



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
INSTITUTO DE POSGRADO



MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
MENCION EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES RELEGADAS
DURANTE LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS COVID - 19, EN EL
CENTRO DE SALUD ALPACHACA, 2021.

Trabajo de investigación previo a la obtención del título de Magister en Salud
Pública con mención en Enfermería Familiar y Comunitaria

Autor: Lic. Shirley Carla Garzón Narváez
Director: Dr. Rodrigo Roberto Alvear Reascos
Asesor: Dra. Alicia Salomé Gordillo Alarcón

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, quien me permitió continuar a pesar de las adversidades que se presentan en la vida, quien me brindó su mano y nunca me soltó.

A Camila, mi hija, mi inspiración para luchar y persistir; a ella que espero ser un ejemplo para seguir, esto es para ti, para que recuerdes siempre que, aunque te caigas una y mil veces, pues una y mil veces tienes que levantarte.

A mis padres Pablo y Myriam, hermanos y abuelitos, porque nunca me dejaron sola, porque me apoyaron cuando tomé la decisión de continuar mis estudios, porque siempre están ahí cuando los necesito.

Shirley Garzón

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento a la prestigiosa Universidad Técnica del Norte, por abrirme nuevamente las puertas para seguir formándome como profesional con un título de cuarto nivel, un profundo agradecimiento al Dr. Rodrigo Alvear y a la Dra. Salomé Gordillo por brindar su valioso tiempo para la realización del presente trabajo de grado, gracias por guiarme y compartir su conocimiento con paciencia y dedicación.

Agradezco al personal del Centro de Salud Alpachaca por autorizar el acceso a la información y a los participantes de la investigación, por su colaboración generosa, siempre prestos a ayudarme en la realización del trabajo de grado.

Shirley Garzón



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD	1003647797		
APELLIDOS Y NOMBRES	Garzón Narváez Shirley Carla		
DIRECCIÓN	Alpachaca, calle Guayaquil y Machala		
EMAIL	scgarzonn@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO	062603738	TELÉFONO MÓVIL:	0990472983

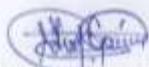
DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES RELEGADAS DURANTE LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS COVID - 19, EN EL CENTRO DE SALUD ALPACHACA, 2021.
AUTOR (ES):	Garzón Narváez Shirley Carla
FECHA: DD/MM/AAAA	20/02/2022
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input type="checkbox"/> PREGRADO <input checked="" type="checkbox"/> POSGRADO
TÍTULO POR EL QUE OPTA	Magister de Salud Pública con mención en Enfermería Familiar y Comunitaria.
ASESOR/ DIRECTOR	Dra. Alicia Salomé Gordillo Alarcón/ Dr. Rodrigo Roberto Alvear Reascos

2. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de esta y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 21 días del mes de febrero de 2022.

EL AUTOR:



Shirley Carla Garzón Narváez

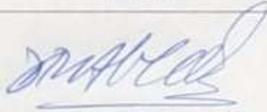
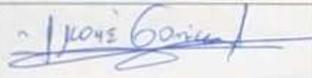
Ibarra, 21 de febrero de 2022

Dra. Lucía Yépez

DIRECTORA DEL INSTITUTO DE POSGRADO**ASUNTO:** Conformidad con el documento final**Sra. Directora**

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo final de grado "Enfermedades crónicas no transmisibles relegadas durante la pandemia del coronavirus COVID-19, en el Centro de Salud Alpachaca, 2021." de la maestrante Shirley Carla Garzón Narváez, de la Maestría en Salud Pública, mención en Enfermería familiar y comunitaria, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	Apellidos y Nombres	Firma
Tutor	Rodrigo Roberto Alvear Reascos	
Asesora	Alicia Salomé Gordillo Alarcón	

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
ÍNDICE	7
Índice de Tablas	9
RESUMEN	11
ABSTRACT	12
CAPÍTULO I	13
1. El Problema	13
1.1. Planteamiento del Problema	13
1.2. Antecedentes	15
1.3. Objetivos	16
1.3.1. Objetivo General	16
1.3.2. Objetivos Específicos	16
1.4. Justificación	16
CAPÍTULO II	18
2. Marco Referencial	18
2.1. Marco Teórico	18
2.1.1. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud– MAIS	18
2.1.2. Conjunto de prestaciones por ciclos de vida	18
2.1.2.1. Modalidades de atención	18
2.1.2.2. Campo de acción de los Equipos de Salud.	19
2.1.2.2.1. Nivel epidemiológico	19
2.1.2.2.2. Nivel de enfermedad	19

2.1.2.2.3.	Nivel familiar y comunitario.....	20
2.1.2.2.4.	Nivel social.	20
2.1.3.	Enfermedades crónicas no transmisibles ECNT	20
2.1.3.1.	Factores de riesgo comportamentales modificables.....	21
2.1.3.2.	Factores de riesgo metabólicos.	21
2.1.3.3.	Prevención y control de las ECNT.....	21
2.1.3.4.	Impacto socioeconómico de las ECNT.....	22
2.1.4.	Estrategia para la prevención y el control de las ECNT	22
2.1.5.	Marco Legal	24
2.1.5.1.	Ley orgánica de salud	24
2.1.5.2.	El Código Orgánico de la Salud.....	25
CAPÍTULO III.....		25
3.	Marco Metodológico	25
3.1.	Descripción del Área Geográfica donde se desarrollará el proyecto.....	26
3.2.	Enfoque y Tipo de Investigación	27
3.2.1.	Operacionalización de las variables.....	28
3.3.	Procedimientos de Investigación	31
3.4.	Consideraciones bioéticas.....	33
CAPÍTULO IV.....		35
4.	Resultados y Discusión.....	35
CAPÍTULO V.....		63
5.	Conclusiones y Recomendaciones	63
5.1.	Conclusiones	63
5.2.	Recomendaciones	64
Referencias Bibliográficas		65

Anexos	70
Anexo A: Aprobación de la Líder del C.S. Alpachaca	70
Anexo B: Encuesta dirigida a los usuarios con ECNT del C.S. Alpachaca, aplicada en Google Forms.....	71
Anexo C: Entrevista dirigida a la líder del Centro de Salud Alpachaca (Odontóloga Patricia Gonzalón)	76
Anexo D: Formulario de consentimiento Informado.....	79

Índice de Tablas

Tabla 1. Atenciones en plataforma PRAS Obesidad, Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus enero a diciembre 2019.....	34
Tabla 2. Atenciones en plataforma PRAS Obesidad, Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus enero a diciembre 2020.....	35
Tabla 3. Estado de salud según morbilidad Asma, Cáncer, EPOC, HTA más EPOC.....	38
Tabla 4. Estado de salud según morbilidad Diabetes, HTA, Diabetes más HTA.....	40
Tabla 5. Características sociodemográficas	42
Tabla 6. Contexto familiar y socioeconómico	44
Tabla 7. Distribución de la población según las patologías crónicas.	46
Tabla 8. Accesibilidad a centro de salud.	48
Tabla 9. Satisfacción con la disponibilidad de medicamentos en el C.S. Alpachaca.	50
Tabla 10. Alternativas a la atención médica.	51
Tabla 11. Frecuencia de disponibilidad de recursos para adquisición de medicamentos en el sector privado.....	52

Tabla 12. Percepción de la calidad de la atención médica en caso de haber asistido al centro de salud.	53
Tabla 13. Percepción del estado de salud durante la pandemia	54
Tabla 14. Frecuencia de llamadas telefónicas y visitas domiciliarias del personal de salud...55	
Tabla 15. Citas agendadas y posteriormente suspendidas en el Centro de Salud u otros hospitales por presencia de la pandemia.....	56
Tabla 16. Frecuencia con que se recibió asesoramiento psicológico durante la pandemia.	57
Tabla 17. Percepción de la afectación a la salud de enfermos crónicos producto a la situación de pandemia.	58

RESUMEN

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

INSTITUTO DE POSGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA- MENCIÓN ENFERMERÍA
FAMILIAR Y COMUNITARIA

Enfermedades crónicas no trasmisibles relegadas durante la pandemia del coronavirus
COVID - 19, en el centro de salud Alpachaca, 2021.

Autor: Shirley Garzón N

Tutor: Dr. Rodrigo Alvear

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, en la modalidad de campo, descriptivo, no experimental y de corte transversal con el objetivo de, describir la situación de las enfermedades crónicas no transmisibles durante la pandemia del COVID-19, en el Centro de Salud Alpachaca. Para este fin se aplicó una investigación y análisis exhaustivos de las atenciones a pacientes con Enfermedades Crónicas No Trasmisibles (ECNT) pertenecientes al Centro de Salud Alpachaca, además se empleó un instrumento de tipo encuesta a los usuarios y una entrevista al líder de dicho centro de salud, de manera que se extrajo información útil para analizar que sucedió con los usuarios durante la emergencia sanitaria. En cuanto a los resultados se observó un nivel de insatisfacción general por parte de la población encuestada, referido fundamentalmente a las dificultades para el acceso a la atención, la poca disponibilidad de medicamentos, la necesidad de buscar opciones fuera del sistema público de salud y otras. Además, las consultas subsecuentes para las morbilidades de obesidad, hipertensión y diabetes se vieron afectadas. Teniendo en cuenta que se trata de una población con pocos recursos, muchas de estas personas manifestaron la falta de apoyo económico, la necesidad de laborar para mantener sus necesidades y la imposibilidad de acudir al consultorio privado para el seguimiento o la adquisición de medicación.

Palabras clave: enfermedades crónicas no trasmisibles, Covid-19, hipertensión arterial, diabetes, atenciones relegadas.

ABSTRACT

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
INSTITUTO DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA- MENCIÓN ENFERMERÍA
FAMILIAR Y COMUNITARIA

Title: Chronic non-communicable diseases relegated during the COVID-19 coronavirus pandemic, at the Alpachaca health center, 2021.

Author: Shirley Garzón N

Tutor: Dr. Rodrigo Alvear

ABSTRACT

A quantitative study was carried out in the descriptive non experimental and a cross sectional modality with an objective which was to describe the Chronic Noncontagious Diseases during the COVID-19 pandemic; at Alpachaca Health Center. For that reason, an exhaustive investigation and analysis of patients with Chronic Noncontagious Diseases (CND) care, who belonged to Alpachaca Health Center was applied. In addition, two instruments were taken into account by the researcher. A survey, which was applied to the clientele and an interview, was directed to the manager of the health center. Thus, to obtain helpful data intended to analyze what happened to users during the health emergency. Regarding the results, a general level of dissatisfaction was observed within part of the surveyed population, referring mainly to difficulties when accessing care, the limited availability of medicine, the need to seek options outside the public health system, and others. In addition, subsequent consultations of users who had obesity, hypertension, and diabetes morbidities were affected. Considering that the population had scarce resources, many of them claimed the lack of economic support, the need to make ends meet, and the hopelessness to go to private health centers to follow-up or because of medicine acquisition.

Key words: chronic noncontagious diseases, Covid-19, arterial hypertension, mellitus diabetes forgotten attention.

CAPÍTULO I

1. El Problema

1.1.Planteamiento del Problema

La pandemia causada por el coronavirus a nivel mundial ha dejado a la población inmersa en una situación sin precedentes; el coronavirus o COVID-19 adquirió un protagonismo excepcional, sacando del escenario cuestiones relevantes y de suma complejidad (Parenti, 2020).

La COVID 19 es la enfermedad causada por el coronavirus conocido como SARS COV 2. Tanto este nuevo virus como la enfermedad eran desconocidos hasta antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019. Actualmente la pandemia del COVID 19 afecta a muchos países de todo el mundo (OMS, 2020).

En el mes de mayo se realizó una encuesta en donde participaron 155 países, en donde se confirmó que los servicios de prevención y tratamiento de las Enfermedades Crónicas no transmisibles se encuentran afectadas desde el inicio de la pandemia, se sabe que el impacto es mundial, pero aún mucho más los países de ingresos bajos son los más comprometidos (OMS, 2020).

Los servicios de salud no cuentan con una accesibilidad total a la población, se han visto interrumpidos en muchos países, sea por la restricción de movilidad, la semaforización, más de la mitad, es decir el 53% de los países encuestados han interrumpido parcial o totalmente los servicios de tratamiento de la hipertensión; el 49% de tratamiento de la diabetes; el 42% los servicios de tratamiento del cáncer, y el 31% los de emergencias cardiovasculares (OMS, 2020).

En Argentina, manifiesta que existe una triste lista de padecimientos olvidados, provocados por enfermedades infecciosas que afectan a millones de personas en el mundo,

las mismas que desde hace algunos años son desatendidas y cuya solución radica en mejorar los accesos a los servicios de salud. La pandemia puso en riesgo la capacidad de atención, motivo por el cual se suman a la lista enfermedades crónicas, endémicas y prevalentes como Hipertensión arterial, diabetes, asma, EPOC, VIH, Cáncer, afecciones reumáticas, entre otras, que quedaron aisladas ante la emergencia sanitaria (Parenti, 2020).

El descuido en las atenciones del resto de enfermedades, la interrupción, restricción, y falta de continuidad de estos servicios; que, de no tomarse medidas sanitarias al respecto, pueden conllevar a consecuencias negativas a mediano y largo plazo, en donde se va a incrementar costos sociales, económicos y de salud, incluyendo muertes maternas y neonatales, embarazos no deseados, contagios de infecciones de transmisión sexual, entre otras (Correa Lopez & Huamán Sarmiento, 2020).

