

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
ESCUELA DE POSGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



TEMA DE INVESTIGACIÓN:

“FACTORES DETERMINANTES QUE IMPACTARON EN LA PANDEMIA COVID-19 EN LA POBLACIÓN UCSFE SESORI, SAN MIGUEL MARZO 2020 A MARZO 2021”

PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

PRESENTADO POR:
DR. DAVID SALOMÓN ARIAS HERNÁNDEZ

DOCENTE ASESOR:
MSP. DRA. RHINA ELIZABETH TURCIOS AYALA

JUNIO DE 2026
SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES

M.SC. JUAN ROSA QUINTANILLA
RECTOR

DRA. EVELYN BEATRIZ FARFÁN
VICERRECTORA ACADÉMICA

M.SC. ROGER ARIAS
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LIC. PEDRO ROSALÍO ESCOBAR CASTANEDA
SECRETARIO GENERAL

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

MSP. CARLOS IVÁN HERNÁNDEZ FRANCO
DECANO

DRA. NORMA AZUCENA FLORES RETANA
VICEDECANO

MSP. ROBERTO CARLOS HERNÁNDEZ MARROQUÍN
SECRETARIO

MTRO. BALMORE ALEXIS RODRÍGUEZ OCHOA
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE POSTGRADO FMO-UES

MSP. DRA. RHINA ELIZABETH TURCIOS AYALA
ASESORA DE TESIS

DEDICATORIA

A **Dios y a Su Ungido, NJG**, por concederme la fuerza, la sabiduría y la luz necesarias para avanzar en este camino académico. Su guía espiritual ha sido mi sustento en los momentos de dificultad y la fuente de inspiración que me permitió alcanzar esta meta.

A **mi familia**, especialmente a mi madre **María Luisa Hernández de Arias**, a mi padre **David Arias Pineda** y a mis hermanas **Hepsiba Arias Hernández** y **Sabdi Arias Hernández**, por su amor, esfuerzo y ejemplo. Desde mi niñez he visto su dedicación para brindarme lo mejor; hoy, este logro refleja su sacrificio y el legado de sus valores.

A **nuestra tutora de tesis, Msp. Dra. Rhina Elizabeth Turcios Ayala**, por su orientación, compromiso y confianza. Su guía académica fue fundamental para el desarrollo de esta investigación. Que el Eterno bendiga su labor y le conceda prosperidad en todos sus proyectos.

A **mi compañera de tesis, Lcda. Xiomara Azucena Flores Ramírez**, por su apoyo, constancia y entrega durante este proceso. Gracias por su compañerismo y dedicación, que hicieron posible alcanzar juntos este objetivo académico.

David Arias

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	14
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.1 Situación Problemática.....	16
1.2 Enunciado del Problema.....	17
1.3 Justificación.....	17
CAPITULO II. OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo General	19
2.2 Objetivos Específicos	19
CAPITULO III. MARCO REFERENCIAL	20
3.1 Marco Legal.	20
3.2 Marco Teórico	24
CAPITULO IV. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	30
CAPITULO V. DISEÑO METODOLÓGICO	33
5.1 Tipo de estudio y enfoque.....	33
5.2 Población y Muestra	34
5.2.1 Población	34
5.2.2 Muestra	34
5.2.3 Estrategia de muestreo y procedimiento de revisión	34
5.3 Criterios de selección de la muestra	35
5.3.1 Criterios de inclusión	35
5.3.2 Criterios de exclusión.....	35
5.4 Técnica, instrumento y fuentes de información.....	36
5.4.1 Técnica de recolección de información.....	36
5.4.2 Instrumento de recolección de información	36
5.4.3 Fuentes de información	36
5.5 Validación del instrumento	36
5.6 Procedimiento de recolección de datos.....	37
5.7 Procedimiento de tabulación	38
5.8 Plan de análisis de resultados	39
5.9 Consideraciones éticas	40
5.9.1 Riesgos y beneficios	41
CAPITULO VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS	42

6.1	Características sociodemográficas de la población	42
6.1.1	Distribución por edad.....	42
6.1.2	Distribución por edad y sexo.....	43
6.1.3	Distribución por sexo	45
6.1.4	Procedencia geográfica	46
6.1.5	Nivel educativo según procedencia	47
6.1.6	Nivel educativo general.....	48
6.1.7	Estado civil.....	50
6.1.8	Tipo de trabajo	51
6.1.9	Ocupaciones más frecuentes	52
6.1.10	Síntesis de las características sociodemográfico	54
6.2	Hábitos y estilos de vida de las personas	55
6.2.1	Consumo de alcohol (etilismo).....	55
6.2.2	Consumo de alcohol según sexo	56
6.2.3	Consumo de tabaco (tabaquismo)	57
6.2.4	Tabaquismo según sexo.....	58
6.2.5	Lavado de manos.....	59
6.2.6	Uso de mascarilla	60
6.2.7	Uso de mascarilla según sexo.....	61
6.2.8	Lavado de manos en quienes usan mascarilla, según sexo.....	62
6.2.9	Práctica de ejercicio físico	64
6.2.10	Síntesis de los hábitos y estilos de vida de la población en estudio.....	65
6.3	Prevalencia de enfermedades comórbidas y condiciones clínicas identificadas	65
6.3.1	Peso corporal de la población afectada	66
6.3.2	Peso corporal según edad.....	67
6.3.3	Clasificación del índice de masa corporal (IMC)	68
6.3.4	Hipertensión arterial	70
6.3.5	Hipertensión arterial según sexo	71
6.3.6	Hipertensión arterial según grupo de edad	72

6.3.7	Diabetes mellitus	73
6.3.8	Diabetes mellitus según sexo	74
6.3.9	Diabetes mellitus según grupo de edad	76
6.3.10	Enfermedad renal crónica (ERC)	77
6.3.11	Enfermedad renal crónica según sexo	79
6.3.12	Enfermedad renal crónica según grupo de edad	80
6.3.13	Síntesis de enfermedades comórbidas y condiciones clínicas de población	83
6.3.14	Evolución clínica del caso COVID-19	84
6.3.15	Clasificación del manejo clínico (ambulatorio u hospitalario)	85
6.3.16	Análisis general	86
CONCLUSIONES		88
RECOMENDACIONES		89
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES		91
FUENTES DE INFORMACION		92
ANEXOS		94
Anexo 1. Mapa de Ubicación de la Unidad de Salud de Sesorí, San Miguel		94
Anexo 2. Imágenes de la entrada de la Unidad de Sesorí, San Miguel		95
Anexo 3. Mortalidad general por morbilidad prevalente y por sexo		96
Anexo 4. Formulario para la notificación de enfermedades. VIGEPES 01		97
Anexo 5. Indicaciones del cuidado del paciente COVID-19		98
Anexo 6. Manejo prehospitalario de contacto COVID-19 primer nivel de atención ...		100
Anexo 7. Manejo clínico del paciente con COVID-19 primer nivel de atención		101
Anexo 8. Protocolo tratamiento con medicamentos en casa sospecha o confirmado ...		102
Anexo 9. Criterios de evaluación de síntomas de COVID-19		103
Anexo 10. Hoja de evaluación de Sistema de Alerta Temprana de signos COVID-19		106
Anexo 11. Ficha y constancia de aislamiento domiciliario		107
Anexo 12. Hoja de seguimiento domiciliario del estado de salud de contactos		108
Anexo 13. Instrumentos de recolección de datos		110

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución por grupos de edad en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	42
Tabla 2. Grupos de edad según sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	44
Tabla 3. Distribución del sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	45
Tabla 4. Procedencia (urbano/rural) de pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	46
Tabla 5. Nivel educativo según procedencia en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	47
Tabla 6. Nivel educativo de pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	49
Tabla 7. Estado civil de pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	50
Tabla 8. Consumo de alcohol (etismo) en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	55
Tabla 9. Etismo según sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	56
Tabla 10. Consumo de tabaco (tabaquismo) en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	57
Tabla 11. Tabaquismo según sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	58
Tabla 12. Frecuencia del lavado de manos en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	59
Tabla 13. Uso de mascarilla en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	60
Tabla 14. Uso de mascarilla según sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	61
Tabla 15. Lavado de manos entre quienes usan mascarilla, según sexo, en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	63
Tabla 16. Práctica de ejercicio físico en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	64

Tabla 17. Distribución del peso corporal (kg) en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	66
Tabla 18. Peso corporal según grupo de edad en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	67
Tabla 19. Clasificación del índice de masa corporal (IMC) en pacientes COVID-19 atendidos en Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	69
Tabla 20. Presencia de hipertensión arterial en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	70
Tabla 21. Hipertensión arterial según sexo en pacientes COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	71
Tabla 22. Hipertensión arterial según grupo de edad en pacientes COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	72
Tabla 23. Presencia de diabetes mellitus en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	74
Tabla 24. Diabetes mellitus según sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	75
Tabla 25. Diabetes mellitus según grupo de edad en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021....	76
Tabla 26. Presencia de enfermedad renal crónica en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021....	78
Tabla 27. Enfermedad renal crónica según sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021....	79
Tabla 28. Enfermedad renal crónica según grupo de edad en pacientes COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	80
Tabla 29. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020.....	81
Tabla 30. Enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021.	82
Tabla 31. Evolución clínica de los pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	84
Tabla 32. Clasificación del manejo clínico en pacientes COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	85

INDICE DE GRAFICAS

Grafica 1. Distribución por grupos de edad en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	43
Grafica 2. Grupos de edad según sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	44
Grafica 3. Distribución del sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	45
Grafica 4. Procedencia (urbano/rural) de pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	46
Grafica 5. Nivel educativo según procedencia en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	48
Grafica 6. Nivel educativo de pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	49
Grafica 7. Estado civil de pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	50
Grafica 8. Consumo de alcohol (etilismo) en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	55
Grafica 9. Etilismo según sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	56
Grafica 10. Consumo de tabaco (tabaquismo) en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	57
Grafica 11. Tabaquismo según sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	59
Grafica 12. Frecuencia del lavado de manos en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	60
Grafica 13. Uso de mascarilla en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	61
Grafica 14. Uso de mascarilla según sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	62
Grafica 15. Lavado de manos entre quienes usan mascarilla, según sexo, en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	63
Grafica 16. Práctica de ejercicio físico en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	64

Grafica 17. Distribución del peso corporal (kg) en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021....	66
Grafica 18. Peso corporal según grupo de edad en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021....	68
Grafica 19. Clasificación del índice de masa corporal (IMC) en pacientes COVID-19 atendidos en Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	69
Grafica 20. Presencia de hipertensión arterial en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	70
Grafica 21. Hipertensión arterial según sexo en pacientes COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	71
Grafica 22. Hipertensión arterial según grupo de edad en pacientes COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	73
Grafica 23. Presencia de diabetes mellitus en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	74
Grafica 24. Diabetes mellitus según sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	75
Grafica 25. Diabetes mellitus según grupo de edad en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	77
Grafica 26. Presencia de enfermedad renal crónica en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	78
Grafica 27. Enfermedad renal crónica según sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	79
Grafica 28. Enfermedad renal crónica según grupo de edad en pacientes COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	81
Grafica 29. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020	82
Grafica 30. Enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021.	83
Grafica 31. Evolución clínica de los pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	85
Grafica 32. Clasificación del manejo clínico en pacientes COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021	85

RESUMEN

En el presente estudio se identificaron los factores determinantes de la salud entre ellos sociales, conductuales y clínicos de la población afectada por COVID-19 en el municipio de Sitori, San Miguel, El Salvador, durante el periodo marzo 2020–2021. A través de un diseño descriptivo transversal y revisión de 95 expedientes clínicos, se identificaron patrones de vulnerabilidad asociados al nivel educativo, ocupación informal, hábitos de salud y presencia de enfermedades crónicas.

La población estuvo integrada por mujeres y hombres con predominio de sexo femenino (56.8 %) la mayoría de la población investigada procedían del área urbana del municipio (54.7 %), poseían un nivel educativo básico y las ocupaciones más frecuentes correspondía a oficios domésticos, actividades del comercio informal y actividades agrícolas. Mas del 70 % no practicaba ejercicio físico, el 60 % no mantenía lavado de manos constante y el 58 % no usaba mascarilla de forma adecuada. Se identifico una elevada prevalencia de enfermedades no transmisibles el 41 % tenía hipertensión arterial, el 25.3 % diabetes mellitus y el 15.8 % enfermedad renal crónica. Todos los casos fueron manejados de forma ambulatoria, sin hospitalizaciones ni fallecimientos.

Los resultados permiten comprender la relevancia del perfil sociodemográfico, hábitos de salud, estilos de vida y su estado clínico que fueron los factores predominantes en pacientes con caso sospecho por COVID-19 lo cual resalta el fortalecimiento de atención y educación en salud para la prevención de enfermedades y la educación sanitaria

Palabras Clave: COVID-19. Determinantes de la salud.

ABSTRACT

This study identified the determinants of health, including social, behavioral, and clinical factors, in the population affected by COVID-19 in the municipality of Sesorí, San Miguel, El Salvador, during the period March 2020–2021. Through a cross-sectional descriptive design and review of 95 clinical records, vulnerability patterns associated with educational level, informal occupation, health habits, and the presence of chronic diseases were identified.

The study population consisted of women and men, with a predominance of women (56.8%). The majority of the participants (54.7%) resided in the urban area of the municipality, had a basic level of education, and their most frequent occupations were domestic work, informal commerce, and agriculture. More than 70% did not engage in physical exercise, 60% did not maintain frequent handwashing, and 58% did not wear masks properly. A high prevalence of non-communicable diseases was identified: 41% had hypertension, 25.3% had diabetes mellitus, and 15.8% had chronic kidney disease. All cases were managed on an outpatient basis, with no hospitalizations or deaths.

The results allow us to understand the relevance of sociodemographic profile, health habits, lifestyles, and clinical status, which were the predominant factors in patients with suspected cases of COVID-19. This highlights the need to strengthen healthcare and health education for disease prevention and health education.

Keywords: COVID-19. Determinants of health.

INTRODUCCIÓN

La pandemia por la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), causada por el virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo 2 (SARS-CoV-2), representó uno de los mayores desafíos sanitarios del siglo XXI, tanto por su magnitud epidemiológica como por su impacto multisectorial. El brote, identificado inicialmente en Wuhan, China, en diciembre de 2019, se propagó rápidamente a escala global, ocasionando millones de contagios y fallecimientos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la emergencia de salud pública de importancia internacional el 30 de enero de 2020 y, posteriormente, la pandemia global el 11 de marzo del mismo año (Organización Mundial de la Salud, 2020).

En El Salvador, el primer caso confirmado fue notificado el 18 de marzo de 2020, activando una respuesta institucional sin precedentes por parte del Ministerio de Salud (MINSAL). Esta respuesta incluyó medidas de vigilancia epidemiológica, aislamiento domiciliar, reorganización de la red de servicios, implementación de estrategias de telemedicina y seguimiento clínico de casos sospechosos y confirmados (Ministerio de Salud, 2020a). Tales acciones reforzaron el rol del primer nivel de atención como pilar estratégico en la contención comunitaria del virus.

El municipio de Sese, ubicado en el departamento de San Miguel, se posicionó como una de las zonas con mayor demanda de consultas respiratorias durante el periodo 2020–2021. La Unidad de Salud de Sese enfrentó importantes limitaciones operativas ante el incremento de la demanda, la escasez de personal y las restricciones de movilidad impuestas durante la emergencia. Estas condiciones evidenciaron la influencia de los determinantes sociales, económicos, ambientales y clínicos sobre la exposición, la vulnerabilidad y la capacidad de recuperación de las personas afectadas por COVID-19.

Desde la perspectiva de la salud pública, el análisis de los determinantes de la salud permite comprender cómo las condiciones de vida, los comportamientos individuales, el entorno sociocultural y la organización de los servicios de salud inciden directamente en los desenlaces clínicos y epidemiológicos (Solar, O., & Irwin, A., 2010). En este contexto, la presente investigación se centró en identificar los factores determinantes de la salud de tipo sociodemográfico, conductual y clínico que impactaron en la población afectada por COVID-19 en el municipio de Sesorí, con el objetivo de generar evidencia útil para orientar estrategias locales de prevención, promoción y gestión del riesgo sanitario.

El estudio se desarrolló con enfoque cuantitativo, diseño descriptivo y corte transversal, analizando datos clínicos y epidemiológicos de 95 pacientes atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí entre marzo de 2020 y marzo de 2021. Los hallazgos aportan información clave para fortalecer la atención primaria y sustentar políticas de salud pública orientadas a la equidad territorial. La población fue mayoritariamente mujeres (56.8 %) de 30–69 años, con bajo nivel educativo (58.9 %) y elevada participación en ocupaciones informales (54.7 %). La baja escolaridad se reflejó en un uso reducido de mascarilla (42.1 %) y lavado de manos deficiente (40 %). Entre los hábitos de riesgo destacaron alcohol (55.8 %), tabaquismo (40 %), inactividad física (73.7 %) y baja adherencia a medidas preventivas. El peso promedio fue 74.5 kg, concentrándose en 70–79 kg (27.4 %) y 80–89 kg (23.2 %), mientras los rangos extremos (<60 kg y >100 kg) sumaron 28.5 %. Las enfermedades crónicas más frecuentes fueron hipertensión (41.1 %), diabetes (25.3 %) y enfermedad renal crónica (15.8 %), mientras que 17.8 % no presentaron enfermedad crónica.

En conjunto, estos resultados evidencian que la población atendida enfrenta **determinantes de la salud y riesgos importantes**, relacionados con hábitos de vida, bajo nivel educativo y alta prevalencia de enfermedades crónicas, lo que **subraya la necesidad de estrategias integrales de prevención y promoción de la salud**, adaptadas a las características sociodemográficas y a la realidad del primer nivel de atención.

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación Problemática

La pandemia por COVID-19 representó una crisis sanitaria global sin precedentes que puso a prueba la resiliencia de los sistemas de salud, la capacidad de respuesta de los gobiernos y la organización de las comunidades. El Salvador confirmó su primer caso el 18 de marzo de 2020, iniciando una fase de contención caracterizada por medidas de aislamiento, cierre de fronteras y reorganización del sistema nacional de salud. En este escenario, los servicios de atención primaria desempeñaron un papel esencial en la vigilancia, seguimiento y atención de los casos sospechosos y confirmados (Ministerio de Salud, 2021b).

El municipio de Seseor, en el departamento de San Miguel, registró una afectación significativa durante los primeros meses de la pandemia. Según datos de la Unidad de Salud de Seseor, entre marzo de 2020 y marzo de 2021 se identificaron 95 casos sospechosos de COVID-19, de los cuales 17 se notificaron en 2020 y 78 en 2021. El 100 % de los casos fue manejado de forma ambulatoria sin defunciones asociadas, aunque se reportaron complicaciones derivadas de comorbilidades preexistentes como hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad, las cuales aumentaron el riesgo de evolución desfavorable.

La vigilancia local evidenció que el perfil de los pacientes afectados correspondió mayoritariamente a adulto (61), personas económicamente activas, con un predominio del sexo femenino (37) y con antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles. Asimismo, se observaron factores comportamentales que contribuyeron a la exposición al virus, el uso poco frecuente de mascarilla y el lavado manos.

Estos hallazgos reflejaron que la distribución de la enfermedad no fue homogénea, sino determinada por condiciones socioeconómicas, educativas y laborales, que influyeron en la capacidad de las personas para adoptar medidas preventivas y acceder oportunamente a la atención médica.

Tales condiciones son consistentes con la evidencia internacional que vincula los determinantes sociales de la salud con la incidencia y gravedad del COVID-19 (Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F., 2020b); (Organización Panamericana de la Salud, 2022). La comprensión de estos determinantes permitió identificar brechas estructurales en la atención primaria, particularmente en los mecanismos de promoción de la salud, educación comunitaria y vigilancia epidemiológica activa. Por ello, resultó prioritario analizar los factores determinantes de la salud que caracterizaron a la población afectada por COVID-19 en Sessori, con el fin de generar información científica que orientara políticas y acciones de salud pública basadas en evidencia.

1.2 Enunciado del Problema

¿Cuáles fueron los factores determinantes de la salud que impactaron en la población afectada por COVID-19 que consultó a la Unidad de Salud de Sessori, San Miguel, durante el período comprendido entre marzo de 2020 y marzo de 2021?

1.3 Justificación

El estudio se justificó por la necesidad de comprender los factores de la salud que condicionaron la vulnerabilidad sanitaria de la población de Sessori frente a la pandemia. A diferencia de las investigaciones centradas en la vigilancia epidemiológica o el manejo clínico del COVID-19, este trabajo abordó la problemática desde la perspectiva de los **determinantes de la salud**, integrando dimensiones biológicas, conductuales, sociales y del entorno que influyeron en la aparición y evolución de la enfermedad.

Los resultados obtenidos aportaron evidencia empírica sobre los patrones locales de riesgo y comportamiento en salud, permitiendo identificar grupos poblacionales con mayor susceptibilidad al contagio y a las complicaciones asociadas. Estos hallazgos contribuyeron al diseño de estrategias preventivas adaptadas al área geográfica de investigación, tales como campañas educativas focalizadas e intervenciones comunitarias oportunas y efectivas.

En el ámbito académico, la investigación documenta la experiencia del primer nivel de atención durante un periodo crítico, contribuyendo al conocimiento sobre los determinantes sociodemográficos y clínicos en los diferentes entornos. Además, el estudio constituye un referente metodológico replicable para investigaciones similares en otros territorios, reforzando la importancia del enfoque de determinantes de la salud para comprender las desigualdades en la afectación de la pandemia, tal como plantea el marco conceptual de Solar e Irwin (Solar, O., & Irwin, A., 2010).

Este trabajo aporta evidencia y así permite fortalecer y realizar retroalimentación al Personal de Unidad de Salud sobre los protocolos sanitarios y sus estrategias a nivel local pertenecientes a la Unidad de Salud de Sesorí para mejorar la planificación de recursos, priorizar estrategia de intervención en promoción, educación y prevención en salud, para fortalecer entornos saludables.

CAPITULO II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Conocer los factores determinantes de la salud que impactaron en la población afectada por COVID-19 que consultó a la Unidad de Salud de Sesorí, San Miguel, ¿durante el período comprendido entre marzo de 2020 y marzo de 2021.

2.2 Objetivos Específicos

- i. Describir las características sociodemográficas de la población afectada por COVID-19 atendida en la Unidad de Salud de Sesorí.
- ii. Identificar los hábitos y estilos de vida que practicaban los pacientes afectados por COVID-19 en el período de estudio.
- iii. Determinar la prevalencia de enfermedades comórbidas registradas entre los casos sospechosos y confirmados de COVID-19.

