

# Estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre COVID-19 y diseño de estrategias metodológicas de información, educación y comunicación (IEC)

Informe Final

---

CARE Perú  
Av. Javier Prado Este 444. Piso 24 - Of 2401 B  
San Isidro 15046, Lima, Perú  
[care.org.pe](http://care.org.pe)

Chakakuna Investigación Medios & Desarrollo SAC  
Calle Hualcan 1301  
Los Olivos 15301, Lima, Perú  
[chakakuna.com](http://chakakuna.com)

## **CRÉDITOS**

Responsables del estudio:

Tomás Osores  
Lucero Cuba Varas  
Nicolás Vargas Ugalde

Asistentes en la fase cualitativa del estudio:

Karla Siccha  
Vicky Soto  
Andrea Morales

Asistente en la fase cuantitativa del estudio:

Gustavo Solórzano

Asesora en salud comunitaria:

Denise Sacsa

Aplicación de instrumentos cuantitativos:

Gustavo Solórzano, Angelica Magallanes, Caida Garay, Daniela Huerta, Ester Blas, Heydi Valderrama, Huata Rivera, Agustin Mateo, Janeth Flores, Lisernith Loarte, Luis Espiritu, Maruja Utrillo, Miguel Ostos, Percy Ardiles, Raquel Urbano, Rudy Doroteo, Susana Melgarejo, Teolinda Melgarejo, Vania Montaña, Victor Soto, Wilder Espinoza, Eizabeth Chuquimajo, Erick Naveda, Filomeno Bernuy, Giancarlo Falcón, Giomeli Diaz, Herlinda Rueda, Jorge Castillo, Katherine Basurto, Katherine Valverde

© Chakakuna Investigación Medios & Desarrollo  
Calle Hualcan 1301, Los Olivos 15301, Lima, Perú

[chakakuna.com](http://chakakuna.com)

## **GLOSARIO DE SIGLAS**

ACS	Agente Comunitario de Salud
AIO	Área de Influencia Operativa
CAP	Conocimientos, Actitudes y Prácticas
EESS	Establecimientos de salud
FORS	Proyecto Fortalecimiento de la Respuesta Sanitaria Local a través de la Movilización y Reactivación Social
IEC	Información, Educación y Comunicación
LQAS	Lot quality assurance sampling (muestreo por lotes para medición de calidad)
PS	Personal de salud
SINADEF	Sistema Informático Nacional de Defunciones
UGT	Unidad de Gestión Territorial

## ÍNDICE

<b>2. Antecedentes</b>	<b>7</b>
<b>3. Justificación</b>	<b>8</b>
<b>4. Objetivo</b>	<b>9</b>
<b>5. Metodología</b>	<b>10</b>
5.1. Diseño de línea de base y monitoreo CAP	10
5.2. Muestra y distribución	11
5.2.2. Encuesta a personal responsable de los Establecimientos de Salud (componente 2)	14
5.2.3. Entrevista a Agentes Comunitarios y Personal de Salud (componente 2)	17
5.3. Matriz de consistencia	18
<b>6. Actividades desarrolladas</b>	<b>20</b>
<b>6.1. Piloto de la encuesta CAP</b> Con la finalidad de poner a prueba la comprensión de las preguntas prediseñadas para la encuesta CAP, se realizó una prueba piloto de la misma los días 24 y 25 de julio de 2021 a tres agentes comunitarios.	<b>20</b>
<b>6.2. Fase cualitativa</b> La fase cualitativa buscó brindar elementos de interpretación que dialoguen con los resultados obtenidos con las encuestas de la fase cuantitativa, especialmente para los conocimientos, actitudes y prácticas de las familias del AIO. Así mismo, la información recogida permite dar insumos para elaborar la estrategia de Información, Educación y Comunicación. La encuesta abordó cinco tópicos:	<b>20</b>
<b>6.3. Fase cuantitativa</b> Se definió el recojo de dos instrumentos: 1) la encuesta a personal responsables de los establecimientos de salud y 2) la encuesta CAP a familias.	<b>21</b>
<b>6.3.1. Encuesta a responsables EESS</b> El trabajo de campo para las encuestas EESS se desarrolló del 6 de agosto de 2021 al 6 de septiembre de 2021. El equipo encuestador, compuesto de 9 personas integrantes al personal de CARE en las distintas UGT, intercambió las labores de encuesta junto a otras actividades. Las rutas se definieron y recorrieron en función a lo determinado por sus coordinadores.	<b>21</b>
<b>6.3.2. Encuestas CAP a familias</b>	<b>21</b>
<b>6.4. Supervisión</b>	<b>22</b>
<b>6.5. Análisis de datos</b>	<b>22</b>
<b>7. Resultados</b>	<b>23</b>
<b>7.1. Características sociodemográficas</b>	<b>23</b>
7.1.1. Sobre las familias	23
7.1.1. Sobre el personal de salud	31
<b>7.2. Resultados y discusión por dimensiones</b>	<b>36</b>
7.2.1. Dimensiones de la encuesta a familias	<b>37</b>

<b>7.2.2. Dimensiones de la encuesta a personal de salud</b>	<b>55</b>
<b>8. Conclusiones y recomendaciones</b>	<b>68</b>
<b>9. Propuestas de estrategias de información, educación y comunicación</b>	<b>74</b>
9.1 Recomendaciones generales	74
9.1.1. Definiciones	74
9.1.2. Propuestas por dimensiones	75
9.1.3. Propuestas de audiencias objetivo	77
Se sugiere identificar los grupos de personas a los cuales se dirigirá la estrategia, tanto una audiencia principal como una secundaria. Así, las recomendaciones estarán enfocadas en personas con roles de liderazgo y roles clave en las comunidades. Por supuesto, se espera alcanzar a la mayor cantidad de personas con la estrategia IEC; sin embargo, a partir de los hallazgos sugerimos foco en dos perfiles específicos.	<b>77</b>
<b>9.1.4. Propuestas para principios de diseño</b> A partir de una lectura conjunta de los resultados de las encuestas y las entrevistas de corte cualitativo, se generan una serie de recomendaciones alrededor del tipo de mensajes para que la estrategia IEC coadyuve al impacto positivo de la intervención. En este sentido, se presentan principios de diseño que buscan alinear los mensajes futuros que los equipos de ejecución realicen. Estos han sido contrastados con recomendaciones de organismos internacionales como el Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC por sus siglas en inglés) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el tratamiento de la comunicación de crisis sanitaria.	<b>78</b>
9.2 Recomendaciones de comunicación por UGT	80
<b>10. Bibliografía</b>	<b>84</b>
<b>11. Anexos</b>	<b>86</b>

# 1. Resumen ejecutivo

Este estudio se realizó en el marco del Proyecto Fortalecimiento de la Respuesta Sanitaria Local que tiene como objetivos: i) fortalecer las capacidades de respuesta organizada de los sistemas de salud locales y las comunidades/territorios del área de influencia operativa de Antamina frente a la emergencia COVID-19, priorizando a la familia y ser humano en su protección, cuidado y capacidad de contagio; y ii) acompañar el tránsito hacia una comunidad/territorio saludable que gestione un nuevo escenario post emergencia, protegiendo y promoviendo la salud de la población.

El objetivo específico del estudio fue conocer la situación actual con relación a los Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) frente a la COVID-19 y otros cuidados de la salud, de las familias, agentes comunitarios de salud y comités COVID-19 comunales y distritales, así como entender el nivel de organización y articulación de los servicios de sanitarios y las organizaciones de base o comunales. Para ello, se aplicaron tres instrumentos. En primer lugar, una encuesta CAP a familias, aplicada a 276 jefas/es de hogar de las cinco UGT. En segundo lugar, una encuesta en los establecimientos de salud de las cinco UGT, aplicada a 111 profesionales de la salud. En tercer lugar, entrevistas semiestructuradas aplicadas a 5 agentes comunitarias de la salud y a 5 profesionales de la salud de los establecimientos de las UGT.

A partir del análisis sociodemográfico de la información recabada, se identificó que el perfil de la persona responsable del cuidado en el hogar es el de una mujer, adulta joven y adulta, quechuahablante en su mayoría, y que consume múltiples medios de información. Por su parte, el perfil del personal de salud es el de enfermeras, que residen con su familia en la misma zona, con diversos tipos de contrato, pero con mayor arraigo en la zona del establecimiento de salud que otros profesionales de la salud. Ambos perfiles constituyen una audiencia específica, reconocible, y con el potencial para aprovechar y multiplicar los conocimientos y prácticas adecuadas sobre la COVID-19 en el corto, mediano y largo plazo. Asimismo, el perfil de las ACS no dista mucho, salvo por la ocupación y el nivel educativo de los dos perfiles previamente mencionados, por lo que parecería ser un puente adecuado en el trabajo articulador de comunidad y establecimiento de salud.

En cuanto a la encuesta CAP, en la dimensión de conocimientos, se ha identificado la necesidad de priorizar el conocimiento sobre la vacuna y su funcionamiento, así como sobre los grupos de riesgo ante la COVID-19. En la dimensión de actitudes, se encontró que algunas ideas de teorías de conspiración gozan de aceptación social a la vez que resulta importante trabajar en la relación entre la comunidad y el sistema de salud en toda su complejidad: desde los EESS y profesionales de la salud, pasando por el rol de la comunidad y de las familias en el monitoreo y control de su propia salud. Y en la dimensión de prácticas, se identificó la necesidad de trabajar en aquellas prácticas relativas a la interacción con otras personas y a cómo actuar ante la sospecha de COVID-19. Dado el riesgo de una tercera ola, corresponde reforzar prácticas pertinentes a la fase actual de la pandemia.

En cuanto a la encuesta a personal de salud de los establecimientos de salud, se ha confirmado la necesidad de refuerzo en las cuatro dimensiones abordadas, con prioridad en los conocimientos sobre el diagnóstico y atención de pacientes en el primer nivel de atención; específicamente, en la atención según tipos de casos, así como los protocolos para la aplicación de pruebas de detección de COVID-19. Respecto a este punto, es importante mencionar que, a lo largo de la pandemia, los

criterios para la atención de pacientes con COVID-19 han ido variando, lo cual explicaría que no se cuenta del todo con un criterio homogeneizado a lo señalado por la normativa. En ese sentido, se sugiere enfocar la intervención como un fortalecimiento que construye sobre lo avanzado por parte del personal de salud y la población, por sobre la idea de "corrección" de conocimientos con miras a alcanzar un indicador meta.

A modo de consideraciones para la intervención del proyecto, es importante mencionar el rol del quechua como lengua que usa más de la mitad de la población encuestada, de modo que es clave para el diseño de la estrategia. Si bien se encontró poca participación de la población en actividades comunitarias (relativas al COVID-19), lo cual representa un reto para articular esfuerzos en el ámbito de la salud; se recogió que los medios como la radio, las redes sociales (WhatsApp, Facebook) y las personas serían efectivos para acercar mensajes a la ciudadanía de la AIO. Del mismo modo, se recomienda dotar de recursos (equipamiento, jabón, mascarilla) para que las prácticas que se desea cambiar puedan realmente efectuarse en la vida diaria. Finalmente, es importante mencionar que la salud mental de la población ha sido golpeada por el contexto de la pandemia y, si bien la preocupación por la salud está más controlada debido a la implementación de la vacunación, la preocupación por la situación económica es un factor a tener en consideración.

El presente documento contiene la justificación y metodología del estudio, el detalle de las actividades desarrolladas, los resultados y su correspondiente discusión, las conclusiones y recomendaciones del estudio y, finalmente, la propuesta para la elaboración de la estrategia IEC. Como anexos que se encuentran adjuntos al presente documento, se encuentran las matrices de dimensiones, indicadores e ítems, así como las fichas de indicadores; los instrumentos aplicados; las bases de datos; las tablas de reporte generadas con sus respectivos cruces; y la guía para el monitoreo posterior.

## 2. Antecedentes

Este estudio se realizó en el marco del Proyecto Fortalecimiento de la Respuesta Sanitaria Local a través de la Movilización y Reactivación Social (FORS) que tiene como objetivos: i) fortalecer las capacidades de respuesta organizada de los sistemas de salud locales y las comunidades/territorios del área de influencia operativa de Antamina frente a la emergencia COVID-19, priorizando a la familia y ser humano en su protección, cuidado y capacidad de contagio; y ii) acompañar el tránsito hacia una comunidad/territorio saludable que gestione un nuevo escenario post emergencia, protegiendo y promoviendo la salud de la población.

Al 9 de octubre de 2021, de acuerdo con la Sala Situacional COVID-19 Perú y el SINADEF<sup>1</sup>, se registran un total de 216,687 personas fallecidas, lo cual ubica al Perú como el sexto país con más muertos registrados y el primero por muertes para cada 100,000 habitantes<sup>2</sup>. Al 10 de enero de 2021, la Dirección Regional de Salud de Ancash reporta un total de 5,488 defunciones, principalmente en las provincias del Santa (3,467), Huaraz (808), Casma (208), Huarmey (161) y con una letalidad promedio del 5.9% para la región<sup>3</sup>.

En dicho contexto, se planteó realizar el proyecto Fortalecimiento de la Respuesta Sanitaria Local en el área de influencia de Antamina (AIO) en la región Ancash, con una población acotada en la Región Huánuco y Región Lima, ofrece atención social a través de unidades de gestión territorial (UGT). A su vez, el proyecto se propone articular y contribuir a fortalecer las capacidades de los Establecimiento de Salud vinculados a 5 redes de salud y 2 DIRESA (Ancash y Lima Región)<sup>4</sup>.

La intervención propuesta contempla dos componentes: 1) comunal, a través de un sistema de vigilancia basado en la comunidad, la conformación y fortalecimiento de los espacios locales COVID-19 y el acompañamiento de iniciativas comunales de respuesta al COVID-19, así como 2) de articulación de establecimientos de salud a través del soporte al trabajo que realizan tanto con un servicio de ambulancias por cuatro meses como por la ejecución de un servicio de asistencia técnica personal al trabajo COVID-19

En el marco de las acciones requeridas para la realización de este proyecto destaca el necesario levantamiento de información para la población involucrada en ambos componentes: familias y personal de salud. Por ello se optó por el desarrollo de encuestas de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) como mecanismo para obtener información preliminar que permita sustentar una estrategia de intervención en Información, Educación y Comunicación (IEC).

---

<sup>1</sup> MINSA. Sala Situacional COVID-19 [https://covid19.minsa.gob.pe/sala\\_situacional.asp](https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp)

<sup>2</sup> Coronavirus Resource Center <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>

<sup>3</sup> DRE ANCASH <https://diresancash.gob.pe/covid19/>

<sup>4</sup> CARE Perú. Fortalecimiento de la respuesta sanitaria local a través de la movilización y reactivación social - FORS. Programa de reactivación económica y social – PRES. 7 de enero de 2020.

### 3. Justificación

Las encuestas de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) han sido utilizadas para estudiar a poblaciones específicas sobre lo que conocen (interpretaciones, conocimientos y saberes, sean o no puestos en práctica), sus actitudes (posición o tendencia que aproxima la posibilidad de acción) o hacen (acciones concretas vinculadas a la salud) respecto a un tema en particular (WHO 2008: 6). Identificar estos tres aspectos permitirá evidenciar vacíos, conceptos erróneos o malentendidos para una población determinada que podría generar una vulnerabilidad en salud y sobre los cuales se podría realizar incidencia (Gumucio et. al. 2011: 4-5). Las encuestas CAP se han utilizado para medir resistencias a políticas de planificación familiar (Marías & Glasauer, 2014: 5), para planificar, implementar, monitorear y evaluar iniciativas de combate comunitario ante la tuberculosis (Turk, et. al., 2013), temas en población infantil (Sariego & Gáñez, 2012) o nutrición (Marías & Glasauer, 2014).

Para el caso de la pandemia por COVID-19, los estudios CAP permitieron identificar qué tipo de población se encontraba con mejores conocimientos y prácticas: mujeres educadas en Irán (Erfani et. al. 2020), población educada en Venezuela (Chacón et. al. 2021) y jóvenes en Paraguay (Ríos-González 2020). También se pudo conocer qué tipo de mensajes e intervención se necesitaba priorizar: un enfoque multilingüe enfocado en líderes y con entrega de insumos de aseo en Guatemala (Guatemala Indigenous Municipalities 2020) o gestionar los retos para mantenerse en casa en Paraguay (UNICEF 2020).

Un estudio CAP multinacional encontró conocimientos y actitudes moderados pero un mejor nivel en prácticas. De hecho, se encontró una relación directa moderada entre el grado de conocimientos y buenas actitudes con un menor miedo a contagiarse, y una relación aún mayor entre actitudes y prácticas. La ansiedad ante el contagio puede agravarse dadas las preocupaciones económicas o estar embarazada. Finalmente, las zonas rurales mostraron menores niveles de conocimientos y prácticas que sus contrapartes urbanas, quizás por su mayor nivel educativo y acceso a información digital (Sarria Guzmán et. al. 2021: 7). En síntesis, la información recogida por una encuesta CAP permite el diseño, monitoreo y evaluación de múltiples intervenciones en salud.

Por otra parte, la estrategia de comunicación será transversal a los resultados esperados por el proyecto. CARE Perú partirá de un enfoque de comunicación para el desarrollo, el cual no se limita al suministro de información, sino que también implica la comprensión de las personas, de sus creencias y valores, y de las normas sociales y culturales que rigen sus vidas. Por otro lado, el objetivo es el de fomentar y preservar comportamientos positivos y adecuados, para lo cual tendrá como punto de partida el análisis de la línea de base y la evaluación cualitativa de las prácticas de salud, a través del estudio CAP.

El diseño de la Estrategia de Cambio de Comportamiento en base a los resultados del CAP guiará las acciones que se implementarán en diferentes niveles, a nivel individual y grupal. A nivel comunitario se sustentará principalmente en la vigilancia comunitaria y se encontrarán alineados a las creencias de la comunidad y prácticas priorizadas, y el material que se elabore será validado localmente para asegurar su adecuación y pertinencia intercultural para los distintos públicos.

## 4. Objetivo

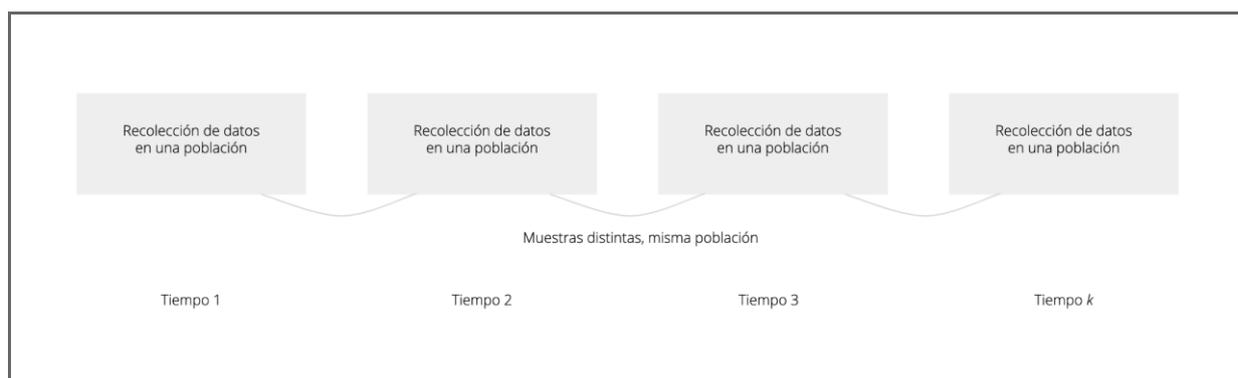
El objetivo específico de este estudio es conocer la situación actual con relación a los Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) frente al COVID-19 y otros cuidados de la salud, de las familias, agentes comunitarios de salud y Comités Covid-19 comunales y distritales, así como entender el nivel de organización y articulación de los servicios de sanitarios y las organizaciones de base o comunales.

## 5. Metodología

### 5.1. Diseño de línea de base y monitoreo CAP

Las encuestas CAP que se aplicaron se inscriben en un diseño longitudinal de tendencia. Este tipo de diseño recoge datos de una misma población en distintos momentos para realizar inferencias sobre la evolución de indicadores en el tiempo (Hernández, et. al. 2014: 159-160). En este caso, la línea de base corresponde al primer recojo y se acompañará de recojos posteriores de monitoreo, tal como se detalla en la Figura 1.

Figura 5.1. Esquema de un diseño longitudinal de tendencias (Hernández, et. al. 2014: 160)



Una vez definidos los objetivos y la población (hogares y personal de salud), se procedió a construir la muestra (ver sección correspondiente). El cuestionario, por su parte, se basó en otros cuestionarios ya estandarizados, cuyas preguntas se adaptaron y validaron a través de una prueba piloto<sup>5</sup>. Alternativamente, se creó una versión virtual del instrumento para poder recoger información en zonas con señal de internet.

En relación al trabajo de campo, se tomaron las siguientes medidas para garantizar la neutralidad de la información. Para empezar, se hizo énfasis en las capacitaciones que los instrumentos solo buscaban captar conocimientos de la población, pero no evaluarlas ni calificarlas. Así mismo, se sugirió no emitir juicios de valor durante la realización de estas encuestas. Los cuestionarios contaron con indicaciones dirigidas al personal encuestador que permitieron guiar el recojo de las respuestas de modo que se aseguró una aplicación estandarizada.

El trabajo de campo se realizó con desplazamiento del equipo empadronador a las zonas de trabajo asignadas. Este equipo remitió imágenes de las encuestas para ser digitadas por un investigador independiente en Lima, mientras que adicionalmente se conservaron las copias físicas. Una vez realizada la digitación en la base de datos, un investigador independiente realizó una supervisión del 30% de encuestas por medio de llamadas telefónicas a los encuestados (Gumucio, et. al. 2011).

<sup>5</sup> Esta se realizó durante los días 24 y 25 de julio de 2021 con tres agentes comunitarios en salud y permitió adaptar algunos términos para una mejor comprensión a la población local.

## 5.2. Muestra y distribución

Para el presente estudio, considerando la distribución de la población de familias y personal de salud, actores clave de los dos componentes de intervención, se consideró la metodología *Lot Quality Assurance Sampling* (LQAS) o, en castellano, muestreo por lotes para medición de calidad.

Este método de muestreo está concebido para evaluar la performance de una intervención en un conjunto de *áreas de intervención* en relación a un umbral previamente definido (*benchmark*)<sup>6</sup>. El uso de muestras pequeñas en este modelamiento estadístico permite abarcar territorios amplios.

Una vez recogida la información, se aplican reglas de decisión en función al tamaño de muestra (*sample size*), sobre el cual se puede concluir que la cobertura del umbral corresponde a la cantidad de casos meta encontrados (a lo largo de la fila correspondiente en *sample size* (ver tabla 1). Así, a partir de la identificación de las entidades con mayores brechas, se pueden dirigir los esfuerzos para priorizar el refuerzo en el desempeño de estas, por ejemplo, en una intervención.

Tabla 5.1. Reglas de decisión óptima para LQAS para muestras de 12 a 30 casos (Valadez 2002: 179)

Sample Size	Annual Coverage Benchmarks (for Monitoring and Evaluation) or Average Coverage (Baselines, Monitoring, and Evaluation)																	
	10%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%	85%	90%	95%
12	na	na	1	1	2	2	3	4	5	5	6	7	7	8	8	9	10	11
13	na	na	1	1	2	3	3	4	5	6	6	7	8	8	9	10	11	11
14	na	na	1	1	2	3	4	4	5	6	7	8	8	9	10	11	11	12
15	na	na	1	2	2	3	4	5	6	6	7	8	9	10	10	11	12	13
16	na	na	1	2	2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	11	12	13	14
17	na	na	1	2	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
18	na	na	1	2	2	3	5	6	7	8	9	10	11	11	12	13	14	16
19	na	na	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
20	na	na	1	2	3	4	5	6	7	8	9	11	12	13	14	15	16	17
21	na	na	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	14	16	17	18
22	na	na	1	2	3	4	5	7	8	9	10	12	13	14	15	16	18	19
23	na	na	1	2	3	4	6	7	8	10	11	12	13	14	16	17	18	20
24	na	na	1	2	3	4	6	7	9	10	11	13	14	15	16	18	19	21
25	na	1	2	2	4	5	6	8	9	10	12	13	14	16	17	18	20	21
26	na	1	2	3	4	5	6	8	9	11	12	14	15	16	18	19	21	22
27	na	1	2	3	4	5	7	8	10	11	13	14	15	17	18	20	21	23
28	na	1	2	3	4	5	7	8	10	12	13	15	16	18	19	21	22	24
29	na	1	2	3	4	5	7	9	10	12	13	15	17	18	20	21	23	25
30	na	1	2	3	4	5	7	9	11	12	14	16	17	19	20	22	24	26

na: not applicable, meaning LQAS cannot be used in this assessment because the coverage is either too low or too high to assess an SA.  
Notes:  $\alpha$  and  $\beta$  errors < 10% for all decision rules except where noted. Lightly shaded cells indicate where  $\alpha$  or  $\beta$  errors are  $\geq 10\%$ .  
Darker cells indicate where  $\alpha$  or  $\beta$  errors are  $\leq 15\%$ .

La metodología sugiere que en caso que el tamaño de muestra sea insuficiente, por motivos logísticos u otros, la interpretación de las reglas de decisión han de pasar a la entidad territorial superior. Es decir, de centro poblado a distrito, o en su defecto a provincia o, finalmente, a Unidad de Gestión Territorial. A continuación, se detallan las muestras constituidas tanto para las dos encuestas como

<sup>6</sup> Si bien este tipo de muestreo fue inicialmente implementado en el ámbito industrial, en las últimas décadas, su uso se ha adaptado para el desarrollo y gestión de la calidad de los servicios de atención en salud descentralizada (Valadez 2002: 170).

para las entrevistas aplicadas. Para todos los casos, el punto de partida son las 5 Unidades de Gestión Territorial.

Se detalla a continuación los muestreos realizados para el uso del LQAS en ambas encuestas y entrevistas.

### 5.2.1. Muestreo para Encuesta CAP a familias (componente 1)

A partir de la lista de 47 espacios comunales de intervención, se contabilizó la población aproximada en el XII Censo de Población 2017. Sobre ello, se propuso asignar una cantidad de casos a recoger por centro poblado de manera que a nivel distrital (o en su defecto, a nivel provincial), se pueda lograr alcanzar un mínimo de 19 casos totales. Dicha cantidad permite aplicar las reglas de decisión LQAS, las que permiten priorizar aquellas zonas en el territorio en donde los indicadores resulten más bajos. Es importante mencionar que las encuestas se aplicaron al jefe/a de hogar o quien estuviera a cargo del hogar en el momento de la encuesta.

Si bien se previó visitar todas las zonas, ello no fue siempre posible, ya sea por haberse completado los casos a nivel de distrito, provincia o UGT o ya sea por dificultades de tipo logístico (inaccesibilidad o negativa de la población hacia la intervención). En la siguiente tabla, se detallan los casos recogidos (91 encuestas recogidas por Google Forms, 184 recogidas por encuestas en papel) por espacio comunal de intervención, distrito, provincia y UGT, y se indica aquellos niveles que alcanzaron la representatividad para las reglas de decisión LQAS, es decir, con al menos 19 encuestas (con el símbolo ■).

**Tabla 5.2.** Distribución de encuestas por espacio de intervención.

Fuente: Equipo de Proyecto FORS. Propuesta Metodológica y Económica del proyecto FORS.

UGT	Provincia	Distrito	Espacios Comunales De Intervención (Población Registrada según INEI 2017) <sup>7</sup>	Sexo		Total	Obs
				Femenino	Masculino		
Mina ■	Huari (24) ■	San Pedro de Chana (7)	01 Comunidad Campesina Santa Cruz de Pichiu (13 anexos) (79)	6	1	7	
			02 Anexo Ayash Huaripampa (190)	2	5	7	
		San Marcos (17)	03 Anexo Ayash Pichiu (-)	4	3	7	
			04 Anexo Pampas de Huaman (-)	2	1	3	
			05 Caserío CP Juprog (47)			0	cuota completa
San Marcos ■	Huari (74) ■	San Marcos (42) ■	06 San Marcos Sur: Pichiu SP, Pichiu Quinuaragra, Quinuaragra, Mosna (681)	7	1	8	
			07 Centro Poblado Challhuayaco (-)	3	2	5	

<sup>7</sup> Se señala (con el símbolo \*) aquellos Centros Poblados cuyos datos poblacionales no se encuentran disponibles en la lista de centros poblados del [Directorio Nacional de Centros Poblados del INEI](#)

		08 Centro Poblado Rancas (432)	4	3	7	
		09 Centro Poblado Runtu (259)	6	3	9	
		10 Comunidad Campesina Carhuayoc y Centro Poblado Pujún (110)	2	3	5	
		11 Comunidad Campesina Huaripampa (1205)	8	0	8	
		12 Chavín Zona Norte: Huarimayo (436) <sup>+</sup>	6	2	8	
	Chavín de Huantar (23) ■	13 Chavín Zona Centro: Chichucancha, Machac, Quercos, Tambillos, Ciudad de Chavín (3146)	5	3	8	
		14 Chavín Zona Sur: Uchuhuyata (117)	5	2	7	
		15 Comunidad Campesina de Huachis (946)			0	cuota completa
	Huachis (0)	16 Huariamasga (233)			0	cuota completa
	San Pedro de Chana (9)	17 Comunidad Campesina Vichón + Santa Rita (383)	6	3	9	
		18 Comunidad Campesina Crespo y Castillo (*)	0	4	4	
	Huallanca (19) ■	19 Comunidad Campesina Yacuash (*)	3	2	5	
		20 Comunidad Campesina Ututupampa (*)	1	4	5	
		21 Comunidad Campesina Yaruwilca (*)	2	3	5	
		22 Comunidad Campesina Aquia (599)			0	dif. logísticas
	Bolognesi (38) ■	23 Comunidad Campesina Base Racrachaca (309)			0	dif. logísticas
		24 Comunidad Campesina Base Pachapaqui (511)			0	dif. logísticas
		25 Comunidad Campesina Base Uranyacu (120)			0	dif. logísticas
	Huallanca ■	26 Comunidad Campesina Chiquián (3514)	6	5	11	
		27 Comunidad Campesina Carcas (261)	6	2	8	
		28 Comunidad Campesina Catac (2776)	9	2	11	
	Recuay (21) ■	29 Comunidad Campesina Utcuyacu (145)	5	5	10	
		30 Comunidad Campesina Túpac Amaru (798)	3	6	9	
	Huari (17)	31 Zona Tres caseríos: Taruscancha, Huallacancha, Ninacocho (16)	4	4	8	
		32 Distrito de Llata (6027)	9	2	11	
	Huamálíes (Huánuco) (19) ■	33 Comunidad Campesina Puños (1185)	6	2	8	

		(Huánuco) (8)					
	Colquioc (8)	34	Distrito de Colquioc (1661)	6	2	8	
	Cajacay (8)	35	Distrito Cajacay (671)	8	0	8	
Bolognesi (16)	Antonio Raimondi (0)	36	Distrito Antonio Raymondi (344)			0 dif. logísticas	
	Chiquian (0)	37	Centro de salud de Chiquián (*)			0 dif. logísticas	
	Huayllacayan (0)	38	Distrito de Huayllacayan (430)			0 dif. logísticas	
Valle Fortaleza	Pampas Chico (0)	39	Distrito Pampas Chico (174)			0 cuota completa	
	Marca (8)	40	Distrito de Marca (1191)	6	2	8	
	Recuay (23)	41	Pararín (Sectores del Valle Fortaleza: Rinconada, Mandahuaz, Huáncar, Malvado y Huaquish) (573)	7	1	8	
		Llacllin (7)	42	Centro Poblado de Chaucaayán (167)	7	1	8
	Barranca (Lima) (19)	Paramonga (zona rural - Lima) (19)	43	Centro Poblado de Huaricanga (166)	7	2	9
		44	Centro Poblado de Anta (267)	5	5	10	
UGT Huarmey		45	AA.HH. Puerto Huarmey (1052)			0 dif. logísticas	
	Huarmey y (24)	46	AA.HH. 09 de Octubre (298)			0 dif. logísticas	
		47	Huarmey distrito (17 AA.HH.) (20905)	17	7	24	
TOTAL		47	Espacios de intervención	183	93	276	

### 5.2.2. Encuesta a personal responsable de los Establecimientos de Salud (componente 2)

A partir del listado de 48 establecimientos de salud en 23 distritos, remitido por CARE, se propuso asignar al menos 21 casos por UGT para poder aplicar las reglas de decisión LQAS. Asumiendo que cada establecimiento tiene al menos un responsable, se planificó realizar un mínimo de 2 a un máximo de 3 encuestas por puesto de salud.

