

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE COVID-19 EN ARGENTINA. ESTUDIO TRANVERSAL

MARCELO A. BELTRÁN, ADRIANA M. BASOMBRÍO, AGOSTINA A. GAGLILOLO, CLAUDIA I. LEROUX,
MARCELA F. MASSO, CECILIA QUARRACINO, MARÍA SOL RODRÍGUEZ TABLADO,
VIOLETTA CESANELLI-POMPONI, ENRIQUE RODRÍGUEZ
GRUPO DE ESTUDIOS INDEPENDIENTE

Resumen Nuestro objetivo fue evidenciar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas frente al COVID-19. Fueron encuestados 3774 individuos mayores de 16 años entre el 18/09/20 y el 16/10/20. El 80% residía en la ciudad de Buenos Aires o la Provincia de Buenos Aires. El 58% había completado estudio terciario. El 72% tenía actividad laboral independiente o en relación de dependencia pública o privada. Utilizaban el sistema de salud prepago el 51%, obra social laboral el 34%, y sistema público de salud cerca del 10%. De acuerdo a las variables socio-demográficas analizadas, la mayoría de la población fue representativa de la clase media. Del total de encuestados, el 7% tuvo diagnóstico de COVID-19. Observamos un alto nivel de conocimiento de la enfermedad, con 80 a 90% de respuestas correctas. En relación a las medidas adoptadas por las autoridades, los juicios emitidos variaron entre “correctas”, “insuficientes”, “perjudiciales”, “innecesarias”, etc. El 44% se sentía protegido por el sistema de salud. En cuanto a los referentes válidos para transmitir información, la respuesta preponderante fue el personal médico. En cuanto al momento de consultar por síntomas, un porcentaje importante (28%) lo haría en forma tardía. Observamos un alto grado de cumplimiento de las medidas de protección, a excepción del ítem “Asistencia a reuniones” (50%). Los resultados de estos estudios contribuyen a establecer estrategias comunicacionales para la prevención y el control de la enfermedad y de ese modo enfrentar de forma más eficiente eventuales rebotes de la enfermedad.

Palabras clave: COVID-19, conocimientos, actitudes, prácticas

Abstract *Knowledge, attitudes, and practices about COVID-19 in Argentina. A cross-sectional study.* Our objective was to assess levels of knowledge, attitudes, and practices against COVID-19. A total of 3774 persons were surveyed between September 18 and October 16, 2020. Eighty% resided in Buenos Aires City or Buenos Aires Province: 58% had completed tertiary education; 72% worked either independently or as employees in the public or the private sector; 51% used a prepaid health care plan, 34% were covered by a trade union-based health system, and near 10% used the public health services. According to the socio-demographic variables analyzed, the population studied was representative of the middle class. A total of 7% had been diagnosed with COVID-19. There was a high level of knowledge about the disease, judging by the high proportion of correct answers (80-90%). Regarding the measures taken by the government, the answers varied widely (“correct”, “inadequate”, “harmful”, “unnecessary”, etc.). The medical staff was the preferred source of information; 44% of respondents felt protected by their health system; 28% would only seek healthcare when feeling very sick. There was a high degree of compliance with most protection measures, except for attendance to social events in poorly ventilated spaces (50%). The results of these studies contribute to establishing communication strategies for the prevention and control of COVID-19 and thus deal more efficiently with eventual outbreaks of the disease.

Key words: COVID-19, knowledge, attitudes, practices

PUNTOS CLAVE Conocimiento actual

- Las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas pueden ser útiles para que las autoridades establezcan estrategias comunicacionales, afiancen las prácticas que resultan acertadas y/o modifiquen aquellas factibles de mejora. También ayudan a explicar la circulación de una enfermedad en la población.

Contribución del artículo al conocimiento actual

- Se muestra que el 97% de los participantes conocía los síntomas y las medidas de prevención para COVID-19; el 40% consideró correctas las medidas tomadas por las autoridades; el 53% se sintió protegido por su sistema de salud, y el 64% valoraba al personal de salud como principal comunicador. Pero el 51%, especialmente menores de 30 años, manifestó asistir a reuniones sociales en lugares cerrados, aunque siguiendo medidas de prevención.

En diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan (China) notificó un grupo de casos de neumonía. Luego se determinó que estaban causados por un nuevo coronavirus (COVID-19). El 11/3/2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el estado de pandemia¹, ya que la infección por COVID-19 se había extendido a 114 países. Se iniciaron campañas a nivel mundial para controlar la propagación del virus, con recomendaciones de medidas preventivas aún vigentes que incluyen el lavado de manos, el uso de mascarilla facial y el distanciamiento físico y social. La OMS estableció que el 15% de las personas afectadas presenta formas graves de la enfermedad y que el 5% padece una enfermedad crítica con insuficiencia respiratoria, distrés respiratorio agudo, tromboembolismo, sepsis y fallo múltiple de órganos².

