo hacia la atención de sus pacientes, ponen en riesgo su vida (37).

En México se han registrado denuncias por agresiones verbales y físicas hacia el personal; enfermeras, víctimas de ataques que han dejado como resultado lesiones personales, e incluso han experimentado presión social con el fin de persuadirlas a abandonar su lugar de residencia. También, para el personal de salud se ha dificultado el uso del transporte público y el acceso libre a lugares de abastecimiento de comida (37).

Colombia es otro país en el que diariamente se denuncia la hostilidad y violencia a los funcionarios del sistema de salud, quienes con valentía continúan laborando, resistiendo el peligro inherente a la pandemia y esta absurda discriminación social (38).

Lo expuesto, surge del fenómeno del estigma social. En el ámbito de la salud esto se presenta con mayor frecuencia que la reportada normalmente, pues, erróneamente se ha normalizado estereotipar a las personas por padecer determinada condición de salud; generalizando este comportamiento incluso en personas sanas que por situaciones laborales se encuentran en contacto con personas infectadas (39).

Puntualmente eso es lo que ocurre en la actualidad. El brote del virus ha provocado esta discriminación hacia grupos considerados potencialmente riesgosos por la sociedad, pero ¿en qué se basa esto?; básicamente este comportamiento se explica en tres factores, el primero; es una enfermedad en torno a la que todavía giran incógnitas sin resolverse, pues es algo nuevo; lo que da origen al segundo factor que es el miedo natural que las personas poseemos hacia lo desconocido; lo que finalmente nos lleva al tercer factor, que es el de relacionar estos sentimientos con otras personas (39).



CAPÍTULO III

Planteamiento de hipótesis

Al ser un estudio descriptivo no se ha planteado una hipótesis.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general: Analizar la situación individual, familiar y social del personal de salud durante la pandemia por COVID-19, Cuenca – Ecuador. 2020.

3.2. Objetivos específicos:

- Identificar las características sociodemográficas del personal de salud, según indicadores establecidos, tales como; edad, género, nacionalidad, nivel máximo de instrucción, estado civil, ciudad en la que reside, personas con las que vive y condición laboral actual.
- Identificar el impacto social del personal de salud, en aspectos como; la dificultad para permanecer en casa, encargarse de actividades cotidianas para el mantenimiento del hogar; abastecimiento de alimentos e insumos.
- Identificar el ambiente familiar del personal sanitario y sus modificaciones durante la pandemia, enfocados en; cambios en su lugar de residencia, en el cuidado de los hijos; y preocupación por el estado de salud de las personas con quienes viven.
- Identificar dificultades que experimentan los trabajadores del área de la salud, para asistir a sus lugares de trabajo tales como; enfrentar actos de discriminación y mantener un adecuado balance emocional ante la exposición constante al coronavirus.



CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de estudio: El estudio realizado fue descriptivo de corte transversal.

4.2. Área de estudio: cantón Cuenca – Ecuador.

Población de estudio: personal sanitario y no sanitario de las universidades y de la corporación municipal del cantón Cuenca – Ecuador.

4.3. Universo: se utilizará la base de datos digital de la segunda ronda de encuestas que se recolectó del 22 de abril al 02 de mayo del proyecto International Citizen Project Covid 19 (ICP Covid).

Muestra: 1697 participantes

4.4. Criterios de inclusión y exclusión

- **Inclusión:** todas las encuestas completas de la base.
Rango de edad de los participantes: 23 años -70 años.
- **Exclusión:** no existen criterios de exclusión.

4.5. Variables

1. Edad
2. Género
3. Estado civil
4. Residencia
5. Número de personas que viven en casa
6. Actividad relacionada con el área de la salud
7. Actividad económica actual
8. Días de trabajo presencial durante la emergencia
9. Desplazamiento laboral
10. Cuidado de los hijos
11. Presencia de síntomas de enfermedad
12. Adaptación a medidas de restricción
13. Distanciamiento social (transporte público)
14. Distanciamiento social (provisión de víveres)
15. Uso de medidas de protección
16. Alimentación saludable



17. Enfermedades crónicas o debilitantes preexistentes
18. Dificultades para conseguir alimentos
19. Causas para no poder conseguir alimentos
20. Preocupación sobre el estado de salud

4.6. Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de datos

4.6.1. Método: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, utilizando la base de datos de la segunda ronda de encuestas del proyecto International Citizen Project Covid 19 (ICPCovid), recolectada mediante formulario electrónico enviado a correos institucionales de 1697 participantes de universidades y de la corporación municipal. Los resultados se trabajaron en SPSS 15.0, utilizando distribución de frecuencias, medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar). Los resultados se presentan en tablas.

4.6.2. Técnica: los datos se obtuvieron de la base de datos de la segunda ronda de encuestas del proyecto ICP Covid.

4.6.3. Instrumento: los datos a utilizar fueron obtenidos de la encuesta del proyecto. Se aplicó un formulario electrónico por persona, que contó con un consentimiento informado, estos se enviaron a través de los correos institucionales de la Universidad de Cuenca, Universidad del Azuay, Universidad Nacional de Educación, Universidad Católica de Cuenca y la Corporación municipal.

4.6.4. Procedimientos:

- Autorización: se requiere la autorización por parte de la Comisión de proyectos de investigación, Comité de bioética y el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.
- Envío de oficios a las instituciones participantes.
- Capacitación: Dr. Bernardo Vega Crespo, director de esta investigación; procederá a la capacitación de los aspectos teóricos, metodológicos y técnicos necesarios para el desarrollo de este trabajo. Se realizó una revisión bibliográfica actualizada sobre la situación del personal de salud durante la pandemia por COVID-19.
- Supervisión: Dr. Bernardo Vega Crespo.



4.7. Tabulación y análisis: a partir de la base de datos en Excel del ICP Covid, se realizó un análisis cuantitativo mediante el programa IBM SPSS Statistics Base 15.0 Se analizaron variables cuantitativas mediante media, mediana y moda, y variables cualitativas en porcentajes y frecuencias. Posteriormente, la información obtenida del análisis se representó en cuadros, gráficos de barras y gráficos circulares. Autorización: se contó con el aval del decanato de la Facultad de Ciencias Médicas, mediante la comisión de investigación.

4.8. Aspectos éticos: Proyecto ICP Covid obtuvo la aprobación del comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud de la Universidad de Cuenca con el código de aprobación 2020-092EO-I, además la recolección de datos se realizó con el fin de garantizar el anonimato y con la previa aceptación de un consentimiento informado (Anexo 2).

En cuanto a riesgo/beneficio, este estudio al ser realizado de una base de datos secundaria no acarrea riesgos y los beneficios consisten en el aporte científico y académico a nuestra localidad y autoridades de salud para la toma de decisiones en el afrontamiento de esta compleja pandemia.

La protección de la intimidad y confidencialidad de cada formulario se hará a través de código numérico, los datos serán utilizados única y exclusivamente en el presente trabajo. La base de datos se protegerá con contraseña; una vez concluido con el proceso de titulación, los formularios y la base de datos serán eliminadas y destruidas.

Las autoras declaramos no tener conflicto de intereses en la presente investigación. Durante el proceso de elaboración de este trabajo de titulación, nuestra idoneidad está dada por el acompañamiento del director de tesis y la aprobación de las asignaturas de metodología de investigación, bioestadística y las clínicas.

**CAPÍTULO V: RESULTADOS****Tabla 1. Distribución de 1697 participantes según su pertenencia o no al área de la salud. Cuenca, Ecuador. 2020.**

Variable	Resultados de la encuesta
	<i>N° (%)</i>
Pertenencia al área de la salud	
No	1330 (78.4)
Sí	367 (21.6)
Total	1697 (100)

Fuente: Base de datos ICP Covid, segunda ronda

Elaboración: Las autoras

En la segunda ronda del proyecto ICP Covid participaron 1697 personas, 367 corresponden al personal de salud con un porcentaje de 21.6%, respecto al 78.4% que no son trabajadores de la salud.