CAPITULO III. MARCO REFERENCIAL

3.1 Marco Legal.

La investigación se desarrolló en el marco de la emergencia sanitaria causada por el virus SARS-CoV-2, entre marzo de 2020 y marzo de 2021. Durante ese período, el Estado salvadoreño **emitió** disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias y técnicas que **orientaron** la vigilancia epidemiológica, el aislamiento domiciliario y el seguimiento clínico de casos. Dichas normas **garantizaron** la protección del derecho a la salud y **definieron** las competencias institucionales del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

El presente marco **sintetiza** las normas vigentes aplicables, priorizando aquellas que **regularon** directamente las acciones del primer nivel de atención, particularmente en la **Unidad de Salud de Sesorí**, San Miguel.

La **Constitución de la República de El Salvador establece** la base jurídica del derecho a la salud y la responsabilidad del Estado en su promoción, protección y restitución. El artículo 65 **declara** que la salud es un bien público; el 66 **dispone** la obligación estatal de garantizar la salud física y mental de la población; y los artículos 67 a 70 **organizan** el sistema sanitario, **establecen** la coordinación entre instituciones públicas y privadas y **autorizan** el control sanitario de productos, servicios y condiciones ambientales (Constitución de la República de El Salvador, 1983).

Estos preceptos **sirvieron** de fundamento para las medidas adoptadas durante la pandemia, al **legitimar** la rectoría del Ministerio de Salud (MINSAL) y la prioridad de la atención primaria en salud integral como estrategia de respuesta.

El **Código de Salud otorga** al MINSAL la autoridad rectora del sistema y **faculta** la adopción de medidas extraordinarias ante epidemias. El artículo 2 **reconoce** la salud como derecho fundamental; el 4 **asigna** al MINSAL la vigilancia epidemiológica, la prevención de enfermedades y la ejecución de programas de control; y el 95 **autoriza** la emisión de disposiciones urgentes en casos de epidemias, además de **obligar** la notificación de enfermedades sujetas a vigilancia (Código de Salud, 1988).

Estas normas **sirvieron** de base para la **implementación** del sistema de vigilancia **VIGEPES 01**, el **manejo clínico-epidemiológico** de casos sospechosos y confirmados, y la adopción de **aislamiento domiciliario** en las Unidades de Salud del país.

Decretos legislativos y ejecutivos de emergencia (2020). Ante la rápida propagación del SARS-CoV-2, la Asamblea Legislativa **aprobó** el **Decreto Legislativo n.º 593** (14 de marzo de 2020), mediante el cual **se declaró** estado de emergencia nacional, calamidad pública y desastre natural (Declaratoria de emergencia nacional por COVID-19, 2020). Este decreto **facultó** al Órgano Ejecutivo, por medio del MINSAL, a emitir normas obligatorias para la contención del contagio y la atención sanitaria.

En su desarrollo, el **Decreto Ejecutivo n.º 12** (21 de marzo de 2020) **estableció** la cuarentena domiciliar obligatoria y **reguló** las funciones de las Unidades de Salud en el seguimiento de casos leves, la vigilancia comunitaria y la referencia de casos graves. Ambos instrumentos **tuvieron** vigencia directa durante el período analizado y **determinaron** los procedimientos operativos que **se aplicaron** en Sesori: telemonitoreo, registro diario de síntomas y activación del Sistema de Emergencias Médicas (SEM-132).

Lineamientos técnicos nacionales (2020–2021). Durante la pandemia, el MINSAL **emitió** múltiples documentos técnicos de aplicación obligatoria. Los más relevantes para este estudio fueron:

1. **Lineamientos técnicos para el manejo y seguimiento de casos COVID-19 en El Salvador** (Ministerio de Salud, Enero 2021b). **Definieron** flujos de diagnóstico, criterios de aislamiento, registro en VIGEPES 01, medidas de bioseguridad y protocolos de referencia y contrarreferencia.
2. **Guía para el seguimiento de casos sospechosos y confirmados mediante telemedicina** (Ministerio de Salud, Mayo 2020a). **Reguló** la telesalud y el uso del SEM-132 para indicación de aislamiento por 14 días y monitoreo de síntomas.
3. **Lineamientos para la vigilancia epidemiológica y notificación de casos COVID-19** (Ministerio de Salud, 2020). **Estandarizaron** la notificación obligatoria, la investigación de contactos y la integración de bases de datos nacionales.

Estos lineamientos **tuvieron** carácter normativo y **fueron aplicados** por las Unidades de Salud como instrumentos operativos del Programa Nacional de Vigilancia de COVID-19. La Unidad de Salud de Sesori **empleó** estos protocolos para la detección de casos, la evaluación clínica y el seguimiento telefónico de pacientes.

El **Reglamento Sanitario Internacional** (Organización Mundial de la Salud, s. f.), ratificado por El Salvador mediante Decreto Legislativo n.º 453 (2007), **establece** obligaciones para detectar, evaluar, notificar y responder a eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional. Durante 2020, el RSI **proporcionó** el marco de cooperación entre la OMS y los Estados Miembros para la notificación oportuna de casos y la implementación de medidas fronterizas y comunitarias armonizadas.

En El Salvador, el MINSAL **actuó** como autoridad nacional del RSI, coordinando la transmisión de información epidemiológica a la OPS/OMS y garantizando la compatibilidad entre la normativa nacional y los estándares internacionales.

Aplicación local y responsabilidad institucional. En el nivel operativo, la **Unidad de Salud de Sesori aplicó** las disposiciones anteriores bajo supervisión del **SIBASI San Miguel**. El personal sanitario **utilizó** formularios oficiales (VIGEPES 01, Ficha de Aislamiento Domiciliar y Hoja de Seguimiento COVID-19) para la notificación de casos sospechosos y confirmados.

El proceso **incluyó** registro digital, seguimiento telefónico y evaluación clínica según los lineamientos nacionales. Estas acciones **se enmarcaron** en la rectoría del MINSAL, la coordinación interinstitucional y los principios de la Atención Primaria en Salud Integral.

Síntesis normativa. El andamiaje legal vigente entre 2020 y 2021 **proporcionó** la base para la respuesta nacional ante COVID-19:

- La **Constitución consagró** el derecho a la salud como bien público.
- El **Código de Salud otorgó** al MINSAL la competencia rectora y las facultades extraordinarias.
- Los **decretos de emergencia activaron** la implementación de medidas coercitivas y protocolos operativos.
- Los **lineamientos técnicos definieron** la ejecución local de vigilancia y seguimiento.
- El **RSI 2005 vinculó** al país con el sistema internacional de alerta y respuesta.

Este marco **aseguró** legitimidad, uniformidad y seguridad jurídica a las acciones desarrolladas por el personal de salud y **respaldó** la recolección de información utilizada en la presente investigación.

3.2 Marco Teórico

El presente estudio **se fundamentó** en el **enfoque de los factores determinantes de la salud**, el cual **explica** que el estado de salud de las personas **depende** no solo de factores biológicos o genéticos, sino también de las condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales que las rodean (Solar, O., & Irwin, A., 2020). Este modelo **distingue** determinantes **estructurales**, como la estructura social, política y económica de un país, y determinantes **intermedios**, como las condiciones materiales de vida, las conductas, los estilos de vida y los factores biológicos individuales.

Ambos niveles **interactúan** dinámicamente y **producen** desigualdades en salud que se traducen en diferencias evitables y socialmente injustas entre grupos poblacionales.

La **Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud** de la OMS **definió** estas desigualdades como resultado de mecanismos de estratificación social que **afectan** el acceso a la educación, el empleo, la vivienda, los servicios básicos y los recursos sanitarios. En consecuencia, los determinantes sociales **se convierten** en los principales predictores del bienestar poblacional. Durante la pandemia de COVID-19, estos factores **explicaron** las variaciones en la exposición al virus, la susceptibilidad al contagio y la capacidad de recuperación entre grupos sociales (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

El **modelo de Dahlgren y Whitehead complementa** este enfoque al representar los determinantes en capas concéntricas que **van** desde las características individuales (edad, sexo, factores hereditarios) hasta los contextos más amplios de las condiciones de vida y de trabajo (Dahlgren, G., & Whitehead, M., 1991). Este modelo **permitió** categorizar en esta investigación los factores determinantes de la salud en tres niveles:

1. **Individuales:** edad, sexo y comorbilidades.
2. **Conductuales:** hábitos higiénicos, actividad física, consumo de alcohol y tabaco.
3. **Contextuales:** escolaridad, ocupación y acceso a servicios de salud.

En esta tesis, los factores determinantes de la salud se **definieron** como aquellos factores que **aumentaron** la probabilidad de exposición o complicación frente al SARS-CoV-2, y que **fueron identificados** a partir de los registros clínicos y epidemiológicos de la población atendida en la Unidad de Salud de Sesori durante 2020–2021.

Determinantes biológicos y sociodemográficos. Diversos estudios internacionales **demonstraron** que la edad, el sexo y la presencia de comorbilidades **constituyen** determinantes críticos de la gravedad de la COVID-19 (Jordan, R. E., Adab, P., & Cheng, K. K., 2020); (Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., ... & Cao, B., 2020). Las personas adultas mayores **presentan** mayor riesgo de hospitalización y mortalidad debido a la disminución progresiva de la función inmunológica y a la coexistencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica u obesidad (Guan, W. J., Ni, Z. Y., Hu, Y., Liang, W. H., Ou, C. Q., He, J. X., ... & Zhong, N. S., 2020).

En contraste, los adultos jóvenes fueron los principales transmisores del virus, en parte por su mayor movilidad laboral y social. En esta investigación **se observó** una concentración de casos en población adulta en edad productiva, lo cual **coincidió** con la evidencia regional sobre exposición ocupacional y patrones de contagio (Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F., 2020a). Asimismo, el **sexo femenino predominó** en los casos notificados en Sesori, situación que **reflejó** el papel de las mujeres como cuidadoras principales y su mayor contacto con servicios sanitarios (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

El nivel educativo y la ocupación **influyeron** en la comprensión y cumplimiento de las medidas preventivas. Las personas con menor escolaridad o empleos informales **enfrentaron** mayores dificultades para mantener el aislamiento y el uso constante de mascarilla, lo cual **incrementó** su vulnerabilidad (Patel, J. A., Nielsen, F. B. H., Badiani, A. A., Assi, S., Unadkat, V. A., Patel, B., & Wardle, H., 2020).

Determinantes conductuales y estilos de vida. Los **hábitos y comportamientos de salud constituyen** determinantes intermedios de alta relevancia. La OMS **subrayó** que la higiene de manos, el uso correcto de mascarilla y el distanciamiento físico **redujeron** de manera significativa la transmisión comunitaria del SARS-CoV-2 (Organización Mundial de la Salud, 2021). En cambio, conductas como el **tabaquismo**, el consumo excesivo de alcohol y la **inactividad física debilitan** la función inmunológica y **aumentan** la probabilidad de complicaciones respiratorias graves.

En el contexto local, la población de Sesori **mostró** variaciones en la adherencia a estas medidas, influida por la percepción de riesgo, las prácticas socioculturales. Estos hallazgos **coincidieron** con la evidencia latinoamericana que **destaca** la necesidad de fortalecer la **educación sanitaria comunitaria** y la comunicación de riesgo como estrategias sostenibles para la contención de pandemias (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

La **actividad física regular** y la **alimentación saludable representan** factores protectores frente a formas graves de COVID-19, al contribuir a la regulación metabólica y al fortalecimiento inmunitario (Zhu, L., She, Z. G., Cheng, X., Qin, J. J., Zhang, X. J., Cai, J., ... & Li, H., 2020). En la población estudiada, una proporción considerable **carecía** de estos hábitos, lo cual **aumentó** la prevalencia de comorbilidades metabólicas y **reforzó** la relación entre estilos de vida y vulnerabilidad.

Determinantes clínicos y comorbilidades. Las **enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)** **se consolidaron** como los principales factores predisponentes y determinantes que impactaron la salud complicándola hasta provocar la muerte por COVID-19. Estudios clínicos en China y Europa **reportaron** que la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2, la enfermedad cardiovascular y la obesidad **incrementan** entre dos y cinco veces el riesgo de hospitalización y mortalidad (Guan, W. J., Ni, Z. Y., Hu, Y., Liang, W. H., Ou, C. Q., He, J. X., ... & Zhong, N. S., 2020): (Zhu, L., She, Z. G., Cheng, X., Qin, J. J., Zhang, X. J., Cai, J., ... & Li, H., 2020).

En la población atendida en la Unidad de Salud de Sesorí **se identificó** una prevalencia significativa de hipertensión y diabetes, en concordancia con los registros nacionales del MINSAL. Estas condiciones **afectaron** la capacidad de respuesta inmunológica y **prolongaron** el tiempo de recuperación. Por lo tanto, el control de las ECNT **se reafirma** como prioridad programática dentro de la atención primaria para reducir la letalidad y los efectos a largo plazo de pandemias.

Determinantes contextuales y del sistema de salud. El **acceso a servicios médicos**, la **disponibilidad de personal** y la **capacidad de seguimiento comunitario influyen** directamente en la evolución de una emergencia sanitaria. La literatura científica **demostró** que los sistemas de salud con fuerte enfoque de atención primaria y redes locales activas **lograron** una respuesta más rápida, con menor saturación hospitalaria y menor mortalidad (Starfield, B., 2020); (JKringos, D. S., Boerma, W. G., Hutchinson, A., van der Zee, J., & Groenewegen, P. P., 2021).

En El Salvador, el **Modelo de Atención Primaria en Salud Integral (APS-I)** se constituyó como pilar de la respuesta nacional. Este modelo **promueve** la equidad, la universalidad y la participación social (Ministerio de Salud, 2018). Durante 2020–2021, la APS-I **permitió** el despliegue de vigilancia comunitaria, la atención de casos leves en domicilio y la implementación de la estrategia de **teleseguimiento**, lo cual **evitó** el colapso hospitalario.

Sin embargo, las brechas de infraestructura, conectividad y disponibilidad de recursos humanos **dificultaron** la continuidad de la atención en áreas rurales. En Sesorí, la cobertura telefónica irregular y el acceso limitado a tecnologías **restringieron** el cumplimiento del teleseguimiento. Aun así, la coordinación entre el SIBASI San Miguel y el personal comunitario **garantizó** un flujo constante de información y **permitió** la identificación temprana de signos de alarma.

Desigualdades sociales y enfoque sindémico. La pandemia de COVID-19 **evidenció** que las enfermedades infecciosas y las condiciones sociales adversas **interactúan** en una dinámica **sindémica**.

El término, propuesto por Bambra, **describe** cómo las inequidades estructurales, las enfermedades crónicas y la pobreza **se refuerzan** mutuamente, generando una carga desproporcionada de enfermedad y muerte (Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F., 2020a). Este enfoque **amplía** la comprensión de la vulnerabilidad más allá del riesgo biológico, integrando dimensiones como la desigualdad de género, el trabajo precario, la inseguridad alimentaria y la exclusión social.

En América Latina, la OPS **destacó** que las desigualdades preexistentes **amplificaron** los efectos de la pandemia, especialmente entre adultos mayores, mujeres en situación de vulnerabilidad y personas con enfermedades crónicas (Organización Panamericana de la Salud, 2021). En el contexto salvadoreño, estos factores **se manifestaron** en diferencias entre zonas urbanas y rurales, con mayor afectación en territorios de menor acceso a servicios y mayor densidad de vivienda.

Antecedentes empíricos y evidencia regional. Los estudios latinoamericanos **aportaron** evidencia sólida sobre la relación entre los determinantes sociales y los resultados en salud durante la pandemia. En México, Carrillo-Vega **demostraron** que la edad avanzada, la obesidad y la diabetes **aumentaron** el riesgo de hospitalización (Carrillo-Vega, M. F., Salinas-Escudero, G., García-Peña, C., Gutiérrez-Robledo, L. M., & Parra-Rodríguez, L., 2020).

En Brasil, Baqui **documentaron** diferencias raciales y socioeconómicas en la mortalidad hospitalaria (Baqui, P., Bica, I., Marra, V., Ercole, A., & van der Schaar, M., 2020). En Colombia, Cifuentes, Rodríguez y Guzmán **señalaron** que las zonas rurales con baja cobertura sanitaria **tuvieron** menor detección de casos, pero mayor letalidad (Cifuentes, M. P., Rodríguez, E., & Guzmán, L., 2021).

En El Salvador, el MINSAL (2021) **informó** que los casos confirmados **se concentraron** en departamentos con alta densidad poblacional, movilidad laboral y prevalencia de ECNT. Mientras que los municipios rurales **presentaron** menor incidencia notificada pero mayor proporción de casos graves. La presente investigación **contribuyó** al análisis local al describir los factores determinantes de salud en el municipio de sesori, evidenciando cómo la estructura social y sanitaria **condicionó** los patrones de contagio.

Modelo conceptual aplicado. Con base en los enfoques de la OMS, Solar e Irwin (2021) y Dahlgren y Whitehead (1991), **se adoptó** un modelo integrado que **organizó** los determinantes en tres categorías analíticas (Solar, O., & Irwin, A., 2010); (Dahlgren, G., & Whitehead, M., 1991): (i) **Sociodemográficos:** edad, sexo, nivel educativo y ocupación; (ii) **Conductuales:** higiene de manos, uso de mascarilla, actividad física y consumo de alcohol y tabaco; y (iii) **Clínicos:** presencia de comorbilidades (hipertensión, diabetes, obesidad, entre otras).

Este modelo **sirvió** de marco para la **operacionalización de variables** y **orientó** la interpretación causal en los análisis de resultados. Asimismo, **permitió** visualizar la interacción entre los factores determinantes de la salud que **explican** la vulnerabilidad diferencial observada en Sesori durante la pandemia.

El conjunto de teorías y evidencias revisadas **demuestra** que la salud **es** el resultado de la interacción entre biología, comportamiento y contexto social. En el marco del COVID-19, los determinantes predisponentes **condicionaron** tanto la exposición al virus como la severidad de la enfermedad. El análisis de estos factores **permitió** comprender las diferencias territoriales y **sustentó** la necesidad de políticas locales centradas en la equidad.

CAPITULO IV. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

En esta investigación, la operacionalización se fundamentó en el enfoque de los factores determinantes de la salud específicamente : Sociodemográficos, conductuales y clínicos de la salud, siguiendo los lineamientos de la OMS, (Solar, O., & Irwin, A., 2010) y el modelo de Dahlgren y Whitehead (Dahlgren, G., & Whitehead, M., 1991).

Dado el carácter **descriptivo, transversal y retrospectivo** del estudio, las variables se definieron exclusivamente con base en la información registrada en **expedientes clínicos** asegurando validez documental, trazabilidad y ausencia de subjetividad o inferencias no verificables.

Las variables se organizaron en tres dimensiones analíticas coherentes con los objetivos específicos:

1. **Variables sociodemográficas**, orientadas a describir el perfil básico de la población atendida.
2. **Variables conductuales registradas**, relacionadas con hábitos de salud y medidas de prevención documentadas en los registros institucionales.
3. **Variables clínicas**, correspondientes a condiciones biomédicas y comorbilidades relevantes para la evolución del COVID-19.

Cada variable cuenta con definición conceptual, definición operacional, indicador y fuente primaria, asegurando la correspondencia técnica necesaria para la medición y el análisis.

Cuadro 1. *Matriz de operacionalización de variables*

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Fuente de información
Describir las características sociodemográficas de la población afectada por COVID-19 en la Unidad de Salud de Sesori.	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de consulta médica.	Edad registrada en años cumplidos en la ficha epidemiológica.	Media y distribución por grupos etarios.	Expediente clínico
	Sexo	Condición biológica de ser masculino o femenino.	Registro consignado por el profesional de salud.	Proporción por sexo.	Expediente clínico
	Procedencia	Lugar de residencia habitual del paciente.	Clasificación según zona urbana o rural declarada.	Porcentaje por zona.	Expediente clínico
	Estado civil	Situación legal o de convivencia del paciente.	Estado consignado en la entrevista clínica.	Proporción por categoría civil.	Expediente clínico.
	Ocupación	Actividad laboral o económica que desempeña la persona.	Ocupación registrada por el entrevistador.	Distribución por tipo de ocupación.	Expediente clínico
	Tipo de trabajo	Naturaleza del vínculo laboral (formal o informal).	Clasificación según descripción laboral.	Proporción por tipo de empleo.	Expediente clínico
	Nivel educativo	Grado de instrucción formal alcanzado.	Nivel declarado por el paciente.	Porcentaje por nivel educativo.	Expediente clínico
Identificar los hábitos y estilos de vida que practicaban los pacientes afectados por COVID-19 en el periodo de estudio.	Etilismo	Consumo habitual o social de bebidas alcohólicas.	Declaración afirmativa sobre consumo de alcohol.	Sí:- No:-	Expediente clínico.
	Tabaquismo	Consumo habitual de cigarrillos u otros productos de tabaco.	Paciente declara consumo actual o pasado.	Sí:- No:-	Expediente clínico.
	Lavado de manos	Práctica higiénica preventiva para reducir la transmisión viral.	Frecuencia de lavado diario según declaración.	Sí:- No:-	Expediente clínico.
	Uso de mascarilla	Utilización de mascarilla quirúrgica o KN95 como medida preventiva.	Reporte de uso correcto y constante.	Sí:- No:-	Expediente clínico.

FACTORES DETERMINANTES QUE IMPACTARON EN LA PANDEMIA COVID-19

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Fuente de información
	Ejercicio físico	Actividad física regular para mantener la salud.	Declaración de práctica de ejercicio semanal.	Sí:- No:-	Expediente clínico.
Determinar la prevalencia de enfermedades comórbidas registrados entre los casos sospechosos y confirmados de COVID-19.	Peso corporal	Masa corporal del individuo medida en kilogramos.	Peso registrado en la consulta médica.	Kilogramos:- Edad:-	Expediente clínico.
	Clasificación del Índice de Masa Corporal	Acumulación anormal de grasa que afecta la salud.	Diagnóstico médico con $IMC \geq 30$.	Normal:- Delgadez:- Sobrepeso:- Obesidad grado 1:- Obesidad grado 2:-	Expediente clínico.
	Hipertensión arterial	Elevación sostenida de la presión arterial $\geq 140/90$ mmHg.	Diagnóstico previo o medición actual.	Sí:- No:-	Expediente clínico.
	Diabetes mellitus	Trastorno metabólico caracterizado por hiperglucemia persistente.	Diagnóstico médico registrado en expediente.	Sí:- No:-	Expediente clínico.
	Enfermedad renal crónica	Disminución progresiva e irreversible de la función renal.	Diagnóstico confirmado o antecedente clínico documentado.	Sí:- No:-	Expediente clínico.
	Evolución del caso COVID-19	Resultado clínico tras el seguimiento médico.	Condición registrada al cierre del seguimiento.	Manejo Ambulatorio:- Sospecha de COVID-19:-	Expediente clínico.

Fuente: Expediente clínico.

CAPITULO V. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudio y enfoque

La investigación correspondió a un **estudio descriptivo, transversal y retrospectivo**, con **enfoque cuantitativo**.