En Argentina, el primer caso se diagnosticó el 3/3/2020 en una persona que regresaba de Milán. Los primeros casos detectados en el país ocurrieron en viajeros provenientes del exterior, residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y en algunos municipios del primer cordón del Conurbano Bonaerense. A partir del 20/3/2020, por Decreto 297/2020, se estableció el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) en todo el territorio nacional hasta el 31/3/2020. Esta situación fue evolucionando con modificaciones a las medidas y a la implementación de diferentes fases con la correspondiente apertura y cierre de actividades en diferentes regiones del país.

Hace más de 100 años, luego de la pandemia de fiebre española, la revista *Science*³ informaba que para la prevención efectiva son necesarios el conocimiento sobre la enfermedad, el aislamiento, y la percepción de vulnerabilidad por parte de la población. Tres condiciones que, por distintas razones, son difíciles de cumplir. Asimismo, la OMS ha señalado que la comunicación sanitaria es fundamental para incidir en casi la totalidad

de los aspectos de la salud y el bienestar, incluida la prevención de enfermedades, y la promoción de la salud y la calidad de vida⁴.

El objetivo de este trabajo fue evaluar el conocimiento de una muestra de población, sus actitudes y sus prácticas cotidianas, indagando en forma directa e indirecta en las condiciones sociales de los participantes, sus perfiles educativos, lugares de residencia, edades, trabajos, confianza en los medios de comunicación y en sus sistemas de salud.

Materiales y métodos

Con el objetivo antes descrito se diseñó una encuesta electrónica y se la distribuyó por medios digitales (redes sociales como WhatsApp, Facebook y correo electrónico) entre el 18/09/2020 y el 16/10/2020. Se asume que existió un sesgo en los datos relacionado con el tipo de población que pudo participar de la encuesta en función de la disponibilidad y el acceso a medios digitales.

La encuesta fue elaborada por un equipo interdisciplinario de profesionales (*Grupo de Estudios Independiente*) que incluyó médicos y profesionales de campos vinculados a la medicina, la psicología, la antropología y la educación. Se diseñó un formulario de respuesta anónima, estructurada y personal, destinado a mayores de 16 años que residieran en la Argentina. Para su diseño y construcción se tomaron en cuenta dos investigaciones previas sobre los conocimientos, actitudes y prácticas sobre COVID-19, una realizada en China⁵ y la otra en Malasia⁶.

El dispositivo contempló la indagación sobre distintos aspectos, separados en secciones: (i) datos poblacionales: edad, características sociales, laborales, educativas, habitacionales, entre otras; (ii) conocimientos sobre COVID-19; (iii) actitudes frente al COVID-19; (iv) prácticas relacionadas al COVID-19. El protocolo fue evaluado por el Comité de Bioética del Hospital Universitario Austral y no requirió aprobaciones especiales por sus características.

El enlace a la encuesta utilizada es: <https://forms.gle/SPXk5ymgEdUPZUQX8> (Anexo 1).

La muestra total constó de las respuestas de 3774 personas, de las cuales 288 (7.4%) habían padecido COVID-19. Se realizó un muestreo no probabilístico tipo bola de nieve. La encuesta fue socializada por los miembros del equipo de investigación a sus contactos a través de las redes sociales. La distribución geográfica de los encuestados dependió de los lugares de pertenencia y los vínculos de los miembros del equipo.

La muestra estuvo representada por una mayoría de mujeres (n: 2669, 71%). El promedio de edad fue 49 años. Para el análisis de los resultados, los participantes fueron categorizados en grupos etarios (Tabla 1). La distribución en función de los grupos etarios no presentó diferencias significativas, excepto por el grupo de mayores de 70 años, quienes representaron una proporción sustancialmente menor que los otros grupos (8.8%).

El 52.9% de los encuestados residía en la Provincia de Buenos Aires, el 27% en la CABA, el 8.3% en Tierra del Fuego, y el 11.7% se distribuyó en el resto de las provincias. Dentro de la Provincia de Buenos Aires, el Conurbano estuvo representado con el 90.7% y el resto de la provincia con el 9.3%. La composición de encuestados dentro del Conurbano fue la siguiente: 79.2% en el primer cordón, 13% en el segundo y 7.8% en el tercero. Solo el 2.9% (111 encuestados) vivía en barrios considerados vulnerables.

El 57.9% tenía estudios universitarios o terciarios completos. En relación a la actividad laboral, el 71.2% trabajaba en forma independiente o en relación de dependencia pública o privada.

El 51.3% utilizaba un sistema de salud prepago, el 34% una obra social laboral y el 9.9% restante el sistema de salud público.

