

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA
ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE SAN - (51,02 DE
TUNAN – HUANCAYO, 2013**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA

ATAO ZARATE, BIANET YULINDA

ASESORA

VÍLCHEZ REYES, MARÍA ADRIANA

CHIMBOTE - PERÚ

2016

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgr. Julia Cantalicia Avelino Quiroz

Presidenta

Mgr. Leda María Guillén Salazar

Secretaría

Dra. Sonia Avelina Girón Luciano

Miembro

DEDICATORIA

Con mucho cariño a mis padres
Adelaido y Alejandra, por el
esfuerzo que realizan para salir
adelante e inculcarme buenas
enseñanzas a la vez por el amor y
cariño que me brindan día a día.

A mis hermanos Yuly y Betty, a
los cuales quiero mucho y por
haberme brindado su apoyo
incondicional y motivación para
salir adelante esperando siempre
lo mejor de mí.

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Fuente inagotable de mis
fortalezas en este camino que se
llama vida y por bendecir mi hogar
y por haberme dado todo lo que
tengo ahora.

A mis padres:

Por haber hecho de mí una persona
de bien y por darme todo su apoyo
incondicional y amor, son el motivo
para
superarme y salir adelante día.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo general describir los determinantes de la salud de la persona adulta joven del distrito de San Jerónimo de Tunan 2013. La muestra estuvo constituida por 338 personas adultas jóvenes a quienes se les aplicó un instrumento: Cuestionario sobre los determinantes de salud utilizando la técnica de la entrevista y la

observación. Los datos fueron procesados en el paquete SPSS / info / software versión 18. Para el análisis de los datos se construyeron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales, así como sus respectivos gráficos estadísticos, obteniéndose los siguientes resultados: En los determinantes socioeconómicos: Menos de la mitad tiene grado de instrucción secundaria completa e incompleta, un ingreso económico de 551 a 999 soles, la mayoría tiene tenencia de trabajo eventual. En los determinantes relacionados con la vivienda: La totalidad de personas adultas jóvenes tiene abastecimiento de agua, desagüe, energía eléctrica. En los determinantes de estilo de vida: La totalidad no consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, la mayoría no fuma, ni ha fumado de manera habitual y realizan actividad física. En los determinantes de las redes sociales y comunitarias: La mayoría manifiesta que no hay pandillaje, no recibe apoyo social organizado, la mayoría tiene seguro SIS – MINSA, la calidad de atención recibida fue buena, no recibe apoyo social natural, recibe como apoyo social de las organizaciones (Otros como programa juntos).

P palabras clave: Adulta joven y determinantes de la salud

ABSTRACT

This quantitative descriptive research work was carried out with the aim of describing the Determinants of Health of Young Adult Person of the Since San Jeronimo de Tunan. The sample was 338 people per young adult. The data collection instrument was a questionnaire on Determinants of Health of People, which was applied the criteria of validity and reliability for the database program SPS Version 18 The results are presented in tables and used graphs of a single entry. He reached the following conclusions: With

reference to the determinants of health of the person socioeconomics. The research is based on the conceptual basis of the World Health Organization at the Social Determinants of Health as "circumstances in which people are born, grow, live, work and age, including the health system. These circumstances are the result of the distribution of money, power and resources at global, national and local levels, which in turn depends on the policies adopted." (46) have adult woman: most have a high school degree, employment status of a permanent job tenure or own business; most have incomes of 551-999 soles. On the determinants of housing young adult are: most have homeownership, cement flooring material, ceiling material concrete, cement walls material, piped water connection at home, sewer, gas for cooking food, electricity, garbage collection all week but not every day, eliminate your trash collection containers in specific; most have 1-2 room. According to the determinant of lifestyles, most do not smoke. Drinking alcohol occasionally, most physically active for more than 20 minutes. The determinant of social and community networks, half were seen in the last 12 months in the health center, most do not have SIS; most received regular quality care.

Keywords: Determinants of Health, Young adult person.

ÍNDICE	Pág.
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE /\$LITERATURA	
2.1. Antecedentes.....	9
2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación.....	11

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	18
3.2. Universo muestral.....	18
3.3. Definición y Operacionalización de las variables.....	19
3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	30
3.5. Plan de Análisis.....	32
3.6. Principios éticos.....	33

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados.....	35
4.2. Análisis de los resultados.....	45

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.....	64
5.2. Recomendaciones.....	65

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....66

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1... ..	35
DETERMINANTES DE LA SALUD SOCIOECONÓMICOS DE LA PERSONA ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO DE TUNAN- HUANCAYO, 2013.	
TABLA 2... ..	36

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO DE TUNAN– HUANCAYO, 2013.

TABLA 3...38

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LA PERSONA ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO DE TUNAN – HUANCAYO, 2013.

TABLA 4, 5,6.....40

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LA PERSONA ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO DE TUNAN– HUANCAYO, 2013.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

GRÁFICO 1.....94

DETERMINANTES DE LA SALUD SOCIOECONÓMICOS DE LA PERSONA ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO DE TUNAN – HUANCAYO, 2013.

GRÁFICO 2.....95

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DE

LA PERSONA ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO DE
TUNAN – HUANCAYO, 2013.

GRÁFICO 3.....99
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LA PERSONA ADULTA
JOVEN DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO DE TUNAN – HUANCAYO,
2013.

GRÁFICO 4, 5,6.....102
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE LA
PERSONA ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO DE TUNAN
– HUANCAYO, 2013.

I. INTRODUCCIÓN

La salud en el siglo XXI cobra una importancia sin precedentes en la historia de la humanidad, por un lado, está tomando una dimensión muy especial en cuanto a seguridad respecta. Como tema de seguridad, la salud ha ascendido en la escala de los intereses en todo el mundo, y cuando hablamos de seguridad nos estamos refiriendo a la amenaza de las epidemias, el bioterrorismo y se ha priorizado el tema de salud significativamente, la salud de la población está determinada por las interacciones complejas entre las características individuales y sociales que aborda una amplia gama de factores integral e interdependiente (1).

En la conferencia de Alma Ata en 1976 la OMS definió la salud como el perfecto estado físico, mental y social y la posibilidad para cualquier persona de estar de aprovechar y desarrollar todas sus capacidades en el orden intelectual, cultural y espiritual. Por lo que, en definitiva la salud es algo más que la simple ausencia de enfermedad es un equilibrio armónico entre la dimensión física mental y social; y está determinada por diversos factores, los cuales son conocidos como determinantes sociales de la salud (2).

Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La casi totalidad de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico (2).

Cuando hablamos de nivel de salud de una población, en realidad se está hablando de distintos factores que determinan el nivel de salud de las poblaciones y la mitad de los factores que influyen sobre cuán saludable es una población tienen que ver con factores sociales. Los factores biológicos son solamente el 15%, los factores ambientales un 10% y los asociados a atención de salud en un 25%. Por lo tanto, la mitad de los efectos en salud se deben a determinantes sociales que están fuera del sector salud (3).

El concepto de determinantes surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. La salud de la población se promueve otorgándole y facilitándole el control de sus determinantes sociales (4).

Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud. También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla”. De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud (5).

La Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, ha denominado a los factores determinantes como «las causas de las causas» de la enfermedad. Y reconoce a la promoción de la salud como la estrategia más efectiva de salud pública capaz de impedir la aparición de casos nuevos de enfermedad a nivel

poblacional. Es la estrategia capaz de parar la incidencia de las enfermedades y mantener en estado óptimo la salud de las poblaciones, precisamente porque actúa sobre estas determinantes (5).

De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas (5).

En los últimos años, se han dado grandes pasos para fortalecer la promoción de la salud con una orientación moderna, que trascienda los ámbitos de la educación sanitaria individual o de la aplicación de la comunicación social al llamado de cambio de conducta por parte de cada individuo. El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con las determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública (6).

La salud de las personas ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas. Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente norma económica, y el deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud de las personas (7).

Equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Se puede definir como, “la ausencia de diferencias injustas e evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente.” (8).

Inequidad no es sinónimo de desigualdades en salud, porque algunas diferencias, por ejemplo las brechas en expectativa de vida entre mujeres y hombres, no son necesariamente injustas o evitables. Inequidad en cambio lleva implícita la idea de injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles (8).

En definitiva, los determinantes de la salud han surgido a partir de la segunda mitad del siglo XX teniendo como máximo exponente el modelo de Lalonde, a partir del cual se han ido desarrollando e incluyendo conjuntos de factores o categorías que han hecho evolucionar los determinantes de salud en función de los cambios sociales y las políticas de salud de los países y organismos supranacionales. Este desarrollo de los determinantes de salud es paralelo a la evolución de la Salud Pública en el siglo XX y al surgimiento y desarrollo de ámbitos como promoción de la salud, investigación en promoción de salud y educación para la salud (9).

Los determinantes de la salud están unánimemente reconocidos y actualmente son objeto de tratamiento y estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la OMS en el año 2005 ha puesto en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, también en el marco de la Unión Europea, en el año 2002 se puso en marcha un programa de acción comunitaria en el ámbito de la Salud Pública; por último, en España tanto las autoridades sanitarias estatales como autonómicas están implicadas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud (10).

El enfoque de los determinantes sociales de la salud no es sólo un modelo descriptivo, sino que supone necesariamente un imperativo ético-político. Las desigualdades en salud que no se derivan de las condicionantes biológicas o ambientales, ni de la despreocupación individual, sino de determinaciones

estructurales de la sociedad, que pueden y deben ser corregidas. Del enfoque de los determinantes sociales se sigue que todos los consensos básicos que definen la estructura de la sociedad y que se traducen en tales inequidades, carecen de justificación. En último término, no importa cuánto crecimiento económico pueda exhibir un ordenamiento social: si se traduce en inequidades de salud, debe ser modificado (11).

En nuestro país existen situaciones de inequidad de la salud entre las personas. Por un lado, existen inequidades de acceso a los servicios. Por otro, hay inequidades en los resultados observados en los indicadores nacionales, diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas. Sin violentar los supuestos conceptuales del actual modelo socioeconómico, estas inequidades en salud pueden describirse como resultado natural de la generalización del libre mercado a todas las dimensiones de la vida social (11).

