



Universidad de la República.  
Facultad de Enfermería CENUR Noreste Sede Rivera.  
Dpto. Salud Adulto y Anciano.

**IMPACTO DE LA PANDEMIA (COVID-19) EN  
DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE PERSONAS  
MAYORES**

**AUTORES:**

Br. Alvez, Debora

Br. Carneiro, Cristina

Br. Gómez, Paula

Br: Mello, Sergio

**TUTORES:**

Prof. Adj. Lic. Enf. Marisa Machado

Lic. Esp. Natalia Giménez



CENUR  
NORESTE



Universidad de la República.  
Facultad de Enfermería CENUR Noreste Sede Rivera.  
Dpto. Salud Adulto y Anciano.

### **Aclaración de abreviaturas y siglas**

**CENUR** Centros Universitarios Regionales

**FENF** Facultad de Enfermería

**INE** Instituto Nacional de Estadística **OMS**

Organización Mundial de la Salud **OPS** Organización

Panamericana de la Salud **PBI** Producto Bruto

Interno

**SIDA** Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida

**UDELAR** Universidad de la República



CENUR  
NORESTE



Universidad de la República.  
Facultad de Enfermería CENUR Noreste Sede Rivera.  
Dpto. Salud Adulto y Anciano.

### **Agradecimiento**

Los autores creemos oportuno agradecer a la Facultad de Enfermería y al Centro Universitario de Rivera por brindarnos la oportunidad de cursar y culminar la carrera.

Agradecemos a nuestras tutoras Prof. Adj. Lic. Enf. Marisa Machado y Prof. Lic. Esp. Natalia Giménez por los consejos, orientaciones, por su paciencia y el apoyo brindado a lo largo del proceso.

Manifestamos reconocimiento a la dedicación de todos los docentes que nos brindaron sus conocimientos y experiencias aportando las herramientas necesarias para nuestra formación.

Agradecemos a nuestros compañeros de trabajo que en tantas ocasiones nos ayudaron, nos brindaron su apoyo y comprensión.

De forma especial queremos agradecer a nuestras familias y parejas, sostén esencial, siempre brindándonos su apoyo, incentivando y celebrando nuestros logros en cada paso del camino.

Rivera, Uruguay 2021

1

### **Tabla de Contenido**

Introducción.....	2
Antecedentes.....	4
Justificación.....	10
Pregunta problema.....	12
Objetivos.....	12
Marco teórico	
Pandemia.....	13
Persona Mayor.....	14
Efectos de la pandemia en el adulto mayor.....	17
Definición de salud.....	20

Determinantes Sociales de la Salud.....	20
Determinantes Sociales de la Salud.....	29
Metodología .....	34
Operacionalización de variables	
Variables sociodemográficas.....	36
Variables de estudio.....	37
Procedimiento de Recolección de datos.....	38
Instrumento de medición.....	38
Consideraciones éticas.....	39
Plan de análisis.....	40
Referencias Bibliográficas.....	41
Anexos.....	45

Rivera, Uruguay 2021

2

## **Introducción**

En esta instancia, respondiendo a un requisito curricular para la obtención del título de grado se llevará a cabo el protocolo del Trabajo Final de Investigación (TFI), realizado por 4 estudiantes de la Universidad de la República- Facultad de Enfermería, correspondiente al plan de estudios 1993, Generación 2016. El mismo a cargo de las tutoras, docente Prof. Adj. Mg Marisa Machado, y la docente asistente Lic. Esp. Natalia Giménez.

Mediante este trabajo se busca conocer el impacto que generó la pandemia por Covid-19 en los determinantes sociales de la salud de las personas mayores. Según el censo publicado por el Instituto Nacional de Estadística, Censo (2011) Uruguay presentaba el 14% de su población con más de 64 años de edad, dicho censo señala que el departamento de Rivera tiene un porcentaje 11,9% de población mayores de 65 años del país.

Según Brunet y Marquez (2017), Uruguay estaba entre los países de América que presentaban envejecimiento avanzado, con un 19,5% de personas mayores de 60 años, lo que indica que nuestro país tiene una población envejecida. Por este motivo se cree que esta población merece especial atención como grupo demográfico de más vulnerabilidad, presentando en reiteradas ocasiones vulnerabilidad psicológica y mental, lo que puede llegar a afectar el desempeño en sus actividades de la vida diaria.

Debido a la gran incidencia de personas mayores en Uruguay, se considera sumamente importante saber cómo están viviendo la emergencia sanitaria, también es de interés de los investigadores saber cómo los determinantes sociales se han visto afectados durante la pandemia.

Nos hemos basado en los siguientes componentes socioeconómicos, situación económica, laboral y de la salud, la edad avanzada y las comorbilidades. Debido a la congestión en los barrios empobrecidos y el hacinamiento en las viviendas, actualmente

3

puede resultar difícil seguir las recomendaciones de aislamiento social recomendado para evitar el contagio de Covid-19.

Los determinantes sociales de la Salud tienen un valor importante para enfermería ya que ésta se ha detenido en conocer y profundizar en los factores de riesgo que pueden afectar de una u otra forma al adulto mayor. Para el personal de enfermería el reconocimiento de los factores de riesgo es relevante porque permite identificarlos y corregirlos. Considerando que las personas mayores presentan mayor vulnerabilidad según la evolución del envejecimiento siendo éste factor de riesgo para dicha población; se plantea la interrogante de cómo los determinantes sociales de salud se han visto afectados en esta pandemia. Estos contextos de vida de las personas determinan en gran parte sus posibilidades de tener una buena salud, conformando un marco conceptual de los objetivos de los determinantes Sociales de la Salud.

4

## Antecedentes

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática de tesis, tanto nacionales como internacionales, además de revistas de enfermería y/o medicina y artículos científicos en PubMed, LATINDEX, Redalyc, Scielo, Scopus, Dialnet y Google Scholar y también en fuentes oficiales nacionales e internacionales.

Las palabras claves utilizadas fueron: personas mayores, impacto, pandemia y determinantes sociales de la salud, utilizándose como filtros de búsqueda el año de publicación (2015 en adelante) y el idioma (español, inglés)

Carmona y Parra (2015), hacen un análisis de la implementación de este paradigma en el contexto colombiano mediante una revisión bibliográfica. Los autores concluyen que a pesar de la creciente importancia concedida en la actualidad el enfoque de estos determinantes aún representa una perspectiva poco conocida y profundizada.

Especialmente, esto se debe a que dicho enfoque surgió como un nuevo paradigma en el abordaje de las inequidades en salud, por parte de los hacedores de políticas públicas frente a la escasa idoneidad de los criterios tradicionales de abordaje del proceso salud enfermedad, pero la relación entre los factores sociales y de salud es altamente compleja debido a la existencia de múltiples variables a considerar dentro del establecimiento de posibles relaciones causales.

De hecho, existen controversias sobre las evidencias que sustentan la influencia de ciertos factores sociales y económicos en el estado de salud.

Entre los trabajos realizados sobre los determinantes sociales de la salud, se destaca el de Villegas (2017), donde se propuso analizar los determinantes sociales que influyen en la salud de la población adulta mayor del Barrio San Nicolás de la ciudad de Coro, Venezuela, recolectando en una muestra de 83 adultos mayores de ambos sexos mediante la técnica de la entrevista estructurada y el cuestionario como instrumento.

Entre los resultados que obtuvo, enfatiza la determinación en la población adulta mayor de mínimas oportunidades de acceso a la salud y mayores condiciones de vulnerabilidad, lo que evidencia la deficiencia del sistema de salud y la debilidad de políticas sociales hacia esta población.

La investigación documental realizada por De La Guardia y Ruvalcaba (2020), hace hincapié en estrategias y acciones de Promoción de la Salud, destacando la necesidad de poner énfasis en la atención primaria, puesto que en caso contrario el actuar en el ámbito curativo no ofrecerá resultados positivos.

En este mismo contexto, Durán (2019) realizó un estudio centrado en los determinantes sociales de salud desde una perspectiva del aumento de las desigualdades sociales, de las inequidades en salud y las evidencias del deterioro de la situación de salud en los países.

El investigador concluye que estos determinantes son modelados por las políticas públicas, la economía y los conductores culturales al influir en la posición socioeconómica y el estatus social, involucrando las circunstancias materiales, las conductas, los factores biológicos y los factores psicosociales. De allí que sea relevante implementar estrategias orientadas al abordaje de los determinantes estructurales e intermedios a fin de reducir las inequidades.

El estudio elaborado por Alcívar y Ravelo en el año (2020), en la ciudad ecuatoriana de Puyo, cuyo título es *Efectos de la pandemia Covid 19 en la calidad de vida de los adultos mayores*, tuvo como objetivo analizar los efectos del confinamiento por Covid 19 en la calidad de vida de las personas mayores, residentes de la ciudad ecuatoriana de Puyo, con el fin de crear programas de atención para este sector de la población.

Para realizar el estudio señalado, los autores utilizaron una entrevista semiestructurada con el propósito de recoger información acerca de los efectos del

confinamiento. Dicha entrevista fue llevada a cabo de modo virtual a 95 personas mayores y 6 familias de estas personas. La entrevista fue aplicada utilizando una adaptación de las técnicas de la encuesta FUMAT, elaboradas por Schalock y Verdugo.

Como resultado, se obtuvo que el primer mes de confinamiento tuvo un efecto negativo en la dimensión material, puesto que en algunos hogares las necesidades básicas no fueron satisfechas, generando así un aumento en el estrés y ansiedad.

Respecto al bienestar emocional, constataron que algunas personas mayores desarrollan sentimientos de tristeza y soledad como consecuencia de las medidas adoptadas para reducir el contagio del virus. Algunas personas mayores viudas o divorciadas han desarrollado estados de nerviosismo e intranquilidad más elevados respecto a los adultos mayores que tienen pareja.