Se realizaron 10 preguntas para evaluar el nivel de conocimiento sobre diversas áreas de la COVID-19. Tal como se observa en la Tabla 2, el porcentaje de respuestas correctas varió entre 70 y 97%, según el área indagada. Las respuestas que presentaron más errores fueron las vinculadas con la acción frente a los síntomas y a las medidas de aislamiento. No se encontraron diferencias entre los distintos grupos poblacionales ni entre los diferentes grupos etarios.

A través de la encuesta se identificó la valoración de la población sobre las medidas sanitarias determinadas por las autoridades (formas de aislamiento, normativas de cuarentena, cierre de comercios, limitación de movilidad, entre otras). Para ello, se ofrecieron las siguientes categorías de respuesta para que los participantes expresaran su opinión: correctas; innecesarias; perjudiciales; insuficientes; exageradas; otra (a completar).

El 40% de los encuestados consideró que las medidas eran correctas. El 49% identificó que las medidas eran "correctas" pero agregaron alguna objeción tal como "exageradas" o "perjudiciales". El 11% las calificó como "innecesarias", "insuficientes" o señaló que no tenía una valoración al respecto.

TABLA 1.– Grupos etarios

Edad (años)	Número	Porcentaje
≤ 30	592	15.7
30-39	694	18.4
40-49	696	18.5
50-59	752	19.9
60-69	708	18.7
≥ 70	332	8.8
Total	3774	100

TABLA 2.– Respuestas correctas de los 3774 participantes sobre conocimiento acerca de COVID-19

Áreas de conocimiento	Número	%
Síntomas	3653	96.8
Medidas de prevención	3676	97.4
Formas de contagio	3205	84.9
Personas vulnerables	3565	94.5
Aislamiento en caso de enfermedad	3582	94.9
Aislamiento social	2650	70.2
Indicaciones de tapaboca	3489	92.5
Acciones que contagian	3567	94.5
Qué hacer frente a los síntomas	2566	68

Cuando se indagó sobre la sensación de protección del sistema de salud utilizado ante una eventual consulta por COVID-19, 44.1% afirmó que se sentiría protegido por su sistema de salud, el 38.7% parcialmente protegido y el 17.4% no se sentiría protegido. La Tabla 3 presenta la valoración de los 280 encuestados que tuvieron COVID-19 sobre la respuesta de su sistema de salud.

La valoración del sistema de salud en relación al nivel educativo alcanzado fue mayor entre las personas que tuvieron COVID-19 comparados con los que no lo tuvieron. No se apreciaron grandes diferencias en la percepción de protección cuando se discriminó por grupos de edades.

Otro aspecto que se identificó en la encuesta fue quiénes son los referentes o comunicadores con más credibilidad para transmitir información sobre COVID-19. Se brindaron las siguientes alternativas de respuestas, habilitando la elección de más de una opción: "Autoridades de gobierno"; "Personal médico"; "Periodistas"; "Autoridades religiosas"; "Referentes barriales"; "Familiares o amigos/as"; "Redes sociales"; "Otra". La Tabla 4 muestra que la confianza estaba depositada preponderante en el personal médico (63.9%), seguido por las autoridades de gobierno (18%) como segundo referente de confianza, pero con una diferencia substancial.

Se consultó sobre la forma de proceder ante eventuales síntomas de COVID-19. El 70.7% indicó que realizaría una consulta médica de forma inmediata. El 28% afirmó que lo haría en forma tardía, a fin de evitar una internación o un aislamiento del hogar. Los resultados mostraron una diferencia

TABLA 3.– Sensación de protección del sistema de salud entre los 280 encuestados con COVID-19

Sensación de protección	Número	%
Sí me sentí protegido	148	52.9
Me sentí parcialmente protegido	78	27.9
No me sentí protegido	54	19.2
Total	280	100

TABLA 4.– Valoración positiva sobre comunicadores entre 3774 encuestados. Se permitía seleccionar más de una respuesta por encuestado

Valoración positiva	Número	%
Personal médico	3252	63.9
Autoridades del gobierno	924	18.2
Redes sociales	268	5.3
Familiares o amigos/as	264	5.2
Periodistas	165	3.3
Sociedad científica	66	1.4
Nadie	61	1.2
Referentes de salud internacionales	33	0.6
Referentes barriales	26	0.5
Autoridades religiosas	12	0.2
Otras	15	0.2
Total de encuestados	3774	100

entre los grupos poblacionales que realizarían una consulta médica de forma inmediata y los que no. Consultarían de forma tardía los más jóvenes, quienes viven en barrios vulnerables, quienes tienen primaria o secundaria incompleta y quienes usan más el transporte público de pasajeros. También se identificó una diferencia entre quienes utilizan el sistema de salud público y quienes utilizan medicina prepaga. El 75.4% de los que utilizan medicina prepaga consultaría de forma inmediata, mientras que así lo haría el 62.7% de los que utilizan el sistema de salud público.