- **Enfoque descriptivo:** Permitió caracterizar de manera sistemática las variables incluidas en el estudio, sin intervención ni manipulación de las condiciones observadas.
- **Enfoque transversal (secuencia de estudio):** Las variables se analizaron mediante un corte temporal, con recolección de información en un único período comprendido entre marzo de 2020 y marzo de 2021, sin seguimiento posterior de los casos.
- **Carácter retrospectivo:** El tiempo de ocurrencia se fundamentó en el uso de registros clínicos preexistentes, lo que permitió reconstruir la información sin alterar los procesos de atención.
- **Enfoque cuantitativo:** Facilitó la medición objetiva de las variables, el análisis estadístico de los datos y la presentación de los resultados en frecuencias y porcentajes, en correspondencia con los objetivos específicos de la investigación.

5.2 Población y Muestra

5.2.1 Población

La población de estudio estuvo constituida por **95 pacientes** con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19, atendidos en la **Unidad de Salud de Sesorí**, municipio de Sesorí, departamento de San Miguel, durante el período comprendido entre **marzo de 2020 y marzo de 2021**.

5.2.2 Muestra

De acuerdo con los registros de los expedientes clínicos, se identificaron **95 usuarios** que consultaron en la Unidad de Salud de Sesorí durante el período de estudio. Dado que el número de casos fue accesible y manejable, se optó por un **muestreo censal**, incorporando la totalidad de los registros que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión establecidos en el protocolo de investigación. Esta estrategia permitió el análisis del **universo completo de pacientes atendidos**, sin aplicación de fórmulas de estimación muestral, contribuyendo a la **validez interna** del estudio.

5.2.3 Estrategia de muestreo y procedimiento de revisión

Tipo de muestreo: No probabilístico, de tipo censal. La muestra incluyó **el 100 % de los casos sospechosos y confirmados de COVID-19** que consultaron en la Unidad de Salud de Sesorí durante el período de marzo de 2020 a marzo de 2021, correspondientes a la población del área geográfica de influencia del establecimiento de salud. La selección de los casos se realizó mediante la **revisión sistemática de los expedientes clínicos**, considerando únicamente aquellos registros que cumplían con los criterios definidos en el protocolo.

5.3 Criterios de selección de la muestra

Los criterios de selección se **establecieron con el propósito de asegurar la pertinencia y la calidad de la información analizada**, garantizando que los casos incluidos **representaran de manera fiel la población atendida** por la Unidad de Salud de Sesorí durante el período de estudio. La aplicación rigurosa de estos criterios **permitió controlar sesgos de selección y fortalecer la validez interna** del estudio.

5.3.1 Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio los registros de usuarios que cumplieron simultáneamente con las siguientes condiciones:

- Haber sido atendidos por **sospecha o confirmación clínica o epidemiológica** de infección por COVID-19 (SARS-CoV-2).
- Haber consultado en la **Unidad de Salud de Sesorí** durante el período comprendido entre **marzo de 2020 y marzo de 2021**.
- Pertenecer o residir dentro del **área geográfica de influencia** de la Unidad de Salud de Sesorí, bajo la jurisdicción del **Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) San Miguel**.

5.3.2 Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio los registros correspondientes a:

- Casos procedentes de **fuera del área de responsabilidad** de la Unidad de Salud de Sesorí, de acuerdo con la jurisdicción del SIBASI San Miguel.

5.4 Técnica, instrumento y fuentes de información

5.4.1 Técnica de recolección de información

Guía de revisión documental: Instrumento diseñado específicamente para el estudio, compuesto por **18 ítems**, utilizado para la revisión de los **95 expedientes clínicos** incluidos en la muestra

5.4.2 Instrumento de recolección de información

Revisión documental: Aplicada a los expedientes clínicos disponibles en la Unidad de Salud de Sesorí, con el propósito de obtener información sociodemográfica, clínica y epidemiológica relevante para el estudio.

5.4.3 Fuentes de información

Fuente primaria: La información se obtuvo directamente de los **expedientes clínicos** correspondientes a los pacientes atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí durante el período de estudio.

5.5 Validación del instrumento

Para **verificar la validez y confiabilidad del instrumento de recolección de datos**, se **realizó una prueba piloto** en la **Unidad de Salud de San Sebastián**, ubicada en el mismo municipio de Sesorí, departamento de San Miguel. La prueba piloto **se aplicó a 10 expedientes clínicos** con características similares a los sujetos de estudio, pero que **no formaron parte de la muestra principal**, con el propósito de **evaluar la claridad, pertinencia y coherencia** de las preguntas contenidas en el cuestionario (véase Anexo 13).

Una vez completada la aplicación piloto, se **efectuó una revisión detallada de la redacción de los ítems, la consistencia de las respuestas obtenidas**. Los resultados de esta verificación **permitieron realizar ajustes menores en el lenguaje y formato del instrumento**, garantizando su comprensibilidad, aplicabilidad y alineación con los objetivos específicos del estudio.

5.6 Procedimiento de recolección de datos

El proceso de recolección de información **se desarrolló mediante revisión documental controlada** de los expedientes clínicos resguardados en el archivo de la Unidad de Salud de Sesorí, el cual fue realizado por el investigador, se **identificaron los números de expediente correspondientes a los 95 pacientes** incluidos en el estudio. Para **evitar interferencias con la atención médica y preservar el orden del Departamento de Estadísticas y Documentos Médicos (ESDOMED)**, los expedientes se **solicitaron y revisaron en bloques de cinco**, aplicando un procedimiento de registro y devolución inmediata tras la extracción de los datos pertinentes en el instrumento recolección de información.

El proceso de revisión **se completó en un período aproximado de 20 días calendario**, con control diario del avance y registro de expedientes verificados. De esta forma, la muestra **representó de manera exhaustiva a la población atendida durante el período pandémico** y los datos obtenidos **mantuvieron validez documental, consistencia interna y trazabilidad técnica** para su posterior análisis estadístico y epidemiológico.

La recolección de datos **se realizó conforme al cronograma establecido en el protocolo de investigación**, utilizando un enfoque sistemático que garantizó la validez y confiabilidad de la información.

5.7 Procedimiento de tabulación

Una vez finalizada la recolección de datos, se **procedió a la tabulación de la información**, con el propósito de **garantizar su consistencia y preparar los datos para su análisis estadístico**.

Cada variable fue **codificada de manera numérica** y organizada según la matriz diseñada en Microsoft Excel 2019, lo que facilitó la sistematización y posterior procesamiento. Las variables cuantitativas (edad, peso corporal, signos vitales) se **agrupaban por intervalos**, mientras que las variables cualitativas (sexo, ocupación, comorbilidades, hábitos de prevención) se **expresaron en frecuencias absolutas y relativas**.

El proceso incluyó la **construcción de tablas de distribución de frecuencias** y la generación de resúmenes descriptivos que permitieron identificar la magnitud y estructura de cada variable. Esta etapa aseguró **uniformidad en la organización de los datos, trazabilidad metodológica y coherencia con los objetivos de la investigación**, constituyendo la base técnica del análisis de resultados.

El procedimiento se desarrolló de la siguiente manera:

- **Revisión de los datos** obtenidos a partir de los expedientes clínicos.
- **Ordenamiento de los datos y hallazgos** según cada objetivo específico y el instrumento aplicado.
- **Elaboración de una base de datos en tablas de Excel**, diseñadas con fórmulas para la tabulación y sistematización de la información.
- **Tabulación de los datos en tablas de simple entrada**, describiendo la frecuencia absoluta y el porcentaje correspondiente a cada variable analizada.

5.8 Plan de análisis de resultados

El resultado de información obtenido posterior a la recolección de datos se presenta en tablas de simple entrada, posterior se realizó el proceso de análisis e interpretación de la información recolectada como producto del estudio

Los resultados fueron **presentados en tablas y gráficos** de barras, de columnas, lo que permitió **visualizar las frecuencias de la información**

El análisis se estructuró conforme a los tres ejes del estudio:

1. **Describir la caracterización sociodemográfica:** distribución por edad, sexo, procedencia, nivel educativo, ocupación y tipo de trabajo, estado civil.
2. **Identificar los hábitos y estilos de vida:** prevalencia de etilismo, tabaquismo, lavado de manos, uso de mascarilla y práctica de actividad física.
3. **Determinar las condiciones clínicas prevalentes:** frecuencia de comorbilidades (hipertensión, diabetes, obesidad, enfermedad renal crónica) y evolución de los casos.

Posteriormente, los hallazgos se **interpretaron en función del marco teórico y de la evidencia científica nacional e internacional**, contrastándolos con los factores determinantes de la salud, sociales y clínicos descritos por la OMS y la OPS.

5.9 Consideraciones éticas

El presente estudio se basó en la **revisión de expedientes clínico y registros institucionales** de la Unidad de Salud de Sesori, no se estableció contacto directo con los pacientes ni se realizaron intervenciones, entrevistas o procedimientos experimentales. Por esta razón, la investigación se clasificó como un **estudio sin riesgo directo para los participantes**, conforme a los principios del **Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas** (CIOM, OMS, 2016) y la **Declaración de Helsinki** (Asociación Médica Mundial, 2013).

Durante el proceso de análisis documental **no se incluyeron nombres, apellidos, direcciones ni otros identificadores personales**. El nombre de cada paciente fue utilizado únicamente como variable de control temporal y posteriormente eliminado de la base de datos. De esta forma, se garantizó la **anonimización total, la confidencialidad y la protección de la información sanitaria**.

El acceso a los documentos fue restringido exclusivamente al investigador responsable, quien se comprometió al **uso ético, académico y confidencial de los datos**. Todos los expedientes fueron devueltos a su archivo clínico original tras la revisión, asegurando su adecuado resguardo institucional.

El estudio se desarrolló en apego a los **principios de respeto, beneficencia, no maleficencia y justicia**, consagrados en los instrumentos internacionales de ética en investigación y en la normativa nacional, particularmente el **Código de Salud** (Código de Salud, 1988). En consecuencia, la investigación respetó plenamente los derechos, la dignidad y la privacidad de las personas cuyos datos fueron utilizados, garantizando un manejo ético, seguro y responsable de la información sanitaria.

5.9.1 Riesgos y beneficios

La investigación **no generó riesgos físicos, psicológicos ni sociales**, ya que **no hubo interacción con los pacientes** ni modificación de su atención. El riesgo potencial de exposición de datos fue controlado mediante **anonimización, resguardo institucional y confidencialidad estricta**.

Los resultados **aportan beneficios académicos y de salud pública**, al **fortalecer la comprensión de los determinantes sociodemográficos, conductuales y clínicos** asociados a la COVID-19, y al **mejorar la gestión de información epidemiológica** en el primer nivel de atención. El estudio, por tanto, **contribuye al conocimiento científico y al fortalecimiento de la respuesta sanitaria local sin afectar los derechos ni la privacidad de las personas**.

CAPITULO VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS

6.1 Características sociodemográficas de la población

El análisis de los resultados obtenidos de los expedientes clínico de los 95 pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, durante el período marzo 2020-2021 permitió caracterizar el perfil sociodemográfico e identificar los hábitos y estilos de vida prevalentes y sus condiciones clínicas de la población estudiada

6.1.1 Distribución por edad

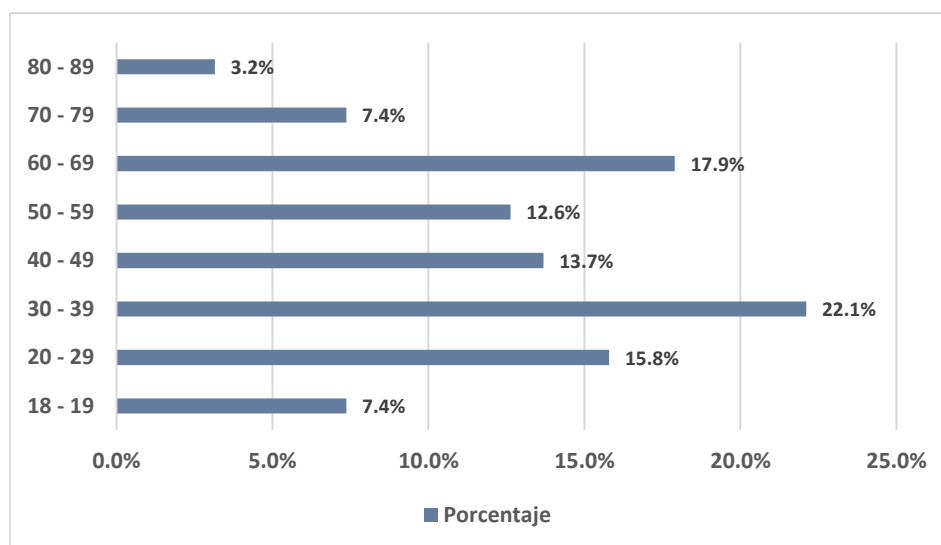
La distribución etaria de los casos analizados mostró predominio de personas adultas en edad productiva. El grupo de 30 a 39 años concentró la mayor proporción (22.1 %), seguido de los grupos de 60 a 69 años (17.9 %) y 20 a 29 años (15.8 %). En conjunto, estos tres grupos representaron más de la mitad de los registros (55.8 %). Los grupos de 40 a 49 años (13.7 %) y 50 a 59 años (12.6 %) también mostraron participación relevante, mientras que los extremos de edad —18 a 19 años (7.4 %) y 80 a 89 años (3.2 %)— tuvieron menor frecuencia.

Tabla 1. *Distribución por grupos de edad en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
18 - 19	7	7.4%
20 - 29	15	15.8%
30 - 39	21	22.1%
40 - 49	13	13.7%
50 - 59	12	12.6%
60 - 69	17	17.9%
70 - 79	7	7.4%
80 - 89	3	3.2%
Total	95	100.0%

Fuente: Expediente clínicos

Grafica 1. *Distribución por grupos de edad en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*



Fuente: *Expediente clínicos*

Esta distribución es consistente con la tendencia observada durante el período pandémico, en el cual las personas adultas constituyeron el grupo con mayor número de consultas por COVID-19 en el primer nivel de atención. Los casos en edades avanzadas fueron proporcionalmente menores, lo cual corresponde al comportamiento registrado en los expedientes clínicos y no necesariamente implica diferencias en incidencia poblacional.

6.1.2 Distribución por edad y sexo

El análisis por edad y sexo de los 95 pacientes atendidos por sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19 mostró un predominio del sexo femenino (56.8 %) sobre el masculino (43.2 %). Esta distribución se mantuvo en la mayoría de los grupos etarios, especialmente entre los 30 y 59 años, donde la proporción de mujeres fue mayor en relación con los hombres.

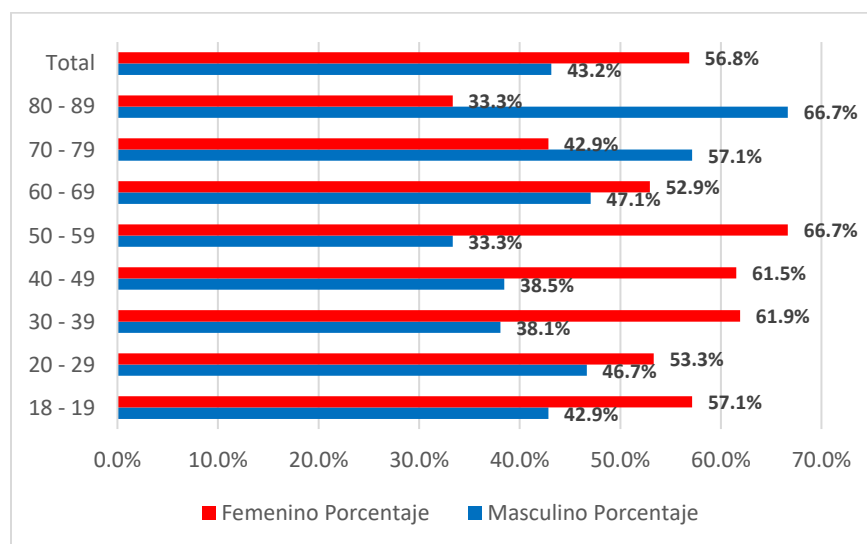
En el grupo de 30–39 años, las mujeres representaron el 61.9 % de los casos, seguido de los grupos de 40–49 y 50–59 años, que también mostraron una mayor proporción femenina. En contraste, los hombres tuvieron una frecuencia ligeramente mayor en los grupos de 70–79 y 80–89 años.

Tabla 2. Grupos de edad según sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021

Grupo de edad	Masculino		Femenino		Total	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
18 - 19	3	42.9%	4	57.1%	7	7.36%
20 - 29	7	46.7%	8	53.3%	15	15.8%
30 - 39	8	38.1%	13	61.9%	21	22.1%
40 - 49	5	38.5%	8	61.5%	13	13.7%
50 - 59	4	33.3%	8	66.7%	12	12.63%
60 - 69	8	47.1%	9	52.9%	17	17.9%
70 - 79	4	57.1%	3	42.9%	7	7.36%
80 - 89	2	66.7%	1	33.3%	3	3.15%
Total	41	43.2%	54	56.8%	95	100.0%

Fuente: Expediente clínicos

Grafica 2. Grupos de edad según sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021



Fuente: Expediente clínicos

La distribución observada indica que, durante el periodo estudiado, la mayor parte de los casos atendidos correspondió a mujeres en edades entre 30 y 59 años, mientras que los hombres tuvieron mayor representación en los grupos de edad avanzada. Estas variaciones constituyen un patrón descriptivo derivado de los registros clínicos analizados y deben interpretarse en función de las características documentadas en los expedientes.

6.1.3 Distribución por sexo

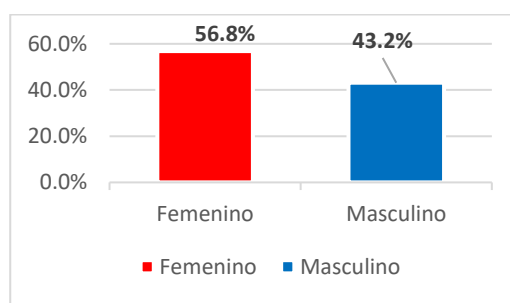
La variable sexo mostró un predominio de mujeres entre los casos atendidos por sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19 en la Unidad de Salud de Sesorí. Del total de 95 expedientes revisados, el 56.8 % correspondió al sexo femenino (n=54) y el 43.2 % al sexo masculino (n=41). Esta distribución representa la estructura observada en los registros clínicos disponibles durante el período comprendido entre marzo de 2020 y marzo de 2021.

Tabla 3. *Distribución del sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	54	56.8%
Masculino	41	43.2%
Total	95	100.0%

Fuente: Expediente clínicos

Grafica 3. *Distribución del sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*



Fuente: Expediente clínicos

La distribución por sexo observada en los expedientes refleja un predominio femenino en la población atendida durante el período de estudio. Este patrón forma parte de la descripción sociodemográfica del grupo analizado y constituye un elemento relevante para la caracterización general de los casos revisados.

6.1.4 Procedencia geográfica

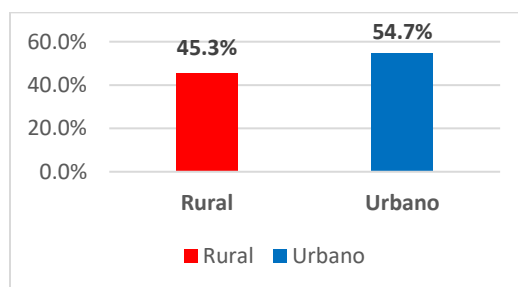
La procedencia geográfica de los 95 pacientes atendidos por sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19 mostró una distribución cercana a la equivalencia entre el área urbana y la rural del municipio de Sese. Del total, el 54.7 % (n=52) residía en el área urbana y el 45.3 % (n=43) en el área rural. Esta distribución corresponde a los datos consignados en los expedientes clínicos y refleja la procedencia de la población atendida durante el periodo marzo 2020–marzo 2021.

Tabla 4. *Procedencia (urbano/rural) de pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sese, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	43	45.3%
Urbano	52	54.7%
Total	95	100.0%

Fuente: Expediente clínicos

Grafica 4. *Procedencia (urbano/rural) de pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sese, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*



Fuente: Expediente clínicos

La distribución urbano–rural observada corresponde a los datos registrados en los expedientes clínicos del período de estudio. Esta información permite caracterizar la procedencia de la población atendida y constituye un elemento relevante para el análisis sociodemográfico del grupo evaluado.

6.1.5 Nivel educativo según procedencia

El nivel educativo registrado en los 95 expedientes clínicos analizados mostró predominio de educación básica entre los pacientes atendidos por sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19 en la Unidad de Salud de Sesorí. Del total, el 58.9 % tenía educación básica, el 23.2 % educación media, el 14.7 % era analfabeta y el 3.2 % había alcanzado educación superior.

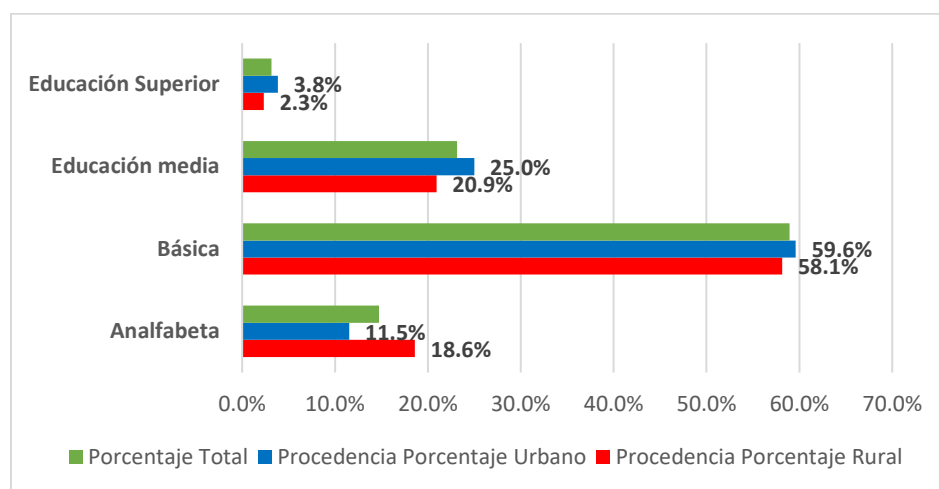
Al analizar el nivel educativo según procedencia geográfica, se observó una distribución similar entre áreas urbanas y rurales. En ambas zonas predominó la educación básica, con pequeñas variaciones en los niveles de analfabetismo, educación media y educación superior.

Tabla 5. *Nivel educativo según procedencia en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*

Nivel educativo	Procedencia				Total	Porcentaje
	Rural	Porcentaje	Urbano	Porcentaje		
Analfabeta	8	18.6%	6	11.5%	14	14.7%
Básica	25	58.1%	31	59.6%	56	58.9%
Educación media	9	20.9%	13	25.0%	22	23.2%
Educación Superior	1	2.3%	2	3.8%	3	3.2%
Total	43	100.0%	52	100.0%	95	100.0%

Fuente: *Expediente clínicos*

Grafica 5. Nivel educativo según procedencia en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021



Fuente: Expediente clínicos

La distribución del nivel educativo según procedencia urbana y rural mostró valores proporcionales entre ambas áreas, con predominio de educación básica en el total de la población atendida. El nivel de analfabetismo y la proporción de estudios medios y superiores presentaron variaciones menores entre zonas, sin diferencias marcadas. Estos datos reflejan únicamente la escolaridad documentada en los expedientes clínicos y contribuyen a la caracterización sociodemográfica de los casos analizados.