Por otro lado, estas personas mayores han manifestado utilizar redes sociales como medio de vincularse con sus familiares. Como soporte de bienestar se destaca que prevalece el apoyo familiar, lo que ha facilitado la convivencia mermando las experiencias negativas.

Vega-Rivero et al. (2020) publica un estudio en México, titulado “La Salud de las Personas Adultas Mayores durante la Pandemia.” El objetivo de dicho estudio fue observar la situación de las personas mayores ante la problemática del virus, y recopilar las principales medidas de apoyo general y específico para la protección de este grupo vulnerable.

En los ejes principales de dicha investigación se plantean temas relacionados con la situación económica, laboral y de salud, considerando como uno de los mayores riesgos, la edad avanzada y las comorbilidades que estos presentan, también factores sociales como la discriminación por la edad y los estereotipos en relación a la dependencia, y fragilidad de las personas mayores.

Los autores concluyen que los adultos representan el grupo sobre el cual el SARS

Cov 2 conlleva un mayor impacto negativo, ya que su fragilidad se deriva no sólo de su edad, sino que también depende de su situación económica, laboral y las enfermedades asociadas a su edad.

Berriel & Guidotti (2020), han publicado un artículo donde se señala que en los últimos años los instrumentos legales regionales se han orientado a destacar el rol del Estado como promotor del acceso libre y pleno ejercicio de los derechos humanos, aunque esto ha sido cuestionado en algunos aspectos.

En dicho artículo también se destaca como en Uruguay se ha desarrollado un proceso extenso para la implementación de algunas políticas públicas en temas como el envejecimiento, la vejez y la vejez en la región. De forma gradual se han ido construyendo organismos nacionales, con la misión de plantear e implementar políticas públicas orientadas a garantizar la salud de la población adulta mayor.

El estudio enfatiza que la promoción de la salud durante la etapa de adultez mayor, debe entenderse como un asunto de derechos, que implica superar el enfoque centrado en el plano individual para reconocer la existencia de un grupo social, que en algunos casos puede ser objeto de exclusión.

Dado a que la integración es un concepto que se relaciona con la pertenencia e identidad de la persona mayor con la comunidad, el autor destaca la necesidad de que las personas mayores participen de ambientes de igualdad, integrándose de esta forma a la comunidad y a la sociedad, evitando permanecer solamente en el ámbito familiar y que su participación se vea reducida.

Sgaravatti & Hernandez (2020) publican un artículo titulado “Envejecimiento en tiempos de Covid-19”, sostiene con base en estudios realizados en Wuhan que gran parte de

8

los casos de Covid19 se han dado en personas mayores de 60 años, y las tasas de mortalidad aumentaron de forma significativa con la edad.

En tal sentido, los autores resaltan que es evidente que el envejecimiento trae consigo diversos cambios corporales, también un aumento de la morbimortalidad que en personas mayores se han asociado a las morbilidades, como por ejemplo a las enfermedades vasculares y la fragilidad.

El artículo Determinantes sociales de la salud, publicado por la Organización Mundial De La Salud (OMS) en enero de 2021 ha demostrado que existen desigualdades en lo relacionado a la salud en todos los niveles. Esto afecta a las comunidades de manera desproporcionada, porque las comunidades que ya padecen mala salud y viven en condiciones vulnerables, han empeorado sus condiciones, esto es, confirmando un aumento de mortalidad y perjuicios económicos.

Cada vez hay más evidencias del vínculo que existe entre los determinantes sociales, económicos y ambientales, y las diferencias de exposición y vulnerabilidad ante Covid-19, así como en resultados sanitarios y consecuencias de la enfermedad.

Esta pandemia también ha evidenciado las complejas consecuencias que tiene la desigualdad sobre la salud de las comunidades. Muchas de las medidas que se adoptan para combatir esta pandemia, son beneficiosas para reducir riesgos de infección, pero tienen efectos a largo plazo para la equidad, debido a sus secuelas sobre los determinantes sociales. Por este motivo, existe el riesgo de que las consecuencias económicas y sociales de Covid desmejoren las desigualdades que existen en lo que se refiere a la salud, género y condiciones socioeconómicas, lo que hace hincapié en adoptar medidas al respecto.

Si bien se realizaron progresos en la comprensión de resultados que tienen los determinantes de la salud, se evidencia un fracaso colectivo en la lucha de los determinantes sociales y las causas de desigualdad. Esto ha hecho que muchas personas sean más

9

vulnerables a las crisis como se manifiesta en la pandemia, algunos ejemplos pueden ser la mala calidad de vivienda, inseguridad alimentaria, empleo precario.

Estos ejemplos hacen referencia a determinantes sociales que tienen efectos devastadores para personas y comunidades afectadas por Covid-19.

Para afrontar las irregularidades referentes a la salud y sus causas es fundamental un compromiso a escala mundial, nacional y subnacional. Algunas iniciativas exitosas frente a Covid-19 demostraron que es posible, realizando inversiones socialmente valiosas y promocionando la salud en períodos de normalidad y los grandes costos que conlleva no haberlos hecho.

La tarea realizada por la OMS para cumplir con lo que se relaciona a las causas de las enfermedades y mejora del bienestar, radica en abordar los determinantes sociales ambientales y económicos de la salud.

La OMS se planteó como compromiso que al finalizar el año 2023 haya mejorado la salud y el bienestar de más de mil millones de personas, lo que tiene una relación directa con las medidas que se debieran adoptar, así como el compromiso a escala mundial que se ha mencionado.

Desde el inicio de la pandemia, la OMS ha insistido en la necesidad de que los países tengan en cuenta los determinantes sociales de la salud.

En mayo de (2020) la OMS expresó en un comunicado de prensa, que los países apresuren su recuperación y su resiliencia ante futuras pandemias, planteando los determinantes más amplios de la salud.

10

### **Justificación**

El presente protocolo de investigación, pretende analizar los determinantes sociales de la salud de las personas mayores durante la pandemia ocasionada por Covid - 19 que residen en zona fronteriza del norte del país.

El interés por este tema se manifestó luego de la aparición de la siguiente interrogante ¿cómo están viviendo las personas mayores esta emergencia sanitaria?

Considerando que las personas mayores presentan mayor vulnerabilidad según la evolución del envejecimiento siendo éste factor de riesgo para dicha población; se plantea la interrogante de cómo los determinantes sociales de salud se han visto afectados en esta pandemia.

El censo realizado en 2011 por el Instituto Nacional de Estadística (INE) muestra que, el 14 % de la población de Uruguay tiene más de 64 años de edad, lo que indica que el país tiene una población envejecida. El mismo censo señala que el departamento de la ciudad fronteriza tiene un porcentaje 11,9% de población mayores de 65 años del país.

Según Brunet y Marquez (2017), en el año 2016 Uruguay se encontraba entre los países de América que presentaban envejecimiento avanzado de su población, mostrando el 19.5% de personas con más de 60 años. El 97% de la población antes mencionada reside sola en sus hogares o con su pareja también mayor de edad según lo destacaron en dicho año. Ante los datos mencionados, nos deparamos con desafíos a tener en cuenta en la protección social.

Debido a este aumento significativo en los últimos años, se considera que la población de mayor edad es de gran importancia, puesto que gran parte de ésta presenta vulnerabilidad psicológica y mental, viéndose afectado muchas veces su nivel de funcionalidad, haciéndoles difícil sobrellevar las actividades de la vida diaria.

11

Se ha seleccionado como determinante social las inequidades socioeconómicas porque se considera que en época de pandemia la escala social ha disminuido junto con el trabajo lo que a su vez aumenta la pobreza lo que disminuye la esperanza de vida y aumenta la exclusión social.

En Uruguay se desarrolla la presencia estatal en forma de programas sociales, gestionados por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), y planes. Por otra parte, Mides delega a otras organizaciones civiles, cooperativas, la gestión de la implementación. Respecto

a eso se hace relevante la articulación y coordinación del Mides Central, así como también entre los programas que implementan en territorio con objetivo de realizar acciones eficaces. Se crean también espacios de coordinación como por ejemplo las Mesas Interinstitucionales de Políticas Sociales como área de intercambio y coordinación. Cabe destacar que Uruguay es pionero respecto a la protección social, dado que en el siglo XX elaboró un sistema de seguridad y asistencia social.

La OMS (2017) se compromete a adjuntar los derechos humanos a los programas y políticas de atención en salud, en ámbitos nacionales y regionales teniendo en cuenta los determinantes de salud como un enfoque de la salud y los derechos humanos. La OMS también reforzó su rol de liderazgo técnico, intelectual y político respecto al derecho a la salud, lo que considera fortalecer su capacidad y de los estados miembros para que adopten un enfoque de salud basado en derechos humanos, promover el derecho a la salud en los procesos de desarrollo internacionales, promover derechos humanos relacionados a la salud, incluyendo el derecho a la salud.

En 2021 la OMS informa que los gobiernos deben cumplir con los objetivos planteados destinando 1% de PIB a la red de atención primaria de salud, ya que según los datos disponibles los sistemas de salud centrados en atención primaria obtienen mejores

12

resultados sanitarios, aumentando la equidad y mejorando la eficiencia. La extensión de las participaciones de atención primaria en países de bajos y medianos ingresos podría ayudar a salvar 60 millones de vidas y aumentar la esperanza de vida media en 3,7 años de aquí a 2030.

**Pregunta problema**

¿Cómo impacta la pandemia de covid 19 en los determinantes sociales de la salud de personas mayores residentes de la ciudad de Rivera en el período marzo-octubre de 2021?