A través de una serie de preguntas, se identificó el grado de cumplimiento de las medidas de protección: uso de tapabocas, lavado de manos, distanciamiento social, asistencia a reuniones y uso de transporte público. Es importante aclarar que el uso de transporte público de pasajeros no depende estrictamente de las elecciones de las personas sino de sus necesidades y posibilidades. Por dicho motivo no sería con precisión una práctica de cumplimiento o incumplimiento voluntario (Tabla 5).

La información que presenta la Tabla 5 pone de manifiesto el cumplimiento casi generalizado del uso de mascarilla y el lavado de manos. Cabe destacar que no se encontraron diferencias significativas en el cumplimiento de estas medidas de prevención en los distintos grupos poblacionales ni en los distintos grupos etarios. El transporte público no fue utilizado por el 82.5% de los encuestados.

La mitad de los encuestados afirmó participar de reuniones con no convivientes en espacios cerrados durante la cuarentena, incluyendo personas mayores de 70 años. Se observaron diferencias en el comportamiento respecto de la asistencia a reuniones en función de los grupos etarios. La participación en reuniones sociales aumentó a medida que la población era más joven (Tabla 6).

Como la asistencia a reuniones fue una práctica frecuente, se realizó un análisis multivariado, jerarquizando por su significado biológico las co-variables: sexo, edad, necesidad de salir del domicilio por trabajo y lavado de manos frecuente como posibles predictores de asistencia a reuniones sociales. No se objetivaron interacciones entre las co-variables. El resultado de este análisis mostró que: (i) el género masculino tiene una probabilidad 40.9% mayor de asistir a reuniones (IC: 18.5-67.5%); (ii) por cada año de edad disminuye la probabilidad de la asistencia a reuniones un 2.9% (IC: 2.4-3.3); (iii) entre las personas que dicen lavarse las manos disminuye la probabilidad de asistir a reuniones sociales, es un 76.1% menor (IC: 63.4-84.3); y (iv) las personas que salen por trabajo tienen 70.6% mayor probabilidad de asistir a reuniones (IC: 43.4-102.9) (Tabla 7).

El 7.4 % de los encuestados (n:288) tuvo COVID-19. Para el análisis de los resultados se decidió excluir a los trabajadores de la salud que enfermaron de COVID-19 porque su actividad de riesgo los expone al virus de forma más directa que al resto de la población. Es por ello que la muestra de los encuestados que tuvieron COVID-19 se redujo a 193 personas, que representan el 6.6% del total (Tabla 8).

Los resultados dan cuenta de que el uso de transporte público y la asistencia al trabajo de forma presencial representan prácticas de riesgo para el contagio de COVID-19. Asimismo, vivir en un barrio vulnerable y tener un nivel de estudios inferior al secundario completo, representan situaciones sociales que pueden tener algún grado de relación con la posibilidad de contagio. Sin embargo, no sucede lo mismo con la asistencia a reuniones. El tipo de trabajo y la cantidad de miembros de una familia tampoco indican relación con las posibilidades de infección de COVID-19.

TABLA 5.– Cumplimiento de las medidas de prevención para la COVID-19 en 3774 encuestados

Medidas de prevención	Cumple (Número)	No cumple (%)	Cumple (Número)	No cumple (%)
Uso de mascarilla	3644	96.6	130	3.4
Lavado de manos	3548	94	226	6
Uso del transporte público	3114	82.5	660	17.5
Asistencia a reuniones	1885	49.9	1889	50.1

TABLA 6.– Asistencia a reuniones por grupo etario en 3774 encuestas

Edad en años	No asistió (número)	No asistió (%)	Sí asistió (número)	Sí asistió (%)	Total
< 30	186	31.4	406	68.6	592
30-39	262	37.8	432	62.2	694
40-49	354	50.9	342	49.1	696
50-59	416	55.3	336	44.7	752
60-69	445	62.9	263	37.1	708
≥ 70	223	67.2	109	32.8	332
Total	1886	50	1888	50	3774

TABLA 7.– Relación significativa entre variables y probabilidad de asistencia a reuniones sociales por estudio multivariado (excluidos trabajadores de la salud).
Total: 2888

Variable	Probabilidad de asistencia a reuniones sociales	IC 90%
Género masculino	Aumenta 40.9%	18.5-67.5
Edad (por cada año de aumento de edad)	Disminuye 2.9%	2.4-3.3
Refiere lavado de manos	Disminuye 76.1%	63.4-84.3
Salir de casa para trabajar	Aumenta 70.6%	43.4-102.9

IC: Intervalo de confianza

TABLA 8.– Características poblacionales y prácticas de prevención del contagio entre encuestados que tuvieron COVID-19 (n: 193) (excluidos trabajadores de la salud) y no tuvieron COVID-19 (n: 2695)