**Tabla 2. Distribución de 1697 participantes según pertenencia o no al área de la salud y su actividad laboral. Cuenca, Ecuador. 2020.**

Actividad Laboral	Resultado de la encuesta	
	Pertenencia al área de la salud	
Ocupación	No	Si
	N° (%)	N° (%)
Estudiante	342 (26)	187 (51)
Empleado público	650 (49)	115 (31)
Trabajo para una persona o institución	147 (11)	30 (9)
Trabajo autónomo	109 (8)	25 (7)
Jubilado	20 (1.5)	5 (1)
Desempleado	39 (3)	5 (1)
Quehaceres domésticos	23 (1.5)	0
Total	1330 (100)	367 (100)

Fuente: Base de datos ICPCovid, segunda ronda.

Elaboración: Las autoras

De 1697 encuestados, 367 corresponden al personal de salud, y 1330 no. Del total, se evidencia que el porcentaje de empleados públicos dentro del área de la salud es menor respecto a quienes no pertenecen a este grupo. Respecto a los 529 estudiantes, 187 (51%) pertenecen al área de salud y 342 (26%) no.

De los trabajadores de la salud, el 30 (9%) labora para terceras personas, y el 25 (7%) realiza trabajo autónomo. En menor frecuencia, están los participantes jubilados, desempleados y dedicados a quehaceres domésticos.



Tabla 3. Distribución de 1697 participantes según pertenencia o no al área de la salud y de acuerdo con el número de personas con las que vive en casa distribuidas por grupos etarios. Cuenca, Ecuador. 2020.

Variable	Resultados de la encuesta	
	Pertenencia al área de la salud	
	No	Si
Personas con las que vive en casa	N° 1330 (100%)	N° 367 (100%)
Adultos mayores de 70 años		
1	166	43
Más de 2	84	22
Adultos entre 18 – 69 años		
1	423	102
Más de 2	1069	233
Niños entre 12 y menos de 18 años		
1	320	62
Más de 2	109	19
Niños menores de 12 años		
1	336	76
Más de 2	215	58

Fuente: Base de datos ICPCovid, segunda ronda.

Elaboración: Las autoras

En la segunda ronda del proyecto ICP Covid participaron 1697 personas, 367 corresponden al personal de salud, y 1330 no. Se puede evidenciar que con el personal y no personal de salud viven en mayor frecuencia adultos de entre 18 y 69 años, en cambio, en ambos casos, los adultos mayores de 70 años resultan ser el grupo etario de menor cuantía.



Tabla 4. Distribución de 1697 participantes según pertenencia o no al área de la salud y de acuerdo con el grado de adaptación a las medidas indicadas por el gobierno. Cuenca, Ecuador. 2020.

Variable	Resultados de la encuesta	
	Pertenencia al área de la salud	
	No	Si
Grado de adaptación	N° (%)	N° (%)
Baja adaptación	65 (5)	10 (2)
Moderada adaptación	406 (30.5)	116 (32)
Alta adaptación	859 (64.5)	241 (66)
Total	1330 (100)	367 (100)

Fuente: Base de datos ICPCovid, segunda ronda.

Elaboración: Las autoras

De la totalidad del universo, 241 de las 367 personas pertenecientes al área de la salud presentaron un alto grado de adaptación representado por el 66%, lo que no difiere en mayor cuantía con el 64.5% correspondiente al no personal de salud.



Tabla 5. Distribución de 1697 participantes según pertenencia o no al área de la salud y de acuerdo con la dificultad para conseguir alimentos o insumos para el hogar y sus causas. Cuenca, Ecuador. 2020.

Variable	Resultados de la encuesta	
	Pertenencia al área de la salud	
Dificultad para conseguir alimentos	No <i>N° 1330 (100%)</i>	Si <i>N° 367 (100%)</i>
¿Tuvo dificultad para conseguir alimentos o insumos para el hogar?		
No	801 (60)	232 (63)
Sí	529 (40)	135 (37)
¿Cuáles son las razones por las que usted tuvo dificultades para conseguir alimentos o insumos para el hogar?		
No he tenido dificultades para conseguir alimentos o insumos para el hogar	801 (60)	232 (63)
No hay dinero	278 (21)	61 (17)
Yo sentí que no era seguro salir a comprar alimentos	53 (4.2)	59 (16)
Poca cantidad de alimentos disponibles en tienda y mercados	194 (14.5)	15 (4)
Estaba muy enfermo como para salir	4 (0.3)	0 (0)

Fuente: Base de datos ICP Covid, segunda ronda

Elaboración: Las autoras

Del total de los participantes, 367 corresponden al personal de salud, y 1330 no. Del total, 1033 participantes tuvieron dificultad para conseguir alimentos o insumos para el hogar, de los cuales 232 (63%) son personal de salud y 801 (60%) no lo son. Las razones por las que fue difícil conseguir alimentos o insumos para el hogar, en orden de frecuencia son: no hay dinero, poca cantidad de alimentos disponibles en tienda y mercados; y sensación de que no era seguro salir a comprar alimentos.



Tabla 6. Distribución de 1697 participantes según pertenencia o no al área de la salud y de acuerdo con la aplicación de medidas de distanciamiento social. Cuenca, Ecuador. 2020.

Variable	Resultados de la encuesta	
	Pertenencia al área de la salud	
Medidas de distanciamiento social	No	Si
	N° 1330 (100%)	N° 367 (100%)
¿Ha estado usted en un vehículo o bus con más de 10 personas en los últimos 7 días?		
No	1323 (99.47)	367 (100)
Si	7 (0.53)	0 (0)
¿Ha estado usted en algún momento en un mercado, en los últimos 7 días?		
No	1178 (88.57)	308 (83.92)
Si	152 (11.43)	59 (16.08)
¿Ha estado usted en una reunión con más de 10 personas, en los últimos 7 días?		
No	1272 (95.64)	352 (95.91)
Si	58 (4.36)	15 (4.09)

Fuente: Base de datos ICPCovid, segunda ronda

Elaboración: Las autoras

En la segunda ronda del proyecto ICP Covid participaron 1697 personas, 367 corresponden al personal de salud, y 1330 no. Se puede observar que la totalidad de personas dentro del área de la salud nunca estuvo en un medio de transporte público en 7 días, en tanto que el 99.47% de personas que no pertenecen a esta área sí. De igual manera, se observa que el primer grupo, tuvo una menor exposición a actividades como asistir a un mercado 83 % frente a 88%, en cambio que, en los dos grupos, el porcentaje de asistencia a una reunión con más de 10 personas fue casi similar 95.91 frente a 95.64%.



Tabla 7. Distribución de 1697 participantes según pertenencia o no al área de la salud y de acuerdo con días de asistencia presencial a su lugar de trabajo. Cuenca, Ecuador. 2020.

Variable	Resultados de la encuesta	
	Pertenencia al área de la salud	
Días de asistencia presencial al trabajo	No	Si
	N° (%)	N° (%)
0	1066 (80.15)	305 (83.11)
1 – 2	125 (9.40)	20 (5.45)
3 – 4	34 (2.56)	15 (4.09)
Más de 4	105 (7.89)	27 (7.35)
Total	1330 (100)	367 (100)

Fuente: Base de datos ICPCovid, segunda ronda

Elaboración: Las autoras

Del universo, 367 personas corresponden al personal de salud, y 1330 no. En ambos casos, la no asistencia presencial al trabajo no tuvo una diferencia muy grande, siendo del 83% para el primer grupo y del 80% para el segundo. Situación parecida se refleja cuando se analiza la asistencia por más de 4 días, siendo en ambos grupos superior al 7%.