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Analizar cómo los determinantes sociales de la salud de las personas mayores se vieron afectados por la pandemia de covid 19 en la ciudad de Rivera en el periodo de marzo - octubre de 2021

### **Objetivos Específicos**

Determinar las variables sociodemográficas de la población seleccionada.

Identificar los determinantes sociales de la salud asociados a las Personas Mayores.

13

## **Marco teórico**

### **Pandemia**

El término “Epidemia”, de acuerdo con Pino & Hernández (2008), realmente no tuvo un origen asociado a enfermedad, puesto que en griego antiguo su significado era de “visita” o “llegada a un lugar”, tal como dejan ver los escritos de Platón. Serían los médicos quienes posteriormente relacionarían esta palabra con la de “enfermedad”, al asumirla como algo que llega desde fuera.

Desde la filología se explica que el cambio semántico efectuado por los médicos se debió a la doble aplicación técnica que tendría en adelante la palabra “Epidemia” pues por un lado significaba la “visita de un médico a una ciudad” por motivos de trabajo o estudios y por otro lado tenía como significado “estar de paso”; por consiguiente, el término pasó a considerarse como una enfermedad pasajera e inesperada que requería necesariamente la atención médica.

Pino & Hernández en un estudio desarrollado en 2008 sostienen que con el tiempo el término sería asociado además al vocablo latino “*pestis*”, es decir, “peste”, que aun cuando no está definida su etimología empezó a usarse en la antigüedad para referirse a “destrucción” “calamidad” o “plaga”, que luego sería asumida como castigo divino y de allí lo de una grave enfermedad contagiosa. De modo que al hacer una aproximación a los momentos históricos que han suscitado el uso de la expresión “Pandemia”, es posible percibir que se trata de una construcción social que transforma en el tiempo y en la que participan, en permanente tensión, diferentes corrientes de pensamiento.

García Álvarez- Busto (2021) afirman que desde entonces se ha producido cada cierto tiempo el desarrollo de enfermedades altamente contagiosas que han generado amplias consecuencias nefastas sobre una población, registrándose como la primera epidemia en azotar a la humanidad la que se registró en el Paleolítico hace 40 mil años y que significó la

14

extinción del Neandertal, mientras que la del Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA ) en 1981 sería la predecesora de la actual pandemia del COVID-19. Por otro lado, aunque cada epidemia que se ha producido en la historia de la humanidad ha causado estragos de manera uniforme a la población, en la actualidad se ha podido distinguir que este tipo de mal afecta principalmente a grupos vulnerables, como es el caso de las personas que se encuentran en estado avanzado de envejecimiento, quienes en los últimos años han sido generalmente denominados como adultos o personas mayores. **Persona Mayor**

De acuerdo con Abaunza (2014), para describir la realidad de la vejez se han usado distintos términos a lo largo del tiempo, incluso algunas con sentido estigmático (por ejemplo, anciano); sin embargo, en la actualidad la adopción del vocablo “Adulto mayor” contempla una consideración respetuosa de esta etapa existencial.

Abaunza (2014) respecto a la configuración de la definición, sostiene que la misma ha partido principalmente de un criterio cronológico, donde cada sociedad de acuerdo a sus normativas y cultura ha determinado quienes encajan con dicho concepto. Sin embargo, en

la mayoría de países se parte del criterio de que a partir de los 60 años comienza la etapa de la adultez mayor, sobre todo en la legislación porque se asocia el término con una edad que supuestamente marca el fin de la productividad laboral.

El criterio de la funcionalidad y la edad para designar la población mayor ha sido ampliamente criticado porque no siempre se produce al mismo nivel en todas las personas la pérdida de funciones, tanto físicas como intelectuales, es decir, la vejez no representa necesariamente incapacidad o limitación. Igual sucede con el criterio biológico que hace referencia al desgaste de órganos y tejidos, marcando el comienzo de la vejez con este deterioro, pues este criterio por sí solo no es válido porque hay personas que envejecen precozmente y en otras se demora este proceso. Atendiendo a estas críticas y procurando

15

adoptar un enfoque de género, a partir del 2019 se cambió el término Adulto Mayor por Persona Mayor (Lagos, 2020)

Asimismo, como una forma de compensar las deficiencias en los criterios para determinar el envejecimiento, dentro de este grupo poblacional se han realizado algunas clasificaciones. De allí que ahora no solo se habla de personas o adultos mayores, sino que además se distingue entre la persona mayor autovalente sana o funcionalmente sana de la frágil o dependiente.

En tal sentido, según Capsal (2017), entre el grupo de personas mayores de 60 años pueden considerarse a los que conforman el grupo de sana autovalencia o funcionalidad, que son aquellas cuyas características físicas, funcionales, mentales y sociales corresponden a su edad cronológica y son capaces de realizar actividades funcionales esenciales de autocuidado como comer o vestirse, por ejemplo, en cambio aquellas personas mayores que se consideran frágiles o dependientes, al contrario, se ven imposibilitados de efectuar actividades de la vida diaria, requiriendo del apoyo constante.

Precisamente debido a las características que son generadas a nivel físico y

psicológico por el proceso de envejecimiento; se considera que algunas enfermedades tienden a tener mayor impacto a nivel social en las personas mayores, como sería el caso de la actual pandemia del COVID-19, tal como lo evidencia recientes informes de la ONU y la OMS.

Pascale y Rodríguez (2020) sostiene que, en Uruguay, al igual que en muchos países, se declaró un estado de emergencia a nivel nacional, instruyendo a los ciudadanos a abstenerse de salidas no esenciales y se exigió el cierre de las instalaciones comerciales. Se supuso que las medidas protegían contra la propagación de la infección, pero los efectos también cambiaron las circunstancias de la vida y se redujo el espacio vital, lo que significó un cambio de hábitos proxémicos.

16

Los hábitos proxémicos están vinculados con la forma como las personas organizan el espacio personal del cual disponen y llegan a vivenciar la territorialidad, lo que depende ampliamente de la percepción sensorial, las circunstancias y el estado emocional de la persona. En otras palabras, estos hábitos derivan de la ciencia de la proxemia, que hace referencia a la vivencia territorial y que se vincula estrechamente con la forma como la gente percibe los espacios, las normas, se relaciona y comunica con los demás.

En tal sentido, se sabe que una disminución del espacio vital y la actividad física debido a la movilidad reducida por las medidas de aislamiento modifican estos hábitos proxémicos, lo que a su vez incide en la socialización del individuo.

Por ejemplo, se ha encontrado que las personas mayores por tener generalmente discapacidades tienden a tener espacios de vida más pequeños que se ven a su vez más afectados en su esfera social. De modo que como parte de la declaración del estado de emergencia por los efectos de COVID-19, el "quedarse en casa" también pudo afectar socialmente a la población mayor.

Respecto a las personas mayores, también se destaca que, todo trabajador que tenga como mínimo treinta años de servicio y sesenta años de edad tiene derecho en forma de

retiro de la actividad remunerada, a una prestación contributiva denominada jubilación. Quienes reúnan la edad y servicios aportados pueden recibir asesoramiento acerca del trámite de jubilación, donde se le informará qué pasos debe seguir y la documentación que se debe presentar.

La pensión es una ayuda social no contributiva que se aporta mensualmente a personas mayores de setenta años, en situación de vulnerabilidad socioeconómica. Los beneficiarios deben reunir condiciones como determinar los ingresos personales y los de su hogar cívico, obligado a ofrecerle alimentos convivan o no con él. Así como se

17

hará una valoración socioeconómica en su hogar a través de un control de inspección general (ingresos personales e ingresos de familiares obligados).

Existen distintos tipos de pensión, ellas son: pensión por vejez, pensión por invalidez, pensión por fallecimiento.

### **Efectos de la pandemia en el adulto mayor**

Según Terol et al (2004) se ha estudiado ampliamente la necesidad de apoyo social entre las personas mayores; los expertos afirman que estar socialmente conectado es fundamental para su salud y supervivencia. El apoyo social juega un papel destacado en la prevención tanto de la soledad como del aislamiento social, considerado en el caso de la pandemia como una medida objetiva de interrupción de las interacciones sociales de las relaciones, redes y apoyo.

En el caso específico de Uruguay se ha avanzado en la construcción de un pacto social que aumenta los niveles de protección social en todos los sectores de la población, considerando especialmente la situación de las personas mayores dentro del marco general de los derechos humanos.

En lo que se refiere a las personas mayores, en Uruguay esta parte de la población ha obtenido considerables conquistas, por ejemplo, la cobertura el nivel de

jubilaciones y pensiones, la implementación del Sistema Nacional integrado de Salud con el Programa Nacional de la Persona Mayor (2005), destinado a ese sector de la población, junto a soluciones habitacionales. Dicho programa fue creado en 2005 y tiene como objetivo promover y asegurar la calidad de vida de las personas mayores, teniendo en cuenta la satisfacción sistemática de sus necesidades, la participación activa y promoción de los derechos mediante respuestas articuladas del Estado y la comunidad, beneficiando de esta manera su inserción como ciudadanos, teniendo en cuenta dos puntos de vista, el sociocultural y derechos de salud.

18

Aunque el alcance de la medida de distanciamiento social ha variado según el país, esta ha sido especialmente importante para las personas mayores debido a su alto riesgo de enfermarse gravemente como resultado de la infección por COVID-19. Por lo tanto, desde el comienzo de la pandemia se ha instado a los adultos mayores en la mayoría de países a quedarse en casa tanto como sea posible hasta que mejore el acceso a las vacunas COVID-19 aprobadas.

En consecuencia, el aumento del aislamiento social ha incrementado la carga familiar y ha reducido el acceso a los servicios de salud.