6.1.6 Nivel educativo general

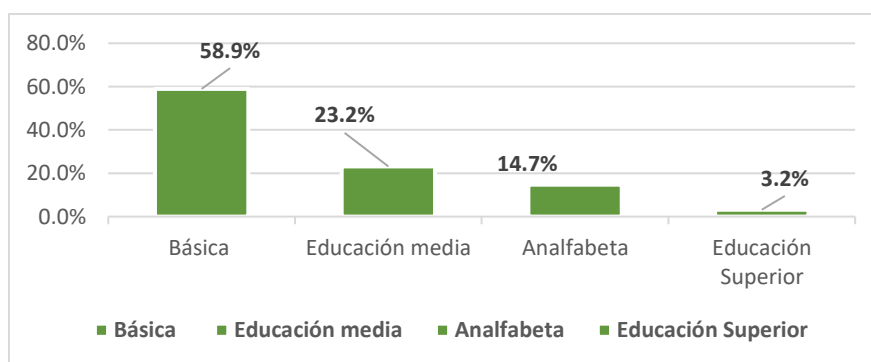
El nivel educativo registrado en los expedientes clínicos de los 95 pacientes atendidos por sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19 en la Unidad de Salud de Sesori mostró predominio de educación básica. Del total, el 58.9 % tenía estudios de educación básica, el 23.2 % educación media, el 14.7 % se identificó como analfabeta y el 3.2 % manifestó contar con educación superior. Estas proporciones corresponden a la información consignada en los documentos institucionales revisados.

Tabla 6. Nivel educativo de pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Básica	56	58.9%
Educación media	22	23.2%
Analfabeta	14	14.7%
Educación Superior	3	3.2%
Total	95	100.0%

Fuente: Expediente clínicos

Grafica 6. Nivel educativo de pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021



Fuente: Expediente clínicos

La distribución observada evidencia que la mayoría de los pacientes atendidos contaba con educación básica, seguida de educación media, mientras que los niveles de educación superior y la proporción de personas analfabetas fueron menores. Esta información forma parte del perfil sociodemográfico documentado en los expedientes clínicos y permite describir la escolaridad de la población incluida en el estudio.

6.1.7 Estado civil

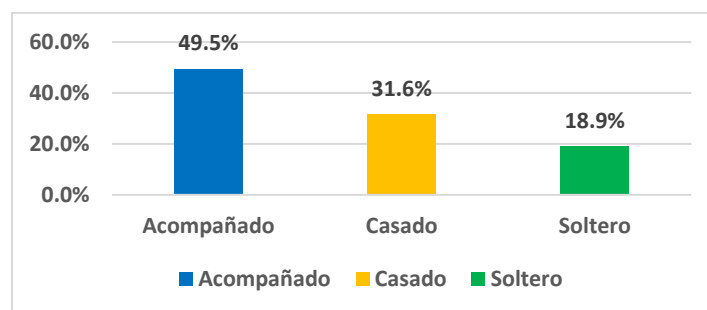
El análisis del estado civil registrado en los expedientes clínicos de los 95 pacientes atendidos por sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19 en la Unidad de Salud de Seseori mostró que el 49.5 % se encontraba en condición de “acompañado” (n=47), el 31.6 % era “casado” (n=30) y el 18.9 % se identificó como “soltero” (n=18). Estas categorías corresponden a la información consignada en los registros institucionales y conforman la estructura declarada de convivencia de la población evaluada.

Tabla 7. Estado civil de pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Seseori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Acompañado	47	49.5%
Casado	30	31.6%
Soltero	18	18.9%
Total	95	100.0%

Fuente: Expediente Clínicos

Grafica 7. Estado civil de pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Seseori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021



Fuente: Expediente clínicos

La distribución por estado civil muestra un mayor porcentaje de pacientes en condición de acompañados o casados, seguido del grupo que reportó estar soltero. Estos datos reflejan la estructura convivencial registrada en los expedientes clínicos durante el período de estudio y forman parte del perfil sociodemográfico de la población atendida.

6.1.8 Tipo de trabajo

La información registrada en los expedientes clínicos permitió identificar la ocupación declarada por los 95 pacientes atendidos por sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19 en la Unidad de Salud de Sesori.

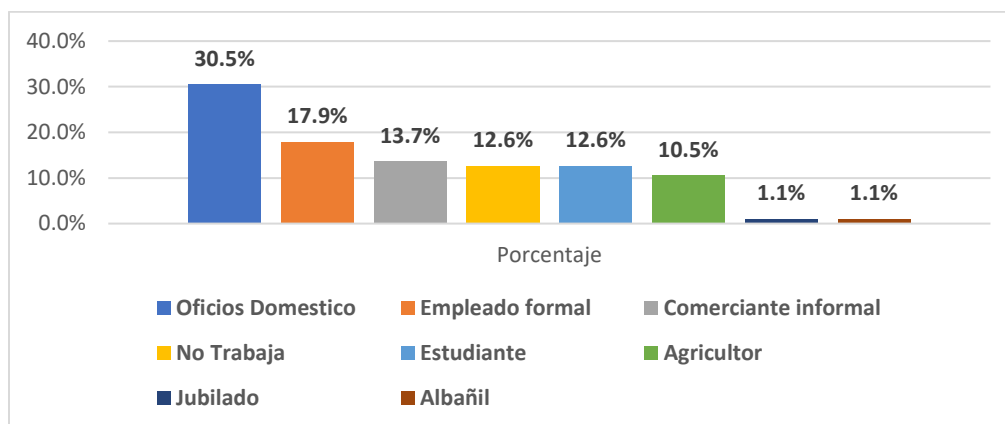
El grupo más frecuente correspondió a personas dedicadas a oficios domésticos (30.5 %), seguido de empleados formales (17.9 %), comerciantes informales (13.7 %) y agricultores (10.5 %). Asimismo, se registraron estudiantes (12.6 %) y personas sin trabajo al momento de la atención (12.6 %). Otros tipos de ocupación mostraron baja frecuencia, como jubilados y albañiles (1.1 % cada uno).

Tabla 8. *Tipos de trabajo de pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*

Tipo de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Oficios Domestico	29	30.5%
Empleado formal	17	17.9%
Comerciante informal	13	13.7%
No Trabaja	12	12.6%
Estudiante	12	12.6%
Agricultor	10	10.5%
Jubilado	1	1.1%
Albañil	1	1.1%
Total	95	100.0%

Fuente: *Expediente clínicos*

Grafica 8. *Tipos de trabajo de pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*



Fuente: *Expediente clínicos*

La distribución de ocupaciones muestra predominio de personas dedicadas a oficios domésticos y actividades económicas diversas, así como presencia de estudiantes y personas sin empleo al momento de la consulta. Esta información corresponde a lo registrado en los expedientes clínicos y contribuye a la caracterización sociodemográfica de la población atendida durante el período de estudio.

6.1.9 Ocupaciones más frecuentes

La revisión de los expedientes clínicos permitió identificar la ocupación principal declarada por los 95 pacientes atendidos por sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19 en la Unidad de Salud de Sesorí. La ocupación más frecuente fue “ama de casa”, con 31.6 % de los registros.

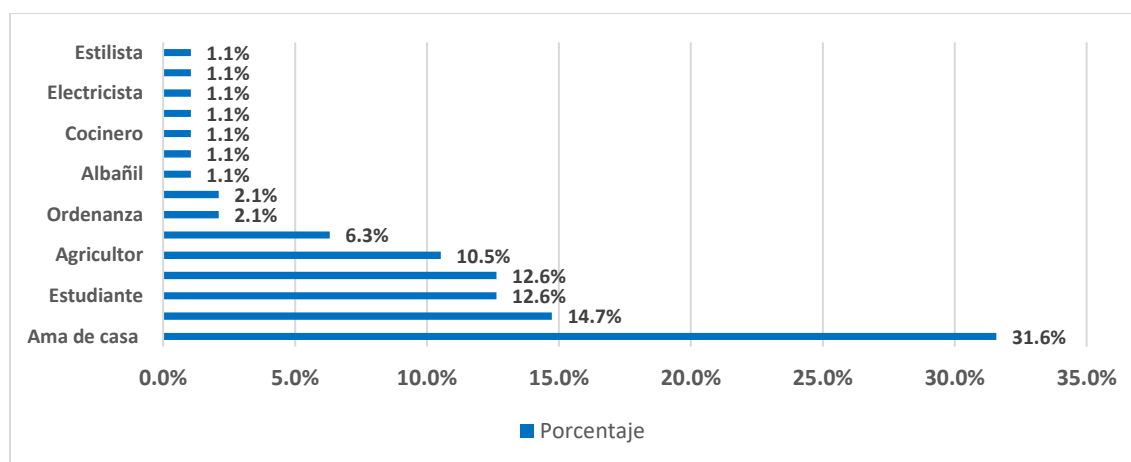
Le siguieron comerciantes informales (14.7 %), estudiantes (12.6 %), personas sin empleo al momento de la consulta (12.6 %) y agricultores (10.5 %). Otras ocupaciones presentaron frecuencias inferiores al 7 %, entre ellas promotores de salud, ordenanzas, secretarios, docentes, y oficios varios.

Tabla 9. Ocupaciones más frecuentes en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	30	31.6%
Comerciante informal	14	14.7%
Estudiante	12	12.6%
No Trabaja	12	12.6%
Agricultor	10	10.5%
Promotor de salud	6	6.3%
Ordenanza	2	2.1%
Secretario	2	2.1%
Albañil	1	1.1%
Chef	1	1.1%
Cocinero	1	1.1%
Docente	1	1.1%
Electricista	1	1.1%
Enfermero	1	1.1%
Estilista	1	1.1%
Total	95	100.0%

Fuente: Expediente clínicos

Grafica 9. Ocupaciones más frecuentes en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021



Fuente: Expediente clínicos

La distribución ocupacional observada muestra predominio de actividades domésticas y diversas ocupaciones declaradas por los pacientes atendidos durante el período de estudio. Esta información corresponde exclusivamente a los registros consignados en los expedientes clínicos y contribuye a la caracterización sociodemográfica de la población analizada.

6.1.10 Síntesis de las características sociodemográfico

Los análisis muestran que el perfil predominante fue femenino (56.8 %), en edades productivas (30–69 años), con bajo nivel educativo (58.9 % solo educación básica) y con alta inserción en ocupaciones informales (hasta 54.7 % entre oficios domésticos, comercio informal y agricultura). Este patrón sociodemográfico coincide con el modelo de determinantes estructurales de la salud de Solar & Irwin, en el cual la estratificación social —nivel educativo, tipo de empleo, género y lugar de residencia— estructura oportunidades y vulnerabilidades diferenciadas.

El predominio femenino se asocia, según la OPS, con el rol reproductivo, de cuidado y trabajo doméstico, que incrementa la exposición intradomiciliar y la búsqueda más temprana de atención, fenómeno igualmente reflejado en Sesorí. De igual forma, la elevada proporción de ocupaciones informales limita la adopción para sostener medidas preventivas, lo que concuerda con hallazgos de Bambra et al. (2020) sobre desigualdades sociales amplificadas durante la pandemia.

Asimismo, la coexistencia de analfabetismo y baja escolaridad constituye un factor determinante que afecta directamente la alfabetización en salud y la comprensión de las medidas de protección, lo cual se refleja en el bajo uso de mascarilla (42.1 %) y la deficiente práctica de lavado de manos (40 %). Esto coincide con la evidencia de la OMS que señala que las barreras educativas son uno de los predictores más importantes de vulnerabilidad en contextos de emergencia.

6.2 Hábitos y estilos de vida de las personas

El análisis de los hábitos y estilos de vida se basó exclusivamente en la información registrada en los expedientes clínicos de los 95 pacientes atendidos por sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19 en la Unidad de Salud de Sesori durante el período marzo 2020–2021. Las variables analizadas reflejan los hábitos documentados en los registros institucionales, sin aplicación de entrevistas ni instrumentos adicionales.

6.2.1 Consumo de alcohol (etilismo)

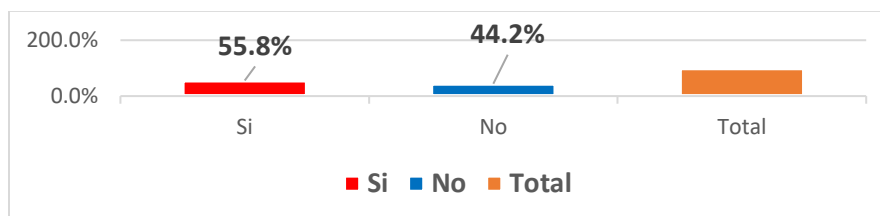
El consumo de bebidas alcohólicas fue registrado como antecedente personal en los expedientes clínicos. Del total de pacientes atendidos, el 55.8 % (n=53) reportó consumo de alcohol, mientras que el 44.2 % (n=42) declaró no consumirlo. Estos valores corresponden a la información consignada en los documentos clínicos revisados, sin diferenciación por frecuencia, cantidad o patrón de consumo.

Tabla 8. Consumo de alcohol (etilismo) en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021

Etilismo	Frecuencia	Porcentaje
Si	53	55.8%
No	42	44.2%
Total	95	100.0%

Fuente: Expediente clínicos

Grafica 8. Consumo de alcohol (etilismo) en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021



Fuente: Expediente clínicos

La proporción de pacientes que reportó consumo de bebidas alcohólicas representa poco más de la mitad de los registros analizados. Este dato forma parte de los antecedentes documentados en los expedientes y contribuye a la caracterización general de los hábitos reportados por la población atendida durante el período de estudio.

6.2.2 Consumo de alcohol según sexo

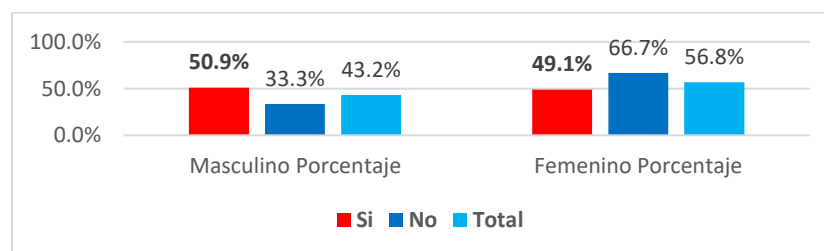
Entre los 53 pacientes que reportaron consumo de bebidas alcohólicas (55.8 % del total), el 50.9 % correspondió al sexo masculino (n=27) y el 49.1 % al sexo femenino (n=26). Al analizar la proporción dentro de cada grupo, el 65.9 % de los hombres declaró consumo de alcohol, en comparación con el 48.1 % de las mujeres. Estos datos se derivan directamente de la información consignada en los expedientes clínicos.

Tabla 9. *Etilismo según sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*

Etilismo	Sexo				Total	Porcentaje
	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje		
Si	27	50.9%	26	49.1%	53	55.8%
No	14	33.3%	28	66.7%	42	44.2%
Total	41	43.2%	54	56.8%	95	100.0%

Fuente: Expediente clínicos

Grafica 9. *Etilismo según sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*



Fuente: Expediente clínicos

La distribución del consumo de alcohol mostró mayor proporción dentro del grupo masculino que dentro del femenino. Estos resultados reflejan exclusivamente los antecedentes reportados en los expedientes clínicos y forman parte de la caracterización de hábitos documentados en la población atendida.

6.2.3 Consumo de tabaco (tabaquismo)

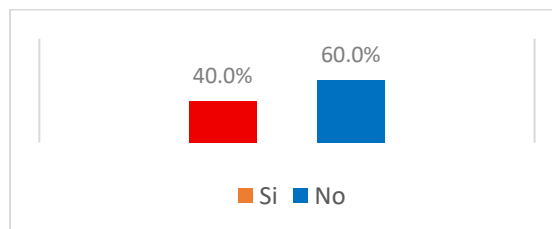
El tabaquismo fue registrado como antecedente personal en los expedientes clínicos. Del total de 95 pacientes atendidos por sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19, el 40.0 % (n=38) declaró consumo actual o previo de productos de tabaco, mientras que el 60.0 % (n=57) indicó no presentar este hábito. Estos datos corresponden a la información consignada en los registros clínicos revisados.

Tabla 10. Consumo de tabaco (tabaquismo) en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021

Tabaquismo	Frecuencia	Porcentaje
Si	38	40.0%
No	57	60.0%
Total	95	100.0%

Fuente: Expediente clínicos

Grafica 10. Consumo de tabaco (tabaquismo) en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021



Fuente: Expediente clínicos

La proporción de pacientes que reportó consumo de tabaco representó cuatro de cada diez casos revisados. Este dato constituye parte de los antecedentes personales documentados en los expedientes clínicos y contribuye a la descripción general de los hábitos registrados en la población atendida.

6.2.4 Tabaquismo según sexo

La distribución del consumo de tabaco según sexo mostró diferencias entre los pacientes atendidos por sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19. Entre los 38 pacientes que declararon consumo actual o previo de tabaco, el 71.1 % correspondió al sexo masculino (n=27) y el 28.9 % al sexo femenino (n=11).

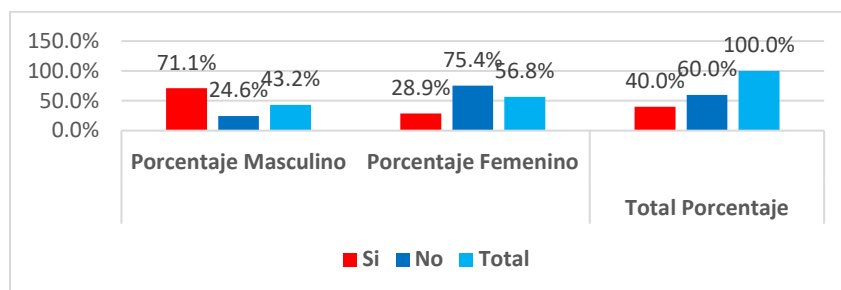
Al analizar la proporción dentro de cada grupo, el 65.9 % de los hombres reportó tabaquismo, en comparación con el 20.4 % de las mujeres. Esta información deriva exclusivamente de los antecedentes consignados en los expedientes clínicos revisados.

Tabla 11. *Tabaquismo según sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*

Tabaquismo	Sexo				Total	Porcentaje
	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje		
Si	27	71.1%	11	28.9%	38	40.0%
No	14	24.6%	43	75.4%	57	60.0%
Total	41	43.2%	54	56.8%	95	100.0%

Fuente: *Expediente clínicos*

Grafica 11. *Tabaquismo según sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*



Fuente: *Expediente clínicos*

Los datos muestran que el consumo de tabaco fue más frecuente entre los hombres que entre las mujeres dentro de la población atendida. Este comportamiento corresponde a los registros documentados en los expedientes clínicos y forma parte de la caracterización de los hábitos reportados por los pacientes durante el periodo de estudio.

6.2.5 Lavado de manos

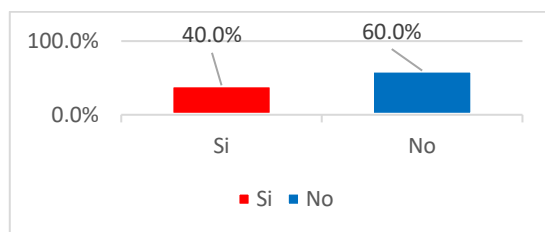
El registro disponible sobre la práctica de lavado de manos mostró que el 40.0 % de los pacientes (n=38) declaró realizar esta práctica, mientras que el 60.0 % (n=57) indicó no hacerlo de manera regular. Esta información corresponde a los datos proporcionados en las fuentes utilizadas para el análisis descriptivo.

Tabla 12. *Frecuencia del lavado de manos en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*

Lavado de manos	Frecuencia	Porcentaje
Si	38	40.0%
No	57	60.0%
Total	95	100.0%

Fuente: *Expediente clínicos*

Grafica 12. Frecuencia del lavado de manos en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021



Fuente: Expediente clínicos

Los datos muestran que cuatro de cada diez pacientes referían mantener la práctica de lavado de manos, mientras que seis de cada diez no lo reportaron. Este comportamiento, basado en los registros analizados, forma parte del conjunto de hábitos documentados en la población atendida durante el período de estudio.

6.2.6 Uso de mascarilla

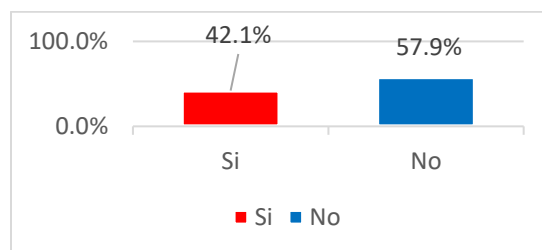
El uso de mascarilla fue registrado como antecedente o hábito en los datos disponibles para el análisis. Del total de 95 pacientes atendidos por sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19 en la Unidad de Salud de Sesorí, el 42.1 % (n=40) reportó utilizar mascarilla de forma continua, mientras que el 57.9 % (n=55) indicó no mantener un uso regular. Esta información corresponde a los registros proporcionados para el estudio.

Tabla 13. Uso de mascarilla en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesorí, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021

Uso de mascarilla	Frecuencia	Porcentaje
Si	40	42.1%
No	55	57.9%
Total	95	100.0%

Fuente: Expediente clínicos

Grafica 13. *Uso de mascarilla en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*



Fuente: *Expediente clínicos*

Los datos muestran que menos de la mitad de los pacientes reportó uso continuo de mascarilla, mientras que más de la mitad indicó no mantener esta práctica de manera regular. Esta información forma parte de los hábitos documentados para el análisis descriptivo del comportamiento reportado por la población atendida durante el período de estudio.

6.2.7 Uso de mascarilla según sexo

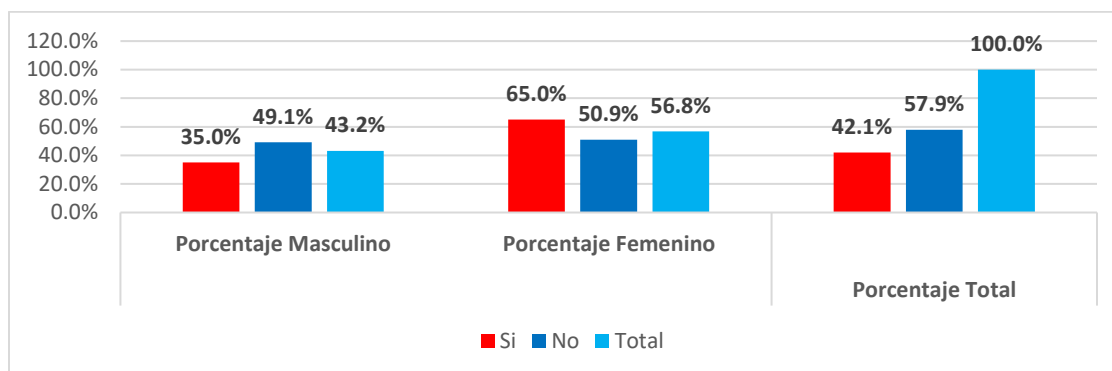
El análisis del uso de mascarilla según sexo mostró diferencias en la distribución de este hábito dentro de la población atendida. Entre los 40 pacientes que reportaron utilizar mascarilla de manera continua, el 65.0 % correspondió al sexo femenino (n=26) y el 35.0 % al sexo masculino (n=14). En el grupo que indicó no utilizar mascarilla de manera regular (n=55), el 49.1 % fue masculino (n=27) y el 50.9 % femenino (n=28). Esta información se basa en los registros disponibles utilizados en el análisis descriptivo.