Tabla 5.3a. Distribución de muestra para establecimientos de salud según sexo

UGT	Provincia	Distrito	Zona (Establecimiento de Salud)	Sexo		Cantidad de encuestas
				Femenino	Masculino	
UGT MINA (8)	HUARI	SAN MARCOS	PUESTO DE SALUD AYASH HUARIPAMPA	1	2	3
	HUARI	SAN MARCOS	PUESTO DE SALUD CARHUAYOC	2		2

	HUARI	SAN MARCOS	PUESTO DE SALUD TÓPICO JUPROG	1		1
	HUARI	SAN PEDRO DE CHANÁ	PUESTO DE SALUD SANTA CRUZ DE PICHU	1	1	2
UGT SAN MARCOS (24)	HUARI	HUARI	HOSPITAL HUARI	1	1	2
	HUARI	SAN MARCOS	CENTRO DE SALUD SAN MARCOS		2	2
	HUARI	SAN MARCOS	PUESTO DE SALUD CHALHUAYACO	2		2
	HUARI	SAN MARCOS	PUESTO DE SALUD SAN PEDRO DE PICHU		2	2
	HUARI	SAN MARCOS	PUESTO DE SALUD HUARIPAMPA		1	1
	HUARI	CHAVIN DE HUANTAR	CENTRO DE SALUD CHAVIN	1	1	2
	HUARI	CHAVIN DE HUANTAR	PUESTO DE SALUD CHACPAR	1		1
	HUARI	CHAVIN DE HUANTAR	PUESTO DE SALUD CHICHUCANCHA	2		2
	HUARI	CHAVIN DE HUANTAR	PUESTO DE SALUD MACHAC	3		3
	HUARI	HUACHIS	PUESTO DE SALUD CHUPAN	2		2
	HUARI	HUACHIS	CENTRO DE SALUD HUACHIS	2		2
	HUARI	SAN PEDRO DE CHANÁ	CENTRO DE SALUD SAN PEDRO DE CHANÁ	2		2
	HUARI	SAN PEDRO DE CHANÁ	PUESTO DE SALUD VICHON	1		1
UGT HUALLANCA (22)	BOLOGNESI	HUALLANCA	CENTRO DE SALUD HUALLANCA	2		2
	BOLOGNESI	AQUIA	PUESTO DE SALUD AQUIA		1	1
	BOLOGNESI	AQUIA	PUESTO DE SALUD PACHAPAQUI	1	1	2
	BOLOGNESI	AQUIA	PUESTO DE SALUD RACRACHACA	2		2
	BOLOGNESI	CHIQUIAN	PUESTO DE SALUD PAMPA DE LAMPAS	1		1
	RECUAY	CATAC	CENTRO DE SALUD CATAC		2	2

	RECUAY	RECUAY	HOSPITAL II-1 RECUAY	1	1	2	
	HUAMALIES	PUÑOS	PUESTO DE SALUD PUÑOS	3	4	7	
	HUAMALIES	LLATA	HOSPITAL DE LLATA	3		3	
	BOLOGNESI	CHIQUIAN	CENTRO DE SALUD CHIQUIAN	1	1	2	
	BOLOGNESI	CAJACAY	CENTRO DE SALUD CAJACAY	1	2	3	
	BOLOGNESI	CAJACAY	PUESTO DE SALUD COLCA		1	1	
	BOLOGNESI	CAJACAY	PUESTO DE SALUD SANTA ROSA	2		2	
	BOLOGNESI	ANTONIO RAIMONDI	PUESTO DE SALUD RAQUIA	1	1	2	
	BOLOGNESI	COLQUIOC	CENTRO DE SALUD CHASQUITAMBO	2	1	3	
	BOLOGNESI	HUAYLLACAYÁN	PUESTO DE SALUD HUAYLLACAYAN	2		2	
	BOLOGNESI	HUAYLLACAYÁN	PUESTO DE SALUD YUMPE	3		3	
UGT FORTALEZA (35)	RECUAY	PAMPAS CHICO	PUESTO DE SALUD MAYORARCA	2		2	
	RECUAY	PAMPAS CHICO	PUESTO DE SALUD PAMPAS CHICO	2		2	
	RECUAY	MARCA	PUESTO DE SALUD MARCA	2		2	
	RECUAY	LLACLIN	PUESTO DE SALUD CHAUCAYAN	2		2	
	RECUAY	LLACLIN	PUESTO DE SALUD LLACLIN		1	1	
	RECUAY	PARARIN	PUESTO DE SALUD PARARIN	1	1	2	
	BARRANCA	PARAMONGA	PUESTO DE SALUD DE ANTA	2		2	
	BARRANCA	PARAMONGA	PUESTO DE SALUD DE HUARICANGA	2		2	
	BARRANCA	PARAMONGA	PUESTO DE SALUD TUNAN	2		2	
	UGT HUARMEY (22)	HUARMEY	HUARMEY	HOSPITAL II-1 HUARMEY	8	5	13
		HUARMEY	HUARMEY	PUESTO DE SALUD LA VICTORIA	2		2
		HUARMEY	HUARMEY	PUESTO DE SALUD PUERTO HUARMEY	3		3
		HUARMEY	HUARMEY	PUESTO DE SALUD CULEBRAS	1	1	2

	HUARAZ	HUARAZ	HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA	2		2
<b>TOTAL DE ENCUESTAS</b>				78	33	111

Tabla 5.3a. Distribución de muestra para UGT según profesión y sexo

UGT	Cirujano dentista		Enfermería		Lic. Enfermería		Médico Cirujano		Téc. Enfermería		Obstetra		OTROS (Tec. Laboratorio clínico, Tec. Terapia física, Psicóloga, Ing. Sistemas)		Suma total
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
FORTALEZA			3		8	1	2	4	9	2	5			1	35
HUALLANCA			2		2	3	5	3	3	1	1		1	1	22
HUARMEY	1	1	6		5			2	2	1	1		1	2	22
MINA		1	1				1	2	1		2				8
SAN MARCOS		1	3	1	3		3	5	4		4				24
Suma total	1	3	15	1	18	4	11	16	19	4	13	0	2	4	111

### 5.2.3. Entrevista a Agentes Comunitarios y Personal de Salud (componente 2)

Para lograr contar con información significativa, se planificó realizar un total de 10 entrevistas: 5 con agentes comunitarios y 5 con profesionales de la salud, según la siguiente distribución.

Tabla 5.4. Distribución de entrevistas

UGT	Distrito - Zona	Casos
Mina	San Pedro de Chana - Santa Cruz Pichiu	1 Agente Comunitario en Salud
	San Pedro de Chana - Santa Cruz Pichiu	1 Personal en Salud
San Marcos	Huari - Huachis	1 Agente Comunitario en Salud
	Huari - Conchucos Sur	1 Personal en Salud
Huallanca	Huallanca - Llacuash	1 Agente Comunitario en Salud

	Puños - Microred Puños	1 Personal en Salud
Valle Fortaleza	Chiquián - Carcas Llacllin - Huaylas Sur	1 Agente Comunitario en Salud 1 Personal en Salud
Huarmey	Huarmey - CP Menor Los Árabes Huarmey - Pacifico Sur	1 Agente Comunitario en Salud 1 Personal en Salud

### 5.3. Matriz de consistencia

A partir de la revisión de la documentación del proyecto, se definió un conjunto de dimensiones e indicadores a medir a través de los distintos instrumentos. La siguiente tabla presenta la relación entre el indicador meta del proyecto, la dimensión e indicadores establecidos para encuestas y entrevistas.

Tabla 5.5. Relación entre Indicadores y preguntas de la entrevista.

Indicador meta del proyecto	Dimensión	Indicadores en encuestas CAP y EESS	Preguntas Entrevista
80% de familias del ámbito de intervención que han mejorado sus hábitos para hacer frente al COVID-19 y el cuidado de su salud en general	D11. Nivel de conocimientos sobre la COVID-19	I111. Conocimiento sobre las medidas de prevención de la COVID-19	E04; E5
		I112. Conocimiento sobre la sintomatología de la COVID-19	E04
		I113. Conocimiento sobre la vacuna contra la COVID-19	E06
		I114. Conocimiento sobre el cuidado de una persona con COVID-19 en casa	E14
		I115. Conocimiento sobre los grupos de riesgo de la COVID-19	E03
		I116. Conocimiento sobre la transmisión de la COVID-19	
		I117. Conocimiento sobre cuándo acudir al establecimiento de salud	
	D12. Nivel de actitudes positivas sobre la COVID-19	I121. Creencia en teorías de conspiración	
		I122. Actitudes sobre el sistema de salud	E12; E13; E15
		I123. Optimismo sobre la situación	
		I124. Opinión sobre las autoridades frente a la pandemia	
	D13. Nivel de prácticas adecuadas sobre la COVID-19	I131. Prácticas ante sospecha de COVID-19	E19
		I132. Prácticas al interactuar con otras personas	E09; E10; E11
		I133. Prácticas de prevención de contagios	E09; E10; E11
90% de EESS responsables de la respuesta de atención a la pandemia que cuentan con las competencias adecuadas según nivel de	D21. Nivel de conocimientos sobre la COVID-19	I211. Conocimiento sobre la COVID-19	
		I212. Conocimiento sobre los signos de alarma	
		I213. Conocimiento sobre los grupos de riesgo	
	D22. Nivel de conocimientos sobre las medidas de	I221. Conocimiento sobre las condiciones requeridas en el EESS	
		I222. Conocimiento sobre los EPP de acuerdo a usuario	

atención	prevención de la COVID-19 en el EESS y la comunidad	I223. Conocimiento sobre medidas de prevención y contención de la COVID-19	
	D23. Nivel de conocimientos sobre el diagnóstico y atención de pacientes en el primer nivel de atención	I231. Conocimiento sobre el diagnóstico (examen clínico y prueba) y clasificación clínica	
		I232. Conocimiento sobre el manejo de pacientes en el nivel I de atención	
		I233. Conocimiento sobre la gestión de la información (SISCOVID)	
	D24. Nivel de conocimientos sobre el tratamiento y seguimiento de pacientes con COVID-19	I241. Conocimiento sobre el tratamiento de la COVID-19	E05; E19
I242. Conocimiento sobre el seguimiento a distancia			
I243. Conocimiento sobre el seguimiento presencial (incluye equipos)			
I244. Conocimiento sobre el cuidado de la persona con COVID-19 en casa		E14	
No aplica pues la finalidad es estratégica. Tópicos de apoyo para elaborar la estrategia de Información, Educación y Comunicación	Sobre los Agentes Comunitarios de Salud	No aplica	E16; E20
	Sobre la COVID-19 en la comunidad	No aplica	E01; E02
	Sobre la información sobre la COVID-19	No aplica	E07; E08
	Actitudes del personal de salud	No aplica	E17; E18

## 6. Actividades desarrolladas

A continuación se detallan las actividades desarrolladas en el trabajo de campo. Estas actividades incluyeron el piloto de la encuesta, la capacitación en aplicación de instrumentos, el monitoreo del recojo de información a través de encuestas y entrevistas, la digitación de las primeras y la transcripción de las segundas, así como sesiones de análisis de resultados y presentaciones preliminares de estos al equipo del CARE.

### 6.1. Piloto de la encuesta CAP

Con la finalidad de poner a prueba la comprensión de las preguntas prediseñadas para la encuesta CAP, se realizó una prueba piloto de la misma los días 24 y 25 de julio de 2021 a tres agentes comunitarios.

UGT	Provincia	Distrito	Comunidad
Huallanca	Huamalíes	PUÑOS	PUÑOS
San Marcos	Huari	CHAVIN DE HUANTAR	UCHUHUAYTA
Huallanca	Bolognesi	HUALLANCA	UTUTUPAMPA

Además de validar términos, se identificó que la encuesta tardaba aproximadamente 30 minutos, que el horario más probable que más personas en casa de 7 a 9 de la mañana y de 4 de la tarde en adelante, ya que así los miembros del hogar podrían estar ya de vuelta de sus labores agrícolas. Así mismo se recogió que habían necesidades de equipamiento en materiales y medicinas para las postas, así como de transporte desde los centros poblados a centros de salud alejados y apoyo en acciones de reparación de la vía Ninacocha a San Pedro a causa de un derrumbe.

### 6.2. Fase cualitativa

La fase cualitativa buscó brindar elementos de interpretación que dialoguen con los resultados obtenidos con las encuestas de la fase cuantitativa, especialmente para los conocimientos, actitudes y prácticas de las familias del AIO. Así mismo, la información recogida permite dar insumos para elaborar la estrategia de Información, Educación y Comunicación. La encuesta abordó cinco tópicos:

- Preguntas generales sobre la COVID-19
- Conocimientos de la población sobre la COVID-19
- Actitudes y prácticas de la población sobre la COVID-19
- La población y el sistema de salud
- Actitudes del personal de salud (sección aplicable sólo a personal de salud)

La capacitación en el proyecto y los instrumentos a ser aplicados el 26 de julio. Luego, las entrevistas fueron aplicadas del 27 de julio al 1 de agosto. Las transcripciones y sistematizaciones (disponible en

los anexos de bases de datos) se realizaron hasta el 3 de agosto, a partir de lo cual se pudieron presentar los resultados preliminares de la fase cualitativa ante el equipo de CARE el 4 de agosto.

### **6.3. Fase cuantitativa**

Se definió el recojo de dos instrumentos: 1) la encuesta a personal responsables de los establecimientos de salud y 2) la encuesta CAP a familias.

#### **6.3.1. Encuesta a responsables EESS**

El trabajo de campo para las encuestas EESS se desarrolló del 6 de agosto de 2021 al 6 de septiembre de 2021. El equipo encuestador, compuesto de 9 personas integrantes al personal de CARE en las distintas UGT, intercambió las labores de encuesta junto a otras actividades. Las rutas se definieron y recorrieron en función a lo determinado por sus coordinadores.

El trabajo de campo presentó algunos retos. Para empezar, la distancia existente entre los 48 puestos de salud, ubicados desde 2 a 3 horas unos de otros o incluso a un día entero de distancia (Santa Cruz).

Los establecimientos de salud de zonas alejadas solo contaban con un personal de salud presente (de los dos que se esperaba encontrar y encuestar). Esto ocurría así ya que en ocasiones solo uno está a cargo del turno y se rota con uno quien se encuentra en descanso (Chacua, Aquia, Colca, Llacllin, Pampa de Lampas) o incluso se dan situaciones en las que un persona se rotaba entre dos establecimientos (Juprog y Carhuayoc). Si el personal se encontraba de día libre, se hizo un esfuerzo adicional por contactarlo (Llatas y Puños).

Por su parte, los hospitales de zonas urbanas, si bien más accesibles geográficamente, no contaban con personal disponible para responder la encuesta, particularmente aquel jefe de área. Así mismo, la disponibilidad del personal de salud fue bastante limitada pues se encontraban en medio de sus funciones -en ocasiones trabajando a doble turno- y especialmente durante las campañas de vacunación<sup>8</sup>.

Así mismo, el formato de encuesta en Google Form tuvo un uso limitado en zonas de baja cobertura en la señal de internet. Si bien en principio se podía intentar utilizar este formato, la baja señal retrasaba la aplicación de la encuesta e incluso produjo pérdida de datos, por lo cual tuvo que repetirse la aplicación al personal de salud cuando estos contaban, como se sabe, con poco tiempo. Finalmente, como ocurre con algunas comunidades, en algunos casos el personal de salud tuvo disposición a colaborar con la encuesta.

#### **6.3.2. Encuestas CAP a familias**

Se realizó un taller de capacitación sobre los instrumentos y su aplicación el sábado 28 de agosto. Este taller se hizo en formato digital y se registró en video para que los trabajadores de campo

---

<sup>8</sup> Ante ello, y al hecho de que la encuesta se percibió como extensa, se optó en ocasiones por dejar una copia de la encuesta o un enlace con la versión electrónica de esta.

podieran acceder a las indicaciones cuando fuese necesario. La grabación y presentación fueron compartidas en un grupo de WhatsApp creado para coordinaciones.

Así mismo, se enviaron versiones físicas de las encuestas el 3 de septiembre hacia la sede de CARE Huaraz. El recojo de la información se desarrolló del 7 de septiembre al 27 de septiembre de 2021 a cargo de 19 encuestadores quienes se desplazaron en un total de 34 zonas. De igual manera, se entregaron los accesos para el llenado de los instrumentos a través de Google Forms en aquellos casos en los que se contase con acceso a internet.

El avance de las encuestas se fue acumulando y monitoreando tanto por fotos de las encuestas en papel realizadas, las cuales se digitalaron el mismo día que fueron recibidas, como de registros en Google Forms. Informes de avance se enviaron con una frecuencia de dos a tres veces por semana, conforme a los registros recibidos y las encuestas.

Como resultado, se alcanzaron un total de 276 encuestas: el 33% (91) recogidas directamente por una versión virtual del cuestionario en Google Forms y el 67% (185) fueron recogidas por encuestas físicas.

#### **6.4. Supervisión**

Para asegurar la confiabilidad de la información, se decidió supervisar el 30% de las encuestas recogidas. En primer lugar, se contabilizó la cantidad de encuestas recogidas por cada encuestador y sobre estas se determinó una cuota proporcional a ser supervisada. A continuación, mediante llamadas telefónicas, se verificaron 5 preguntas a los encuestados que hubieran registrado un número telefónico según las cuotas determinadas. Se consideró adicionalmente una lista de reemplazo a fin de completar dichas cuotas.

Durante la supervisión, se preguntaba por respuestas a preguntas de fácil recordación y que el encuestado haya podido con bastante probabilidad haber respondido días atrás. En caso que la respuesta fuera distinta a la registrada, se pasaba a actualizar dicha información.

Así, la supervisión telefónica para la encuesta al personal de salud se realizó del 20 de agosto al 2 de septiembre a 31 encuestados, mientras que para la encuesta CAP familias se realizó del 25 al 30 de septiembre a 101 encuestados.

#### **6.5. Análisis de datos**

El procesamiento y análisis de la información cuantitativa de ambos instrumentos se realizó del 1 al 7 de octubre utilizando Google Spreadsheets. Toda la información se trabajará protegiendo la privacidad y seguridad de las personas encuestadas. El análisis implicó análisis descriptivo por variables sociodemográficas y la identificación de patrones en función a los indicadores previstos para aquellas unidades territoriales que alcanzaron una cantidad de casos dentro de las reglas de decisión LQAS.

## 7. Resultados

En esta sección, se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos en campo. En una primera parte, se realiza la caracterización demográfica de la muestra de familias encuestadas (mediante encuesta CAP) así como de la muestra de personal de salud encuestado (mediante cuestionario a personal de EESS). En la segunda parte, se muestran y discuten los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones sujetas a medición. Para efectos de la discusión de estas dimensiones, se desagrega por indicador e ítems. De manera transversal a la presentación del análisis de la data cuantitativa, se incorporan los resultados de la fase cualitativa del estudio.

### 7.1. Características sociodemográficas

#### 7.1.1. Sobre las familias

La encuesta CAP se aplicó a un total de 276 personas. La tabla a continuación presenta la cantidad de encuestados/as según UGT y según la provincia y distrito en que se ubicaba el espacio comunal. En algunos casos, se han agrupado distritos con la finalidad de obtener una cantidad suficiente de encuestados/as para realizar un análisis de estos resultados. En adelante, los resultados de la encuesta CAP a familias se presentarán en estas categorías (Provincia y distrito), adicionalmente a las UGT.

Tabla 7.1. Encuestados/as por sexo, según UGT y provincias

UGT	PROVINCIA (DISTRITO)	Femenino		Masculino		Total	
		frec.	%	frec.	%	frec.	%
HUALLANCA	BOLOGNESI (CHIQUIAN)	12	63,2%	7	36,8%	19	100,0%
	BOLOGNESI (HUALLANCA)	6	31,6%	13	68,4%	19	100,0%
	HUAMALÍES (LLATA, PUÑOS)	15	78,9%	4	21,1%	19	100,0%
	HUARI (SAN MARCOS)	7	41,2%	10	58,8%	17	100,0%
	RECUAY (CATAC)	14	66,7%	7	33,3%	21	100,0%
<b>Total HUALLANCA</b>		<b>54</b>	<b>56,8%</b>	<b>41</b>	<b>43,2%</b>	<b>95</b>	<b>100,0%</b>
HUARMEY	HUARMEY (HUARMEY)	17	70,8%	7	29,2%	24	100,0%
<b>Total HUARMEY</b>		<b>17</b>	<b>70,8%</b>	<b>7</b>	<b>29,2%</b>	<b>24</b>	<b>100,0%</b>
MINA	HUARI (SAN MARCOS, SAN PEDRO DE CHANA)	14	58,3%	10	41,7%	24	100,0%
<b>Total MINA</b>		<b>14</b>	<b>58,3%</b>	<b>10</b>	<b>41,7%</b>	<b>24</b>	<b>100,0%</b>
SAN MARCOS	HUARI (CHAVÍN DE HUÁNTAR)	16	69,6%	7	30,4%	23	100,0%
	HUARI (SAN MARCOS, SAN PEDRO DE CHANA)	36	70,6%	15	29,4%	51	100,0%
<b>Total SAN MARCOS</b>		<b>52</b>	<b>70,3%</b>	<b>22</b>	<b>29,7%</b>	<b>74</b>	<b>100,0%</b>
VALLE FORTALEZA	BARRANCA (PARAMONGA)	12	63,2%	7	36,8%	19	100,0%
	BOLOGNESI (CAJACAY, COLQUIOC)	14	87,5%	2	12,5%	16	100,0%
	RECUAY (LLACLIN, MARCA, PARARÍN)	20	83,3%	4	16,7%	24	100,0%
<b>Total VALLE FORTALEZA</b>		<b>46</b>	<b>78,0%</b>	<b>13</b>	<b>22,0%</b>	<b>59</b>	<b>100,0%</b>
<b>Total</b>		<b>183</b>	<b>66,3%</b>	<b>93</b>	<b>33,7%</b>	<b>276</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 7.2. Encuestados/as por sexo, según grupo de edad

Grupos de edad	Femenino		Masculino		Total	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
15 a 29	44	74,6%	15	25,4%	59	100,0%
30 a 39	47	69,1%	21	30,9%	68	100,0%
40 a 49	24	54,5%	20	45,5%	44	100,0%
50 a 59	28	66,7%	14	33,3%	42	100,0%
60 a más	34	61,8%	21	38,2%	55	100,0%
No responde	6	75,0%	2	25,0%	8	100,0%
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>66,3%</b>	<b>93</b>	<b>33,7%</b>	<b>276</b>	<b>100,0%</b>

Sobre las características de las personas encuestadas, se puede decir que dos tercios de estas fueron mujeres y la gran mayoría (80%) era menor de 60 años. Además, respecto al nivel educativo, casi el 40% no tenía estudios o había alcanzado como máximo la primaria. La mayoría (59,1%) reportó que el quechua era su lengua materna. Asimismo, poco menos de la mitad reportó tener ocupación remunerada (ya sea como dependiente o independiente).

La siguiente tabla muestra esta caracterización y sus variaciones en las UGT y los ámbitos más específicos (Provincia y distrito). Llama la atención la alta tasa de adultos mayores en Huarmey y Bolognesi (Chiquian), así como la heterogeneidad en cuanto al nivel educativo y a la lengua materna. Es decir, si bien hay zonas en las que el quechua es ampliamente predominante (UGT Mina, UGT San Marcos), hay zonas en las que este idioma representa más bien un porcentaje menor (UGT Huarmey). Es importante considerar que, al interior de la UGT Huallanca, esta realidad es particularmente diversa.

Tabla 7.3. Caracterización de encuestados/as por UGT y Provincia (distrito)

UGT	PROVINCIA (DISTRITO)	Ratio mujeres por hombres	% 60 a más	% ninguno o primaria	% quechua como lengua materna	% Ocupación remunerada
HUALLANCA	BOLOGNESI (CHIQUIAN)	1,7	31,6%	31,6%	26,3%	42,1%
	BOLOGNESI (HUALLANCA)	0,5	15,8%	73,7%	89,5%	84,2%
	HUAMALÍES (LLATA, PUÑOS)	3,8	10,5%	31,6%	26,3%	26,3%
	HUARI (SAN MARCOS)	0,7	23,5%	35,3%	100,0%	41,2%
	RECUAY (CATAC)	2,0	9,5%	23,8%	38,1%	52,4%
<b>Total HUALLANCA</b>		<b>1,3</b>	<b>17,9%</b>	<b>38,9%</b>	<b>54,7%</b>	<b>49,5%</b>
HUARMEY	HUARMEY (HUARMEY)	2,4	37,5%	20,8%	4,2%	45,8%
<b>Total HUARMEY</b>		<b>2,4</b>	<b>37,5%</b>	<b>20,8%</b>	<b>4,2%</b>	<b>45,8%</b>
MINA	HUARI (SAN MARCOS, SAN PEDRO DE CHANA)	1,4	12,5%	33,3%	95,8%	50,0%
	<b>Total MINA</b>	<b>1,4</b>	<b>12,5%</b>	<b>33,3%</b>	<b>95,8%</b>	<b>50,0%</b>
SAN MARCOS	HUARI (CHAVÍN DE HUÁNTAR)	2,3	26,1%	56,5%	91,3%	30,4%
	HUARI (SAN MARCOS, SAN PEDRO DE CHANA)	2,4	13,7%	41,2%	94,1%	39,2%
	<b>Total SAN MARCOS</b>	<b>2,4</b>	<b>17,6%</b>	<b>45,9%</b>	<b>93,2%</b>	<b>36,5%</b>
VALLE FORTALEZA	BARRANCA (PARAMONGA)	1,7	26,3%	52,6%	15,8%	68,4%
	BOLOGNESI (CAJACAY, COLQUIOC)	7,0	12,5%	12,5%	12,5%	43,8%
	RECUAY (LLACLIN, MARCA, PARARÍN)	5,0	25,0%	45,8%	54,2%	16,7%
<b>Total VALLE FORTALEZA</b>		<b>3,5</b>	<b>22,0%</b>	<b>39,0%</b>	<b>30,5%</b>	<b>40,7%</b>
<b>TOTAL</b>		<b>2,0</b>	<b>19,9%</b>	<b>38,8%</b>	<b>59,1%</b>	<b>43,8%</b>

Nota: Ratio mujeres por hombres es igual al cociente de cantidad de mujeres encuestadas entre cantidad de hombres encuestados. Por su parte, los porcentajes de las demás variables se obtienen de dividir la cantidad de encuestados con el atributo señalado (por ejemplo, tener 60 años o más) entre el total de personas encuestadas.

A continuación, se presenta cada una de estas variables de la caracterización con mayor detalle y desagregado por sexo.

Tabla 7.4. Encuestados/as por sexo, según hasta qué grado estudió

¿Hasta qué grado estudió?	Femenino		Masculino		Total	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
1. Ninguno	10	55,6%	8	44,4%	18	100,0%
2. Inicial o preescolar	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
3. Primaria (completa o incompleta)	66	75,0%	22	25,0%	88	100,0%
4. Secundaria (completa o incompleta)	64	64,0%	36	36,0%	100	100,0%
5. Superior no universitaria (completa o incompleta)	25	62,5%	15	37,5%	40	100,0%
6. Superior universitaria o posgrado (completa o incompleta)	16	57,1%	12	42,9%	28	100,0%
99. No responde	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
Suma total	183	66,3%	93	33,7%	276	100,0%

Tabla 7.5. Encuestados/as por sexo, según idioma que aprendió a hablar en su niñez

¿Cuál es el idioma que aprendió a hablar en su niñez?	Femenino		Masculino		Total	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
Quechua	87	65,4%	46	34,6%	133	100,0%
Ambos (quechua y castellano)	13	43,3%	17	56,7%	30	100,0%
Castellano	83	73,5%	30	26,5%	113	100,0%
Suma total	183	66,3%	93	33,7%	276	100,0%

Tabla 7.6. Encuestados/as por UGT y provincia, según idioma que aprendió en su niñez

UGT	PROVINCIA (DISTRITO)	Quechua	Ambos (quechua y castellano)	Castellano	Total	% quechua como lengua materna
HUALLANCA	BOLOGNESI (CHIQUIAN)	4	1	14	19	26,3%
	BOLOGNESI (HUALLANCA)	1	16	2	19	89,5%
	HUAMALÍES (LLATA, PUÑOS)	5		14	19	26,3%
	HUARI (SAN MARCOS)	16	1		17	100,0%
	RECUAY (CATAC)	3	5	13	21	38,1%
<b>Total HUALLANCA</b>		<b>29</b>	<b>23</b>	<b>43</b>	<b>95</b>	<b>54,7%</b>
HUARMEY	HUARMEY (HUARMEY)	1		23	24	4,2%
<b>Total HUARMEY</b>		<b>1</b>		<b>23</b>	<b>24</b>	<b>4,2%</b>
MINA	HUARI (SAN MARCOS, SAN PEDRO DE CHANA)	23		1	24	95,8%
<b>Total MINA</b>		<b>23</b>		<b>1</b>	<b>24</b>	<b>95,8%</b>
SAN MARCOS	HUARI (CHAVÍN DE HUÁNTAR)	20	1	2	23	91,3%
	HUARI (SAN MARCOS, SAN PEDRO DE CHANA)	43	5	3	51	94,1%
<b>Total SAN MARCOS</b>		<b>63</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>74</b>	<b>93,2%</b>
VALLE FORTALEZA	BARRANCA (PARAMONGA)	3		16	19	15,8%
	BOLOGNESI (CAJACAY, COLQUIOC)	1	1	14	16	12,5%
	RECUAY (LLACLIN, MARCA, PARARÍN)	13		11	24	54,2%
<b>Total VALLE FORTALEZA</b>		<b>17</b>	<b>1</b>	<b>41</b>	<b>59</b>	<b>30,5%</b>
<b>Total</b>		<b>133</b>	<b>30</b>	<b>113</b>	<b>276</b>	<b>59,1%</b>

Tabla 7.7. Encuestados/as por sexo, según trabajo u ocupación

¿Cuál es su trabajo o a qué se dedica?	Femenino		Masculino		Total	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
No responde	5	100,0%	0	0,0%	5	100,0%
AGRICULTURA	9	18,4%	40	81,6%	49	100,0%
DESEMPLEADO	2	40,0%	3	60,0%	5	100,0%
DUEÑO DE NEGOCIO	4	80,0%	1	20,0%	5	100,0%
EMPLEADO	17	48,6%	18	51,4%	35	100,0%
ESTUDIANTE	16	80,0%	4	20,0%	20	100,0%
GANADERIA	3	75,0%	1	25,0%	4	100,0%
JUBILADO	0	0,0%	4	100,0%	4	100,0%
QUEHACERES DEL HOGAR	119	98,3%	2	1,7%	121	100,0%
TRABAJO POR CUENTA PROPIA	8	28,6%	20	71,4%	28	100,0%
<b>Suma total</b>	<b>183</b>	<b>66,3%</b>	<b>93</b>	<b>33,7%</b>	<b>276</b>	<b>100,0%</b>

Ahora bien, un conjunto de preguntas estuvieron orientadas a identificar las características no sólo de la persona encuestada sino de su hogar, que es finalmente la población objetivo. Es importante tener en cuenta que, si bien el dato obtenido es sobre el hogar, la persona que brindó esta información siguió siendo la persona encuestada, quien por definición es el/la jefe/a de hogar o la persona que supe dicho cargo durante el desarrollo de la encuesta.