Conforme cifras de la ONU (2020), el número de fallecimientos entre el grupo de personas mayores debido a la enfermedad por coronavirus es mucho más alto que en cualquier otro grupo etario, al punto que la tasa de letalidad quintuplica la del promedio mundial.

Entre las razones de los estragos causados por la pandemia en las personas mayores obedece, aparte del impacto a nivel físico que tiene el virus SARS-CoV-2 al producir en este grupo etario una mayor probabilidad de agravamiento clínico y muerte, está la sobrecarga de los sistemas de salud y protección social.

De acuerdo con la ONU (2020) en algunos países la pandemia ha traído consigo amplios efectos negativos sobre las personas mayores, algunos poco visibles

pero preocupantes, como la denegación de la atención sanitaria para trastornos no vinculados al COVID-19; el descuido, maltrato en instituciones y centros residenciales; el incremento de la pobreza y el desempleo.

En esencia, han sido devastadores los efectos de la pandemia en el bienestar y la salud mental en la población de personas mayores, considerando el trauma que supone el estigma y la discriminación.

19

A juicio de Pinazo-Hernandis (2020), en la discriminación que han sufrido las personas mayores motivada por la pandemia ha tenido mucha responsabilidad la decisión tomada por parte de las autoridades sanitarias al considerar como criterio la edad para la desescalada, pues han decidido que esta población sea la última en salir del estado de confinamiento. En otras palabras, insistiendo en una vulnerabilidad sin acompañamiento de medidas de contrapeso lo que ha dado lugar a una actitud edadista promotora de estrés, angustia y ansiedad en estas personas mayores.

Conforme MacLeod et al (2020), las personas mayores que anteriormente salían de sus hogares con regularidad para realizar actividades sociales, voluntariado, citas médicas, visitas familiares y diligencias en general, suspendieron estas actividades debido a estrictas recomendaciones de quedarse en casa. Por lo tanto, en las personas mayores ha sido severamente impactada la conexión social, uno de los diversos factores identificados recientemente como determinantes personales clave de la salud.

En particular, se ha definido una colección de factores personales como determinantes personales de salud, un concepto emergente construido sobre los recursos individuales que ayudan a amortiguar los desafíos en la vida y apoyan resultados de salud óptimos.

Además de la conexión social, otros factores importantes incluyen la resiliencia y el propósito en la vida, los que pueden potencialmente disminuir a largo plazo para

muchas personas como resultado de la pandemia, con la abrupta ausencia de sistemas, roles y actividades normales de apoyo (MacLeod et al, 2020). La pandemia ha hecho que estas realidades sean cada vez más desafiantes, ya que todas las áreas de la vida han cambiado en los esfuerzos por frenar la propagación del virus. Entre las consecuencias aguas abajo se incluyen no solo una

20

recesión económica, sino también el potencial de una recesión social, recientemente definido como un colapso duradero en el contacto social resultante de un aislamiento social agravado, especialmente entre los más vulnerables (Murthy & Chen, 2020).

Además, una larga recesión social podría empeorar los impactos negativos bien conocidos del aislamiento social, que abarcan tanto problemas físicos como mentales, así como la longevidad y la calidad de vida en general.

### **Definición de Salud**

La OMS (1948) define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades después se complementa con otro factor según la definición de Terris (2000) y agrega la capacidad de funcionamiento

En la salud podemos contemplar tres aspectos los subjetivos, objetivos y sociales, en el aspecto subjetivo sería el bienestar físico mental y social. Los objetivos serían la capacidad de funcionamiento y en los aspectos sociales encontramos la adaptación el trabajo socialmente productivo

De acuerdo a nuestras búsquedas coincidimos que las definiciones de salud de la OPS y de la OMS son iguales “La salud es un estado de completo bienestar físico, social, mental “

### **Determinantes Sociales de la Salud**

Plantea Marc Lalonde (1974) cuatro determinantes que influyen directamente en la salud de una comunidad esto serían Estilo de vida, conducta de salud (sedentarismo, alimentación saludable, estrés, conducción peligrosa y mal utilización de los servicios sanitarios. Para Lalonde los determinantes de la salud serían los estilos de vida y conducta de salud en medio ambiente, biología humana y el sistema de asistencia sanitaria.

21

El primer principio establecido en la Constitución de la OMS (2008) destaca la necesidad de centrarse no solo en reducir las enfermedades, sino también en abordar sus causas fundamentales. Esto implica abordar sistemáticamente los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud. Estas circunstancias sociales, ambientales y económicas afectan negativamente los resultados de salud y conducen a inequidades en salud, que se definen como diferencias evitables e injustas en el estado de salud entre grupos de personas o comunidades.

Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, lo cual depende a su vez de las políticas adoptadas; la distribución desigual se traduce en grandes diferencias en materia de salud entre países desarrollados y los que están en vías de desarrollo. Las inequidades en salud socavan el desarrollo humano y actúan como un lastre para el desarrollo económico y social de las comunidades y los países en su conjunto. Las circunstancias desiguales se refuerzan entre sí e interactúan, lo que lleva a desigualdades intergeneracionales que dejan atrás a comunidades enteras e impiden que generaciones desarrollen su potencial. Los avances tecnológicos, el aumento de la urbanización y el cambio climático corren el riesgo de afianzar las desigualdades existentes y ampliar aún más la brecha en los resultados de salud.

Marmot en un artículo publicado en 2014, refiere que abordar la equidad saludable requiere una comprensión de los aspectos sociales y ambientales, factores que combinados

representan entre el 50% y 60% de los resultados de salud. Son estos factores sociales y ambientales los que se conocen en forma grupal como Dimensiones Sociales de la Salud (U.S. Department of Health and Human Services, 2020).

En 2008 la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS señaló a los Determinantes Sociales de la Salud como “circunstancias en que las personas

22

nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (OMS, 2021, p. 1), estimándose dichas circunstancias como el resultado de la distribución de los bienes económicos, el poder y otros recursos en los ámbitos local, nacional y mundial, lo que a su vez depende de las políticas adoptadas.

Específicamente, los determinantes sociales de la salud incluyen el entorno social y económico, el entorno físico y las características personales y comportamientos individuales. Estos contextos de vida de las personas determinan en gran parte sus posibilidades de tener una buena salud, conformando un marco conceptual de los objetivos de los Determinantes Sociales de la Salud que abarca como dominios clave la estabilidad económica, la educación, la salud y sus cuidados, la comunidad y el entorno social.

Sostiene la estabilidad económica donde refleja la conexión entre los recursos financieros de una persona (por ejemplo, ingresos, costo de vida y estatus socioeconómico) y su salud. Este dominio incluye cuestiones clave como la pobreza, el empleo, la seguridad alimentaria y la estabilidad de la vivienda.

Respecto a los criterios que definen la pertenencia o exclusión a los grupos sociales estos son extremadamente complejos, al punto que no existe consenso sobre un esquema o metodología para ubicar a un individuo en determinada posición social.

En efecto, tal como señalan Marinho y Quiroz (2018), la identificación y composición de los estratos y las clases sociales ha dado lugar a extensos debates desde el siglo XIX, cuando surgieron los términos y en la actualidad sólo hay acuerdo en que los grupos sociales

son construcciones y representaciones político-sociales en constante movimiento.

De modo que las clases sociales y la estratificación social no poseen una única definición o medida, siendo el sistema de relaciones productivas y reproductivas, y muchas veces la asignación desigual de recursos, lo que determina la posición social.

23

Giddens et.al (2016), citado en Marinho y Quiroz (2018, p. 13), resumen que la estratificación social es “la existencia de desigualdades estructuradas —desigualdades sociales que son resultado de patrones en la estructura social— entre grupos sociales en términos de acceso a recompensas materiales o simbólicas”, que produce una diferenciación social. Por su parte, el término de clase social alude al establecimiento de relaciones desiguales de poder, así como a la adopción de diferentes estilos de vida.

Goldthorpe (2012) entre los criterios más utilizados se encuentra el identificar la posición de los individuos en la estructura de las relaciones laborales y las unidades productivas. Ello se traduce en la utilización de información que identifica a un grupo de ocupaciones con cierta clase social; cada ocupación se asocia con un determinado estatus o reconocimiento social, reflejado en la remuneración característica. Estas clasificaciones se han modificado en el tiempo conforme las características del trabajo cambian o se realizan mejoras en el acceso a la información relacionada.

Hasta ahora uno de los esquemas de estratificación social más utilizados es el propuesto Erikson, Goldthorpe y Portocarero (EGP), que se muestra en el siguiente cuadro.

24

**Tabla 1.**

Esquema de clases de Erikson, Goldthorpe y Portocarero (EGP),

11 clases	7 clases	3 clases
I. Grandes propietarios, altos directivos y profesionales.	I+II Clase de servicios alta	Clase de Servicios

II. Técnicos superiores y directivos intermedios.		
IIIa. Oficinistas	III a+b No manuales de rutina	Clase no manual o intermedia.
IIIb. Dependientes de comercio.		
IVa. Pequeños empleadores.	IV a+b	
IVb. Independientes sin empleados		
V. Técnicos inferiores y supervisores manuales.	V+VI Manuales calificados y semicalificados.	Clase trabajadora.
VI. Asalariados manuales y semicalificados.		
VIIa. Asalariados manuales de baja calificación	VIIa Manuales de baja calificación.	
IVc. Pequeños propietarios agrícolas.	IVc Pequeños propietarios agrícolas.	
VIIb. Asalariados agrícolas	VIIb Asalariados agrícolas.	

*Nota: Extraído de Marinho y Quiroz, 2018*

25

Aunque en los últimos años adquiere vigencia la consideración de la condición racial y la educación, que no se encuentran en el esquema EGP.