Característica	No tuvo COVID-19 (número)	No tuvo COVID-19 (%)	Sí tuvo COVID-19 (número)	Sí tuvo COVID-19 (%)	p
Uso habitual del transporte público	204	88.3	27	11.7	
No uso habitual del transporte público	2491	93.8	166	6.2	< 0.01
Concurrió a reuniones sociales	824	92.8	64	7.2	
No concurrió a reuniones sociales	1871	93.6	129	6.4	0.45
Salió de casa para trabajar	782	90.2	85	9.8	
No salió de casa para trabajar	1913	94.7	108	5.3	< 0.0001
Grupo familiar con ≥ 5 miembros	315	91.8	28	8.2	
Grupo familiar con < de 5 miembros	2480	93.8	165	6.2	0.24
Vive en barrio vulnerable	60	83.3	12	16.7	
No vive en barrio vulnerable	2635	93.6	181	6.4	< 0.001
Educación < secundario completo	168	88	23	12	
Secundario completo o >	2527	93.7	170	6.3	< 0.01
Trabaja en changas o desocupado	145	91.2	14	8.8	
Otro trabajo o jubilado	2550	93.4	179	6.6	0.3

Discusión

En este estudio se indagó acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas de una muestra de la población argentina en relación a la pandemia del COVID-19. Asimismo, se buscaron evidencias para identificar la percepción de la población sobre los agentes de comunicación de referencia para informarse sobre el tema. También se relevaron las valoraciones sobre las medidas sanitarias adoptadas y sobre los sistemas de salud. Este tipo de estudios contribuye a profundizar la interpretación de la pandemia y conocer la incidencia de la infección confirmada por COVID-19 y su relación con diversos indicadores sociales⁷.

A continuación, se presentan algunas consideraciones sobre los resultados de variables analizadas, categorizadas por temáticas:

Es preciso señalar, como primera advertencia, que los datos demográficos indican que la muestra obtenida es representativa de una población de nivel socioeconómico medio, ABC₁ y ABC₂^{8,9}. Se desprende de los resultados que el nivel de conocimiento sobre la enfermedad es alto. Es posible considerar que los medios gráficos, televisivos, radiales, las redes sociales y los mecanismos informales hayan tenido un rol fundamental en la transmisión de dichos conocimientos.

El 40% de la población encuestada identificó positivamente las medidas tomadas por las autoridades. En

este sentido, es posible advertir una actitud crítica de la mayoría hacia las políticas sanitarias. Los medios de comunicación y las redes sociales han tenido un rol importante en el desarrollo de las diferencias en las que se ponen en juego apreciaciones personales, voluntades políticas y divergencias comunicacionales¹⁰. Los medios de comunicación transmiten información similar sobre los modos de transmisión del virus de COVID-19. Sin embargo, las medidas de aislamiento y confinamiento no tienen la misma unidad de criterio y valoración. Dichas medidas forman parte de políticas sanitarias que presentan diferencias y particularidades en los distintos países, regiones, jurisdicciones e incluso a nivel municipal o departamental. En este sentido, al tratarse de determinaciones políticas y no de información científica, conducen a valoraciones dilemáticas en la población.

Solo el 10% de los encuestados utilizaba el sistema de salud público. El 90% restante utilizaba sistemas de medicina prepagada u obras sociales. Esto refleja el perfil socioeconómico de la población que conformó la encuesta. Es notable que únicamente el 44.1% de los encuestados se sentiría protegido por su cobertura social si fueran afectados por COVID-19. Un 38.7% se sentiría parcialmente protegido y un 17.4% no se sentiría protegido. Esto indica una significativa desconfianza de los sistemas sanitarios para dar respuesta ante una situación de contagio. Sin embargo, la valoración positiva aumentó entre los mayores de 60 años y los que tuvieron COVID-19.

Los datos dan cuenta de una alta credibilidad en el personal médico. Con una marcada diferencia, representaron la voz más autorizada para este grupo poblacional. El 63.5% de los encuestados reconoció la figura del médico/a como referente comunicacional. El referente que le siguió por nivel de reconocimiento fue "autoridades de gobierno", pero representó tan solo el 18%. Esta información puede ser importante para la planificación de futuras comunicaciones sociales referentes a la salud.

Los datos sobre la actitud de la población frente a los síntomas de COVID-19 revelan que el 70.7% actuaría realizando una consulta médica de forma inmediata. Sin embargo, es necesario resaltar el 28% que realizaría una consulta médica solo en caso de sentirse muy mal. Este porcentaje representa una situación preocupante dado que la consulta tardía puede involucrar mayor gravedad de los síntomas, mayor riesgo de muerte por la enfermedad y además implica una demora en la detección de contactos estrechos que requieren aislamiento.