En Bogotá, Colombia, en una redacción Enfermedades olvidadas por el coronavirus, manifiestan; debido a esta emergencia sanitaria global se ha dejado la prevención y atención a otras enfermedades, tanto infecciones como no transmisibles, las mismas que pueden cobrar muchísimas más vidas que el propio coronavirus y disminuir los avances que se habían hecho en el sistema sanitario a nivel mundial (El Nuevo Siglo, 2020).

En Ecuador, la provincia de Imbabura, en la ciudad de Ibarra, en el Centro de Salud Alpachaca, por motivo de cuarentena, toque de queda, proceso de semaforización, se mantuvo alrededor de tres meses el personal de salud dedicado específicamente a atender casos exclusivos COVID-19, dejando desatendido los diversos programas que abarca la atención primaria en salud; varios usuarios pudieron haber perdido el seguimiento de sus tratamientos; esta investigación pretende describir, qué sucedió con aquellas enfermedades crónicas no transmisibles, relegadas durante la pandemia por COVID -19.

Esta investigación de acuerdo con sus resultados pretende aportar aspectos positivos para los usuarios con dichas enfermedades, no solo de esta unidad de salud sino aportar para

buscar estrategias que se orienten al fortalecimiento del primer nivel de atención ante posibles nuevos eventos epidemiológicos.

1.2. Antecedentes

En julio del presente año, López Alba et al, realizó un estudio online llamado: Impacto de la pandemia COVID-19 en la atención al paciente con cefalea en España-análisis de situación con una mirada al futuro; concluyó que, como consecuencia de la pandemia la actividad asistencial en cefaleas disminuyó de manera notable, el 95,8% describió limitaciones en la actividad presencial a casas de salud, el 91,7% de los centros la actividad presencial cancelada se sustituyó por consulta telefónica; esto puso de manifiesto la necesidad de un incremento de la oferta de telemedicina para salvaguardar la salud de los usuarios (López Bravo, y otros, 2020).

Se invita a que los países encuentren formas innovadoras de garantizar que los servicios contra las enfermedades no transmisibles continúen, incluso mientras luchan contra la COVID-19 (OMS, 2020).

Estas investigaciones proporcionan ideas claras de lo que sucede alrededor del mundo, no sólo en relación con enfermedades crónicas no transmisibles, sino de todas las patologías y grupos etarios; como son la disminución de la inmunización a niños menores de 5 años, atención a adolescentes, mujeres embarazadas, etc.; la interrupción del tratamiento y/o seguimiento crean una gran brecha en la continuidad al momento de aplicar el Modelo de Atención de Integran en Salud. Investigaciones en donde demuestran que no nos podemos enfocar un solo tema cuando se trata de salud; ya que, si priorizamos uno, pueden estar en peligro algunos y miles de personas las afectadas.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Describir la situación de las enfermedades crónicas no transmisibles durante la pandemia del COVID-19, en el Centro de Salud Alpachaca, período 2021.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Analizar las coberturas de atención de acuerdo con los programas del Ministerio de Salud Pública, relacionado con la planificación local operativa en salud; a través del registro de atenciones en la plataforma de registro PRAS.
- Identificar el estado salud de los pacientes con enfermedades crónico no transmisibles, durante la pandemia del COVID-19.
- Determinar las acciones realizadas por los usuarios para manejar su estado de salud ante la disminución de la atención médica, durante la pandemia.

1.4. Justificación

En esta investigación se desea describir los sucesos que se presentaron durante la pandemia COVID-19, con relación a la atención médica de usuarios que padecen Enfermedades crónicas no transmisibles en el Centro de Salud Alpachaca; el 19 de marzo de 2020 se presentó el primer caso de Coronavirus en la ciudad de Ibarra, un virus que afectó radicalmente a toda la población, en especial a la más vulnerable.

El COVID-19 ha afectado significativamente a los servicios de salud, todos los profesionales sanitarios están destinados a luchar contra el coronavirus, debido a la pandemia se ha priorizado esfuerzos humanos, como económicos; y por ende se tendrá un gran impacto en las personas con enfermedades crónicas, aquellas que se encuentran desatendidas y aún se desconoce el alcance de las repercusiones por la falta de atención médica.

Con esta intervención se desea dar a conocer al mundo que las diferentes enfermedades que no son COVID-19 también son importantes; además, la solución no es interrumpir las atenciones; sino, estar preparados y fortalecer los servicios de salud con el fin de estar mejor equipados para prevenir, diagnosticar, brindar un tratamiento oportuno con calidad y calidez en cualquier circunstancia a toda la población.

Esta investigación beneficiaría a toda la población, no sólo a los usuarios en sí, brindando tratamiento o seguimiento, sino también a todos los que hacemos salud, ya que, no se requeriría de mayores esfuerzos para la Atención Primaria en Salud, no sería un gasto más para el gobierno en requerir más insumos médicos o atención especializada y por ende las familias y la comunidad vivirían con la tranquilidad de que su pariente se encuentra estable y su enfermedad no se encuentra descompensada.

Para la mencionada investigación se realizará en primera instancia una revisión de la base de datos de acuerdo con la producción de atenciones que se encuentran plasmadas en la Plataforma de Registro de atención en salud, en donde nos permitirá la recolección lógica y ordenada de datos en tiempo real a partir del mes de marzo 2020. Posterior, se pretende indagar a los usuarios, y registrar que medidas optaron para satisfacer sus necesidades en relación con salud.

CAPÍTULO II

2. Marco Referencial

2.1.Marco Teórico

2.1.1. *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud– MAIS*

El primer nivel de atención es un proceso planificado, sistemático y organizado el cual permite pronunciar elementos como la demanda en salud de la comunidad, experiencia y conocimiento de la realidad del área que abarca una comunidad, y las herramientas para poder trabajar con la población son las normas de atención, las guías de práctica clínica, los programas de salud dirigidos a cada grupo de edad, los mismos que son regidos por las autoridades competentes (MSP, 2018).

Entre las funciones del primer nivel de atención se reconoce la más importante, que es, ser el primer contacto que tiene la población con los servicios o como la mayoría la describe; es la puerta de entrada al sistema de salud, además tiene como responsabilidad el cuidado de la salud individual, familiar y de la colectividad (MSP, 2018).

2.1.2. *Conjunto de prestaciones por ciclos de vida*

Este es un derecho de los individuos, que el sistema de salud provee a toda una comunidad, permitiendo acceder a ellos independientemente de su capacidad financiera o situación laboral. El propósito central es brindar acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y posterior la rehabilitación en forma y tiempo adecuadas a las necesidades de los usuarios (MSP, 2018).

2.1.2.1. **Modalidades de atención.**

El MAIS para proporcionar una atención con calidad y calidez se ha establecido las siguientes modalidades de acuerdo con el primer nivel de atención:

Atención extramural o comunitaria.- la atención se realiza fuera de las instalaciones de la unidad operativa como: visitas domiciliarias, trabajo en unidades educativas, centros infantiles, fortaleciendo el control escolar y principalmente previniendo afecciones a menores de 5 años; atención brindada en los Centros Privativos de Libertad, fábricas, empresas, etc., utilizando el conjunto de prestaciones de salud, con la diferencia del fortalecimiento de la participación ciudadana y de la coordinación intersectorial actuando sobre los determinantes de la salud y contribuyendo a la realización del análisis situacional de salud ASIS (MSP, 2018).

- Atención intramural o en los establecimientos de salud. - como su nombre lo indica la atención se brinda en las instalaciones de la unidad operativa, en este se desarrolla el menor porcentaje de permanencia en la unidad operativa, ya que la mayor parte del tiempo debe ser extramural, es decir en la comunidad. De igual manera en la mencionada modalidad está implementada el conjunto de prestaciones antes ya mencionados, mismo que se imparte bajo normas, protocolos, guías clínicas de atención en todos los ciclos de vida, las mismas que son de carácter obligatorio para todas las unidades de salud. (MSP, 2018)

2.1.2.2. Campo de acción de los Equipos de Salud.

2.1.2.2.1. Nivel epidemiológico.

Permite construir la base del perfil epidemiológico como herramienta fundamental, para mantener la salud mediante acciones dirigidas a grupos desagregados por género, etnia y por ciclo de vida (MSP, 2018)

2.1.2.2.2. Nivel de enfermedad.

Identifica quién requiere de atención y oportunamente decidir la acción inmediata a realizar, la cual puede ser atenderlo o referirlo a otro nivel (MSP, 2018).

2.1.2.2.3. Nivel familiar y comunitario.

Explora, identifica y reconoce las inequidades y las desigualdades diferenciales por factores étnicos, culturales, de género y socioeconómicos que inciden en los patrones de enfermedad, discapacidad o muerte en las familias y comunidades, al tiempo que contribuye a la generación de estrategias para el mantenimiento y mejoramiento de la salud respetando su propia cultura, principios, costumbres, creencias y valores (MSP, 2018).

2.1.2.2.4. Nivel social.

Nos permite que la comunidad participe principalmente en los problemas que se presenten, y los actores sociales juntamente con la población adquirir herramientas necesarias para contribuir al manejo de soluciones en donde se desarrollen familias sanas y un ambiente de confort (MSP, 2018).

2.1.3. Enfermedades crónicas no transmisibles ECNT

Las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo; también conocidas como enfermedades crónicas, tienden a ser de larga duración y por lo general de progresión lenta; resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales, los principales tipos de ECNT son las enfermedades cardiovasculares como ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, y la hipertensión arterial, los diferentes tipos de cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma y la diabetes (OMS, 2018).

Las ECNT afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones y países, estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero los datos muestran que 15 millones de todas las muertes atribuidas a las ECNT se producen entre los 30 y los 69 años. Más del 85% de estas muertes ocurren en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2018).

Las personas con hipertensión arterial o enfermedades cardiovasculares corren un mayor riesgo de tener complicaciones debido a las restricciones relacionadas con la COVID-19 y a las interrupciones de los servicios de atención de salud. La atención primaria y los prestadores de salud tienen un papel fundamental para garantizar el acceso continuo a la atención, disminuir el riesgo de infección por coronavirus y manejar con responsabilidad a los pacientes con estas comorbilidades que contraen la COVID-19. (OPS, 2020)

2.1.3.1. Factores de riesgo comportamentales modificables.

Las enfermedades crónicas no transmisibles en su mayoría son prevenibles ya que abordan comportamientos modificables comunes o frecuentes y al mismo tiempo fortalecen la capacidad de los seres humanos para preferir hábitos y estilos de vida más saludables; los principales factores que influyen son: consumo de tabaco, alcohol, régimen alimentario insalubre, sedentarismo, entre otros (OMS, 2018).

2.1.3.2. Factores de riesgo metabólicos.

Los factores de riesgo metabólicos contribuyen a cuatro cambios metabólicos fundamentales que aumentan el riesgo de ECNT: aumento de la tensión arterial, sobrepeso, obesidad, hiperglucemia e hiperlipidemia (OMS, 2018).

2.1.3.3. Prevención y control de las ECNT.

Para controlar las ECNT es importante centrarse en la reducción de los factores de riesgo asociados a ellas. Para orientar las políticas y las prioridades es importante seguir los progresos realizados y la evolución de las ECNT y sus factores de riesgo (OMS, 2018).

A fin de reducir el impacto de las ECNT en los individuos y la sociedad, hay que aplicar un enfoque integral que haga que todos los sectores, incluidos entre otros los de la salud, las finanzas, el transporte, la educación, la agricultura y la planificación, colaboren para reducir los riesgos asociados a las ECNT y promover las intervenciones que permitan prevenirlas y controlarlas (OMS, 2018).

Es fundamental invertir en una mejor gestión de las ECNT, que incluye su detección, cribado y tratamiento, así como el acceso a los cuidados paliativos. Las intervenciones esenciales de gran impacto contra las ECNT pueden llevarse a cabo en la atención primaria para reforzar su detección temprana y el tratamiento a tiempo. Los datos demuestran que esas intervenciones son una excelente inversión económica porque, si los pacientes las reciben tempranamente, pueden reducir la necesidad de tratamientos más caros (OMS, 2018).

2.1.3.4. Impacto socioeconómico de las ECNT.

Las ECNT ponen en peligro el avance hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), entre los que se encuentra la reducción de las muertes prematuras por ECNT en un 33% para 2030 (OMS, 2018).

La pobreza está estrechamente relacionada con las ECNT. Se prevé que el rápido aumento de estas enfermedades sea un obstáculo a las iniciativas de reducción de la pobreza en los países de ingresos bajos, en particular porque dispararán los gastos familiares por atención sanitaria. Las personas vulnerables y socialmente desfavorecidas enferman más y mueren antes que de mayor posición social, sobre todo porque corren un mayor riesgo de exposición a productos nocivos, como el tabaco, o a prácticas alimentarias malsanas, y tienen un acceso limitado a los servicios de salud (OMS, 2018).

2.1.4. Estrategia para la prevención y el control de las ECNT

“El propósito general de la estrategia propuesta contra las ECNT es reducir la mortalidad, la morbilidad y los factores de riesgo prevenibles, al igual que los costos

asociados con las ECNT, de manera de promover el bienestar y mejorar la productividad y las perspectivas de desarrollo en la región” (OPS - OMS, 2012).