De acuerdo con Sautu et al (2020), cuando se habla de clase social necesariamente se hace referencia a la estructura económica, porque desde una perspectiva teórica general

ambas son vinculantes; sin embargo, es necesario analizarlas por separado aun cuando la clase social y estilo de vida constituyen una unidad ontológica.

En concreto, de acuerdo a los autores, la clase social es la expresión manifiesta “de la distribución desigual del poder y su conjunción con los procesos económico- tecnológicos, sociales y culturales que dan cuenta de la reproducción y el cambio, en la estructura económica y en la estructura de clase” (Sautu et al., 2020, p. 53), mientras que la estructura económica está referida a las configuraciones de relaciones sociales entre individuos para efectos de la producción económica.

Siguiendo con los dominios de los Determinantes Sociales de la Salud, el de la educación refleja la conexión entre los aspectos de la educación de una persona, su salud y bienestar. Esta expresa cuestiones clave como la obtención de un grado académico, al menos a nivel de secundaria, la inscripción en la educación superior, el lenguaje y la alfabetización, la educación y el desarrollo de la primera infancia.

Este dominio incluye cuestiones clave como el acceso a la atención médica, el acceso a la atención primaria y la alfabetización en salud.

El control de la comunidad y entorno social refleja la conexión entre el lugar donde vive una persona (por ejemplo, vivienda, comunidad y medio ambiente), su salud y bienestar. Este dominio incluye cuestiones clave como el acceso a alimentos saludables, la calidad de la vivienda, la delincuencia y la violencia y las condiciones ambientales.

Sostiene que el contexto social y comunitario refleja la conexión entre aspectos del entorno social de una persona (por ejemplo, apoyo social, circunstancias familiares y

26

participación comunitaria) y su salud y bienestar. Este alude temas clave como la cohesión social, la participación cívica, el encarcelamiento y la discriminación.

**Tabla 2.**  
Determinantes Sociales de la Salud

<b>Dominio</b>	<b>Aspectos claves</b>	<b>Indicadores</b>
----------------	------------------------	--------------------

<b>Estabilidad económica</b>	Ingresos Costo de vida Estatus socioeconómico	Tipos de ingresos Cantidad de ingresos Inflación Nivel socioeconómico
<b>Educación</b>	Obtención de grado académico (secundaria o superior) Inscripción en educación superior Lenguaje Alfabetización Desarrollo de la primera instancia	Grado académico alcanzado Estudios Universitarios Capacidad comunicativa Antecedentes de salud
<b>Salud y cuidados de la salud</b>	Acceso a la atención médica. El acceso a la atención primaria. Alfabetización en salud.	Centros de salud cercanos. Centros de atención primaria cercanos. Conocimientos sobre prevención del COVID. Nivel de exposición.
<b>Comunidad y entorno social.</b>	Acceso a alimentos saludables. Calidad de la vivienda. Delincuencia. Violencia. Condiciones ambientales.	Capacidad adquisitiva de alimentos. Hábitos saludables de alimentación. Condiciones de vivienda. Seguridad. Respuesta ante factores climáticos.
<b>Contexto social y comunitario</b>	Cohesión social. Participación cívica. Encarcelamiento. Discriminación.	Género Raza Comunicación con familiares y amigos. Apoyo de familiares y amigos. Uso de redes sociales. Participación en organizaciones comunitarias. Obstáculos para el contacto social. Atención equitativa de salud.

*Nota: Elaboración propia con base en lo expuesto por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS (2008)*

Respecto a los indicadores, vale señalar que estos se clasifican en: a) Mediciones consolidadas de salud, b) Mediciones ecológicas o ambientales y c) Mediciones globales. Las

mediciones consolidadas de salud se refieren a aquellas mediciones que se hacen de las características físicas de una población (por ejemplo, la prevalencia de una determinada enfermedad), mientras que las mediciones ecológicas o ambientales están referidas igualmente a la medición de características pero del hábitat de la población (por ejemplo, el nivel de contaminación) siendo indicadores de naturaleza más compleja o cuya medición resulta un tanto más difícil de obtener en algunos casos. Finalmente, las mediciones globales corresponden a medidas contextuales en forma colectiva, como podrían ser la medición del Producto Bruto Interno(PIB) o el índice de desarrollo humano, que aun cuando no se relacionan directamente con la salud humana impactan en la forma como una persona pudiera mantenerse sana.

En otro orden de ideas, un modelo desarrollado por Lalonde dio lugar el análisis epidemiológico de Alan Denver para la evaluación de las políticas de salud, lo que ha dado más fuerza a los determinantes sociales de la salud en los últimos años, pues cobra fuerza la idea de que las condiciones sociales en que las personas viven influyen fuertemente en sus posibilidades de tener una buena salud. De modo que la pobreza, las desigualdades sociales, la discriminación, la vivienda insalubre, la inseguridad alimentaria, las condiciones de vida poco saludable en la infancia y la falta de trabajo resultan determinantes de la mayor parte de las enfermedades, muertes y desigualdades en salud.

Los determinantes del estado de salud han estado sometidos a las contingencias históricas de las vivencias experimentadas por el ser humano. Estos determinantes engloban desde factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales y, obviamente los servicios sanitarios como respuesta organizada y especializada de la sociedad para prevenir la enfermedad y restaurar la salud.

28

Entre los modelos explicativos de los determinantes del estado de salud de la población se encuentra el de Lalonde (1974), quien propuso un modelo altamente influyente en las últimas décadas, donde establece que la salud poblacional depende de la influencia

combinada de cuatro grupos de factores: 1) Medio ambiente, 2) estilos de vida y condiciones de salud, 3) biología humana y 4) acceso a los servicios de asistencia sanitaria.

Sin embargo, no hay nada definitivo sobre el tema de los determinantes sociales de salud, pues tal como refiere Mejía (2013), quien realizó un análisis histórico sobre el concepto de Determinantes Sociales de la Salud, a partir de diversos aportes académicos de la disciplina de la salud pública, y posteriormente enfocó las Conferencias Internacionales sobre Promoción de la Salud a partir de Alma Atapara finalmente sintetizar los aportes conceptuales desde el punto de vista del Movimiento Latinoamericano de Medicina Social, el reposicionamiento del concepto de los determinantes en los últimos años ha propiciado el debate sobre las inequidades y las políticas públicas de salud, pero aún no ha dado resultados definitivos.

Enfatiza, la importancia de este concepto ha sido ampliamente reconocido, según Alfaro (2014), en su informe sobre los determinantes sociales de la OMS a diferencia del pasado donde eran los factores de riesgo, de acuerdo a las causas mortalidad y morbilidad, los que definían los programas de salud, hoy en día dichos programas van dirigidos hacia los determinantes sociales de la salud, lo que conlleva a trabajar en este sector de manera intersectorial.

En todo caso existe consenso sobre el hecho de que los Determinantes Sociales de la Salud están interrelacionados y desempeñan un papel importante durante la pandemia de COVID-19. Por ejemplo, el nivel educativo de un individuo puede afectar su ocupación, lo que determina estabilidad económica y nivel de ingresos, que a su vez pueden afectar el tipo de atención médica para la que el individuo sea elegible. Asimismo, influye en el vecindario

29

en el que vive el individuo, lo que luego impacta en el contexto comunitario que rodea al individuo, jugando estos factores un papel importante en la pandemia actual de COVID-19.

## **El COVID-19 y los Determinantes Sociales de la Salud**

De acuerdo con la OMS (2020), la pandemia del COVID-19 ha puesto de relieve la magnitud de las desigualdades sanitarias en todos los niveles. Ha afectado de manera desproporcionada a comunidades que ya padecen problemas de salud y viven en condiciones vulnerables, lo que ha provocado un aumento de la mortalidad y daños económicos desastrosos.

Existe una creciente evidencia del papel de los determinantes sociales, económicos y ambientales en los diferenciales de exposición, vulnerabilidad, resultados de salud y consecuencias del COVID-19. Por ejemplo, las comunidades minoritarias y desfavorecidas viven en zonas con una deficiente calidad ambiental; también hay mayor probabilidad de que vivan en viviendas insalubres o en hacinamiento, trabajen en puestos de primera línea o de alta exposición al virus, tengan un empleo precario e inestable o un acceso limitado e insuficiente a ingresos económicos.

La crisis del COVID-19 también ha puesto de relieve de manera más amplia los múltiples impactos de la desigualdad sobre la salud de las personas y las comunidades. Muchas medidas de contención de COVID-19, si bien son beneficiosas para reducir los riesgos de infección han generado como consecuencias inmediatas y potenciales a largo plazo para la equidad un impacto negativo en los determinantes sociales.

La OMS (2020) se hace mención del impacto en la población adulta mayor así como en los niños de familias más desfavorecidas que tienen menos probabilidades de tener acceso a la tecnología necesaria para la educación en el hogar y en las probabilidades de los padres de tener trabajos inseguros y de sufrir pérdidas de ingresos; sin embargo, siendo fácil prever

30

que en el caso del adulto mayor no solo impactan los factores tecnológicos y económicos, sino además factores como la discriminación y la cohesión social.

En cuanto a la discriminación, se trata de acciones injustas o injustificadas socialmente estructuradas contra un determinado grupo o población. Estas acciones tienden a favorecer a la población acomodada y poderosa en detrimento de la población empobrecida. La discriminación ocurre tanto a nivel individual como estructural en la atención de la salud.

La discriminación individual incluye interacciones negativas entre un paciente y un proveedor de atención médica debido a la raza, el género, etc. Las interacciones negativas pueden limitar los recursos de atención médica y bienestar del paciente. Por su parte, la discriminación estructural se ve en la forma de segregación residencial según raza o etnia grupos, oportunidades laborales desiguales debido al género, acceso desigual a la educación de calidad, desigualdades en el encarcelamiento, etc. Las formas de la discriminación estructural pueden hacerse más precisas y afectar a las personas y poblaciones en términos de atención de salud.