Al realizar esta caracterización de los 276 hogares (uno por persona encuestada), se encuentra que, en promedio, los hogares tienen 4,2 personas y cada 2 personas comparten 1 cuarto. En estos, la mayoría de miembros son adultos y poco más de la mitad son mujeres. La gran mayoría de hogares (87%) reporta tener acceso al agua vía red pública. Sobre la incidencia de COVID-19 en estos hogares, el 26% de encuestados/as reportaron que alguno de los miembros de su hogar había tenido COVID-19. Asimismo, la tasa de enfermedades de riesgo es de 38% en promedio.

La siguiente tabla muestra esta caracterización de hogares y sus variaciones en las UGT y los ámbitos más específicos (Provincia y distrito). Llama la atención que en determinadas zonas (Huallanca en Bolognesi, las zonas de la provincia de Recuay y las zonas de la UGT San Marcos), hay más personas por cuarto, lo cual es una aproximación al nivel de hacinamiento. Asimismo, destaca la alta tasa de enfermedades de riesgo, sobre todo en las UGT de Huarmey y San Marcos. Respecto al acceso a agua, si bien en la mayoría de zonas el acceso es alto, en la UGT Huallanca hay zonas con todavía bajo acceso a red pública de agua.

Tabla 7.8. Caracterización de hogares por UGT y Provincia (distrito)

UGT	PROVINCIA (DISTRITO)	Promedio de miembros del hogar	% Adultos por hogar	% Mujeres por hogar	Personas por cuarto	% Presencia de COVID 19 en hogar	% Alguna enfermedad de riesgo	% Red pública de agua
HUALLANCA	BOLOGNESI (CHIQUIAN)	4,0	76,3%	55,3%	1,8	21,1%	26,3%	89,5%
	BOLOGNESI (HUALLANCA)	4,5	63,5%	57,6%	2,2	5,3%	0,0%	36,8%
	HUAMALÉS (LLATA, PUÑOS)	3,8	65,8%	61,6%	2,0	15,8%	15,8%	100,0%
	HUARI (SAN MARCOS)	4,1	71,4%	55,7%	2,1	29,4%	29,4%	52,9%
	RECUAY (CATAC)	4,9	62,7%	54,7%	2,2	28,6%	19,0%	95,2%
Total HUALLANCA		4,3	67,5%	56,8%	2,1	20,0%	17,9%	75,8%
HUARMEY	HUARMEY (HUARMEY)	4,6	69,1%	51,8%	1,5	33,3%	54,2%	95,8%
Total HUARMEY		4,6	69,1%	51,8%	1,5	33,3%	54,2%	95,8%
MINA	HUARI (SAN MARCOS, SAN PEDRO DE CHANA)	3,9	54,8%	52,7%	1,6	12,5%	4,2%	87,5%
Total MINA		3,9	54,8%	52,7%	1,6	12,5%	4,2%	87,5%
SAN MARCOS	HUARI (CHAVÍN DE HUÁNTAR)	4,5	64,1%	56,3%	2,5	8,7%	73,9%	87,0%
	HUARI (SAN MARCOS, SAN PEDRO DE CHANA)	4,5	75,0%	53,5%	2,2	39,2%	78,4%	98,0%
Total SAN MARCOS		4,5	71,6%	54,4%	2,3	29,7%	77,0%	94,6%
VALLE FORTALEZA	BARRANCA (PARAMONGA)	3,8	70,8%	47,2%	1,3	36,8%	21,1%	94,7%
	BOLOGNESI (CAJACAY, COLQUIOC)	3,4	66,7%	63,0%	1,9	37,5%	31,3%	100,0%
	RECUAY (LLACLIN, MARCA, PARARÍN)	3,8	68,1%	57,1%	2,4	29,2%	33,3%	91,7%
Total VALLE FORTALEZA		3,7	68,7%	55,3%	1,9	33,9%	28,8%	94,9%
TOTAL		4,2	68,0%	55,0%	2,0	26,1%	38,0%	87,7%

### La incidencia de COVID-19

Sobre la incidencia de COVID-19, es importante observar las diferencias que se presentan, pues en algunas UGT se reportan muy pocos casos (UGT Huallanca y UGT Mina) y, en otras, la incidencia es mayor al tercio (UGT Valle Fortaleza, UGT Huarmey). Para profundizar en esto, se realizó un análisis comparativo con respecto al ratio de contagios reportado por la Dirección General de Epidemiología del Minsa (ver Tabla 7.9). Se observa, en general, cierta correspondencia en la incidencia de casos, con algunas salvedades, como es el caso de Huari (San Marcos, San Pedro de Chana) dentro de la UGT San Marcos. En este caso, mientras que el ratio de contagiados por cada 100 mil habitantes a nivel de distrito, según la Dirección General de Epidemiología (DGE) es relativamente bajo, la incidencia que se ha levantado en la encuesta es del 39%, siendo el porcentaje más alto en comparación con las demás zonas.

Tabla 7.9. Casos de COVID-19 en hogares encuestados vs. ratio de contagios según la DGE

UGT	PROVINCIA (DISTRITO)	% Presencia de COVID 19 en hogar	Ratio de contagios según DGE
HUALLANCA	BOLOGNESI (CHIQUIAN)	21,1%	7696
	BOLOGNESI (HUALLANCA)	5,3%	4148
	HUAMALÍES (LLATA, PUÑOS)	15,8%	2922
	HUARI (SAN MARCOS)	29,4%	2514
	RECUAY (CATAC)	28,6%	7834
Total HUALLANCA		20,0%	
HUARMEY	HUARMEY (HUARMEY)	33,3%	10142
Total HUARMEY		33,3%	
MINA	HUARI (SAN MARCOS, SAN PEDRO DE CHANA)	12,5%	1378
	Total MINA	12,5%	
SAN MARCOS	HUARI (CHAVÍN DE HUÁNTAR)	8,7%	543
	HUARI (SAN MARCOS, SAN PEDRO DE CHANA)	39,2%	1378
Total SAN MARCOS		29,7%	
VALLE FORTALEZA	BARRANCA (PARAMONGA)	36,8%	5813
	BOLOGNESI (CAJACAY, COLQUIOC)	37,5%	6122
	RECUAY (LLACLIN, MARCA, PARARÍN)	29,2%	2967
Total VALLE FORTALEZA		33,9%	
<b>TOTAL</b>		<b>26,1%</b>	

Nota: El ratio de contagios según la Dirección General de Epidemiología (DGE) es la tasa de incidencia de casos positivos de COVID-19 por cada 100 mil habitantes.

Nota 2: La pregunta en la encuesta no indagó por el sexo de la persona infectada.

En el caso de las personas que reportaron que en su hogar se presentó un caso de COVID-19, se profundizó con preguntas sobre quién se había encargado de cuidar a la persona enferma (según sexo), así como los tipos de cuidados que recibió esta persona. Al respecto, se encontró que, en la mayoría de casos (72%) la cuidadora fue una mujer, sólo en el 15% de los casos el cuidador fue un hombre y, en el resto de casos (12%) no hubo cuidador/a; es decir, que la persona enferma se tuvo que atender a sí misma.

Tabla 7.10. Cuidador de persona con COVID-19 según sexo

¿Quién se encargó principalmente de cuidar a la persona que estuvo con COVID-19?	%
Cuidadora mujer	72,2%
Cuidador hombre	15,3%
Nadie	12,5%

Respecto a los cuidados aplicados en casa, se identificaron los siguientes tipos de cuidados que no serían excluyentes sino más bien complementarios: tratamiento en casa, control de la alimentación, aplicación de tratamientos naturales (caseros) y la aplicación de tratamientos médicos y medicinas.

Tabla 7.11. Cuidados aplicados en casa ante casos de COVID-19

<b>Tipo de cuidados</b>	<b>Detalle de respuestas</b>
TRATAMIENTO EN CASA	Aislamiento, mascarilla, cuidado en casa, cuarto, reposo, desinfección, ventilación
ALIMENTACIÓN	Buena alimentación, agua, dieta
TRATAMIENTO NATURAL	Remedios naturales: hierbas, bebidas tibias, eucalipto, infusión, frotaciones, ahumaba, baños
TRATAMIENTO MÉDICO	Atención médica, centro de salud, hospital, enfermera/o, monitoreo, posta, personal de salud, hospitalización
MEDICINAS	Medicamentos: paracetamol, endovenoso, pastillas, ampolla, recetados

Nota: No se detectó ninguna mención a oxígeno u oxímetro

Al respecto, es importante mencionar que, en las entrevistas, sobre el uso de tratamientos tradicionales, se reporta el uso de remedios naturales como el uso del eucalipto, ajos, kion, hierba luisa con limón, licor, matico, tocosh. Estos remedios son preparados siguiendo asesoría de las personas adultas mayores, tutoriales de facebook o sin mayor instrucción (“como sea”). Sobre su efectividad, reportan que estos remedios sí habrían sido efectivos. En los casos en que no tuvieron efecto, se acudía al sistema de salud, y se recibía la receta de los médicos: descanso y paracetamol. Asimismo, en ocasiones se ha recibido “tratamientos” incorrectos por parte de técnicos. También se ha tomado Azitromicina, Ivermectina y Dióxido de cloro, según recetas orientadas en redes sociales (Huarmey).

#### Enfermedades de riesgo y embarazos

La incidencia de enfermedades de riesgo, a nivel general, es del 38%. Al respecto, es importante mencionar que la persona encuestada reportó que alguna persona en su casa padecía una o varias de las enfermedades enlistadas; no se profundizó en conocer las características sociodemográficas (sexo o edad) de las personas que padecían dichas enfermedades.

Sobre el detalle de estas enfermedades, se observa en la tabla 7.12 que la enfermedad autoinmune es la más frecuente (27 casos), siguiendo la hipertensión arterial (19 casos), la diabetes (15 casos) y la enfermedad pulmonar (14 casos). Cabe precisar que no se profundizó en el tipo de enfermedades autoinmunes, pues la lista de enfermedades se obtuvo de la RM 139-2020-MINSA, que son aquellas categorizadas como de riesgo ante casos de COVID 19.

Tabla 7.12. Incidencia de enfermedades de riesgo

<b>Alguna persona que vive en esta casa padece de alguna enfermedad como:</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Enfermedad autoinmune	27	25,7%
Hipertensión arterial	19	18,1%
Diabetes	15	14,3%
Enfermedad pulmonar	14	13,3%
Insuficiencia renal	11	10,5%
Enfermedades cardiovasculares	11	10,5%
Anemia	11	10,5%
Asma	10	9,5%
Obesidad	10	9,5%
Cáncer	3	2,9%
Leishmaniasis	1	1,0%
Parasitosis	0	0,0%
<b>Total (que respondieron alguna)</b>	<b>105</b>	<b>100,0%</b>

Al consultar por la presencia de embarazos en los hogares encuestados, se encontraron sólo 7 casos, de los cuales 1 corresponde a una menor de 18 años (UGT Huarmey).

Tabla 7.13. Presencia de embarazos en hogares encuestados por UGT

<b>¿Hay alguna mujer embarazada en casa?</b>	<b>HUALLANCA</b>	<b>HUARMEY</b>	<b>MINA</b>	<b>SAN MARCOS</b>	<b>VALLE FORTALEZA</b>	<b>Total</b>
Sí, es menor de 18 años		1				<b>1</b>
Sí, tiene más de 18 años	4			2		<b>6</b>
No hay	91	23	24	72	59	<b>269</b>
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>74</b>	<b>59</b>	<b>276</b>

### Medios de información

La siguiente tabla presenta los medios por los cuales las personas encuestadas se informan sobre la COVID-19. De los datos recogidos, se agrupan de la siguiente manera:

- Medios tradicionales: TV y radio
- Medios digitales: Internet, WhatsApp, Facebook
- Medios personales: Amigos, familiares, ACS, autoridades locales

Al respecto, es notorio que en Huarmey el consumo de información por todos los medios es mayor en comparación con las demás UGT. Asimismo, es particular el caso de la UGT Mina, la cual tiene un patrón inverso respecto de las demás, pues en esta UGT los medios tradicionales y personales son menos frecuentes, y son los medios digitales los que usan más de la tercera parte para acceder a información sobre COVID-19. Sobre los medios digitales, es importante mencionar que en ninguna UGT el porcentaje baja de 20%.

Tabla 7.14. Medios de información sobre COVID-19 por UGT

¿Cómo se informa sobre la COVID 19?	HUALLANCA	HUARMEY	MINA	SAN MARCOS	VALLE FORTALEZA	Total
Medios tradicionales TV	64,2%	87,5%	29,2%	51,4%	83,1%	63,8%
Medios tradicionales Radio	51,6%	62,5%	12,5%	63,5%	32,2%	48,2%
Medios digitales (internet, whatsapp, facebook)	25,3%	75,0%	37,5%	21,6%	25,4%	29,7%
Medios personales (amigos, familiares, ACS, perifoneo)	16,8%	37,5%	16,7%	29,7%	30,5%	25,0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Nota: Esta pregunta fue respondida por la persona encuestada; es decir, el jefe/a de hogar o quien estuvo a cargo del hogar en el momento de la encuesta.

Tabla 7.15. Medios de información sobre COVID-19 por idioma que aprendió en la niñez

¿Cómo se informa sobre la COVID 19?	Quechua		Ambos (quechua y castellano)		Castellano		Total	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%	frec.	%
Medios tradicionales TV	64	48,1%	16	53,3%	96	85,0%	176	63,8%
Medios tradicionales Radio	64	48,1%	26	86,7%	43	38,1%	133	48,2%
Medios digitales (internet, whatsapp, facebook)	21	15,8%	12	40,0%	49	43,4%	82	29,7%
Medios personales (amigos, familiares, ACS, perifoneo)	38	28,6%	5	16,7%	26	23,0%	69	25,0%
Total	133	100,0%	30	100,0%	113	100,0%	276	100,0%

Nota: Se está reportando el idioma que aprendió a hablar en la niñez la persona encuestada pues es un dato importante por tener en consideración. Sin embargo, es necesario mencionar que todas las personas encuestadas comprenden y hablan castellano, de otra manera no habría sido viable aplicar el instrumento. En ese sentido, podríamos decir que 166 personas encuestadas son bilingües en quechua y castellano.

Respecto a las Agentes Comunitarias de Salud como medio de información que ha sido señalado por algunas personas encuestadas, es relevante recoger lo que se obtuvo de las entrevistas con personal de salud. Al preguntarle al personal de salud sobre el rol de las y los ACS, reportaron que se trata de personal de mucha ayuda siempre que haya habido previa capacitación. Mencionan que “fueron nuestros ojos, oídos y manos”, pero también que en ocasiones ha sido difícil la tarea de comprender los conocimientos. Asimismo, se comentó que las ACS eran muy útiles en la atención misma de la población, dado que el personal de salud que existe es muy reducido.

### 7.1.1. Sobre el personal de salud

El cuestionario a personal de salud de los establecimientos de salud se aplicó a un total de 111 personas. La tabla a continuación presenta la cantidad de encuestados/as según UGT.

Tabla 7.16. Encuestados/as según UGT

UGT	Femenino		Masculino		Total	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
FORTALEZA	27	77,1%	8	22,9%	35	100,0%
HUALLANCA	13	59,1%	9	40,9%	22	100,0%
HUARMEY	16	72,7%	6	27,3%	22	100,0%
MINA	5	62,5%	3	37,5%	8	100,0%
SAN MARCOS	17	70,8%	7	29,2%	24	100,0%
Total	78	70,3%	33	29,7%	111	100,0%

Según se observa en las tablas 7.17, 7.18 y 7.19, el perfil de las personas encuestadas es mujer (70%), tiene entre 23 y 44 años (82%), y es enfermera (técnica o licenciada).

Tabla 7.17. Personal encuestado según sexo

Sexo	frec.	%
Femenino	78	70,3%
Masculino	33	29,7%

Tabla 7.18. Grupos de edad del personal encuestado, por sexo

Grupos de edad	Femenino		Masculino		Total	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
23 a 30	29	72,5%	11	27,5%	40	100,0%
31 a 44	37	71,2%	15	28,8%	52	100,0%
45 a 59	10	66,7%	5	33,3%	15	100,0%
No responde	2	50,0%	2	50,0%	4	100,0%
Total	78	70,3%	33	29,7%	111	100,0%

Tabla 7.19. Profesión del personal encuestado por sexo

¿Cuál es su profesión?	Femenino		Masculino		Total	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
Cirujano dentista	1	25,0%	3	75,0%	4	100,0%
Enfermería	15	93,8%	1	6,3%	16	100,0%
Ing. de Sistemas		0,0%	1	100,0%	1	100,0%
Jefe de inmunizaciones	1	100,0%		0,0%	1	100,0%
Jefe de personal		0,0%	1	100,0%	1	100,0%
Lic. Enfermería	18	81,8%	4	18,2%	22	100,0%
Médico Cirujano	9	36,0%	16	64,0%	25	100,0%
NS/NR		0,0%	1	100,0%	1	100,0%
Obstetra	13	100,0%		0,0%	13	100,0%
Psicóloga	1	100,0%		0,0%	1	100,0%
Téc. Enfermería	19	82,6%	4	17,4%	23	100,0%
Tec. Laboratorio clínico		0,0%	2	100,0%	2	100,0%
Tec. Terapia física	1	100,0%		0,0%	1	100,0%
Total	78	70,3%	33	29,7%	111	100,0%

### Sobre las condiciones laborales

Las tablas 7.20, 7.21, 7.22, 7.23 y 7.24 presentan las condiciones laborales del personal de salud encuestado. Se observa una diversidad de tipos de contrato: SERUMS, Nombrados, CAS antiguo, CAS Covid, y terceros. Prácticamente todos los encuestados se encontraban en modalidad de trabajo presencial. Respecto al tiempo de trabajo en el establecimiento de salud, se observan indicios de alta rotación, pues poco más de la mitad está trabajando en el establecimiento de salud desde hace menos de 1 año. Además, más de la tercera parte señala que su contrato se culminará en los próximos 6 meses.

Tabla 7.20. Tipo de contratación del personal de salud por sexo

¿Cuál es su tipo de contratación?	Femenino		Masculino		Total	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
1. CAS antiguo	21	87,5%	3	12,5%	24	100,0%
2. CAS Covid	18	78,3%	5	21,7%	23	100,0%
3. Nombrado	13	52,0%	12	48,0%	25	100,0%
4. Tercero (locador de servicio)	6	54,5%	5	45,5%	11	100,0%
6. SERUMS	19	73,1%	7	26,9%	26	100,0%
7. Otros	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>70,3%</b>	<b>33</b>	<b>29,7%</b>	<b>111</b>	<b>100,0%</b>

Nota: El término de CAS antiguo, aplicado de dicha manera en el cuestionario al personal de salud, se entiende que hace referencia al personal CAS que no fue contratado en el marco de la declaratoria de emergencia por la propagación de la COVID-19.

Tabla 7.21. Tipo de contratación del personal de salud por sexo

¿En qué modalidad trabaja?	Femenino		Masculino		Total	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
Presencial	78	70,9%	32	29,1%	110	100,0%
Semipresencial	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>70,3%</b>	<b>33</b>	<b>29,7%</b>	<b>111</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 7.22. Horas semanales de trabajo del personal de salud por sexo

Actualmente, ¿cuántas horas a la semana trabaja?	Femenino		Masculino		Total	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
29 horas o menos	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%
30 a 39 horas	44	69,8%	19	30,2%	63	100,0%
40 a 49 horas	26	78,8%	7	21,2%	33	100,0%
50 horas o más	7	53,8%	6	46,2%	13	100,0%
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>70,3%</b>	<b>33</b>	<b>29,7%</b>	<b>111</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 7.23. Antigüedad en el EESS del personal de salud por sexo

¿Hace cuánto tiempo trabaja en este establecimiento de salud?	Femenino		Masculino		Total	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
1. Menos de 6 meses	22	66,7%	11	33,3%	33	100,0%
2. Entre 6 meses y 1 año	23	79,3%	6	20,7%	29	100,0%
3. Más de 1 año	33	67,3%	16	32,7%	49	100,0%
Total	78	70,3%	33	29,7%	111	100,0%

Tabla 7.24. Vigencia de contrato del personal de salud por sexo

¿Cuándo termina su contrato?	Femenino		Masculino		Total	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
1. Menos de 6 meses	33	80,5%	8	19,5%	41	100,0%
2. Más de 6 meses	42	65,6%	22	34,4%	64	100,0%
98. No se aplicó	3	50,0%	3	50,0%	6	100,0%
Total	78	70,3%	33	29,7%	111	100,0%

Fue importante también recoger información sobre el nivel de cercanía o arraigo del personal de salud respecto de la zona en que se ubica el EESS. Al respecto, se encontró que, si bien la mayoría de encuestados nació en la misma región en la que se ubica en EESS (ver tablas 7.25 y 7.26), sólo el 27% reside con su familia en la zona del EESS (ver tabla 7.27), lo que significa que la mayoría no tendría un fuerte arraigo en la zona.

Tabla 7.25. Encuestados/as según si nació en la misma región en la que se ubica el EESS

	Encuestados/a	%
Sí	74	66,7%
No	37	33,3%
Total	111	100%

Tabla 7.26. Encuestados/as según región de nacimiento y región del EESS

Región de nacimiento/Región del EESS	Lima	Áncash	Huánuco
Áncash		63	
Cajamarca		0	1
Callao		1	
Huánuco		0	6
Ica		0	1
Junín	1	1	
La Libertad		3	
Lima	5	22	
Piura		1	
Ucayali		1	
NS/NR		3	2
Total	6	95	10

Tabla 7.27. Encuestados/as según si reside con su familia en la zona del EESS

¿Reside usted con su familia aquí?	Femenino		Masculino		Total	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
1. Sí	20	66,7%	10	33,3%	30	100,0%
2. No	58	71,6%	23	28,4%	81	100,0%
Total	78	70,3%	33	29,7%	111	100,0%

### Incidencia de COVID-19 en el personal de salud encuestado

Poco más de la tercera parte de encuestados ha tenido COVID-19. De ellos, 9 se han presentado en los últimos 3 meses.

Tabla 7.28. Encuestados/as según si ha tenido diagnóstico de COVID-19

¿Ha tenido diagnóstico positivo por COVID-19?	Femenino		Masculino		Total	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
1. Sí	30	75,0%	10	25,0%	40	100,0%
2. No	48	67,6%	23	32,4%	71	100,0%
Total	78	70,3%	33	29,7%	111	100,0%

Tabla 7.29. Encuestados/as que tuvieron COVID-19 según si el diagnóstico fue reciente (N = 40)

En los últimos tres meses, ¿ha tenido diagnóstico positivo por COVID-19?	Femenino		Masculino		Total	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
1. Sí	7	77,8%	2	22,2%	9	100,0%
2. No	23	74,2%	8	25,8%	31	100,0%
Total	30	75,0%	10	25,0%	40	100,0%

### Percepciones sobre Minsa, DIRESA y Centro de salud

Otro aspecto que se exploró fueron las actitudes respecto a la difusión que el Minsa realiza de las normas técnicas, encontrando un alto nivel de acuerdo (tabla 7.30). En este punto, es importante mencionar que con Minsa se hace referencia al nivel central y nacional del sector salud.

Respecto a la asistencia técnica, monitoreo y supervisión de la implementación de estas normas técnicas a cargo de la DIRESA, el nivel de acuerdo es menor (82%), y se observa que el personal de salud de los EESS de Nivel I son la mayoría del grupo en desacuerdo (13 de 19).

Tabla 7.30. Encuestados/as según nivel de acuerdo y por nivel de atención del EESS

	frec.	%	Nivel I	Nivel II
<b>¿Qué tan de acuerdo se encuentra con la difusión que realiza el MINSA de las normas técnicas?</b>				
De acuerdo o muy de acuerdo	104	93,7%	85	19
En desacuerdo o muy en desacuerdo	7	6,3%	4	3
<b>¿Qué tan de acuerdo se encuentra con la asistencia técnica, monitoreo y supervisión de la implementación de normas técnicas que realiza la DIRESA?</b>				
De acuerdo o muy de acuerdo	92	82,9%	76	16
En desacuerdo o muy en desacuerdo	19	17,1%	13	6
<b>¿Qué tan de acuerdo se encuentra con la implementación de normas técnicas que realiza su centro de salud?</b>				
De acuerdo o muy de acuerdo	97	87,4%	82	15
En desacuerdo o muy en desacuerdo	14	12,6%	7	7
Total	111	100%	89	22

Tabla 7.31. Encuestados/as según nivel de acuerdo y por sexo

	frec.	%	Fem.	Masc.
<b>¿Qué tan de acuerdo se encuentra con la difusión que realiza el MINSA de las normas técnicas?</b>				
De acuerdo o muy de acuerdo	104	93,7%	75	29
En desacuerdo o muy en desacuerdo	7	6,3%	3	4
<b>¿Qué tan de acuerdo se encuentra con la asistencia técnica, monitoreo y supervisión de la implementación de normas técnicas que realiza la DIRESA?</b>				
De acuerdo o muy de acuerdo	92	82,9%	64	28
En desacuerdo o muy en desacuerdo	19	17,1%	14	5
<b>¿Qué tan de acuerdo se encuentra con la implementación de normas técnicas que realiza su centro de salud?</b>				
De acuerdo o muy de acuerdo	97	87,4%	71	26
En desacuerdo o muy en desacuerdo	14	12,6%	7	7
Total	111	100%	78	33

## 7.2. Resultados y discusión por dimensiones

En este apartado, se presentan los resultados por dimensión e indicador de estudio. Para una mejor visualización y comprensión, se han categorizado dichos resultados en tres niveles.

90% a más	Alto
70,1% a 89,9%	Medio
70% o menos	Bajo

Aquellos indicadores y dimensiones que se ubiquen en el nivel más alto (“Alto”, 90% a más) son aquellos en los que no se requeriría de una intervención. Por el contrario, aquellos indicadores y dimensiones que se encuentren en el nivel más bajo (“Bajo”, 70% o menos), son los indicadores en los que se recomienda priorizar la intervención con la finalidad de que se obtenga una mejora considerable y se logre el objetivo de la intervención. El rango intermedio (“Medio”, 70,1% a 89,9%) indica aquellos indicadores y dimensiones en los que sí se requiere implementar las estrategias de intervención, aunque no con tanta prioridad como aquellos del nivel Bajo.

A continuación, se presenta un resumen de los resultados en los indicadores del estudio.

Tabla 7.32. Resumen de resultados en los indicadores del estudio, por sexo

Dimensión	Indicadores	Resultado	Fem.	Masc.
D11. Nivel de conocimientos de las familias sobre la COVID 19	I111. Conocimiento sobre las medidas de prevención de la COVID 19	85,7%	85,9%	85,4%
	I112. Conocimiento sobre la sintomatología de la COVID 19	90,0%	91,3%	87,6%
	I113. Conocimiento sobre la vacuna contra la COVID 19	61,1%	60,9%	61,6%
	I114. Conocimiento sobre el cuidado de una persona con COVID 19 en casa	77,8%	78,2%	77,1%
	I115. Conocimiento sobre los grupos de riesgo de la COVID 19	52,5%	50,3%	57,0%
	I116. Conocimiento sobre la transmisión de la COVID 19	92,1%	92,0%	92,5%
	I117. Conocimiento sobre cuándo acudir al establecimiento de salud	84,8%	86,2%	81,9%
D12. Nivel de actitudes positivas de las familias sobre la COVID 19	I121. Creencia en teorías de conspiración	64,1%	65,2%	62,1%
	I122. Actitudes sobre el sistema de salud	70,7%	72,5%	67,3%
	I123. Optimismo sobre la situación	75,1%	73,7%	77,8%
	I124. Opinión sobre las autoridades frente a la pandemia	38,0%	37,4%	39,2%
D13. Nivel de prácticas adecuadas de las familias sobre la COVID 19	I131. Prácticas ante sospecha de COVID 19	85,0%	86,6%	81,7%
	I132. Prácticas al interactuar con otras personas	71,6%	70,9%	72,9%
	I133. Prácticas de prevención de contagios	80,1%	80,4%	79,4%
D31. Nivel de satisfacción de las personas con su última interacción/experiencia con proveedores de servicios	I311. Satisfacción de las personas con su última interacción/experiencia con proveedores de servicios de salud	68,5%	65,9%	74,6%
D32. Nivel de participación activa de población en la que CARE desea impactar en reducir su vulnerabilidad a los shocks que les afectan	I321. Participación activa de población en la que CARE desea impactar en reducir su vulnerabilidad a los shocks que les afectan	11,4%	9,9%	14,1%
D33. Nivel de participación de mujeres y niñas en espacios de toma de decisiones formales e informales	I331. Participación de mujeres en espacios de toma de decisiones formales e informales	3,3%	3,3%	No aplica
D34. Nivel de representación y participación activa de mujeres en las decisiones, el liderazgo y la coordinación humanitaria a través de organizaciones dirigidas por mujeres o de organizaciones por los derechos de las mujeres	I341. Representación y participación activa de mujeres en las decisiones, el liderazgo y la coordinación humanitaria a través de organizaciones dirigidas por mujeres o de organizaciones por los derechos de las mujeres	2,2%	2,2%	No aplica
D21. Nivel de conocimientos del PS sobre la COVID 19	I211. Conocimiento sobre la COVID 19	70,3%	66,7%	78,8%
	I212. Conocimiento sobre los signos de alarma	59,5%	54,5%	71,2%
	I213. Conocimiento sobre los grupos de riesgo	79,3%	77,6%	83,3%
D22. Nivel de conocimientos del PS sobre las medidas de prevención de la COVID 19 en el EESS y la comunidad	I221. Conocimiento sobre las condiciones requeridas en el EESS	98,2%	100,0%	93,9%
	I222. Conocimiento sobre los EPP de acuerdo a usuario	55,9%	64,1%	36,4%
	I223. Conocimiento sobre medidas de prevención y contención de la COVID 19	73,2%	73,3%	72,7%
D23. Nivel de conocimientos del PS sobre el diagnóstico y atención de pacientes en el primer nivel de atención	I231. Conocimiento sobre el diagnóstico (examen clínico y prueba) y clasificación clínica	69,2%	69,2%	69,1%
	I232. Conocimiento sobre el manejo de pacientes en el nivel I de atención	57,1%	59,0%	52,5%
	I233. Conocimiento sobre la gestión de la información (SISCOVID)	64,4%	62,8%	68,2%
D24. Nivel de conocimientos del PS sobre el tratamiento y seguimiento de pacientes con COVID 19	I241. Conocimiento sobre el tratamiento de la COVID 19	75,7%	76,1%	74,7%
	I242. Conocimiento sobre el seguimiento a distancia	76,8%	76,0%	78,8%
	I243. Conocimiento sobre el seguimiento presencial (incluye equipos)	99,1%	100,0%	97,0%
	I244. Conocimiento sobre el cuidado de la persona con COVID 19 en casa	62,8%	64,4%	59,1%

Nota: Los indicadores I331 e I332, por su naturaleza de participación en espacios de toma de decisión, no se categorizan en “alto”, “medio” o “bajo”, pues los parámetros deseables para estos son particulares y obedecen a lógicas distintas.