Observamos cumplimiento casi generalizado del uso de mascarilla y el lavado de manos. El dato más relevante referido a las medidas de prevención se relacionó con la asistencia a reuniones sociales. La mitad de los encuestados afirmó haber asistido a reuniones sociales con personas no convivientes en lugares cerrados. Si bien la proporción disminuyó en los mayores de 60 años, en este rango etario siguió habiendo un alto porcentaje (31-32%)

que confirmó esta práctica. La asistencia a reuniones sociales contrasta con los altos niveles de conocimientos sobre las formas de transmisión del COVID-19. Evidentemente, los encuestados reconocían los riesgos a nivel teórico pero este conocimiento no se correspondió con las prácticas necesarias para la prevención. Por un lado, las prácticas de prevención que implican cambios de hábitos personales, como el lavado frecuente de manos o el uso de mascarilla, tienen una gran aceptación y altos niveles de implementación. Por el otro, la práctica que implica cambio de hábitos que apelan a lo grupal y a la socialización (tales como evitar asistir a reuniones) presentan más resistencia y dificultad para su implementación. Consideramos que existen múltiples causas que conducen al incumplimiento parcial o total de las normativas¹¹. Entre ellas, el distanciamiento puede ser vivido como desapego. También influyen las diferentes percepciones del riesgo y la relativización de la información oficial por parte de los medios de comunicación, entre otros elementos. Este tema podría profundizarse en investigaciones futuras.

Al momento del diseño de esta encuesta, uno de los objetivos fue evaluar si había relación entre indicadores del nivel socioeconómico y educativo, la adopción de prácticas preventivas y la incidencia de infección confirmada por COVID-19. En la muestra, a pesar del alto número de encuestados, los niveles socioeconómicos y educativos bajos no quedaron suficientemente representados. En el análisis univariado encontramos relación significativa para algunas características, como el uso habitual del transporte público de pasajeros, el tener que salir de la casa para trabajar, los niveles de educación secundaria incompleta o menor y el vivir en barrios vulnerables. Por lo tanto, se puede observar una tendencia hacia un mayor nivel de contagios y una menor posibilidad de aislarse entre los representantes de clase baja, tal como fue establecido en estudios anteriores¹².

En conclusión, frente a los rebrotes que atraviesan varios países y el inicio del plan de vacunación, es fundamental tener en cuenta las consideraciones surgidas de este tipo de investigaciones, que pueden reforzar los aspectos positivos de lo ya implementado en los distintos ámbitos institucionales, contribuir a encontrar alternativas para los objetivos no logrados y avanzar en la comunicación y difusión de medidas de prevención.

Replicar este tipo de encuestas a fin de que queden representados diferentes estratos sociales y regiones del país contribuiría a ajustar las pautas comunicacionales hacia las distintas necesidades. Resulta fundamental continuar la búsqueda de instrumentos para la adhesión a un Proyecto Colectivo de Sanidad¹³.

Las encuestas sobre conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con COVID-19 son útiles para gestionar estrategias comunicacionales diferentes para los casos de conocimientos deficientes o para reafirmar aquellas que colaboraron con un correcto conocimiento. Asimismo,

mo, permiten analizar cuál es la reacción de la población frente a la noxa, los cuidados, las limitaciones para cumplir protocolos y, la confianza en los comunicadores. Conocer estos aspectos es importante para que las autoridades establezcan estrategias comunicacionales que afiancen las que resultan acertadas, y modifiquen otras cuyos indicadores son perfectibles.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. OPS/OMS. La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia, 11 de marzo 2020. En: https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10436:la-oms-caracteriza-a-covid-19-como-una-pandemia&Itemid=226; consultado diciembre 2020.
2. OMS. Declaración de la OMS tras superarse los 100 000 casos de COVID-19, 7 de marzo 2020. En: <https://www.who.int/es/news/item/07-03-2020-who-statement-on-cases-of-covid-19-surpassing-100-000>; consultado diciembre 2020.
3. Soper G. The lessons of the pandemic. *Science* 1919; 49: 501-6.
4. Rimal RN, Lapinski MK. Why health communication is important in public health. *Bull WHO* 2009; 87: 247.
5. Zhong BL, Luo W, Li HM, et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: A quick online cross-sectional survey. *Int J Biol Sci* 2020; 16: 1745-52.
6. Azlan AA, Hamzah MR, Sern TJ, Ayub SH, Mohamad E. Public knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: A cross-sectional study in Malaysia. *PLoS One* 2020; 15: 1-15.
7. Centeno J. Guía para elevar el Cuestionario de un Estudio CAP. ISSUU, Buenos Aires, marzo 2014. En: https://issuu.com/juancenteno777/docs/gu_a_para_elaborar_el_cuestionario; consultado diciembre 2020.
8. Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC). Índice del Progreso Social de una Población, 2018. En: <https://www.cippec.org/>; consultado diciembre 2020.
9. Universidad Católica Argentina. Estructura Social de La Ciudad Autónoma de Bs. As. Evolución 2004-2010. Dimensión de Variables e Indicadores. Observatorio de la Deuda Social Argentina. Buenos Aires, 2018. En: <http://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Presentaciones%202018/2018/2018-Observatorio-INFORME-ESTRUCTURA-SOCIAL-CABA.pdf>; consultado diciembre 2020.
10. Bavel JJV, Baicker K, Boggio PS, et al. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nat Hum Behav* 2020; 4: 460-71.
11. Sermán P, Wilkis A. ¿Por qué no obedecemos? *Le Monde Diplomatique* Octubre 2020, N° 256. En: <https://www.eldiplo.org/notas-web/por-que-no-obedecemos/>; consultado diciembre 2020.
12. Di Virgilio MM, Marcos M, Mera G. Las ciudades dentro de la ciudad: características sociodemográficas y habitacionales de la Ciudad de Buenos Aires según sus tipos de hábitat. Dirección General de Estadística y Censos Argentina. *Población Buenos Aires* 2015; 12: 33-58. ISSN: 1668-5458.
13. Feierstein D. Entre el negacionismo y la naturalización. Nodal. En: <https://www.nodal.am/2020/10/entre-el-negacionismo-y-la-naturalizacion-por-daniel-feierstein-especial-para-nodal/>; consultado diciembre 2020.