Estos determinantes, después que todo, afectan las condiciones en las cuales las niñas y los niños nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo su comportamiento en la salud y sus interacciones con el sistema de salud. Las condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición y poder de los hombres y las mujeres de nuestras diferentes poblaciones, dentro de sus familias, comunidades, países y a nivel mundial, que a su vez influyen en la elección de políticas (11).

No escapa esta problemática de salud en el país, viéndolo en tres grandes grupos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamientos de los sistemas de salud y finalmente los problemas ligados a los determinantes de la salud, los problemas ligados

al agua y saneamiento básico, seguridad alimentaria, educación, seguridad ciudadana, seguridad en el ambiente de trabajo, estilos de vida y pobreza hacen de vital importancia la participación de otros sectores (12).

A esta relación no es ajena el distrito de San Jerónimo de Tunan - Huancayo Se fundó el 5 de octubre de 1854, en la actualidad hay 8216 habitantes, Limita al norte y al oeste con la provincia de Concepción, al este con el distrito de Ingenio y el distrito de Quilcas, y al sur con el distrito de San Pedro de Saño. Su clima es templado, seco con días de intenso calor envuelto con un cielo azul, y contrariamente con noches frías entre los meses de abril a setiembre. Con vientos en el mes de agosto, y la época de lluvias es de octubre a marzo, lo cual se aprovecha para la agricultura con sembríos de maíz, papas, quinua, tarwi, frijoles, arvejas habas, linaza, y en las zonas altas ocas, mashua, ollucos, cebada, trigo, así como una variedad de hortalizas, entre otros productos, existen varios talleres artesanales que se dedican a la orfebrería en plata y oro.

En la cual el mínimo de estas personas constan de titulación propia, el material es mayormente rustico y algunos de material noble, etc. En los servicios básicos están completos en lo que es agua, luz y desagüe. y un centro de salud San Jerónimo de Tunan de nivel I.2. (13).

Por lo anteriormente expresado, el enunciado del problema de investigación es el siguiente:

¿Cuáles son los determinantes de la salud de la persona adulta joven del distrito de San Jerónimo de Tunan – Huancayo 2013?

Para dar respuesta al problema, se ha planteado el siguiente objetivo general:

Describir los determinantes de la salud en las persona adulta joven del distrito de San Jerónimo de Tunan - Huancayo, 2013

Para poder conseguir el objetivo general, nos hemos planteado los siguientes objetivos específicos:

Identificar los determinantes del entorno socioeconómico de la persona adulta joven (Grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental).

Identificar los determinantes de los estilos de vida de la persona adulta joven: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad.

Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: de la persona adulta joven. Acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social.

Finalmente, la investigación se justifica en el campo de la salud ya que permite generar conocimiento para comprender mejor los problemas que afectan la salud de la población y a partir de ello proponer estrategias y soluciones. En ese sentido, la investigación que se realizara es una función que todo sistema de salud requiere cumplir puesto que ello contribuye con la prevención y control de los problemas sanitarios. Las investigaciones bien dirigidas y de adecuada calidad son esenciales para lograr reducir las desigualdades, mejorar la salud de la población y acelerar el desarrollo socioeconómico de los países.

El presente estudio permitirá instar a los estudiantes de la salud, a investigar más sobre estos temas y su aplicación en políticas para mejorar estos determinantes, único

camino para salir del círculo de la enfermedad y la pobreza, y llevarlos a construir un Perú cada vez más saludable. También ayuda a entender el enfoque de determinantes sociales y su utilidad para una salud pública que persigue la equidad en salud y mejorar la salud de la población, en general, y promocionar su salud, en particular, implica el reforzamiento de la acción comunitaria para abordar los determinantes sociales de la salud.

Esta investigación es necesaria para los establecimientos de salud porque las conclusiones y recomendaciones pueden contribuir a elevar la eficiencia del Programa Preventivo promocional de la salud en todos los ciclos de vida y reducir los factores de riesgo así como mejorar los determinantes sociales, permitiendo contribuir con información para el manejo y control de los problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

Además es conveniente para: Las autoridades regionales de la Direcciones de salud y municipios en el campo de la salud, así como para la población a nivel nacional; porque los resultados de la investigación pueden contribuir a que las personas identifiquen sus determinantes de la salud y se motiven a operar cambios en conductas promotoras de salud, ya que al conocer sus determinantes podrá disminuir el riesgo de padecer enfermedad y favorece la salud y el bienestar de los mismos.

II REVISIÓN DE LITERATURA:

2.1. Antecedentes de la investigación:

2.1.1 Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

A nivel internacional:

Gonçalves M y col (14), en su investigación “Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil”. Los resultados obtenidos revelan, que los factores socioeconómicos, medidos por la escolaridad, influyen significativamente la condición de salud de los ancianos. Además, fueron observados diferenciales de género: las mujeres presentaron peores condiciones de salud en relación a los hombres.

Tovar C y García C (15), en su investigación titulada “La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”, concluye que las condiciones de salud están determinadas por factores asociados con el género, la etnia, la afiliación al sistema de salud, las condiciones de vida y la ubicación del hogar, además de factores socioeconómicos como el ingreso, la edad y el nivel educativo y que los factores asociados con las condiciones de vida del hogar señalan que la percepción de unas buenas condiciones es un determinante significativo para tener un buen estado de salud en todas las regiones.

A nivel Nacional:

Rodríguez Q (16), en su investigación titulada “Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de mayo-Amazonas. Se encontró que los determinantes sociales: analfabetismo en madres (22,5%), en padres (10%), la agricultura como

actividad económica predominante de los padres (72,5%), comercio en las madres (20%), limitado acceso al mercado, tecnología y financiamiento económico (45,5%); determinantes del derecho humano: limitado acceso a vida larga y saludable en niños con bajo peso al nacer (20%), limitado acceso al control de gestante (77,5%) e inmunizaciones (60%); en lo determinantes interculturales: Usan leña para cocinar (80%) y plantas medicinales para cuidar su salud (65%). Concluyendo que la quinta parte de la población tiene limitado acceso a vida larga y saludable, ya que tuvieron bajo peso al nacer, padres prefieren que hijos trabajen en las vaquerías, repitiendo el año escolar, limitando sus competencias para acceder a un trabajo bien remunerado y a servicios de salud

A nivel local:

Melgarejo E y col (17), en su investigación titulada: Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local de Chimbote y Nuevo Chimbote. 2008. Concluye que en el contexto de la participación comunitaria de cada 10 comunidades 8 de ellas están en un contexto interdependiente y 2 en autogestión. Los factores personales (edad, sexo, grado instrucción, responsabilidad, antecedente de enfermedad y estado de salud) no tienen relación estadística significativa con el contexto de la participación comunitaria. Existe relación estadística significativa entre lugar de nacimiento y sobrecarga laboral.

2.2 Bases teóricas y conceptuales de la investigación

La presente investigación se fundamentó en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (18).

En 1974, Mack Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso en nuestros días, en el que se le conoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el social en el sentido más amplio—junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales esos signados a los diferentes determinantes (19).



Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead: Producción de inequidades en salud. Explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. Las personas se encuentran en el centro del

diagrama. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud. La siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de vida. Las personas desfavorecidas tienden a presentar una prevalencia mayor de conductas de riesgo (como fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano (19).

Más afuera se representan las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales y presiones de los pares influyen sobre los comportamientos personales en la capa anterior. Las personas que se encuentran en el extremo inferior de la escala social tienen menos redes y sistemas de apoyo a su disposición, lo que se ve agravado por las condiciones de privación de las comunidades que viven por lo general con menos servicios sociales y de apoyo. En el nivel siguiente, se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales.

Aquí, las malas condiciones de vivienda, la exposición a condiciones de trabajo más riesgosas y el acceso limitado a los servicios crean riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una situación socialmente desfavorecida. Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles. Estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de las demás capas. El nivel de vida que se logra en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos de comida y bebida.

De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (19).



Fuente: Frensz P. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud

Existen según este modelo tres tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros son los estructurales, que producen las inequidades en salud, incluye vivienda, condiciones de trabajo, acceso a servicios y provisión de instalaciones esenciales, los segundos son los llamados determinantes intermediarios, resulta de las influencias sociales y comunitarias, las cuales pueden promover apoyo a los miembros de la comunidad en condiciones desfavorables, pero también pueden no brindar apoyo o tener efecto negativo y los terceros los proximales, es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. Los individuos son afectados por las pautas de sus amistades y por las normas de su comunidad.

Los determinantes estructurales tendrán impacto en la equidad en salud y en el bienestar a través de su acción sobre los intermediarios. Es decir, estos últimos

pueden ser afectados por los estructurales y su vez afectar a la salud y el bienestar.

a) Determinantes estructurales

Según el modelo, los determinantes estructurales están conformados por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social; de ellos, se entiende, depende el nivel educativo que influye en la ocupación y ésta última en el ingreso. En este nivel se ubican también las relaciones de género y de etnia. Estos determinantes sociales a su vez están influidos por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macro-económicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales. La posición socioeconómica, a través de la educación, la ocupación y el ingreso, configurará los determinantes sociales intermediarios.

b) Determinantes intermediarios

Incluyen un conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales. El sistema de salud será a su vez un determinante social intermediario. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar.

c) Determinantes proximales

Es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. El marco conceptual propuesto sobre los determinantes sociales de la salud es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, identificar los determinantes sociales más

importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones.

La definición de salud como «un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad» está aún bien asentada después de casi 60 años. Esta definición no ha sido reemplazada por ninguna otra más efectiva; incluso aunque no está libre de defectos. Quizás la razón de este éxito radica en haber remarcado un concepto fundamental: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud (18).

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentan una gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo. De este modo, los ámbitos derivados del enfoque de Determinantes de la Salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes (21).

Mi salud: Este ámbito se refiere al nivel individual y a los estilos de vida asociados a la salud de las personas, incluyendo el entorno social inmediato de socialización, así como aquellas condiciones que hace posible adoptar un compromiso activo y responsable con la propia salud.