Tabla 8. Distribución de 1697 participantes según pertenencia o no al área de la salud y de acuerdo con redes de apoyo para el cuidado de los hijos. Cuenca, Ecuador. 2020.

Variable	Resultados de la encuesta	
	Pertenencia al área de la salud	
Cómo hizo cuidar a sus hijos/as	No	Si
	N° (%)	N° (%)
No aplica (no tengo niños en el hogar)	616 (46)	191 (52)
En casa conmigo	523 (39)	126 (34.3)
En casa con otras personas	144 (11)	41 (11.2)
Con los abuelos	21 (2)	1 (0.3)
Otros	17 (1.3)	4 (1.1)
En casa con una empleada/ niñera	4 (0.3)	4 (1.1)
Con los tíos o tías	3 (0.2)	0
Escuela/Guardería	2 (0.2)	0
Total	1330 (100)	367 (100)

Fuente: Base de datos ICP Covid, segunda ronda

Elaboración: Las autoras

Del universo, 367 personas corresponden al personal de salud, y 1330 no. Se evidencia que, en el primer grupo, la mayoría de los participantes (52%) no tienen hijos.

649 personas cuidaron personalmente de sus hijos al estar en casa, el 34.4% son parte del personal de salud y el 39% no; 185 personas necesitaron el apoyo de otras personas en casa, en ambos grupos, esto representa el 11%. También 56 personas, de las 1697 necesitaron otros medios de apoyo como, abuelos, tíos, niñeras o una guardería.



Tabla 9. Distribución de 1697 participantes según pertenencia o no al área de la salud y de acuerdo con grado de preocupación sobre su estado de salud y el de su familia. Cuenca, Ecuador. 2020.

Variable	Resultados de la encuesta	
	Pertenencia al área de la salud	
Nivel de preocupación sobre el estado de salud	No	Si
	<i>N° 1330 (100%)</i>	<i>N° 367 (100%)</i>
¿Durante la última semana, que tan preocupado estaba por la salud de sus seres queridos?		
Preocupación baja	291 (21)	79 (21)
Preocupación moderada	713 (54)	193 (53)
Preocupación alta	326 (25)	95 (26)
¿Durante la última semana, que tan preocupado o asustado estuvo sobre su estado de salud?		
Preocupación baja	666 (50)	191 (52)
Preocupación moderada	556 (42)	150 (41)
Preocupación alta	108 (8)	26 (7)

Fuente: Base de datos ICP Covid, segunda ronda

Elaboración: Las autoras

En la segunda ronda del proyecto ICP Covid participaron 1697 personas, 367 corresponden al personal de salud, y 1330 no. Del total, 906 individuos presentaron un grado moderado de preocupación por la salud de sus seres queridos, y de estos 193 (53%), son trabajadores del área de la salud y 713 (54%) no.

En contraste 857 personas, manifestaron un bajo grado de preocupación respecto a su propia salud, siendo 191 (52%) parte del personal y 666 (50%) no.

**Tabla 10. Distribución de 1697 participantes según pertenencia o no al área de la salud y de acuerdo con la aplicación de medidas de protección. Cuenca, Ecuador. 2020.**

Variable	Resultados de la encuesta	
	Pertenencia al área de la salud	
Medidas de protección aplicadas	No N° 1330(100%)	Si N° 367 (100%)
	Yo sigo las reglas de distanciamiento de 1.5 - 2 metros	
No	36 (2.71)	14 (4)
Si	1294 (97.29)	353 (96)
Se cubre la boca y la nariz con papel o pañuelo cuando tose y estornuda		
No	118 (8.87)	3 (1)
Si	1212 (91.13)	364 (99)
Cuando usted tose y estornuda se lava posteriormente las manos		
No	319 (23.99)	94 (26)
Si	1011 (76.01)	273 (74)
Yo me mido la temperatura corporal al menos dos veces por semana		
No	1175 (88.35)	331 (90)
Si	155 (11.65)	36 (10)
Me lavo regularmente las manos usando agua y jabón durante el día		
No	47 (3.53)	8 (2)
Si	1283 (96.47)	359 (98)
Yo uso gel desinfectante regularmente durante el día		
No	388 (29.17)	124 (34)
Si	942 (70.83)	243 (66)
Yo evito tocarme la cara (ojos, nariz y boca)		
No	358 (26.92)	117 (32)
Si	972 (73.08)	250 (68)
Yo desinfecto mi teléfono móvil cuando regreso a casa		
No	259 (19.47)	77 (21)
Si	1071 (80.53)	290 (79)
Yo uso mascarilla cuando salgo		
No	8 (0.60)	45 (12)
Si	1322 (99.40)	322 (88)

Fuente: Base de datos ICP Covid, segunda ronda

Elaboración: Las autoras



Del grupo de estudio, se evidencia que 367 personas corresponden al personal de salud y 1330 no. De estas, el 96% y 97% sigue las normas de distanciamiento social.

De las personas que se cubren la nariz y boca cuando tosen y estornudan, el 99% son parte del personal y 91.13%, no lo son, lo que constituye un punto importante a analizar, ya que el segundo grupo al poseer quizá menos información respecto a la pandemia toma también menos precauciones respecto a su autocuidado.

Respecto al lavado manos, 1284 personas tienen una higiene adecuada, siendo 273 (74%) personal de salud y 1011 (76.01%) no; adicionalmente, 1642 se lavan las manos regularmente durante el día, 359 (98%) parte del personal sanitario y 1283 (96.47%) no, lo que es un indicador de que, en ambos grupos, esta práctica de aseo ha sido bien acatada. Finalmente, dentro del personal de salud 1185 personas usan gel desinfectante durante el día, 1222 evitan tocarse la cara, nariz y boca, 1362 desinfectan el teléfono móvil al llegar a casa y 1644 usan mascarilla cuando salen. Respecto al uso de mascarilla, un dato relevante es que 12% de las personas que son parte del personal de salud, no han hecho uso de este equipo de protección, pese a conocer el peligro que la pandemia supone para la salud.



Tabla 11. Distribución de 1697 participantes según pertenencia o no al área de la salud y de acuerdo con experiencias de violencia o discriminación. Cuenca, Ecuador. 2020.

Variable	Resultados de la encuesta	
	No	Si
¿Ha sufrido alguna forma de violencia o discriminación, debido a las medidas tomadas contra el coronavirus?	Pertenencia al área de la salud	
	N° (%)	N° (%)
No he sufrido violencia o discriminación	1263 (94.96)	356 (97)
Violencia psicológica en casa	30 (2.25)	8 (2.18)
Discriminación debida a mi estado socioeconómico	29 (2.18)	2 (0.55)
Discriminación debida a mi etnia o nacionalidad	6 (0,45)	0 (0)
Violencia física en casa	1 (0,08)	0 (0)
Violencia física fuera de la casa	1 (0,08)	1 (0.27)
Total	1330 (100)	367 (100)

Fuente: Base de datos ICP Covid, segunda ronda

Elaboración: Las autoras

Del total de participantes, 367 corresponden al personal de salud, y 1330 no. De estos, 1619 no experimentaron violencia o discriminación, lo que está representado por el 97% de miembros del personal de salud y el 94.96% que no lo son.

Respecto a la violencia psicológica, 38 personas fueron víctimas, 8 (2.18%) miembros del personal de salud y 30 (2.25%) no. En el primer grupo es mínimo el porcentaje de discriminación relacionada con el estado socioeconómico, en tanto que en el segundo, este valor incrementa al 2.18 %, lo que constituye un indicador importante respecto al rol social de los participantes.