Tabla 14. *Uso de mascarilla según sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*

Uso de mascarilla	Sexo				Total	Porcentaje
	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje		
Si	14	35.0%	26	65.0%	40	42.1%
No	27	49.1%	28	50.9%	55	57.9%
Total	41	43.2%	54	56.8%	95	100.0%

Fuente: *Expediente clínicos*

Grafica 14. *Uso de mascarilla según sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*



Fuente: *Expediente clínicos*

Los datos muestran que, entre quienes reportaron uso continuo de mascarilla, la mayoría correspondió al sexo femenino. En el grupo que indicó no utilizarla de manera regular, la distribución entre hombres y mujeres fue similar. Esta información describe únicamente los hábitos reportados en los registros utilizados para el análisis.

6.2.8 Lavado de manos en quienes usan mascarilla, según sexo

Entre los 40 pacientes que reportaron uso continuo de mascarilla, el 42.5 % (n=17) indicó que también practicaba lavado de manos de forma regular, mientras que el 57.5 % (n=23) declaró no realizarlo de manera constante.

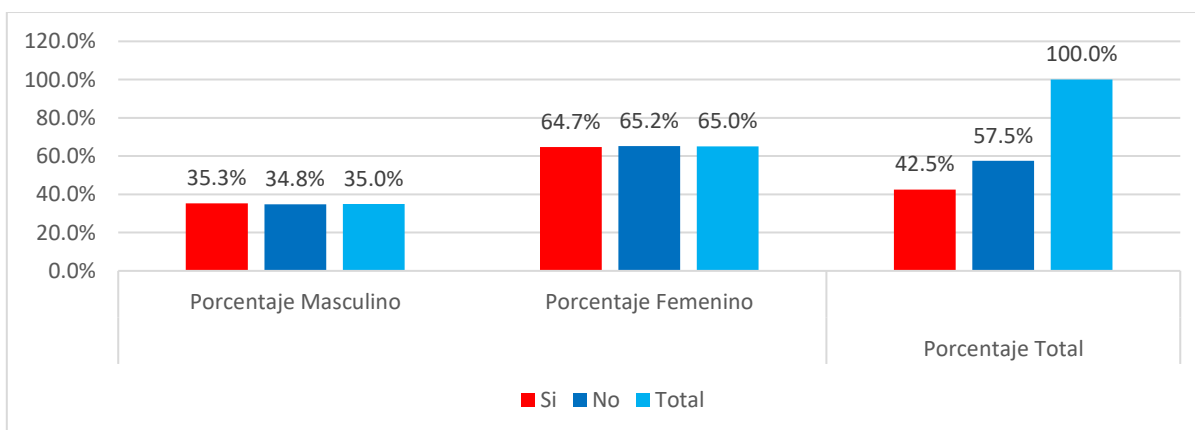
Dentro del grupo que cumplía ambas prácticas, el 64.7 % correspondió al sexo femenino (n=11) y el 35.3 % al sexo masculino (n=6). En el grupo que reportó uso de mascarilla, pero no lavado de manos, la distribución fue similar entre mujeres (65.2 %, n=15) y hombres (34.8 %, n=8). Esta información deriva exclusivamente de los registros disponibles utilizados para el análisis descriptivo.

Tabla 15. Lavado de manos entre quienes usan mascarilla, según sexo, en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021

Lavado de manos	Sexo				Total	Porcentaje
	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje		
Si	6	35.3%	11	64.7%	17	42.5%
No	8	34.8%	15	65.2%	23	57.5%
Total	14	35.0%	26	65.0%	40	100.0%

Fuente: Expediente clínicos

Grafica 15. Lavado de manos entre quienes usan mascarilla, según sexo, en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021



Fuente: Expediente clínicos

Los datos muestran que, entre quienes reportaron uso continuo de mascarilla, poco más de dos quintas partes también declararon realizar lavado de manos de forma regular. En ambos grupos, la mayoría de los registros correspondió al sexo femenino. Esta información forma parte de la caracterización de los hábitos reportados en los registros disponibles durante el período de estudio.

6.2.9 Práctica de ejercicio físico

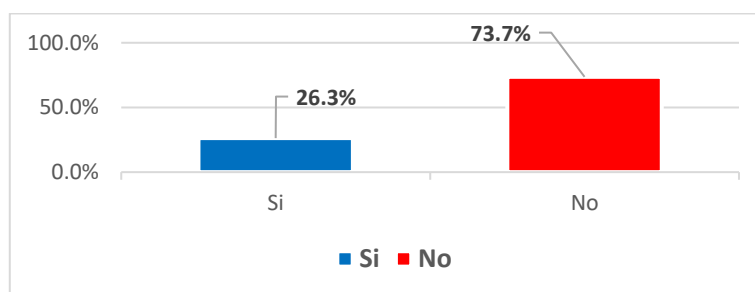
Entre los 95 pacientes incluidos en el estudio, el 26.3 % (n=25) reportó realizar ejercicio físico de manera habitual, mientras que el 73.7 % (n=70) indicó no practicar actividad física de forma regular. Esta información corresponde a los registros disponibles utilizados para el análisis descriptivo.

Tabla 16. *Práctica de ejercicio físico en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*

Ejercicio físico	Frecuencia	Porcentaje
Si	25	26.3%
No	70	73.7%
Total	95	100.0%

Fuente: Expediente clínicos

Grafica 16. *Práctica de ejercicio físico en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*



Fuente: Expediente clínicos

Los datos muestran que una cuarta parte de los pacientes reportó realizar ejercicio físico de manera habitual, mientras que la mayoría indicó no practicar actividad física regularmente. Este comportamiento forma parte de los hábitos documentados en los registros revisados durante el periodo de estudio.

6.2.10 Síntesis de los hábitos y estilos de vida de la población en estudio

Los resultados muestran una alta prevalencia de prácticas de riesgo: consumo de alcohol (55.8 %), tabaquismo (40 %), inactividad física (73.7 %) y baja adherencia a medidas preventivas. Estos comportamientos se ubican dentro de los determinantes intermedios del modelo de Dahlgren & Whitehead y tienen efecto directo sobre la exposición y la respuesta inmunológica.

La baja adherencia al lavado de manos y al uso de mascarilla indica un incumplimiento de prácticas fundamentales para el control y prevención de covid-19, el lavado de manos es la principal medida de prevención que se ha comprobado científicamente que este hábito es una de la medida de prevención más eficiente para evitar contraerlo como para no propagarlo.

A la vez, el tabaquismo y el consumo de alcohol refuerzan un perfil inmunosupresor y proinflamatorio, asociado a mayor riesgo de evolución desfavorable, aun cuando en esta población no se observaron hospitalizaciones. Este patrón revela la interacción entre condiciones socioeconómicas y conductuales, y respalda el enfoque sindémico planteado por Bambra, donde las crisis sanitarias se superponen con cargas históricas de inequidad.

6.3 Prevalencia de enfermedades comórbidas y condiciones clínicas identificadas

Los datos obtenidos de los expedientes clínicos correspondido de los (95) pacientes atendidos en la en la Unidad de Salud de Sesori entre marzo de 2020 y marzo de 2021 permitieron identificar las principales condiciones clínicas documentadas en la población evaluada. Estas condiciones incluyeron antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, obesidad y otros diagnósticos consignados en los expedientes. La información se presenta de forma descriptiva, conforme a los datos disponibles en los documentos institucionales.

6.3.1 Peso corporal de la población afectada

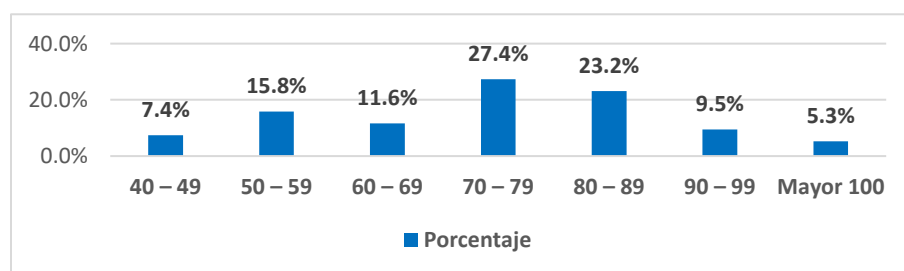
El peso corporal registrado en los 95 pacientes incluidos en el estudio presentó valores entre 44 y 130 kg, con una media de 74.5 kg. La mayor concentración se observó en los rangos de 70–79 kg (27.4 %) y 80–89 kg (23.2 %), que en conjunto representan más de la mitad de la población analizada. Los rangos inferiores (40–49 kg y 50–59 kg) representaron el 7.4 % y 15.8 %, respectivamente, mientras que el 5.3 % de los pacientes registró valores superiores a 100 kg.

Tabla 17. *Distribución del peso corporal (kg) en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*

Peso (Kg)	Frecuencia	Porcentaje
40 – 49	7	7.4%
50 – 59	15	15.8%
60 – 69	11	11.6%
70 – 79	26	27.4%
80 – 89	22	23.2%
90 – 99	9	9.5%
Mayor 100	5	5.3%
Total	95	100.0%

Fuente: Expediente clínicos

Grafica 17. *Distribución del peso corporal (kg) en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*



Fuente: Expediente Clínicos

La distribución del peso corporal muestra que la mayoría de los pacientes se ubicó en los rangos entre 70 y 89 kg. Los valores registrados detallan el comportamiento observado en la población atendida durante el período analizado y forman parte de las características clínicas documentadas en los expedientes revisados.

6.3.2 Peso corporal según edad

El análisis conjunto de los rangos de edad y los intervalos de peso permitió identificar la distribución ponderal dentro de cada grupo etario. Los pacientes entre 30 y 39 años y entre 40 y 49 años concentraron la mayor proporción dentro de los intervalos de 70–79 kg y 80–89 kg.

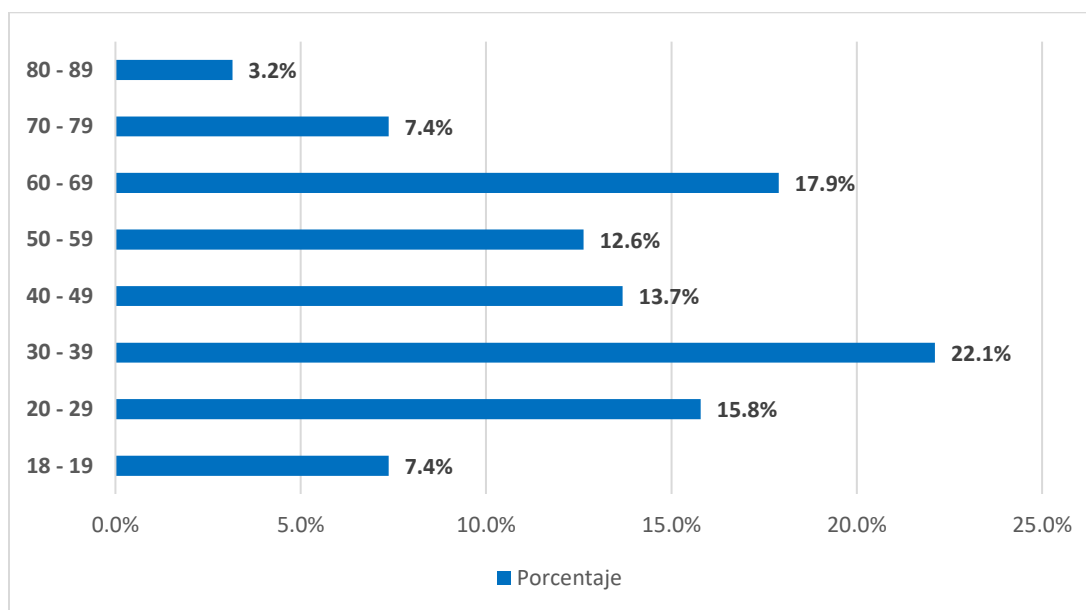
En los grupos extremos de edad, especialmente en 18–19 años y en personas de 70 años o más, se observó mayor presencia en los rangos de 50–69 kg. Estos valores describen la distribución registrada en los expedientes clínicos revisados.

Tabla 18. *Peso corporal según grupo de edad en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*

Grupo de edad	Peso (Kg)							Total	Porcentaje
	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 - 89	90 - 99	> 100		
18 - 19	0	3	1	3	0	0	0	7	7.4%
20 - 29	0	0	1	9	3	1	1	15	15.8%
30 - 39	1	1	3	5	8	1	2	21	22.1%
40 - 49	0	1	1	2	4	4	1	13	13.7%
50 - 59	0	2	3	3	2	2	0	12	12.6%
60 - 69	3	4	1	3	4	1	1	17	17.9%
70 - 79	1	3	1	1	1	0	0	7	7.4%
80 - 89	2	1	0	0	0	0	0	3	3.2%
Total	7	15	11	26	22	9	5	95	100.0%
Porcentaje	7.4%	15.8%	11.6%	27.4%	23.2%	9.5%	5.3%	100.0%	

Fuente: Expediente clínicos

Grafica 18. *Peso corporal según grupo de edad en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*



Fuente: *Expediente clínicos*

Los datos muestran que los grupos etarios de 30–39 y 40–49 años concentraron los mayores valores de peso dentro de los intervalos de 70–89 kg. En los grupos de edad más jóvenes y en los mayores de 70 años, las frecuencias fueron más altas en los rangos entre 50 y 69 kg. La tabla refleja únicamente la distribución ponderal registrada en los documentos clínicos revisados.

6.3.3 Clasificación del índice de masa corporal (IMC)

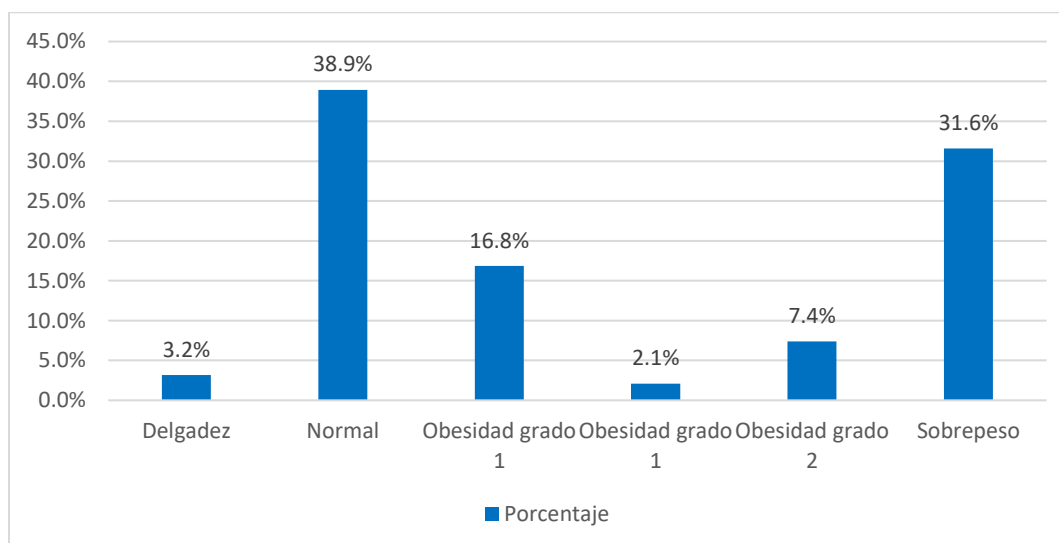
El cálculo del índice de masa corporal (IMC) permitió clasificar el estado nutricional de los 95 pacientes incluidos en el estudio. Del total, el 38.9 % presentó valores dentro del rango normal, mientras que el 31.6 % se ubicó en la categoría de sobrepeso. En cuanto a obesidad, el 16.8 % correspondió a obesidad grado I y el 7.4 % a obesidad grado II. Asimismo, el 3.2 % se clasificó en la categoría de delgadez. Estas distribuciones se derivan de los valores antropométricos consignados en los expedientes clínicos revisados.

Tabla 19. Clasificación del índice de masa corporal (IMC) en pacientes COVID-19 atendidos en Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021

Clasificación del peso	Frecuencia	Porcentaje
Delgadez	3	3.2%
Normal	37	38.9%
Obesidad grado 1	18	18.9%
Obesidad grado 2	7	7.4%
Sobrepeso	30	31.6%
Total	95	100.00%

Fuente: Expediente clínicos

Grafica 19. Clasificación del índice de masa corporal (IMC) en pacientes COVID-19 atendidos en Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021



Fuente: Expediente clínicos

Los datos muestran que más de la mitad de los pacientes presentó valores de IMC correspondientes a sobrepeso u obesidad, mientras que poco más de un tercio se ubicó en el rango normal. La categoría de delgadez estuvo representada en una proporción menor. Estas cifras describen únicamente la distribución del estado nutricional documentado en los expedientes revisados.

6.3.4 Hipertensión arterial

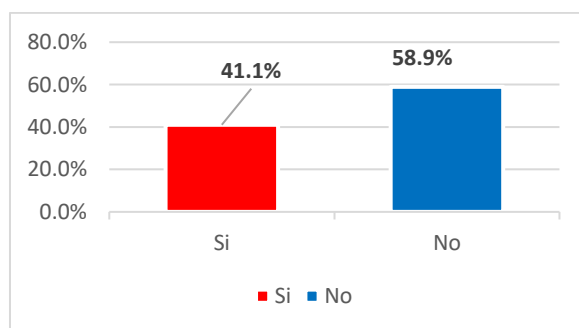
Entre los 95 pacientes incluidos en el estudio, el 41.1 % (n=39) presentó diagnóstico previo de hipertensión arterial, según lo consignado en los expedientes clínicos y formularios institucionales. El 58.9 % (n=56) no registró antecedente de esta condición. La hipertensión arterial fue una de las comorbilidades más frecuentes documentadas en la población atendida.

Tabla 20. *Presencia de hipertensión arterial en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*

Hipertensión Arterial	Frecuencia	Porcentaje
Si	39	41.1%
No	56	58.9%
Total	95	100.0%

Fuente: Expediente clínicos

Grafica 20. *Presencia de hipertensión arterial en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*



Fuente: Expediente clínicos

Los registros muestran que cuatro de cada diez pacientes presentaban diagnóstico previo de hipertensión arterial. Esta condición fue una de las comorbilidades más documentadas en la población analizada durante el período de estudio.

6.3.5 Hipertensión arterial según sexo

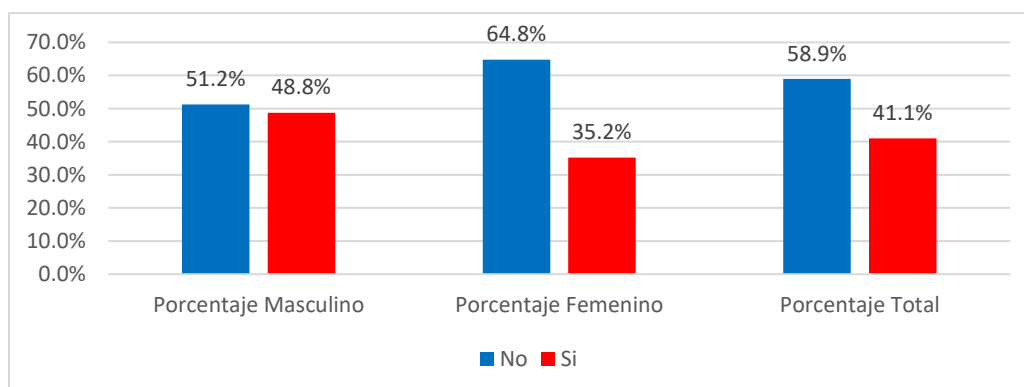
Entre los 39 pacientes que presentaron diagnóstico de hipertensión arterial, el 51.3 % correspondió al sexo masculino (n=20) y el 48.7 % al sexo femenino (n=19). Al analizar la proporción dentro de cada grupo, el 48.8 % de los hombres atendidos registró antecedente de hipertensión arterial, mientras que en el grupo femenino la prevalencia fue del 35.2 %. Esta información procede de los antecedentes consignados en los expedientes clínicos revisados.

Tabla 21. Hipertensión arterial según sexo en pacientes COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Seseori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021

Hipertensión arterial	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje	Total	Porcentaje
No	21	51.2%	35	64.8%	56	58.9%
Si	20	48.8%	19	35.2%	39	41.1%
Total	41	100.0%	54	100.0%	95	100.0%

Fuente: Expediente clínicos

Grafica 21. Hipertensión arterial según sexo en pacientes COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Seseori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021



Fuente: Expediente clínicos

Los datos muestran una distribución similar de hipertensión arterial entre hombres y mujeres, con frecuencias cercanas en ambos grupos. Estos valores describen el comportamiento documentado de esta comorbilidad dentro de la población atendida durante el período de estudio.

6.3.6 Hipertensión arterial según grupo de edad

De los 95 pacientes incluidos en el estudio, 39 (41.1 %) presentaron diagnóstico previo de hipertensión arterial. La distribución por grupo de edad muestra variaciones en la frecuencia de esta condición. No se registraron casos en el grupo de 18–19 años.

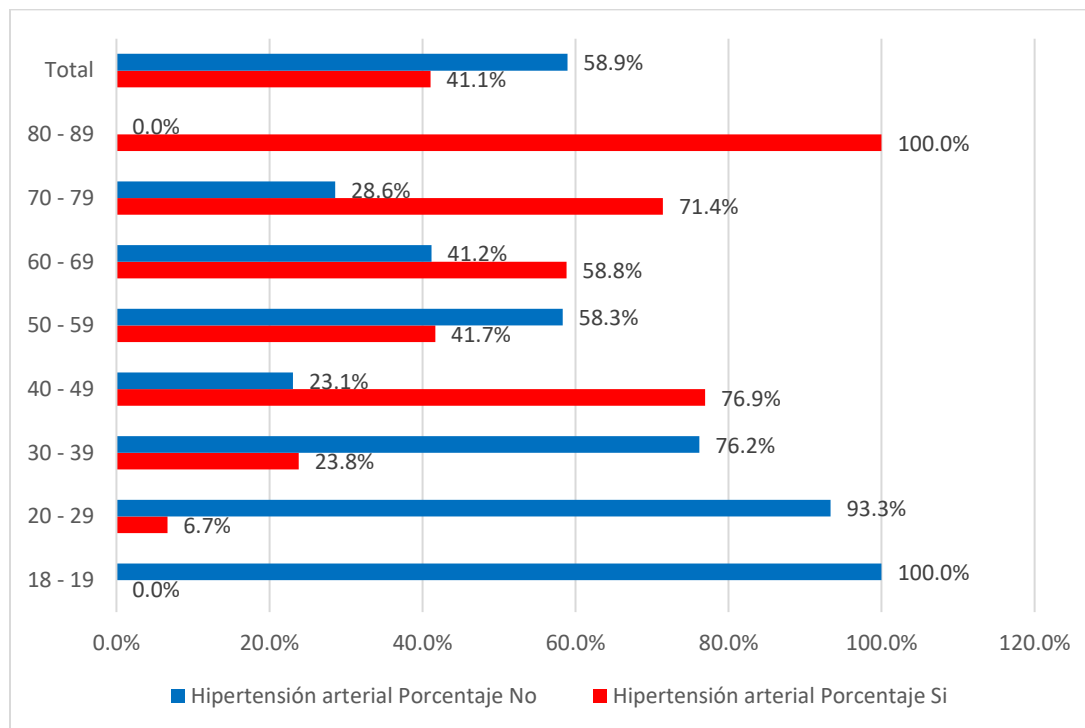
A partir de los 20 años, la proporción de pacientes hipertensos fue incrementándose en los diferentes grupos etarios, destacando los grupos de 40–49, 60–69 y 70–79 años, donde se observó una mayor concentración de registros de hipertensión. En el grupo de 80–89 años, los tres pacientes incluidos presentaron esta comorbilidad.