Comunidad: Este ámbito se refiere a la comunidad como un factor y actor relevante en la construcción social de la salud, incluyendo la dinamización de las redes sociales, la participación activa y responsable en las políticas públicas, así como el fortalecimiento de sus capacidades y competencias para otorgarle mayor eficacia a dicha participación.

Servicios de salud: Este ámbito se refiere a la red asistencial que agrupa las prácticas, la accesibilidad y la calidad de la red asistencial de salud, incluyendo prácticas de gestión, dotación y calidad del personal e infraestructura y equipo.

Educación: Este ámbito refleja la influencia que el sistema de educación formal tiene sobre la salud.

Trabajo: Este ámbito expresa las condiciones laborales y las oportunidades de trabajo, incluyendo legislación laboral, ambientes laborales y seguridad social asociada y su impacto en la salud

Territorio (ciudad): Este ámbito agrupa las condiciones de habitabilidad del entorno, la calidad de la vivienda y acceso a servicios sanitarios básicos y su impacto en la salud.

Este ámbito señala el rol del estado como generador y gestor de políticas públicas que inciden sobre la salud, así también como legislador y fiscalizador de las acciones del sector privado y público. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal que influye en la salud de las personas, las condiciones que permiten y apoyan a las personas en su elección de alternativas saludables, y los servicios que promueven y mantienen la salud (21).

3. METODOLOGÍA.

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Cuantitativo, descriptivo (22,23).Diseño de una sola casilla (24,25).

3.2. Población y muestra:

3.2.1. Población

Estuvo conformado por 2870 personas adultas jóvenes del distrito de San Jeronimo de Tunán – Huancayo, 2013.

3.2.2. Muestra

El tamaño de muestra estuvo determinado con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error permisible del 5 %. Aplicando la técnica de muestreo obtenemos una muestra de 338 personas adultas jóvenes que residen en el distrito de San Jeronimo de Tunán – Huancayo.

Para que la muestra sea representativa la selección de cada de una de las unidades de análisis fue a través de una selección aleatoria simple

(Anexo 01)

Unidad de análisis

Las personas adultas jóvenes, que formaron parte de la muestra y respondieron a los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Personas adultas jóvenes que vivió más de 3 a años en el distrito de San Jerónimo de Tunan.
- Personas adultas jóvenes del distrito de San Jerónimo de Tunan que aceptaron participar en el estudio.
- Personas adultas jóvenes del distrito de San Jerónimo de Tunan que tuvieron la disponibilidad de participar en la encuesta como Informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

- Personas adultas jóvenes del distrito de San Jerónimo de Tunan, que presento algún trastorno mental.

3.3. Definición y Operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO SOCIOECONOMICO

Grado de Instrucción

Definición

Conceptual

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisiona lo definitivamente incompletos (26).

Definición Operacional

Escala Ordinal

- Sin nivel
- Inicial/Primaria

- Secundaria Completa
- Secundaria Incompleta
- Superior Universitaria incompleta
- Superior universitaria completa
- Superior no universitaria incompleta
- Superior no universitaria completa

Ingreso Económico

Definición Conceptual

Es aquel constituido por los ingresos del trabajo a salariado (monetarios y en especie), del trabajo independiente (incluidos el auto suministro y el valor del consumo de productos producidos por el hogar), las rentas de la propiedad, las jubilaciones y pensiones y otras transferencias recibidas por los hogares (27).

Escala de razón

- No tiene ingreso
- Hasta 550
- De 551 a 999
- De 1000 a 1499
- De 1500 a más
- No específico

Ocupación

Definición Conceptual

Actividad principal remunerativa del jefe de la familia (28).

Definición Operacional

Escala Nominal

- Tenencia de trabajo eventual
- Tenencia de trabajo fijo o negocio propio
- Actividad generada por 1 hora para generar ingreso

Vivienda

Definición conceptual

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las climáticas y de otras amenazas naturales (29).

Definición operacional

Escala nominal

- Residencia
- Alquiler
- Casa o departamento alquilado
- Casa de familiares(tíos, abuelos, primos)
- Casa de suegros
- Casa de padres
- Casa propia

Material de piso:

- Tierra
- Cemento
- Cerámica
- Madera
- otros

Material del techo:

- Concreto armado
- Tejas
- Planchas de calamina, fibras de cemento o similares
- Caña o esteras con torta de barro
- Esteras

Material de las paredes:

- Cemento, ladrillo, piedra o madera
- Ladrillo de barro
- Paja y similares
- Lamina de plástico
- Hoja de metal
- Otros

Miembros de la familia que duermen por habitación

- 4 a más miembros
- 2 a 3 miembros
- Individual

Abastecimiento de agua

- Red pública dentro de la vivienda
- Río, acequia, manantial o similar
- Red pública, fuera de la vivienda pero dentro de la edificación
- Pozo
- Camión cisterna u otro similar
- Pílon de uso público
- Otro

Desagüe

- Red pública dentro de la vivienda
- Red pública fuera de la vivienda pero dentro de la edificación
- Pozo ciego o negro / letrina
- Pozo séptico
- Río acequia o canal
- No tiene

Combustible para cocinar

- Gas
- Electricidad
- Querosene
- Carbón
- Madera
- Matojos o hierbas
- Estiércol de animal

Energía Eléctrica

- Eléctrico
- Kerosene

- Vela
- Otro

Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa

- Diariamente.
- Todas las semanas pero no diariamente.
- A menos 2 veces por semana.
- Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas.

Eliminación de basura

- Carro recolector
- Montículo o campo limpio
- Contenedor específico de recogida
- Vertido por el fregadero o desagüe
- otros

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (30).

Definición Conceptual

Escala nominal

Hábito de fumar

- Si fumo ,diariamente
- Si fumo ,pero no diariamente
- No fumo actualmente ,pero he fumado antes
- No fumo , ni he fumado nunca de manera habitual

Consumo de bebidas alcohólicas

Escala nominal

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

- Diario
- Dos a tres veces por semana
- Una vez a la semana
- Una vez al mes
- Ocasionalmente

Número de horas que duermen

- 6 a 8 horas
- 8 a 10 horas
- 10 a 12 horas

Frecuencia en que se bañan

- Diariamente
- 4 veces a la semana
- No se baña

Actividad física en el tiempo libre.

Escala nominal

Tipo de actividad física que realiza:

Caminar () Deporte () Gimnasia () Otro ()

Actividad física en estas dos últimas semanas durante más de 20 minutos.

Escala nominal

Si () No ()

Tipo de actividad:

- Caminar () Gimnasia suave () Juegos con poco esfuerzo ()
- Correr () Deporte () otros ()

Alimentación

Definición Conceptual

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influye en la alimentación (31).

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos

- Diario
- 1 o 2 veces a la semana
- 3 o más veces por semana
- Menos de 1 vez a la semana
- Nunca o casi nunca

III. DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición Conceptual

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre personas, grupos e instituciones en contextos de complejidad (32).

Apoyo social natural

Definición Operacional

Escala ordinal

- Familia
- Amigo
- Vecino
- Compañero espirituales
- Compañeros de trabajo
- No recibo

Apoyo social organizado

Escala ordinal

- Organizaciones de ayuda al enfermo
- Seguridad social
- Empresas para la que trabaje
- Instituciones de acogida
- Organizaciones de voluntariado
- No recibe

Apoyo de organizaciones del estado

- Pensión 65
- Comedor popular
- Vaso de leche
- Otros

Acceso a los servicios de salud

Definición Conceptual

Es la entrada, ingresos o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (ofertas disponibles de servicios) (33).

Utilización de un servicio de salud en los 12 últimos meses:

Escala nominal

Institución de salud atendida:

- Hospital
- Centro de salud
- Otros

Lugares de atención que fue atendido:

- Muy cerca de su casa
- Regular
- Lejos
- Muy lejos de su casa
- No sabe

Tipo de seguro

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- SANIDAD
- Otros

Tiempo de espera en la atención:

- Muy largo
- Largo

- Regular
- Corto
- Muy corto
- No sabe

La calidad de atención recibida:

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala
- No sabe

Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda

- Si () No ()

3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

En el presente informe de investigación se utilizó la entrevista y la observación para la aplicación de los instrumentos.

Instrumento

En el presente informe de investigación se utilizó 1 instrumentos para la recolección de datos que se detallan a continuación:

Instrumento N° 01

El instrumento se elaboró en base al cuestionario sobre los determinantes de la salud en las personas del Perú. Elaborado por la investigadora del presente

estudio y estuvo constituido por 29 ítems distribuidos en 4 partes de la siguiente manera (Anexo 02).

- Datos de identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona adulta joven.
- Los determinantes del entorno socioeconómicos (Grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, vivienda, agua, desagüe, combustibles para cocinar, energía eléctrica).
- Los determinantes de los estilos de vida: Hábitos personales (tabaquismo, alcoholismos, actividad física, horas de sueño, frecuencia del baño), Alimentos que consumen las personas adultas jóvenes.
- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Apoyo social natural, organizaciones, acceso a los servicios de salud (34).

Control de Calidad de los datos:

EVALUACION CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del **Cuestionario sobre determinantes de la salud de la persona adulta en las Regiones del Perú** desarrollada por Dra. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de Operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada

participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en las personas adultas.

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

Validez de contenido: Se exploró mediante la calificación por medio de criterio de expertos, nueve en total, acerca de la pertinencia de los reactivos en relación al constructo evaluado por dimensiones. Para efectos de este análisis, se utilizó para la evaluación de la validez de contenido la fórmula de V de Aiken (Penfield y Giacobbi, 2004).

$$V = \frac{\bar{x} - l}{k}$$

Dónde:

\bar{x} : Es la media de las calificaciones de los jueces en la muestra.

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona adulta del Perú. (Anexo 03)

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

Se evaluó aplicando el cuestionario a la misma persona por dos entrevistadores diferentes en un mismo día, garantizando que el fenómeno no ha cambiado.

Se realiza a un mínimo de 15 personas.