También 9 personas de las 1697 experimentaron otras formas de violencia doméstica o relacionada con su nacionalidad; 1 es miembro del personal de salud.



Tabla 12. Distribución de 1697 según pertenencia o no al área de la salud y de acuerdo con estado de salud actual y medidas de autocuidado. Cuenca, Ecuador. 2020.

Variable	Resultados de la encuesta	
	Pertenencia al área de la salud	
Condición de salud y medidas de autocuidado	No	Si
	N° 1330 (100%)	N° 367 (100%)
Síntomas parecidos a los de la gripe en los últimos 7 días		
No	1003 (75.41)	287 (78.20)
Si	173 (13.01)	43 (11.72)
No sé	154 (11.58)	37 (10.08)
¿Usted tiene una enfermedad de base?		
No hasta donde conozco	1180 (88.72)	321 (87.47)
Si	150 (11.28)	46 (12.53)
¿Ha estado comiendo alimentos más saludables desde que comenzó la epidemia del coronavirus?		
Si	1034 (77.74)	289 (78.75)
No	296 (22.26)	78 (21.25)
¿Ha estado tomando más vitaminas?		
No	960 (72.18)	265 (72.21)
Si	370 (27.82)	102 (27.79)

Fuente: Base de datos ICP Covid, segunda ronda

Elaboración: Las autoras

Del universo en estudio, 367 corresponden al personal de salud, y 1330 no. Del total, 216 personas tuvieron síntomas parecidos a los de la gripe cuando la encuesta se realizó. De estos el 11.72% fueron trabajadores de la salud y el 13.01% no; 196 personas reconocen padecer una enfermedad de base, 12.53 % miembros del personal de salud y 11.28% no, lo que es importante para analizar el grado de exposición al que personas vulnerables estuvieron expuestos durante la pandemia.

También, 1323 personas han empezado a tener una alimentación más saludable y 1225 ahora consumen más vitaminas, de estos 289 (78.75%) y 102 (27.79%) respectivamente, son parte del personal de salud.



Tabla 13. Distribución de 367 personas pertenecientes al área de salud según edad y género. Cuenca, Ecuador. 2020.

Variable	Resultados de la encuesta
	<i>N° 367 (100%)</i>
Edad	
Menos de 20 años	26 (7,1)
20 - 29 años	81 (22,1)
30 – 39 años	75 (20,4)
40 – 49 años	88 (24)
50 – 59 años	69 (18,8)
60+ años	28 (7,6)
Género	
Femenino	236 (64)
Masculino	131 (36)

Fuente: Base de datos ICP Covid, segunda ronda

Elaboración: Las autoras

De las 367 personas pertenecientes al área de la salud, 236 (64%), es decir más de la mitad pertenecen al género femenino y 131 (36%) al género masculino. La edad de mayor frecuencia está en el rango de 40 a 49 años con 88 (24%) participantes, respecto al grupo de 60 años o más representado por el 7%.



Tabla 14. Distribución de 367 personas pertenecientes al área de salud según características sociodemográficas. Cuenca, Ecuador. 2020.

Variable	Resultados de la encuesta <i>N° 367 (100%)</i>
Estado civil	
Soltero/ a	214 (58)
Casado/ a	113 (31)
Divorciado/	24 (7)
Unión estable	12 (3)
Viudo/ a	4 (1)
Nivel de instrucción	
Universidad	189 (51,5)
Postgrado	122 (33,2)
Secundaria	56 (15,3)
Lugar de residencia	
Área urbana	273 (75)
Área rural	60 (16)
Urbana marginal	34 (9)
Cambio de residencia durante la cuarentena	
No	322 (87,7)
Sí	45 (12,3)
Característica del escenario laboral	
Trabajo desde casa	195 (53)
No aplicable (desempleado/ estudiante)	105 (29)
Trabajo en un espacio cerrado con varias personas (oficina, etc.)	27 (7)
Trabajo en un espacio cerrado solo (oficina, etc.)	21 (6)
Trabajo en espacios abiertos y servicios (mercados, tiendas, negocios cerca de la carretera, etc.)	19 (5)

Fuente: Base de datos ICP Covid, segunda ronda

Elaboración: Las autoras

Del personal en estudio, el 58% está soltero/a, 31% está casado/a; una minoría está divorciado/a, en unión estable y viudo/a con un 7%, 3% y 1% respectivamente. Según nivel de instrucción, 189 (51%) son universitarios y 122 (33%) son posgradistas.



273 (75%) personas residen en el área urbana, 60 (16%) en el área rural y 34 (9%) en área urbana marginal. Durante la cuarentena, 45 (12%) trabajadores de la salud cambiaron de residencia.

Según su condición laboral actual, 195 (53%) miembros del personal de salud trabajan desde casa, 105 (29%) son estudiantes o desempleados, 27 (7%) trabajan en un espacio cerrado con varias personas; 6% trabaja en un espacio cerrado solo y 5% en espacios abiertos.



Tabla 15. Distribución de 367 personas pertenecientes al área de salud, según actividad laboral. Cuenca, Ecuador. 2020.

¿Cuál es su ocupación principal para subsistir?	Resultados de la encuesta
	N° (%)
Estudiante	187 (51)
Empleado público	115 (31)
Trabajo para una persona o institución	30 (9)
Trabajo autónomo	25 (7)
Jubilado	5 (1)
Desempleado	5 (1)
Total	367 (100)

Fuente: Base de datos ICP Covid, segunda ronda

Elaboración: Las autoras

De los 367 individuos que representan el personal de salud, 187 (51%) son estudiantes, 115 (31%) son empleados públicos, 30 (9%) trabajan para una persona o institución y 25 (7%) tienen trabajo autónomo. En menor porcentaje, el 2% son jubilados y desempleados.



CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio demuestran que la situación individual, familiar y social que atraviesa el personal de salud durante la pandemia por coronavirus, abarca grandes esferas, en torno a las prácticas asistenciales y administrativas que son desempeñadas por un gran número de profesionales del área de la salud. Inequidades, problemas psicológicos, contagios, discriminación, modificaciones en el ritmo de vida normal, son por citar, pocos de los ejemplos que se usan para medir el impacto que conlleva ser primera línea de atención de salud durante la pandemia.

En el presente estudio, en Ecuador, de los 367 participantes que pertenecen al área de la salud, el 51% son estudiantes, lo que demuestra que representan una importante red de ayuda, que hace frente a la actual crisis sanitaria, pues el incremento desmesurado de la demanda de profesionales sanitarios ha generado un sistema de salud en constante colapso sanitario. En respuesta a esta problemática, el estudiante del área de la salud surge como alternativa de apoyo para combatir a la COVID-19. (40).

En Estados Unidos, los estudiantes de medicina de último año pasaron a atender pacientes según aumente la necesidad de médicos. Similares medidas son adoptadas en países que integran el Reino Unido, donde los estudiantes de último año, se gradúan anticipadamente con la finalidad de cubrir la emergencia sanitaria. En España se registraron más de 5500 solicitudes de estudiantes y recién graduados listos para incorporarse a trabajar de forma inmediata en diversos hospitales (40).

Actualmente, en Cuba, más de 28.000 estudiantes de medicina realizan actividades de pesquisa en todo el país, con el objetivo de detectar posibles portadores del SARS-CoV-2; muchos de ellos están expuestos a contagio, además de desarrollar ansiedad, depresión, estrés postraumático y síndrome de Burnout, que repercuten sobre su salud y la de su familia (40).