### 7.2.1. Dimensiones de la encuesta a familias

Para empezar a revisar esta sección, es importante considerar las dimensiones e indicadores que la componen, así como la manera en que se han calculado los porcentajes que se presentan a lo largo de esta sección.

Tabla 7.33. Dimensiones e indicadores de estudio CAP y fórmulas de cálculo en porcentajes

<b>Dimensión</b>	<b>Cálculo de dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Cálculo de indicadores</b>
D11. Nivel de conocimientos de las familias sobre la COVID 19	Promedio del valor de los indicadores x 100%	I111. Conocimiento sobre las medidas de prevención de la COVID 19	(Suma de puntajes en ítems / Cantidad de ítems ) x 100%
		I112. Conocimiento sobre la sintomatología de la COVID 19	(Suma de puntajes en ítems / Cantidad de ítems ) x 100%
		I113. Conocimiento sobre la vacuna contra la COVID 19	(Suma de puntajes en ítems / Cantidad de ítems ) x 100%
		I114. Conocimiento sobre el cuidado de una persona con COVID 19 en casa	(Suma de puntajes en ítems / Cantidad de ítems ) x 100%
		I115. Conocimiento sobre los grupos de riesgo de la COVID 19	(Suma de puntajes en ítems / Cantidad de ítems ) x 100%
		I116. Conocimiento sobre la transmisión de la COVID 19	(Suma de puntajes en ítems / Cantidad de ítems ) x 100%
		I117. Conocimiento sobre cuándo acudir al establecimiento de salud	(Suma de puntajes en ítems / Cantidad de ítems ) x 100%
D12. Nivel de actitudes positivas de las familias sobre la COVID 19	Promedio del valor de los indicadores x 100%	I121. Creencia en teorías de conspiración	(Suma de puntajes en ítems / Cantidad de ítems ) x 100%
		I122. Actitudes sobre el sistema de salud	(Suma de puntajes en ítems / Cantidad de ítems ) x 100%
		I123. Optimismo sobre la situación	(Suma de puntajes en ítems / Cantidad de ítems ) x 100%
		I124. Opinión sobre las autoridades frente a la pandemia	(Suma de puntajes en ítems / Cantidad de ítems ) x 100%
D13. Nivel de prácticas adecuadas de las familias sobre la COVID 19	Promedio del valor de los indicadores x 100%	I131. Prácticas ante sospecha de COVID 19	(Suma de puntajes en ítems / Cantidad de ítems ) x 100%
		I132. Prácticas al interactuar con otras personas	(Suma de puntajes en ítems / Cantidad de ítems ) x 100%
		I133. Prácticas de prevención de contagios	(Suma de puntajes en ítems / Cantidad de ítems ) x 100%

Nota: Cada ítem tuvo un puntaje mínimo de 0 y un puntaje máximo de 1.

Al revisar, en la tabla 7.34, los resultados en las tres principales dimensiones del estudio CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas), se observa que, en la dimensión *Nivel de conocimientos sobre la COVID-19*, se obtienen resultados de nivel medio. Por el contrario, en la dimensión *Nivel de actitudes positivas sobre la COVID-19*, casi todas las zonas están en el nivel bajo, lo que indicaría prioridad de intervención respecto a los indicadores de esta dimensión. Finalmente, en la dimensión *Nivel de prácticas adecuadas sobre la COVID-19*, se obtienen resultados altamente heterogéneos según las zonas. Así, mientras en Barranca (Paramonga), en Bolognesi (Huallanca) y en Huari (San Marcos) se obtienen resultados altos, en Huarmey (Huarmey), Bolognesi (Chiquian) y Huamalíes (Llata, Puños) se obtienen más bien resultados bajos. Esto indicaría, en cuanto a las prácticas, la necesidad de realizar una intervención más específica por UGT y por zonas.

Tabla 7.34. Resumen de resultados en las dimensiones de la encuesta CAP

UGT	PROVINCIA (DISTRITO)	D11. Nivel de conocimientos sobre la COVID 19	D12. Nivel de actitudes positivas sobre la COVID 19	D13. Nivel de prácticas adecuadas sobre la COVID 19
HUALLANCA	BOLOGNESI (CHIQUIAN)	72,1%	53,8%	60,9%
	BOLOGNESI (HUALLANCA)	78,2%	55,6%	92,5%
	HUAMALÍES (LLATA, PUÑOS)	80,3%	72,1%	62,0%
	HUARI (SAN MARCOS)	80,2%	72,0%	93,1%
	RECUAY (CATAK)	81,2%	65,1%	75,4%
<b>Total HUALLANCA</b>		<b>78,4%</b>	<b>63,6%</b>	<b>76,4%</b>
HUARMEY	HUARMEY (HUARMEY)	76,4%	64,5%	64,6%
<b>Total HUARMEY</b>		<b>76,4%</b>	<b>64,5%</b>	<b>64,6%</b>
MINA	HUARI (SAN MARCOS, SAN PEDRO DE CHANA)	77,7%	62,4%	81,6%
<b>Total MINA</b>		<b>77,7%</b>	<b>62,4%</b>	<b>81,6%</b>
SAN MARCOS	HUARI (CHAVÍN DE HUÁNTAR)	73,5%	66,1%	85,5%
	HUARI (SAN MARCOS, SAN PEDRO DE CHANA)	79,9%	58,1%	79,2%
<b>Total SAN MARCOS</b>		<b>77,9%</b>	<b>60,6%</b>	<b>81,2%</b>
VALLE FORTALEZA	BARRANCA (PARAMONGA)	80,1%	57,6%	91,1%
	BOLOGNESI (CAJACAY, COLQUIOC)	77,4%	58,9%	87,5%
	RECUAY (LLACLIN, MARCA, PARARÍN)	74,1%	62,6%	78,1%
<b>Total VALLE FORTALEZA</b>		<b>76,9%</b>	<b>60,0%</b>	<b>84,8%</b>
<b>Suma total</b>		<b>77,7%</b>	<b>62,0%</b>	<b>78,9%</b>

Ahora bien, para efectos de analizar estos resultados, es importante recoger los hallazgos obtenidos de la fase cualitativa. A modo de contexto general, en las entrevistas, se preguntó por el impacto que la pandemia por COVID-19 tuvo en la salud y economía de la comunidad. Respecto al impacto en la salud, se encontraron percepciones heterogéneas respecto a la gravedad de la situación. Es decir, mientras que algunas personas reportaron que hubo muchos contagios y varios fallecidos, otras personas reportaron que hubo pocos contagios y ningún fallecido (o muy pocos). Esta heterogeneidad estaría influida por la experiencia más cercana de las personas entrevistadas, no necesariamente por la comunidad a la que pertenecen. Asimismo, se señaló que la salud mental había sido afectada tanto por el temor a contagiarse como por la constante exposición a noticias negativas sobre la situación. Finalmente, se señaló con preocupación las deficiencias en la atención a los casos de COVID-19, debido a recursos insuficientes en los centros de salud y a, en los primeros meses de la pandemia, la negativa del personal de salud para atender a los pacientes por temor a contagiarse y llegar a hacer enfermedad grave.

Respecto a los impactos en la economía, se reportó que varias personas perdieron sus trabajos, principalmente aquellos que trabajaban en la ciudad (comerciantes, empleados) o aquellos que, debido a las restricciones de movilidad, no podían realizar sus actividades (por ejemplo, los pescadores). A esto se sumó el aumento de precios de productos básicos que ocurrió debido a distintos factores. Además, se reportó que varias obras que ya estaban aprobadas resultaron paralizadas debido a la emergencia sanitaria, lo que implicó menos trabajo para las personas. En contraste a lo señalado, algunas personas reportaron que la economía local de pequeños productores agrarios o de subsistencia no se vio muy afectada, pues los agricultores podían seguir trabajando sus propias tierras.

### 7.2.1.1. Nivel de conocimientos de las familias sobre la COVID-19 (D11)

Al analizar los resultados en esta dimensión por cada uno de los 7 indicadores que la componen, se encuentra que aquellos en los que hay bajos resultados son los de conocimiento sobre los grupos de riesgo y sobre la vacuna. Le siguen los indicadores de conocimiento sobre el cuidado de una persona con COVID-19 en casa y sobre cuándo acudir al establecimiento de salud. Mientras que los indicadores de conocimiento sobre medidas de prevención, sobre sintomatología y sobre transmisión de la COVID-19 son aquellos en los que, en varias zonas, ya se ha alcanzado el objetivo.

Tabla 7.35. Resultados en indicadores de la dimensión *Nivel de conocimientos sobre la COVID-19*

UGT	PROVINCIA (DISTRITO)	I115. Conocimiento sobre los grupos de riesgo de la COVID 19	I113. Conocimiento sobre la vacuna contra la COVID 19	I114. Conocimiento sobre el cuidado de una persona con COVID 19 en casa	I117. Conocimiento sobre cuándo acudir al establecimiento de salud	I111. Conocimiento sobre las medidas de prevención de la COVID 19	I112. Conocimiento sobre la sintomatología de la COVID 19	I116. Conocimiento sobre la transmisión de la COVID 19	D11. Nivel de conocimientos sobre la COVID 19
HUALLANCA	BOLOGNESI (CHIQUIAN)	57,9%	59,2%	67,5%	65,3%	83,6%	81,6%	89,5%	72,1%
	BOLOGNESI (HUALLANCA)	70,5%	42,1%	82,5%	76,8%	90,6%	92,1%	93,0%	78,2%
	HUAMALÍES (LLATA, PUÑOS)	55,8%	65,8%	80,7%	91,6%	80,7%	100,0%	87,7%	80,3%
	HUARI (SAN MARCOS)	45,9%	67,6%	84,3%	87,1%	87,6%	95,1%	94,1%	80,2%
	RECUAY (CATAC)	56,2%	66,7%	87,3%	85,7%	89,4%	96,0%	87,3%	81,2%
Total HUALLANCA	57,5%	60,3%	80,5%	81,3%	86,4%	93,0%	90,2%	78,4%	
HUARMEY	HUARMEY (HUARMEY)	58,3%	55,2%	72,9%	87,5%	83,8%	89,6%	87,5%	76,4%
Total HUARMEY		58,3%	55,2%	72,9%	87,5%	83,8%	89,6%	87,5%	76,4%
MINA	HUARI (SAN MARCOS, SAN PEDRO DE CHANA)	45,8%	66,7%	73,6%	91,7%	81,0%	91,0%	94,4%	77,7%
Total MINA		45,8%	66,7%	73,6%	91,7%	81,0%	91,0%	94,4%	77,7%
SAN MARCOS	HUARI (CHAVÍN DE HUÁNTAR)	47,8%	59,8%	61,6%	80,9%	85,5%	81,9%	97,1%	73,5%
	HUARI (SAN MARCOS, SAN PEDRO DE CHANA)	53,7%	62,7%	75,5%	90,2%	90,0%	90,5%	96,7%	79,9%
	Total SAN MARCOS	51,9%	61,8%	71,2%	87,3%	88,6%	87,8%	96,8%	77,9%
VALLE FORTALEZA	BARRANCA (PARAMONGA)	46,3%	53,9%	89,5%	97,9%	88,3%	95,6%	89,5%	80,1%
	BOLOGNESI (CAJACAY, COLQUIOC)	46,3%	57,8%	87,5%	81,3%	81,3%	87,5%	100,0%	77,4%
	RECUAY (LLACLIN, MARCA, PARARÍN)	45,0%	70,8%	81,3%	73,3%	81,5%	81,9%	84,7%	74,1%
Total VALLE FORTALEZA	45,8%	61,9%	85,6%	83,4%	83,6%	87,9%	90,4%	76,9%	
<b>TOTAL</b>		<b>52,5%</b>	<b>61,1%</b>	<b>77,8%</b>	<b>84,8%</b>	<b>85,7%</b>	<b>90,0%</b>	<b>92,1%</b>	<b>77,7%</b>

Tabla 7.36. Resultados en indicadores de la dimensión *Nivel de conocimientos sobre la COVID-19 por sexo*

UGT	HUALLANCA			HUARMEY			MINA			SAN MARCOS			VALLE FORTALEZA			TOTAL		
	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total
I111. Conocimiento sobre las medidas de prevención de la COVID 19	85,4%	87,8%	86,4%	85,6%	79,4%	83,8%	84,1%	76,7%	81,0%	88,5%	88,9%	88,6%	84,1%	82,1%	83,6%	85,9%	85,4%	85,7%
I112. Conocimiento sobre la sintomatología de la COVID 19	94,8%	90,7%	93,0%	89,2%	90,5%	89,6%	96,4%	83,3%	91,0%	90,4%	81,8%	87,8%	87,3%	89,7%	87,9%	91,3%	87,6%	90,0%
I113. Conocimiento sobre la vacuna contra la COVID 19	62,5%	57,3%	60,3%	54,4%	57,1%	55,2%	60,7%	75,0%	66,7%	61,1%	63,6%	61,8%	61,4%	63,5%	61,9%	60,9%	61,6%	61,1%
I114. Conocimiento sobre el cuidado de una persona con COVID 19 en casa	82,4%	78,0%	80,5%	74,5%	69,0%	72,9%	71,4%	76,7%	73,6%	70,5%	72,7%	71,2%	85,5%	85,9%	85,6%	78,2%	77,1%	77,8%
I115. Conocimiento sobre los grupos de riesgo de la COVID 19	54,4%	61,5%	57,5%	56,5%	62,9%	58,3%	44,3%	48,0%	45,8%	50,4%	55,5%	51,9%	44,8%	49,2%	45,8%	50,3%	57,0%	52,5%
I116. Conocimiento sobre la transmisión de la COVID 19	88,9%	91,9%	90,2%	94,1%	71,4%	87,5%	92,9%	96,7%	94,4%	96,8%	97,0%	96,8%	89,1%	94,9%	90,4%	92,0%	92,5%	92,1%
I117. Conocimiento sobre cuándo acudir al establecimiento de salud	82,6%	79,5%	81,3%	90,6%	80,0%	87,5%	94,3%	88,0%	91,7%	88,1%	85,5%	87,3%	84,3%	80,0%	83,4%	86,2%	81,9%	84,8%

Nota: El cálculo del indicador, para cada individuo, se obtiene de la siguiente fórmula: (suma de puntajes en ítems entre cantidad de ítems ) por 100%. A nivel agregado, se promedia este resultado, y es lo que se muestra en la tabla.

Se observa que el nivel de conocimiento es bajo en los indicadores relativos a la vacuna contra la COVID-19 y a los grupos de riesgo sobre la COVID-19. A continuación, se revisarán los resultados

específicos en cada indicador (y los ítems que lo conforman), en el mismo orden en que han sido presentados en la tabla 7.35 desde los resultados más bajos hasta aquellos más altos. Cabe mencionar que, al analizar los resultados en cada ítem, por ser la unidad mínima de recojo de información, se puede apreciar el porcentaje promedio de acierto en cada uno de estos.

### Personas de riesgo

El indicador con el resultado más bajo fue “Conocimiento sobre los grupos de riesgo de la COVID-19”. Al analizar por ítem (ver tabla 7.37), se encuentra que la población sí identifica a los adultos mayores y las personas con enfermedades crónicas, por lo que la incidencia no sería necesaria en esos puntos específicos. Sin embargo, lo que se observa es un mal entendimiento de lo que implica ser grupo de riesgo, pues la mayoría identifica también a niños, adultos de 18 a 50 años y mujeres embarazadas como grupos de riesgo cuando, según la normativa, no lo son.

Tabla 7.37. Resultados en ítems del indicador *Conocimiento sobre los grupos de riesgo de la COVID-19*

UGT	HUALLANCA			HUARMEY			MINA			SAN MARCOS			VALLE FORTALEZA			TOTAL		
	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total
11501. Quiénes son los más vulnerables ante la COVID-19: los niños (Correcto = No)	38,9%	53,7%	45,3%	41,2%	57,1%	45,8%	28,6%	10,0%	20,8%	28,8%	50,0%	35,1%	13,0%	38,5%	18,6%	29,0%	46,2%	34,8%
11502. Quiénes son los más vulnerables ante la COVID-19: los adultos mayores	94,4%	95,1%	94,7%	100,0%	100,0%	100,0%	92,9%	100,0%	95,8%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	92,3%	98,3%	97,8%	96,8%	97,5%
11503. Quiénes son los más vulnerables ante la COVID-19: los adultos de 18 a 50 años (Correcto = No)	27,8%	48,8%	36,8%	35,3%	28,6%	33,3%	7,1%	30,0%	16,7%	19,2%	22,7%	20,3%	15,2%	23,1%	16,9%	21,3%	35,5%	26,1%
11504. Quiénes son los más vulnerables ante la COVID-19: las personas con enfermedades crónicas	94,4%	92,7%	93,7%	100,0%	100,0%	100,0%	92,9%	100,0%	95,8%	100,0%	95,5%	98,6%	95,7%	92,3%	94,9%	96,7%	94,6%	96,0%
11505. Quiénes son los más vulnerables ante la COVID-19: las mujeres embarazadas (Correcto = No)	16,7%	17,1%	16,8%	5,9%	28,6%	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%	9,1%	5,4%	0,0%	0,0%	0,0%	6,6%	11,8%	8,3%

Nota: En el caso de los ítems, los porcentajes corresponden a la proporción de encuestados/as que respondieron correctamente ante el ítem. Es decir, si el resultado en un ítem es de 40,0%, significa que, de cada 10 encuestados/as, 4 respondieron correctamente y 6 respondieron incorrectamente. En el caso de los ítems en que la respuesta esperada era negativa, se ha incluido una anotación al final del mismo.

Estos resultados se corresponden con lo obtenido en las entrevistas, en las se identificó principalmente a los adultos mayores como grupo de riesgo. De manera secundaria, se mencionó a niños y a personas con comorbilidades. Sobre las medidas que se adoptaron con los adultos mayores, se mencionó que no se les dejaba salir de casa ni que fueran a la ciudad; sin embargo, varios se juntaban igual en espacios como las iglesias. Asimismo, se mencionó que el personal de salud informó casa por casa y por teléfono sobre los cuidados que se debía tener con las personas de riesgo. Finalmente, se reportó que la mayoría de adultos mayores ya habían sido vacunados.

## La vacuna

En el caso del indicador *Conocimiento sobre la vacuna contra la COVID-19*, si bien hay una predisposición en general positiva a recibir la vacuna (o ya haberlo hecho), faltaría reforzar que una persona, incluso estando vacunada, puede enfermarse de COVID-19 y contagiar a otras personas, así como que son necesarias dos dosis de la vacuna para tener la protección de hacer enfermedad grave. Es decir, sería necesario incidir en información más específica sobre cómo funciona la vacuna: para qué sí sirve y para qué no sirve.

Tabla 7.38. Resultados en ítems del indicador *Conocimiento sobre la vacuna contra la COVID-19*

UGT	HUALLANCA			HUARMEY			MINA			SAN MARCOS			VALLE FORTALEZA			TOTAL		
	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total
11301. ¿Una persona vacunada puede enfermarse de COVID-19?	81,5%	70,7%	76,8%	76,5%	71,4%	75,0%	71,4%	90,0%	79,2%	84,6%	81,8%	83,8%	82,2%	69,2%	79,3%	81,3%	75,3%	79,3%
11302. ¿Una persona vacunada puede contagiar a otras personas de COVID-19?	64,8%	62,5%	63,8%	58,8%	42,9%	54,2%	84,6%	90,0%	87,0%	65,4%	68,2%	66,2%	64,4%	76,9%	67,2%	65,8%	67,3%	66,4%
11303. Si mañana fuera su turno de recibir la vacuna, ¿iría a vacunarse? (Si responde que ya se vacunó, 11304. ¿Es suficiente una dosis de la vacuna para estar protegidos? (Correcto = No)	98,1%	97,6%	97,9%	82,4%	100,0%	87,5%	85,7%	100,0%	91,7%	94,2%	100,0%	95,9%	100,0%	100,0%	100,0%	95,1%	98,9%	96,4%
	5,7%	0,0%	3,2%	0,0%	14,3%	4,2%	7,1%	20,0%	12,5%	0,0%	4,8%	1,4%	2,2%	7,7%	3,4%	2,8%	5,4%	3,6%

Nota: En el caso de los ítems, los porcentajes corresponden a la proporción de encuestados/as que respondieron correctamente ante el ítem. Es decir, si el resultado en un ítem es de 40,0%, significa que, de cada 10 encuestados/as, 4 respondieron correctamente y 6 respondieron incorrectamente. En el caso de los ítems en que la respuesta esperada era negativa, se ha incluido una anotación al final del mismo.

Sobre este mismo tópico (vacunas), las personas entrevistadas mencionaron que la mayoría de personas en la comunidad sí se estaban vacunando, aunque subsisten ciertas resistencias. Por un lado, mencionaron que, por el afán de vacunarse, algunas personas habían vuelto a sus pueblos, y que la mayor parte de la población sí se está vacunando. Sin embargo, se ha reportado que una parte de la población tiene resistencias pues creen que la vacuna podría desencadenar otras enfermedades mortales. Algunos profesionales de la salud reportan que, por motivos religiosos (específicamente, una población evangélica), por noticias falsas que circulan en redes sociales y por la desinformación en torno a la vacuna Sinopharm, hay todavía personas que se resisten a ser vacunadas. Esto es alarmante pues un buen grupo de estas personas son adultos mayores, precisamente, una población de riesgo.

Otro motivo de resistencia a la vacuna se mencionó que fue porque Antamina las estaba distribuyendo y/o aplicando, mientras que la población esperaba que fuera el Estado el que brindara las vacunas. Finalmente, se mencionaron como iniciativas positivas que en algunas comunidades, fueron los propios comuneros quienes hicieron campañas informativas para que los demás miembros de la comunidad vayan a vacunarse.

## Cuidados en casa

Respecto al indicador *Conocimiento sobre el cuidado de una persona con COVID-19 en casa*, hay ítems en los que la población en general sí tiene conocimiento, pero hay otros que sí requieren reforzamiento, como el que la persona enferma debe usar su mascarilla dentro de casa, debe cambiarse de mascarilla todos los días y debe evitar el contacto con animales.

Tabla 7.39. Resultados en ítems del indicador *Conocimiento sobre el cuidado de una persona con COVID-19 en casa*

UGT	HUALLANCA			HUARMEY			MINA			SAN MARCOS			VALLE FORTALEZA			TOTAL		
	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total
11401. Si alguien en casa tuviera COVID 19 y debe estar en casa: ¿debe estar en una habitación donde corra aire?	90,7%	90,2%	90,5%	88,2%	100,0%	91,7%	100,0%	90,0%	95,8%	94,2%	100,0%	95,9%	95,7%	100,0%	96,6%	93,4%	94,6%	93,8%
11402. Si alguien en casa tuviera COVID 19 y debe estar en casa: ¿puede estar sin mascarilla dentro de la casa? (Correcto = No)	64,8%	70,7%	67,4%	52,9%	28,6%	45,8%	0,0%	10,0%	4,2%	51,9%	31,8%	45,9%	67,4%	61,5%	66,1%	55,7%	50,5%	54,0%
11403. Si alguien en casa tuviera COVID 19 y debe estar en casa: ¿debe tomar bastante líquido?	90,7%	75,6%	84,2%	88,2%	71,4%	83,3%	100,0%	100,0%	100,0%	94,2%	90,9%	93,2%	97,8%	92,3%	96,6%	94,0%	83,9%	90,6%
11404. Si alguien en casa tuviera COVID 19 y debe estar en casa: ¿debe evitar el contacto con animales?	75,9%	65,9%	71,6%	47,1%	57,1%	50,0%	28,6%	70,0%	45,8%	40,4%	54,5%	44,6%	65,2%	69,2%	66,1%	56,8%	63,4%	59,1%
11405. Si alguien en casa tuviera COVID 19, ¿puede ir a trabajar, reuniones o hacer compras? (Correcto = No)	94,4%	95,1%	94,7%	88,2%	100,0%	91,7%	100,0%	100,0%	100,0%	71,2%	90,9%	77,0%	97,8%	100,0%	98,3%	88,5%	95,7%	90,9%
11406. Si alguien en casa tuviera COVID 19, ¿puede usar la misma mascarilla por más de un día? (Correcto = No)	77,8%	70,7%	74,7%	82,4%	57,1%	75,0%	100,0%	90,0%	95,8%	71,2%	68,2%	70,3%	89,1%	92,3%	89,8%	80,9%	74,2%	78,6%

Nota: En el caso de los ítems, los porcentajes corresponden a la proporción de encuestados/as que respondieron correctamente ante el ítem. Es decir, si el resultado en un ítem es de 40,0%, significa que, de cada 10 encuestados/as, 4 respondieron correctamente y 6 respondieron incorrectamente. En el caso de los ítems en que la respuesta esperada era negativa, se ha incluido una anotación al final del mismo.

## Signos de alarma

Respecto a los signos de alarma, que son los ítems que conforman el indicador *Conocimiento sobre cuándo acudir al establecimiento de salud*, los resultados en los ítems suelen ser altos, excepto en la UGT Huarmey, en que sólo un ítem se encuentra en un nivel alto. Aquellos en los que se requiere reforzar pues se obtienen bajos resultados es en relación a la desorientación y confusión, y la coloración azulada alrededor de labios, manos o pies.

Tabla 7.40. Resultados en ítems del indicador *Conocimiento sobre cuándo acudir al establecimiento de salud*

UGT	HUALLANCA			HUARMEY			MINA			SAN MARCOS			VALLE FORTALEZA			TOTAL		
	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total
11701. Es un signo de alarma para acudir al centro de salud: Dificultad para respirar	100,0%	95,1%	97,9%	94,1%	71,4%	87,5%	100,0%	90,0%	95,8%	96,2%	100,0%	97,3%	100,0%	100,0%	100,0%	98,4%	94,6%	97,1%
11702. Es un signo de alarma para acudir al centro de salud: Desorientación, confusión	63,0%	68,3%	65,3%	88,2%	85,7%	87,5%	100,0%	90,0%	95,8%	76,9%	63,6%	73,0%	71,7%	69,2%	71,2%	74,3%	71,0%	73,2%
11703. Es un signo de alarma para acudir al centro de salud: Fiebre por más de dos días	100,0%	95,1%	97,9%	94,1%	85,7%	91,7%	100,0%	100,0%	100,0%	96,2%	100,0%	97,3%	97,8%	92,3%	96,6%	97,8%	95,7%	97,1%
11704. Es un signo de alarma para acudir al centro de salud: Dolor en el pecho	96,3%	87,8%	92,6%	88,2%	85,7%	87,5%	100,0%	100,0%	100,0%	94,2%	100,0%	95,9%	97,8%	84,6%	94,9%	95,6%	91,4%	94,2%
11705. Es un signo de alarma para acudir al centro de salud: Los labios, manos o pies se ponen de tono azulado	53,7%	51,2%	52,6%	88,2%	71,4%	83,3%	71,4%	60,0%	66,7%	76,9%	63,6%	73,0%	54,3%	53,8%	54,2%	65,0%	57,0%	62,3%

Nota: En el caso de los ítems, los porcentajes corresponden a la proporción de encuestados/as que respondieron correctamente ante el ítem. Es decir, si el resultado en un ítem es de 40,0%, significa que, de cada 10 encuestados/as, 4 respondieron correctamente y 6 respondieron incorrectamente. En el caso de los ítems en que la respuesta esperada era negativa, se ha incluido una anotación al final del mismo.

## Medidas de prevención

Tabla 7.41. Resultados en ítems del indicador *Conocimiento sobre las medidas de prevención de la COVID-19*

UGT	HUALLANCA			HUARMEY			MINA			SAN MARCOS			VALLE FORTALEZA			TOTAL		
	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total
11101. Para prevenir la COVID 19, es necesario: usar mascarillas	100,0%	100,0%	100,0%	88,2%	85,7%	87,5%	100,0%	100,0%	100,0%	98,1%	90,9%	95,9%	97,8%	100,0%	98,3%	97,8%	96,8%	97,5%
11102. Para prevenir la COVID 19, es necesario: no salir de casa	94,4%	97,6%	95,8%	88,2%	71,4%	83,3%	100,0%	100,0%	100,0%	96,2%	95,5%	95,9%	84,8%	84,6%	84,7%	92,3%	93,5%	92,8%
11103. Para prevenir la COVID 19, es necesario: lavarse las manos con agua y jabón	100,0%	100,0%	100,0%	94,1%	71,4%	87,5%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	99,5%	97,8%	98,9%
11104. Para prevenir la COVID 19, es necesario: cubrirse la boca al toser	98,1%	95,1%	96,8%	94,1%	100,0%	95,8%	100,0%	90,0%	95,8%	96,2%	100,0%	97,3%	93,5%	92,3%	93,2%	96,2%	95,7%	96,0%
11105. Para prevenir la COVID 19, es necesario: tomar dióxido de cloro (Correcto = No)	57,4%	63,4%	60,0%	64,7%	57,1%	62,5%	28,6%	0,0%	16,7%	69,2%	77,3%	71,6%	43,5%	46,2%	44,1%	55,7%	57,0%	56,2%
11106. Para prevenir la COVID 19, es necesario: tomar ivermectina (Correcto = No)	31,5%	46,3%	37,9%	52,9%	57,1%	54,2%	35,7%	0,0%	20,8%	63,5%	72,7%	66,2%	45,7%	30,8%	42,4%	46,4%	46,2%	46,4%
11107. Para prevenir la COVID 19, es necesario: evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca	90,7%	90,2%	90,5%	88,2%	71,4%	83,3%	92,9%	100,0%	95,8%	88,5%	77,3%	85,1%	93,5%	84,6%	91,5%	90,7%	86,0%	89,1%
11108. Para prevenir la COVID 19, es necesario: mantener distancia social de por lo menos un metro y medio	96,3%	100,0%	97,9%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	98,1%	95,5%	97,3%	100,0%	100,0%	100,0%	98,4%	98,9%	98,6%
11109. Para prevenir la COVID 19, es necesario: no reunirse con mucha gente	100,0%	97,6%	98,9%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	86,5%	90,9%	87,8%	97,8%	100,0%	98,3%	95,6%	96,8%	96,0%

Nota: En el caso de los ítems, los porcentajes corresponden a la proporción de encuestados/as que respondieron correctamente ante el ítem. Es decir, si el resultado en un ítem es de 40,0%, significa que, de cada 10 encuestados/as, 4 respondieron correctamente y 6 respondieron incorrectamente. En el caso de los ítems en que la respuesta esperada era negativa, se ha incluido una anotación al final del mismo.

En el caso del indicador *Conocimiento sobre las medidas de prevención de la COVID-19*, la mayoría de ítems se encuentran en un nivel alto, salvo por la UGT Huarmey, en la que sólo 3 indicadores se encuentran en el nivel alto. Aun así, llama la atención que dos ítems sí requerirían de prioridad de intervención, que son aquellos que plantean que se debe tomar dióxido de cloro e ivermectina para prevenir la COVID-19, afirmaciones que no son ciertas y, sin embargo, aproximadamente la mitad de los encuestados respondió que sí.