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador. (35). (Anexo 04)

3.5 Plan de análisis

3.5.1 Procedimientos de recolección de datos:

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se consideró los siguientes aspectos:

- Se informó y se pidió consentimiento a las personas adultas jóvenes del distrito de San Jerónimo de Tunan - Huancayo, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con las personas adultas jóvenes su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada uno de las personas adultas jóvenes.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos en las personas adultas jóvenes.
- El instrumento fue aplicado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fue marcadas de manera personal y directa a los adultas jóvenes.

3.5.2. Análisis y Procesamiento de los datos:

Los datos fueron ingresados en el paquete SPSS/ info/software versión18, para su respectivo procesamiento. Para el análisis de los datos se construyó tablas

de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos.

3.6 Principios éticos

En toda investigación que se llevó acabo, el investigador previamente deberá valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles, respetando la doctrina social de la iglesia como es la dignidad de la persona (36).

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándoles a las personas adultas jóvenes que la investigación será anónima y que la información obtenida será solo para fines de la investigación.

Privacidad

Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto respetando la intimidad de las personas adultas jóvenes, siendo útil solo para fines de la investigación.

Honestidad

Se informó a las personas adultas jóvenes los fines de la investigación, cuyos resultados se encontraran plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con las personas adultas jóvenes que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 04) **IV.-RESULTADOS**

4.1. Resultados

4.1.1 DETERMINANTES DE LA SALUD SOCIOECONÓMICOS

TABLA 1.

*DETERMINANTES DE LA SALUD SOCIOECONÓMICOS DE LA PERSONA
ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO DE TUNAN -
HUANCAYO, 2013*

Grado de instrucción	N°	%
Sin nivel	3	1,0
Inicial –primaria	6	2,0
Secundaria completa	125	37,0
Secundario incompleta	41	12,0
Superior no universitaria completa	62	18,0
Superior no universitaria incompleta	56	17,0
Superior universitaria completa	30	9,0
Superior universitaria incompleta	15	4,0
TOTAL	338	100

Ingresos económicos	N°	%
No tiene ingresos	63	19,0
Hasta 550	67	20,0
De 550 a 999	95	28,0
De 1000 a 1499	91	27,0
De 1500 a mas	22	7,0
No especificado	0	0,0
TOTAL	338	100

Condición de empleo	N°	%
Tenencia de trabajo eventual	238	70,0
Tenencia de algún empleo fijo o negocio propio	100	30,0
Actividad realizada de al menos una hora para generar un ingreso	0	0,0
TOTAL	338	100

FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud de la persona adulta joven en el distrito de San Jerónimo de Tunan – Huancayo, 2013. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

4.1.2 DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA 2

**DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA DE LA
PERSONA ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO DE TUNAN -
HUANCAYO, 2013**

Tipo	N°	%
Residencia	0	0,0
Alquiler	128	38,0
casa o departamento alquilado	7	2,0
casa de familiares	19	6,0
casa de sus suegros	30	9,0
casa de sus padres	54	16,0
casa propia	100	30,0
TOTAL	338	100
Material de piso	N°	%
Tierra	111	33,0
Cemento	200	59,0
Cerámica	27	8,0
Madera	0	0,0
Otros	0	0,0
TOTAL	338	100
Material de techo	N°	%
concreto armado	189	56,0
Tejas	137	41,0
planchas de calamina fibra de cemento o similares	12	4,0
caña o esteras con torta de barro	0	0,0
Esteras pajas hojas de palmeras	0	0,0
etc. cartón hule tela llantas	0	0,0
lámina de cartón	0	0,0
otro material	0	0,0
TOTAL	338	100
Material de paredes	N°	%
cemento ladrillo piedra o madera	220	65,0
ladrillo de barro	118	35,0
paja y similares	0	0,0
lamina de plástico	0	0,0
hoja de metal	0	0,0
Otro	0	0,0
TOTAL	338	100
N° de personas que duermen en una habitación	N°	%
4 a más miembros	60	18,0
2 a 3 miembros	200	59,0
Individual	78	23,0
TOTAL	338	100

Continúa...

TABLA 2. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA

VIVIENDA DE LA PERSONA ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE SAN

JERONIMO DE TUNAN - HUANCAYO, 2013

Abastecimiento de agua	N°	%
Red pública dentro de la vivienda	338	100,0
Rio acequia manantial o similar	0	0,0
Red pública fuera de la vivienda pero dentro de la edificación	0	0,0
Pozo	0	0,0
Camión cisterna u otro similar	0	0,0
Pilón de agua publica	0	0,0
Otros	0	0,0
TOTAL	338	100
Desagüe	N°	%
Red pública dentro de la vivienda	330	98,0
Red pública fuera de la vivienda pero dentro de la edificación	0	0,0
Pozo ciego o negro letrina	2	1,0
Pozo séptico	0	0,0
Rio acequia o canal	3	1,0
No tiene	3	1,0
TOTAL	338	100
Combustible para cocinar	N°	%
Gas	335	99,0
Electricidad	0	0,0
Querosene	0	0,0
Carbón	0	0,0
Madera	3	1,0
Matojos o hiervas	0	0,0
Estiércol animal	0	0,0
TOTAL	338	100
Energía eléctrica	N°	%
Eléctrico	338	100,0
Kerosene	0	0,0
Vela	0	0,0
Otro	0	0,0
TOTAL	338	100
¿Con que frecuencia pasan la basura por su casa?	N°	%
Diariamente al menos 5 días por semana	10	3,0
Todas las semanas pero no diariamente	328	97,0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	0	0,0
Con menos frecuencia	0	0,0
TOTAL	338	100
¿Suelen eliminar la basura en algunos de los siguientes lugares?	N°	%
Carro recolector	338	100,0
Empresas o tiendas de los que venden o talleres	0	0,0
Servicio especial de recogida	0	0,0
Contenedores específicos de recogida	0	0,0
Vertido en el fregadero o desagüe	0	0,0
Lo saca a la calle	0	0,0
TOTAL	338	100

FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud de la persona adulta joven en el distrito de San Jerónimo de Tunan – Huancayo, 2013. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 3

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LA PERSONA ADULTA

JOVEN DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO DE TUNAN HUANCAYO, 2013

Frecuencia de fumar	N°	%
Si fumo diariamente	3	1,0
Si fumo pero no diariamente	52	15,0
No fumo actualmente pero e fumado antes	25	7,0
No fumo ni he fumado nunca de manera habitual	258	76,0
TOTAL	338	100
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	N°	%
Diario	0	0,0
Dos a tres veces por semana	7	2,0
Una vez a la semana	0	0,0
Una vez al mes	16	5,0
Ocasionalmente	315	93,0
TOTAL	338	100
Actividad física que realiza	N°	%
Caminar	118	35,0
Deporte	219	65,0
Gimnasia	1	0,0
Otro	0	0,0
TOTAL	338	100
N° de horas que duerme	N°	%
[06 a 08)	262	78,0
(08) a (10)	48	14,0
(10) a (12)	28	8,0
Total	338	100
Frecuencia con que se baña	N°	%
Diariamente	210	62,0
4 veces a la semana	228	67,0
No se baña	0	0,0
Total	338	100,0
Se realiza algún examen médico periódico, en un establecimiento de salud	N°	%
Si	100	30,0
No	238	70,0
Total	338	100

Continúa...

TABLA 3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LA PERSONA ADULTA DEL JOVEN DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO DE TUNAN HUANCAYO, 2013

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Frutas	90	27,0	100	30,0	130	38,0	18	5,0	0	0,0
Carne	116	34,0	130	38,0	62	18,0	30	9,0	0	0,0
Huevos	90	27,0	110	33,0	100	30,0	38	11,0	0	0,0
Pescado	50	15,0	48	14,0	180	53,0	60	18,0	0	0,0
Fideos	240	71,0	50	15,0	38	11,0	10	3,0	0	0,0
Pan, cereales	200	59,0	90	27,0	30	9,0	18	5,0	0	0,0
Verduras, hortalizas	100	30,0	98	29,0	110	33,0	22	7,0	8	2,0
Otras	60	18,0	72	21,0	98	29,0	100	30,0	8	2,0

FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud de la persona adulta joven en el distrito de San Jerónimo de Tunan Huancayo, 2013. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

4.1.4 DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 4

DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO DE LA PERSONA ADULTA

JOVEN DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO DE TUNAN -HUANCAYO, 2013

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	N°	%
Hospital	115	34,0
Centro de salud	214	63,0
Otros	9	3,0
TOTAL	338	100

Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	N°	%
Muy cerca de su casa	68	20,0
Regular	184	54,0
Lejos	46	14,0
Muy lejos de su casa	40	12,0
No sabe	0	0,0
Total	338	100

Tipo de seguro	N°	%
Es salud	98	29,0
Sis-minsa	231	68,0
Sanidad	4	1,0
Otros	5	1,0
TOTAL	338	100

El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	N°	%
Muy largo	32	9,0
Largo	76	22,0
Regular	210	62,0
Corto	20	6,0
Muy corto	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total	338	100

Calidad de atención que recibió	N°	%
muy buena	167	49,0
Buena	162	48,0
Regular	5	1,0
Mala	0	0,0
muy mala	4	1,0
no sabe	0	0,0
TOTAL	338	100

Continúa...

**TABLA 4. DETERMINANTES DE APOYO COMUNITARIO DE LA PERSONA
ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO DE TUNAN
HUANCAYO, 2013**

Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	N°	%
Si	95	28,0
No	243	72,0
Total	338	100

FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud de la persona adulta joven en el distrito de San Jerónimo de Tunan - Huancayo. 2013. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

TABLA 5

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO DE LA PERSONA ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO DE TUNAN - HUANCAYO, 2013

Recibe algún apoyo social natural:	N°	%
Familias	58	17,0
Amigos	0	0,0
Vecinos	0	0,0
Compañeros espirituales	50	15,0
Compañeros de trabajo	0	0,0
No recibo	230	68,0
Total	338	100

Recibe algún apoyo social organizado	N°	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0,0
Seguridad social	10	3,0
Empresa para la que trabaja	18	5,0
Instituciones de acogida	0	0,0
Organizaciones de voluntariado	0	0,0
No recibo	310	92,0
Total	338	100

FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud de la persona adulta joven en el distrito de San Jerónimo de Tunan - Huancayo. 2013. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

TABLA 6

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN

RECIBE APOYO DE LA PERSONA ADULTA JOVEN DEL DISTRITO DE SAN JERONIMO DE TUNAN - HUANCAYO, 2013

Apoyo social de las organizaciones	Si		No	
	N	%	N	%
Pensión 65	0	0	0	0,0
Comedor popular	138	41,0	0	0,0
Vaso de leche	380	16,0	0	0,0
Otros	162	48,0	0	0,0
Total	338	100	0	0,0

FUENTE: Cuestionario sobre determinantes de la salud de la persona adulta joven en el distrito de San Jerónimo de Tunan -Huancayo. 2013. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Directora de la presente línea de Investigación.