Esta estrategia establece siete principios esenciales:

- Inclusión de las ENT y sus factores de riesgo en las agendas económicas y de desarrollo, tanto nacional como regional.
- Enfoque que abarque a toda la sociedad con respecto a las ENT a fin de promover alianzas estratégicas tanto dentro del sector de la salud como con los sectores fuera del campo de la salud, con la participación de los gobiernos, la sociedad civil, el sector académico, el sector privado y las organizaciones internacionales.
- Énfasis en la promoción de la salud, la educación y la prevención, al igual que en la detección temprana, el tratamiento oportuno y la calidad de la atención para las personas que ya tienen alguna ENT o que muestran señales de alerta por la presencia de factores de riesgo.
- Reconocimiento de que los determinantes sociales, incluida la equidad, la educación, el género, el grupo étnico (especialmente las poblaciones indígenas) y la situación migratoria, al igual que los factores culturales, económicos y ambientales, contribuyen todos considerablemente a las ENT.
- Consideración del enfoque de la totalidad del ciclo de vida en las políticas y en los programas contra las ENT.
- Reorientación de los sistemas de salud sobre la base de la atención de las enfermedades crónicas, incluida la capacitación y la creación de capacidad, y haciendo hincapié en que se integre la prevención y el control de las ENT en la atención primaria de salud.

- Aplicación de la mejor evidencia disponible en la elaboración y formulación de políticas y programas, usando datos procedentes de la vigilancia y la investigación, sobre la base de su repercusión e importancia para la salud pública, y en la determinación de las áreas de investigación futura (OPS - OMS, 2012).

Meta general: “El propósito de esta estrategia es reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura causadas por las ECNT en la Región de las Américas, con la meta de lograr una disminución de al menos un 25% de la mortalidad prematura por las cuatro ENT principales para el 2025” (OPS - OMS, 2012).

2.1.5. Marco Legal

2.1.5.1. Ley orgánica de salud

El Art. 3 de la ley orgánica de la Salud, refiere en los numerales 1 y 3, constituye que son deberes fundamentales del Estado:

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación con la salud, los siguientes derechos:

d) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos. (Pública, Lexis finder, 2015).

2.1.5.2. El Código Orgánico de la Salud

Refiere en su Artículo 1. Objeto y ámbito:

Tiene por objeto establecer el régimen legal que permita el ejercicio y exigibilidad del derecho a la salud de todas las personas, comunidades, pueblos, nacionalidades y, de las personas extranjeras que se encuentren en el territorio ecuatoriano; y regula a todas las personas naturales y jurídicas, entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias, en lo que respecta a la salud, como eje fundamental del Régimen del Buen Vivir en todo el territorio nacional.

Además, el Artículo 2. Principios, criterios y enfoques: El presente Código contempla los principios de: universalidad, equidad, gratuidad, precaución, gradualidad, igualdad, no discriminación, sostenibilidad, suficiencia, bioética, transparencia y solidaridad; y así como los criterios de calidad, calidez, eficiencia, eficacia, responsabilidad, y participación; con enfoque de derechos humanos, interculturalidad, género y generacional. Sin perjuicio de los demás previstos en la Constitución de la República.

CAPÍTULO III

3. Marco Metodológico

3.1. Descripción del Área Geográfica donde se desarrollará el proyecto

El Centro de Salud Alpachaca se creó aproximadamente en el año 1978, con la primera Auxiliar de Enfermería en ese entonces la Sra. Judith Lara. Se encuentra ubicado en la parte noroccidental de la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura, es un Centro de Salud correspondiente al primer nivel de atención en salud, con una afluencia de población de 29.893 habitantes entre hombres y mujeres, es multiétnico, prevalece la etnia mestiza, seguido de la etnia afro ecuatoriana, personas indígenas en un valor muy bajo; y últimamente se ha observado un incremento de la población extranjera principalmente colombiana y venezolana, el estrado de edad en años es de 0 a 80 años y más. (Estadística Distrital 10D01, 2019)

La cartera de servicios de la unidad operativa no es muy amplia, los servicios que presta son: 3 consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria, 3 consultorios de Medicina General, 1 consultorio de Obstetricia, 1 consultorio Odontológico, 1 consultorio de Psicología, Inmunizaciones, Farmacia, Curaciones y Estadística. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 am a 17 pm. (ASIS C.S. Alpachaca, 2019)

El equipo que brinda atención en salud normalmente es de 19 profesionales, de los cuales se reparten de esta manera:

- 4 médicos familiares comunitarios
- 4 médicos generales
- 2 odontólogas
- 1 obstetra
- 1 psicóloga
- 2 enfermeras
- 1 enfermera en Farmacia
- 1 auxiliar de Farmacia
- 2 auxiliar de Enfermería (ASIS C.S. Alpachaca, 2019)

Cabe mencionar que por motivo de la pandemia, aproximadamente el 42% del personal se encuentra en teletrabajo por motivo de edad superior a 55 años, embarazo y madres que se están en período de Lactancia; al momento a nivel operativo se cuenta con 11 profesionales, los mismos que se encuentran brindando atención intramural a usuarios que adquieren cita por Call Center, libre demanda, urgencias médicas y extramural, además de los seguimientos a casos COVID-19 con sus respectivos cercos epidemiológicos.

3.2. Enfoque y Tipo de Investigación

El enfoque del estudio en el cual está basada esta investigación es cuantitativo de campo, descriptiva, no experimental, de corte transversal.

Cuantitativa porque a través de una encuesta se permitió conocer las opiniones, comportamientos, puntos de vista de los pacientes con ECNT, información que se encuentra expresada en forma numérica y porcentajes.

De campo porque la información para el estudio se extraerá directamente de la realidad, de los sucesos que acontecieron durante la pandemia; descriptiva ya que se encarga de puntualizar las características de la población estudiada, es decir busca información de cómo actuaron los pacientes con ECNT al no ser atendidos oportunamente; no experimental porque no se manipuló deliberadamente las variables, se basó fundamentalmente tal y como se dan en su contexto natural; de corte transversal porque el estudio, la recolección de información y respectivo análisis se realizó en un tiempo determinado y lugar previamente definido.

3.2.1. Operacionalización de las variables

Objetivo 1	Analizar las coberturas de atención de acuerdo con los programas del Ministerio de Salud Pública, relacionado con la planificación local operativa en salud; a través del registro de atenciones en la plataforma de registro PRAS.			
Variable	Naturaleza de la variable	Descripción	Dimensiones	Indicador
Coberturas de atención	Cuantitativa ordinal	Actividades destinadas a brindar atención médica a enfermedades principales como: diabetes, hipertensión arterial y obesidad (OPS, OMS, Cobertura Universal de Salud, Presidencia de la Nación, 2016)	Coberturas de atención a pacientes con ECNT	Revisión de archivo estadístico del número de atenciones médicas subsecuentes a ECNT
Objetivo 2	Identificar el estado salud de los pacientes con enfermedades crónico no transmisibles, durante la pandemia del COVID-19.			
Estado de salud	Cuantitativa ordinal	Estado en que todo ser humano goza de un bienestar a nivel físico como social y mental.	Registro de atenciones PRAS	Enfermedad controlada Enfermedad no controlada
Asesoramiento psicológico	Cualitativa nominal	Se enfoca en la escucha activa y en el desarrollo de estrategias para intervenir en un problema que una persona desea resolver.	Intervalo	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

			Accesibilidad geográfica – nivel de dificultad	Normal Muy fácil No asistió
			Movilización a Centro de Salud	Transporte privado Transporte particular Caminata Bicicleta No se movilizó al centro de salud
Disponibilidad económica	Cualitativa	Es el total del activo, es decir los ingresos económicos que percibe una persona, pudiendo ser utilizados como dese.	Situación laboral	Empleado
				Desempleado
			Ingresos	Menos del sueldo básico
				Sueldo básico
				Mayor del sueldo básico
Ninguno				
Relaciones interpersonales	Cualitativa	Se considera al modo de vincularse, o algún tipo de relación con familiares, amigos, vecinos u otras personas (Raffino, 2020).	Apoyo familiar o social	Vive con familiar, no familiar, solo(a)
				Recibe apoyo económico por parte de algún familiar o amigo

3.3. Procedimientos de Investigación

El C.S. Alpachaca tiene una afluencia de 30.279 habitantes, según los datos obtenidos del sistema PRAS, se realizó una media aritmética de las atenciones de ECNT del año 2019 y 2020, quedando un total de 285 pacientes con ECNT que asisten regularmente al C.S. Alpachaca.

Para la recopilación de la información se solicitó la autorización de la Líder del C.S. Alpachaca para el acceso a la plataforma de registro de atenciones PRAS y para la aplicación del instrumento a los usuarios con ECNT, pertenecientes a la parroquia y que asistan a la unidad operativa.

Se creó una entrevista con preguntas abiertas, dirigida al responsable de la unidad operativa la misma que fue grabada, y una encuesta encaminada a los pacientes con ECNT, la misma que se aplicó online mediante el formato Google Forms para obtener una base de datos en formato Excel.

La población estuvo constituida por 285 pacientes con ECNT, los mismos que fueron seleccionados tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Se realizó el cálculo de la muestra, con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%, en donde se obtuvo un total de 165 pacientes con ECNT; se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio simple, es decir todos los individuos tuvieron la misma posibilidad de pertenecer a la muestra, pero se eligió al azar el tamaño de la muestra, es decir 165 participantes.

Criterios de Inclusión:

- Usuarios(as) mayores de 30 años diagnosticados con ECNT
- Que sean atendidos en el Centro de Salud Alpachaca con un diagnóstico

definitivo subsecuente

- Que residan en la parroquia de Alpachaca

Criterios de Exclusión

- Gestantes diagnosticadas con ECNT
- Personas con discapacidad diagnosticados con ECNT
- Personas privadas de la libertad diagnosticadas con ECNT
- Personas con algún tipo de Seguro de Vida que tengan ECNT

Fase I: Analizar las coberturas de atención de acuerdo con los programas del Ministerio de Salud Pública, relacionado con la planificación local operativa en salud; a través del registro de atenciones en la plataforma de registro PRAS

A través de la base de datos de la plataforma PRAS se tuvo acceso al número de atenciones de ECNT de la unidad operativa de los años 2019 y 2020 por meses específicamente de Obesidad, Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus, en donde se realizó una comparación y análisis si se disminuyeron o no las atenciones por la presencia de la pandemia del COVID-19.

Fase II: Identificar el estado salud de los pacientes con enfermedades crónico no transmisibles, durante la pandemia del COVID-19

De igual forma a través del sistema de registro PRAS, en donde consta la evolución de cada paciente, se investigó el estado de salud de acuerdo con su morbilidad existente, durante la pandemia, tomando en cuenta principalmente los meses de abril, mayo y junio; en donde existió medidas de restricción para los usuarios.

Fase III: Determinar las acciones realizadas por los usuarios para manejar su estado de salud ante la disminución de la atención médica, durante la pandemia

Se empleó la encuesta dirigida a los pacientes a través del formato Google forms, obteniendo una base de datos, en donde posteriormente se tabuló la información en el programa estadístico EPI Info para el análisis de los resultados obtenidos.

Además, se aplicó la entrevista con preguntas abiertas a la Líder del C.S. Alpachaca, la misma que fue grabada, en donde se identificó como se enfrentaron como unidad de salud ante la pandemia del coronavirus para contribuir en el estado de salud de los pacientes con ECNT.

3.4. Consideraciones bioéticas

Para la recopilación de la información se utilizó el consentimiento informado, en donde se detalló el objetivo de la investigación y la firma de autorización para ser partícipe del estudio.

En el presente estudio se aplicó los cuatro principios bioéticos:

- **Beneficencia**

Porque a través de la investigación se podrá visualizar que es importante estar pendiente de todas las enfermedades, y no dejar de lado ninguna por más sencilla que parezca, en un futuro estar más equipados, preparados ante nuevas enfermedades, para así proteger la vida de todas las personas.

- **No maleficencia**

Porque la investigación aportará beneficios para los pacientes con ECNT, con relación a llevar un buen estilo de vida, en ser responsable de la toma de medicamentos; además de

identificar que el sector salud debe proveerse de personal sanitario, insumos necesarios para brindar una atención de calidad, integral a los pacientes con ECNT.

- **Autonomía**

El participante refiere sus respuestas sin la intervención o modificación del investigador.

- **Justicia**

El acceso a una atención médica es un derecho que garantiza el Estado a los pacientes con ECNT, para poder disfrutar del mejor estado de salud, y así a futuro evitar complicaciones y gastos a nivel salud.

CAPÍTULO IV

4. Resultados y Discusión

4.1. Coberturas de atención con relación a atenciones registradas en sistema PRAS

A continuación, se representan tablas correspondientes a los principales resultados obtenidos con la aplicación de los instrumentos. Corresponde a las atenciones subsecuentes de enero a diciembre 2019 y 2020, para las principales enfermedades crónicas no transmisibles: obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Tabla 1

Atenciones en plataforma PRAS Obesidad, Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus enero a diciembre 2019

Meses	Atenciones Obesidad	Porcentaje	Atenciones HTA	Porcentaje	Atenciones DM	Porcentaje
Enero	61	11,57	274	10,71	97	10,44
Febrero	52	9,87	235	9,18	91	9,80
Marzo	25	4,74	221	8,64	76	8,18
Abril	16	3,04	185	7,23	38	4,09
Mayo	49	9,30	230	8,99	100	10,76
Junio	27	5,12	219	8,56	76	8,18
Julio	36	6,83	189	7,39	70	7,53
Agosto	36	6,83	181	7,07	67	7,21
Septiembre	56	10,63	203	7,93	81	8,72
Octubre	51	9,68	196	7,66	77	8,29
Noviembre	52	9,87	209	8,17	80	8,61
Diciembre	66	12,52	217	8,48	76	8,18
Total	527	100,00	2559	100,00	929	100,00

Se evidencia en la Tabla 1, el número de atenciones médicas por mes, clasificadas en obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus correspondiente al año 2019, es decir antes

de que se presente la pandemia del COVID-19, en donde los usuarios tenían acceso a la unidad operativa sin restricción de horarios o presencia de toque de queda, contaban con una atención integral en salud, seguimiento oportuno de la ECNT.