Respecto al consumo de la ivermectina, las ACS entrevistadas mencionaron que la ivermectina sí fue consumida por la población, como medicamento preventivo y como tratamiento. Algunas ACS consideraron que sí fue efectivo, pero otras dijeron que en realidad fue perjudicial pues una persona falleció luego de tomar ivermectina sin asesoría médica. Desde la perspectiva del personal de salud entrevistado, señalaron que la ivermectina era parte del protocolo establecido para tratar pacientes con COVID-19, por lo cual sí se recetó a los pacientes que llegaron al EE.SS., y además también se repartió en campañas a la población. Sobre cómo valoran dichas actividades, algunos consideran que sí fueron efectivas, pero otros mencionan que repartir ivermectina a la población de manera libre hizo al virus más severo y mortal.

### Síntomas y asintomáticos

En el caso del indicador *Conocimiento sobre la sintomatología de la COVID-19*, la mayoría de síntomas son reconocidos por la población. Sin embargo, el ítem en que se requiere refuerzo es el referido a los asintomáticos, pues parte de la población no identifica que una persona sin síntomas puede tener COVID-19 (y, en consecuencia, contagiar a otros, según se observa en la tabla 7.42).

Tabla 7.42. Resultados en ítems del indicador *Conocimiento sobre la sintomatología de la COVID-19*

UGT	HUALLANCA			HUARMEY			MINA			SAN MARCOS			VALLE FORTALEZA			TOTAL		
	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total
11201. Los síntomas de la COVID 19 incluyen: Tos	98,1%	95,1%	96,8%	82,4%	85,7%	83,3%	100,0%	90,0%	95,8%	88,5%	77,3%	85,1%	93,5%	100,0%	94,9%	92,9%	90,3%	92,0%
11202. Los síntomas de la COVID 19 incluyen: Malestar general	94,4%	90,2%	92,6%	94,1%	100,0%	95,8%	100,0%	90,0%	95,8%	88,5%	86,4%	87,8%	97,8%	100,0%	98,3%	94,0%	91,4%	93,1%
11203. Los síntomas de la COVID 19 incluyen: Dolor de garganta	92,6%	87,8%	90,5%	94,1%	85,7%	91,7%	100,0%	100,0%	100,0%	94,2%	86,4%	91,9%	95,7%	92,3%	94,9%	94,5%	89,2%	92,8%
11204. Los síntomas de la COVID 19 incluyen: Fiebre	100,0%	95,1%	97,9%	88,2%	100,0%	91,7%	100,0%	80,0%	91,7%	98,1%	95,5%	97,3%	95,7%	100,0%	96,6%	97,3%	94,6%	96,4%
11205. Los síntomas de la COVID 19 incluyen: Nariz tapada	96,3%	92,7%	94,7%	88,2%	100,0%	91,7%	100,0%	80,0%	91,7%	94,2%	77,3%	89,2%	76,1%	76,9%	76,3%	90,2%	86,0%	88,8%
11206. ¿Una persona que no tiene ningún síntoma puede tener COVID 19?	87,0%	82,9%	85,3%	88,2%	71,4%	83,3%	78,6%	60,0%	70,8%	78,8%	68,2%	75,7%	65,2%	69,2%	66,1%	78,7%	74,2%	77,2%

Nota: En el caso de los ítems, los porcentajes corresponden a la proporción de encuestados/as que respondieron correctamente ante el ítem. Es decir, si el resultado en un ítem es de 40,0%, significa que, de cada 10 encuestados/as, 4 respondieron correctamente y 6 respondieron incorrectamente. En el caso de los ítems en que la respuesta esperada era negativa, se ha incluido una anotación al final del mismo.

Tabla 7.43. Resultados en ítems del indicador *Conocimiento sobre la transmisión de la COVID-19*

UGT	HUALLANCA			HUARMEY			MINA			SAN MARCOS			VALLE FORTALEZA			TOTAL		
	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total
11601. El virus de la COVID 19 se puede transmitir: Por tocar superficies infectadas y luego tocarse la cara	88,9%	92,7%	90,5%	94,1%	42,9%	79,2%	92,9%	100,0%	95,8%	96,2%	95,5%	95,9%	95,7%	100,0%	96,6%	93,4%	91,4%	92,8%
11602. El virus de la COVID 19 se puede transmitir: Por una persona infectada que no tiene síntomas	79,6%	87,8%	83,2%	88,2%	71,4%	83,3%	92,9%	90,0%	91,7%	96,1%	95,5%	95,9%	78,3%	92,3%	81,4%	85,8%	89,2%	86,9%
11603. El virus de la COVID 19 se puede transmitir: Por gotitas que expulsan las personas infectadas	98,1%	95,1%	96,8%	100,0%	100,0%	100,0%	92,9%	100,0%	95,8%	100,0%	100,0%	100,0%	93,5%	92,3%	93,2%	97,3%	96,8%	97,1%

Nota: En el caso de los ítems, los porcentajes corresponden a la proporción de encuestados/as que respondieron correctamente ante el ítem. Es decir, si el resultado en un ítem es de 40,0%, significa que, de cada 10 encuestados/as, 4 respondieron correctamente y 6 respondieron incorrectamente. En el caso de los ítems en que la respuesta esperada era negativa, se ha incluido una anotación al final del mismo.

En esta línea, las personas entrevistadas reportaron que, en los primeros meses de la pandemia, no se sabía que podía haber personas asintomáticas que contagiaron a los demás; sin embargo, se empezó a saber porque se conocieron casos o tras la aplicación de pruebas rápidas y obtener positivos sin síntomas. En ese sentido, se señala que, actualmente, la población sí está al tanto de ello. Sin embargo, se advierte que muchas personas, si bien conocen esta información, no necesariamente la creen o actúan en consecuencia.

### 7.2.1.2. Nivel de actitudes positivas de las familias sobre la COVID-19 (D12)

Al analizar los resultados en esta dimensión por cada uno de los 4 indicadores que la componen, se encuentra que aquel en que hay peores resultados es en el referido a la opinión sobre las autoridades frente a la pandemia. Luego, se observa con bajos resultados en la mayoría de zonas el indicador sobre creencias en teorías de conspiración. El indicador referido a actitudes sobre el sistema de salud no alcanza el nivel alto en ninguno, pero no es tan bajo en las UGT Mina y Huarmey. Finalmente, respecto al optimismo sobre la situación, sólo se alcanza el nivel alto en una zona (San Marcos en la UGT Huallanca), mientras que en la UGT Mina y la UGT San Marcos estos niveles se encuentran en el nivel más bajo.

Tabla 7.44. Resultados en indicadores de la dimensión *Nivel de actitudes positivas sobre la COVID-19*

UGT	PROVINCIA (DISTRITO)	I124. Opinión sobre las autoridades frente a la pandemia	I121. Creencia en teorías de conspiración	I122. Actitudes sobre el sistema de salud	I123. Optimismo sobre la situación	D12. Nivel de actitudes positivas sobre la COVID 19
HUALLANCA	BOLOGNESI (CHIQUIAN)	21,1%	59,2%	56,8%	78,1%	53,8%
	BOLOGNESI (HUALLANCA)	21,1%	65,8%	58,4%	77,2%	55,6%
	HUAMALÍES (LLATA, PUÑOS)	52,6%	80,3%	80,0%	75,4%	72,1%
	HUARI (SAN MARCOS)	64,7%	54,4%	77,6%	91,2%	72,0%
	RECUAY (CATAC)	28,6%	75,0%	75,2%	81,7%	65,1%
Total HUALLANCA	36,8%	67,4%	69,6%	80,5%	63,6%	
HUARMEY	HUARMEY (HUARMEY)	25,0%	77,1%	78,8%	77,1%	64,5%
Total HUARMEY		25,0%	77,1%	78,8%	77,1%	64,5%
MINA	HUARI (SAN MARCOS, SAN PEDRO DE CHANA)	47,9%	66,7%	71,3%	63,9%	62,4%
Total MINA		47,9%	66,7%	71,3%	63,9%	62,4%
SAN MARCOS	HUARI (CHAVÍN DE HUÁNTAR)	50,0%	57,6%	74,3%	82,6%	66,1%
	HUARI (SAN MARCOS, SAN PEDRO DE CHANA)	35,3%	65,2%	67,5%	64,4%	58,1%
Total SAN MARCOS		39,9%	62,8%	69,6%	70,0%	60,6%
VALLE FORTALEZA	BARRANCA (PARAMONGA)	21,1%	63,2%	71,6%	74,6%	57,6%
	BOLOGNESI (CAJACAY, COLQUIOC)	40,6%	46,9%	70,0%	78,1%	58,9%
	RECUAY (LLACLIN, MARCA, PARARÍN)	52,1%	52,1%	70,0%	76,4%	62,6%
Total VALLE FORTALEZA		39,0%	54,2%	70,5%	76,3%	60,0%
<b>Suma total</b>		<b>38,0%</b>	<b>64,1%</b>	<b>70,7%</b>	<b>75,1%</b>	<b>62,0%</b>

Tabla 7.45. Resultados en indicadores de la dimensión *Nivel de actitudes positivas sobre la COVID-19* por sexo

UGT	HUALLANCA			HUARMEY			MINA			SAN MARCOS			VALLE FORTALEZA			TOTAL		
	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total
I121. Creencia en teorías de conspiración	70,8%	62,8%	67,4%	73,5%	85,7%	77,1%	64,3%	70,0%	66,7%	65,9%	55,7%	62,8%	54,9%	51,9%	54,2%	65,2%	62,1%	64,1%
I122. Actitudes sobre el sistema de salud	72,6%	65,6%	69,6%	80,0%	75,7%	78,8%	71,4%	71,0%	71,3%	70,4%	67,7%	69,6%	72,2%	64,6%	70,5%	72,5%	67,3%	70,7%
I123. Optimismo sobre la situación	80,6%	80,5%	80,5%	77,5%	76,2%	77,1%	61,9%	66,7%	63,9%	67,3%	76,5%	70,0%	75,0%	80,8%	76,3%	73,7%	77,8%	75,1%
I124. Opinión sobre las autoridades frente a la pandemia	32,4%	42,7%	36,8%	29,4%	14,3%	25,0%	42,9%	55,0%	47,9%	42,3%	34,1%	39,9%	39,1%	38,5%	39,0%	37,4%	39,2%	38,0%

Nota: El cálculo del indicador, para cada individuo, se obtiene de la siguiente fórmula: (suma de puntajes en ítems entre cantidad de ítems) por 100%. A nivel agregado, se promedia este resultado, y es lo que se muestra en la tabla.

Para profundizar en los resultados por ítem, sería importante retomar la percepción de gravedad de la enfermedad recogida en las entrevistas. Con respecto a ello, en las personas entrevistadas, se identificó, por un lado, que la comunidad percibía a la COVID-19 como una enfermedad lejana a su propia comunidad y, por lo tanto, una que difícilmente les podría afectar. Además, se percibía como una enfermedad propia de las ciudades de la costa, que contrasta con las características de las comunidades de la sierra o la selva que tenían “aire limpio, aire puro”.

A continuación, se revisarán los resultados específicos en cada indicador (y los ítems que lo conforman), en el mismo orden en que han sido presentados en la tabla 7.44 desde los resultados más bajos hasta aquellos más altos. Cabe mencionar que, al analizar los resultados en cada ítem, por ser la unidad mínima de recojo de información, se puede apreciar el porcentaje promedio de acierto en cada uno de estos.

### Autoridades

En el indicador *Opinión sobre las autoridades frente a la pandemia*, que se compone de un único ítem: ¿Considera que las autoridades de la municipalidad de su distrito tienen la capacidad de controlar la pandemia?, en todas las UGT menos de la mitad de personas confían en la capacidad de sus autoridades municipales. Es particularmente bajo el porcentaje en la UGT Huarmey (25%).

Tabla 7.46. Resultados en ítems del indicador *Opinión sobre las autoridades frente a la pandemia*

UGT	HUALLANCA			HUARMEY			MINA			SAN MARCOS			VALLE FORTALEZA			TOTAL		
	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total
12401. ¿Considera que las autoridades de la municipalidad de su distrito tienen la capacidad de controlar la pandemia?	32,4%	42,7%	36,8%	29,4%	14,3%	25,0%	42,9%	55,0%	47,9%	42,3%	34,1%	39,9%	39,1%	38,5%	39,0%	37,4%	39,2%	38,0%

Nota: En el caso de los ítems, los porcentajes corresponden a la proporción de encuestados/as que respondieron correctamente ante el ítem. Es decir, si el resultado en un ítem es de 40,0%, significa que, de cada 10 encuestados/as, 4 respondieron correctamente y 6 respondieron incorrectamente. En el caso de los ítems en que la respuesta esperada era negativa, se ha incluido una anotación al final del mismo.

Si bien este no es un indicador en el que CARE podría hacer un gran nivel de incidencia, pues se entiende que está fuera de sus competencias, sí es información relevante para plantear las estrategias de comunicación y establecer vocerías y roles como parte de esta estrategia.

## Teorías de conspiración

En el caso del indicador *Creencia en teorías de conspiración*, se observa que en general la población manifiesta que la COVID-19 sí es una enfermedad real, excepto en la UGT Valle Fortaleza, en que casi el 30% plantea que no lo es. Por otra parte, en las cinco UGT, un porcentaje importante de población cree que la COVID-19 es una enfermedad que ha sido inventada para generar crisis.

Tabla 7.47. Resultados en ítems del indicador *Creencia en teorías de conspiración*

UGT	HUALLANCA			HUARMEY			MINA			SAN MARCOS			VALLE FORTALEZA			TOTAL		
	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total
12101. ¿Cree que la COVID 19 ha sido inventada para generar crisis? (Correcto = No)	47,2%	34,1%	41,6%	50,0%	85,7%	60,4%	42,9%	40,0%	41,7%	32,7%	22,7%	29,7%	38,0%	26,9%	35,6%	40,7%	34,9%	38,8%
12102. ¿Cree que la COVID-19 es una enfermedad real?	94,4%	91,5%	93,2%	97,1%	85,7%	93,8%	85,7%	100,0%	91,7%	99,0%	88,6%	95,9%	71,7%	76,9%	72,9%	89,6%	89,2%	89,5%

Nota: En el caso de los ítems, los porcentajes corresponden a la proporción de encuestados/as que respondieron correctamente ante el ítem. Es decir, si el resultado en un ítem es de 40,0%, significa que, de cada 10 encuestados/as, 4 respondieron correctamente y 6 respondieron incorrectamente. En el caso de los ítems en que la respuesta esperada era negativa, se ha incluido una anotación al final del mismo.

## Sistema de salud

Sobre el indicador *Actitudes sobre el sistema de salud*, se observa heterogeneidad en las respuestas según UGT.

Tabla 7.48. Resultados en ítems del indicador *Actitudes sobre el sistema de salud*

UGT	HUALLANCA			HUARMEY			MINA			SAN MARCOS			VALLE FORTALEZA			TOTAL		
	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total
12201. Si se enfermara de COVID-19, ¿confía en los médicos y los profesionales del puesto de salud más cercano?	65,1%	63,4%	64,4%	79,4%	71,4%	77,1%	100,0%	100,0%	100,0%	69,2%	75,0%	70,9%	55,4%	69,2%	58,5%	67,8%	71,5%	69,1%
12202. Si se enfermara de COVID-19, y el profesional del establecimiento de salud le recetara medicamentos, ¿usted los tomaría?	84,9%	72,0%	79,3%	88,2%	100,0%	91,7%	100,0%	100,0%	100,0%	90,4%	86,4%	89,2%	77,2%	53,8%	72,0%	86,0%	78,0%	83,3%
12203. Si se enfermara de COVID-19, y un familiar le recomienda tomar medicamentos, ¿usted los tomaría? (Correcto = No)	46,3%	45,1%	45,8%	70,6%	71,4%	70,8%	57,1%	65,0%	60,4%	39,4%	47,7%	41,9%	82,6%	61,5%	78,0%	56,6%	52,2%	55,1%
12204. Si se enfermara de COVID-19, y lo derivan al hospital más cercano, ¿cree que el tratamiento que le den le ayudará a sanar?	74,1%	58,5%	67,4%	76,5%	85,7%	79,2%	92,9%	80,0%	87,5%	72,1%	54,5%	66,9%	58,7%	42,3%	55,1%	71,3%	59,7%	67,4%
12205. Si se enfermara de COVID-19, ¿cree que puede tratarse en casa?	95,4%	89,0%	92,6%	85,3%	50,0%	75,0%	14,3%	10,0%	12,5%	80,8%	75,0%	79,1%	87,0%	96,2%	89,0%	82,0%	75,3%	79,7%

Nota: En el caso de los ítems, los porcentajes corresponden a la proporción de encuestados/as que respondieron correctamente ante el ítem. Es decir, si el resultado en un ítem es de 40,0%, significa que, de cada 10 encuestados/as, 4 respondieron correctamente y 6 respondieron incorrectamente. En el caso de los ítems en que la respuesta esperada era negativa, se ha incluido una anotación al final del mismo.

Respecto a la confianza en el personal del establecimiento de salud, en la UGT Mina la confianza es plena; por el contrario, en las UGT Valle Fortaleza y Huallanca, se obtienen niveles muy bajos. Por otra parte, sobre el ítem "Si se enfermara de COVID-19, ¿cree que puede tratarse en casa?", sucede lo opuesto: en las UGT Valle Fortaleza y Huallanca sí se cree que es posible tratar la enfermedad en casa, mientras que en la UGT Mina son muy pocos los que lo creen.

## Optimismo

Sobre el indicador *Optimismo sobre la situación*, se tiene que la población sí confía en que, con los debidos cuidados, la enfermedad puede evitarse. Sin embargo, la actitud sobre si la pandemia se terminará y si la comunidad se recuperará no es optimista, sobre todo en las UGT Mina, San Marcos y Huarmey.

Tabla 7.49. Resultados en ítems del indicador *Optimismo sobre la situación*

UGT	HUALLANCA			HUARMEY			MINA			SAN MARCOS			VALLE FORTALEZA			TOTAL		
	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total
12301. ¿Cree que se puede evitar la enfermedad de COVID-19 cuidándose correctamente?	89,8%	92,7%	91,1%	97,1%	100,0%	97,9%	92,9%	100,0%	95,8%	96,2%	93,2%	95,3%	93,5%	96,2%	94,1%	93,4%	94,6%	93,8%
12302. ¿Cree que esta pandemia se terminará?	75,9%	75,6%	75,8%	61,8%	71,4%	64,6%	46,4%	50,0%	47,9%	44,2%	59,1%	48,6%	65,2%	57,7%	63,6%	60,7%	66,1%	62,5%
12303. ¿Cree que su comunidad se recuperará económicamente?	75,9%	73,2%	74,7%	73,5%	57,1%	68,8%	46,4%	50,0%	47,9%	61,5%	77,3%	66,2%	66,3%	88,5%	71,2%	66,9%	72,6%	68,8%

Nota: En el caso de los ítems, los porcentajes corresponden a la proporción de encuestados/as que respondieron correctamente ante el ítem. Es decir, si el resultado en un ítem es de 40,0%, significa que, de cada 10 encuestados/as, 4 respondieron correctamente y 6 respondieron incorrectamente. En el caso de los ítems en que la respuesta esperada era negativa, se ha incluido una anotación al final del mismo.

En este punto, es importante señalar que las principales preocupaciones reportadas en las entrevistas han sido el temor a contagiarse y la preocupación económica. Respecto al temor a contagiarse, esto se debe, por un lado, a que los servicios de salud son insuficientes, pues en algunas comunidades no hay posta ni botiquín, o no hay personal suficiente ni implementos necesarios (por ejemplo, oxígeno) o el hospital de la zona sigue con falencias tras el huaico del año 2017. Por otro lado, el temor a contagiarse también se debe al temor a ser derivado a un hospital lejos de la comunidad y estar sólo, lejos de la familia.

Respecto a la preocupación económica, se reportó que los precios y pasajes han subido. Asimismo, un personal de salud reportó un aumento de casos de hipertensión y estrés, lo que se atribuye a la situación de inestabilidad o precariedad económica. Es importante mencionar que algunas personas señalaron que la principal preocupación era la economía debido a que la preocupación por la salud ya había pasado a un segundo plano. En sus términos: "ya pasó la enfermedad".

### 7.2.1.3. Nivel de prácticas adecuadas de las familias sobre la COVID-19 (D13)

Al analizar los resultados en esta dimensión por cada uno de los 3 indicadores que la componen, se encuentra que en algunas zonas ciertas prácticas ya serían habituales; sin embargo, en otras, estas prácticas se encuentran en un nivel muy bajo.

Tabla 7.50. Resultados en indicadores de la dimensión *Nivel de prácticas adecuadas sobre la COVID-19*

UGT	PROVINCIA (DISTRITO)	I132. Prácticas al interactuar con otras personas	I133. Prácticas de prevención de contagios	I131. Prácticas ante sospecha de COVID 19	D13. Nivel de prácticas adecuadas sobre la COVID 19
HUALLANCA	BOLOGNESI (CHIQUIAN)	67,5%	83,6%	31,6%	60,9%
	BOLOGNESI (HUALLANCA)	96,5%	84,9%	96,1%	92,5%
	HUAMALÍES (LLATA, PUÑOS)	47,4%	75,3%	63,2%	62,0%
	HUARI (SAN MARCOS)	96,1%	83,1%	100,0%	93,1%
	RECUAY (CATAC)	41,3%	87,2%	97,6%	75,4%
Total HUALLANCA	68,6%	82,9%	77,6%	76,4%	
HUARMEY	HUARMEY (HUARMEY)	47,9%	56,3%	89,6%	64,6%
Total HUARMEY		47,9%	56,3%	89,6%	64,6%
MINA	HUARI (SAN MARCOS, SAN PEDRO DE CHANA)	75,0%	91,7%	78,1%	81,6%
Total MINA		75,0%	91,7%	78,1%	81,6%
SAN MARCOS	HUARI (CHAVÍN DE HUÁNTAR)	76,8%	81,8%	97,8%	85,5%
	HUARI (SAN MARCOS, SAN PEDRO DE CHANA)	79,1%	68,9%	89,7%	79,2%
	Total SAN MARCOS	78,4%	72,9%	92,2%	81,2%
VALLE FORTALEZA	BARRANCA (PARAMONGA)	77,2%	97,4%	98,7%	91,1%
	BOLOGNESI (CAJACAY, COLQUIOC)	87,5%	92,2%	82,8%	87,5%
	RECUAY (LLACLIN, MARCA, PARARÍN)	68,1%	81,8%	84,4%	78,1%
Total VALLE FORTALEZA	76,3%	89,6%	88,6%	84,8%	
<b>Suma total</b>		<b>71,6%</b>	<b>80,1%</b>	<b>85,0%</b>	<b>78,9%</b>

Tabla 7.51. Resultados en indicadores de la dimensión *Nivel de prácticas adecuadas sobre la COVID-19 por sexo*

Indicador / Sexo de encuestado(a)	HUALLANCA			HUARMEY			MINA			SAN MARCOS			VALLE FORTALEZA			TOTAL		
	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total
I131. Prácticas ante sospecha de COVID 19	75,9%	79,9%	77,6%	88,2%	92,9%	89,6%	85,7%	67,5%	78,1%	94,7%	86,4%	92,2%	89,7%	84,6%	88,6%	86,6%	81,7%	85,0%
I132. Prácticas al interactuar con otras personas	61,1%	78,5%	68,6%	50,0%	42,9%	47,9%	76,2%	73,3%	75,0%	79,8%	75,0%	78,4%	78,6%	67,9%	76,3%	70,9%	72,9%	71,6%
I133. Prácticas de prevención de contagios	83,8%	81,7%	82,9%	57,0%	54,5%	56,3%	94,6%	87,5%	91,7%	72,6%	73,6%	72,9%	89,7%	89,4%	89,6%	80,4%	79,4%	80,1%

Nota: El cálculo del indicador, para cada individuo, se obtiene de la siguiente fórmula: (suma de puntajes en ítems entre cantidad de ítems) por 100%. A nivel agregado, se promedia este resultado, y es lo que se muestra en la tabla.

Respecto a las medidas de prevención que fueron reportadas en las entrevistas, estas fueron las siguientes:

- Lavado de manos con agua y jabón, uso de mascarillas, vacuna contra neumonía, uso de alcohol, desinfección afuera de las casas
- Distanciamiento social, aislamiento de personas con síntomas de gripe, no asistir a reuniones, no aglomeraciones.
- Tranqueras para cerrar las calles (medida polémica que luego dio marcha atrás).
- Medicinas tradicionales, alimentación balanceada.

Además, algunos reportaron que solo las personas que tuvieron la enfermedad aplicaron las medidas, los demás no. Este último hallazgo, si bien es interesante, resulta revelador que precisamente en una de las zonas con mayor incidencia de COVID-19 (UGT Huarmey) se obtienen niveles muy bajos en los indicadores de prácticas adecuadas. A continuación, se revisarán los resultados específicos en cada

indicador (y los ítems que lo conforman), en el mismo orden en que han sido presentados en la tabla 7.50: desde los resultados más bajos hasta aquellos más altos. Cabe mencionar que, al analizar los resultados en cada ítem, por ser la unidad mínima de recojo de información, se puede apreciar el porcentaje promedio de acierto en cada uno de estos.

### Interacción social

Los resultados en este indicador revelan que, en general, las personas al encontrarse con sus seres queridos que no viven en su casa (como familiares o amigos), se quitan la mascarilla y se saludan con un abrazo. Si bien en todas la UGT están en niveles bajos en estos ítems, es llamativo que en la UGT Huarmey el resultado es incluso menor al 50%.

Tabla 7.52. Resultados en ítems del indicador *Prácticas al interactuar con otras personas*

UGT	HUALLANCA			HUARMEY			MINA			SAN MARCOS			VALLE FORTALEZA			TOTAL		
	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total
13201. Cuando se encuentra con personas fuera de su casa, ¿mantiene una distancia de metro y medio?	83,7%	96,3%	89,1%	100,0%	100,0%	100,0%	85,7%	80,0%	83,3%	96,2%	95,5%	95,9%	91,3%	84,6%	89,8%	90,8%	93,0%	91,5%
13202. Cuando se encuentra con seres queridos que no viven en su casa, ¿se saludan con un abrazo? (Correcto = No)	50,9%	72,5%	60,2%	11,8%	14,3%	12,5%	78,6%	75,0%	77,1%	77,0%	76,2%	76,8%	68,5%	66,7%	68,1%	61,2%	68,4%	63,7%
13203. Cuando se encuentra con seres queridos que no viven en su casa, ¿se quitan la mascarilla? (Correcto = No)	54,8%	72,5%	62,5%	46,4%	25,0%	41,7%	64,3%	65,0%	64,6%	72,0%	56,8%	67,4%	76,1%	62,5%	73,3%	65,0%	63,0%	64,5%

Nota: En el caso de los ítems, los porcentajes corresponden a la proporción de encuestados/as que respondieron correctamente ante el ítem. Es decir, si el resultado en un ítem es de 40,0%, significa que, de cada 10 encuestados/as, 4 respondieron correctamente y 6 respondieron incorrectamente. En el caso de los ítems en que la respuesta esperada era negativa, se ha incluido una anotación al final del mismo.

### Prácticas de prevención

Respecto al indicador *Prácticas de prevención de contagios*, se encuentra que las debilidades más notorias están en la UGT Huarmey y la UGT San Marcos, en las que la población está asistiendo a eventos sociales, lo cual, sumado a prácticas inadecuadas en la interacción social, resulta un contexto de riesgo de contagios de COVID-19.

Tabla 7.53. Resultados en ítems del indicador *Prácticas de prevención de contagios*

UGT	HUALLANCA			HUARMEY			MINA			SAN MARCOS			VALLE FORTALEZA			TOTAL		
	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total
13301. Cuando alguien de su familia tose o estornuda, ¿se cubre la boca con el brazo?	92,5%	81,7%	87,8%	91,2%	78,6%	87,5%	85,7%	80,0%	83,3%	89,2%	95,5%	91,1%	94,4%	96,2%	94,8%	91,4%	86,6%	89,8%
13302. ¿Usted y su familia se lavan las manos con agua y jabón cada vez que regresan de la calle?	96,2%	97,6%	96,8%	97,1%	85,7%	93,8%	96,4%	94,4%	95,7%	98,1%	97,7%	98,0%	97,8%	100,0%	98,3%	97,2%	96,7%	97,1%
13303. ¿Usted y su familia usan mascarilla al salir de casa?	95,3%	97,6%	96,3%	100,0%	85,7%	95,8%	96,4%	90,0%	93,8%	93,3%	100,0%	95,3%	92,4%	92,3%	92,4%	94,5%	95,7%	94,9%
13304. En los últimos tres meses, ¿ha acudido a un velorio? (Correcto = No)	98,1%	86,6%	93,2%	36,4%	100,0%	50,0%	100,0%	100,0%	100,0%	49,0%	58,3%	51,4%	100,0%	95,8%	99,1%	79,1%	83,6%	80,1%
13305. En los últimos dos meses, ¿ha acudido a un cumpleaños o fiesta patronal? (Correcto = No)	96,2%	86,6%	92,0%	9,1%	50,0%	15,4%	100,0%	100,0%	100,0%	54,0%	57,9%	55,1%	100,0%	96,2%	99,1%	77,4%	79,8%	77,7%
13306. En los últimos dos meses, ¿ha acudido a una misa? (Correcto = No)	97,2%	85,4%	92,1%	18,2%	50,0%	23,1%	100,0%	100,0%	100,0%	55,9%	60,0%	57,0%	100,0%	96,2%	99,1%	79,0%	79,8%	78,9%
13307. ¿Las personas de su familia usan DOBLE mascarilla?	69,4%	80,5%	74,2%	85,3%	85,7%	85,4%	78,6%	65,0%	72,9%	82,7%	76,2%	80,8%	76,1%	80,8%	77,1%	77,0%	78,2%	77,5%
13308. ¿Cada cuántos días cambian de mascarilla?	33,0%	38,8%	35,5%	41,2%	28,6%	37,5%	100,0%	100,0%	100,0%	64,4%	70,5%	66,2%	69,6%	70,8%	69,8%	57,0%	56,6%	56,9%

Nota: En el caso de los ítems, los porcentajes corresponden a la proporción de encuestados/as que respondieron correctamente ante el ítem. Es decir, si el resultado en un ítem es de 40,0%, significa que, de cada 10 encuestados/as, 4

respondieron correctamente y 6 respondieron incorrectamente. En el caso de los ítems en que la respuesta esperada era negativa, se ha incluido una anotación al final del mismo.

Al analizar los ítems de este indicador, se encuentra que aquellos en que hay mayor dificultad están relacionados al uso de mascarillas: si bien la población en su mayoría sí usa la mascarilla al salir de casa, no está usando doble mascarilla y no cambian de mascarilla todos los días. Sobre este tópico, se reportó en las entrevistas que el acceso a las mascarillas fue complicado sobre todo al inicio de la pandemia, debido al elevado precio de estas y a que se debía viajar a la ciudad para encontrarlas, en un contexto en que había un temor razonable de las personas de ir a la ciudad pues era el principal foco de contagios. En dicho contexto, una salida fue la elaboración de mascarillas de tela a cargo de personas de la comunidad. Luego, a pesar de que el acceso se hizo más fácil, la población e incluso algunos trabajadores de la salud no ha incorporado del todo este hábito, pues se menciona que es incómodo y no hay la costumbre.

Por su parte, un ítem que sí se encuentra en un nivel alto es el relacionado con el lavado de manos con agua y jabón. Al explorar este tópico en las entrevistas, si bien las personas entrevistadas reportaron que se había avanzado en la adopción del hábito del lavado de manos, todavía no todos lo hacen debido a falta de acceso a agua, falta de jabón, o incluso recipientes. Además, se mencionó que algunas personas paulatinamente han dejado de hacerlo conforme el nivel de personas contagiadas fue disminuyendo. El personal de salud reportó que el lavado de manos es un tema que siempre se promueve, incluso antes de la pandemia, es un reto permanente.