4.2 Análisis de resultados:

Tabla 1: Del 100% (338) de las personas adultas jóvenes; el 37,0% (125) tienen grado de instrucción secundaria completa, el 28,0 (95) % un ingreso económico es de 550 a 999; el 70 ,0% (238) tiene tendencia de trabajo eventual.

En la siguiente investigación menos de la mitad tiene secundaria completo e incompleta y un ingreso económico de 551 a 999 nuevo soles, la mayoría tiene trabajo eventual.

Las personas adultas jóvenes es un factor determinante en el cambio social lo cual toman medidas para aprovechar al máximo su potencial repercutirán en la situación socioeconómica actual, así como en el bienestar de las generaciones futuras.

En el distrito de San Jerónimo de Tunan se evidencia que menos de la mitad de las personas adultas jóvenes tienen un grado de instrucción secundaria completa, no continúan sus estudios superiores por motivo de bajos recursos económicos o se embarazan y optan por casarse o convivir, lo cual se dedican a hacer negocio o ama de casa.

La estrategia global de la OMS para lograr la Salud para Todos está dirigida fundamentalmente a la consecución de una mayor equidad en salud entre y dentro de las poblaciones y entre los países. Esto conlleva que todas las

personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través de un acceso justo a los recursos sanitarios.

Equidad en salud no es lo mismo que igualdad en el estado de salud. Las desigualdades en cuanto al estado de salud entre los individuos y las poblaciones son consecuencias inevitables de las diferencias genéticas, de diferentes condiciones sociales y económicas o de elecciones de un estilo de vida personal. La falta de equidad tiene lugar como consecuencia de las diferencias de oportunidades derivadas, por ejemplo, del acceso desigual a los servicios de salud, a una alimentación correcta, a una vivienda adecuada, etc. En tales casos, las desigualdades en cuanto al estado de salud surgen como consecuencia de la falta de equidad en materia de oportunidades en la vida (37).

Estos resultados son similares con los encontrados por Rodríguez, I (38) en su estudio Determinantes de la Salud en la Población Adulta de Canarias, Canarias 2011, donde su muestra estuvo conformada por 6331 adultos jóvenes; se destacó que el 29,05% tienen nivel secundario; el 16% de la población tiene ingresos económicos de 600 a 1000 nuevos soles, el 62% de la población tiene tenencia de trabajo.

Estos resultados se relacionan en el indicador de grado de instrucción a lo encontrado por Rosales, J. (39), en su investigación titulada “Determinantes en la salud en adultas jóvenes del P. J “La Victoria” – Chimbote, 2013”, cuyo resultado obtenido fueron: El 65% tienen un ingreso económico alguno, el 45% son trabajadores de hogar y el 75% realizan alguna actividad de al menos 1 hora para generar un ingreso.

En relación a la variable ingresos económicos, a nivel de Estilo de vida promotor de salud global, los promedios decrecen según decrece el nivel de ingresos, sin embargo las diferencias significativas se presentan sólo entre los grupos extremos ($p < 0.0001$). En la subescala relaciones interpersonales las diferencias significativas se presentan entre los grupos de mayores ingresos respecto del de menores ingresos ($p < 0.0001$). A nivel de la subescala nutrición, es el grupo de ingreso de 400 a 800 mil quien difiere con los de ingresos más bajos (menos de 200 mil), quienes cuentan con más de 800 mil pesos al mes, son similares a quienes cuentan con 200 a 400 mil, y no difieren significativamente con los restante grupos económicos ($p = 0.0005$) (40).

En actividad física hay tres grupos que difieren entre sí, el promedio es más alto en quienes tienen ingresos superior a 800 mil pesos, que difieren con el grupo que recibe entre 400 y 800 mil pesos y luego en una sola categoría y con los promedios más bajos quienes reciben 400 mil pesos y menos al mes ($p < 0.0001$); En la subescala manejo del estrés, los dos grupos de ingresos superiores tienen promedios más altos y difieren significativamente del grupo de menor ingreso ($p = 0.0011$). Finalmente, en la escala crecimiento espiritual, quienes reciben entre 200 mil y 799 mil pesos se diferencian significativamente de quienes tienen los ingresos más bajos (40).

Seguidamente en relación al ingreso económico menos de la mitad tiene de 551 a 999 , debido que se dedican la artesanía ,agricultura ,comercio por lo tanto ,podemos decir que estas personas están expuestas a contraer cualquier tipo enfermedad, ya no tener una buena alimentación dentro de sus hogares ,a la vez a tener una baja calidad de vida sin poder lograr satisfacer todas sus

necesidades básicas de manera adecuada, están expuestas también a no tener un acceso adecuado y oportuno a los servicios de salud, por el gasto económico que de manda utilizar estos servicios de salud, haciendo que estas personas opten por un medio más económico y fácil que es la automedicación.

La educación formal no existe o es de mala calidad, el daño biológico, intelectual y social puede ser importante cerrando con esto el círculo vicioso, pues como adultos estarán también con las limitaciones o distorsiones de sus padres y serán padres inadecuados. Luchar contra la pobreza es una labor enorme y difícil, pues la economía mundial se encuentra en manos de los países desarrollados o por sistemas que están por encima de ellos. Por la fuerza o por la misma economía (convertida en arma) controlan el desarrollo mundial hasta el momento en forma deficiente, pues las áreas mundiales de pobreza intensa son enormes (41).

Por otra parte debido a la ocupación la mayoría tiene trabajo eventual, se puede mencionar que estas personas debido a que realizan un trabajo de horario ilimitado y cansado, a la vez es enaltecido y desvalorizado por algunas personas, sin remuneración, sin previsión y con menos reconocimiento que otras actividades de la sociedad, suelen vivir su vida entre cuatro paredes, están expuestas a sufrir de enfermedades relacionadas con sus articulaciones, y de sufrir algún tipo de accidente doméstico.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez

de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (42).

La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones 14 sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud. En el pasado, la educación para la salud se empleaba como término que abarcaba una más amplia gama de acciones que incluían la movilización social y la abogacía por la salud (43).

Se evidencia que los determinantes socioeconómicos de la salud tienen una gran influencia en la salud de las personas adultas jóvenes, la consecuencia de tener un ingreso económico bajo no permite satisfacer todas sus necesidades básicas de las personas quedando expuestas a sufrir de diversas enfermedades, una de ellas es la mala alimentación y la desnutrición que le perjudica enormemente en su salud, y no garantiza que las personas

tengan una adecuada salud, debido que no les faculta tener la óptima capacidad de tomar decisiones y adoptar conductas que favorezcan su salud, y el ser solamente ama de casa no les permite tener un desarrollo tanto personal como profesional.

TABLA 2: Del 100% (338) el 38,0% (128) de personas adultas jóvenes su vivienda es alquilada; el 59,0%(200) piso es de cemento ;el 56,0%(189) el material de techo es de concreto armado; el 65,0%(220) paredes es de cemento; 59,0%(200) 2 a 3 miembros duermen en la habitación ;el 100% (338) tienen red pública dentro de la vivienda; el 98,0% (330) tienen desagüe; el combustible para cocinar el 99,0%(335) utilizan gas; 100% (338) utilizan energía eléctrica permanente; el 97,0% (328) refiere que pasan recogiendo la basura por su casa al menos 2 veces por semana; y el 100%(338) eliminan su basura en carro recolector.

En la investigación muestra que la totalidad de personas adultas jóvenes tienen abastecimiento de agua , energía eléctrica, la frecuencia que pasan recogiendo la basura en el carro recolector, casi la totalidad la frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa es al menos 2 veces por semana, desagüe , combustible para cocinar, y mayoría tiene paredes de cemento y más de la mitad tiene piso y paredes de cemento, techo de cemento, duerme en habitación de 2 a 3 miembros, menos de la mitad viven en casa alquilada.

En el distrito de San Jerónimo de Tunan las viviendas son de materiales nobles por motivo que con las lluvias de los canales de riego se desembocan y causan caídas de las casas si son rusticas y también cuentan con saneamiento

básicos que es beneficioso porque tiene menos riesgo de contraer enfermedades como neumonía, diarreas

Estos resultados se aproximan en algunos indicadores, encontrados por Guerra, J. (44), en su Investigación titulada: Factores socioeconómicos, ambientales y familiares que influyen en el desarrollo psicosocial de los niños estudiantes de grado transición a quinto del colegio Alejandro Obregón en el periodo comprendido de Julio a Noviembre de 2010, cuyos resultados obtenidos fueron: El 74% tienen casa propia, el 87% de las viviendas tienen sus paredes echas de cemento y un 13% tienen sus paredes echas de otro material; el 63% tiene 3 dormitorios dentro de la vivienda, el 100% tienen todos los servicios básicos dentro de su vivienda como agua, desagüe y luz.

De igual manera se puede decir que estos resultados se relacionan en algunos indicadores a los obtenidos por Uchazara, M. (45), en su investigación titulada: Determinantes de la salud en la persona adulta del centro poblado menor los palos. Tacna, 2013, cuyos resultados obtenidos fueron: El 95% tienen casa propia, el 71.8% tienen el material de techo de esteras y el 100% refieren que duermen de 2 a 3 personas en una habitación.