Tabla 2

Atenciones en plataforma PRAS Obesidad, Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus enero a diciembre 2020

Meses	Atenciones Obesidad	Porcentaje	Atenciones HTA	Porcentaje	Atenciones DM	Porcentaje
Enero	39	12,58	229	13,29	93	11,77
Febrero	26	8,39	180	10,45	64	8,10
Marzo	39	12,58	150	8,71	60	7,59
Abril	5	1,61	68	3,95	45	5,70
Mayo	12	3,87	71	4,12	48	6,08
Junio	19	6,13	83	4,82	52	6,58
Julio	26	8,39	157	9,11	85	10,76
Agosto	26	8,39	197	11,43	74	9,37
Septiembre	29	9,35	165	9,58	63	7,97
Octubre	35	11,29	176	10,21	74	9,37
Noviembre	31	10,00	124	7,20	55	6,96
Diciembre	23	7,42	123	7,14	77	9,75
Total	310	100,00	1723	100,00	799	100,00

Como se puede apreciar en la Tabla 2 las consultas subsecuentes destinadas a los pacientes obesos, con hipertensión arterial y diabetes alcanzaron su punto más bajo en los meses de abril, mayo, junio 2020, en correspondencia temporal con la declaración del estado de emergencia sanitaria en el país.

Realizando un análisis entre la Tabla 1 y 2, en el año 2019 el número de atenciones a pacientes con ECNT alcanza un total de 4015 pacientes, tomando en cuenta exclusivamente pacientes con obesidad, HTA, y Diabetes Mellitus, en comparación del año 2020, en donde se obtiene 2832 atenciones a usuarios con ECNT; es decir el 29.47% de atenciones disminuyeron por efectos de la pandemia.

Debido al estado de emergencia sanitaria, los usuarios fueron confinados, puede decirse que, las medidas de restricción impuestas a raíz de la llegada del virus al país, tuvieron una influencia negativa en la atención a las enfermedades crónicas no transmisibles, dejando de lado su estado de salud y de esta manera relegando así sus atenciones y controles médicos (Prieto Rodríguez et al., 2020).

La pandemia por Covid-19 ha sido un acontecimiento bastante reciente, la evidencia científica sobre el impacto de esta situación en la salud de las personas es realmente escasa. Sin embargo, en esta y otras emergencias sanitarias que ha vivido con anterioridad la humanidad es innegable que se ven perjudicados tanto los servicios sanitarios como los medios de suministros de insumos y mediación, por lo que la disponibilidad de recursos se canaliza casi en su totalidad al control de la enfermedad más urgente. Por otro lado, también es cierto que el relegar la atención de los pacientes crónicos puede generar aún más costos a los sistemas de salud, ya que serán más propensos a descompensarse y enfermarán más gravemente si se contagian con el virus (Prieto Rodríguez et al., 2020).

Así, por ejemplo, Rodríguez-Leor et al. realizaron un estudio sobre el impacto que ha tenido el Covid-19 sobre los procedimientos intervencionistas cardiovasculares en 73 centros especializados, que representaron el 80% del total de centros en España. De esta forma, obtuvieron que existió una disminución bastante significativa en el número de

procedimientos diagnósticos, misma que fue de aproximadamente el 56% de forma global (Rodríguez-Leor et al., 2020).

Este resultado, si bien no es del todo extrapolable para el contexto local investigado con los pacientes obesos, presenta cierta utilidad para la comparación. Esto se debe a que, como ya se mencionó, la obesidad es siempre una condición de riesgo para las enfermedades cardiovasculares. Por tanto, se puede suponer que un gran porcentaje de los pacientes atendidos en los centros intervencionistas de España cada año presentarán esta patología metabólica, de manera que indirectamente su atención sí se ha visto relegada producto a la situación de emergencia sanitaria.

En concordancia con lo obtenido para la obesidad, se observa como el mes de abril del 2020 fue el de menor atención a los pacientes con hipertensión arterial. En este se ofrecieron solamente 68 consultas, lo que representa el 3,95%. En los meses de mayo y junio se mantiene, ocupando el 4,12% y 4,82% respectivamente. Ya en los meses posteriores, las consultas van en aumento, lo cual pudiera relacionarse con las medidas de bioseguridad y aforo máximo impuestas por el gobierno.

4.2. Estado de salud de los pacientes según la evolución registrada en sistema PRAS

Tabla 3

Estado de salud según morbilidad Asma, Cáncer, EPOC, HTA más EPOC

Asma	Frecuencia	Porcentaje	Observación
Controlado	2	66,67	
No Controlado	1	33,33	Crisis Asmática
Total	3	100,00	
Cáncer			
Controlado	5	71,43	
No Controlado	2	28,57	Dolor, Pérdida de peso, cansancio, debilidad, tos, delirium
Total	7	100,00	
EPOC			
Controlado	4	66,67	
No Controlado	2	33,33	Hospitalización /COVID-19 POSITIVO
Total	6	100,00	
Hipertensión arterial, EPOC			
Controlada	1	50,00	130 - 139/ 85 – 89
No Controlada	1	50,00	160 - 179/ 100 - 109 (Sibilancias, tos, O2)
Total	2	100,00	

En la presente tabla se aprecia el estado de salud de los usuarios, verificada en el sistema de registro PRAS, o Historia clínica; de acuerdo con la evolución ingresada por la parte del profesional médico; se evidencia que las ECNT no llevan un control exhaustivo y por ende

aparecerán las complicaciones de esta anomalía. Con relación al Asma de 3 pacientes el 33,33% no se mantiene en un buen estado de salud, el Cáncer se conoce que es una enfermedad terminal, pero cabe recalcar que la ausencia del seguimiento conlleva a que los usuarios no consigan el confort necesario; igualmente vemos evidenciado en EPOC, e Hipertensión arterial más EPOC, el 33,33% y 50,00% respectivamente.

Tabla 4

Estado de salud según morbilidad Diabetes, HTA, Diabetes más HTA

Diabetes	Frecuencia	Porcentaje	Glicemia	Frecuencia	Porcentaje
Controlada	16	34,78	100 - 109 mg/dl	5	10,87
			110 - 119 mg/dl	1	2,17
			120 - 130 mg/dl	10	21,74
No controlada	30	65,22	200 - 249 mg/dl	8	17,4
			250 - 299 mg/dl	12	26,08
			300 - 349 mg/dl	7	15,22
			400 - 450 mg/dl	3	6,52
Total	46	100		46	100,00

HTA			PA		
Controlada	34	40,00	120 /80	14	16,47
			130 / 85	20	23,53
No controlada	51	60,00	160/ 100	25	29,41
			180/ 110	19	22,35
			210 y más/ 120 y más	7	8,24
Total	85	100,00		85	100,00

Diabetes, HTA			Glicemia/ PA		
Controlada	7	43,75	110 - 119 mg/dl/ 120/ 80	5	31,25
			120 - 130 mg/dl/ 130/ 85	2	12,5
No controlada	9	56,25	250 - 299 mg/dl/ 159/99	5	31,25
			300 - 349 mg/dl/ 159/ 99	2	12,5
			400 - 449 mg/dl/ 179/109	1	6,25
			450 - 500 mg/dl/ 159/ 99	1	6,25
Total	16	100,00		16	100,00

De igual forma como se visualizó en la tabla anterior se identifica que las ENCT durante la pandemia no tuvieron un seguimiento de calidad, en donde se proporcione la

medicación completa, exámenes de laboratorio necesarios, los insumos suficientes; se visualiza que el 65,22% de los pacientes con Diabetes su estado de salud se encontró descontrolado, en la evolución refiere la presencia de polidipsia, polifagia, poliuria, pérdida de peso, e inclusive Pie Diabético; la HTA se ha visto afectada en un 56,25%, en donde sus complicaciones fueron Insuficiencia Renal Crónica, Accidente cerebrovascular, entre otros.

Se realizó un estudio sobre el impacto de la pandemia por Covid-19 en el control glucémico de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 mayores de 65 años. En su investigación expone que aproximadamente el 13% se enajenaron completamente del seguimiento médico durante el confinamiento, mientras que el 7% perdió este control de manera parcial, teniendo cifras de algunos parámetros importantes para el seguimiento, pero no de otros debido a la dificultad para el acceso a los exámenes de laboratorio y a los centros de salud en este contexto (Ballesteros Retuerto, 2021).

Si se tiene en cuenta que en el estudio de Ballesteros Retuerto la edad media de los pacientes incluidos fue de 78,94 años el panorama para estas personas no es favorable. Partiendo de que ya padecen una enfermedad crónica susceptible a múltiples complicaciones como lo es la diabetes mellitus, el descontrol de las cifras glucémicas, función renal y cardiovascular, por solo citar los más importantes, representa un riesgo bastante elevado de padecer complicaciones agudas y/o crónicas que requieran hospitalización y sumen a los gastos en salud (Ballesteros Retuerto, 2021).

4.3. Resultados de la encuesta

A continuación, se dará a conocer los resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta dirigida a la muestra del estudio, es decir a los usuarios con ECNT:

Tabla 5

Características sociodemográficas

	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Hombre	55	33,33
Mujer	110	66,67
Edad		
30-39	11	6,67
40-49	30	18,18
50-59	44	26,67
60-69	58	35,15
70 o +	22	13,33
Etnia		
Afroecuatoriano	54	32,73
Mestizo	111	67,27
Estado civil		
Casado	107	64,85
Divorciado	7	4,24
Separado	20	12,12
Unión libre	19	11,52
Viudo	12	7,27

La siguiente tabla muestra la distribución de la población de acuerdo con las características sociodemográficas. Según el sexo se observa que el 66,67% de los encuestados corresponden al sexo femenino, mientras que el 33,33% restante estuvo representado por los hombres; la edad comprendida entre 60 a 69 años presenta el mayor número de pacientes con ECNT correspondiente al 35,15% de la población estudiada, mientras que la edad de 30 a 39 años representa el 6.67%.

Se evidencia que la etnia mestiza fue la más predominante, ya que esta se corresponde con el 67,27% de la población estudiada. No existió mucha heterogeneidad en este aspecto ya que el restante 32,73% de los encuestados se autoidentificaron como afroecuatorianos.

Continuando con las variables de tipo sociodemográficas, la distribución para el estado civil fue dividido en cinco categorías. En consecuencia, se observa que predominaron las personas casadas, quienes representaron el 64,85%. A estos le siguen los separados, los que se encuentran en unión libre y los viudos, con el 12,12%, 11,52 y 7,27%, respectivamente. El grupo con menor representación fue el de los divorciados, con solamente el 4,24%.

Con respecto a la variable sexo, García Mira destaca que en todos los grupos formados para su estudio, las mujeres tuvieron una mayor representación, siendo el 67,5% y el 84,1% de los grupos 1 y 2, respectivamente (García Mira, 2021).

Los resultados obtenidos para la variable edad definitivamente guardan relación con el fenómeno del envejecimiento poblacional que se evidencia a nivel mundial. Por ejemplo, en España, se dice que cerca del 20% de la población tiene en estos momentos 65 años o más, mientras que el 6% ya se consideran octogenarios, ya que la esperanza de vida al nacer es de 86 años para las mujeres y de 81 años para los hombres. Aunque en el Ecuador aún no se cuenta con estas cifras tan prometedoras la tendencia global es la misma (Lesende, 2021).

Con respecto a la etnia, si bien es cierto que el Ecuador es un país con una diversidad muy marcada, el estudio de Acosta Gavilánez sobre estrés emocional y enfermedades crónicas encontró que el mayor porcentaje de los sujetos incluidos en la población de estudio se autoidentificaban como mestizos, siendo estos aproximadamente el 99% del total. El 1% restante se consideró bajo la categoría afroecuatoriana, lo cual guarda relación con los resultados de la presente investigación donde predominó igualmente la etnia mestiza (Acosta Gavilánez, 2021)

El estudio de Caro Delgado y Perdomo Jurado sobre pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles durante la pandemia por Covid-19 encontró que la mayoría se encontraban casados, siendo estos el 51% del total. En cuanto al resto de estados civiles cerca del 21% estaban solteros, el 15% en viudez y el 14% separados. Nuevamente se observa como los matrimonios y las familias siguen siendo la base de la población ecuatoriana (Caro Delgado & Perdomo Jurado, 2021).