### Ante sospecha de COVID-19

Respecto al indicador *Prácticas ante sospecha de COVID-19*, en general la población reporta que está quedándose en casa y usando mascarilla cuando tiene algún síntoma de COVID-19. Aquellas UGT que se encuentran por debajo del 90% están cerca de lograrlo.

Tabla 7.54. Resultados en ítems del indicador *Prácticas ante sospecha de COVID-19*

UGT	HUALLANCA			HUARMEY			MINA			SAN MARCOS			VALLE FORTALEZA			TOTAL		
	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total
13101. Cuando alguien en su hogar tiene algún síntoma de COVID 19, ¿se queda en casa por dos semanas?	86,2%	94,4%	89,8%	88,2%	92,9%	89,6%	85,7%	77,8%	82,6%	96,2%	86,4%	93,2%	95,2%	100,0%	96,2%	91,4%	91,4%	91,4%
13102. Cuando alguien en su hogar tiene algún síntoma de COVID 19, ¿usa mascarilla dentro de la casa?	88,3%	87,5%	88,0%	88,2%	92,9%	89,6%	85,7%	81,3%	84,1%	93,3%	90,5%	92,5%	94,4%	100,0%	95,6%	91,1%	89,7%	90,6%

Nota: En el caso de los ítems, los porcentajes corresponden a la proporción de encuestados/as que respondieron correctamente ante el ítem. Es decir, si el resultado en un ítem es de 40,0%, significa que, de cada 10 encuestados/as, 4 respondieron correctamente y 6 respondieron incorrectamente. En el caso de los ítems en que la respuesta esperada era negativa, se ha incluido una anotación al final del mismo.

#### 7.2.1.4. Nivel de satisfacción de las personas con su última interacción/experiencia con proveedores de servicios (D31)

Esta dimensión se compuso de un único ítem: “Pensando en la última atención que recibió en el establecimiento de salud más cercano, ¿se encuentra satisfecho/a con el personal de salud?”. Ante esta pregunta, resulta interesante que todas las personas de la UGT Mina respondieron que sí. En la UGT San Marcos, el nivel de satisfacción se encuentra entre 70% y 90%. Mientras que en las UGT Huallanca, Huarmey y Valle Fortaleza, el nivel de satisfacción es muy bajo (menor a 70%). Asimismo, al analizar los datos por sexo, se suele encontrar menor satisfacción entre las mujeres encuestadas.

Tabla 7.55. Resultados en dimensión de satisfacción con servicio de salud

UGT	PROVINCIA (DISTRITO)	D31. Nivel de satisfacción de las personas con su última interacción/experiencia con proveedores de servicios
HUALLANCA	BOLOGNESI (CHIQUIAN)	44,4%
	BOLOGNESI (HUALLANCA)	42,9%
	HUAMALÍES (LLATA, PUÑOS)	63,2%
	HUARI (SAN MARCOS)	80,0%
	RECUAY (CATAC)	63,2%
<b>Total HUALLANCA</b>		<b>62,3%</b>
HUARMEY	HUARMEY (HUARMEY)	57,9%
<b>Total HUARMEY</b>		<b>57,9%</b>
MINA	HUARI (SAN MARCOS, SAN PEDRO DE CHANA)	100,0%
<b>Total MINA</b>		<b>100,0%</b>
SAN MARCOS	HUARI (CHAVÍN DE HUÁNTAR)	85,7%
	HUARI (SAN MARCOS, SAN PEDRO DE CHANA)	73,5%
<b>Total SAN MARCOS</b>		<b>77,1%</b>
VALLE FORTALEZA	BARRANCA (PARAMONGA)	73,7%
	BOLOGNESI (CAJACAY, COLQUIOC)	56,3%
	RECUAY (LLACLIN, MARCA, PARARÍN)	43,5%
<b>Total VALLE FORTALEZA</b>		<b>56,9%</b>
<b>Suma total</b>		<b>68,5%</b>

Nota: El porcentaje corresponde a la cantidad de personas encuestadas que reportaron satisfacción con su última interacción/experiencia con proveedores de servicios entre el total de personas encuestadas por 100%.

Tabla 7.56. Resultados en dimensión de satisfacción con servicio de salud por sexo

UGT	D31. Nivel de satisfacción de las personas con su última interacción/experiencia con proveedores de servicios		
	Fem.	Masc.	Total
HUALLANCA	60,0%	66,7%	62,3%
HUARMEY	50,0%	80,0%	57,9%
MINA	100,0%	100,0%	100,0%
SAN MARCOS	79,6%	71,4%	77,1%
VALLE FORTALEZA	52,2%	75,0%	56,9%
<b>TOTAL</b>	<b>65,9%</b>	<b>74,6%</b>	<b>68,5%</b>

Nota: El porcentaje corresponde a la cantidad de personas encuestadas que reportaron satisfacción con su última interacción/experiencia con proveedores de servicios entre el total de personas encuestadas por 100%.

En las entrevistas realizadas, al preguntar por los centros de salud y el personal, en general se ha considerado que no es adecuada la atención que se brinda, que el equipamiento es deficiente y que el personal es inadecuado. Dada esta percepción del centro de salud y la resistencia a acudir a este,

hay temor a contagiarse o a que las personas se enteren de que se está enfermo. Se reporta que las personas prefieren ir a la botica o a la clínica, incluso si esto cuesta dinero, antes que ir al centro de salud. Además, se mencionó que, debido a la burocracia, el sistema de derivaciones a hospitales requiere de SIS y depende de la disponibilidad de citas en el siguiente establecimiento. En los casos en que sí se reporta confianza en el centro de salud, se ha tratado sólo del primer nivel, por ser más cercano y de atención ambulatoria; por el contrario, los hospitales están asociados a empeoramiento de la salud y a muerte, por lo que sólo se acude en casos extremos.

### 7.2.1.5. Nivel de participación activa de población en la que CARE desea impactar en reducir su vulnerabilidad a los shocks que les afectan (D32)

Esta dimensión se compuso de un único ítem: “¿Ha participado en alguna acción o iniciativa del comité comunal COVID-19 o del comité distrital COVID-19?”. Ante esta pregunta, se evidencia que el nivel de participación es en general muy bajo (11% en promedio). Sólo en Paramonga supera el 20%. En la siguiente tabla, se resaltan aquellas zonas en que la participación es menor al 10%. Asimismo, al analizar los datos por sexo, se evidencia, en general, menor participación entre las mujeres encuestadas.

Tabla 7.57. Resultados en dimensión de participación en acciones o iniciativas

UGT	PROVINCIA (DISTRITO)	D32. Nivel de participación activa de población en la que CARE desea impactar en reducir su vulnerabilidad a los shocks que les afectan
HUALLANCA	BOLOGNESI (CHIQUIAN)	0,0%
	BOLOGNESI (HUALLANCA)	10,5%
	HUAMALÍES (LLATA, PUÑOS)	15,8%
	HUARI (SAN MARCOS)	5,9%
	RECUAY (CATAC)	25,0%
<b>Total HUALLANCA</b>		<b>11,7%</b>
HUARMEY	HUARMEY (HUARMEY)	4,2%
<b>Total HUARMEY</b>		<b>4,2%</b>
MINA	HUARI (SAN MARCOS, SAN PEDRO DE CHANA)	9,1%
<b>Total MINA</b>		<b>9,1%</b>
SAN MARCOS	HUARI (CHAVÍN DE HUÁNTAR)	17,4%
	HUARI (SAN MARCOS, SAN PEDRO DE CHANA)	13,7%
<b>Total SAN MARCOS</b>		<b>14,9%</b>
VALLE FORTALEZA	BARRANCA (PARAMONGA)	21,1%
	BOLOGNESI (CAJACAY, COLQUIOC)	6,3%
	RECUAY (LLACLIN, MARCA, PARARÍN)	4,2%
<b>Total VALLE FORTALEZA</b>		<b>10,2%</b>
<b>Suma total</b>		<b>11,4%</b>

Nota: El porcentaje corresponde a la cantidad de personas encuestadas que participaron en alguna acción o iniciativa del comité comunal COVID-19 o del comité distrital COVID-19 entre el total de personas encuestadas por 100%.

Tabla 7.58. Resultados en dimensión de participación en acciones o iniciativas por sexo

D32. Nivel de participación activa de población en la que CARE desea impactar en reducir su vulnerabilidad a los shocks que les afectan

UGT	Fem.	Masc.	Total
HUALLANCA	7,5%	17,1%	11,7%
HUARMEY	5,9%	0,0%	4,2%
MINA	15,4%	0,0%	9,1%
SAN MARCOS	13,5%	18,2%	14,9%
VALLE FORTALEZA	8,7%	15,4%	10,2%
<b>TOTAL</b>	<b>9,9%</b>	<b>14,1%</b>	<b>11,4%</b>

Nota: El porcentaje corresponde a la cantidad de personas encuestadas que participaron en alguna acción o iniciativa del comité comunal COVID-19 o del comité distrital COVID-19 entre el total de personas encuestadas por 100%.

### 7.2.1.6. Participación de mujeres y niñas en espacios de toma de decisión (D33, D34)

Las dimensiones de participación de mujeres en espacios de toma de decisión fueron dos: D33. Nivel de participación de mujeres y niñas en espacios de toma de decisiones formales e informales, y D34. Nivel de representación y participación activa de mujeres en las decisiones, el liderazgo y la coordinación humanitaria a través de organizaciones dirigidas por mujeres o de organizaciones por los derechos de las mujeres. En ambas, se obtuvieron casos muy puntuales en algunas zonas en que una o dos mujeres participaban u ocupaban un cargo en alguno de los siguientes espacios: Comité comunal COVID-19, Comité o espacio distrital COVID-19, Junta vecinal, Comunidad campesina, u otro espacio de toma de decisiones.

Tabla 7.59. Resultados en dimensiones de participación de mujeres en espacios de decisión

UGT	PROVINCIA (DISTRITO)	D33. Nivel de participación de mujeres y niñas en espacios de toma de decisiones formales e informales		D34. Nivel de representación y participación activa de mujeres en las decisiones, el liderazgo y la coordinación humanitaria a través de organizaciones dirigidas por mujeres o de organizaciones por los derechos de las mujeres	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
HUALLANCA	BOLOGNESI (CHIQUIAN)	2	10,5%	1	5,3%
	BOLOGNESI (HUALLANCA)	1	5,3%		0,0%
	HUAMALÍES (LLATA, PUÑOS)		0,0%		0,0%
	HUARI (SAN MARCOS)		0,0%		0,0%
	RECUAY (CATAC)	2	9,5%	2	9,5%
<b>Total HUALLANCA</b>		<b>5</b>	<b>5,3%</b>	<b>3</b>	<b>3,2%</b>
HUARMEY	HUARMEY (HUARMEY)		0,0%		0,0%
<b>Total HUARMEY</b>			<b>0,0%</b>		<b>0,0%</b>
MINA	HUARI (SAN MARCOS, SAN PEDRO DE CHANA)	1	4,2%		0,0%
<b>Total MINA</b>		<b>1</b>	<b>4,2%</b>		<b>0,0%</b>
SAN MARCOS	HUARI (CHAVÍN DE HUÁNTAR)	1	4,3%	1	4,3%
	HUARI (SAN MARCOS, SAN PEDRO DE CHANA)		0,0%		0,0%
<b>Total SAN MARCOS</b>		<b>1</b>	<b>1,4%</b>	<b>1</b>	<b>1,4%</b>
VALLE FORTALEZA	BARRANCA (PARAMONGA)	2	10,5%	1	5,3%
	BOLOGNESI (CAJACAY, COLQUIOC)		0,0%	1	6,3%
	RECUAY (LLACLLIN, MARCA, PARARÍN)		0,0%		0,0%
<b>Total VALLE FORTALEZA</b>		<b>2</b>	<b>3,4%</b>	<b>2</b>	<b>3,4%</b>
<b>Total</b>		<b>9</b>	<b>3,3%</b>	<b>6</b>	<b>2,2%</b>

Nota: El porcentaje corresponde a la cantidad de encuestadas mujeres que reportaron participar u ocupar un cargo (según corresponda con la dimensión) en espacios de toma de decisiones entre el total de encuestadas mujeres por 100%. Al tratarse de cantidades pequeñas, se ha colocado la frecuencia.

## 7.2.2. Dimensiones de la encuesta a personal de salud

El cuestionario a personal de salud de los establecimientos de salud midió cuatro dimensiones. Todas estas dimensiones estuvieron referidas a nivel de conocimientos sobre distintos aspectos de la COVID-19, sus medidas de prevención, su diagnóstico y atención, así como su tratamiento y seguimiento. La tabla 7.60 presenta un resumen de los resultados en estas dimensiones por UGT.

Tabla 7.60. Resultados en las dimensiones del cuestionario a personal de salud

Dimensiones	HUALLANCA	HUARMEY	MINA	SAN MARCOS	VALLE FORTALEZA	Total
D21. Nivel de conocimientos sobre la COVID 19	76,9%	71,6%	66,7%	68,1%	65,7%	69,7%
D22. Nivel de conocimientos sobre las medidas de prevención de la COVID 19 en el EESS y la comunidad	76,1%	76,1%	75,0%	71,9%	78,1%	75,7%
D23. Nivel de conocimientos sobre el diagnóstico y atención de pacientes en el primer nivel de atención	67,1%	64,9%	56,8%	56,2%	67,0%	63,6%
D24. Nivel de conocimientos sobre el tratamiento y seguimiento de pacientes con COVID 19	79,0%	78,9%	80,2%	74,4%	80,7%	78,6%

Se observa que la dimensión con resultados más bajos es la de conocimientos sobre el diagnóstico y atención de pacientes en el primer nivel de atención. Además, ninguna de las cuatro dimensiones se encuentra en un nivel alto; no obstante, algunos de los indicadores o ítems que la componen sí lo están, como se verá más adelante.

### 7.2.2.1. Nivel de conocimientos del PS sobre la COVID-19 (D21)

Para empezar a revisar esta sección, es importante considerar las dimensiones e indicadores que la componen, así como la manera en que se han calculado los porcentajes que se presentan a lo largo de esta sección.

Tabla 7.61. Dimensiones e indicadores de encuesta a personal de salud y fórmula de cálculo en porcentajes

Dimensión	Cálculo de dimensión	Indicadores	Cálculo de indicadores
D21. Nivel de conocimientos del PS sobre la COVID 19	Promedio del valor de los indicadores x 100%	I211. Conocimiento sobre la COVID 19	(Suma de puntajes en ítems / Total de ítems ) x 100%
		I212. Conocimiento sobre los signos de alarma	(Suma de puntajes en ítems / Total de ítems ) x 100%
		I213. Conocimiento sobre los grupos de riesgo	(Suma de puntajes en ítems / Total de ítems ) x 100%
D22. Nivel de conocimientos del PS sobre las medidas de prevención de la COVID 19 en el EESS y la comunidad	Promedio del valor de los indicadores x 100%	I221. Conocimiento sobre las condiciones requeridas en el EESS	(Suma de puntajes en ítems / Total de ítems ) x 100%
		I222. Conocimiento sobre los EPP de acuerdo a usuario	(Suma de puntajes en ítems / Total de ítems ) x 100%
		I223. Conocimiento sobre medidas de prevención y contención de la COVID 19	(Suma de puntajes en ítems / Total de ítems ) x 100%
D23. Nivel de conocimientos del PS sobre el diagnóstico y atención de pacientes en el primer nivel de atención	Promedio del valor de los indicadores x 100%	I231. Conocimiento sobre el diagnóstico (examen clínico y prueba) y clasificación clínica	(Suma de puntajes en ítems / Total de ítems ) x 100%
		I232. Conocimiento sobre el manejo de pacientes en el nivel I de atención	(Suma de puntajes en ítems / Total de ítems ) x 100%
		I233. Conocimiento sobre la gestión de la información (SISCOVID)	(Suma de puntajes en ítems / Total de ítems ) x 100%
D24. Nivel de conocimientos del PS sobre el tratamiento y seguimiento de pacientes con COVID 19	Promedio del valor de los indicadores x 100%	I241. Conocimiento sobre el tratamiento de la COVID 19	(Suma de puntajes en ítems / Total de ítems ) x 100%
		I242. Conocimiento sobre el seguimiento a distancia	(Suma de puntajes en ítems / Total de ítems ) x 100%
		I243. Conocimiento sobre el seguimiento presencial (incluye equipos)	(Suma de puntajes en ítems / Total de ítems ) x 100%
		I244. Conocimiento sobre el cuidado de la persona con COVID 19 en casa	(Suma de puntajes en ítems / Total de ítems ) x 100%

Nota: Cada ítem tuvo un puntaje mínimo de 0 y un puntaje máximo de 1.

La tabla 7.62 muestra los resultados en cada indicador y cada ítems que conforman esta dimensión. Se observa que el indicador con niveles más bajos es el relativo a los signos de alarma que permiten identificar la necesidad de atención médica inmediata (I212). En este, se encuentra que, en todas las UGT, un buen porcentaje del personal de salud señaló a la tos seca y al dolor corporal como signos de alarma de atención inmediata, cuando no lo son, según la normativa. Asimismo, es necesario reforzar que la desorientación o confusión sí constituye un signo de alarma. Con respecto a la dificultad para respirar, prácticamente todos los encuestados lo identificaron como signo de alarma.

Respecto al indicador de conocimientos sobre la COVID-19 (I211), resulta llamativo que el periodo de incubación en promedio del virus en el cuerpo sea un ítem con tan bajos resultados. Además, en el caso de las UGT San Marcos y Valle Fortaleza, hay algunos encuestados que no identificaron que una persona sin síntomas puede transmitir el virus. En este punto, es importante mencionar que, según lo recogido en el trabajo de campo, en los EESS de la UGT Valle fortaleza, no se manejan casos de COVID, por lo que no están capacitados en ello, y derivan para los test de despistaje.

Finalmente, sobre el indicador de conocimientos sobre los grupos de riesgo (I213), salvo en UGT San Marcos y Valle Fortaleza, se logró identificar a las personas con enfermedades cardiovasculares como grupo de riesgo; sin embargo, en las UGT Huarmey y Mina, se señaló también a los niños y adolescentes como grupo de riesgo, cuando no lo son, según la normativa.

Tabla 7.62. Resultados por indicador e ítem en la dimensión D21

Dimensión, indicadores e ítems	HUALLANCA	HUARMEY	MINA	SAN MARCOS	VALLE FORTALEZA	Total
<b>Dimensión D21. Nivel de conocimientos sobre la COVID 19</b>	<b>76,9%</b>	<b>71,6%</b>	<b>66,7%</b>	<b>68,1%</b>	<b>65,7%</b>	<b>69,7%</b>
<b>I211. Conocimiento sobre la COVID 19</b>	<b>77,3%</b>	<b>72,7%</b>	<b>68,8%</b>	<b>64,6%</b>	<b>68,6%</b>	<b>70,3%</b>
21101. Una persona sin síntomas puede transmitir el virus	90,9%	90,9%	100,0%	87,5%	88,6%	90,1%
21102. El periodo de incubación del virus NO es, en promedio, de entre dos y tres días	63,6%	54,5%	37,5%	41,7%	48,6%	50,5%
<b>I212. Conocimiento sobre los signos de alarma</b>	<b>71,6%</b>	<b>64,8%</b>	<b>62,5%</b>	<b>60,4%</b>	<b>47,1%</b>	<b>59,5%</b>
21201. La dificultad para respirar es un signo de alarma que permite identificar la necesidad de atención médica inmediata	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	97,1%	99,1%
21202. La desorientación o confusión es un signo de alarma que permite identificar la necesidad de atención médica inmediata	77,3%	68,2%	62,5%	58,3%	34,3%	56,8%
21203. La tos seca NO es un signo de alarma que permite identificar la necesidad de atención médica inmediata	63,6%	50,0%	50,0%	50,0%	31,4%	46,8%
21204. El dolor corporal NO es un signo de alarma que permite identificar la necesidad de atención médica inmediata	45,5%	40,9%	37,5%	33,3%	25,7%	35,1%
<b>I213. Conocimiento sobre los grupos de riesgo</b>	<b>81,8%</b>	<b>77,3%</b>	<b>68,8%</b>	<b>79,2%</b>	<b>81,4%</b>	<b>79,3%</b>
21301. Las personas con enfermedades cardiovasculares son un grupo de riesgo de COVID-19	100,0%	100,0%	100,0%	83,3%	85,7%	91,8%
21302. Los niños y adolescentes NO son un grupo de riesgo de COVID-19	71,4%	54,5%	37,5%	75,0%	79,4%	68,8%

Nota: En el caso de los ítems, los porcentajes corresponden a la proporción de encuestados/as que respondieron correctamente ante el ítem. Es decir, si el resultado en un ítem es de 40,0%, significa que, de cada 10 encuestados/as, 4 respondieron correctamente y 6 respondieron incorrectamente.

Las siguientes tablas presentan los resultados desagregados por sexo y por nivel del establecimiento de salud del personal encuestado.

Tabla 7.63. Resultados por indicador e ítem en la dimensión D21 por sexo

Dimensión, indicadores e ítems	Fem.	Masc.	Total
<b>Dimensión D21. Nivel de conocimientos sobre la COVID 19</b>	<b>66,2%</b>	<b>77,8%</b>	<b>69,7%</b>
<b>I211. Conocimiento sobre la COVID 19</b>	<b>66,7%</b>	<b>78,8%</b>	<b>70,3%</b>
21101. Una persona sin síntomas puede transmitir el virus	88,5%	93,9%	90,1%
21102. El periodo de incubación del virus NO es, en promedio, de entre dos y tres días	44,9%	63,6%	50,5%
<b>I212. Conocimiento sobre los signos de alarma</b>	<b>54,5%</b>	<b>71,2%</b>	<b>59,5%</b>
21201. La dificultad para respirar es un signo de alarma que permite identificar la necesidad de atención médica inmediata	100,0%	97,0%	99,1%
21202. La desorientación o confusión es un signo de alarma que permite identificar la necesidad de atención médica inmediata	50,0%	72,7%	56,8%
21203. La tos seca NO es un signo de alarma que permite identificar la necesidad de atención médica inmediata	39,7%	63,6%	46,8%
21204. El dolor corporal NO es un signo de alarma que permite identificar la necesidad de atención médica inmediata	28,2%	51,5%	35,1%
<b>I213. Conocimiento sobre los grupos de riesgo</b>	<b>77,6%</b>	<b>83,3%</b>	<b>79,3%</b>
21301. Las personas con enfermedades cardiovasculares son un grupo de riesgo de COVID-19	92,2%	90,9%	91,8%
21302. Los niños y adolescentes NO son un grupo de riesgo de COVID-19	65,8%	75,8%	68,8%

Tabla 7.64. Resultados por indicador e ítem en la dimensión D21 por nivel de atención del EESS

Dimensión, indicadores e ítems	Nivel I	Nivel II	Total
<b>Dimensión D21. Nivel de conocimientos sobre la COVID 19</b>	<b>69,3%</b>	<b>71,2%</b>	<b>69,7%</b>
<b>I211. Conocimiento sobre la COVID 19</b>	<b>69,7%</b>	<b>72,7%</b>	<b>70,3%</b>
21101. Una persona sin síntomas puede transmitir el virus	89,9%	90,9%	90,1%
21102. El periodo de incubación del virus NO es, en promedio, de entre dos y tres días	49,4%	54,5%	50,5%
<b>I212. Conocimiento sobre los signos de alarma</b>	<b>59,0%</b>	<b>61,4%</b>	<b>59,5%</b>
21201. La dificultad para respirar es un signo de alarma que permite identificar la necesidad de atención médica inmediata	98,9%	100,0%	99,1%
21202. La desorientación o confusión es un signo de alarma que permite identificar la necesidad de atención médica inmediata	52,8%	72,7%	56,8%
21203. La tos seca NO es un signo de alarma que permite identificar la necesidad de atención médica inmediata	47,2%	45,5%	46,8%
21204. El dolor corporal NO es un signo de alarma que permite identificar la necesidad de atención médica inmediata	37,1%	27,3%	35,1%
<b>I213. Conocimiento sobre los grupos de riesgo</b>	<b>79,2%</b>	<b>79,5%</b>	<b>79,3%</b>
21301. Las personas con enfermedades cardiovasculares son un grupo de riesgo de COVID-19	89,8%	100,0%	91,8%
21302. Los niños y adolescentes NO son un grupo de riesgo de COVID-19	71,3%	59,1%	68,8%

### 7.2.2.2. Nivel de conocimientos del PS sobre las medidas de prevención de la COVID-19 en el EESS y la comunidad (D22)

La tabla 7.65 muestra los resultados en cada indicador y cada ítems que conforman esta dimensión. Se observa que el indicador de conocimiento sobre las condiciones requeridas en el establecimiento de salud (I221) se encuentra en el nivel alto. Por el contrario, el indicador de conocimiento sobre los EPP de acuerdo a usuario (I222) se encuentra en un nivel bajo en todas las UGT.

En el caso del indicador de conocimiento sobre medidas de prevención y contención de la COVID-19 (I223), hay dos ítems en nivel alto: que las personas deben usar mascarilla y cambiarla diariamente, y que si se presenta un caso de COVID-19, los demás miembros del hogar deben realizar cuarentena. Lo opuesto sucede con los ítems referidos a la administración de pruebas de detección de COVID-19. En uno de ellos (22302), se afirma que la comunidad podría aplicar pruebas rápidas, lo cual no está dentro de los protocolos establecidos. Mientras que en el otro (22304), se presenta un caso de aplicación de prueba en un caso que, según la normativa, no lo amerita. Finalmente, en el ítem que plantea el rol activo de las familias en el auto-triaje y el auto-monitoreo de sus miembros, en las UGT Mina, Huarmey y San Marcos, se encuentra en nivel alto, mientras que en UGT Huallanca y Valle Fortaleza sería necesario reforzar dicho aspecto pues el resultado se ubica en un nivel medio.

Tabla 7.65. Resultados por indicador e ítem en la dimensión D22

Dimensión, indicadores e ítems	HUALLANCA	HUARMEY	MINA	SAN MARCOS	VALLE FORTALEZA	Total
<b>Dimensión D22. Nivel de conocimientos sobre las medidas de prevención de la COVID 19 en el EESS y la comunidad</b>	<b>76,1%</b>	<b>76,1%</b>	<b>75,0%</b>	<b>71,9%</b>	<b>78,1%</b>	<b>75,7%</b>
<b>I221. Conocimiento sobre las condiciones requeridas en el EESS</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>94,3%</b>	<b>98,2%</b>
22101. Para controlar las infecciones en el establecimiento de salud, se debe capacitar permanentemente a pacientes y familiares sobre la prevención de la COVID-19.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	94,3%	98,2%
<b>I222. Conocimiento sobre los EPP de acuerdo a usuario</b>	<b>54,5%</b>	<b>59,1%</b>	<b>50,0%</b>	<b>37,5%</b>	<b>68,6%</b>	<b>55,9%</b>
22201. Solo el personal con riesgo MUY alto de exposición debe usar lentes protectores con ventosa como parte de su EPP (afirmación errada)	54,5%	59,1%	50,0%	37,5%	68,6%	55,9%
<b>I223. Conocimiento sobre medidas de prevención y contención de la COVID 19</b>	<b>73,6%</b>	<b>69,1%</b>	<b>75,0%</b>	<b>78,3%</b>	<b>71,4%</b>	<b>73,2%</b>
22301. Las familias, en su rol de contención de la pandemia, pueden realizar el auto-triaje y auto-monitoreo de sus miembros.	86,4%	95,5%	100,0%	95,8%	74,3%	87,4%
22302. La comunidad, en su rol de contención de la pandemia, puede detectar casos positivos aplicando pruebas rápidas a las personas con síntomas (afirmación errada)	63,6%	40,9%	62,5%	79,2%	65,7%	63,1%
22303. Para prevenir los contagios en la comunidad es importante que las personas usen mascarilla y la cambien diariamente.	100,0%	86,4%	100,0%	100,0%	94,3%	95,5%
22304. Una persona que ha tenido contacto directo con un caso confirmado de COVID-19 y que no presenta síntomas, debe realizar cuarentena y, luego de 14 días, se le debe realizar una prueba para darle de alta al término de la cuarentena. (afirmación errada)	18,2%	27,3%	25,0%	20,8%	31,4%	25,2%
22305. Si se presenta un caso de COVID-19, todos los integrantes de la familia que conviven con la persona deben realizar cuarentena obligatoria.	100,0%	95,5%	87,5%	95,8%	91,4%	94,6%

Nota: En el caso de los ítems, los porcentajes corresponden a la proporción de encuestados/as que respondieron correctamente ante el ítem. Es decir, si el resultado en un ítem es de 40,0%, significa que, de cada 10 encuestados/as, 4 respondieron correctamente y 6 respondieron incorrectamente.

Las siguientes tablas presentan los resultados desagregados por sexo y por nivel del establecimiento de salud del personal encuestado.

Tabla 7.66. Resultados por indicador e ítem en la dimensión D22 por sexo

Dimensión, indicadores e ítems	Fem.	Masc.	Total
<b>Dimensión D22. Nivel de conocimientos sobre las medidas de prevención de la COVID 19 en el EESS y la comunidad</b>	<b>79,1%</b>	<b>67,7%</b>	<b>75,7%</b>
<b>I221. Conocimiento sobre las condiciones requeridas en el EESS</b>	<b>100,0%</b>	<b>93,9%</b>	<b>98,2%</b>
22101. Para controlar las infecciones en el establecimiento de salud, se debe capacitar permanentemente a pacientes y familiares sobre la prevención de la COVID-19.	100,0%	93,9%	98,2%
<b>I222. Conocimiento sobre los EPP de acuerdo a usuario</b>	<b>64,1%</b>	<b>36,4%</b>	<b>55,9%</b>
22201. Solo el personal con riesgo MUY alto de exposición debe usar lentes protectores con ventosa como parte de su EPP (afirmación errada)	64,1%	36,4%	55,9%
<b>I223. Conocimiento sobre medidas de prevención y contención de la COVID 19</b>	<b>73,3%</b>	<b>72,7%</b>	<b>73,2%</b>
22301. Las familias, en su rol de contención de la pandemia, pueden realizar el auto-triage y auto-monitoreo de sus miembros.	87,2%	87,9%	87,4%
22302. La comunidad, en su rol de contención de la pandemia, puede detectar casos positivos aplicando pruebas rápidas a las personas con síntomas (afirmación errada)	64,1%	60,6%	63,1%
22303. Para prevenir los contagios en la comunidad es importante que las personas usen mascarilla y la cambien diariamente.	96,2%	93,9%	95,5%
22304. Una persona que ha tenido contacto directo con un caso confirmado de COVID-19 y que no presenta síntomas, debe realizar cuarentena y, luego de 14 días, se le debe realizar una prueba para darle de alta al término de la cuarentena. (afirmación errada)	24,4%	27,3%	25,2%
22305. Si se presenta un caso de COVID-19, todos los integrantes de la familia que conviven con la persona deben realizar cuarentena obligatoria.	94,9%	93,9%	94,6%

Tabla 7.67. Resultados por indicador e ítem en la dimensión D22 por nivel de atención del EESS

Dimensión, indicadores e ítems	Nivel I	Nivel II	Total
<b>Dimensión D22. Nivel de conocimientos sobre las medidas de prevención de la COVID 19 en el EESS y la comunidad</b>	<b>76,1%</b>	<b>74,2%</b>	<b>75,7%</b>
<b>I221. Conocimiento sobre las condiciones requeridas en el EESS</b>	<b>97,8%</b>	<b>100,0%</b>	<b>98,2%</b>
22101. Para controlar las infecciones en el establecimiento de salud, se debe capacitar permanentemente a pacientes y familiares sobre la prevención de la COVID-19.	97,8%	100,0%	98,2%
<b>I222. Conocimiento sobre los EPP de acuerdo a usuario</b>	<b>58,4%</b>	<b>45,5%</b>	<b>55,9%</b>
22201. Solo el personal con riesgo MUY alto de exposición debe usar lentes protectores con ventosa como parte de su EPP (afirmación errada)	58,4%	45,5%	55,9%
<b>I223. Conocimiento sobre medidas de prevención y contención de la COVID 19</b>	<b>72,1%</b>	<b>77,3%</b>	<b>73,2%</b>
22301. Las familias, en su rol de contención de la pandemia, pueden realizar el auto-triage y auto-monitoreo de sus miembros.	84,3%	100,0%	87,4%
22302. La comunidad, en su rol de contención de la pandemia, puede detectar casos positivos aplicando pruebas rápidas a las personas con síntomas (afirmación errada)	65,2%	54,5%	63,1%
22303. Para prevenir los contagios en la comunidad es importante que las personas usen mascarilla y la cambien diariamente.	96,6%	90,9%	95,5%
22304. Una persona que ha tenido contacto directo con un caso confirmado de COVID-19 y que no presenta síntomas, debe realizar cuarentena y, luego de 14 días, se le debe realizar una prueba para darle de alta al término de la cuarentena. (afirmación errada)	21,3%	40,9%	25,2%
22305. Si se presenta un caso de COVID-19, todos los integrantes de la familia que conviven con la persona deben realizar cuarentena obligatoria.	93,3%	100,0%	94,6%

### 7.2.2.3. Nivel de conocimientos del PS sobre el diagnóstico y atención de pacientes (D23)

En esta dimensión, se tienen resultados muy bajos en los tres indicadores que la componen. Sobre el indicador de conocimiento sobre el diagnóstico y clasificación clínica de casos de COVID-19 (I 231), el personal sabe que hay que tener en cuenta los antecedentes epidemiológicos y las características clínicas del paciente, así como que la clasificación de pacientes incluye los casos leve, moderado y severo. Sin embargo, consideran que en casos leves sin factores de riesgo no es necesario realizar la prueba para COVID-19 (lo cual es errado), y consideran que se puede hablar de casos confirmados sin previa aplicación de prueba para la detección, ambos aspectos en los que sería necesario realizar incidencia. Además, el personal reporta no haber recibido capacitación para el uso de las pruebas para la detección de COVID-19.