Por ejemplo, debido a la congestión en los barrios empobrecidos y el hacinamiento en las viviendas, actualmente puede resultar difícil seguir las recomendaciones de aislamiento social recomendado para evitar el contagio de Covid-19. En tal sentido, mantener la distancia física de los demás puede no ser una opción para algunas familias.

Las personas que viven en la pobreza también se encuentran en un predicamento en la actualidad cuando se les pide que trabajen desde casa, porque no cuentan con la tecnología o los conocimientos que lo permitan. También se enfrentan al dilema de tener que pagar el alquiler y poner comida sobre la mesa versus quedarse en casa y mantener a sus familias saludables durante este brote de COVID-19, ya que trabajan en almacenes, la industria alimentaria, construcción, servicios de limpieza, etc., y estos son trabajos que no se pueden hacer desde casa.

Otro elemento es el apoyo social, un componente importante del bienestar de una persona. La cohesión social es uno de los términos utilizados para describir las relaciones. Esta describe cuán fuertes son las relaciones y si hay un sentido de solidaridad entre los

miembros de una comunidad, siendo indicadores de ello el capital social, el alcance de los recursos grupales compartidos dentro de una comunidad, la percepción de justicia, pertenencia a un grupo, confianza, etc.

En los tiempos actuales donde hay un llamado al aislamiento social es importante encontrar formas de mantener la comunicación y la cohesión social para preservar el bienestar de cada persona, especialmente si pertenece a grupos vulnerables, como en el caso de los adultos mayores.

Un elemento a atender en el caso de estos grupos vulnerables es el acceso a alimentos saludables, pues la alimentación es una necesidad humana esencial, desempeñando un papel importante en la salud y la calidad de vida del individuo. Específicamente, los alimentos se asocian con un menor riesgo de enfermedades crónicas. Una dieta saludable consiste en una gran variedad de frutas, verduras, cereales, alimentos ricos en proteínas (mariscos, carnes magras, aves, legumbres, soja) productos lácteos, huevos, etc.) y lácteos descremados o bajos en grasa. Una mala dieta y desnutrición se ha relacionado con enfermedades crónicas, como enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes e incluso cáncer.

En el caso de los adultos mayores determinantes sociales como los componentes individuales del barrio y el dominio del entorno se entrelazan y se afectan unos a otros. Por ejemplo, se sabe que hay muchas barreras para el acceso de alimentos saludables en materia de transporte debido a las consecuencias de la pandemia. Las personas mayores que viven solas o tienen problemas de movilidad tienen menos probabilidades de mantener dietas o una nutrición eficiente.

32

Respecto a los adultos mayores que viven con su familia, estudios han demostrado que las familias de bajos ingresos dependen de alimentos baratos que resultan ser de baja densidad de nutrientes. Alimentos saludables, como frutas y verduras frescas, suelen ser más caras que los alimentos procesados, y aquellas personas que no pueden pagar alimentos frescos optan por opción de alimentos procesados que no son saludables (Singh et al, 2020).

Es importante reconocer que algunas comunidades y personas no tienen acceso a alimentos saludables, especialmente durante una pandemia, cuando los suministros pueden escasear. Si hay escasez de suministros será difícil para aquellos que tienen acceso limitado a alimentos saludables o alimentos en general mantener su dieta y nutrición. Las personas también tendrán que hacer más viajes a las tiendas de comestibles para obtener alimentos, lo que puede hacerlos correr el riesgo de adquirir el virus.

Por otro lado, investigaciones han sugerido que la contaminación del aire puede provocar individuos más vulnerables a adquirir COVID-19. La razón es que las partículas contaminantes actúan como vehículos para el virus, lo que facilita la transmisión del virus desde la persona. Los investigadores sostienen que la contaminación del aire puede haber empeorado el brote. Esto puede deberse al hecho de que la contaminación del aire debilita el sistema inmunológico, lo que disminuye la capacidad de la persona para luchar contra las infecciones.

La seguridad también juega un papel importante en la salud. Una alta pobreza hace más probable que los vecindarios posean tasas más altas de delincuencia, lo que disminuye la seguridad de los miembros de la comunidad. Además, la existencia de zonas seguras hace más probable que las personas utilicen el espacio verde disponible para caminar, correr, o hacer ejercicio. Precisamente un problema en los vecindarios de alta pobreza es la disponibilidad de espacios verdes.

33

Asimismo, el distanciamiento social ha sido la clave para aplanar la curva y transmisión decreciente de COVID-19, y en este sentido en vecindarios abarrotados, el distanciamiento social puede no ser factible. Esto expone a las personas que viven en vecindarios abarrotados, entre ellas los adultos mayores, tienen un mayor riesgo de enfermarse con el virus, así como aumenta la tasa de transmisión del virus. Otro aspecto son las condiciones sanitarias, las familias de bajos ingresos tienden a vivir en viviendas con servicios deficientes.

En síntesis, se tiene que el tema de los determinantes de la salud es de gran complejidad y se continúa debatiendo sobre cómo identificarlos, cuales son más importantes en cada contexto y cómo actuar sobre ellos. Surgen tendencias y corrientes que privilegian uno u otro grupo de determinantes y dentro de cada grupo cuál es el peso de cada variable. No obstante, hay cierto acuerdo en que los determinantes hay que mirarlos como complejas redes de factores interrelacionados.

34

## Metodología

### Diseño metodológico

**Tipo y diseño:** Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal longitudinal

**Área de Estudio:** Área urbana de la ciudad de Rivera. Los barrios Insausti, Lagunón, Rivera Chico y Mandubí.

**Alcance de la investigación:** Busca conocer el impacto que tuvo la pandemia por Covid 19 en los determinantes sociales de la salud de las personas mayores. **Universo De Estudio:** El universo de estudio es de 463.726 personas mayores de Uruguay según censo publicado por INE en 2011.

**Población:** La población es de 11.260 personas mayores de 65 años residentes de la ciudad fronteriza del norte del país, de la zona Noroeste, Norte, Sur: Centro Sur. **Muestra:** Personas mayores residentes de los barrios objeto de estudio, que concurren a las policlínicas de dichos barrios. Se han seleccionado los Centros de Salud que están ubicados en las zonas georreferenciadas, ubicados en los barrios objeto de estudio. Según datos obtenidos, a la policlínica de barrio Mandubí concurren 870 personas mayores, a la policlínica de Lagunón al igual que al Centro de Salud Federico Díaz concurren 1500 personas mayores, al Hospital Departamental de Rivera perteneciente a barrio Insausti concurren 2000 personas mayores.

Se realiza el cálculo de muestra mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_c^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z_c^2 \times p \times q}$$

Donde: •  $N$  = Total de la población

- $Z_{\alpha} = 1.96$  al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- $p$  = proporción esperada (en este caso  $5\% = 0.05$ )
- $q = 1 - p$  (en este caso  $1 - 0.05 = 0.95$ )

35

- $d$  = precisión (en su investigación use un 5%).

**Tipo de muestreo:** No probabilístico, por conveniencia. No probabilístico porque la elección no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con la investigación o de los investigadores.

Por conveniencia, porque crea muestras del entorno del investigador, de acuerdo a la facilidad de acceso y a la disponibilidad de las personas de formar parte de dicha muestra.

**Criterio de inclusión:** Personas de entre 65 y 95 años de edad, de ambos sexos, uruguayos que residen en los barrios Insausti, Lagunón, Rivera Chico y Mandubí en el periodo marzo - octubre del año 2021, y presenten disposición para responder un cuestionario de forma anónima.

**Criterio de exclusión:** Personas que no firmen el consentimiento informado, que presenten discapacidad intelectual, dificultades de comprensión o expresión, que le impidan responder el cuestionario de forma coherente.

El estudio se llevará a cabo en tres instancias. La primera para realizar la georreferenciación de las zonas Noroeste, Norte, Sur: Centro Sur de la ciudad de Rivera donde se concentra mayor población de personas mayores según Censo de INE (2011). Luego se aplicará un instrumento (encuesta) a la población objeto de estudio con el objetivo de recoger los datos esenciales para realizar la investigación.