También estos resultados se relacionan a los resultados obtenidos por Quispe, Y. (46), en su investigación titulada: Determinantes de la salud en pre escolares con caries dental. I.EN°1540.A.H. San Juan. Chimbote-Perú, 2012, cuyos resultados obtenidos fueron: El 60% tienen casa propia, el 87% tienen el material de sus paredes de ladrillo y cemento y el 56.7% refieren que duermen en 1 habitación de 2 a 3 personas.

Así mismo podemos decir que los resultados obtenidos en esta investigación, se relacionan en el indicador del lugar de eliminación de la basura , obtenido por Garza, V. y Miranda, M.(47), en su investigación titulada: “Saneamiento básico y riesgos a la salud en la comunidad rural de San Agustín Valdivia, valle de Juárez. Chihuahua, México; cuyos resultados obtenidos nos revelan que el 78.78% de las viviendas suele eliminar su basura a través del carro recolector de basura.

La inversión para la salud no está limitada a aquellos recursos que se dedican al suministro y uso de servicios sanitarios y puede incluir, por ejemplo, las inversiones que realizan los ciudadanos (a título individual y colectivo) en educación, vivienda, el empoderamiento para la salud de las mujeres, o el desarrollo de la infancia. Una mayor inversión sanitaria supone asimismo una reorientación de la distribución de los recursos existentes dentro del sector sanitario hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Una proporción considerable de las inversiones para la salud son asumidas por los ciudadanos en el contexto de su vida cotidiana como parte de sus estrategias personales y familiares de mantenimiento de su salud (48).

Es así que, la salud ambiental abarca múltiples aspectos, además de la disposición del aspecto netamente sanitario, se recalcan los aspectos de comportamiento y conducta humana que aunque no parezca, si están íntimamente relacionados con la salud (49).

Para lograr un desarrollo sostenible es necesario un ambiente saludable, lo cual se alcanzará abordando el tema de una manera multidisciplinaria y con participación de todos como sociedad (49).

Continuando con los determinantes de la salud relacionados con la vivienda, podemos mencionar que las personas adultas jóvenes debido que sus viviendas cuentan con un óptimo material de construcción (cemento, ladrillo, tejas), esta puede cumplir con sus principales funciones los cuales son: protección, habitabilidad y salubridad, haciendo posible de que estas se encuentran con mayor protección ante el frío, también ayudan a reducir los daños que puedan ocasionar cualquier desastre natural, también evita ciertas enfermedades como las alergias y problemas gastrointestinales en las personas.

La vivienda es algo más que una simple necesidad básica. La vivienda nos da cobijo, nos protege de las agresiones del entorno y facilita la comunicación y la creación de un hogar donde compartir la vida con la familia y los seres queridos (50).

Seguidamente en relación a los servicios básicos que tienen las viviendas, se puede decir que estas personas adultas jóvenes tienen una mejor calidad de vida así como la satisfacción de sus necesidades básicas, no están expuestas a contraer ciertas enfermedades como diarreas, parasitosis, alergias, enfermedades de la piel, entre otras que se pueden contraer si es que no se cuenta con los servicios básicos.

Un servicio básico de primer orden, fundamental en los aportes al bienestar social, es el acceso al agua de calidad indispensable para satisfacer las necesidades de la población, sobre este particular, la cobertura del servicio medida por el número de viviendas con servicio de agua entubada sufrió un decremento tanto a nivel estatal como regional, situación que se explica por el

crecimiento muy dinámico del número total de viviendas y crecimiento menor o incluso estancamiento de la infraestructura para la captación y distribución de agua (50).

Para concluir, la OMS nos dice que buscamos que la población urbana tenga agua de calidad para evitar que sufran enfermedades diarreicas agudas que contribuyen a la desnutrición crónica infantil. Un 30 por ciento de la desnutrición se da por ausencia de agua y desagüe de calidad en las localidades rurales. Para el año 2016 esperamos atender con agua potable de calidad, segura, al 46 por ciento de la población urbana (51).

TABLA 3: Del 100% (338) de personas adultas jóvenes; el 76,0% (258) no fuman; ni he fumado nunca de manera habitual; el 93,0% (315) la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas es ocasionalmente; el 65,0% (219) realiza actividad física; el 70,0% (238) en las dos últimas semanas la actividad física que realizó durante más de 20 minutos es caminar; el 78,0% (262) duerme de 06 a 08 horas; el 67,0% (228) se bañan 4 veces a la semana; el 70,0% (238) no se realiza algún examen médico periódico en un establecimiento de salud; el 38,0% (130) consumen frutas 1 a 2 veces a la semana; el 38,0% (130) consume carne 3 a más veces a la semana; 33,0% (110) consume huevo de 3 a más veces a la semana; el 53,0% (180) consume pescado de 1 a 2 veces a la semana; el 71,0% (240) consume fideo diario; 59,0% (200) consume pan y cereales diario; el 33,0% (110) consume verduras y hortalizas de 1 a 2 veces a la semana; el 30,0% (100) consume otros alimentos.

En la investigación muestra que casi la totalidad no consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, y la mayoría no fuma, ni ha fumado de manera

habitual, se bañan 4 veces o menos cada semana, en las dos últimas semanas si realizo actividad física durante más de 20 minutos, diario consumen fideo , el número de horas que duermen es de 6 – 8 horas, no realiza un examen médico periódico ,realiza en su tiempo libre como actividad física deporte, y más de la mitad consume pan a diario, y la mitad consume pescado de 1 a 2 veces por semana , y menos de la mitad consume fruta a diario, consume carne de 3 a más a la semana ,consume huevo de 3 a más veces a la semana , consume verduras de 1 a 2 veces por semana.

Las condiciones de vida son el entorno cotidiano de las personas, dónde éstas viven, actúan y trabajan. Estas condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales y económicas, y del entorno físico, todo lo cual puede ejercer impacto en la salud, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo (52).

El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales (52).

Los efectos nocivos del tabaco se extienden mucho más allá de los que puede causar al fumador. La inhalación pasiva del humo puede causar enfermedades graves y la muerte. Cada año, se calcula que alrededor de 88 millones de personas en los Estados Unidos están expuestas regularmente al humo de otros fumadores y casi 41.000 personas que no fuman mueren de enfermedades causadas por haber estado expuestas a la inhalación pasiva del humo (53).

La alimentación constituye uno de los componentes esenciales del bienestar y un valioso indicador de los niveles de vida de una comunidad, y representa, junto con otros indicadores, el grado de desarrollo de un país. Una de las formas de expresión del atraso y la pobreza de una colectividad está dada por el hambre y la desnutrición.

En el distrito de San Jerónimo de Tunan las personas casi la mitad no se preocupan en sus alimentos , otras personas si se preocupan ellos son mayormente los que tienen niños menores de 5 años , las frutas consumen de 1 a 2 veces por semana lo cual adecuadamente es consumir a diario y también crían gallinas pero mayormente para vender.

Por otro lado, El total de grasas de la dieta no debe superar el 30% del aporte energético diario. En el caso de las grasas saturadas (de origen animal) no deben superar el 10% del total; puede causar cáncer de ahí la importancia que adquiere el conocer qué componentes de los alimentos son los que influyen en el surgimiento del cáncer, con el fin de que los individuos en riesgo identifiquen las alternativas y así reduzcan el peligro de padecer la enfermedad, aunque esto no es tarea sencilla (54).

La mayoría de las Directrices Dietéticas Europeas recomiendan (un mínimo de) dos porciones de pescado por semana para niños mayores, adolescentes y adultos con el objetivo de garantizar el aporte de nutrientes esenciales, especialmente los omega-3, pero también la vitamina D, el yodo y el selenio. Las recomendaciones para los niños y las mujeres embarazadas se refieren al tipo de pescado y se basan también en criterios toxicológicos (presencia de contaminantes). Estudios recientes han demostrado que el

consumo de pescado/marisco puede disminuir el riesgo de ataque cardíaco, de derrame y de hipertensión. El pescado también provee nutrientes esenciales para el desarrollo de infantes, niños y adulto (55).

Estos modelos de comportamiento están continuamente sometidos a interpretación y a prueba en distintas situaciones sociales, no siendo, por lo tanto, fijos, sino que están sujetos a cambio. Los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en la de otros. Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento. Sin embargo, es importante reconocer que no existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas. La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral, harán más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida (56).

En conclusión con los determinantes de estilos de vida, podemos decir que los hábitos de vida que tienen las personas adultas jóvenes como son el no fumar y consumir bebidas alcohólicas ocasionalmente no perjudica la salud y dentro de sus beneficios que nos brinda podemos mencionar que nos permite tener una mejor conservación de la salud, un mayor rendimiento físico y un mejor estado emocional de la persona, a la vez produce un menor riesgo de contraer ciertas enfermedades como el cáncer, infarto del miocardio, entre otras

enfermedades que nos pueden conllevar si tenemos un estilo de vida desordenado.

TABLA 4,5,6: Del 100% (338) de personas adultas jóvenes; el 63,0% (214) se atendió en el centro de salud en los 12 últimos meses; el 54,0% (184) considera que el lugar donde se atendió está regular lejos de su casa; el 68,0% (231) tiene Seguro (SIS-MINSA); el 62,0% (210) le pareció regular el tiempo que espero para que lo atendieran; el 49,0% (167) consideró que fue muy buena la calidad de atención que recibieron; en cuanto al pandillaje y la delincuencia cerca de su casa no existe en un 72,0% (243), el 68,0% (230) de personas adultas jóvenes no reciben ningún apoyo social natural; y el 93,0% (310) manifiesta que no recibe algún apoyo social organizado, El 48,0% (162) recibe apoyo social organizado del programa juntos.

En la investigación podemos decir que casi la totalidad manifiesta que no reciben apoyo social organizado , y la mayoría no hay pandillaje , se atiende en centro de salud, tiene seguro SIS – MINSA, el tiempo que esperó fue regular, no recibe apoyo social natural, y menos de la mitad recibe como apoyo social de las organizaciones (comedor popular y otros como juntos) .

En el distrito de San Jerónimo de Tunan el Centro de salud que los atiende es de categoría I.2 el cual les ofrece una atención muy buena, y lo cual brinda que cuentan con SIS y también reciben apoyo social, por otro lado no todas las personas adultas jóvenes conocen de los beneficios que da el gobierno.