En el proyecto ICP Covid, se constató que el 31% son empleados públicos del área de la salud. Es decir, 3 de cada 10 participantes de nuestro estudio forman parte de la red integral pública de salud. El MSP en mayo del 2020, indicó que los contagiados de esta área sumaron 2929, situación que generó un impacto negativo en la economía y poder adquisitivo de sus familias. En un estudio realizado por Ortiz Z, Antonietti L, Capriati A, et. Al., en la Universidad de Buenos Aires, que indica que, de 5670 participantes, el 64.2



% son médicos y el 12.8% enfermeras. Es decir, conforme la población aumenta, el personal sanitario incrementa para cubrir las demandas de cada país (8, 41).

Respecto a las características sociodemográficas del grupo de estudio de la presente investigación, las mujeres representan el 64%, más de la mitad de la población. Y la mayoría son adultos jóvenes con una edad entre 20 – 49 años. Esta información resulta importante al conocer que las mujeres además de su rol profesional, en su día a día integran actividades dentro del hogar que no son remuneradas, ni reconocidas, pero que al mismo tiempo necesitan de su entrega y dedicación, como lo es el cuidado de los hijos. Pese a que el 52.04% del personal de salud no tiene a su cuidado hijos, existe un 34.33% que ha combinado su trabajo con responsabilidades del hogar; y un 11.17% que ha requerido del apoyo de otras personas para esta actividad (17, 18).

Ortiz Z, Antonietti L, Capriati A, et. Al., señalan que el 72% de los trabajadores de su estudio son mujeres, lo que sugiere que en la actualidad el campo laboral de la salud está integrado en su mayoría por el sexo femenino, y un considerado grupo de mujeres a más de sus obligaciones profesionales, llevan responsabilidades personales por mantener un hogar (41).

Los resultados de nuestro trabajo presentan un predominio de participantes soltero/as (58%), que a la vez poseen o cursan estudios de tercer y cuarto nivel (84.7%); en tanto que únicamente el 15.3% tienen educación secundaria, lo que además indicaría que en el área de la salud en base a este parámetro podría existir diferencias marcadas en el lugar de trabajo, ya que dependiendo de su nivel de estudio, podrían trabajar en centros de salud tipo A, hasta hospitales de tercer nivel, lo que a su vez determina que tan expuestos están a agentes patógenos; esta información ha sido sustentada por la pirámide de riesgo que se estableció por la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA) (25).

En la presente investigación, el 75% viven en el área urbana con personas entre 18 – 69 años. En cambio, el 12.3% necesitó cambiar su lugar de residencia, ya sea porque viven con adultos mayores, personas que presentan comorbilidades que representan un riesgo para contraer COVID-19 o por temor a la discriminación que conlleva ser personal de salud en la actualidad.



A diferencia de estos resultados, en Argentina el 45% de los profesionales eligen vivir fuera del casco urbano; porque sienten que el clima organizacional dentro de la ciudad es muy caótico con la actual pandemia (42).

Nuestra investigación, demuestra que los problemas que presentan los miembros del área de la salud son; dificultad para conseguir alimentos, las necesidades económicas, el uso de medios de transporte públicos y las medidas de autocuidado. El 63% de participantes no tuvo dificultad para conseguir alimentos o insumos en el hogar, los demás participantes la tuvieron principalmente por la escasez de dinero (17%), y no precisamente por problemas para salir. Así, en Ecuador, ante las necesidades económicas, los posgradistas reclamaron al MSP para que salden sus deudas (43).

Según la Organización Panamericana de la Salud, el impacto global de una pandemia sobre la salud puede afectar la fuerza laboral, los sistemas de transporte y las cadenas de provisiones. Las diferentes ciudades pueden experimentar una crisis alimentaria incluso antes de que el SARS-CoV2 cause problemas de salud graves. Las señales de que existen problemas de seguridad alimentaria son dificultad para obtener suministros locales de alimentos e interrupción de las actividades económicas. Entre los grupos poblacionales más expuestos a riesgos en la emergencia sanitaria, están los trabajadores pertenecientes al área de la salud, personas que dependen del transporte público para ir al trabajo y personas encargadas de cuidar a otros (42).

En India, Das K., Patnaik S. en *The impact of covid 19 in indian economy – an empirical study*, indican que las principales dificultades que presentan sus habitantes son en orden de frecuencia, abastecimiento de alimentos y bebidas no alcohólicas (23%), seguido del uso de transporte (18%) y pago de servicios básicos (14%), esto sucede porque durante la crisis actual, el apoyo financiero no estará disponible hasta mediados de junio, así el personal con contratos de corta duración o autónomos podrían recibir pagos parciales inferiores a su salario habitual (44).

Singu S, Acharya A, Challagundla K, et. Al., estudiaron el impacto de los determinantes sociales de la salud en la pandemia emergente de COVID-19 en los Estados Unidos, y demostraron que las familias de bajos ingresos dependen de alimentos baratos que tienen una baja densidad de nutrientes, debido a que las frutas y verduras frescas, suelen ser más costosas que los alimentos procesados. Los bajos ingresos también se han asociado con



enfermedades crónicas como la hipertensión y la enfermedad renal crónica; comorbilidades que influyen en la respuesta a la infección por coronavirus (45).

Un estudio cualitativo realizado por Suarez et al. ha revelado que el 80,3% de los participantes con bajos ingresos informaron que "siempre" o "la mayor parte del tiempo" tienen fruta disponible en casa. Esto se compara con el 87,0% de los participantes que se encuentran en la categoría de ingresos más altos. El 71,6% de los participantes con bajos ingresos informaron que "siempre" o "la mayor parte del tiempo" tienen verduras de color verde oscuro disponibles en casa en comparación con el 82,0% que tienen los ingresos más altos categoría. Cualitativamente, los ingresos familiares demostraron una asociación más fuerte con la dieta (45).

El gobierno ecuatoriano, al declarar la emergencia sanitaria, por medio de entidades como COE Nacional establecieron prácticas de carácter social que debían ser cumplidas, entre estas, se promulgaba la práctica del distanciamiento social variable que ha sido medida en escenarios como el uso del transporte público, la asistencia a mercados o reuniones sociales. De los 367 participantes de nuestro estudio, ninguno hizo uso del transporte público, lo que concuerda con el siguiente dato; 83.11% personas no asistió presencialmente ningún día a su lugar de trabajo.

A estas medidas se sumaron acciones como la higiene regular de manos durante el día (98%), uso de mascarilla (88%), el uso de gel desinfectante (78%), que fueron integradas por más de la mitad de esta población, según los datos obtenidos.

Una encuesta de Gallup realizada en los meses de abril y mayo de 2020 analizó cuántos estadounidenses consideraban que el distanciamiento social era significativo, al evaluar su nivel de confianza en el impacto que tiene el distanciamiento social en la reducción de la propagación de COVID-19. El estudio encontró que el 54% de los estadounidenses tenía "mucho confianza" y el 31% tenía "confianza moderada" en su creencia de que el distanciamiento social ayuda a salvar vidas durante la pandemia de COVID-19 (45).

Sin embargo, el 14% de los estadounidenses que participaron expresaron escepticismo sobre el distanciamiento social y su papel para salvar vidas. En general, el 88% de los participantes informaron que "siempre" o "muy a menudo" practicaron el distanciamiento social, que incluía medidas como evitar lugares concurridos y permanecer en casa (45).



Los datos de nuestro estudio presentan que el 96% de los participantes tienen una alta adaptación al distanciamiento social de 1.5 – 2 metros. En contraste, con el estudio de Gallup, en el que 87% de participantes informaron que practicaban “muy a menudo” el distanciamiento social (45).

Los resultados de nuestro estudio demuestran que el ambiente familiar del personal de salud también se modificó, y como es de esperarse tuvo un impacto importante en la salud mental de sus integrantes, quienes han expresado niveles de preocupación moderado – alto a cerca del bienestar de su familia y curiosamente preocupación baja (52%) de su propio estado de salud, pues en silencio el personal ha experimentado un abrumador sufrimiento psicológico, y el miedo constante de afectar a su familia.