Tabla 6

Contexto familiar y socioeconómico

	Frecuencia	Porcentaje
Vive con		
Familiar	144	87,27
Vive sólo	21	12,73
Necesidad de cuidador		
Si	36	21,82
No	129	78,18
Recibe apoyo económico		
Si	59	35,76
No	106	64,24
Situación laboral		
Empleado	103	62,42
Desempleado	62	37,58
Ingreso económico		
Mayor del sueldo básico	11	6,67
Menor del sueldo básico	47	28,48
Ninguno	62	37,58
Sueldo básico (400 dólares)	45	27,27

En la presente tabla el caso de la convivencia, el 87,27% de los encuestados manifestó vivir acompañado de algún familiar, mientras que el 12,73% restante correspondía a personas que vivían solas; con respecto a las enfermedades presentes en el estudio, se indagó sobre la necesidad de cuidadores, como se observa en la Tabla el 78,18% de los encuestados no tuvo este requerimiento para su cuidado. Sin embargo, no debe pasarse por alto que el 21,82%

manifestó que eran insuficientes en el autocuidado de sus patologías, requiriendo a una tercera persona.

El recibimiento de apoyo económico por parte de algún amigo o familiar también fue un elemento que se tomó en cuenta, se muestran que el 64,24% de los encuestados manifestaron no contar con esto, mientras que tan solo el 35,76% restante, tenían este tipo de ayuda.

La presencia de cualquier morbilidad genera gastos en salud y en la mejora de la calidad de vida de la persona, por lo que el conocimiento de la situación laboral del individuo es un dato de interés. La Tabla 6 muestra que el 62,42% de la población se mantiene como empleada. No obstante, existe un grupo nada despreciable de desempleados, representados por el 37,58%

Continuando con la idea anterior, la Tabla 6 muestra los ingresos económicos de estas personas en comparación con el sueldo básico establecido a nivel nacional. Como se puede observar, tanto los que reciben un sueldo básico como los que reciben un ingreso inferior a este presentan el mayor porcentaje, representando el 27,27% y 28,48 cada uno. También llama la atención que el 37,58% de los encuestados manifestó no recibir ningún sueldo o ingreso mensual. De la misma forma, solo el 6,67% tiene un sueldo superior al básico.

Tabla 7*Distribución de la población según las patologías crónicas*

Patologías crónicas	Frecuencia	Porcentaje
Asma	3	1,82
Cáncer	7	4,24
Diabetes	46	27,88
Diabetes, Hipertensión arterial	16	9,70
EPOC	6	3,64
Hipertensión arterial	85	51,52
Hipertensión arterial, EPOC	2	1,21
Total	165	100,0

Para una mejor caracterización de las morbilidades presentes en la población estudiada se elaboró la Tabla 7. Como se evidencia, el 100% de la población manifestó padecer alguna de estas enfermedades. La más frecuente fue la hipertensión arterial con el 51,52%. A esta le sigue la diabetes mellitus, representando el 27,88% de los encuestados. Finalmente, los menores porcentajes correspondieron al asma bronquial, cáncer, EPOC y la combinación de otras.

La prevalencia de patologías crónicas es un dato muy relevante cuando se desea investigar sobre el estado de salud de una población. En un estudio similar realizado por García Mira, se constató que el 34,5% del grupo de pacientes atendidos por telemedicina en la Universidad de Alicante y el 58,7% de los que fueron entrevistados por WhatsApp padecían de patologías crónicas no transmisibles. Esto es entendible ya que, en el contexto de restricciones para la movilidad de personas hacia los centros de salud y la preocupación presente en la población durante el tiempo de emergencia sanitaria, son las personas con

padecimientos que requieren de medicación y seguimiento específico quienes deben irremediablemente buscar la atención en los centros de salud (García Mira, 2021).

En este sentido, el estudio de Acosta Gavilánez sobre el estrés emocional y su relación con las patologías crónicas habla sobre la prevalencia de estas en la población investigada. De este grupo de pacientes aproximadamente el 76% presentaban hipertensión arterial esencial, el 24% tenía diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2 y el 1% presentaba ambas comorbilidades. Continuando con otras enfermedades menos frecuentes, el hipotiroidismo y la artrosis contribuyeron al 5,1% y al 3%, respectivamente; mientras que las comorbilidades con una prevalencia mínima fueron asma, gastritis, hernia inguinal, dolor lumbar crónico, colon irritable, artritis, hipertiroidismo, hipertrofia prostática benigna y enfermedad quística del ovario (Acosta Gavilánez, 2021).

Siguiendo esta misma línea el estudio de Caro Delgado y Perdomo Jurado sobre enfermedades crónicas durante la pandemia afirma que los participantes del mismo tenían sus respectivos diagnósticos establecidos desde un tiempo promedio de 4 años. En esta población como en la anterior, fue la hipertensión arterial esencial la patología con mayor prevalencia, representando el 41% aproximadamente. A esta le sigue la diabetes mellitus tipo 2, las enfermedades respiratorias crónicas, el alcoholismo, las patologías oncológicas, las cardiopatías reumáticas y la esclerosis múltiple, teniendo estos padecimientos el 20%, 12%, 7%, 5%, 2% y 1%, respectivamente (Caro Delgado & Perdomo Jurado, 2021).

Tabla 8*Accesibilidad a centro de salud*

Acceso a atención médica	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	81	49,09
Nunca	49	29,7
Ocasionalmente (una vez al mes)	35	21,21
Dificultad para asistir al Centro de Salud		
Dificultad para asistir al Centro de Salud	Frecuencia	Porcentaje
Muy difícil	83	50,3
No asistió	49	29,7
Normal	33	20
Medios de movilización		
Medios de movilización	Frecuencia	Porcentaje
Bicicleta	5	3,03
Caminata	75	45,45
Caminata, Bicicleta	2	1,21
No se movilizó al Centro de Salud	49	29,7
Transporte particular	28	16,97
Transporte propio	6	3,64

La pandemia por COVID-19 ha causado diversos estragos en cuanto a la prestación de los servicios de salud en todo el mundo. La accesibilidad a los servicios de salud se vio perjudicada debido a las medidas para prevenir la enfermedad por COVID-19 y a la saturación de los diferentes centros de salud con la contención de esta. La Tabla 8 muestra la accesibilidad que tuvieron los encuestados en este contexto. Como se observa, el 49,09%

manifestó no haber tenido acceso a la atención médica casi nunca, el 21,21% de manera ocasional en una ocasión y el 29,70% nunca tuvo acceso.

En relación con lo anterior, la Tabla 8 muestra además la dificultad que los usuarios tuvieron para asistir al centro de salud durante la instauración del toque de queda como medida de prevención. Como se observa, el 50,3% de la población catalogó como “muy difícil” la asistencia a dicha casa de salud debido al horario restringido. Por otro lado, el 20,0% asistió con normalidad mientras que el 29,70% restante no acudió.

No se encontró mucha información en la literatura con respecto a los dos resultados anteriores. Sin embargo, Peña Gutiérrez en su estudio realizado en Madrid encontró que en el periodo de pandemia aproximadamente el 53% de una población de 3 millones de habitantes afirmó haber tenido una alta accesibilidad a los servicios médicos, mientras que tan solo el 12% manifestó que sus condiciones de accesibilidad eran bajas o nulas.

En el caso de las personas que asistieron al Centro de Salud en este periodo, se investigó acerca de los medios de transporte que emplearon para dicho fin, tal y como se aprecia en la Tabla. Según estos datos, el 29,7% no se movilizó hacia el Centro de Salud mientras que el 45,45% lo hizo mediante una caminata. Debido a las resoluciones del COE Nacional a inicios de la pandemia se estableció el número de placa a circular, por tal razón el 16,97% se trasladó mediante vehículos particulares y el 3,64% en transporte propio.

Con relación a este resultado, el estudio argentino de Arregui et al. evidenció que producto a la pandemia existió una pérdida masiva del transporte público, que a nivel nacional se estima alrededor de un 23%. Al no contar con los servicios públicos para la movilidad humana alrededor del 56% de la población optó por el transporte particular o privado. En cuanto a otros medios no motorizados predominaron la caminata y el uso de bicicletas, representando estos el 15% y el 6%, respectivamente.

Tabla 9*Satisfacción con la disponibilidad de medicamentos en el Centro de Salud Alpachaca*

Grado de satisfacción	Frecuencia	Porcentaje
Moderadamente satisfecho	42	25,45
Muy satisfecho	1	0,61
No satisfecho	83	50,30
Poco satisfecho	39	23,64
Total	165	100,0

Dentro de los servicios de salud, la disponibilidad de medicamentos ha sido otro aspecto delicado durante la pandemia. Se muestra el grado de satisfacción de los encuestados con relación al stock médico del Centro de Salud Alpachaca.

Como se observa, la mayor parte de la población manifestó su insatisfacción en este aspecto. El 23,64% expresó estar poco satisfecho mientras que el 50,30% no se encontró satisfecho. El grupo de las personas moderadamente satisfechas representó el 25,45% y la menor proporción fue la de los que estaban muy satisfechos, representando el 0,61%.

Volviendo al estudio de García Mira en Alicante, los pacientes atendidos mediante Telemedicina en el grupo de WhatsApp manifestaron no haber tenido problemas con la prescripción, disponibilidad y entrega de su mediación en el contexto de la pandemia. Sin embargo, el 15% del resto de sedes incluidas en la investigación opinó de manera contraria. Esto llama la atención ya que, siendo España uno de los países europeos con uno de los mejores sistemas de salud pública a nivel mundial, existieron insatisfacciones en este aspecto debido a la situación generada por el SARS-CoV-2, de manera que no es de extrañar que a nivel nacional suceda lo mismo a una mayor escala (García Mira, 2021).

Tabla 10*Alternativas a la atención médica*

Alternativas a la atención médica	Frecuencia	Porcentaje
Acudió a un consultorio privado	16	9,70
Alternativas en casa (remedios caseros)	8	4,85
Ninguna	101	61,21
No acudió a un consultorio privado por ausencia de recursos	40	24,24
Total	165	100,0

Como consecuencia de lo anteriormente expuesto, muchas personas se han visto obligadas a buscar atención a sus dolencias fuera del servicio de salud pública, acudiendo a consultorios privados e incluso a remedios más empíricos. La Tabla 10 muestra las alternativas adoptadas por la población de estudio ante esta situación. Aunque el 61,21% no optó por dichas alternativas, el 4,85% experimentó con remedios caseros y el 9,70% logró acudir al sector privado. Es importante destacar que el 24,24% manifestó no haber solicitado consultas privadas debido a falta de recursos para solventar esta acción.

En este sentido, el estudio de García Mira fundamenta que, de los dos grupos de pacientes tratados por telemedicina, solamente el 9% y el 16% requirieron de atención médica de forma presencial. Para solventar estas necesidades el médico de cabecera atendió al 50% y al 42% del grupo 1 y 2, respectivamente, mientras que la enfermera lo hizo en el 11% y el 13%. Solamente el 15% de las personas entrevistadas en las sedes incluidas en el estudio plantean haber tenido que acudir a consultorios privados para dar solución a sus problemas de salud en ese momento (García Mira, 2021).

Lamentablemente, la realidad reflejada en el presente estudio es un reflejo del nivel adquisitivo y económico de la población incluida. Como país en desarrollo, el Ecuador no fue capaz de poner en marcha efectivamente este tipo de estrategias ante el colapso del sistema de salud en la emergencia sanitaria, por lo que sería más factible la comparación de los resultados de esta investigación con otras similares que se realicen en Latinoamérica.

Tabla 11

Frecuencia de disponibilidad de recursos para la adquisición de medicamentos en el sector privado

Disponibilidad	Frecuencia	Porcentaje
Algunas veces	26	15,76
Casi siempre	16	9,70
Muy pocas veces	83	50,30
Nunca	40	24,24
Total	165	100,0

Esta realidad se manifiesta una vez más en cuando al mantenimiento de la medicación adecuada para las morbilidades crónicas. En este sentido, se muestra la frecuencia con la cual las personas encuestadas manifestaron haber tenido la posibilidad económica de adquirir su medicación en el sector privado. La mayor parte de la población solo pudo acceder a esta solución muy pocas veces, representando el 50,30%. Solamente el 9,70% manifestó haber podido comprar su medicación casi siempre.

Sobre esto, Espinoza-Marchan et al. refieren que de una población de pacientes peruanos el 46% refirió haber tenido a su disposición todos los medicamentos correspondientes a los diagnósticos. En contraste, se evidenció que el precio para mantener un mes de tratamiento para cualquier enfermedad podría ser factible tanto en el sector público

como en el privado si se tienen en cuenta los precios a nivel de distribuidor. Sin embargo, se puede constatar que la realidad, tanto en Perú como en el resto de países latinoamericanos, se presenta con desabastecimiento en los centros públicos y elevados costes en el privado (Espinoza-Marchan et al., 2021)

Tabla 12

Percepción de la calidad de la atención médica en caso de haber asistido al centro de salud.

Asistencia al centro de salud	Frecuencia	Porcentaje
Asistió, más NO recibió atención médica	39	23,64
No asistió al centro de salud	49	29,70
Si recibió atención médica, pero hubo ausencia de medicamentos, y exámenes complementarios	77	46,67
Total	165	100,0

En el caso de los pacientes que asistieron al centro de salud, se indagó acerca de la calidad de la atención que fue percibida por los mismos. Sobre esto, el 46,67% de los usuarios refiere haber recibido atención médica pero no con la calidad mínima requerida ya que no había disponibilidad de medicamentos y exámenes complementarios, lo que en muchos casos dificultó grandemente el seguimiento de las enfermedades crónicas como la diabetes, que requiere de exámenes paraclínicos para la comprobación de los niveles sanguíneos de glucemia y hemoglobina glucosilada. Por otro lado, el 29,70% no asistió al centro de salud mientras que el 23,64% restante afirmó haber asistido y no haber recibido atención médica debido a la saturación del centro y el poco personal disponible. Estos resultados se evidencian en la Tabla 12. No se encontró información en la literatura actualizada que permitiera contrastar este resultado.