Estos resultados se relacionan en el indicador de la calidad de atención recibida por parte del personal de salud, en el estudio realizado por Rondón, A.

(57); en su investigación titulada: Calidad de atención del profesional de enfermería en el servicio de maternidad I del hospital Universitario Ruiz y Páez Ciudad Bolívar, cuyos resultados obtenidos fueron el 53.33% de las entrevistadas considera que la calidad de atención recibida por parte de las enfermeras es regular.

Del mismo modo este resultado es similar en el indicador de la institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses, en la investigación realizada por Pacheco, P. (58), en su investigación titulada Los determinantes de la salud percibida en España, donde el 54.4% de la población de la población se atendió en estos últimos 12 meses en hospital.

Asimismo, estos resultados obtenidos se asemejan a los resultados obtenidos por Colchado, A. (59), en su investigación titulada: Determinantes de la salud adultos maduros con infección respiratoria aguda. Vinzos. Distrito Danta - 2012”, cuyo resultados fueron que el 95% no recibió ningún apoyo social natural y el 100% no recibe ningún apoyo social organizado.

Una sociedad estable tiene muchísimas más probabilidades de tener establecidas redes sociales que faciliten el acceso al soporte social. Influencias desestabilizadoras como un alto índice de desempleo, planes de reubicación de viviendas a gran escala y una rápida urbanización, pueden dar lugar a una desorganización grave de las redes sociales. En tales circunstancias, la acción destinada a promover la salud se podría centrar en apoyar el restablecimiento de redes sociales (60).

El SIS en este sentido, se ha destinado un financiamiento sin precedentes para inversiones en infraestructura y equipamiento de más S/. 8,400 millones.

Se han asignado mayores recursos para el Seguro Integral de Salud (SIS) para que las personas vulnerables tengan atención gratuita incluso de enfermedades de alto costo. De esa manera, se elimina la barrera económica para acceder a mejores servicios de salud. El seguro médico es un complemento valioso a la salud de cada persona individual o perteneciente a una familia u otro grupo social, porque suple económicamente parte de los auxilios o servicios accesorios que de otra manera resultarían muy costosos. En el caso de hospitalizaciones, servicios de ambulancia, exámenes médicos y citas con el médico general, el seguro médico se encarga de suplir una parte del pago para comodidad del cliente que no tiene que preocuparse por cancelar el monto total del servicio (61).

Sistema de salud es garantizar el derecho a la salud mediante la cobertura universal y la máxima efectividad posible con los recursos disponibles, el suministro gratuito de medicamentos por parte de los sistemas de salud (principalmente a la población más necesitada) es una garantía de bienestar y equidad, y su implantación exige el diseño de políticas y mecanismos muy claros de negociación entre el sistema de salud y los oferentes de medicamentos (61).

La salud pública ecológica enfatiza los puntos comunes entre la salud y el desarrollo sostenible. Se centra en los determinantes económicos y ambientales de la salud y en los medios para orientar la inversión económica hacia la consecución de los mejores resultados sanitarios para la población, una mayor equidad en salud y un uso sostenible de los recursos (62).

A la vez la OMS nos dice que el acceso a los servicios sanitarios permite a las personas ser más productivas y contribuir más activamente al bienestar de sus familias y comunidades. Al mismo tiempo, la protección contra riesgos financieros impide que las personas se empobrezcan al tener que pagar de su propio bolsillo los servicios de salud. Por lo tanto, la cobertura sanitaria universal es un componente fundamental del desarrollo sostenible y la reducción de la pobreza, y un elemento clave de todo esfuerzo por reducir las desigualdades sociales. La cobertura universal es el sello distintivo de un gobierno determinado a mejorar el bienestar de todos sus ciudadanos y está sólidamente basada en la Constitución de la OMS de 1948, en la que se declara que la salud es un derecho humano fundamental, así como en el programa de Salud para todos estable (63).

Siguiendo con los determinantes de las redes sociales y comunitarias, en relación a la calidad de atención recibida en el establecimiento de salud y a la vez se ve reflejada en ello la capacidad que tiene el personal para brindar un atención de calidad, es que se puede decir que depende de ello la satisfacción que haya tenido al cliente al momento de la atención, debido a que fue regular es probable de que no se hayan cumplido todas las expectativas del usuario y no hayan quedado satisfechos, ocasionando que el usuario se queje por la atención recibida y que en otra oportunidad no acudan al mismo establecimiento de salud debido a la mala imagen que se lleva de la institución (64).

Frey estableció que el apoyo social es un componente de interacción social con la familia, amigos, vecinos y otras personas con quienes se llega a tener

contacto personal. Agrega que el apoyo social es teóricamente definido como un intercambio de afecto positivo, un sentido de integración social, interés emocional y ayuda directa o de servicios entre dos personas (65).

Por otro lado, Hupcey y Castro afirman que el apoyo social es un concepto multidimensional, lo que lo convierte en un fenómeno complejo, compuesto por varias dimensiones, que se asocia con las relaciones sociales y la influencia de estas en la salud de las personas, sobre todo en la disminución del estrés (66).

En el apoyo social natural y organizado, se puede mencionar que si la persona no recibe ningún apoyo social natural estarán más expuestas a sufrir de un problema de estrés, a no tener una buena aptitud y capacidad de resolución y adaptación personal ante ciertos problemas que afecten gravemente su salud, así mismo se ven expuestas a que no se satisfagan todas sus necesidades y no se sientan protegidas, a la vez la falta de apoyo social da lugar a las personas y sus familiares a sentimientos de impotencia y falta de control (66).

El apoyo de la familia, los amigos y las personas conocidas es muy importante para ayudar a las personas a resolver los problemas y enfrentar la adversidad, al igual que mantener un sentido de dominio y control de las circunstancias de su vida. Igualmente, la familia y los amigos ayudan a proporcionar apoyo básico como alimentos y vivienda, atención cuando están enfermos y apoyo cuando hacen cambios en el estilo de vida. La consideración y respeto que se da en las relaciones sociales y la consiguiente sensación de satisfacción y bienestar parece actuar como una protección contra los problemas de salud (66).

En conclusión las redes sociales naturales y organizadas, las personas adultas jóvenes en los 12 últimos meses se atendieron en el centro de salud por que la mayoría cuenta con seguro SIS –MINSA, consideran que el lugar de atención queda regular de distancia a su casa, el tiempo de espera es regular, pero reciben una calidad de atención buena es por ello que el usuario queda satisfecho con la atención, que debido a la existencia de pandillaje en zonas alejadas la población realiza sus actividades con mucho temor, las personas adultas jóvenes no recién apoyo social natural es por ello que deben enfrentar las adversidades y circunstancias de la vida, pero si reciben apoyo del comedor popular y otras organizaciones.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- En los determinantes socioeconómicos en el distrito de San Jerónimo de Tunan en la actualidad: menos de la mitad tienen un grado de instrucción de

secundaria completa, y un ingreso económico de 550 a 999, la mayoría tiene tendencia de trabajo eventual y es por ello que no haber concluido los estudios superiores no podrá tener un ingreso económico adecuado y afecta mucho en la persona adulta joven, el problema en relación al entorno es que no puedan tener casa propia y vivan en hacinamiento.

- En los determinantes de estilos de vida: la mayoría se bañan de 4 o menos veces a la semana por motivo hace mucho frío y no acuden a realizarse examen médico anual, solo asisten al centro de salud cuando sienten algún malestar, si consume todos los alimentos pero no seguidamente.
- En los determinantes de redes sociales y comunitarias: manifiesta que no hay pandillaje, no recibe apoyo social organizado, la mayoría tiene seguro SIS – MINSA, el tiempo que esperó fue regular, la calidad de atención recibida fue buena, no recibe apoyo social natural, recibe como apoyo social de las organizaciones (comedor popular y programa juntos).

5.2. Recomendaciones

- Promover la salud a través de distintos escenarios, pueden adoptar muchas formas diferentes, que a menudo consisten en algún tipo de modificación organizativa, incluido el cambio del entorno físico, de la estructura de la organización, de la administración y de la gestión. Los escenarios también se

pueden utilizar para promover la salud llegando a las personas que trabajan en ellos, usándolos para acceder a los servicios, y haciendo que interaccionen con la comunidad. Como ejemplos de escenarios se pueden citar los centros de enseñanza, los lugares de trabajo, los hospitales, las poblaciones y las ciudades. Se recomienda a las autoridades del Centro de Salud “San Jerónimo Tunan” para que el Personal de Salud salga hacer campañas de estilos de vida saludable de promoción y prevención.

- La acción destinada a crear entornos que apoyan la salud posee muchas dimensiones, así mismo mediante este estudio de investigación las personas adultas jóvenes que pueden incluir la acción política directa, cuyo objetivo es desarrollar y aplicar políticas y reglamentos que contribuyan a crear entornos de apoyo; la acción económica, especialmente en relación con el fomento de un desarrollo económico sostenido; y la acción social.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Rojas F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Revista Cubana. Salud Pública .2004; 30 (3): 13-16.
- Tardy M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología- Disponible en: http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm

- Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: OPS; 2006.
- Secretaria T. Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.
- Tarlov A, Social determinants of Health: the sociobiological transition, BLANE D, BRUNNER E, WILKINSON D (eds), Health and Social Organization. London. Routledge. Pp. 71-93.
- LipLicham, C; Rocabado, F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud; 2005. 84 pp.
- Gonzalo Valdivia Cabrera. Aspectos de la situación de salud del adulto y senescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile ;1994; 23:18-22
- Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Pan AM J. Public Health 11(5/6); 2002. p.302
- Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain; 1998.
- Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la

- Salud. Subsanan las desigualdades de una generación Lugar , editorial; 2008
- Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
- Ministerio de Salud. Plan Nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
- Vilma Rosa Martínez Malpica jefe de la oficina de programación e inversiones de la Municipalidad Distrital de San Jeronimo de Tunan 2013.
- Gonçalves M, Barbosa A, Silva J. Determinantes Socioeconómicos del Envejecimiento Saludable y Diferenciales de Género en dos Países de América Latina: Argentina y Brasil. Octubre-Diciembre.. Año 8. Número 22. Artículo original; 2006
- Tovar L, García G. “La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”. Colombia. Agosto 2006. Nro. 027. 2004.
- Rodríguez M: Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo-Amazonas; 2011.
- Melgarejo E. Determinantes de la salud y el contexto de la participación comunitaria en el ámbito local. 2008. Universidad Nacional del Santa. Chimbote, Artículo científico.
- Vega J, Orielle A. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2002. Edición, editorial.