Para contrastar, en Argentina, estos temas se trataron como como “preocupaciones planteadas”, entre estas se mencionaron el temor a contagiarse y afectar a su familia, representado por un 43% (33) (41).

El 97% del personal sanitario del presente trabajo manifestó no haber sufrido actos de violencia y discriminación en su contra, en relación con su condición laboral, sino más bien la violencia que se registra en 11 casos es de otro tipo: psicológica (2%), discriminación por problemas económicos (0.5%) y física (0.2%).

Países de América Latina, como México y Colombia registraron distintos actos de violencia y discriminación en contra del personal de salud, todos estos motivados por el estigma social que se ha generado en torno a la COVID-19 y sus riesgos potenciales en la sociedad. En contraste con el estudio de Ortiz Z, Antonietti L, Capriati A, et. Al., en donde más de la mitad de los participantes (59.1%) manifestó preocupación baja respecto al estigma social (37, 38).

En nuestra investigación, se indagaron prácticas de autocuidado aplicadas por los trabajadores sanitarios, como el incremento del consumo de alimentos más saludables y de vitaminas, 78% personas cumplieron con el primer parámetro y 72% con el segundo. Debido a que más del 60% del personal de salud presenta agotamiento emocional y despersonalización severa y moderada, en relación con sus extenuantes jornadas de trabajo y la presión a la que se exponen constantemente. En la facultad de medicina de la Universidad de Cartagena, Colombia; un estudio realizado a 512 profesionales arrojó



como resultados que; 30 profesionales manifestaron alteraciones del sueño, 50 sensación de cansancio extremo, 12 sensación de ahogo, 13 palpitaciones. (46).

Con lo mencionado, es de relevancia mencionar que existen diferencias significativas entre el impacto que la pandemia ha generado en el personal y no personal de salud; en este contexto, se aborda el tema de la salud laboral, pues el riesgo de exposición de los trabajadores de los centros sanitarios encargados de la atención de los pacientes afectados es una de las tantas aristas que preocupan a la población. En el presente trabajo, la población más expuesta constituye la estudiantil representada por el 51%, seguidos por los empleados del sector público con el 31%; en contraste se presenta a los participantes del proyecto, que no pertenecen al área de la salud, cuyo mayor porcentaje pertenece a los empleados públicos y un 3% a los desempleados.

Esto es un punto de análisis importante, ya que un estudio de Junior A, Dula J, Mahumane S, et. Al., señala que pertenecer al área de la salud, dentro de cualquiera de sus ramas, constituye un factor que promueve la adherencia a medidas de higiene y autocuidado requeridas e intensificadas durante la pandemia (47, 48).

Sin embargo, si no disponen del equipo de protección personal, surgen dificultades. Se evidencia que, entre personal y no personal de salud, estos últimos viven en casa con más personas de edades de extremos de la vida, tanto niños como adultos mayores; comparado con el trabajador sanitario que se ve obligado a aislarse de sus convivientes, y a reducir el contacto con personas cercanas.

El estudio “Características de los participantes del estudio en una encuesta en línea sobre COVID-19”, llevado a cabo en Brasil, durante abril de 2020, reporta que los trabajadores de la salud en su mayoría viven con personas, cuya edad está comprendida entre 26–65 años y conviven en menor cantidad con niños (50).

Se presentan los resultados de nuestro estudio, en los que, de 367 trabajadores del área de la salud, 11% presentaron síntomas, y 13% comorbilidades. En contraposición, en la segunda encuesta del estudio “Adherencia a las medidas preventivas COVID-19” en Mozambique, citado anteriormente, se reporta que, de los 1115 participantes, 19% experimentaron síntomas parecidos a los de la infección por SARS COV-2 y 21% padecían previamente enfermedades (49) (51).



Ante la nueva normalidad, con nuestra investigación se demostró que las personas del entorno del personal de salud presentan una alta adaptación (66%) a las medidas indicadas por el gobierno, y solo un pequeño porcentaje (2%) tienen una baja adaptación en comparación con las personas del entorno de no personal de salud (5%).

Estos datos, se pueden comparar con los resultados de la misma variable en la primera encuesta del estudio realizado en Mozambique, lo que sirvió para establecer lo siguiente; de los 3370 encuestados, 68.7% presentaron un nivel de adaptación alto, 7.9% un nivel medio, y 0.1% un nivel bajo (48).

En Brasil, se demostró que ésta misma adaptación, tuvo mayor éxito cuando el 40% de las personas, decidió hacerlo por la salud de sus seres queridos, pues únicamente el 10% de la población puso en práctica estas medidas, por su propia salud (50).

Nuestro estudio presenta que las medidas de protección aplicadas durante la pandemia, en orden de frecuencia son: distanciamiento de 1.5 – 2 metros, uso de mascarilla al salir, lavado regular de manos con agua y jabón, cubrirse nariz y boca con un pañuelo al toser y estornudar, desinfección de teléfono móvil al llegar a casa y lavado de manos posterior a estornudar o toser. En menor frecuencia los participantes evitan tocarse ojos, nariz y boca (68% del personal de salud) y 10% del personal se mide la temperatura al menos 2 veces por semana.

En Brasil en cambio, bajo el mismo parámetro, se registró que el aseo de manos fue la práctica de protección que más acogida (98.7%), seguida por la correcta actitud de protección al toser o estornudar, y por el distanciamiento de 1.5 – 2 metros, aquí, en menor frecuencia se desinfecta el celular y lo que merece atención especial es el uso de la mascarilla, ya que en Ecuador esta constituye una de las principales prácticas de protección, sin embargo en Brasil solo el 46% de los participantes se ha adaptado a su uso (50).

En Ecuador, 1033 participantes (22% representa al personal de salud) de la segunda ronda del proyecto ICPCovid presentaron dificultad para conseguir alimentos o insumos para el hogar, las principales razones fueron que no hay dinero y no era seguro salir a comprar. Se debe considerar la carga económica, resultado de períodos de inactividad por tener que darse de baja en caso de contraer la enfermedad o en su defecto por cuarentenas



preventivas tras exposición al virus, las mismas que en algunos países como Colombia no fueron aclaradas legalmente, dejando al profesional de salud sin respaldo jurídico y a las aseguradoras de salud o de riesgos laborales sin la obligación de responder por pago de incapacidades (51).

En Costa Rica, el ministerio de salud reguló la administración de pagas mientras profesionales cumplían aislamiento. Estos aspectos determinan la situación individual y familiar de los trabajadores (51).

En este trabajo de investigación, según los días de asistencia presencial al trabajo; el 83% no asistieron a su trabajo de manera presencial y el 7% asistieron más de 4 días. En los últimos 7 días según la encuesta, el 100% no estuvieron en un bus, 84% no estuvieron en un mercado y el 95% no estuvo en una reunión con más de 10 personas.

A diferencia de nuestro estudio, en Brasil el 5.6% de la población encuestada estuvo en un bus, y en Mozambique el 14.6% durante la primera encuesta y el 16.9% durante la segunda. En este último país, se registró también que 26.4% de los participantes, mantuvo una reunión con más de 10 personas y el 58.3% (primera encuesta) y 64% (segunda encuesta) asistió a un mercado durante los últimos 7 días, lo que difiere notablemente con nuestros resultados (48, 50).

En los resultados demostrados con nuestra investigación, la preocupación del personal sanitario no es alta al tratarse de su propia salud o bienestar (7%), sino más bien respecto a la de sus seres queridos (79%). A diferencia del trabajo presentado por el equipo de investigación Salud de la Mujer, de la Universidad de Cartagena, “Estrés laboral y miedo al COVID-19 en médicos generales”, de 531 médicos encuestados, 84% reportaron temor ante la COVID-19. El 75% de los encuestados expresó incomodidad cuando pensaba en la pandemia, el 68% se siente nervioso cuando lee o escucha noticias, el 55% siente palpitaciones cuando piensa en el virus, y el 54% no puede dormir por las mismas razones (51).