Respecto al indicador de conocimiento sobre el manejo de pacientes en el nivel I de atención (I 232), hay cierta confusión pues buena parte del personal considera que se debe asumir que toda persona que acude en busca de ayuda sobre COVID-19 es un caso leve, así como en la diferenciación de los circuitos de atención. Un ítem que, si bien no está en el nivel alto, está más cerca de estarlo es el referido a la atención por telesalud o presencial en casos en que no se pueden implementar circuitos diferenciados. Es importante mencionar que, para este indicador, se hizo un análisis diferenciado entre personal de establecimientos de salud del nivel I y personal de hospitales (nivel II), y no se encontraron mayores diferencias. Finalmente, sobre el SISCOVID, se reporta no haber recibido capacitación en su uso, aunque el resultado es alto en el ítem sobre el procedimiento de llenado, salvo las UGT Huarmey y Mina.

Tabla 7.68. Resultados por indicador e ítem en la dimensión D23

Dimensión, indicadores e ítems	HUALLANCA	HUARMEY	MINA	SAN MARCOS	VALLE FORTALEZA	Total
<b>Dimensión D23. Nivel de conocimientos sobre el diagnóstico y atención de pacientes en el primer nivel de atención</b>	<b>67,1%</b>	<b>64,9%</b>	<b>56,8%</b>	<b>56,2%</b>	<b>67,0%</b>	<b>63,6%</b>
<b>I231. Conocimiento sobre el diagnóstico (examen clínico y prueba) y clasificación clínica</b>	<b>71,8%</b>	<b>78,2%</b>	<b>72,5%</b>	<b>60,8%</b>	<b>66,9%</b>	<b>69,2%</b>
23101. Para realizar el diagnóstico de la Covid 19, hay que tener en cuenta los antecedentes epidemiológicos y las características clínicas del paciente.	90,9%	100,0%	100,0%	100,0%	88,2%	94,5%
23102. La clasificación de pacientes incluye los casos leve, moderado y severo.	95,5%	95,5%	87,5%	95,8%	91,4%	93,7%
23103. A los casos leves sin factores de riesgo NO ES NECESARIO realizarles prueba para COVID-19 (afirmación errada)	68,2%	72,7%	62,5%	54,2%	57,1%	62,2%
23104. Si no hay pruebas disponibles pero la persona presenta los síntomas de COVID-19, se considera un caso confirmado. (afirmación errada)	50,0%	50,0%	50,0%	25,0%	62,9%	48,6%
23105. ¿Usted ha recibido capacitación para el uso de las pruebas para la detección de COVID-19?	54,5%	72,7%	62,5%	29,2%	37,1%	47,7%
<b>I232. Conocimiento sobre el manejo de pacientes en el nivel I de atención</b>	<b>59,1%</b>	<b>57,6%</b>	<b>54,2%</b>	<b>47,2%</b>	<b>62,9%</b>	<b>57,1%</b>
23201. En el NIVEL 1, los profesionales de salud deben asumir que toda persona que acude en busca de ayuda sobre COVID-19 es un caso leve. (afirmación errada)	45,5%	54,5%	62,5%	54,2%	60,0%	55,0%
23202. El centro de salud debe contar con dos circuitos separados para atención COVID-19. Los circuitos son uno para casos leves y otro para casos moderados y severos. (afirmación errada)	36,4%	31,8%	12,5%	16,7%	40,0%	30,6%
23203. El centro de salud que no puede implementar circuitos diferenciados, realizará preferentemente atenciones por telesalud o presenciales con previa cita.	95,5%	86,4%	87,5%	70,8%	88,6%	85,6%
<b>I233. Conocimiento sobre la gestión de la información (SISCOVID)</b>	<b>70,5%</b>	<b>59,1%</b>	<b>43,8%</b>	<b>60,4%</b>	<b>71,4%</b>	<b>64,4%</b>
23301. Inmediatamente identificado un caso sospechoso, se debe registrar en la ficha de investigación epidemiológica de COVID-19 que interopera con la F200 del SISCOVID.	100,0%	72,7%	75,0%	91,7%	97,1%	90,1%
23302. ¿Ha recibido capacitación sobre el uso del SISCOVID?	40,9%	45,5%	12,5%	29,2%	45,7%	38,7%

Nota: En el caso de los ítems, los porcentajes corresponden a la proporción de encuestados/as que respondieron correctamente ante el ítem. Es decir, si el resultado en un ítem es de 40,0%, significa que, de cada 10 encuestados/as, 4 respondieron correctamente y 6 respondieron incorrectamente.

Las siguientes tablas presentan los resultados desagregados por sexo y por nivel del establecimiento de salud del personal encuestado.

Tabla 7.69. Resultados por indicador e ítem en la dimensión D23 por sexo

<b>Dimensión, indicadores e ítems</b>	<b>Fem.</b>	<b>Masc.</b>	<b>Total</b>
<b>Dimensión D23. Nivel de conocimientos sobre el diagnóstico y atención de pacientes en el primer nivel de atención</b>	<b>63,7%</b>	<b>63,3%</b>	<b>63,6%</b>
<b>I231. Conocimiento sobre el diagnóstico (examen clínico y prueba) y clasificación clínica</b>	<b>69,2%</b>	<b>69,1%</b>	<b>69,2%</b>
23101. Para realizar el diagnóstico de la Covid 19, hay que tener en cuenta los antecedentes epidemiológicos y las características clínicas del paciente.	94,9%	93,8%	94,5%
23102. La clasificación de pacientes incluye los casos leve, moderado y severo.	94,9%	90,9%	93,7%
23103. A los casos leves sin factores de riesgo NO ES NECESARIO realizarles prueba para COVID-19 (afirmación errada)	61,5%	63,6%	62,2%
23104. Si no hay pruebas disponibles pero la persona presenta los síntomas de COVID-19, se considera un caso confirmado. (afirmación errada)	51,3%	42,4%	48,6%
23105. ¿Usted ha recibido capacitación para el uso de las pruebas para la detección de COVID-19?	43,6%	57,6%	47,7%
<b>I232. Conocimiento sobre el manejo de pacientes en el nivel I de atención</b>	<b>59,0%</b>	<b>52,5%</b>	<b>57,1%</b>
23201. En el NIVEL 1, los profesionales de salud deben asumir que toda persona que acude en busca de ayuda sobre COVID-19 es un caso leve. (afirmación errada)	60,3%	42,4%	55,0%
23202. El centro de salud debe contar con dos circuitos separados para atención COVID-19. Los circuitos son uno para casos leves y otro para casos moderados y severos. (afirmación errada)	32,1%	27,3%	30,6%
23203. El centro de salud que no puede implementar circuitos diferenciados, realizará preferentemente atenciones por telesalud o presenciales con previa cita.	84,6%	87,9%	85,6%
<b>I233. Conocimiento sobre la gestión de la información (SISCOVID)</b>	<b>62,8%</b>	<b>68,2%</b>	<b>64,4%</b>
23301. Inmediatamente identificado un caso sospechoso, se debe registrar en la ficha de investigación epidemiológica de COVID-19 que interopera con la F200 del SISCOVID.	89,7%	90,9%	90,1%
23302. ¿Ha recibido capacitación sobre el uso del SISCOVID?	35,9%	45,5%	38,7%

Tabla 7.70. Resultados por indicador e ítem en la dimensión D23 por nivel de atención del EESS

Dimensión, indicadores e ítems	Nivel I	Nivel II	Total
<b>Dimensión D23. Nivel de conocimientos sobre el diagnóstico y atención de pacientes en el primer nivel de atención</b>	<b>62,3%</b>	<b>68,5%</b>	<b>63,6%</b>
<b>I231. Conocimiento sobre el diagnóstico (examen clínico y prueba) y clasificación clínica</b>	<b>66,7%</b>	<b>79,1%</b>	<b>69,2%</b>
23101. Para realizar el diagnóstico de la Covid 19, hay que tener en cuenta los antecedentes epidemiológicos y las características clínicas del paciente.	93,2%	100,0%	94,5%
23102. La clasificación de pacientes incluye los casos leve, moderado y severo.	92,1%	100,0%	93,7%
23103. A los casos leves sin factores de riesgo NO ES NECESARIO realizarles prueba para COVID-19 (afirmación errada)	57,3%	81,8%	62,2%
23104. Si no hay pruebas disponibles pero la persona presenta los síntomas de COVID-19, se considera un caso confirmado. (afirmación errada)	47,2%	54,5%	48,6%
23105. ¿Usted ha recibido capacitación para el uso de las pruebas para la detección de COVID-19?	44,9%	59,1%	47,7%
<b>I232. Conocimiento sobre el manejo de pacientes en el nivel I de atención</b>	<b>55,1%</b>	<b>65,2%</b>	<b>57,1%</b>
23201. En el NIVEL 1, los profesionales de salud deben asumir que toda persona que acude en busca de ayuda sobre COVID-19 es un caso leve. (afirmación errada)	57,3%	45,5%	55,0%
23202. El centro de salud debe contar con dos circuitos separados para atención COVID-19. Los circuitos son uno para casos leves y otro para casos moderados y severos. (afirmación errada)	24,7%	54,5%	30,6%
23203. El centro de salud que no puede implementar circuitos diferenciados, realizará preferentemente atenciones por tele salud o presenciales con previa cita.	83,1%	95,5%	85,6%
<b>I233. Conocimiento sobre la gestión de la información (SISCOVID)</b>	<b>65,2%</b>	<b>61,4%</b>	<b>64,4%</b>
23301. Inmediatamente identificado un caso sospechoso, se debe registrar en la ficha de investigación epidemiológica de COVID-19 que interopera con la F200 del SISCOVID.	91,0%	86,4%	90,1%
23302. ¿Ha recibido capacitación sobre el uso del SISCOVID?	39,3%	36,4%	38,7%

#### 7.2.2.4. Nivel de conocimientos del PS sobre el tratamiento y seguimiento de pacientes con COVID-19 (D24)

En esta dimensión, sí hay un indicador en el nivel alto, que es el de conocimiento sobre el seguimiento presencial (I 243). Por su parte, en el indicador sobre el seguimiento a distancia (I 242), en las UGT Huarmey y Mina habría mayor prioridad de intervención. Del mismo modo, en todas las UGT sería necesario reforzar lo referido a la duración y la frecuencia del seguimiento a distancia (ítems 24201 y 24204).

Sobre el tratamiento de la COVID-19 (I 241), hay una brecha importante en el tratamiento específico que corresponde a cada nivel de COVID-19. Finalmente, sobre el cuidado de la persona con COVID-19 en casa (I 244), se haría necesario un refuerzo de en qué casos se recomienda el aislamiento domiciliario (y en qué casos NO se recomienda el mismo), así como en lo referido al contacto con animales por parte de la persona que realiza el aislamiento domiciliario. Los puntos que sí tiene claro el personal de salud en su gran mayoría es que la persona infectada debe estar en una habitación ventilada y no debe salir de casa.

Tabla 7.71. Resultados por indicador e ítem en la dimensión D24

Dimensión, indicadores e ítems	HUALLANCA	HUARMEY	MINA	SAN MARCOS	VALLE FORTALEZA	Total
<b>Dimensión D24. Nivel de conocimientos sobre el tratamiento y seguimiento de pacientes con COVID 19</b>	<b>79,0%</b>	<b>78,9%</b>	<b>80,2%</b>	<b>74,4%</b>	<b>80,7%</b>	<b>78,6%</b>
<b>I241. Conocimiento sobre el tratamiento de la COVID 19</b>	<b>72,7%</b>	<b>84,8%</b>	<b>83,3%</b>	<b>69,4%</b>	<b>74,3%</b>	<b>75,7%</b>
24101. El tratamiento farmacológico se recomienda para todos los niveles: leve, moderado y severo de COVID-19. (afirmación errada)	36,4%	68,2%	62,5%	29,2%	48,6%	46,8%
24102. Para tratar la COVID-19, se puede permitir que la población use medicamentos no incluidos en los protocolos oficiales. (afirmación errada)	95,5%	90,9%	100,0%	91,7%	91,4%	92,8%
24103. Un caso severo de COVID-19 puede ser tratado en casa con un adecuado seguimiento a distancia. (afirmación errada)	86,4%	95,5%	87,5%	87,5%	82,9%	87,4%
<b>I242. Conocimiento sobre el seguimiento a distancia</b>	<b>78,4%</b>	<b>72,7%</b>	<b>65,6%</b>	<b>74,0%</b>	<b>82,9%</b>	<b>76,8%</b>
24201. Ante un caso leve sin factores de riesgo, el seguimiento clínico a distancia se hará diariamente.	77,3%	63,6%	62,5%	83,3%	82,9%	76,6%
24202. El seguimiento clínico a distancia incluye la exploración de malestares emocionales y de salud mental.	100,0%	86,4%	87,5%	91,7%	88,6%	91,0%
24203. Si durante el telemonitoreo se encuentran signos de alarma, se realiza de forma inmediata la visita domiciliaria.	90,9%	86,4%	100,0%	95,8%	94,3%	92,8%
24204. El seguimiento a distancia de casos de COVID-19 se realiza durante 10 días a partir del inicio de los síntomas. (afirmación errada)	45,5%	54,5%	12,5%	25,0%	65,7%	46,8%
<b>I243. Conocimiento sobre el seguimiento presencial (incluye equipos)</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>97,1%</b>	<b>99,1%</b>
24301. El profesional de salud que realiza la visita debe llevar un oxímetro como parte de su equipamiento.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	97,1%	99,1%
<b>I244. Conocimiento sobre el cuidado de la persona con COVID 19 en casa</b>	<b>64,8%</b>	<b>58,0%</b>	<b>71,9%</b>	<b>54,2%</b>	<b>68,6%</b>	<b>62,8%</b>
24401. Se recomienda el aislamiento domiciliario cuando la persona con COVID-19 cohabita con personas de riesgo. (afirmación errada)	9,5%	9,5%	12,5%	8,3%	19,4%	12,4%
24402. Si una persona con COVID-19 va a realizar el aislamiento domiciliario, ¿debe estar en una habitación donde corra aire?	90,9%	81,8%	87,5%	100,0%	91,4%	91,0%
24403. Si una persona con COVID-19 va a realizar el aislamiento domiciliario, ¿debe evitar el contacto con animales?	63,6%	50,0%	87,5%	29,2%	74,3%	58,6%
24404. Si una persona con COVID 19 va a realizar el aislamiento domiciliario, ¿puede ir a trabajar, reuniones o hacer compras? (afirmación errada)	95,5%	90,9%	100,0%	79,2%	91,4%	90,1%

Nota: En el caso de los ítems, los porcentajes corresponden a la proporción de encuestados/as que respondieron correctamente ante el ítem. Es decir, si el resultado en un ítem es de 40,0%, significa que, de cada 10 encuestados/as, 4 respondieron correctamente y 6 respondieron incorrectamente.

Las siguientes tablas presentan los resultados desagregados por sexo y por nivel del establecimiento de salud del personal encuestado.

Tabla 7.72. Resultados por indicador e ítem en la dimensión D24 por sexo

<b>Dimensión, indicadores e ítems</b>	<b>Fem.</b>	<b>Masc.</b>	<b>Total</b>
<b>Dimensión D24. Nivel de conocimientos sobre el tratamiento y seguimiento de pacientes con COVID 19</b>	<b>79,1%</b>	<b>77,4%</b>	<b>78,6%</b>
<b>I241. Conocimiento sobre el tratamiento de la COVID 19</b>	<b>76,1%</b>	<b>74,7%</b>	<b>75,7%</b>
24101. El tratamiento farmacológico se recomienda para todos los niveles: leve, moderado y severo de COVID-19. (afirmación errada)	48,7%	42,4%	46,8%
24102. Para tratar la COVID-19, se puede permitir que la población use medicamentos no incluidos en los protocolos oficiales. (afirmación errada)	94,9%	87,9%	92,8%
24103. Un caso severo de COVID-19 puede ser tratado en casa con un adecuado seguimiento a distancia. (afirmación errada)	84,6%	93,9%	87,4%
<b>I242. Conocimiento sobre el seguimiento a distancia</b>	<b>76,0%</b>	<b>78,8%</b>	<b>76,8%</b>
24201. Ante un caso leve sin factores de riesgo, el seguimiento clínico a distancia se hará diariamente.	75,6%	78,8%	76,6%
24202. El seguimiento clínico a distancia incluye la exploración de malestares emocionales y de salud mental.	88,5%	97,0%	91,0%
24203. Si durante el telemonitoreo se encuentran signos de alarma, se realiza de forma inmediata la visita domiciliaria.	92,3%	93,9%	92,8%
24204. El seguimiento a distancia de casos de COVID-19 se realiza durante 10 días a partir del inicio de los síntomas. (afirmación errada)	47,4%	45,5%	46,8%
<b>I243. Conocimiento sobre el seguimiento presencial (incluye equipos)</b>	<b>100,0%</b>	<b>97,0%</b>	<b>99,1%</b>
24301. El profesional de salud que realiza la visita debe llevar un oxímetro como parte de su equipamiento.	100,0%	97,0%	99,1%
<b>I244. Conocimiento sobre el cuidado de la persona con COVID 19 en casa</b>	<b>64,4%</b>	<b>59,1%</b>	<b>62,8%</b>
24401. Se recomienda el aislamiento domiciliario cuando la persona con COVID-19 cohabita con personas de riesgo. (afirmación errada)	13,3%	10,0%	12,4%
24402. Si una persona con COVID-19 va a realizar el aislamiento domiciliario, ¿debe estar en una habitación donde corra aire?	93,6%	84,8%	91,0%
24403. Si una persona con COVID-19 va a realizar el aislamiento domiciliario, ¿debe evitar el contacto con animales?	61,5%	51,5%	58,6%
24404. Si una persona con COVID 19 va a realizar el aislamiento domiciliario, ¿puede ir a trabajar, reuniones o hacer compras? (afirmación errada)	89,7%	90,9%	90,1%

Tabla 7.73. Resultados por indicador e ítem en la dimensión D24 por nivel de atención del EESS

<b>Dimensión, indicadores e ítems</b>	<b>Nivel I</b>	<b>Nivel II</b>	<b>Total</b>
<b>Dimensión D24. Nivel de conocimientos sobre el tratamiento y seguimiento de pacientes con COVID 19</b>	<b>78,6%</b>	<b>78,7%</b>	<b>78,6%</b>
<b>I241. Conocimiento sobre el tratamiento de la COVID 19</b>	<b>74,2%</b>	<b>81,8%</b>	<b>75,7%</b>
24101. El tratamiento farmacológico se recomienda para todos los niveles: leve, moderado y severo de COVID-19. (afirmación errada)	43,8%	59,1%	46,8%
24102. Para tratar la COVID-19, se puede permitir que la población use medicamentos no incluidos en los protocolos oficiales. (afirmación errada)	93,3%	90,9%	92,8%
24103. Un caso severo de COVID-19 puede ser tratado en casa con un adecuado seguimiento a distancia. (afirmación errada)	85,4%	95,5%	87,4%
<b>I242. Conocimiento sobre el seguimiento a distancia</b>	<b>77,5%</b>	<b>73,9%</b>	<b>76,8%</b>
24201. Ante un caso leve sin factores de riesgo, el seguimiento clínico a distancia se hará diariamente.	77,5%	72,7%	76,6%
24202. El seguimiento clínico a distancia incluye la exploración de malestares emocionales y de salud mental.	92,1%	86,4%	91,0%
24203. Si durante el telemonitoreo se encuentran signos de alarma, se realiza de forma inmediata la visita domiciliaria.	93,3%	90,9%	92,8%
24204. El seguimiento a distancia de casos de COVID-19 se realiza durante 10 días a partir del inicio de los síntomas. (afirmación errada)	47,2%	45,5%	46,8%
<b>I243. Conocimiento sobre el seguimiento presencial (incluye equipos)</b>	<b>98,9%</b>	<b>100,0%</b>	<b>99,1%</b>
24301. El profesional de salud que realiza la visita debe llevar un oxímetro como parte de su equipamiento.	98,9%	100,0%	99,1%
<b>I244. Conocimiento sobre el cuidado de la persona con COVID 19 en casa</b>	<b>63,8%</b>	<b>59,1%</b>	<b>62,8%</b>
24401. Se recomienda el aislamiento domiciliario cuando la persona con COVID-19 cohabita con personas de riesgo. (afirmación errada)	13,1%	9,5%	12,4%
24402. Si una persona con COVID-19 va a realizar el aislamiento domiciliario, ¿debe estar en una habitación donde corra aire?	93,3%	81,8%	91,0%
24403. Si una persona con COVID-19 va a realizar el aislamiento domiciliario, ¿debe evitar el contacto con animales?	60,7%	50,0%	58,6%
24404. Si una persona con COVID 19 va a realizar el aislamiento domiciliario, ¿puede ir a trabajar, reuniones o hacer compras? (afirmación errada)	88,8%	95,5%	90,1%

## 8. Conclusiones y recomendaciones

1. Uno de los objetivos de caracterizar a la población encuestada ha sido el de identificar **perfiles** para saber cómo estos se pueden articular en la estrategia de intervención. En ese sentido, se ha encontrado que el perfil de aquella persona que es responsable del cuidado en el hogar es el de una mujer, adulta joven y adulta, **con lengua materna quechua en su mayoría y, a su vez, bilingües (castellano y quechua)**, y que consume múltiples medios de información. Por otra parte, el perfil del personal de salud es el de enfermeras (licenciadas o técnicas), adultas, que residen con su familia en la misma zona, con diversos tipos de contrato, pero con mayor arraigo en la zona del establecimiento de salud que otros profesionales de la salud. En ese sentido, ambos perfiles constituyen una audiencia específica, reconocible, y con el potencial para aprovechar y multiplicar los conocimientos y prácticas adecuadas sobre la COVID-19 en el corto, mediano y largo plazo. Así mismo, es importante mencionar que el perfil de las ACS no dista mucho, salvo por la ocupación y el nivel educativo de los dos perfiles previamente mencionados, por lo que parecería ser un puente adecuado en el trabajo articulador de comunidad y establecimiento de salud.
2. Los resultados en la **encuesta CAP a familias** sugieren intervenir en todas las zonas. En la dimensión de conocimientos, se debiera priorizar el conocimiento sobre la vacuna y su funcionamiento, así como sobre los grupos de riesgo ante la COVID-19. En la dimensión de actitudes, es importante considerar que algunas ideas de teorías de conspiración gozan de aceptación social a la vez que resulta importante trabajar en la relación entre la comunidad y el sistema de salud en toda su complejidad: desde los EESS y profesionales de la salud, pasando por el rol de la comunidad y de las familias en el monitoreo y control de su propia salud. En la dimensión de prácticas, es importante trabajar en aquellas que sean adecuadas al momento de interactuar con otras personas y ante la sospecha de COVID-19. Dado el riesgo de una tercera ola, corresponde reforzar las prácticas adecuadas a la fase de la pandemia (por ejemplo, ante un posible "relajo" debido a que, a la fecha de entrega de este informe, la situación epidemiológica en el país parece estar relativa y circunstancialmente controlada).
3. Los resultados en el cuestionario a **personal de salud** de los establecimientos de salud indican una necesidad de refuerzo en las cuatro dimensiones abordadas. De estas dimensiones, se observa una necesidad de priorizar la intervención en los conocimientos sobre el diagnóstico y atención de pacientes en el primer nivel de atención; específicamente, en la atención según tipos de casos (leve, moderado, grave), así como los protocolos para la aplicación de pruebas de detección de COVID-19. Respecto a esto, ya en la intervención, es importante profundizar en los saberes a partir de la experiencia que tiene el personal de salud, considerando que, a lo largo de la pandemia, los criterios para la atención de pacientes con COVID-19 han ido variando, lo cual explicaría que no se cuenta del todo con un criterio homogeneizado a lo señalado por la normativa. En ese sentido, se sugiere enfocar la intervención como un fortalecimiento para sumar al personal de salud y población, siendo

este un objetivo en sí mismo, por sobre algún intento de "corrección" de dichos conocimientos con miras a alcanzar un indicador meta.

4. Algunos hallazgos permiten brindar consideraciones para la **estrategia de intervención**. En primer lugar, que el idioma quechua sea dominado por más de la mitad de la población encuestada (163 de 276 encuestados) es un factor clave a considerar para diseñar la estrategia de comunicación que incluya mensajes orales en esta lengua. Asimismo, el uso de medios tales como la radio, los medios digitales (WhatsApp y Facebook) y las propias personas sería accesible y efectivo en términos de llegada, pues son medios consumidos por la población en su mayoría. Por otra parte, es importante considerar que la confianza de la población en sus autoridades municipales es, en todas las zonas, muy baja. Esto es un factor a considerar al establecer roles e interlocutores en las estrategias de comunicación. Asimismo, se evidenció baja participación de la población en actividades comunitarias (relativas al COVID-19), lo cual representa un reto para articular esfuerzos en el ámbito de la salud. Por otro lado, es importante señalar que es indispensable dotar de recursos (equipamiento, jabón, mascarilla) para que ciertas prácticas que se desea cambiar puedan realmente efectuarse. Otro aspecto que se recogió es que, más allá del tratamiento clínico, la población tiene muy presente a la alimentación como forma de prevenir y lidiar con la enfermedad, punto que podría ser un punto de partida para el fortalecimiento de los conocimientos. Finalmente, es importante considerar que la salud mental de la población ha sido golpeada por el contexto de la pandemia; en ese sentido, las estrategias de intervención deberían procurar no apelar permanentemente al miedo, sino también a aspectos positivos de la vida y al optimismo sobre el futuro, teniendo en cuenta que la preocupación por la situación económica en la población es alta.
5. Para efectos del **monitoreo posterior**, se sugiere considerar sólo aquellos indicadores que se encuentran con resultados bajos o medios y que, posterior a la evaluación sobre esta línea de base, se consideran muy relevantes para la intervención. Esto debido a que frecuentemente se consideró que los cuestionarios eran muy largos, particularmente para el personal de salud que no suele contar con disponibilidad para responder -y quienes además prefieren responder de forma anónima-. Asimismo, es importante señalar que los indicadores de participación (D32, D33 y D34) tienen resultados bajísimos; en ese sentido, se recomienda establecer metas realistas y alcanzables para cada uno de ellos. Finalmente, se recomienda evaluar si es posible hacer incidencia en todos los indicadores de la medición, de modo que no se pierdan recursos en el monitoreo de aquellos sobre los cuales el proyecto FORS no tiene mayor capacidad de impacto, como es el caso de la confianza de la población en las autoridades municipales, uno de los indicadores con más bajos resultados en la medición.

## A nivel de UGT

6. La **UGT Huallanca** es la más heterogénea en su interior, a partir de los resultados obtenidos en las dimensiones e indicadores del estudio CAP con familias. Específicamente, a nivel de prácticas adecuadas de las familia sobre la COVID-19, se encuentra constantemente que, mientras en las zonas del distrito de Huallanca y de San Marcos, el 90% o más reporta prácticas adecuadas, en las zonas del distrito de Chiquián, de Llata, Puños y Catac, se reporta más bien un nivel bajo de estas prácticas. Dado ello, será valioso abordar la intervención en esta UGT considerando que hay zonas que requerirían de prioridad de intervención. Respecto al personal de salud, se observa una necesidad de priorizar la intervención en los conocimientos sobre el diagnóstico y atención de pacientes en el primer nivel de atención.

**UGT HUALLANCA: resumen de resultados**

	Dimensión	Resultado
Encuesta CAP a familias	D11. Nivel de conocimientos de las familias sobre la COVID 19	78,4%
	D12. Nivel de actitudes positivas de las familias sobre la COVID 19	63,6%
	D13. Nivel de prácticas adecuadas de las familias sobre la COVID 19	76,4%
	D31. Nivel de satisfacción de las personas con su última interacción/experiencia con proveedores de servicios	62,3%
	D32. Nivel de participación activa de población en la que CARE desea impactar en reducir su vulnerabilidad a los shocks que les afectan	11,7%
Cuestionario a personal de salud	D21. Nivel de conocimientos del personal de salud sobre la COVID 19	76,9%
	D22. Nivel de conocimientos del PS sobre las medidas de prevención de la COVID 19 en el EESS y la comunidad	76,1%
	D23. Nivel de conocimientos del PS sobre el diagnóstico y atención de pacientes en el primer nivel de atención	67,1%
	D24. Nivel de conocimientos del PS sobre el tratamiento y seguimiento de pacientes con COVID 19	79,0%

7. La **UGT Huarmey** evidencia resultados particularmente bajos respecto a las otras UGT en conocimientos, actitudes y prácticas de las familias sobre la COVID-19. En la dimensión de prácticas, además, llama la atención los bajos niveles que se presentan en los indicadores de prácticas en la interacción social. Considerando que es una de las UGT en las que la incidencia de COVID-19 ha sido mayor, se recomienda reforzar la intervención en esta UGT ante el riesgo de una posible tercera ola. Respecto al personal de salud, se observa una necesidad de priorizar la intervención en los conocimientos sobre el diagnóstico y atención de pacientes en el primer nivel de atención.