Con relación a la satisfacción de los usuarios con la atención médica recibida en el centro de salud, León Revelo y Suárez Lima realizaron una encuesta similar en la ciudad de Ibarra en diciembre del año 2020, cuando ya se encontraba instaurada la situación de emergencia sanitaria. Estos autores encontraron que el 54% de las personas calificaron como buena la atención recibida, mientras que el 29% manifestó percibirla como regular. Llama la atención que hubo calificativos de mala y muy mala, correspondiéndose estos al 3% y al 1,2%, respectivamente. Por tanto, se observa como en otro contexto a nivel nacional se reproduce cierto grado de insatisfacción en cuanto a los servicios médicos brindados durante la pandemia.

Tabla 13

Percepción del estado de salud durante la pandemia

Estado de salud	Frecuencia	Porcentaje
Buena	15	9,09
Mala	94	56,97
Regular	56	33,94
Total	165	100,0

Con relación a la percepción general del estado de salud durante la pandemia, se aprecia que la mayor parte de los pacientes la califican como mala, correspondiendo estos al 56,97%. En la categoría de regular se ubica el 56% mientras que el menor porcentaje tuvo una percepción de tener buena salud, correspondiendo estos al 9,09%.

En el estudio de Rubio et al. se investigó el impacto de la pandemia por Covid-19 en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Estos autores encontraron que el 73% aproximadamente indicaba que su enfermedad se había empeorado, mientras que el 62%

refirió que tenían una mayor cantidad de dificultad respiratoria en la vida cotidiana. Cerca del 82% había incrementado el nivel de preocupación relacionado con la salud respiratoria y general. Por otro lado, el 79% manifestó que la pandemia había afectado incluso la calidad de sueño y el estado anímico (Rubio et al., 2020).

Tabla 14

Frecuencia de llamadas telefónicas y visitas domiciliarias del personal de salud

Llamadas telefónicas	Frecuencia	Porcentaje
Algunas veces	11	6,67
Muy pocas veces	32	19,39
Nunca	122	73,94
Total	165	100,0

Visitas domiciliarias	Frecuencia	Porcentaje
Algunas veces	5	3,03
Muy pocas veces	43	26,06
Nunca	117	70,91
Total	165	100,0

La pandemia también afectó el seguimiento de las enfermedades crónicas como las abordadas en este estudio, ya que las estrategias de prevención, la limitación de la movilidad de personas y la saturación de los centros de atención médica con pacientes enfermos de COVID-19 han sido algunos de los factores que han afectado el normal desarrollo de los controles. Algunas de las estrategias que se popularizaron para intentar solucionar esta problemática fueron las videollamadas y la telemedicina. Se muestra la frecuencia con la cual el personal de salud (médico, enfermera u otros) se comunicó mediante llamadas telefónicas.

Como se puede observar, el mayor porcentaje, correspondiente al 73,94%, manifestó no haber recibido ninguna llamada por parte del personal de salud para el seguimiento de las enfermedades crónicas. Siguiendo a esta cifra, el 19,39% respondió haber tenido muy pocas llamadas y tan solo el 6,67% algunas veces.

Con relación a lo anterior, las visitas domiciliarias por parte del equipo de salud se han visto seriamente afectadas. Se evidencia la frecuencia de estas visitas en la población encuestada. El 70,91% afirmó no haber recibido nunca este tipo de seguimiento, el 26,06% plantea haber recibido muy pocas y el 3,03% solo algunas veces.

Tabla 15

Citas agendadas y posteriormente suspendidas en el Centro de Salud u otros hospitales por presencia de la pandemia.

Citas agendadas	Frecuencia	Porcentaje
No	34	20,61
Si	131	79,39
Total	165	100,0
Citas suspendidas	Frecuencia	Porcentaje
No tenía agendada una cita	34	20,61
No	39	23,64
Si	92	55,76
Total	165	100,0

Esta problemática se manifestó igualmente con las citas que habían sido agendadas ante la declaración de la cuarentena debido a la pandemia. En la población de estudio, el 79,39% tenía citas previstas en el Centro de Salud u hospitales. De estos el 55,79,7% tuvo

suspendida su consulta programada debido a la necesaria priorización de la atención a los pacientes con COVID-19 que impuso el estado de emergencia sanitaria.

En relación con las citas agendadas previamente a la pandemia y su suspensión debido a la emergencia sanitaria Alquézar et al. en el 2021 hacen un análisis acerca de la evolución que han experimentado las consultas médicas en España debido al contexto epidemiológico de los últimos 2 años. Estos autores concluyen que en el año 2020 existió un descenso de aproximadamente el 49% en las consultas médicas ofrecidas en los servicios públicos hospitalarios si se compara esta cifra con la del 2019. No obstante, al excluir de las consultas realizadas a los pacientes que acudieron por motivos relacionados al Covid-19, se puede observar que dicho descenso llega al 60% (Alquézar et al., 2021).

Tabla 16

Frecuencia con que se recibió asesoramiento psicológico durante la pandemia.

Asesoramiento psicológico	Frecuencia	Porcentaje
A veces	31	18,79
Casi nunca	8	4,85
Nunca	126	76,36
Total	165	100,0

El asesoramiento psicológico de las personas ha sido una necesidad sentida durante la pandemia y el confinamiento, ya que el estado de pánico, aislamiento e incertidumbre vivido, sobre todo en los primeros meses de la emergencia sanitaria, dio al traste con la salud mental general de la población, esto se puede evidenciar en la tabla 16 en donde el 76,36% de la población nunca recibió este tipo de asesoramiento.

Tabla 17

Percepción de la afectación a la salud de enfermos crónicos producto a la situación de pandemia.

Opiniones sobre la afectación de la salud	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	16	9,70
Totalmente de acuerdo	149	90,30
Total	165	100,0

Finalmente, la percepción de la población encuestada en cuanto a la afectación del estado de salud de los enfermos crónicos debido a la pandemia fue bastante unánime. El 90,30% manifestó estar totalmente de acuerdo con la afirmación de que la emergencia sanitaria ha causado un impacto negativo en la salud de los afectados por morbilidades como la diabetes, la hipertensión y otras ya mencionadas. El restante 9,70% manifestó estar solamente de acuerdo, tal y como se muestra en la Tabla 17.

Con respecto a lo anterior, se puede decir que nuevamente se impone el contraste observado en los estudios europeos como el de García Mira. En este se plantea que el 30% de las personas entrevistadas en todas las sedes de la investigación reportaron un buen estado de salud durante la pandemia, cifra que alcanzó el 56,3% en los atendidos exclusivamente por telemedicina. Una vez más, se aprecia cómo las estrategias implementadas por los países desarrollados como España fueron mucho más efectivas y capaces de resistir cierto nivel de calidad en la atención médica aún durante el estado de emergencia sanitaria (García Mira, 2021).

Resultados obtenidos durante la entrevista a la líder del Centro de Salud

Alpachaca (Odontóloga Patricia Gonzalón)

Haciendo una cronología sobre las repercusiones de la pandemia por COVID-19 en el Centro de salud Alpachaca, el día 25 de marzo del 2020 fue notificado el primer caso del virus en esta parroquia. A partir de este momento se han realizado 6 cercos epidemiológicos de aproximadamente 1 km a la redonda, para este fin se contó con la participación de 10 profesionales en cada una de las jornadas. Sin embargo, la unidad operativa no se cerró para dicha actividad debido a que debía permanecer en ella el equipo mínimo indispensable para la atención de las posibles emergencias.

A partir de marzo del año 2020, se ha tenido que dar seguimiento a más de 300 casos de COVID-19, de manera que no se contaba con personal suficiente para la atención externa al resto de la población. Este fenómeno fue en parte condicionado por la gran brecha existente en los profesionales de la salud, mayoritariamente médicos y enfermeros, que venía presentándose con anterioridad a la emergencia sanitaria, de manera que el contexto de la pandemia no hizo más que empeorarlo.

En cuanto a las citas agendadas por medio del call center que tenían horarios posteriores a las 14:00, cuando se instauró el toque de queda en este horario como medida de restricción de la movilidad humana se vieron afectadas. Con el inicio de la pandemia, se suspendió el servicio de agendamiento telefónico para las citas médicas, de manera que permaneció únicamente la atención de emergencias en las especialidades de medicina, obstetricia y odontología. Por tanto, se perjudicaron los seguimientos de los pacientes con patologías crónicas debido al cumplimiento de las disposiciones a nivel nacional.

Otro elemento que afectó también la disponibilidad de la atención médica fue el contagio de varios profesionales en distintos momentos de la pandemia, quienes al ser

positivos para COVID-19 tenían que someterse a un periodo de aislamiento que les impedía cumplir con su trabajo. En este sentido la líder plantea que las actividades fueron cubiertas por otro personal, suspendidas o reagendadas hasta la reincorporación del profesional afectado.

Es admisible que a los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles no les fue realizado un seguimiento adecuado, ya que autoritariamente fueron suspendidas todas las atenciones que no constituyeran problemas de emergencias, por lo que la atención fue imposibilitada. La alternativa planteada en este caso fue el seguimiento de los enfermos a través de la vía telefónica, no obstante, las carencias de la población y la poca conectividad impidieron que esta se desarrollaba de manera efectiva. Solamente se realizó la entrega de la medicación a nivel domiciliario, pero incluso de esta forma muchas personas no salían de sus casas por miedo al contagio. Por tanto, se puede plantear que no existió un adecuado control de dichas morbilidades.

En relación con las visitas domiciliarias para los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, estas no fueron posibles debido a que durante varios meses se suspendieron las actividades extramurales como medida de restricción. Estas visitas solamente fueron llevadas a cabo para embarazadas, pacientes vulnerables y con discapacidad que lo ameritaran.

La disponibilidad de medicación para los pacientes con enfermedades crónicas, que requieren de al menos un fármaco de manera diaria, se vio muy afectada. Esto se debe a que existió escasez de medicamentos en el periodo inicial de la pandemia, las unidades operativas a nivel nacional sufrieron un marcado desabastecimiento, siendo muchas veces imposible solventar las necesidades de tratamiento de estos pacientes.

La opción implementada en estos casos fue la sugerencia y/o educación hacia el paciente y sus familiares sobre la necesidad de comprar o adquirir la medicación en el sector privado, pues lo más importante siempre será la conservación de la salud. Sin embargo, al ser la población atendida de un nivel socioeconómico bajo esta opción se recibió con mucho descontento y un número considerable de pacientes dejó de tomar su medicación de mantenimiento debido a la falta de recursos, tal y como se observó en los resultados de la encuesta aplicada.

De esta forma, se considera que el estado de salud de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles durante la pandemia experimentó un deterioro notable. Muchos de estos pacientes se contagiaron de Covid-19 y debido a las condiciones previas y la evolución de la enfermedad fallecieron. Se considera en este sentido que la falta de personal, el desabastecimiento de insumos médicos y medicación y la ineffectividad para el seguimiento telefónico han sido problemas y factores de riesgo para la descompensación de las morbilidades en estas personas. Incluso en el momento en el que se realizó la entrevista fue manifestada la falta de reactivos en el laboratorio clínico y la poca o nula disponibilidad de turnos para la realización de exámenes complementarios, por lo que se sigue dificultando el seguimiento de estos pacientes.

Como consideración final de la entrevista, la unidad de salud no se encontraba en condiciones para asumir el reto impuesto por la pandemia. Aún a nivel nacional se manifestaron las consecuencias de una economía débil, la falta de profesionales de la salud, la poca disponibilidad de insumos y medicamentos y otros problemas de infraestructura en salud que existían con anterioridad a la emergencia sanitaria. De esta forma, el Centro de Salud Alpachaca se vio colapsado con las atenciones médicas y la resolución de los problemas de salud de la población de más de 30 000 habitantes bajo su cuidado.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

Durante la pandemia de COVID 19 en la Comunidad de Alpachaca se identificó una disminución en el número de consultas de los pacientes con enfermedades crónicas en especial durante los meses abril, mayo y junio del año 2020.

Del total de pacientes de la comunidad en estudio aproximadamente el 80% planteó una percepción acerca de su salud entre regular y mala, dicha percepción se encontró asociada a la poca accesibilidad a los servicios de salud.

Para intentar contrarrestar la situación de salud los usuarios del área de salud tuvieron que emplear alternativas como la telemedicina y en ocasiones asistir a médicos particulares, sin embargo, no hubo una mejoría en la calidad de salud de la población.

5.2. Recomendaciones

Incrementar las actividades de salud de tipo extramural, de esta forma llegar a los pacientes que poseen recursos limitados para acudir al centro de salud

Fortalecer los servicios de salud a nivel primario de la comunidad de Alpachaca con el objetivo de mejorar la accesibilidad a la atención médica, además de brindarles los medios necesarios para realizar las actividades de promoción para mejorar la salud poblacional.

Realizar una intervención dirigida a mejorar los modos y estilos de vida de los pobladores, de esta forma se logrará prevenir la incidencia de nuevos casos de diversas enfermedades además de conseguir controlar las ya existentes.