Según nuestra investigación, las principales formas de violencia experimentadas por el personal, son la psicológica en casa (2%), la discriminación debida al estado socioeconómico (0,5%) y violencia física fuera de casa (0,2%). Lo que presenta un problema social, que nace de la célula de la sociedad, la familia, que, durante los meses



de pandemia y aislamiento, no ha sido para todas las personas, un lugar tranquilo en el que es posible protegerse; si bien el 97% de la población no sufrió violencia o discriminación, el 3% lo experimentó mayoritariamente en su hogar.

En Ecuador no han predominado los crímenes de odio, como se ha visto en varios países de Latinoamérica y a nivel mundial; por ejemplo, en Bogotá, se reportó el caso de un profesional de salud a quien mediante un grafiti se le amenazó de muerte; en Nueva York el ataque psicológico obligó a médicos y enfermeras a dormir en sus vehículos y no regresar a sus hogares (51).

En Argentina, las situaciones de discriminación ocurrieron más en mujeres (57%) que en hombres (41%). Los domicilios han sido el escenario más frecuente y le siguen las redes sociales. Datos de Latinoamérica demuestran que los casos de discriminación o violencia contra el personal de salud han ocurrido en algunos países latinoamericanos además de Colombia, registrando al menos 111 casos repartidos así: México: 40, Colombia: 20, Argentina: 10, Venezuela: 9, Paraguay: 8, Honduras: 4, Panamá: 4, Perú: 2, Costa Rica: 1 y El Salvador: 1 (51).

El 21% de los casos experimentó violencia física, 7% de los casos fue verbal, y el 13% de las agresiones fueron mixtas. La mayoría de las agresiones ocurren a los médicos (72%), en los centros asistenciales y camino al trabajo. Oportunamente países como Cuba, Guatemala, República Dominicana y Uruguay no han reportado mayores casos de agresiones o discriminación en contra del personal de salud (51).



CAPÍTULO VII

7.1. CONCLUSIONES

Del estudio realizado en la presente investigación se desprenden las siguientes conclusiones:

- De la población que es personal de salud, perteneciente a la ciudad de Cuenca-Ecuador, la mayoría son estudiantes, solteros y mujeres en edades comprendidas entre 20 a 49 años, que viven con más de 2 adultos entre 18 y 69 años.
- Uno de cada 10 trabajadores del área de la salud, tuvieron que cambiar su lugar de residencia por temor a contagiar a las personas con quienes viven y para no usar el transporte público.
- La situación económica generada por la pandemia afectó indirectamente a las familias del personal de salud, debido a que por la escasez de dinero tuvieron dificultad para conseguir alimentos.
- A pesar de que más de la mitad del personal sanitario no tiene hijos a su cuidado, los que si tienen hijos se vieron en la necesidad de trabajar desde casa y en caso de no ser posible, dejar a sus hijos a cuidado de terceros.
- En el campo laboral, 6 de cada 10 trabajadores son mujeres, y además de su trabajo, tienen responsabilidades extras por mantener un hogar y cuidar de sus hijos.
- A nivel familiar, los participantes expresaron un alto nivel de preocupación por la salud de sus familiares, sin embargo, a nivel personal presentaron una preocupación baja por su estado de salud.
- Las familias y personas cercanas a los profesionales de la salud presentaron un alto nivel de adaptación a las medidas de distanciamiento social indicadas por el gobierno.
- A nivel individual el personal sanitario ha presentado en orden de frecuencia violencia física, psicológica y discriminación por problemas económicos.
- La mayoría de los participantes del área de la salud, cuidaron de sí mismos aumentando el consumo de alimentos saludables y la administración de vitaminas.



- Las medidas de protección aplicadas durante la pandemia, en orden de frecuencia fueron: distanciamiento de 1.5 – 2 metros, uso de mascarilla al salir, lavado regular de manos con agua y jabón, cubrirse nariz y boca con un pañuelo al toser y estornudar, desinfección de teléfono móvil al llegar a casa y lavado de manos posterior a estornudar o toser.
- Se considera que el personal de salud de Cuenca presenta una situación individual, familiar y social compleja. Se requieren más estudios relacionados a la situación de los mismos y la relación con la actual pandemia, que podrían estar orientados al análisis de los niveles de riesgos a los cuales se han visto expuestos el personal sanitario juntamente con sus familias.



7.2. RECOMENDACIONES

- Estudiar el Síndrome de Burnout en el personal de salud de Ecuador, sus principales causas y consecuencias.
- Investigar el impacto que implica ser mujer en el campo laboral de la salud, en Ecuador.
- Realizar estudios que demuestren las estadísticas de cuántos estudiantes del área de la salud, aportan en la crisis sanitaria por COVID-19, y su respectiva remuneración en Ecuador.
- Demostrar cuál es el porcentaje de discriminación hacia el personal de salud en Ecuador, y las razones por las que existe discriminación.
- Analizar los riesgos a los que están expuestos los estudiantes y trabajadores de la salud durante sus actividades laborales en la pandemia.



CAPÍTULO VIII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manejo urgencias pacientes con COVID-19. [Monografía en Internet]. [citado 22 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_urgencias_pacientes_con_COVID-19.pdf
2. Enfermedad por el Coronavirus (COVID-19) | OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. [citado 22 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/tag/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>
3. Brote de enfermedad por el Coronavirus (COVID-19) - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. [citado 22 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19>
4. PAHO COVID-19 RESPONSE [Internet]. [citado 22 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/>
5. Panel de la OMS sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19) | Panel de la OMS sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). [Internet]. [citado 22 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://covid19.who.int/>
6. Informe de Situación N°042 Casos Coronavirus Ecuador. [Internet]. Ecuador; 2020 [citado 22 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp-content/uploads/2020/04/Informe-de-Situaci%C3%B3n-No042-Casos-Coronavirus-Ecuador-29042020.pdf>
7. Alerta Epidemiológica: COVID-19 en personal de salud OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. 2020. [citado 19 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-covid-19-personal-salud-31-agosto-2020>
8. El 10,8% de los contagiados con covid-19 en Ecuador es profesional de la salud. [Internet]. El Comercio. [citado 21 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://www.elcomercio.com/actualidad/contagios-coronavirus-ecuador-profesionales-salud.html>



9. Los desafíos del personal de salud ante el coronavirus. [Internet]. Bank Development Inter-American. 2020 [citado 19 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://blogs.iadb.org/salud/es/desafios-personal-salud-coronavirus/>
10. OPS lanza campaña de seguridad de los trabajadores de la salud en el Día Mundial de la Seguridad del Paciente - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. [citado 21 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://www.paho.org/es/noticias/17-9-2020-ops-lanza-campana-seguridad-trabajadores-salud-dia-mundial-seguridad-paciente>
11. OMS | El personal sanitario es imprescindible para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: http://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/es/
12. OMS | Personal sanitario [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: http://www.who.int/topics/health_workforce/es/
13. Rao K, Shahrawat R, Bhatnagar A. Composition and distribution of the health workforce in India: estimates based on data from the National Sample Survey. [Revista en Internet]. 2016. [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329660/seajph2016v5n2p133.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Registro de Personal de Salud diciembre 2014 - agosto 2020 - Ecuador. [Internet]. Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - A. [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://public.tableau.com/views/PersonaldeSaludDiciembre2014-Marzo2018/Historial?:embed=y&:showVizHome=no&:host_url=https%3A%2F%2Fpublic.tableau.com%2F&:embed_code_version=3&:tabs=no&:toolbar=no&:animate_transition=yes&:display_static_image=no&:display_spinner=no&:display_overlay=yes&:display_count=yes&:publish=yes&:loadOrderID=0
15. Clínica Universitaria de Navarra. [Internet]. [citado 9 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.cesm-cv.org/wp-content/uploads/2020/03/recomendaciones_medicos_ir_a_casa.pdf