Encuesta sobre Covid-19

Esta encuesta es una iniciativa de un grupo interdisciplinario de profesionales de la salud, de la educación y de las ciencias sociales. Formamos parte de diversos espacios laborales: hospitales, universidades, organizaciones de la sociedad civil, entre otras instituciones.

Completar la encuesta le llevará de 5 a 10 minutos aproximadamente.

Es ANÓNIMA, no se requiere nombre, documento ni domicilio, por eso puede responder libremente y sin temor.

Es VOLUNTARIA, puede no contestar, y eso no lo perjudica.

Es GRATUITA.

Esta encuesta es para personas que vivan en ARGENTINA y sean MAYORES DE 16 AÑOS.

Tiene como objetivo conocer qué impactos sanitarios y sociales genera la pandemia en la población.

Se consulta sobre datos poblacionales, conocimientos, prácticas y actitudes sobre Covid19.

Se espera que estos datos colaboren con el abordaje comunitario de la pandemia, actual o futuro.

*Obligatorio

1. Acepta responder la encuesta? Recuerda que debe vivir en Argentina y tener 16 años o más.

Marca solo un óvalo

Acepto

No acepto

Datos poblacionales

2. Provincia*

Marca solo un óvalo

Buenos Aires

Ciudad de Buenos Aires

Catamarca

Chaco

Chubut

Córdoba

Corrientes

Entre Ríos

Formosa

Jujuy

La Pampa

La Rioja

Mendoza

Misiones

Neuquén

Río Negro

Salta

San Juan

San Luis

Santa Cruz

Santa Fe

Santiago del Estero

Tierra del Fuego

Tucumán

3. Partido o Departamento o Ciudad*

4. ¿Vive en un barrio vulnerable, villa o asentamiento?*

Sí

No

5. Ud. es...*

Marca solo un óvalo

Mujer

Hombre

Prefiero no decirlo, otros:

6. Edad*

7. Nivel de estudios alcanzados

* *Marca solo un óvalo*

- Primario incompleto
- Primario completo
- Secundario incompleto
- Secundario completo
- Terciario incompleto
- Terciario completo
- Universitario incompleto
- Universitario completo

8. ¿Tuvo que salir de su hogar para trabajar durante la cuarentena?*

Marca solo un óvalo

- Sí
- No

9. Su ocupación es ...*

(puede seleccionar más de una)

Selecciona todas las opciones que correspondan

- Trabajo independiente
- Trabajo en relación de dependencia (sector privado)
- Trabajo en relación de dependencia (sector público)
- Trabajo informal (changas)
- Trabajo del hogar
- Sin trabajo, estudiante
- Jubilado/a

10. ¿Cuántas personas viven en su hogar?*

Marca solo un óvalo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9, 10 más de 10

11. ¿Cuántos ambientes (sin contar pasillo, baño y cocina) tiene su hogar?*

Marca solo un óvalo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6, 7 más de 7

12. ¿Tiene agua corriente?*

Marca solo un óvalo

- Sí
- No

13. ¿Tiene baño dentro de la casa?*

Marca solo un óvalo

- Sí
- No

14. ¿Qué cobertura de salud utiliza con mayor frecuencia?*

Marca solo un óvalo

- Sistema de medicina prepaga (con o sin derivación de aportes)
 Obra social laboral
 Sistema público de salud
 Otro

15. Seleccione si su actividad laboral se vincula con alguno de estos campos:*

Marca solo un óvalo.