Tabla 22. Hipertensión arterial según grupo de edad en pacientes COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021

Grupos de edad	Hipertensión arterial				Total	Porcentaje
	Si	Porcentaje	No	Porcentaje		
18 - 19	0	0.0%	7	100.0%	7	7.4%
20 - 29	1	6.7%	14	93.3%	15	15.8%
30 - 39	5	23.8%	16	76.2%	21	22.1%
40 - 49	10	76.9%	3	23.1%	13	13.7%
50 - 59	5	41.7%	7	58.3%	12	12.6%
60 - 69	10	58.8%	7	41.2%	17	17.9%
70 - 79	5	71.4%	2	28.6%	7	7.4%
80 - 89	3	100.0%	0	0.0%	3	3.2%
Total	39	41.1%	56	58.9%	95	100.0%

Fuente: Expediente clínicos

Grafica 22. Hipertensión arterial según grupo de edad en pacientes COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021



Fuente: Expediente clínicos

Los datos muestran una mayor frecuencia registrada de hipertensión arterial en los grupos de edad intermedia y avanzada. Los grupos de 40–49, 60–69 y 70–79 años concentraron la mayoría de los casos documentados. La distribución refleja únicamente los antecedentes consignados en los expedientes clínicos revisados.

6.3.7 Diabetes mellitus

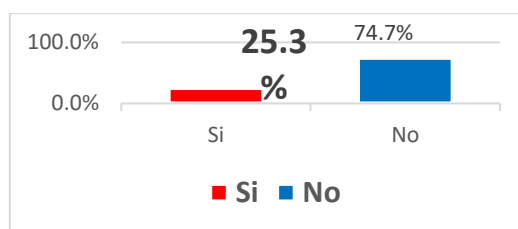
Del total de 95 pacientes incluidos en el estudio, 24 (25.3 %) presentaron diagnóstico previo de diabetes mellitus, según lo registrado en los expedientes clínicos y formularios institucionales. Esta condición fue la segunda comorbilidad más frecuente documentada en la población atendida.

Tabla 23. *Presencia de diabetes mellitus en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*

Diabetes mellitus	Frecuencia	Porcentaje
Si	24	25.3%
No	71	74.7%
Total	95	100.0%

Fuente: Expediente clínicos

Grafica 23. *Presencia de diabetes mellitus en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*



Fuente: Expediente clínicos

Los datos muestran que aproximadamente una cuarta parte de los pacientes atendidos tenía diagnóstico previo de diabetes mellitus. Esta proporción describe la presencia de esta condición dentro de la población estudiada y se basa exclusivamente en la información consignada en los expedientes clínicos.

6.3.8 Diabetes mellitus según sexo

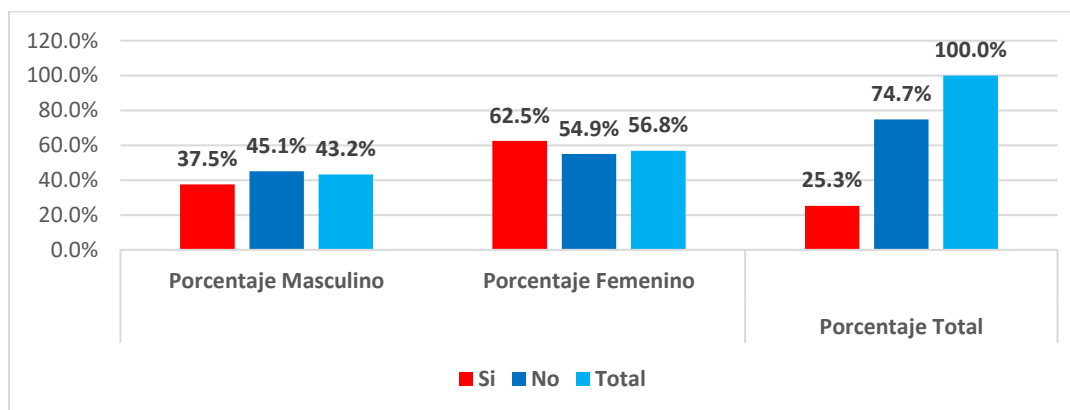
Entre los 95 pacientes incluidos en el estudio, 24 (25.3 %) presentaron diagnóstico previo de diabetes mellitus. Al desagregar esta condición por sexo, 15 de los casos correspondieron al sexo femenino (62.5 %) y 9 al masculino (37.5 %). Dentro de cada grupo, la proporción de pacientes con diabetes fue de 27.8 % en mujeres y de 22.0 % en hombres. Esta información corresponde a los antecedentes registrados en los expedientes clínicos revisados.

Tabla 24. Diabetes mellitus según sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021

Diabetes mellitus	Sexo				Total	Porcentaje
	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje		
Si	9	37.5%	15	62.5%	24	25.3%
No	32	45.1%	39	54.9%	71	74.7%
Total	41	43.2%	54	56.8%	95	100.0%

Fuente: Expediente clínicos

Grafica 24. Diabetes mellitus según sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021



Fuente: Expediente clínicos

Los datos muestran que la mayoría de los pacientes con diagnóstico previo de diabetes correspondió al sexo femenino. La proporción dentro de cada grupo fue mayor en mujeres que en hombres. Esta distribución describe exclusivamente la información documentada en los expedientes clínicos durante el período de estudio.

6.3.9 Diabetes mellitus según grupo de edad

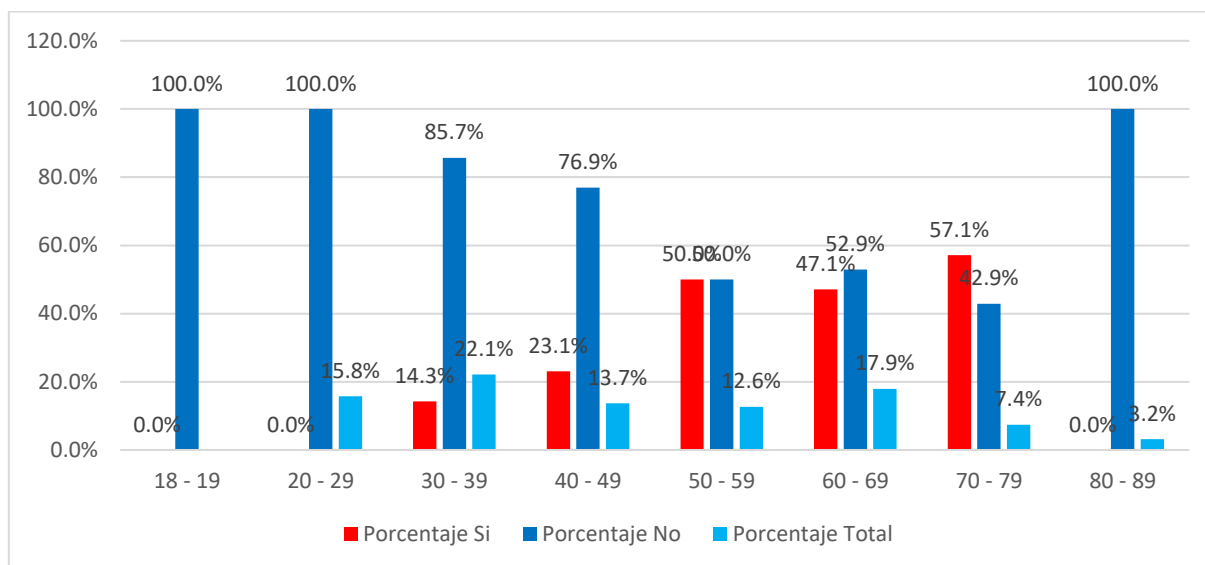
Entre los 95 pacientes incluidos en el estudio, 24 (25.3 %) presentaron diagnóstico previo de diabetes mellitus. La distribución por grupo de edad muestra que no se registraron casos en los grupos de 18–19 y 20–29 años. A partir de los 30 años, la presencia de diabetes se observó en diferentes proporciones, con mayores frecuencias en los grupos de 50–59, 60–69 y 70–79 años. Esta información se basa en los antecedentes registrados en los expedientes clínicos revisados.

Tabla 25. *Diabetes mellitus según grupo de edad en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*

Grupo de edad	Diabetes mellitus				Total	Porcentaje
	Si	Porcentaje	No	Porcentaje		
18 - 19	0	0.0%	7	100.0%	7	7.4%
20 - 29	0	0.0%	15	100.0%	15	15.8%
30 - 39	3	14.3%	18	85.7%	21	22.1%
40 - 49	3	23.1%	10	76.9%	13	13.7%
50 - 59	6	50.0%	6	50.0%	12	12.6%
60 - 69	8	47.1%	9	52.9%	17	17.9%
70 - 79	4	57.1%	3	42.9%	7	7.4%
80 - 89	0	0.0%	3	100.0%	3	3.2%
Total	24	25.3%	71	74.7%	95	100.0%

Fuente: Expediente clínicos

Grafica 25. Diabetes mellitus según grupo de edad en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021



Fuente: Expediente clínicos

Los datos muestran que la presencia de diabetes mellitus se registró principalmente en los grupos de edad de 50–59, 60–69 y 70–79 años. No se documentaron casos en los grupos menores de 30 años. Esta distribución describe únicamente los antecedentes consignados en los expedientes clínicos durante el período estudiado.

6.3.10 Enfermedad renal crónica (ERC)

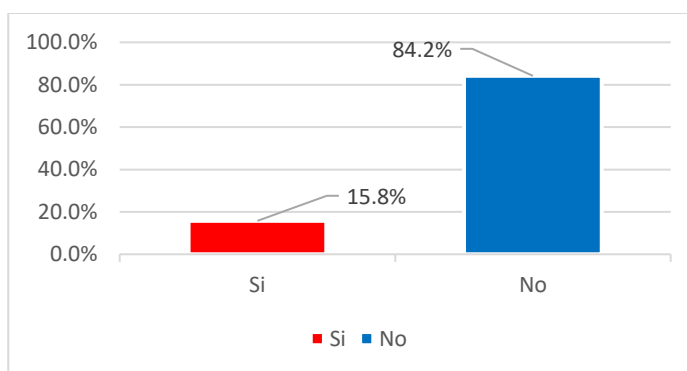
Entre los 95 pacientes incluidos en el estudio, 15 (15.8 %) presentaron diagnóstico previo de enfermedad renal crónica (ERC), mientras que 80 (84.2 %) no registraron esta condición en los expedientes clínicos revisados. La mayoría de los casos se observó en el grupo etario de 60–69 años, que concentró un tercio de los pacientes con esta comorbilidad.

Tabla 26. *Presencia de enfermedad renal crónica en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*

Enfermedad renal crónica	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	15.8%
No	80	84.2%
Total	95	100.0%

Fuente: *Expediente clínicos*

Grafica 26. *Presencia de enfermedad renal crónica en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*



Fuente: *Expediente clínicos*

Los registros evidencian que cerca de una sexta parte de los pacientes atendidos presentaba diagnóstico previo de enfermedad renal crónica. La mayor proporción de casos se observó en el grupo de 60–69 años, según los antecedentes consignados en los documentos clínicos revisados.

6.3.11 Enfermedad renal crónica según sexo

Entre los 95 pacientes incluidos en el estudio, 15 (15.8 %) presentaron diagnóstico previo de enfermedad renal crónica (ERC). De estos casos, 9 correspondieron al sexo masculino (60.0 %) y 6 al sexo femenino (40.0 %).

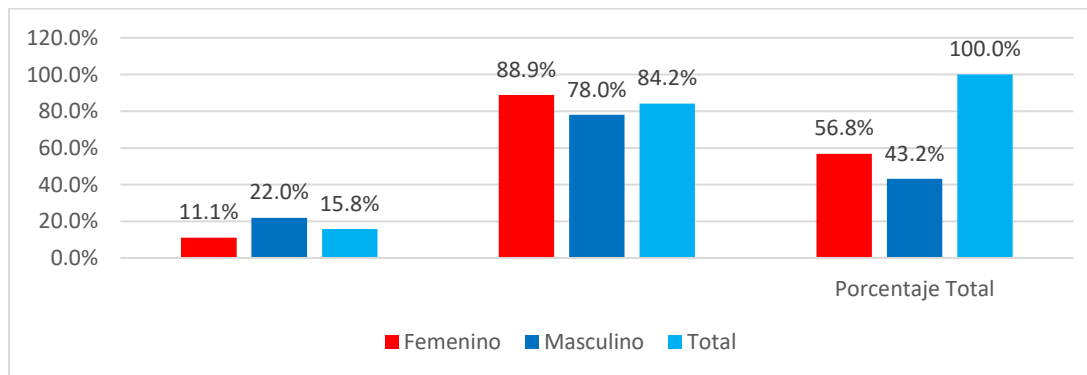
En términos proporcionales dentro de cada grupo, el 22.0 % de los hombres registró esta condición, frente al 11.1 % de las mujeres. Estos valores proceden de los antecedentes consignados en los expedientes clínicos revisados.

Tabla 27. *Enfermedad renal crónica según sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*

Enfermedad renal crónica	Enfermedad renal crónica				Total	Porcentaje
	Si	Porcentaje	No	Porcentaje		
Femenino	6	11.1%	48	88.9%	54	56.8%
Masculino	9	22.0%	32	78.0%	41	43.2%
Total	15	15.8%	80	84.2%	95	100.0%

Fuente: Expediente clínicos

Grafica 27. *Enfermedad renal crónica según sexo en pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*



Fuente: Expediente clínicos

Los datos muestran que la mayor parte de los casos de enfermedad renal crónica correspondió al sexo masculino, tanto en números absolutos como en proporción dentro de cada grupo. La presencia de esta condición se encontró en ambos sexos dentro de la población atendida durante el período de estudio.

6.3.12 Enfermedad renal crónica según grupo de edad

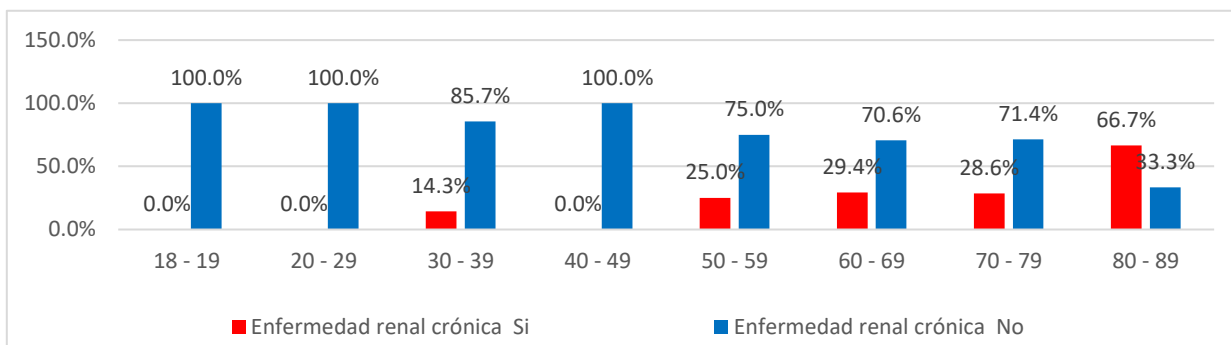
Entre los 95 pacientes incluidos en el estudio, 15 (15.8 %) presentaron diagnóstico previo de enfermedad renal crónica (ERC). La distribución por grupo de edad mostró que esta condición estuvo ausente en los grupos de 18–19, 20–29 y 40–49 años. En cambio, se identificaron casos en personas de 30 años en adelante, con mayor frecuencia en los grupos superiores a los 50 años. El porcentaje más alto se registró en el grupo de 80–89 años (66.7 %), aunque este grupo presentó un número reducido de pacientes.

Tabla 28. *Enfermedad renal crónica según grupo de edad en pacientes COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*

Grupo de edad	Enfermedad renal crónica				Total	Porcentaje
	Si	Porcentaje	No	Porcentaje		
18 - 19	0	0.0%	7	100.0%	7	7.4%
20 - 29	0	0.0%	15	100.0%	15	15.8%
30 - 39	3	14.3%	18	85.7%	21	22.1%
40 - 49	0	0.0%	13	100.0%	13	13.7%
50 - 59	3	25.0%	9	75.0%	12	12.6%
60 - 69	5	29.4%	12	70.6%	17	17.9%
70 - 79	2	28.6%	5	71.4%	7	7.4%
80 - 89	2	66.7%	1	33.3%	3	3.2%
Total	15	15.8%	80	84.2%	95	100.0%

Fuente: *Expediente clínicos*

Grafica 28. *Enfermedad renal crónica según grupo de edad en pacientes COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021*



Fuente: *Expediente clínicos*

La presencia de enfermedad renal crónica se registró únicamente en personas de 30 años o más, con mayor frecuencia en los grupos de edad superiores a los 50 años. Los porcentajes más altos correspondieron a los grupos de 60–69, 70–79 y 80–89 años. La distribución observada indica que la ERC estuvo más presente en los grupos etarios de mayor edad dentro de la población atendida durante el período del estudio.

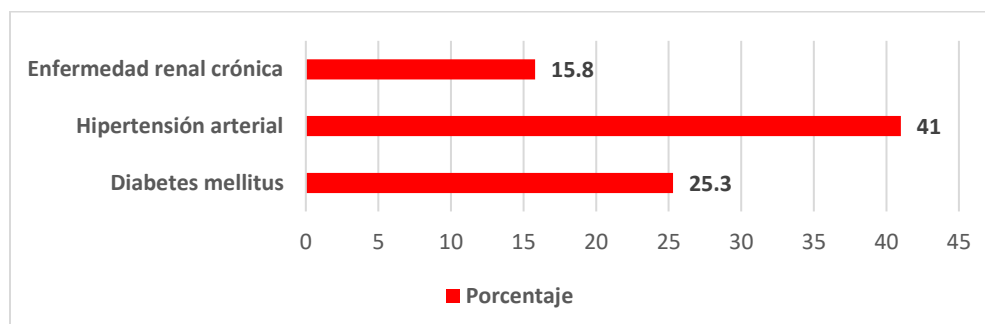
El análisis consolidado de las comorbilidades de los 95 pacientes investigados mostró que la hipertensión arterial fue la enfermedad crónica más frecuente, presente en el 41.0 % de los pacientes. En segundo lugar, se identificó la diabetes mellitus en el 25.3 % de los casos, seguida de la enfermedad renal crónica, documentada en el 15.8.

Tabla 29. *Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020*

Enfermedad crónica	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes mellitus	24	25.3%
Hipertensión arterial	39	41.0%
Enfermedad renal crónica	15	15.8%
No adolecen ECNT	17	17.9%

Fuente: *Expediente clínicos*

Grafica 29. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020



Fuente: Expediente clínicos

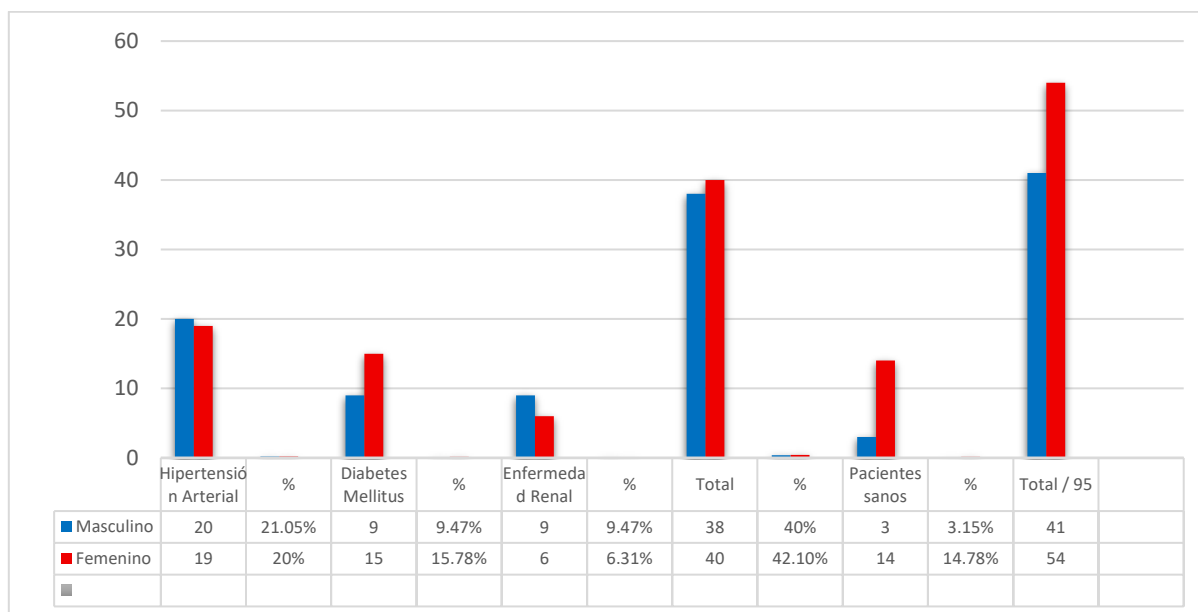
Los datos muestran que la hipertensión arterial fue la comorbilidad más reportada en la población estudiada, se distribuyó principalmente en grupos de edad media y avanzada, Asimismo, se observó que en algunos pacientes coexistían más de una de estas enfermedades

Tabla 30. Enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021.

Población	Enfermedades crónicas no transmisibles						Casos ECNT		No adolecen ECNT		Población Estudiada
	Hipertensión Arterial	%	Diabetes Mellitus	%	Enfermedad Renal	%	Total	%	Pacientes sanos	%	Total / 95
Masculino	20	21.05%	9	9.47%	9	9.47%	38	40%	3	3.15%	41
Femenino	19	20%	15	15.78%	6	6.31%	40	42.1%	14	14.78%	54

Fuente: Expediente clínicos

Grafica 30. *Enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021.*



Fuente: *Expediente clínicos*

Los datos muestran la distribución de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor prevalencia según sexo en la población estudiada. Del total de participantes, 38 corresponden a hombres (40 %) y 40 a mujeres (42.10 %). Asimismo, se identificó una población sana, conformada por 3 hombres (3.15 %) y 14 mujeres (14.73 %), predominando el sexo femenino.