16. Martínez D, Orozco I, Castañeda L, Murillo R, Sánchez S, Jara O, et al. Guía de prevención y actuación integral frente al sars-cov-2 (covid-19) en el ámbito laboral. 1° ed. Ecuador: 2020.
17. Coronavirus, Social and Physical Distancing and Self-Quarantine [Internet]. [citado 10 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/coronavirus/coronavirus-social-distancing-and-self-quarantine>
18. OMS | Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) – Reino de la Arabia Saudita [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/csr/don/24-february-2020-mers-saudi-arabia/es/>
19. OSHA. Guía sobre la Preparación de los Lugares de Trabajo para el virus COVID-19. 2020:40.
20. COVID 19 Y GENERO. [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332242/WHO-2019-nCoV-Advocacy_brief-Gender-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Covid-19 en la vida de las mujeres. [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cim/docs/ArgumentarioCOVID19-ES.pdf>
22. INEC. El número de médicos en Ecuador crece 135,1% en 10 años. [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/el-numero-de-medicos-en-ecuador-crece-1351-en-10-anos/>
23. INEC. Recursos Actividades de Salud. [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2018/Principales_resultados_RAS_2018.pdf
24. Kim E-A. Social Distancing and Public Health Guidelines at Workplaces in Korea: Responses to Coronavirus Disease-19. Saf Health Work. 1 de septiembre de 2020;11(3):275-83.



25. Coronavirus, Social and Physical Distancing and Self-Quarantine [Internet]. [citado 10 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/coronavirus/coronavirus-social-distancing-and-self-quarantine>
26. Vinueza-Veloz AF, Aldaz-Pachacama NR, Mera-Segovia CM, Pino-Vaca DP, Tapia-Veloz EC, Vinueza-Veloz MF. Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19 [Internet]. 2020 jun [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/708/version/750>
27. García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Martín-Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera JR. IMPACTO DEL SARS-COV-2 (COVID-19) EN LA SALUD MENTAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA. *Rev Esp Salud Publica*. 2020;20.
28. da Silva R, Rodrigues C, Moreira P, Rolim M. Psychological effects caused by the COVID-19 pandemic in health professionals: A systematic review with meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2020; 104:110062.
29. Este es el impacto del COVID-19 en la salud emocional de los trabajadores | Salud | Noticias | El Universo [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.eluniverso.com/noticias/2020/07/21/nota/7914873/impacto-covid19-salud-emocional-trabajadores>
30. Médicos, enfermeros y más trabajadores de hospitales sufren trastornos de sueño y ansiedad en la emergencia sanitaria [Internet]. *El Comercio*. [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://www.elcomercio.com/actualidad/personal-salud-trastornos-emergencia-sanitaria.html>



31. El COVID19 también desgasta la salud mental del personal sanitario, ¿quién los protege de esto? [Internet]. [citado 20 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/profesionales/el-covid19-tambien-desgasta-la-salud-mental-del-personal-sanitario--quien-los-protege-de-esto--95612>
32. Lazcano-Ponce E, Alpuche-Aranda C. Alfabetización en salud pública ante la emergencia de la pandemia por Covid-19. Salud Pública México. 8 de mayo de 2020;62(3, may-jun):331.
33. Pérez Duarte JS. El distanciamiento social por COVID-19 podría producir tratamientos fisioterapéuticos de mayor eficacia al largo plazo. Acta Médica Grupo Ángeles. 2020;18(3):344-5.
34. Ziccardi A. Las grandes regiones urbanas y el distanciamiento social impuesto por el COVID-19. Astrolabio. 25 de agosto de 2020;(25):46-64.
35. CDC. Enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/social-distancing.html>
36. PAHO. Consideraciones sobre los ajustes de las medidas de distanciamiento social y las medidas relacionadas con los viajes en el contexto de la respuesta a la pandemia de covid-19 [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52406/OPSPHECPCOVID-19200027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
37. González M. El aumento de las agresiones en México contra personal médico que combate el coronavirus. BBC News Mundo [Internet]. [citado 5 de octubre de 2020]; Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52319044>
38. Forbes. Covid-19 desata discriminación contra profesionales de la salud - Forbes Colombia [Internet]. [citado 5 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://forbes.co/2020/04/02/actualidad/covid-19-desata-discriminacion-contra-profesionales-de-la-salud/rencifras.gob.ec/inec-difunde-estadisticas-de-recursos-y-actividades-de-salud-2018/>



39. UNICEF, OMS. Social Stigma associated with COVID-19 [Internet]. [citado 5 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid19-stigma-guide.pdf?sfvrsn=226180f4_2
40. Aquino C, Ospina R. Estudiantes de medicina en tiempos de la COVID-19. [Internet]. 2020 jun [citado 09 de junio de 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412020000200001.
41. Ortiz Z, Antonietti L, Capriati A, Ramos S, Romero M, Mariani J, et al. PREOCUPACIONES Y DEMANDAS FRENTE A COVID-19. ENCUESTA AL PERSONAL DE SALUD. 2020;9.
42. Seguridad Alimentaria Durante Una Pandemia [Internet]. [citado 17 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/disasters/dmdocuments/Modulo07_SeguridadAlimentariaDuranteUnaPandemia.pdf
43. Médicos de Ecuador afirman «sentirse desprotegidos» frente a la pandemia [Internet]. France 24. 2020 [citado 17 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.france24.com/es/20200905-ecuador-renuncia-masiva-profesionales-salud>
44. Kumar K, Patnaik S. The impact of COVID 19 in indian economy - an empirical study. [Internet]. [citado 9 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element.ID-e7d94839-21bb-4317-aaac-7e456895d2f1/content/partContents/content/full-text/0048d25d-afb4-4acd-b0c9-f9d753d605ab>
45. Singu S, Acharya A, Challagundla K, Byrareddy SN. Impact of Social Determinants of Health on the Emerging COVID-19 Pandemic in the United States. Front Public Health [Internet]. 21 de julio de 2020 [citado 17 de mayo de 2021];8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7385373/>
46. Monterrosa-Castro et al. - 2020 - Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en mé.pdf [Internet]. [citado 11 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1117984/3890-estres-laboral-ansiedad-y-miedo-covid.pdf>



47. Acurio-Páez D, Vega B, Orellana D, Charry R, Gómez A, Obimpeh M, et al. Seroprevalence of SARS-CoV-2 Infection and Adherence to Preventive Measures in Cuenca, Ecuador, October 2020, a Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. enero de 2021;18(9):4657.
48. Júnior A, Dula J, Mahumane S, Koole O, Enosse S, Fodjo JNS, et al. Adherence to COVID-19 Preventive Measures in Mozambique: Two Consecutive Online Surveys. *Int J Environ Res Public Health*. enero de 2021;18(3):1091.
49. Peraza de Aparicio CX, Peraza de Aparicio CX. Salud laboral frente a la pandemia del COVID-19 en Ecuador. *MediSur*. junio de 2020;18(3):507-11.
50. COVID-19 outbreak in Brazil: adherence to national preventive measures and impact on people's lives, an online survey. 2021;10.
51. Abuabara YC. Ataque al personal de la salud durante la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica. *Acta Médica Colomb [Internet]*. 31 de julio de 2020 [citado 22 de abril de 2021];45(3). Disponible en: <http://actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/1975>