36

### Operacionalización de variables

Tabla 3. Variables sociodemográficas

<b>Dimensión social</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Nivel de medición</b>
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha.	Tiempo en años informado por el encuestado.	65 - 70 71 - 76 77 - 82 Más de 83	Cuantitativa continua.
<b>Nivel de Instrucción</b>	Grado más elevado de estudio realizado por la persona.	Lo expresado por el encuestado como grado más elevado de estudio.	Primaria Secundaria Terciario Otros	Cualitativa Ordinal
<b>Estado Civil</b>	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esta.	Condición actual informada por el encuestado en cuanto a su situación civil.	Soltero Unión Estable Casado Divorciado Viudo	Cuantitativa Nominal
<b>Ingresos Económicos</b>	Ingresos monetarios que percibe el núcleo familiar fruto de su trabajo o de beneficios sociales.	Ingresos percibidos según la información brindada por el encuestado.	Diario Semanal Quincenal Mensual	Cuantitativa Continua
<b>Género</b>	Variable genética y biológica que divide los seres humanos en hombre y mujer.	Definición operacional: características biológicas determinadas que hacen posible reconocer como diferentes a hombre y mujeres.	Femenino Masculino Otros	Cualitativa Nominal

Tabla 4. Variables de estudio

	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Nivel de medición</b>
<b>Actividad laboral</b>	Actividades remuneradas, consideradas productivas en la órbita del mercado	Si las personas mayores encuestadas trabajan actualmente	Si No	Cualitativa Nominal Dicotómica
<b>Grupo socioeconómico</b>	Asignado a las personas según su ocupación laboral remunerada.	Si la persona mayor encuestada posee ocupación laboral remunerada	Independiente Jubilado Pensionista	Cualitativa Nominal
<b>Prevención de covid</b>	Preparación con la que se busca evitar un riesgo o acontecimiento desfavorable	Si el encuestado conoce las medidas de prevención de covid 19	Si No	Cualitativa Dicotómica
<b>Distancia de centro de Atención primaria</b>	Mide la relación de lejanía o proximidad de acontecimientos o cosas.	Si la persona mayor encuestada vive próximo al centro de Atención Primaria	Si No	Cualitativa Nominal Dicotómica
<b>Locomoción</b>	Traslado, movimiento, desplazamiento de un cuerpo de un lado a otro	Si la persona encuestada cuenta con medio de locomoción para trasladarse	Si No	Cualitativa Dicotómica
<b>Vivienda</b>	Edificación cuya función principal es ofrecer refugio y habitación a las personas	Si los encuestados viven solos	Si No	Cualitativa Nominal Dicotómica
<b>Relación con los vínculos sociales</b>	Conexión, trato, comunicación con otra persona	Grado en que las personas mayores perciben la relación con la comunidad	Si No	Cualitativa Nominal Dicotómica

## Procedimiento de Recolección de datos

Luego de obtener el consentimiento informado de la muestra, de acuerdo a los principios éticos que debe tener toda investigación, se procederá a recoger los datos esenciales para el desarrollo de la misma a través de la aplicación de la técnica de la encuesta y como instrumento un cuestionario.

## Instrumento de Medición

En una segunda etapa se aplicará el instrumento a una población con las mismas características de la población a estudiar.

La confiabilidad del instrumento es calculada por medio del  $\alpha$  de Cronbach, la cual indica si el instrumento que se está evaluando se trata de un instrumento fiable, realizando mediciones estables y consistentes. El  $\alpha$  de Cronbach mide la homogeneidad de las preguntas, donde se promedian la conveniencia entre todos los ítems para comprobar la similitud existente entre ellos, cuanto más próximo al 1 (extremo) se encuentre mayor fiabilidad representa.

Se calcula el coeficiente mediante la fórmula:

$$\alpha = \left( \frac{K}{K-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum V_i}{V_T} \right)$$

Donde:

k: el número de ítems

$\sum V_i$ : Sumatoria de varianzas de los ítems

$V_T$ : Varianza de la suma de los ítems

$\alpha$ : Coeficiente de Alfa de Cronbach

Para la obtención de los datos se realizó una prueba piloto (ver Anexo 2) a diez personas mayores distintas de la muestra, pero con las mismas características. Dicha prueba está compuesta de doce (12) ítems de selección múltiple con la codificación: Sí (1), No (2), No contesta (3).

### **Consideraciones éticas**

Considerando los principios éticos que debe tener toda investigación, los participantes firmarán el consentimiento informado (ver Anexo N°1), aceptando participar en el estudio de forma libre y voluntaria. Según el Decreto N° 158/019 los datos obtenidos fueron utilizados con total confidencialidad y preservando el anonimato de los participantes.

A través de la Comisión Nacional de Ética de Investigación (CNEI) el Ministerio de Salud Pública plantea que se lleve a cabo un registro de todas las propuestas de investigación que involucren a los seres humanos. Así se podrá contar con versiones electrónicas, para que la investigación se sistematice y se emplee para fines presupuestales, de planeación, divulgación, vinculación, informes, entre otros; permitiendo de esta forma el seguimiento de los proyectos registrados.

Este sistema permitirá la solicitud en línea de la evaluación/autorización por parte de la (CNEI) y/o División Evaluación Sanitaria de proyectos de investigación que lo requieran, de acuerdo a la normativa. Se excluyen de esta segunda etapa (pero no de la de registro) los proyectos que involucren células, tejidos y órganos humanos, que necesitan autorización del Instituto Nacional de Donación y Trasplante. A través del Portal del Estado Uruguayo, mediante los tramites en línea del MSP es donde se

40

llevará a cabo el registro de proyectos de investigación y/o la solicitud de evaluación/investigación.

### **Plan de análisis**

El plan de análisis de datos se llevará a cabo procesando los mismos con el paquete estadístico RStudio Análisis Estadístico, versión 2021.

. Luego se presentará un análisis donde se relacionarán las variables y los determinantes sociales, los resultados serán presentados mediante tablas y gráficas que expresan la frecuencia absoluta, frecuencia relativa y frecuencia relativa porcentual obtenida.

41

### Referencias Bibliográficas

- Abaunza Forero, C. I., Mendoza Molina, M. A., Bustos Benítez, P., Paredes Álvarez, G., EnriquezWilches, K. V., & Padilla Muñoz, A. C. (2014). Concepción del adulto mayor. <https://books.scielo.org/id/33k73/pdf/abaunza-9789587385328-07.pdf>
- Alcívar, M., & Revelo, B (2020). *Efectos de la pandemia COVID-19 en la calidad de vida de adultos mayores de la ciudad de Puyo*. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/15592>
- Berriel, F., & Guidotti, C. (2020). Lógica argumental de las políticas sobre envejecimiento y vejez en Uruguay: producción de sentido, tensiones y hegemonías. *Revista Latinoamericana de Población*, 15(28), 135–159. <http://revistarelap.com/index.php/relap/article/view/278>
- Brunet, N, Marquez, C. (2016) *Envejecimiento y personas mayores en Uruguay. Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay*. <https://www.ine.gub.uy/documents/10181/34017/Atlas+Fasciculo+7/>
- Carmona, Z., & Parra, D. (2015). Social determinants of health: analysis from the colombian context. *Salud Uninorte*, 31(3), 608–620. <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v31n3/v31n3a17.pdf>
- De La Guardia, M. & Ruvalcaba J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90 <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n1/2529-850X-jonnpr-5-01-81.pdf>
- De Rovira I. C, Muntaner, C. Gemma, C. Montse, C. (2012). Impacto del informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud cuatro años después. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(5): 794-802
- Durán, M. (2019). Determinantes sociales de salud. *Medicina Interna*, 35(2), 57–58

Enriquez, K. & Padilla, A. (2014). *Concepción del adulto mayor*.

<https://books.scielo.org/id/33k73/pdf/abaunza-9789587385328-07.pdf>

García, A. (2021). PandêmonNosêma.: Una revisión historiográfica de cómo las sociedades respondieron ante las epidemias a lo largo de la historia. *Historiografías*, 21, 6–39.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7992259>

42

Instituto Nacional de Estadística. (2011). *Censo de población del 2011*.

<https://www.ine.gub.uy/censos-2011>

Lagos, L.(2020). *Generalidades sobre Envejecimiento, Vejez y Personas Mayores*. Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Terapia Ocupacional. Centro de Investigación en Educación Superior CIES-USS. [file:///C:/Users/Samsung/Downloads/Generalidades 86%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/Samsung/Downloads/Generalidades%20(6).pdf)

MacLeod, S., Kraemer, S., Fellows, A., Albright, L., Ruiz, J., McGinn, M., Schaeffer, J., & Yeh, C. (2020). Defining the Personal Determinants of Health for Older Adults. *Innovation in Aging*, 4(Suppl 1), 924. <https://doi.org/10.1093/geroni/igaa057.3392>

Marinho, M. y Quiroz, V. (2018) *Estratificación social: una propuesta metodológica multidimensional para la subregión norte de América Latina y el Caribe*.

[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44328/1/S1801180\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44328/1/S1801180_es.pdf)

Marmot, M., & Allen, J. (2014). Social determinants of health equity. *American journal of public health*, 104Suppl, 517–519. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302200>

Mejía, L.(2013) *Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública*.

<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a03.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2016). *Programa Nacional del Adulto Mayor*.

[https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/programa nacional-del-adulto-mayor](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/programa-nacional-del-adulto-mayor)

Murthy, V, & Chen, A. (2020). *El coronavirus podría provocar una recesión social*. Atlantic monthly. [https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2020/03/america-faces-social recession/608548/](https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2020/03/america-faces-social-recession/608548/)

Organización Panamericana De La Salud .(2009)*La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009 - Uruguay*.

Organización Panamericana de la Salud (2012). *Declaración de ALMA-ATA*.

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Organización Panamericana de la Salud.(2017)*Salud en las Américas 2017*.

<https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-determinants-es.html>

Organización Panamericana de la Salud.(2021). *Determinantes sociales de la salud*.

[https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB148/B148\\_24-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_24-sp.pdf)

Organización Mundial de la Salud.(2020). *La OMS y el Banco Europeo de Inversiones intensifican sus esfuerzos para combatir la COVID-19 y mejorar la resiliencia de los sistemas de salud frente a futuras pandemias*. [https://www.who.int/es/news/item/01-](https://www.who.int/es/news/item/01-05-2020-who-and-european-investment-bank-strengthen-efforts-to-combat-covid-19-and-build-resilient-health-systems-to-face-future-pandemics)

43

[05-2020-who-and-european-investment-bank-strengthen-efforts-to-combat-covid-19-and-build-resilient-health-systems-to-face-future-pandemics](https://www.who.int/es/news/item/01-05-2020-who-and-european-investment-bank-strengthen-efforts-to-combat-covid-19-and-build-resilient-health-systems-to-face-future-pandemics)

Organización de las Naciones Unidas. (2020). *Los efectos de la COVID-19 en las personas de edad*. [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/old\\_persons\\_spanish.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/old_persons_spanish.pdf) Pascale, M y

Rodríguez, M. (2020.). Los hábitos y comportamientos durante el distanciamiento físico sostenido. Un estudio de proxemia para el diseño ergonómico de espacios de actividad. *Critica Contemporánea. Revista de Teoría Política*, Dossier, 40-82.