Se piensa que ante la presencia de brotes o pandemias es importante no dejar de lado las otras patologías, no dejarlas desabastecidas de tratamientos o seguimientos; porque los sucesos pueden ser devastadores, empeorando su salud e inclusive la muerte.

Referencias Bibliográficas

- Acosta Gavilánez, R. I. M. (2021). *Estrés emocional factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas: Caso de estudio parroquia Tanicuchi - Ecuador* [Universidad Técnica de Ambato/Facultad de Ciencias de la Salud/Centro de posgrados]. <https://repositorio.uta.edu.ec:8443/jspui/handle/123456789/32807>
- Alquézar, A., Miró, O., Piñera, P., Jacob, J., Martín, A., Agra, I., Llorens, P., & Jiménez, S. (2021). Análisis de la evolución de consultas atendidas en los servicios de urgencias españoles durante la primera ola pandémica | Anales del Sistema Sanitario de Navarra. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 44(2), 44-46.
- Álvarez. (2020, mayo 24). ▷ *Código deontológico de Enfermería, una mirada desde el interno rotativo de Enfermería. Nursing deontological code, a perspective from the nursing rotating internist.* Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/codigo-deontologico-enfermeria-interno-rotativo/>
- Arregui, C., Wlasiuk, C. V., Giglio, M. L., & Aon, L. C. (2020). ¿Transporte público para esenciales o transporte público esencial? Prospectivas sobre la movilidad urbana pospandemia. *Eídos*, 16, 87-101.
- ASIS C.S. Alpachaca. (2019). *Análisis Situacional de Salud ASIS*. Ibarra.
- Ballesteros Retuerto, S. (2021). *Impacto de la pandemia en el control glucémico de los pacientes mayores de 65 años diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2.* <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/47343>
- Bertran Recasens, B., Povedano Panadés, M., & Rubio, M. A. (2021). Impacto de la pandemia de COVID-19 en una cohorte de pacientes con ELA en Cataluña. *Neurología (Barcelona, Spain)*, 36(2), 187-189. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.12.001>
- Bonales, G., Pradilla, N., & Martínez, E. (2020). Chatbot como herramienta comunicativa durante la crisis sanitaria COVID-19 en España. *ComHumanitas: revista científica de comunicación*, 11(3), 1-22. <https://doi.org/10.31207/rch.v11i3.270>
- Caro Delgado, Á., & Perdomo Jurado, Y. (2021). *Adherencia al tratamiento y razones para vivir en pacientes con ECNT durante el COVID.* <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.15703.80804>
- Correa Lopez, M. Y., & Huamán Sarmiento, T. E. (2020). Impacto del COVID-19 en la salud sexual y reproductiva. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 4-7.

El Nuevo Siglo. (17 de Mayo de 2020). Enfermedades ‘olvidadas’ por el coronavirus. *El Nuevo Siglo*.

Espinoza-Marchan, H., Alvarez-Risco, A., Solís-Tarazona, Z., Villegas-Chiguala, J., Zavaleta-Calderón, A., Astuvilca-Cupe, J., Espinoza-Huertas, R., Béjar-Cáceres, R., Espinoza-Marchan, H., Alvarez-Risco, A., Solís-Tarazona, Z., Villegas-Chiguala, J., Zavaleta-Calderón, A., Astuvilca-Cupe, J., Espinoza-Huertas, R., & Béjar-Cáceres, R. (2021). Acceso a medicamentos en pacientes del Seguro Integral de Salud (SIS) con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial en Perú. *Revista de la OFIL*, 31(1), 71-77. <https://doi.org/10.4321/s1699-714x20210001000015>

Estadística Distrital 10D01. (2019). *Fuente proyección poblacional*. Ibarra.

Junta de Castilla y León. (2019). *Cartera de Servicios de atención primaria*. Obtenido de <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios/cartera-servicios-atencion-primaria.ficheros/1522344-cartera%20de%20servicios%202019.pdf>

Ferre, Z., Gerstenblüth, M., González, C., Noboa, C., & Triunfo, P. (2020). *Informe de la encuesta sobre salud y acceso a cuidados médicos durante la pandemia en Uruguay*. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/25966>

García Mira, N. (2021). *Eficacia de la teleasistencia durante la COVID-19 en Alicante*. <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/115469>

Guzmán-Olea, E., Agis-Juárez, R. A., Bermúdez-Morales, V. H., Torres-Poveda, K., Madrid-Marina, V., López-Romero, D., Maya-Pérez, E., Guzmán-Olea, E., Agis-Juárez, R. A., Bermúdez-Morales, V. H., Torres-Poveda, K., Madrid-Marina, V., López-Romero, D., & Maya-Pérez, E. (2020). Estado de salud y valoración gerontológica en adultos mayores mexicanos ante la pandemia por COVID-19. *Gaceta médica de México*, 156(5), 420-425. <https://doi.org/10.24875/gmm.20000459>

Heredia. (2013). *Código de Ética del Ministerio de Salud Pública e Instituciones Adscritas by Salud Ecuador—Issuu*. https://issuu.com/saludecuador/docs/doc_codigo_etica

INEC. (2021). *Estadísticas de Ecuador 2021*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>

- Ley Orgánica de Salud. (22 de 12 de 2006). *Ley Orgánica de Salud*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Lesende, I. M. (2021). Lecciones aprendidas durante la pandemia COVID-19 sobre el seguimiento de pacientes crónicos. *Atencion Primaria*, 53(8), 102180. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102180>
- López Bravo, A., García Azorín, D., Belvís, R., González-Oria, C., Santos Lasaosa, S., & Guerrero Peral, Á. (2020). Impacto de la pandemia COVID-19 en la atención al paciente con cefalea en España: análisis de situación con una mirada al futuro. *Biblioteca virtual em saúde BVS*, 363-371.
- Manzini, J. L. (2000). DECLARACIÓN DE HELSINKI: PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LA INVESTIGACIÓN MÉDICA SOBRE SUJETOS HUMANOS. *Acta bioethica*, 6(2), 321-334. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010>
- Menéndez-Colino, R., Argentina, F., de Miguel, A. M., Barcons Marqués, M., Chaparro Jiménez, B., Figueroa Poblete, C., Alarcón, T., Martínez Peromingo, F. J., & González-Montalvo, J. I. (2021). La Geriatria de Enlace con residencias en la época de la COVID-19. Un nuevo modelo de coordinación que ha llegado para quedarse. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 56(3), 157-165. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.01.002>
- MSP. (2018). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. Quito - Educador: Tercera Edición.
- OMS. (s.f.). Obtenido de CÁNCER: <https://www.who.int/topics/cancer/es/#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20es%20un%20proceso,en%20puntos%20distantes%20del%20organismo.>
- OMS. (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Conferencia Sanitaria Internacional*, (pág. 100). Nueva York.
- OMS. (24 de Febrero de 2010). *¿Qué es una pandemia?* Obtenido de https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/
- OMS. (17 de Mayo de 2017). *Enfermedades cardiovasculares*. Obtenido de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- OMS. (01 de Junio de 2018). *Enfermedades no transmisibles*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

- OMS. (13 de Septiembre de 2019). *Hipertensión*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- OMS. (2019). *Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus COVID-19*. Obtenido de https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses?gclid=Cj0KCQjwjer4BRCZARIsABK4QeVhYsChktl63AIvND8ULq03aPDh31I7MfzyaUkoy2CDOKgvxRJ1gJIaArtpEALw_wcB
- OMS. (08 de Junio de 2020). *Diabetes*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- OMS. (01 de Junio de 2020). *La COVID-19 afecta significativamente a los servicios de salud relacionados con las enfermedades no transmisibles*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/detail/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases>
- OMS. (2020). *Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus COVID -19*. Obtenido de https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses?gclid=CjwKCAjwjLD4BRAiEiwAg5NBFqabXHdyibjGX7jjF6YDO-ddA1Xaf9WnPf3lOcFVIdflASmOqjR7IxoCTs0QAvD_BwE
- OMS, UNICEF. (15 de Julio de 2020). *La OMS y UNICEF advierten de un descenso en las vacunaciones durante la COVID-19*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/detail/15-07-2020-who-and-unicef-warn-of-a-decline-in-vaccinations-during-covid-19>
- OPS - OMS. (2012). *ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES. 28.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA* (pág. 14). Washington D.C.
- OPS. (2020). *Manejo de las personas con hipertensión y enfermedades cardiovasculares durante la pandemia de COVID-19*. BVS.
- OPS, OMS, Cobertura Universal de Salud, Presidencia de la Nación. (2016). *Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles*. Obtenido de Manejo integral en el primer nivel de atención: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34520/9789503802397_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Parenti, P. F. (2020). Lo urgente es importante, lo importante es urgente COVID 19. Rosario - Argentina.
- Peña Gutiérrez, A. (2020, junio 30). *Impacto del virus COVID-19 en la ciudad de Madrid y accesibilidad a los centros de salud* [Info:eu-repo/semantics/masterThesis]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/63002/>
- Prieto Rodríguez, M. Á., March Cerdá, J. C., Martín Barato, A., Escudero Carretero, M., López Doblas, M., & Luque Martín, N. (2020). Repercusiones del confinamiento por COVID-19 en pacientes crónicos de Andalucía. *Gaceta Sanitaria*. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.11.001>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2020). *COVID-19: la pandemia*. Obtenido de La humanidad necesita liderazgo y de desarrollo para vencer a COVID-19: <https://www.ec.undp.org/>
- Raffino, M. E. (10 de Enero de 2020). *Relaciones Interpersonales*. Obtenido de <https://concepto.de/relaciones-interpersonales/>
- Rezabala-Mendoza, L. R., & Galarza-Schoenfeld, A. (2021). La subsistencia de las familias durante la pandemia del covid 19 en Manta durante el 2020. *Dominio de las Ciencias*, 7(2), 1304-1319.
- Rodríguez-Leor, O., Álvarez, B. C., Ojeda, S., Moreiras, J. M., Cuevas, J. R. R., Palop, R. L., Frutos, A. M. S., Cequier, A., Torres, R. R., González, I. C., Prado, A. P. de, & Gómez, R. M. (2020). Impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la actividad asistencial en cardiología intervencionista en España. *REC: Interventional Cardiology*, 2(2), 82-89.
- Romero, C. M., Armas, S. S., & Carballido, L. G. G. (2020). Intervenciones telepsicológicas con deportistas cubanos de alto rendimiento durante la pandemia COVID-19. *Revista Cubana de Medicina del Deporte y la Cultura Física*, 15(1), Article 1. <http://www.revmedep.sld.cu/index.php/medep/article/view/159>
- Rubio, M. C., Simón, R., & Hass, N. (2020). *Impacto de la pandemia por Covid-19 en el paciente con EPOC y la asistencia sanitaria*. 28.

Anexos

Anexo A: Aprobación de la Líder del C.S. Alpachaca

 **Ministerio de Salud Pública**
Coordinación Zonal 1 - Salud

 **Gobierno** | Juntos lo logramos

COORDINACIÓN ZONAL DE SALUD 1
CENTRO DE SALUD ALPACHACA

Ibarra, 10 de octubre de 2021

Asunto: Acceso a información para el desarrollo de trabajo de grado.

Lic. Shirley Garzón

ESTUDIANTE DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA MENCIÓN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presente. -

En respuesta al oficio presentado, mediante el cual solicita el acceso a la información a la Plataforma de Registro de Atención en Salud PRAS del año 2019 y 2020 con relación a usuarios con Enfermedades Crónicas No Transmisibles; para el respectivo desarrollo del trabajo de grado se **AUTORIZA** el acceso a la información.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

 **OD. PATRICIA GONZALÓN**
C.I. 1002701814



OD. PATRICIA GONZALÓN
LÍDER CENTRO DE SALUD ALPACHACA

Anexo B: Encuesta dirigida a los usuarios con ECNT del C.S. Alpachaca, aplicada en Google Forms

Tema: Enfermedades crónicas no transmisibles relegadas durante la pandemia del coronavirus COVID-19, en el centro de salud Alpachaca, 2021

Instrucciones: Se solicita muy cordialmente contestar la presente encuesta según usted considere apropiada.

1. ¿Cuál es su edad, en años cumplidos?

2. ¿Cuál es su sexo según su cédula de identidad?

a) Hombre

b) Mujer

3. Seleccione la etnia con que usted se siente identificado.

a) Mestizo

b) Afroecuatoriano

c) Mulato

d) Blanco

Otros: _____

4. Seleccione su estado civil actual.

a) Soltero

b) Casado

c) Unión libre

d) Divorciado

e) Separado

d) Viudo

5. En su hogar convive con:

a) Familiar

b) Amigo

c) Vive solo

6. ¿Recibe apoyo económico por parte de algún familiar o amigo?

- a) Si
- b) No

7. De acuerdo con su edad y enfermedades, ¿necesita de un cuidador?

- a) Si
- b) No

8. ¿Cuál es su situación laboral?

- a) Empleado
- b) Desempleado

9. ¿Cuáles son sus ingresos económicos?

- a) Menor del sueldo básico
- b) Sueldo básico (400 dólares)
- b) Mayor del sueldo básico
- c) Ninguno

10. ¿Ha sido diagnosticado o se encuentra en tratamiento de alguna de las siguientes patologías?

- a) Diabetes
- b) Hipertensión arterial
- c) Cáncer

Otros:

11. ¿Durante la pandemia del COVID-19 tuvo acceso a atención médica?