**UGT HUARMEY: resumen de resultados**

	Dimensión	Resultado
Encuesta CAP a familias	D11. Nivel de conocimientos de las familias sobre la COVID 19	76,4%
	D12. Nivel de actitudes positivas de las familias sobre la COVID 19	64,5%
	D13. Nivel de prácticas adecuadas de las familias sobre la COVID 19	64,6%
	D31. Nivel de satisfacción de las personas con su última interacción/experiencia con proveedores de servicios	57,9%
	D32. Nivel de participación activa de población en la que CARE desea impactar en reducir su vulnerabilidad a los shocks que les afectan	4,2%
Cuestionario a personal de salud	D21. Nivel de conocimientos del personal de salud sobre la COVID 19	71,6%
	D22. Nivel de conocimientos del PS sobre las medidas de prevención de la COVID 19 en el EESS y la comunidad	76,1%
	D23. Nivel de conocimientos del PS sobre el diagnóstico y atención de pacientes en el primer nivel de atención	64,9%
	D24. Nivel de conocimientos del PS sobre el tratamiento y seguimiento de pacientes con COVID 19	78,9%

8. La **UGT Mina** a nivel de caracterización y resultados resulta un caso particular. Por un lado, la población en dicha UGT no ha sido tan golpeada por la enfermedad (baja incidencia de COVID-19), y los medios de información que usan siguen un patrón contrario a las otras zonas: predominan los medios digitales por sobre los tradicionales y los personales. Además, la confianza de la población en el personal y establecimiento de salud y la satisfacción con la atención recibida en estos es del 100%. Los resultados a nivel de prácticas adecuadas no son preocupantes, si bien todavía no alcanzan la meta de 90%. En lo que sí llama la atención por los bajos niveles es en lo relativo al optimismo sobre la situación; es decir, en esta UGT, la actitud hacia el futuro de la situación y de la comunidad es más bien pesimista. Respecto al personal de salud, se observa una necesidad de priorizar la intervención en los conocimientos sobre la COVID-19 y sobre el diagnóstico y atención de pacientes en el primer nivel de atención.

**UGT MINA: resumen de resultados**

	Dimensión	Resultado
Encuesta CAP a familias	D11. Nivel de conocimientos de las familias sobre la COVID 19	77,7%
	D12. Nivel de actitudes positivas de las familias sobre la COVID 19	62,4%
	D13. Nivel de prácticas adecuadas de las familias sobre la COVID 19	81,6%
	D31. Nivel de satisfacción de las personas con su última interacción/experiencia con proveedores de servicios	100,0%
	D32. Nivel de participación activa de población en la que CARE desea impactar en reducir su vulnerabilidad a los shocks que les afectan	9,1%
Cuestionario a personal de salud	D21. Nivel de conocimientos del personal de salud sobre la COVID 19	66,7%
	D22. Nivel de conocimientos del PS sobre las medidas de prevención de la COVID 19 en el EESS y la comunidad	75,0%
	D23. Nivel de conocimientos del PS sobre el diagnóstico y atención de pacientes en el primer nivel de atención	56,8%
	D24. Nivel de conocimientos del PS sobre el tratamiento y seguimiento de pacientes con COVID 19	80,2%

9. Los resultados en la **UGT San Marcos** usualmente se encuentran cerca al promedio del total. Se advierten sí algunas diferencias entre las zonas del distrito de Chavín de Huántar, con mejores resultados a nivel de prácticas, respecto de las zonas de los distritos de San Marcos y San Pedro de Chana. Sin embargo, a nivel de conocimientos, este patrón se invierte y los resultados más bajos se encuentran en el distrito de Chavín de Huántar. Lo que sí es llamativo es la diferencia en nivel de incidencia de COVID-19: mientras que en Chavín de Huántar la incidencia fue muy baja (8%), en San Marcos y San Pedro de Chana esta fue de cerca del 40%. De ahí que sí se sugiere priorizar la intervención a nivel de prácticas en las zonas de dichos distritos de la UGT. Respecto al personal de salud, se observa una necesidad de priorizar la intervención en los conocimientos sobre la COVID-19 y sobre el diagnóstico y atención de pacientes en el primer nivel de atención.

**UGT SAN MARCOS: resumen de resultados**

	Dimensión	Resultado
Encuesta CAP a familias	D11. Nivel de conocimientos de las familias sobre la COVID 19	77,9%
	D12. Nivel de actitudes positivas de las familias sobre la COVID 19	60,6%
	D13. Nivel de prácticas adecuadas de las familias sobre la COVID 19	81,2%
	D31. Nivel de satisfacción de las personas con su última interacción/experiencia con proveedores de servicios	77,1%
	D32. Nivel de participación activa de población en la que CARE desea impactar en reducir su vulnerabilidad a los shocks que les afectan	14,9%
Cuestionario a personal de salud	D21. Nivel de conocimientos del personal de salud sobre la COVID 19	68,1%
	D22. Nivel de conocimientos del PS sobre las medidas de prevención de la COVID 19 en el EESS y la comunidad	71,9%
	D23. Nivel de conocimientos del PS sobre el diagnóstico y atención de pacientes en el primer nivel de atención	56,2%
	D24. Nivel de conocimientos del PS sobre el tratamiento y seguimiento de pacientes con COVID 19	74,4%

10. En la **UGT Valle Fortaleza**, se han detectado muy bajos niveles de confianza en el personal de salud, en el establecimiento de salud e incluso en el hospital más cercano, así como un bajo nivel de satisfacción de la población con su última atención en el establecimiento de salud. De ahí que sería importante fortalecer el vínculo entre los EESS y la comunidad, vínculo en el que las ACS cumplen un rol importante. Por otra parte, a nivel de prácticas adecuadas sobre COVID-19, se encuentra un nivel logrado en las zonas del distrito de Paramonga, mientras que las zonas que requerirían de mayor prioridad serían las de los distritos de Llaclín, Marca y Pararán. Respecto al personal de salud, se observa una necesidad de priorizar la intervención en los conocimientos sobre la COVID-19 y sobre el diagnóstico y atención de pacientes en el primer nivel de atención.

**UGT VALLE FORTALEZA: resumen de resultados**

	Dimensión	Resultado
Encuesta CAP a familias	D11. Nivel de conocimientos de las familias sobre la COVID 19	76,9%
	D12. Nivel de actitudes positivas de las familias sobre la COVID 19	60,0%
	D13. Nivel de prácticas adecuadas de las familias sobre la COVID 19	84,8%
	D31. Nivel de satisfacción de las personas con su última interacción/experiencia con proveedores de servicios	56,9%
	D32. Nivel de participación activa de población en la que CARE desea impactar en reducir su vulnerabilidad a los shocks que les afectan	10,2%
Cuestionario a personal de salud	D21. Nivel de conocimientos del personal de salud sobre la COVID 19	65,7%
	D22. Nivel de conocimientos del PS sobre las medidas de prevención de la COVID 19 en el EESS y la comunidad	78,1%
	D23. Nivel de conocimientos del PS sobre el diagnóstico y atención de pacientes en el primer nivel de atención	67,0%
	D24. Nivel de conocimientos del PS sobre el tratamiento y seguimiento de pacientes con COVID 19	80,7%

# 9. Propuestas de estrategias de información, educación y comunicación

## 9.1 Recomendaciones generales

### 9.1.1. Definiciones

En el marco de las acciones que realiza cada componente de la intervención con el objetivo de fortalecer las capacidades de respuesta organizada de los sistemas de salud locales y las comunidades/territorios AIO frente a la emergencia COVID-19, se propone recoger los resultados de la investigación que permitan elaborar una estrategia con el enfoque de información, educación y comunicación (a la que llamaremos “estrategia IEC”).

Una estrategia IEC busca generar cambios de comportamientos o prácticas en un ámbito específico de la vida social de las comunidades. En este caso, ese ámbito es la salud en tiempos de pandemia. Aunque se trata de un fenómeno sanitario global, la estrategia IEC debe considerar los saberes, las preferencias y la cultura local de la audiencia. Debe tenerse en cuenta, además, que *saber* y *hacer* son dimensiones diferentes, y por ello es importante el enfoque participativo y el reconocimiento de los saberes y las propuestas que puedan surgir del entorno de acción para obtener cambios sostenibles.

En ese sentido, la estrategia IEC en el caso de la COVID-19 se compone de la siguiente manera:

<i>Información</i>	Proceso para la adquisición, organización y análisis de datos cuantitativos y cualitativos para comprender las implicancias de la COVID-19 en la población de la intervención. El propósito en esta instancia es identificar la realidad sobre la que se trabajará para poder vislumbrar alternativas de solución que permitan el cambio de los comportamientos sanitarios.
<i>Educación</i>	Proceso que busca mejorar los conocimientos sobre la COVID-19 a través de la generación de aprendizajes oportunos para comprender la crisis sanitaria. El objetivo de este momento es facilitar la comprensión de la crisis y ayudar a comprender otras formas de llevar a cabo los cuidados requeridos para prevenir los contagios.
<i>Comunicación</i>	Proceso por el cual se intercambia información entre las personas involucradas en la intervención para fortalecer la adopción de nuevos hábitos que permitan generar un mayor impacto. En esta instancia, la comunicación privilegia aquellos mensajes que promuevan cambios positivos en salud, que se nutren de experiencias recientes de

prevención y cuidado frente a la COVID-19 con las que la población puede identificarse.

Ahora bien, se tomarán los resultados de la investigación CAP presentados en este mismo documento como base para las recomendaciones de la estrategia IEC. Este estudio busca servir como diagnóstico para que el equipo ejecutor de la intervención conozca el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas presentes en la población. Debido a la metodología empleada, los resultados nos permiten, además, una comprensión de la situación a nivel de UGT de modo que se puede plantear recomendaciones territoriales más acotadas.

### 9.1.2. Propuestas por dimensiones

En base a lo anterior, se priorizan los principales hallazgos de la investigación en función a los cambios críticos que se espera producir con la intervención. A saber, objetivos que aumenten los conocimientos sobre la COVID-19, construyan creencias positivas para la prevención de la COVID-19, y promuevan prácticas culturalmente apropiadas.

Como se observa en el resumen de resultados en las dimensiones de la encuesta CAP (tabla 7.34), las dimensiones de Conocimientos y Prácticas se encuentran en niveles similares (77.7% y 78.9% respectivamente) aunque aún está por debajo de lo esperado (90%), mientras que la dimensión de Actitudes ha resultado en un nivel mucho menor (62%).

#### *Conocimientos*

Como se ha mostrado en los resultados, la dimensión de conocimientos (7.2.1.1.) ha resultado homogénea entre la población (entre 72% y 80%) por lo cual se recomienda considerar una estrategia general para todo el AIO con algunas características contextuales.

Primero, reconocimiento de lo aprendido. Dado que la COVID-19 es una enfermedad que se encuentra en desarrollo, los conocimientos que se tienen están también en proceso de consolidación científica y, por consiguiente, la comunicación que se hace de ello se hace aún más compleja. Si bien se recomienda continuar difundiendo información que coadyuve a la comprensión de la pandemia, se enfatiza que la estrategia tenga un componente de reconocimiento de toda la nueva información que la población ha incorporado a su bagaje en apenas 12 meses desde el inicio de la cuarentena en el país.

Segundo, la pertinencia de la información en el tiempo. Esto quiere decir que la estrategia debe considerar que el conocimiento que se necesitaba al comienzo de la pandemia no es el mismo que se requiere en el momento actual, en el que, por ejemplo, se habla ya de una tercera dosis. Como se ha mostrado en 7.2.1.1. sobre el nivel de conocimiento de las familias, es precisamente en el indicador que evalúa conocimiento sobre la vacuna en donde se ha recogido resultados bajos, mientras que los resultados son más favorables en los indicadores sobre transmisión y sintomatología.

Tercero, información para dentro de la casa. Si bien el conocimiento general sobre la pandemia se muestra en progreso, se recomienda hacer énfasis en información más específica sobre los espacios no públicos. Como se muestra en la tabla 7.39 sobre los cuidados de una persona con COVID-19 en casa, el indicador sobre el uso de mascarilla dentro de la casa tiene resultados menores a 66%. La

estrategia IEC debe incluir información que explique la necesidad de cuidarse también dentro de la casa.

### *Actitudes*

Tomando en cuenta que esta es la dimensión con niveles más bajos y partiendo de los resultados desagregados mostrados en la tabla 7.44 sobre las actitudes de las familias, se recomienda dos lecturas diferenciadas para la estrategia IEC.

Primero, reforzar el optimismo comunitario. Las familias encuestadas reportan confianza en que pueden evitar la enfermedad cuidándose correctamente (por encima del 91%), por lo cual se recomienda que la estrategia de IEC construya sobre esta actitud positiva que tienen los miembros de las comunidades. Es especialmente generativo para las comunicaciones tener una población que cree en sus capacidades para cuidarse, especialmente cuando se trata de una situación de crisis global y novedosa.

Segundo, evitar las fuentes de pesimismo. Las familias han reportado niveles bajos de confianza en que las autoridades locales puedan controlar la pandemia (por debajo de 50%), de modo que la estrategia IEC debe buscar vocerías no vinculadas a estas instancias gubernamentales. Si bien los mensajes deben basarse en fuentes oficiales, los medios para difundir esa información no deben ser necesariamente vehículos oficiales. En este sentido, la estrategia IEC debe redoblar el rol de los agentes comunitarios de salud.

### *Prácticas*

Se recomienda que al centrar la estrategia IEC en las prácticas para un cambio de comportamientos, el equipo ejecutor recoja la heterogeneidad de los resultados en este aspecto. Mientras que se tiene provincias por encima de 90%, también se tiene otras alrededor de 60%. Esta variación representa un reto para las comunicaciones pues requiere de intervenciones focalizadas. Precisamente esto se abordará en las siguientes secciones, en las que se harán recomendaciones por UGT.

Primero, reimaginar el saludo. En líneas generales, el indicador que más énfasis requiere es el de interacción social que recoge información sobre las prácticas que tiene la población al momento de interactuar con personas que no viven en la misma casa. Como se señaló en la sección respectiva (7.2.1.3.), la población aún se retira la mascarilla y saluda con un abrazo. El objetivo, en tal sentido, no es que la práctica de saludo desaparezca, sino que se ideen formas que reemplacen las muestras de afecto mientras continuemos en estado de prevención por la COVID-19.

Segundo, prácticas para personas no contagiadas. Como se ha señalado en la sección 7.2.1.3 en los comentarios cualitativos las familias han reportado que si bien se realizan prácticas de prevención, estas las realizan sobre todo las personas contagiadas. En este sentido, la estrategia IEC debe considerar dirigirse con prácticas concretas no solo a las personas contagiadas, o a quienes cuidan a las personas contagiadas, sino también a aquellas personas que no han pasado por la enfermedad. La comunicación debe ser clara alrededor de que los cuidados no se activan solo cuando se tiene la COVID-19, sino de manera constante.

### 9.1.3. Propuestas de audiencias objetivo

Se sugiere identificar los grupos de personas a los cuales se dirigirá la estrategia, tanto una audiencia principal como una secundaria. Así, las recomendaciones estarán enfocadas en personas con roles de liderazgo y roles clave en las comunidades. Por supuesto, se espera alcanzar a la mayor cantidad de personas con la estrategia IEC; sin embargo, a partir de los hallazgos sugerimos foco en dos perfiles específicos.

Tomando en cuenta los hallazgos mostrados en la sección 7.1 sobre las características sociodemográficas y, sobre todo, la conclusión 1, se propone una audiencia principal a la que identificamos como “las cuidadoras” y una audiencia secundaria a la que identificamos como “las enfermeras”.

#### *Cuidadoras*

Por un lado, el perfil de las cuidadoras tiene las siguientes características: mujer, adulta joven y adulta, quechuahablante en su mayoría, y que accede a información por más de una fuente. Con ello, esta audiencia representa una gran oportunidad para consolidar las prácticas de prevención y cuidado frente a la COVID-19, pues son ellas quienes se han hecho cargo de las familias y, a su vez, tienen el mayor aprendizaje en esta experiencia. Es decir, el rol de las cuidadoras no representan una oportunidad a explorar, sino que son una base sobre la cual continuar construyendo la intervención. En este sentido, el enfoque de género resulta fundamental para que la estrategia IEC sea pertinente y eficiente.

#### *Enfermeras*

Por otro lado, el perfil de las enfermeras tiene las siguientes características: mujer, adulta, licenciada o técnica en enfermería, reside con su familia en la misma zona en la que trabaja, y tiene un contrato de mayor duración. Como se ha visto en otras intervenciones y estudios similares, uno de los puntos críticos del trabajo con profesionales de la salud en zonas rurales es la alta tasa de rotación, y en caso de crisis es especialmente crítico porque la COVID-19 es una enfermedad en desarrollo. Es decir, se requiere afrontar la pérdida del aprendizaje aplicado que sucederá cuando los profesionales de la salud terminen sus contratos. En tal sentido, a partir de los hallazgos, el perfil de las enfermeras es clave para asegurar la continuidad de la intervención.

#### *Agentes*

A partir de estos dos perfiles, se sugiere subrayar la labor que pueden realizar el perfil de las agentes (ACS) pues, según la data analizada, tiene características similares al de las cuidadoras y las enfermeras. La diferencia, como se ha mencionado antes, es el grado de instrucción y la ocupación; sin embargo, hay conexiones que pueden hacer que este perfil funcione como puente que comunique a las familias y los centros de salud generando relaciones entre las cuidadoras y las enfermeras.

En suma, se sugiere que la tríada cuidadoras, enfermeras y agentes esté al centro de la estrategia IEC.

## 9.1.4. Propuestas para principios de diseño

A partir de una lectura conjunta de los resultados de las encuestas y las entrevistas de corte cualitativo, se generan una serie de recomendaciones alrededor del tipo de mensajes para que la estrategia IEC coadyuve al impacto positivo de la intervención. En este sentido, se presentan principios de diseño que buscan alinear los mensajes futuros que los equipos de ejecución realicen. Estos han sido contrastados con recomendaciones de organismos internacionales como el Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC por sus siglas en inglés) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el tratamiento de la comunicación de crisis sanitaria.

---

### *Principio 1 Comunicar para acortar la distancia*

Si bien sabemos sobre las distancias geográficas que la intervención tiene que superar para asegurar su impacto y sobre las que hemos dado en cuenta en la ejecución de esta investigación, hay otras distancias aún más críticas que debemos atender desde la comunicación. Más aún en el caso de una enfermedad nueva como la COVID-19, la distancia clave que debemos acortar es aquella que encontramos entre información de calidad y familias de la AIO.

En tal sentido, este principio busca enfatizar que la estrategia IEC y, en concreto, los mensajes y productos comunicacionales que se diseñen sean un puente que:

- + Use lenguaje sencillo (frente a la complejidad del lenguaje científico)
- + Lleve información en la lengua predominante (quechua)
- + Use la oralidad (frente a la baja escolarización), y
- + Busque medios más allá de los oficiales (frente a la actitud negativa que se tiene respecto de las autoridades)

### *Principio 2 Comunicar para combatir la desinformación*

---

Más allá de superar la distancia con respecto al acceso a la información, la estrategia IEC debe basarse en información validada. Si bien el conocimiento sobre la COVID-19 se desarrolla día a día, es fundamental que los comunicadores de la intervención nutran fuentes de verificación actualizadas. Esto es especialmente necesario en el caso de AIO si vemos los resultados con respecto a la creencia en teorías de la conspiración y, en general, lo que se ha recogido de manera cualitativa en cuanto a la difusión de desinformación.

---

---

En concreto, este principio debe guiar la preparación de materiales en cuanto a:

- + Lo que se sabe (a partir de fuentes no solo oficiales sino pertinentes para la zona)
- + Lo que no se sabe (frente a la situación de incertidumbre que genera actitudes negativas y deterioro en la salud mental)
- + Lo que se está haciendo para saber (frente a agentes de desinformación que ganan espacio en los vacíos de comunicación)

*Principio 3*  
**Comunicar**  
*para promover acciones*

Si bien se evidencia el conocimiento que la población ha ido ganando desde el inicio de la pandemia, es necesario que se haga una mayor incidencia en las prácticas que como hemos visto presentan resultados más heterogéneos. Esto debido a que hay una diferencia fundamental entre saber y hacer, y para el caso de la emergencia sanitaria se requiere acciones concretas que las familias puedan realizar en el día a día.

Así, la estrategia debe:

- + Sugerir acciones concretas (en lugar de solo información teórica sobre la COVID-19)
- + Contextualizar las prácticas a la realidad de las familias (considerando los datos sociodemográficos mostrados)
- + Priorizar prácticas que permanezcan en el tiempo (frente a información que responde a momentos muy específicos del desarrollo de la pandemia)

*Principio 4*  
**Comunicar**  
*con las voces de las comunidades*

En tiempos de alta incertidumbre, los indicadores de desconfianza se disparan. Como se ha recogido, hay desconfianza en las autoridades nacionales como en cuanto a las locales. Este es, efectivamente, el caso de las familias que hemos estudiado y, en cierta medida, del personal de salud al que se ha encuestado.

Por ello, la estrategia IEC debe:

- + Canalizar los mensajes en voces que si bien no tienen cargos formales, sí cuentan con validación de la comunidad e, incluso, en un nivel más íntimo, de las familias mismas
-

- 
- + Fomentar una voz colectiva en las comunidades como en la relación cuidadora, enfermera, agente

*Principio 5*  
**Comunicar**  
*partiendo del*  
*reconocimiento*

Como se ha señalado antes, este estudio se ha realizado mientras la COVID-19 aún golpea al país. Esto no solo tiene consecuencias a nivel institucional, sino también en un nivel más humano y personal entre las personas que viven en el AIO. En el ámbito cualitativo se ha mostrado la vulnerabilidad que sienten las familias y, de manera similar, la incertidumbre que sienten los agentes de salud. La comunicación, en este contexto, no puede ser higiénica, sino que se recomienda que la estrategia IEC tome como punto de partida todo lo que estas familias ya han aprendido y que a partir de ello se construyan mensajes y piezas comunicacionales.

Este principio se realiza al:

- + Resaltar las medidas que han implementando la población (autoconfección de mascarillas, alimentación, medicina natural)
- + Reconocer los conocimientos adquiridos hasta ahora (mostrados en los porcentajes de nivel de conocimientos)
- + Destacar la labor del personal de salud (que a pesar de las limitaciones ha contribuido a la lucha contra la pandemia)

---

## 9.2 Recomendaciones de comunicación por UGT

### 9.2.1. UGT Huallanca

Como se plantea en las conclusiones del estudio, la UGT Huallanca es una de las que requiere una intervención integral pues las tres dimensiones estudiadas presentan niveles bajos. En tal sentido, las recomendaciones en cuanto a las audiencias (cuidadoras, enfermeras y agentes) y los principios de diseño aplican de manera general.

De manera específica, se recomienda:

- Priorizar la comunicación en la dimensión de actitudes sobre la COVID-19, especialmente en Bolognesi y Recuay en que la opinión con respecto a las autoridades es desfavorable.
- Diseñar la comunicación buscando coordinar con las personas (Principio 4) que tienen un nivel de validación en la comunidad debido a que se ha reportado un nivel alto de desconfianza en las autoridades formales. En este sentido, la coordinación con la tríada cuidadoras, enfermeras y agentes puede conllevar a propuestas mejor valoradas por la comunidad.

- Llevar mensajes que reconozcan los esfuerzos que la comunidad ya ha realizado (Principio 5), en especial Bolognesi y Huari. En este aspecto, de un trabajo cercano con la población a través de talleres o conversaciones, puede obtenerse prácticas locales extrapolables que sirvan como modelo para otras localidades.

### 9.2.2. UGT Huarmey

El caso de la UGT Huarmey merece particular atención, sobre todo considerando los hallazgos sobre altos niveles de contagio y bajos niveles en cuanto a prácticas de prevención de contagio. Sin duda, hay que considerar cuestiones de densidad poblacional para la elaboración de mensajes que hagan posible revertir estas cifras, sobre todo ante la posibilidad de una tercera ola.

De manera específica, se recomienda:

- Hacer énfasis en los conocimientos puntuales que requiere la población para consolidar la comprensión de la gravedad de la enfermedad: qué personas de la familia son consideradas población vulnerable, y cuáles son las enfermedades de riesgo.
- Diseñar mensajes que busquen contrarrestar directamente la desinformación (Principio 2) que la población recibe, por ejemplo, a través de medios digitales. En este caso un mayor acceso a medios de comunicación no necesariamente significa acceso de calidad, sino que las personas están más expuestas a información falsa.
- Comunicar las acciones con ejemplos concretos (Principio 3) pues la investigación ha mostrado los niveles bajos en cuanto a las prácticas de prevención. No solo basta saber que la distancia social es necesaria, sino que se debe asegurar que al encontrarse con familiares se mantenga puesta la mascarilla y/o no se salude con abrazo.
- Redoblar la comunicación en espacios públicos dado que en esta UGT se ha encontrado los índices más altos de participación en actividades sociales como fiestas, cumpleaños, misas.

### 9.2.3. UGT Mina

Para el caso de la UGT Mina se han encontrado resultados en cierta medida distintos a los de otras UGT: mayor uso de medios digitales, alta satisfacción con los servicios de salud. La amplitud de las recomendaciones para la estrategia IEC delineada en las secciones anteriores permite abordar los desafíos de este espacio territorial, solo que habrá que enfatizar ciertos aspectos.

En específico, se recomienda:

- Construir la comunicación a partir de lo positivo (Principio 5), en especial en base a la alta valoración que tiene la población con respecto al puesto de salud más cercano. En tal caso, el reconocimiento del trabajo del personal de salud es un buen punto de inicio.
- Reforzar mensajes sobre el proceso de vacunación, en especial el número de dosis necesario. Este punto es especialmente relevante en tanto la información a compartir debe responder al momento de la pandemia en la que estamos, que en este caso está a puertas de una posible tercera dosis.
- Emplear medios digitales (que según lo reportado por la población de la UGT es la fuente principal de consumo de información) para llevar mensajes que ayuden a contrarrestar los

niveles de pesimismo que se han encontrado con respecto al futuro, en especial la situación económica.

- Asegurar de manera empática que la población tenga claro que el uso de medicamentos como la ivermectina o el dióxido de cloro no son opciones de tratamiento, sobre todo debido a los resultados obtenidos en la dimensión de conocimientos sobre prevención.

#### 9.2.4. UGT San Marcos

En esta UGT se observan resultados distintos entre distritos de modo que las recomendaciones generales deben ser optimizadas de acuerdo a una lectura más detallada de cada uno de estos espacios territoriales.

A nivel específico, se recomienda:

- Enfatizar comunicación sobre las prácticas en prevención de contagios (Principio 3) en los distritos San Marcos y San Pedro de Chana, de tal modo que los valores puedan revertirse. Este aspecto es fundamental debido a que en estos distritos los niveles de contagio de la COVID-19 son altos.
- Explorar la diferencia de casos de COVID-19 entre los distritos de Chavín de Huantar (8%) y los otros dos distritos (alrededor de 40%) para diseñar piezas que resalten las posibles medidas locales (Principio 5) que se tomaron para obtener estos resultados.
- Preparar comunicación que privilegie la lengua predominante, quechua, en los distritos de modo que la población ejerza su derecho a acceder a información en su lengua (Principio 1), y con ello se acerque la información a las familias.
- Trabajar con el personal de salud para asegurar que los conocimientos sobre el diagnóstico y la atención de pacientes sea el adecuado, esto debido a resultados que pueden mejorar con dosis de refuerzo de información.

#### 9.2.5. UGT Valle Fortaleza

En el caso de la UGT Valle Fortaleza se encuentran resultados en cierta medida homogéneos, sin embargo, al revisar los indicadores de cada dimensión aparecen algunos aspectos que es necesario enfatizar.

En ese sentido, se recomienda:

- Diseñar mensajes que permitan acercar a la población con el personal de salud (Principio 4) y, en general, con los establecimientos de salud más cercanos. Esto es clave debido a los bajos niveles de satisfacción encontrados en la investigación, que no solo reflejan un malestar con las instituciones sino que pueden interpretarse como una distancia con las personas dedicadas a la salud.
- Comunicar con ejemplos concretos (Principio 3) para reforzar las prácticas en los distritos de Llacllín, Marca y Pararín, de modo que se pueda revertir los indicadores recogidos en el estudio. Especialmente en cuanto a la interacción con personas que no viven en la misma casa.

- Resaltar prácticas que se han logrado a través de mensajes que reconozcan los esfuerzos que las familias han realizado (Principio 5), en especial en materia de acciones tomadas ante sospecha de COVID-19.

## 10. Bibliografía

Chacón FR, Doval JM, Rodríguez VI, Quintero A, Mendoza DL, Mejía MD, et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among patients attended in the Caracas University Hospital triage tent: a cross-sectional study in Venezuela. *Biomédica*. 2021;41 (3).

Erfani A, Shahriarirad R, Ranjbar K, Mirahmadizadeh A & Moghadami M. Knowledge, Attitude and Practice toward the Novel Coronavirus (COVID-19) Outbreak: A Population-Based Survey in Iran. [Preprint]. *Bull World Health Organ*. E-pub: 30 March 2020.

Gumucio, S., Luhmann, N., et. al. & du Monde, M. (2011). The KAP survey model: Knowledge, attitude, and practices. Saint-Etienne, France: IGC Communigraphie.  
<https://www.medecinsdumonde.org/en/actualites/publications/2012/02/20/kap-survey-model-knowledge-attitude-and-practices>

Hernández, R; Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de investigación. México D.F. McGraw-Hill

Marías, Y. F., & Glasauer, P. (2014). Guidelines for assessing nutrition-related knowledge, attitudes and practices. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO).  
<http://www.fao.org/3/i3545e/i3545e00.htm>

Rios-González, C. (2020) Knowledge, attitudes and practices towards COVID-19 in Paraguayans during outbreaks: a quick online survey. Faculty of Medical Sciences, National University of Caaguazú, Cnel. Oviedo, Paraguay.

Rios-González, C. (2020) Knowledge, attitudes and practices towards COVID-19 in Paraguayans during outbreaks: a quick online survey. Faculty of Medical Sciences, National University of Caaguazú, Cnel. Oviedo, Paraguay.

Sariego & Gáñez (2012). Encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas en el ámbito de la protección de la infancia. *Iniciativa de Protección de la Infancia, Save the Children*.  
[https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos\\_ficha.aspx?id=4021](https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=4021)

Sarria-Guzmán Y, Fusaro C, Bernal JE, Mosso-González C, González-Jiménez FE, Serrano-Silva N (2021) Knowledge, Attitude and Practices (KAP) towards COVID-19 pandemic in America: A preliminary systematic review. *J Infect Dev Ctries* 15:9-21. doi: 10.3855/jidc.14388

Turk, T., Newton, F. J., Netwon, J. D., Naureen, F., & Bokhari, J. (2013). Evaluating the efficacy of tuberculosis Advocacy, Communication and Social Mobilization (ACSM) activities in Pakistan: a cross-sectional study. *BMC public health*, 13(1), 1-8.  
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-887>

UNICEF Paraguay (2020). Conocimientos, actitudes y prácticas de comportamiento de familias paraguayas sobre la COVID-19: resultados de la encuesta.

World Health Organization. (2008). A guide to developing knowledge, attitude and practice surveys.  
Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43790/9789241596176\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43790/9789241596176_eng.pdf)

## 11. **Anexos**

Los anexos del presente estudio se encuentran como documentos adjuntos. Los anexos son los siguientes:

Anexo 1: Instrumentos aplicados (escaneados)

Anexo 2: Tablas de reporte por indicador y cruces de variables

Anexo 3: Base de datos en formato digital

Anexo 4: Guía para la implementación del monitoreo CAP (con propuesta de LQAS)

Anexo 5: Matrices y fichas técnicas