6.3.13 Síntesis de enfermedades comórbidas y condiciones clínicas de población

El manejo de los casos de **COVID-19** fue exclusivamente **ambulatorio**. La ausencia de casos graves sugiere que la **detección temprana**, el **aislamiento domiciliario** y el **teleseguimiento** implementados por la Unidad de Salud fueron efectivos para contener la progresión clínica de la enfermedad. Asimismo, la **Atención Primaria de Salud Integral** contribuyó a la reducción de hospitalizaciones y mortalidad, hallazgo consistente con los resultados observados en **Sesori**.

Es necesario enfatizar la presencia de enfermedades crónicas en la población estudiada. La hipertensión arterial presentó una prevalencia del 41.1 %, correspondiente a 20 hombres (21.05 %) y 19 mujeres (20 %). La diabetes mellitus tuvo una prevalencia del 25.3 %, con mayor incidencia en mujeres: 15 casos (15.78 %), mientras que en hombres se registraron 9 casos (9.47 %).

Por su parte, la enfermedad renal crónica fue la condición menos frecuente, con una prevalencia del 15.8 %, distribuida en 9 hombres (9.47 %) y 6 mujeres (6.31 %). Se identificó además una población sana dentro de los 95 pacientes en estudio, integrada por 3 hombres (3.15 %) y 14 mujeres (14.73 %), predominando el sexo femenino.

Este perfil clínico confirma la coexistencia de vulnerabilidades asociadas a enfermedades crónicas no transmisibles, relevantes ante futuras emergencias sanitarias. Desde un enfoque sindémico, la interacción entre ECNT, condiciones sociales precarias y la exposición al virus genera una vulnerabilidad.

6.3.14 Evolución clínica del caso COVID-19

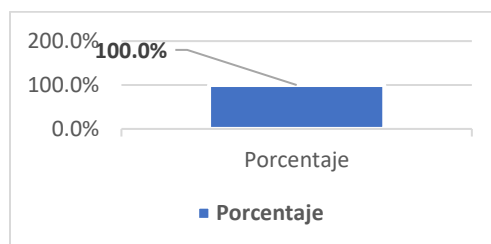
Los resultados obtenidos de los expedientes clínicos correspondientes a los 95 pacientes incluidos en el estudio, todos los casos fueron clasificados como sospechosos de COVID-19 y recibieron manejo ambulatorio durante el período marzo 2020–2021. No se registraron hospitalizaciones ni fallecimientos en los documentos revisados.

Tabla 31. Evolución clínica de los pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021

Evolución del caso	Frecuencia	Porcentaje
Sospecha de COVID 19	95	100
Total	95	100

Fuente: Expediente clínicos

Grafica 31. Evolución clínica de los pacientes afectados por COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021



Fuente: Expediente clínicos

La información disponible mostró que la totalidad de los pacientes fue manejada de forma ambulatoria, sin registro de complicaciones que requirieran hospitalización ni de desenlaces fatales en los documentos revisados.

6.3.15 Clasificación del manejo clínico (ambulatorio u hospitalario)

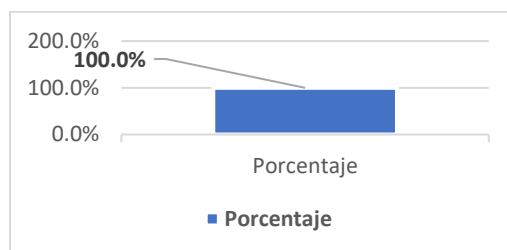
Los resultados obtenidos de los expedientes clínicos correspondientes a los 95 pacientes incluidos en el estudio mostraron que todos los casos fueron manejados en modalidad ambulatoria. No se documentaron hospitalizaciones ni fallecimientos en los registros revisados.

Tabla 32. Clasificación del manejo clínico en pacientes COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021

Manejo clínico	Frecuencia	Porcentaje
Ambulatorio	95	100
Total	95	100

Fuente: Expediente clínicos

Grafica 32. Clasificación del manejo clínico en pacientes COVID-19 atendidos en la Unidad de Salud de Sesori, SIBASI San Miguel, MINSAL, El Salvador, marzo 2020 – 2021



Fuente: Expediente clínicos

Los resultados obtenidos en la investigación indican que la totalidad de los pacientes que recibió atención ambulatoria, sin registros de ingreso hospitalario ni de desenlaces fatales durante el período de estudio.

6.3.16 Análisis general

La población atendida estuvo conformada mayoritariamente por mujeres (56.8 %), pertenecientes a edades productivas (30–69 años), con bajo nivel educativo, ya que el 58.9 % contaba únicamente con educación básica. Asimismo, se observó una alta inserción en ocupaciones informales, alcanzando hasta un 54.7 % en actividades como oficios domésticos, comercio informal y agricultura. Este perfil sociodemográfico se ajusta al modelo de determinantes estructurales de la salud propuesto por Solar e Irwin, en el cual la estratificación social determinada por el nivel educativo, el tipo de empleo, el género y el contexto de residencia condiciona oportunidades desiguales y mayores niveles de vulnerabilidad en salud.

La presencia de analfabetismo y baja escolaridad constituye un determinante clave que afecta la alfabetización en salud y limita la comprensión y adopción de medidas preventivas. Esta situación se refleja en el bajo uso de mascarilla (42.1 %) y en la deficiente práctica del lavado de manos (40 %), lo cual coincide con la evidencia reportada por la Organización Mundial de la Salud, que identifica las barreras educativas como uno de los principales predictores de vulnerabilidad en contextos de emergencia sanitaria.

En relación con los hábitos y estilos de vida, se identificó una elevada prevalencia de prácticas de riesgo, entre ellas el consumo de alcohol (55.8 %), el tabaquismo (40 %), la inactividad física (73.7 %) y una baja adherencia a medidas preventivas. Estos comportamientos corresponden a los determinantes intermedios del modelo de Dahlgren y Whitehead, los cuales influyen directamente en la exposición a riesgos y en la capacidad de respuesta inmunológica de la población.

Respecto al peso corporal, los 95 pacientes incluidos en el estudio presentaron valores entre 44 y 130 kg, con una media de 74.5 kg. La mayor concentración se observó en los rangos de 70–79 kg (27.4 %) y 80–89 kg (23.2 %), que en conjunto representan más de la mitad de la población evaluada. Los rangos inferiores de peso (40–49 kg y 50–59 kg) representaron el 7.4 % y 15.8 %, respectivamente, mientras que el 5.3 % registró valores superiores a 100 kg, lo que sugiere una carga importante de sobrepeso y obesidad.

En cuanto a las enfermedades crónicas no transmisibles, se evidenció una alta prevalencia de hipertensión arterial (41.1 %), distribuida de manera similar entre hombres (21.05 %) y mujeres (20 %). La diabetes mellitus presentó una prevalencia del 25.3 %, con mayor afectación en mujeres (15.78 %) en comparación con los hombres (9.47 %). La enfermedad renal crónica fue la menos frecuente (15.8 %), predominando también en el sexo masculino. Asimismo, se identificó un grupo reducido de pacientes sin diagnóstico de enfermedad crónica (17.8 %), con predominio del sexo femenino.

Finalmente, los datos obtenidos de los expedientes clínicos de los 95 pacientes atendidos en la Unidad de Salud de Sesori entre marzo de 2020 y marzo de 2021 permitieron caracterizar las principales condiciones clínicas documentadas, entre las que destacan la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la enfermedad renal crónica y la obesidad. La información fue analizada de manera descriptiva, conforme a los registros institucionales disponibles, lo que permitió establecer un panorama integral de los determinantes sociales, conductuales y clínicos que influyen en la salud de la población estudiada.

CONCLUSIONES

1. Factores determinantes sociodemográficos. El perfil sociodemográfico predominante—adultos en edad productiva, mujeres, bajo nivel educativo y ocupaciones informales en hogares densos incrementó la exposición al COVID-19, evidenciando cómo los determinantes sociales de la salud amplifican la transmisión viral en contextos rurales y de economía informal.
2. Comportamientos no saludables y limitada adherencia preventiva. El consumo de alcohol (55,8 %), tabaquismo (40 %), inactividad física (73,7 %) y bajo cumplimiento de medidas preventivas evidencian un patrón de riesgo que disminuye la protección individual y comunitaria, aumentando la vulnerabilidad biológica y la propagación de contagios.
3. Comorbilidades metabólicas y cardiovasculares. Más del 57 % de la población presenta comorbilidades como hipertensión, diabetes, ERC y sobrepeso/obesidad, lo que evidencia un perfil de riesgo preexistente que puede afectar la respuesta inmunitaria y la evolución clínica frente al COVID-19, aunque en esta muestra los casos fueron mayoritariamente ambulatorios.
4. Interacción sinérgica de determinantes sociales, conductuales y clínicos. La vulnerabilidad del COVID-19 surge de la interacción de determinantes de la salud, sociales, conductuales y clínicos bajo nivel educativo, informalidad laboral, conductas de riesgo y enfermedades crónicas, confirmando la necesidad de abordar estos factores de manera multidimensional.
5. La socialización estratégica del primer nivel de atención en el manejo de casos COVID-2019 y el manejo ambulatorio del 100% de los pacientes evidencia la capacidad resolutive del primer nivel de atención y el rol estratégico de la unidad de salud de sesori en la respuesta local ante la pandemia coordinando el aislamiento domiciliario y vigilancia epidemiológica para contener casos sin saturar la red hospitalaria.

RECOMENDACIONES

Nivel Estratégico (Ministerio de Salud – Direcciones Nacionales)

1. Fortalecer la respuesta nacional frente a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), especialmente hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica, mediante acciones normativas y programáticas que promuevan la prevención, el tamizaje, el seguimiento y la provisión continua de medicamentos. Es fundamental capacitar y fortalecer el conocimiento del personal de las unidades de salud, garantizando que puedan identificar, manejar y dar seguimiento adecuado a estas enfermedades. La evidencia de esta tesis muestra una alta prevalencia de estas comorbilidades en la población rural, por lo que se hace necesario consolidar programas dirigidos a comunidades con barreras de acceso, asegurando intervenciones oportunas y sostenibles.
2. Fortalecer la educación sanitaria y la alfabetización en salud, incluyendo los determinantes de la salud y los hábitos de la población, mediante estrategias culturalmente adaptadas que promuevan el lavado de manos, el uso adecuado de mascarilla, la reducción del consumo de alcohol y el abandono del tabaquismo. Dado el bajo nivel educativo de la población estudiada, estas estrategias deben emplear materiales visuales, lenguaje sencillo y métodos comunitarios que faciliten la comprensión y la adopción de prácticas preventivas.
3. Fortalecer y optimizar los sistemas de información epidemiológica, incluyendo expedientes clínicos electrónicos y registros del primer nivel, para asegurar datos precisos, oportunos y completos que respalden decisiones eficaces y basadas en evidencia, mejorando la atención y prevención en comunidades.

Nivel Táctico (SIBASI San Miguel – Direcciones Regionales)

4. Socializar y aplicar planes territoriales de intervención diferenciada basados en los determinantes de la salud identificados en Sesorí, priorizando poblaciones con mayor riesgo epidemiológico, como adultos en edad productiva, personas con bajo nivel educativo, trabajadores informales y pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.
5. Capacitar el manejo de enfermedades crónicas y la comunicación del riesgo, dado su impacto en la vulnerabilidad frente al COVID-19, mediante la socialización y aplicación de planes territoriales de intervención diferenciada, basados en los determinantes de la salud identificados, priorizando poblaciones con mayor riesgo epidemiológico, como adultos en edad productiva, personas con bajo nivel educativo, trabajadores informales y pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

Nivel Operativo (Unidad de Salud de Sesorí – Equipos de Salud Familiar)

6. Socializar e implementar rutas diferenciadas de atención para pacientes con hipertensión, diabetes y enfermedad renal, garantizando controles periódicos, monitoreo clínico y adherencia terapéutica, y asegurando que el personal de salud esté capacitado y pueda resolver de manera efectiva las necesidades de los pacientes, para mantener una atención continua, estandarizada y de calidad.
7. Fortalecer la atención domiciliaria y las visitas comunitarias para identificar condiciones de riesgo en población vulnerable, evaluar factores ambientales, promover el autocuidado y reconocer los determinantes de la salud que afectan a la población de mayor riesgo.
8. Fortalecer las acciones de promoción de estilos de vida saludables, incluyendo la reducción del consumo de alcohol y tabaco, el incremento de la actividad física y la adopción sostenida de medidas de protección básicas. Estas acciones deben implementarse mediante círculos comunitarios, promotores de salud y actividades educativas participativas, adaptadas al contexto sociocultural del territorio.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

El presente cronograma está organizado para poder desarrollar el protocolo de investigación, desarrollar el levantamiento de datos, y elaborar el informe final, en un total de 6 meses. El nivel de avance estará sujeto a la coordinación entre alumno y docente asesor, así como en el tiempo que demore la coordinación con la Unidad de Salud y el acceso a la información necesaria.

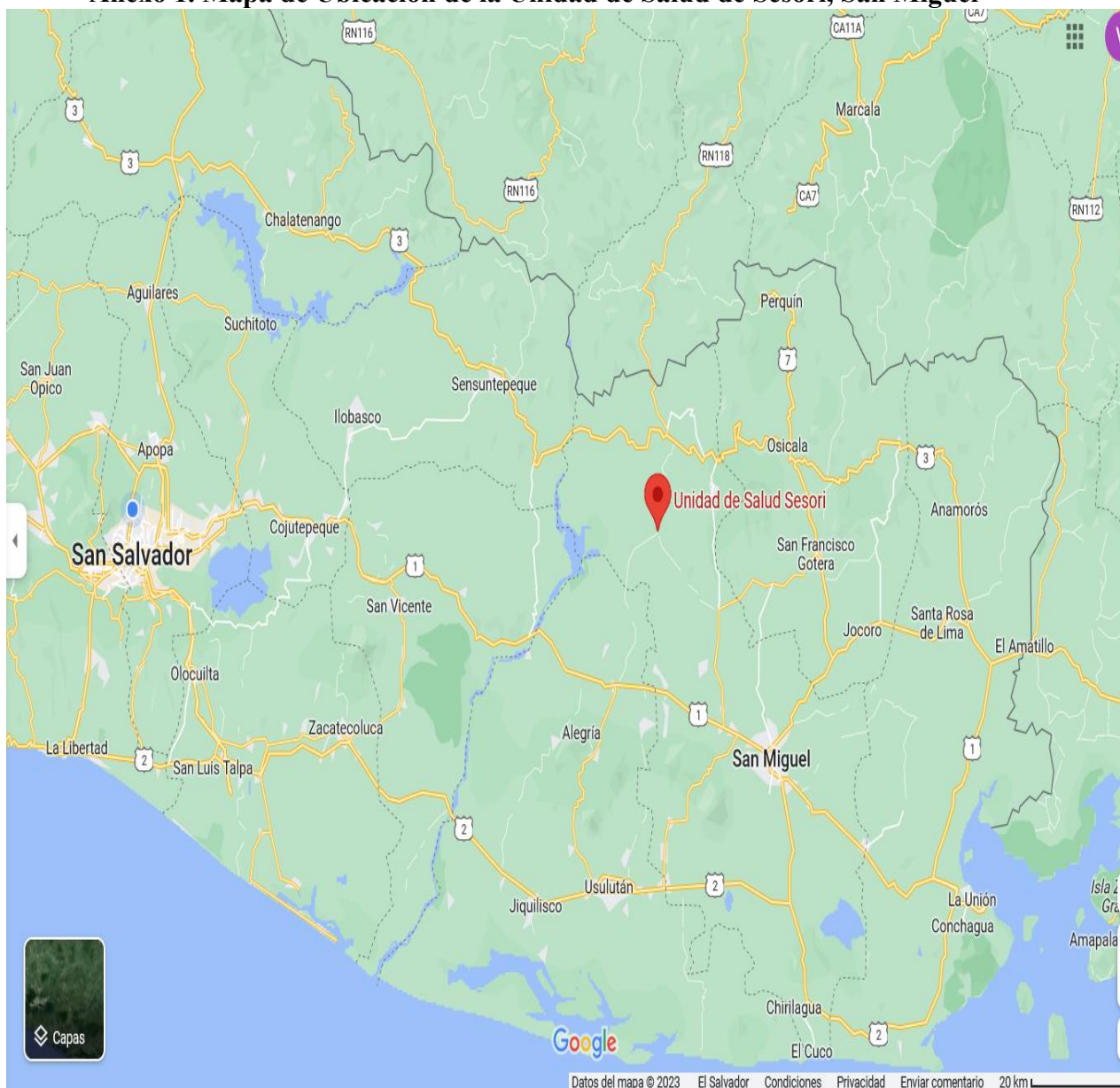
o.	Actividad a desarrollar	2023												2024												2025												2026											
		Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
1	Elaboración de Protocolo de investigación	x	x																																														
2	Revisión de Protocolo por asesor			x	x																																												
3	Aprobación y entrega de Protocolo					x	x																																										
4	Validación del Instrumento, prueba piloto							x	x	x	x	x	x																																				
5	Aplicación del Instrumento de recolección de datos												x	x	x	x																																	
6	Tabulación, análisis y elaboración primer borrador de informe final														x	x	x	x	x	x	x	x																											
7	Presentación y revisión de informe final por asesor																				x	x	x	x																									
8	Incorporación de observaciones a informe final																								x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x						
9	Defensa de Informe final																																								x	x	x						
10	Incorporación de observaciones finales, y entrega de informe final																																									x	x	x					

FUENTES DE INFORMACION

1. Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*.
2. Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020a). *The COVID-19 pandemic and health inequalities*. Journal of Epidemiology and Community Health. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>
3. Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020b). *The COVID-19 pandemic and health inequalities*. Journal of Epidemiology and Community Health (p. 74(11), 964-968). <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>
4. Baqui, P., Bica, I., Marra, V., Ercole, A., & van der Schaar, M. (2020). *Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: A cross-sectional observational study*. The Lancet Global Health.
5. Carrillo-Vega, M. F., Salinas-Escudero, G., García-Peña, C., Gutiérrez-Robledo, L. M., & Parra-Rodríguez, L. (2020). *Early estimation of the risk factors for hospitalization and mortality by COVID-19 in Mexico*. PLoS ONE.
6. Cifuentes, M. P., Rodríguez, E., & Guzmán, L. (2021). *Determinantes sociales y geográficos asociados al COVID-19 en Colombia*. Revista de Salud Pública.
7. CIOM, OMS. (2016). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*.
8. Código de Salud, Pub. L. No. Decreto Legislativo n.º 955 (1988).
9. Constitución de la República de El Salvador, Pub. L. No. Decreto Legislativo No. 38 (1983).
10. Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Futures Studies. Institute for Futures Studies.
11. Declaratoria de emergencia nacional por COVID-19, Pub. L. No. Decreto Legislativo n.º 593 (2020).
12. Guan, W. J., Ni, Z. Y., Hu, Y., Liang, W. H., Ou, C. Q., He, J. X., ... & Zhong, N. S. (2020). *Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China*. (New England Journal of Medicine).

13. JKringos, D. S., Boerma, W. G., Hutchinson, A., van der Zee, J., & Groenewegen, P. P. (2021). *Strengthening primary care in Europe: Comparing primary care systems*. Health Policy. Health Policy.
14. Jordan, R. E., Adab, P., & Cheng, K. K. (2020). *Covid-19: Risk factors for severe disease and death*. BMJ.
15. Ministerio de Salud. (2018). *Modelo de Atención Primaria en Salud Integral*. MINSAL.
16. Ministerio de Salud. (2020). *Lineamientos para la vigilancia epidemiológica y notificación de casos COVID-19*. MINSAL.
17. Ministerio de Salud. (2021a). *Lineamientos nacionales para la revisión ética de investigaciones con datos de o sobre personas vivas*. MINSAL.
18. Ministerio de Salud. (2021b). *Lineamientos técnicos para el manejo y seguimiento de casos COVID-19 en El Salvador*. MINSAL.
19. Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *Reglamento Sanitario Internacional*. OMS.
20. Organización Mundial de la Salud. (2021). *Guidelines for community prevention of COVID-19*. OMS.
21. Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Determinantes sociales de la salud y COVID-19: Lecciones aprendidas y desafíos para América Latina*. OPS/OMS.
22. Patel, J. A., Nielsen, F. B. H., Badiani, A. A., Assi, S., Unadkat, V. A., Patel, B., & Wardle, H. (2020). *Poverty, inequality and COVID-19: The forgotten vulnerable*. Public Health.
23. Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. OMS.
24. Starfield, B. (2020). *Primary care: Balancing health needs, services, and technology*. Oxford University Press.
25. Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., ... & Cao, B. (2020). *Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: A retrospective cohort study* (p. 395(10229), 1054-1062). The Lancet.
26. Zhu, L., She, Z. G., Cheng, X., Qin, J. J., Zhang, X. J., Cai, J., ... & Li, H. (2020). *Association of blood glucose control and outcomes in patients with COVID-19 and pre-existing type 2 diabetes* (p. 31(6), 1068-1077). Cell Metabolism.

ANEXOS

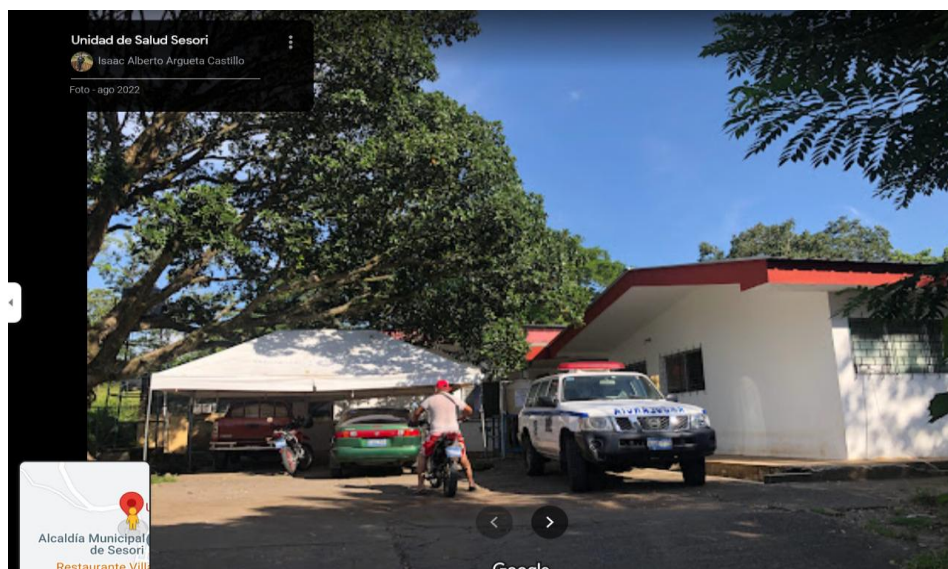
Anexo 1. Mapa de Ubicación de la Unidad de Salud de Sesori, San Miguel**Fuente: Google Maps**

Anexo 2. Imágenes de la entrada de la Unidad de Sesorí, San Miguel.