[https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/26212/1/CC\\_2020Dossier\\_Pascale\\_Rodriguez.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/26212/1/CC_2020Dossier_Pascale_Rodriguez.pdf)

Pinazo, S. (2020). Psychosocial impact of COVID-19 on older people: Problems and challenges. *Revista española de geriatría y gerontología*, 55(5), 249–252. Pino , L, &

Hernández González, J. (2008). *En torno al significado original del vocablo griego epidēmka y su identificación con el latino pestis*. *Dynamis*, 28, 199-215.

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-95362008000100009&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-95362008000100009&lng=es&tlng=es)

Rivero, J, Ledezma, J, Pacheco, I, del Refugio del, M., & Lopez L. (2020). La Salud de las Personas Adultas Mayores durante la Pandemia de COVID-19. *Journal of negative & no positive results*, 5(7), 726–739

<https://revistas.proeditio.com/jonnp/article/view/3772/HTML3772>

Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P. y Elbert, R. (2020) *El análisis de clases sociales: pensando la movilidad social, la residencia, los lazos sociales, la identidad y la agencia* Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Instituto de Investigaciones Gino Germani –

UBA. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20200729122828/El-Analisis-de-Clases-Sociales.pdf>

Sgaravatti, A, & Hernández, M. (2020). Envejecimiento en tiempos de Covid19. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 9(2), 82-84. <https://dx.doi.org/10.22235/ech.v9i2.2294> Terol M.,

López, S., Neipp, C., Rodríguez, J., Pastor, M. y Martín-Aragón, M. (2004) Apoyo social e instrumentos de evaluación: revisión y clasificación. *Anuario de Psicología*. 35(41)23-45.

<https://raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/61777/96257> Vega J, Ruvalcaba J,

DOI: 10.19230/jonnpr.3772

<https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/3772/HTML3772>

Villegas, B. (2017) *Determinantes sociales de la salud en la población adulta mayor del barrio San Nicolás de Coro*.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7467982>

## Anexos

### *A1. Consentimiento informado*

Octubre de 2021, Rivera.

Esta encuesta forma parte del proyecto titulado “**IMPACTO DE LA PANDEMIA (COVID-19) EN DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE PERSONAS MAYORES**” de los investigadores Br. Alvez, Debora, Br. Carneiro, Cristina, Br Gomez Paula, Br Mello, Sergio. Tutores Prof. Adj. Mg Marisa Machado, Lic. Esp. Natalia Giménez desarrollado por la Facultad de Enfermería, Universidad de la República.

El presente protocolo de investigación, pretende analizar los determinantes sociales de la salud de las personas mayores durante la pandemia ocasionada por Covid - 19 que residen en zona fronteriza del norte del país. El interés por este tema se manifestó luego de la aparición de la siguiente interrogante ¿cómo están viviendo las personas mayores esta emergencia sanitaria? Considerando que las personas mayores presentan mayor vulnerabilidad según la evolución del envejecimiento siendo éste factor de riesgo para dicha población; se plantea la interrogante de cómo los determinantes sociales de

salud se han visto afectados en esta pandemia.

El estudio se llevará a cabo en tres instancias. La primera para realizar la georreferenciación de las zonas Noroeste, Norte, Sur: Centro Sur de la ciudad de Rivera donde se concentra mayor población de personas mayores según Censo de INE (2011). Luego se aplicará un instrumento (encuesta) a la población objeto de estudio con el objetivo de recoger los datos esenciales para realizar la investigación

46

Las informaciones recogidas serán tratadas según criterios de confidencialidad conformes a la ética de la investigación y a la normativa correspondiente; definidos por el Decreto N°379/008 del 4 de agosto de 2008, y su Anexo modificado por el Decreto N°158/019, publicado el 12/06/2019, que lo integra ( [https://www.impo.com.uy/bases/decretos originales/158-2019](https://www.impo.com.uy/bases/decretos_originales/158-2019)). Los datos recabados serán usados sólo para esta investigación.

Su respuesta al cuestionario supone aceptación de estos términos. Puede renunciar a finalizar el cuestionario a todo momento, o solicitar que se retire su cuestionario completo si así lo decidiera luego de finalizar de completarlo, sin necesidad de dar explicaciones, y esto no le ocasionará perjuicio de ningún tipo.

Si tiene preguntas con los responsables del proyecto:

Alvez, Debora

Carneiro, Cristina

Gómez, Paula

Mello, Sergio

47

*A2. Instrumento de investigación*

Ciudad fronteriza del norte del país, República Oriental del Uruguay

Se agradece pueda responder a este cuestionario de forma anónima

Edad años	Género  F M Otros
Dirección: _____ Nro Apto	
<b>1) ¿Actualmente Trabaja? SI NO En caso de sí, ¿de qué? _____</b>	
<b>2) ¿Cuál es su forma de ingreso?</b>  Diario Semanal Quincenal Mensual	
<b>3) ¿A qué grupo socioeconómico perteneces?</b>  Independientes Jubilados Pensionistas	
<b>4) ¿Cuál es su nivel de instrucción alcanzado?</b>  Primaria incompleta Primaria completa  Secundaria incompleta Secundaria completa  Universidad incompleta Universidad completa	
<b>5) ¿En algún momento usted ha cursado la infección por SARCO V2</b>	

(COVID 19)? SI NO
-------------------

**6) ¿Conoce las medidas para prevenir el contagio de Covid?**

SI NO

**7) ¿El centro de atención primaria le queda cerca?**

SI NO

**8) ¿Cuenta con medios de locomoción para concurrir al centro de atención primaria? SI NO**

**9) ¿Vive solo? SI NO**

**10) ¿Dónde vive cuenta con servicios básicos (agua, luz, teléfono)?**

SI NO

**11) ¿Se comunica con familiares y amigos?**

SI NO

**12) ¿Cuenta con el apoyo de familiares y amigos?**

SI NO

**13) ¿Utiliza las redes sociales?**

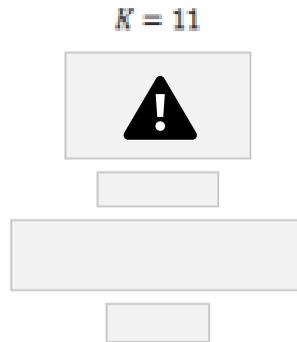
SI NO ¿Por qué? \_\_\_\_\_

49

**14) ¿Participa en organizaciones comunitarias?**

SI NO ¿Por qué? \_\_\_\_\_

$$\alpha = \left( \frac{K}{K-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum V_i}{V_r} \right)$$



*Cálculo de Confiabilidad del instrumento*

	P1	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	Suma de ítems
<b>Sujeto 1</b>	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	15
<b>Sujeto 2</b>	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	16
<b>Sujeto 3</b>	2	2	2	2	2	1	1	3	1	2	2	18
<b>Sujeto 4</b>	2	1	2	2	3	2	1	2	2	2	3	21
<b>Sujeto 5</b>	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
<b>Sujeto 6</b>	2	2	2	2	2	2	1	3	1	2	3	20
<b>Sujeto 7</b>	2	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	16
<b>Sujeto 8</b>	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	13
<b>Sujeto 9</b>	2	1	2	2	2	2	2	3	1	3	3	22
<b>Sujeto 10</b>	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	12
<b>Varianza</b>	0,09	0,21	0,25	0,21	0,4	0,25	0,1	0,8	0,1	0,4	0,5	<b>14,21</b>
	<b>3,16</b>											

Encuestas	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14
Sujeto 1	No	M	J	S/C	No	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	No	No

51

Sujeto 2	No	M	J	P/C	No	No	No	No	No	Si	Si	Si	Si	No
Sujeto 3	No	M	P	P/C	No	No	No	No	Si	Si	N/C	Si	No	No
Sujeto 4	No	M	J	S/I	Si	No	No	N/C	No	Si	No	No	No	N/C
Sujeto 5	Si	D	I	S/I	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Sujeto 6	No	M	J	P/C	No	No	No	No	No	Si	N/C	Si	No	N/C
Sujeto 7	No	M	P	P/C	Si	Si	No	No	Si	Si	No	Si	No	No
Sujeto 8	No	M	P	P/I	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	No
Sujeto 9	No	M	J	S/I	Si	No	No	No	No	No	N/C	Si	N/C	N/C
Sujeto 10	No	M	J	S/I	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si

*Observaciones.:*

P2 - Diario (D), Semanal (S), Quincenal (Q), Mensual (M).

P3 - Independientes sin empleados (I), Jubilados (J), Pensionistas (P).

P4 - Primaria incompleta (P/I), Primaria completa (P/C), Secundaria incompleta (S/I), Secundaria completa (S/C) Universitaria incompleta (U/I), Universitaria completa (U/C).



	Pedido al tribunal																				
	Defensa del protocolo																				

*A6. Solicitud de mesa para defensa*





*A8. Fe de erratas*

Se hace constar que en el presente documento “Impacto de la pandemia (Covid-19) en

determinantes sociales de la salud de las personas mayores” se ha advertido el siguiente error:

Página 35, Procedimiento de recolección de datos: el estudio se lleva a cabo en tres etapas; siendo la tercera una etapa donde se aplicará un instrumento (encuesta) a la población objeto de estudio con el objetivo de recoger los datos esenciales para realizar la investigación.

Se concurrirá a las policlínicas ubicadas en los barrios georreferenciados y se realizarán las encuestas. El lugar físico de la captación como de la intervención estará constituido a la salida de dichas personas mayores de las consultas.