- Medicina
 Trabajo social
 Enfermería
 Otras actividades en hospital, sanatorio o geriátrico
 No, no tengo actividad laboral vinculada a estos campos
 Conocimientos sobre Covid-19

16. ¿Cree que existe el virus de la Covid-19?*

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No
 Tengo dudas

17. Los síntomas principales de la enfermedad son: fiebre, tos, falta de aire, malestar general, dolor de cabeza*

Marca solo un óvalo

- Verdadero
 Falso
 No sé

18. Las siguientes medidas pueden prevenir la enfermedad: - Lavarse frecuentemente las manos Usar mascarillas o tapabocas. - Estar a 2 metros de la otra persona.*

Marca solo un óvalo

- Verdadero
 Falso
 No sé

19. Solo puedo contagiar si tengo tos o fiebre*

Marca solo un óvalo.

- Verdadero
 Falso
 No sé

20. La infección por Covid 19 es más grave en los mayores de 60 y en los que sufren otras enfermedades*

Marca solo un óvalo

- Verdadero
 Falso
 No sé

21. Las personas con Covid 19 para no contagiar deben aislarse 10 a 14 días*

Marca solo un óvalo

- Verdadero
 Falso
 No sé

22. Solo los mayores de 60 y las personas con enfermedades deben evitar lugares concurridos y el transporte público*

Marca solo un óvalo

- Verdadero
 Falso
 No sé

23. Las mascarillas/tapabocas no son necesarias para menores de 60, salvo que esté enfermo*

Marca solo un óvalo

- Verdadero
 Falso
 No sé

24. El virus de Covid-19 es muy fácil de contagiárselo por que se transmite por las gotitas de saliva al hablar, toser o estornudar*
- Marca solo un óvalo*
- Verdadero
- Falso
- No sé
25. Las siguientes acciones NO contagian Covid 19: compartir el vaso y los cubiertos, compartir mate, besarse*
- Marca solo un óvalo*
- Verdadero
- Falso
- No sé
26. Si tengo fiebre y dolor de cabeza y/o tos, debo esperar un par de días para ver si se pasa solo*
- Marca solo un óvalo*
- Verdadero
- Falso
- No sé
- Actitudes frente al Covid-19
27. Considera que las medidas tomadas por las autoridades (cuarentena, cierre de comercios, limitación de movilidad etc.) fueron:*
- Marca solo un óvalo*
- Correctas
- Innecesarias
- Perjudiciales
- Insuficientes
- Exageradas Otros:
28. ¿Tuvo Covid-19 confirmado?*
- Marca solo un óvalo*
- Sí. Me sentí protegido por el sistema de salud
- Sí. Me sentí parcialmente protegido por el sistema de salud
- Sí. NO me sentí protegido por el sistema de salud
- No tuve Covid-19
29. Si tuviese que acudir al sistema de salud para descartar o confirmar Covid-19, ¿cree que se sentiría protegido?*
- Marca solo un óvalo.*
- Sí
- No
- No sé
- Ya tuve Covid-19
30. Si tuviese síntomas de Covid-19 ¿qué actitud asumiría?*
- Puede elegir más de una respuesta
- Selecciona todas las opciones que correspondan*
- Consultaría inmediatamente
- Trataría que se pase solo por temor a que me internen
- Trataría que se pase solo para no abandonar mi casa
- No consultaría para no tener la obligación de aislarme
- Solo consultaría si me siento muy mal
- Otros: _____
31. Si tuvo síntomas de Covid-19 ¿se aisló durante durante 10 o 14 días?
- Puede seleccionar más de una opción. Conteste únicamente en el caso de haber tenido síntomas.
- Selecciona todas las opciones que correspondan*
- Sí, en una habitación de mi hogar
- Sí, en una sala de hospital
- Sí, en un centro estatal de aislamiento
- Sí, en un centro o institución privada
- No tuve lugar apropiado para aislamiento
- No me aislé

32. ¿Cuáles son los referentes en quién más confía para recibir información sobre cuidados Covid-19?*

Puede elegir más de una opción

Selecciona todas las opciones que correspondan

- Autoridades del gobierno
- Personal médico
- Periodistas
- Autoridades religiosas
- Referentes barriales
- Familiares o amigos/as
- Redes sociales

Otros: _____

Prácticas relacionadas al Covid-19

33. ¿Usa mascarilla/tapabocas al salir de su casa?*

Marca solo un óvalo

- Sí
- No
- A veces

34. ¿Hace lavado de manos con jabón o alcohol después de haber tenido contacto con el exterior?*

Marca solo un óvalo

- Sí
- No
- A veces

35. ¿Utilizó el transporte público durante la cuarentena?*

Marca solo un óvalo

- Sí
- No
- Pocas veces

36. ¿Asistió a reuniones (con personas no convivientes) en espacios cerrados durante la cuarentena?*

Marca solo un óvalo

- Sí
- No
- Pocas veces

37. Si asistió a reuniones, ¿guardó distancia de más de 2 metros y usó mascarilla/tapabocas?*

Marca solo un óvalo

- Sí
- No
- Casi siempre
- No asistí a reuniones