1. Entrada de la Unidad de Salud de Sesorí



2. Área física de la Unidad de Salud



Fuente: <https://www.google.com/maps/place/Unidad+de+Salud+Sesorí>

FACTORES DETERMINANTES QUE IMPACTARON EN LA PANDEMIA COVID-19

Anexo 3. Mortalidad general por morbilidad prevalente y por sexo**DATO RELEVANTE SOBRE LAS PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD
DESGLASADO POR CAUSA BÁSICA Y SEXO 2021**

Grupo de Causas	Consultas	Tasa	Consultas	Tasa	Consultas	Total	Tasa
	masculina		femenina		Indeterminado	Consultas	
					A partir del 2013		
Hipertensión esencial (primaria)	134	4.21	239	6.67	0	373	5.51
Diabetes Mellitus (E10-E14)	57	1.79	140	3.91	0	197	2.91
Otras enfermedades hipertensivas	59	1.85	115	3.21	0	174	2.57
Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes (Z00-Z13)	53	1.66	107	2.99	0	160	2.36
Otras enfermedades del sistema urinario	25	0.78	134	3.74	0	159	2.35
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	47	1.48	54	1.51	0	101	1.49
Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	30	0.94	61	1.70	0	91	1.35
Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	38	1.19	37	1.03	0	75	1.11
Migraña y otros síndromes de cefalea (G43-G44)	15	0.47	55	1.54	0	70	1.03
Diarrea de Presunto origen infeccioso(A09)	37	1.16	30	0.84	0	67	0.99
Demás causas	465	0.00	817	0.00	0	1,282	18.95
Totales	960	30.14	1,789	49.96	0	2,749	40.63

FUENTE: Sistema de información de Morbi - Mortalidad en línea, Ministerio de Salud.**SIMMOW 2021**

Anexo 4. Formulario para la notificación de enfermedades. VIGEPES 01.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO PARA NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE ENFERMEDADES OBJETOS DE VIGILANCIA SANITARIA (VIGEPES-01)

MINISTERIO DE SALUD

1. Nombre del Establecimiento: _____ 2. Fecha de consulta: ____/____/____

3. No. Expediente/No. de Afiliación: _____ 4. Categoría de Afiliación: ☐ Cotizante ☐ Pensionado ☐ Beneficiario ☐ Hijo ☐

5. No. DUI o Pasaporte: _____ 6. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 7. Edad: ____ Años ____ Mes ____ Días

8. Apellidos _____ Nombres _____

9. Si es menor de edad, nombre completo de la persona responsable _____

11. Dirección Completa: _____ Municipio: _____

Departamento: _____ Localidad: _____

10. Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem. ☐

12. Área: ☐ Urbana ☐ Rural ☐

13. Nacionalidad: _____

14. País de residencia: _____

15. Teléfono: _____

16. Estudiante: Si ☐ No ☐ Nombre del Centro Educativo _____ (completar esta información únicamente si es un estudiante)

17. Antecedentes Obstétricos: ☐ Aborto ☐ Embarazada ☐ Parto ☐ Puerperio ☐ No aplica (aplica únicamente para mujeres en edad reproductiva)

18. Semanas de amenorrea: _____

19. Manejo: ☐ Ambulatorio ☐ Hospitalario ☐ Referido a: _____

20. Diagnóstico clínico/Sospecha Diagnóstica _____

21. Fecha de Inicio de Sintoma: ____/____/____ 22. Fecha de notificación: ____/____/____

23. Condición ☐ Vivo ☐ Muerto 24. Fecha de defunción: ____/____/____

25. Causa de Defunción: _____

26. Nombre del médico que notifica: _____

Firma y Sello: _____

Una copia queda en expediente y otra se envía al centro de acopio para su registro en el VIGEPES. Este formulario debe ser llenado en forma completa y con letra de molde

© Ministerio de Salud Código 80503130 DVS Ene 2020

Anexo 5. Indicaciones del cuidado del paciente COVID-19.

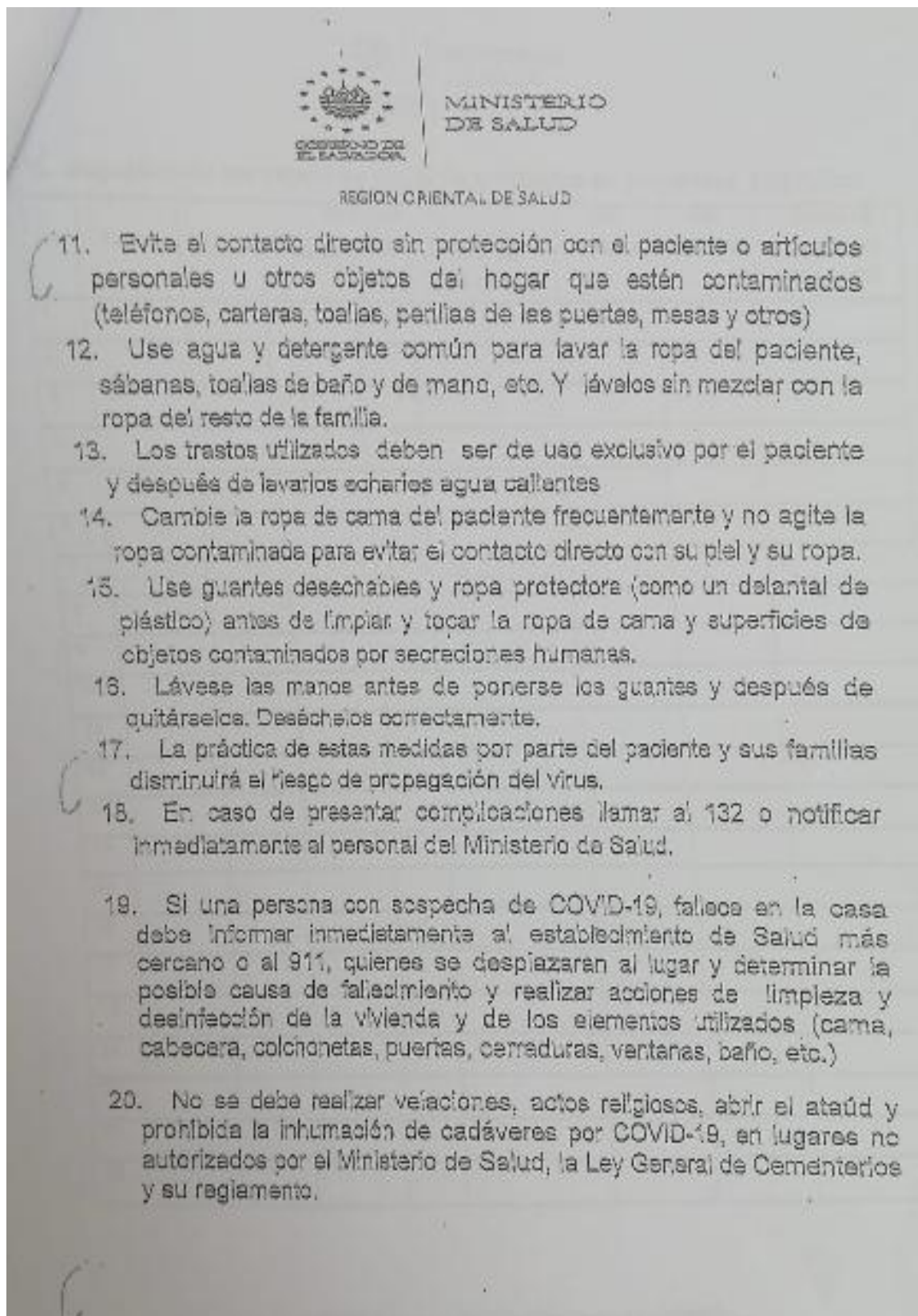
GOBIERNO DE
EL SALVADOR

MINISTERIO
DE SALUD

REGION ORIENTAL DE SALUD

Cuidados al Paciente Covid-19, familia y/o cuidador

1. Habilite una habitación o área ventilada y separada del resto de la familia, para el paciente. Si esto no es posible separe las camas a una distancia de 2 metros.
2. Los pacientes deben quedarse en casa hasta una recuperación completa. Decidir si el paciente se ha recuperado requiere un diagnóstico clínico.
3. Designar a una persona para los cuidados del paciente, debe ser una persona sana, sin enfermedades crónicas.
4. Se deben evitar las visitas y/o salir a visitar a otras personas.
5. La persona asignada para el cuidado debe usar mascarilla cuando este en contacto con el paciente, igual que otras personas de la vivienda que por a o b motivo tenga contacto con este. La mascarilla debe ajustarse perfectamente cubriendo la nariz y la boca, evitando tocarla o ajustar con las manos sucias y reemplazar inmediatamente cuando esté contaminada y desecharla posteriormente en bolsa plástica.
6. Las madres lactantes pueden continuar amamantando, aplicando todas las medidas de higiene para la protección de la salud del bebé (uso de mascarilla, lavado de manos y uso de alcohol gel).
7. Restrinja y/o minimice las áreas compartidas entre el paciente y los miembros de la familia.
8. Asegúrese que las áreas compartidas (cocina, baño, etc.) estén bien ventiladas abriendo ventanas con frecuencia y realizando desinfección constante en el piso y la superficie de los muebles.
9. Lávese las manos correctamente después de quitarse la mascarilla y al tener contacto directo con el paciente, o al entrar o salir de la sala de aislamiento del paciente.
10. Después de lavarse las manos con agua y jabón, es mejor usar toallas de papel desechables para secarse. Si no están disponibles, límpielos con una toalla limpia y seca, y reemplácelos cuando se humedezcan.



Anexo 6. Manejo prehospitalario de contacto COVID-19 primer nivel de atención

Anexo 4



MINISTERIO
DE SALUD

Manejo prehospitalario
Contacto **COVID-19**
Médico en el primer nivel de atención

Score de Alerta Temprana							
	3	2	1	0	1	2	3
Edad	-	-	-	<65	-	-	≥65
Frecuencia respiratoria	<9	-	9-11	12-20	-	21-24	>25
Frecuencia cardíaca	<41	41-50	-	51-90	91-120	121-129	>130
Disnea/ falta de aire	SI	-	-	NO	-	-	SI
Factores de riesgo	-	-	-	NO	1 factor	-	2 factores
Temperatura	<35.1	-	35.1-36	36-37.9	-	38-38.9	-
Saturación <92%	SI	-	-	NO	-	-	SI
Sensorio	con- fusión	-	-	Alerta	-	-	Con- fusión

Puntaje	Nivel de alarma	Conducta
0-1	Espectante	monitoreo ambulatorio
Mayor o igual 2	Alerta	Hospitalizar

Factores de riesgo:

Diabetes mellitus, cardiopatía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión arterial.

Anexo 7. Manejo clínico del paciente con COVID-19 primer nivel de atención

Cuadro 1. Manejo en el primer nivel de atención

Paciente con síntomas leves				Paciente con síntomas leves y comorbilidad sin necesidad de oxigenación			
Manejo ambulatorio en el primer nivel de atención				Centro medicalizado			
Score de alerta temprano							
	3	2	1	0	1	2	3
Frecuencia respiratoria	<9			12-20	-	21-24	>25
Frecuencia cardíaca	<41			51-90	91-120	>130	>130
Disnea/falta de aire	Si			No			Si
Temperatura	<35.1			39-37.9	-	38-38.9	-
Saturación< 92%	Si	-	-	No			Si
Sensorio	Confusión	-	-	Alerta	-	-	Confusión
Puntaje	Nivel de alarma	Conducta					

Anexo 8. Protocolo tratamiento con medicamentos en casa sospecha o confirmado

Protocolo para tratamiento en casa		
Medicamento	Efectos	Dosis
Molnupiravir 1	Antiviral impide la replicación viral	4 tabletas de 200 mg por la mañana y 4 tabletas por la noche por 5 días consecutivos
Ivermectina 2	Reducción de la carga viral	6 tabletas de 6mg una sola toma o 2 tabletas diarias por 3 días Si pesa menos de 80 Kg, mayor a ese peso 3 tabletas al día por 3 días
Aspirina	Antiinflamatorio y antiagregante plaquetario que previene la formación de coágulos y desinflama	Una tableta de 80 - 100 mg cada día por el tiempo que el médico lo indique (se recomienda hasta 2 semanas después de desaparecer la sintomatología)
Paracetamol (Alternativa: acetaminofén)	Para disminuir fiebre y dolor	2 tabletas de 500 mg vía oral cada 6 horas
Vitamina C	Antioxidante y antiinflamatorio que interviene en el equilibrio redox	500mg 1 tableta cada 8 horas por 7 días
Zinc	Disminuye el riesgo de falla inmunológica al potenciar la acción de los linfocitos en especial los Linfocitos T CD4	50 mg vía oral 2 veces al día por 7 días
Vitamina D	Regulador en la liberación de citocinas, péptidos antimicrobianos y acción antiinflamatoria	2000 U vía oral cada 12 horas por 7 días

Fuente: Ministerio de Salud 2021

Molnupiravir se incluirá únicamente en el tratamiento de pacientes con prueba de antígenos o PCR para COVID-19 positivas.

Ivermectina se incluirá únicamente en el tratamiento de los pacientes catalogados con sospecha de COVID-19

Anexo 9. Criterios de evaluación de síntomas de COVID-19**Anexo 3**
Evaluación de síntomas COVID-19**I. Datos generales**

Nombre del paciente:

Sexo:☐ Masculino☐ Femenino**Fecha de nacimiento:**

yyyy-mm-dd

Estado civil:☐ Soltero/a☐ Casado/a☐ Unión libre☐ Viudo/a**Nacionalidad:**

Seleccione nacionalidad

Número de DUI:

Número de DUI

Lugar de trabajo:

Lugar donde trabaja

Tipo de trabajo que desarrolla

Tipo de trabajo

Nombre del encargado o quien da datos:

Nombre Encargado de datos

Parentesco con el sintomático

Parentesco con el sintomático

Teléfono móvil del paciente

Teléfono del paciente

Teléfono móvil del responsable:

Teléfono del responsables

Teléfono de casa del paciente:

Teléfono de casa del pacientes

Dirección:

Dirección del paciente

Número de personas que cohabitan con el sintomático:

Número de personas

Departamento/municipio:

Seleccione departamento

Personas que habitan en casa:

Número de personas

II. Evaluación de riesgo**Edad:**

Edad

Tiempo de inicio de síntomas:

Tiempo de síntomas

Comorbilidad:

Seleccionen todos los que correspondan

- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Obesidad
- Cardiopatía isquémica
- Asma
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Enfermedad renal crónicas
- Cáncer
- Trabajador de salud
- Embarazo
- Inmunosupresión (quimioterapia, esteroides, VIH, enfermedad del colágeno, trasplante).
- Ninguna comorbilidad

Tiene historia de contacto positivo COVID-19:

- Si
- No
- Seleccione todos los que correspondan:

III. Inventario y peso de síntomas para seguimiento

- **Falta de aire:**
- ☐ Si
- ☐ No
- Seleccione los que correspondan:

- **Tos seca:**
- ☐ Si
- ☐ No

- Seleccione los que correspondan:
- **Fiebre:**
- ☐ Si
- ☐ No
- Seleccione los que correspondan:

- **Dolor muscular:**
- ☐ Si
- ☐ No
- Seleccione los que correspondan:

- **Cefalea:**
- ☐ Si
- ☐ No
- Seleccione los que correspondan:

- **Agotamiento:**
- ☐ Si
- ☐ No
- Seleccione los que correspondan:

- **Pérdida de olfato o del gusto:**
- ☐ Si
- ☐ No
- Seleccione los que correspondan:

- **Diarrea:**
- ☐ Si
- ☐ No
- Seleccione los que correspondan:

Anexo 10. Hoja de evaluación de Sistema de Alerta Temprana de signos COVID-19



**GOBIERNO DE
EL SALVADOR**

**MINISTERIO
DE SALUD**

ANEXO 1. HOJA DE EVALUACIÓN SAT

Hoja score alerta temprana

Fecha de la consulta: _____

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Teléfono: _____

Consulta por: _____

Factores de riesgo: _____

	SI	NO		SI	NO
Fiebre			Cansancio		
Cefalea			Dolor de pecho		
Tos			Diarrea		

TA: _____ FC: _____ FR: _____ T°: _____ Saturación O2: _____

SCORE DE ALERTA TEMPRANA ADULTO PACIENTE CON SOSPECHA O POSITIVO COVID-19

Parametro	3	2	1	0	1	2	3
FRECUENCIA RESPIRATORIA	< 9			12 - 21	22 - 24		> 25
FRECUENCIA CARDIACA	< 41	41 - 50		51 - 110			> 130
DISNEA/FALTA DE AIRE	SI			NO			SI
TEMPERATURA	< 35.1			36 - 37.9	38 - 38.9	39 - 39.9	> 40
SATURACION < 94%	SI			NO			SI
SENSORIO	CONFUSION			ALERTA			CONFUSION

PUNTAJE	NIVEL DE ALARMA	CONDUCTA
0 - 1	Espectante	Monitoreo Ambulatorio
MAYOR O IGUAL A 2	Alerta	Hospitalizar

Consideraciones importantes para pacientes con sospecha o positivo a COVID-19
 Pacientes con edad mayor a 70 años y comorbilidad descompensada, así como aquellos con discapacidad motora o cognitiva deberán ser hospitalizados

Puntaje SAT: _____ Diagnóstico: _____

Plan: _____

Firma y sello médico responsable

Anexo 11. Ficha y constancia de aislamiento domiciliario

 MINISTERIO DE SALUD

Ficha y constancia de aislamiento domiciliario por sospecha de covid-19

Establecimiento de Salud: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Resumen de historia clínica: _____

Diagnostico: _____

Manejo: _____

Indicaciones:

1-Aislamiento domiciliario recomendado desde ____/____/____ hasta ____/____/____ por 14 días estricto

2-Uso de mascarilla estricto las 24 horas

3-Uso de utensilios individualizados

4-Lavado de ropa separado del resto de la familia

5-Si es posible confinar un área física exclusiva o traslado a otra vivienda sola para cumplir los 14 días

6-Llamar a UCSF si presenta complicaciones, franco deterioro o cansancio

Firma de Médico: _____ Teléfono: _____

Sello de médico y establecimiento de salud

MINISTERIO
DE SALUD

4. Seguimiento del estado de salud de contactos en cuarentena domiciliar*

Día	Fecha	Síntomas*				Vía telefónica	Visita domiciliar*	Nombre de quien realiza seguimiento
		Fiebre	Rinorrea	Tos	Dolor de garganta			
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								

FACTORES DETERMINANTES QUE IMPACTARON EN LA PANDEMIA COVID-19


 GOBIERNO DE
 EL SALVADOR

MINISTERIO
 DE SALUD

Día	Fecha	Síntomas*				Vía telefónica	Visita domiciliar	Nombre de quien realiza seguimiento
		Fiebre	Rinorrea	Tos	Dolor de garganta			
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								

*Si el contacto está asintomático colocar NO; si desarrolla síntomas colocar fecha de inicio de síntomas.

Anexo 13. Instrumentos de recolección de datos

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
ESCUELA POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EL ESTUDIO DE:
FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN AFECTADA
POR COVID-19 QUE CONSULTÓ A UNIDAD DE SALUD DE SESORI, SAN
MIGUEL, MARZO 2020 A MARZO 2021

Numero de cuestionario: _____

Fecha de llenado: ____/____/____ Fecha de consulta médica: ____/____/____

Nombre del paciente: _____ / Municipio _____ Departamento: _____

Teléfono _____ No expediente _____

Nota: Identificación del paciente (se deberá identificar con una x y complementar la información con su llenado y solicitud correcta de cada caso individual en estudio cuya muestra es de 95 expedientes clínico)

1	Edad	Años cumplidos		Meses	
2	Sexo	Masculino		Femenino	
3	Procedencia	Rural		Urbano	

4	Estado civil	Acompañada/o		Casado/a		Soltero/a	
---	--------------	--------------	--	----------	--	-----------	--

5	Ocupación	Ama de casa		Comerciante informal		Estudiante	
		No trabaja		Agricultor		Promotor/a de salud	
		Ordenanza		Secretaria/o		Albañil	
		Chef		Cocinero		Docente	
		Electricista		Estilista			

FACTORES DETERMINANTES QUE IMPACTARON EN LA PANDEMIA COVID-19

6	Tipo de trabajo	Oficios domésticos		Empleo formal		Comerciante informal	
----------	------------------------	--------------------	--	---------------	--	----------------------	--

No trabaja		Estudiante		Agricultor	
Jubilado		Albañil			

7	Nivel educativo	Educación básica		Educación media		Analfabeta/o		Educación superior	
----------	------------------------	------------------	--	-----------------	--	--------------	--	--------------------	--

Identificación y búsqueda de los factores determinantes, hábitos, estilos de vida registrados en expediente clínico de la población de sesori afectados por COVID-19.

1	Etilismo	Si		No	
	Masculino	Si		No	
	Femenino	Si		No	
2	Tabaquismo	Si		No	
	Masculino	Si		No	
	Femenino	Si		No	
3	Lavado de manos	Si		No	
	Masculino	Si		No	
	Femenino	Si		No	

FACTORES DETERMINANTES QUE IMPACTARON EN LA PANDEMIA COVID-19

4	Uso de mascarilla	Si		No	
	Masculino	Si		No	
	Femenino	Si		No	
5	Práctica de ejercicio	Si		No	

Determinar la comorbilidades y condiciones clínicas asociadas a COVID- 19 (Se realiza una búsqueda en cada expediente donde reúnan en su totalidad la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y sus clasificaciones)

1	Peso según grupo de edad, se agrupa en ocho grupos con un intervalo de nueve, este término aplica para todas las preguntas	Kg		Edad	
---	---	----	--	------	--

2	Clasificación (IMC ≥ 30)	Normal		Delgadez		Obesidad grado 1	
				Sobrepeso		Obesidad grado 2	

3	Hipertensión arterial /Edad		Si		No	
	Masculino		Si		No	
	Femenino		Si		No	
4	Diabetes mellitus /Edad		Si		No	
	Masculino					
	Femenino		Si		No	

FACTORES DETERMINANTES QUE IMPACTARON EN LA PANDEMIA COVID-19

5	Insuficiencia renal /Edad		Si		No	
	Masculino		Si		No	
	Femenino		Si		No	

6	Enfermedades crónicas no transmisible prevalentes	Si		No	
	Hipertensión Arterial	Si		No	
	Diabetes Mellitus	Si		No	
	Insuficiencia Renal	Si		No	
	No adolece de enfermedades	Si		No	

7	Evolución clínica del caso COVID-19	Si		No	
	Manejo ambulatorio	Si		No	
	Sospecha de COVID-19	Si		No	