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Ocasionalmente (una vez al mes)
- d) Frecuentemente (una vez a la semana)

12. En caso usted haya asistido al Centro de Salud, ¿Qué tan difícil fue llegar a la unidad de salud por el toque de queda?

- a) Muy difícil
- b) Normal
- c) Muy fácil
- d) No asistió

13. ¿Cómo o en qué se movilizó para llegar al centro de salud?

- a) Transporte propio
- b) Transporte particular
- c) Caminata
- d) Bicicleta
- e) No se movilizó al Centro de Salud

14. ¿Qué tan satisfecho se encuentra en relación con la disponibilidad de medicación en el C.S. Alpachaca?

- a) Extremadamente satisfecho
- b) Muy satisfecho
- c) Moderadamente satisfecho
- d) Poco satisfecho
- e) No satisfecho

15. ¿Usted buscó otras alternativas para actuar ante su estado de salud?

- a) Acudió a un consultorio privado
- b) No acudió a un consultorio privado por ausencia de recursos
- c) Alternativas en casa (remedios caseros)
- d) Ninguna

16. ¿Usted contaba con los recursos suficientes para comprar la medicación que no disponía el centro de salud?

- a) Nunca
- b) Muy pocas veces
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

17. ¿Está de acuerdo en que la falta de medicación afecta su estado de salud?

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Indeciso
- d) En desacuerdo
- e) Totalmente en desacuerdo

18. ¿Si asistió al centro de salud, tuvo una atención de calidad, es decir, entrega de medicamentos, exámenes de laboratorio, ecografías, EKG?

- a) Sí recibió atención, además de entrega de medicamentos y exámenes complementarios
- b) Si recibió atención, pero hubo ausencia de medicamentos, y exámenes complementarios
- c) No recibió atención
- d) No asistió al centro de salud

19. Según su perspectiva piensa que el estado de su salud durante la pandemia fue...

- a) Muy buena
- b) Buena
- c) Regular
- d) Mala
- e) Muy mala

20. ¿Durante la pandemia le realizaron llamadas telefónicas por parte del personal de salud (médico, enfermera u otros) para atender sus necesidades por su enfermedad?

- a) Nunca
- b) Muy pocas veces
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

21. ¿Durante la pandemia le realizaron visitas de personal médico (médico, enfermera u otro) para atender sus necesidades por su enfermedad?

- a) Nunca
- b) Muy pocas veces
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

22. ¿Usted antes de la pandemia tenía agendada una cita médica, en el Centro de Salud, u hospital?

- a) Si
- b) No

23. En relación con la pregunta anterior, ¿Suspendieron su cita médica, debido a las prioridades de la pandemia?

- a) Si
- b) No
- c) No tenía agendada una cita

24. Debido al confinamiento y toque de queda, existía restricción de salir de los domicilios para evitar el contagio; esta situación fue un impacto para la Salud Mental de muchas personas, ¿en algún momento recibió asesoramiento psicológico por parte del personal de salud, sea éste llamada telefónica o visita domiciliaria?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) A veces
- d) Casi nunca
- e) Nunca

25. Según su opinión, ¿la pandemia del Coronavirus afectó o no a la población, especialmente a aquellos que padecen diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o cáncer?

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Indeciso
- d) En desacuerdo
- e) Totalmente en desacuerdo

Anexo C: Entrevista dirigida a la líder del Centro de Salud Alpachaca (Odontóloga

Patricia Gonzalón)

Buenas tardes soy Shirley Garzón, enfermera del Centro de Salud Alpachaca al momento me encuentro estudiando una maestría en Salud Pública mención Enfermería Familiar y Comunitaria, el objetivo de esta entrevista es: determinar qué sucedió con los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles durante la pandemia del covid-19 en el mencionado Centro de Salud; entonces iniciamos.

1 ¿En qué fecha apareció el primer caso COVID-19 perteneciente a la parroquia de Alpachaca?

Buenas tardes soy Patricia Gonzalón, líder del Centro de Salud Alpachaca, en nuestra parroquia el primer caso fue notificado el 25 de marzo del 2020, gracias.

2 ¿A partir del primer caso COVID-19, cuántos cercos epidemiológicos se han realizado?

Incluido el primer caso se realizaron tres cercos epidemiológicos, tomando en cuenta 1 km a la redonda.

3 ¿Con cuántos profesionales contaba para realizar los cercos epidemiológicos?

Aproximadamente con 10 profesionales en cada jornada que se salía a la realización de esta actividad.

4 ¿En algún momento se cerró la unidad operativa para realizar el o los cercos epidemiológicos?

No, no se podía cerrar la unidad ya que siempre tenía que quedar un equipo mínimo básico atendiendo cualquier urgencia o evento que se presente en la unidad.

5 ¿Cuántos seguimientos a casos COVID-19 se realizaron en la unidad operativa a partir del mes de marzo del 2020?

De momento hasta la actualidad si se han debido realizar alrededor de más de 150 casos.

6 ¿Usted contaba con suficiente personal para brindar a atención médica a toda la población y además a los casos COVID-19?

No, porque incluso antes de la pandemia la brecha de profesionales a sido amplia, tanto en personal médico como de enfermería, entonces, nunca se podido cubrir con todas las atenciones y aún más ahora con la pandemia y con los casos COVID-19.

7 Debido al horario del toque de queda a partir de las 14:00 pm las personas tenían restricción de salir de sus hogares. ¿Qué pasó con las citas de call center asignadas en el horario a partir de las 14:00pm? ¿Cuántas citas fueron suspendidas y cuántas reprogramadas?

Bueno cuando inició la pandemia en el mes de marzo y con las nuevas restricciones del toque de queda, el Call Center suspendió el agendamiento en la tarde, incluso la agenda ya no fue normal en vista de que se bloqueó y se atendía más urgencias en las distintas áreas como son medicina, obstetricia, y odontología.

8 ¿Durante la pandemia, algún profesional de salud fue diagnosticado COVID-19? ¿Cuántos?

Claro, en la unidad han existido varios casos, creo que en su mayoría han sido casos positivos en diferentes épocas de la pandemia, no todos al mismo tiempo.

9 Los profesionales diagnosticados COVID-19 se ausentaron de sus funciones al realizar la cuarentena, ¿Qué pasó con las citas agendadas, responsables del profesional ausente? ¿Todas fueron atendidas?

Claro cuando los profesionales tenían un diagnóstico positivo al COVID-19 tenían que cumplir un aislamiento dependiendo el lineamiento que estaba vigente en la época que ellos se enfermaban, por lo cual muchas de sus actividades fueron cubiertas por otros profesionales y otras incluso suspendidas o reagendadas para cuando el profesional se reintegre a la unidad operativa.

10 ¿Considera usted que el manejo de la enfermedad ha sido adecuado?

Al no estar preparados creo que a nivel mundial para una pandemia el manejo no ha sido adecuado de esta enfermedad, incluso con los diversos lineamientos que han salido cada 15 días, cada mes, sobre todo al inicio de la pandemia, no se ha manejado de la mejor manera.

11 En relación con pacientes con Enfermedades crónicas no transmisibles, ¿Cree usted que a todos se les realizó el seguimiento respectivo y adecuado?

No, no se podía realizar un seguimiento, ya que primeramente estaban suspendidas las atenciones que no eran emergentes y las atenciones de controles sobre todo de estas enfermedades crónicas quedaron suspendidas, simplemente se realizaba aparentemente un seguimiento telefónico, lo cual no se podía realizar y se les hacía la entrega de la medicación; entonces no tuvieron un control adecuado, muchos de ellos incluso no salían de sus domicilios por el temor a contagiarse, entonces, no se realizó un control de todos los pacientes.

12 Si el paciente con ECNT no podía acercarse a la unidad operativa, estuvo destinado un profesional para realizar visitas domiciliarias. ¿Cómo sabía usted que un paciente necesita una visita domiciliaria?

No, porque al inicio de la pandemia durante varios meses todas las actividades extramurales estaban suspendidas, solo se estaba atendiendo lo que realmente ameritaba, como era el caso de embarazadas, pacientes vulnerables, con discapacidad y eso en casos que lo ameritaba, entonces muchas de las visitas que se realizó, qué fueron muy pocas a los pacientes con ECNT era porque algún familiar se acercaba a la unidad a solicitar ésta visita, en vista de que el paciente tal vez estaba descompensado, no se encontraba con una buena condición de salud, caso contrario no se realizaban visitas domiciliarias.

13 ¿Se realizaba las visitas domiciliarias sólo si un familiar lo requería, o tal vez porque se tenían la disponibilidad de profesionales para actuar con todos?

No, nunca se a tenido un profesional o profesionales que estén destinados a ciertas actividades ya que, con la pandemia, los seguimientos, al inicio incluso los profesionales al hacer un seguimiento COVID, se ausentaba hasta terminar el seguimiento, se aislaba, no acudía a la unidad; entonces la escasez de profesionales con las diversas actividades que se conllevan en la unidad no existía un profesional destinado.

14 Se conoce que un paciente con ECNT necesita medicación diaria. ¿En la unidad operativa se

contaba con la medicación e insumos necesarios para tratar estas enfermedades durante la pandemia?

No, la medicación era escasa en ese tiempo, incluso hasta la actualidad las unidades operativas a nivel nacional han estado desabastecidas teniendo mínimos en relación con medicamentos, por lo que no se a podido solventar las necesidades del paciente.

15 ¿Cuál o cuáles fueron los medicamentos que no se encontraban disponibles?

Varios medicamentos para los enfermos crónicos, sobre todo: Losartán, que era la medicación que más utilizan los enfermos crónicos, y en los caso de los paciente Diabetes como era la Insulina, también había escases de metformina.

16 ¿Cuáles fueron las medidas o sugerencias hacia el usuario o familiar ante la falta del medicamento?

Pues al tener esta escases en las unidades, la única sugerencia era educar al paciente que compre la medicación hasta que esté disponible en la farmacia de la unidad.

17 ¿Cuál es el estado de salud de los pacientes con ECNT?

La verdad es que, quisiera responder esta pregunta como muy satisfactoria, pero desgraciadamente durante la pandemia algunos pacientes se contagiaron con el virus y su desenlace fue la muerte, como le explicaba anteriormente la ausencia de personal de salud de acuerdo a la población asignada, la falta de insumos y medicamentos a sido un problema para éste grupo de riesgo; cómo podemos saber si un paciente con Diabetes se encuentra estable si no se cuenta con tirillas para la medición de la glucosa, no se contaba con insumos en el laboratorio distrital y por ende no existían turnos disponibles para la elaboración de exámenes de laboratorio.

Hasta hoy en día puedo manifestar que no existen los insumos médicos disponibles para saber a ciencia cierta el estado de salud de los pacientes con ECNT.

18 ¿Cree usted que la unidad de salud estaba preparada para enfrentar la pandemia en los meses de marzo a junio, con relación a personal, medicación, insumos, infraestructura?

No, definitivamente no estábamos preparados para sobrellevar una pandemia, como había mencionado al inicio el mundo entero creo que no estuvo preparado para eso, y aún nuestro país que tiene una economía más débil, entonces, no estuvo preparado ya que teníamos de acuerdo a los lineamientos que estaban presentes en nuestros tiempos, teníamos déficit de profesional, medicación escasa, muchas veces el paciente tuvo que comprar, insumos también eran muy escasos, a veces había, en otras ocasiones, muchas veces nosotros tuvimos que costear con todos nuestros insumos y prendas de protección, y la infraestructura que es un problema que llevamos incluso antes de la pandemia.

Para la población asignada que tiene el Centro de Salud Alpachaca, el mismo que sobrepasa los 30 000 habitantes, no es una infraestructura grande, amplia, de igual manera las adecuaciones no están en las mejores condiciones. En ninguno de los aspectos creo que estábamos preparados, aparte del temor que causó esta enfermedad, tanto en la población en general y en los profesionales.

x

Pati, agradeciendo su colaboración, sepa que esta investigación será de gran aporte; para en un futuro si se presenta tal vez algún otro tipo de pandemia; no dejar de lado ninguna de las otras enfermedades ya que todas son importantes, muchas gracias

Gracias a usted

Anexo D: Formulario de consentimiento Informado



Universidad Técnica del Norte
Instituto de Postgrado



Consentimiento Informado para los usuarios y líder del Centro de Salud Alpachaca.

Tema: Enfermedades crónicas no trasmisibles relegadas durante la pandemia del coronavirus COVID-19, en el centro de salud Alpachaca, 2021

Shirley Carla Garzón N.

Maestría en Salud Pública mención Enfermería Familiar y Comunitaria.

Objetivo: Describir la situación de las enfermedades crónicas no transmisibles durante la pandemia del COVID-19, en el Centro de Salud Alpachaca, período 2021.

El presente documento es el formulario de consentimiento informado (para aceptar si está de acuerdo en participar)

Formulario de Consentimiento

He sido invitado/a participar en la investigación cuyo objetivo de estudio es describir la situación de las enfermedades crónicas no transmisibles durante la pandemia del COVID-19, en el Centro de Salud de Alpachaca, período 2021. Entiendo que recibiré un cuestionario que tendré que contestar con sinceridad y veracidad, para la obtención de información real y que no afectará de ninguna forma a mi persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____ Día/mes/año

Si es analfabeto

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____ Huella dactilar del participante

Firma del testigo _____

Fecha _____ Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador Shirley Carla Garzón Narváez

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado SCGN.