- Selig, J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los Determinantes Sociales de la Salud. OPS.: Washington; 2009.
- Dalhigren, G. Whitehead, M.. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No. 3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2006
- Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, Determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189.
- Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed .Mexico: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
- Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
- Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL:<http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>.
- Canales, F y Alvarado, E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
- EuskoJauriaritza.Instituto Vasco de estadística oficial de la C.A de Euskady. San Sebastián 2004. Disponible en

http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html#a_xzz2ZBVGztID

□□□ Ballares M; Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM): México; 2010. Disponible

en:<http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economia/ecogen42.pdf>

□□□ Definición de. Base de datos on line. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2008.[Citado 2010 Set 09]. Disponible desde el URL:

<http://definicion.de/ocupacion/>

□□□ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. Mexico. 2011. Disponible en

http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf

□□□ Dávila E, Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, Octubre; 2001

□□□ Rafael Martínez Morán. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1997. Disponible en

http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf

□□□ Martos Carrión Esther. Analisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. Disponible en

<http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>

□□□ Sánchez Isla Laura: “satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos” [Título para optar el grado de Médico Cirujano].

Pachuca 2005. Disponible en

<http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>

□□□ González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet].

España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL:

<http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtml>

□□□ Hernández, y otros. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual].

España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL:

<http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.

□□□ Martínez N, Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en

internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL:

http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm

□□□ Las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud.

Disponible en :http://www.who.int/social_determinants/es/.

□□□ Rodríguez I. “Determinantes de la Salud en la Población Adulta de Canarias”.

Canarias 2011 [Serie Internet] [Citado el 2013 Julio 28].

[Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el

URL: <http://www.cdcdecanarias.org/wp.-content/uploads/2011/05/TESIS->

[DOCTORAL-4.pdf](#)

- Rosales, J. Determinantes en la salud en adultas jóvenes del P. J “La Victoria” –
Chimbote, 2013. [Tesis para optar por el título de licenciada en enfermería].
Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013
- DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD Y ESTILOS DE VIDA EN
POBLACIÓN ADULTA DE CONCEPCIÓN, CHILE. [Serie Internet]. Cienc.
enferm. vol.20 no.1 Concepción abr. 2014. Disponible en URL:
[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717.95532014000100006&script=sci_ar
tt ext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717.95532014000100006&script=sci_ar
tt ext)
- Referencia: adaptada del Glosario de Términos utilizado en la serie Salud para
Todos, OMS, Ginebra, 1984. Disponible en URL:
[http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosa
ri o.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosa
ri o.pdf)
- Villa F. [artículo en internet]. México: La pobreza y sus consecuencias; 2003
[citado 05 Nov 2014]. Disponible en:
<http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/35511.html>
- Unidad de promoción de la Salud y Educación para la Salud, de la División de
Comunicación, Educación y Promoción de la Salud de la Organización Mundial
de la Salud. Promoción de la Salud, glosario. Ginebra: OMS; 1998.
- Guerra J. Factores socioeconómicos, ambientales y familiares que influyen en el
desarrollo psicosocial de los niños estudiantes de grado transición a quinto del
colegio Alejandro Obregón en el periodo comprendido de Julio a Noviembre de
2010. [Tesis publicada] Barranquilla – Colombia: Especialista en Medicina
Genera. 2010.

□□□ Uchazara M. Determinantes de la salud en la persona adulta del centro poblado menor los palos. Tacna, 2013. [Tesis para optar por el título de Licenciada en Enfermería]. Tacna: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote: 2013

□□□

Quispe Y. Determinantes de la salud en preescolares con caries dental. I. EN° 1540.

A.H

.San Juan. Chimbote Perú, 2012. [Tesis para optar por el título de Licenciada en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote: 2014.

□□□ Garza V, Miranda M. Saneamiento básico y riesgos a la salud en la comunidad rural de San Agustín Valdivia, valle de Juárez. Chihuahua, México. [Tesis publicada]. México: San Agustín Valdivia, Valle de Juárez. 2004.

□□□ Evaluación de la promoción de la salud .Referencia: modificado de Acción Intersectorial para la Salud: Piedra Angular de Salud Para Todos en el Siglo XXI, OMS, Ginebra, 1997. Disponible en URL: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

□□□ Castro U. [página en internet]. México: Estructuras regionales emergentes y de desarrollo turístico sustentable. [citado 25 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2010/uca/Servicios%20Basicos.htm>

□□□ Bueno M. [página en internet]. Perú: Libro practico de la casa sana; © 2014 [citado 25 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.holistika.com/salud/el-libropractico-de-la-casa-sana.asp>

□□□ Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud.
[página en internet]. México: Viviendas saludables. señaló Aldo Ortiz. [citado 05
Nov 2014]. Disponible
http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=category&id=823

□□□ CONDUCTAS DE VIDA. Referencia: definición modificada. Disponible en
URL:
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

□□□ VIDASANA.com. [página en internet]. Madrid: 31 de mayo es Día Mundial Sin
Tabaco, © 2012. [Actualizado el 31 mayo 2012; citado 15 Abr 2014]. Disponible
en: <http://www.vidasana.com.sv/31-de-mayo-es-dia-mundial-sintabaco>.

□□□ Moreno R. JORNADAS DE REFERENCIA 2015 ANÁLISIS DE
ALIMENTOS; 9, 10 y 11 de junio las Jornadas de Referencia 2014 Disponible
en
http://aesan.msssi.gob.es/AESAN/docs/docs/notas_prensa/PROGRAMA_JORNADAS_CNA_2015.pdf

□□□ Ames, BN " dietéticos (radicales de oxígeno y enfermedades degenerativas)".
Science 221 (1983): 1256-1264.

□□□ Estilo de vida . Referencia: Educación en Habilidades de Vida en las Escuelas,
OMS, Ginebra, 1993. Disponible en URL:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

□□□ Rondón A. Calidad de atención del profesional de enfermería en el servicio de maternidad I del hospital Universitario Ruiz Páez ciudad Bolívar. [Tesis para optar por el título de Licenciada en Enfermería]. Venezuela: Universidad de Oriente Núcleo Bolívar: 2010.

□□□ Pacheco P. Los determinantes de la salud percibida en España. [Tesis para optar por el título de doctor]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid: 2010.

□□□ Colchado A. Determinantes de la salud de los adultos maduros con infección respiratoria aguda. Vinzos. Distrito Santa – 2012 [Tesis para optar por el título profesional de enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote: 2012.

□□□ Redes sociales (Social networks). Referencia: definición modificada. Prólogo a la edición española del Director General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad

y Consumo.[DISPONIBLE EN] :

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

□□□ Organización Mundial de la Salud. [Portal de Información]. España: Sistemas de seguro de salud y acceso a medicamentos. [actualizado 07 Oct 2014; citado 05 Nov 2014]. Disponible en:

<http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2958s/3.3.html>

□□□ Salud pública (Public health). Referencia adaptada del “Informe Acheson”, Londres, 1988. : Prólogo a la edición española del Director General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo. [DISPONIBLE EN]:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

□□□ Organización Mundial de la Salud. [Página en internet] México: Cobertura sanitaria universal [actualizado 22 Oct 2012; citado 05 Nov 2014]. Disponible en:

http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/

□□□ Universidad Nacional de Cuyo. [Página en internet]. México: Caracterización de modelos sanitarios y sistemas sanitarios [actualizado 26 Jun 2011; citado 05 Nov 2014]. Disponible en:

<http://www.politicaspUBLICAS.uncu.edu.ar/articulos/index/caracterizacion-de-modelos-sanitarios-y-sistemas-sanitarios>

□□□ Frey, M. Social support and health: A theoretical formulation derived from King's Conceptual Framework. Nursing Science Quarterly. 1989;2(3) [DISPONIBLE

EN]:138-148. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000200016&script=sci_arttext.

□□□ Hupcey J, Morse J. Can a professional relationship be considered social support?

Nursing Outlook. 1997;45(6):270-276. Castro R, Campero L, Hernández B. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. Rev. Saúde Pública. 1997;31(4):28-33.

□□□ Salud Mx. [Página en internet]. Respuesta social organizada. [citado 25 Jun

2014].Disponible

en:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/conava/adol/rsoadol.htm#arriba>

ANEXO 01

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula estadística de proporciones de una población finita.

$$n = \frac{z^2 p q N}{z^2 p q + e^2 (N-1)}$$

Dónde:

n = Tamaño de muestra

N =Tamaño de la población= 2870

Z = Nivel de confianza al 95% establecido por el investigador = 1.96 p = 0.5 Proporción de individuos de la población que tiene las características que se desean estudiar. q = 0.5 Proporción de individuos de la población que no tienen las características de interés.

e = 0.05 Margen de error permisible establecido por el investigador = 5%

Reemplazando:

$$(1.96)^2(0.5)(0.5)(2870)$$

n =

$$(1.96)_2(0.5)(0.5) + (0.05)_2(2870-1)$$

n= 338 personas adultas jóvenes

ANEXO 02



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIAD

CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA
ADULTA DEL JOVEN EN EL DISTRITO DE SAN JERONIMO DE TUNAN - HUANCAYO.

2013

Elaborado por Vilchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

Iniciales o seudónimo del nombre de la persona.....

Dirección.....

I. DETERMINANTES SOCIOECONOMICO

1. Grado de instrucción:

- Sin nivel ()
- Inicial/Primaria ()
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ()
- Superior Universitaria completa / Superior Universitaria incompleta ()

- Superior no universitaria completa / Superior no universitaria incompleta ()

2. Ingreso económico familiar en nuevos soles

- No tiene ingreso ()
- Hasta 550 ()
- De 551 a 999 ()
- De 1000 a 1499 ()
- De 1500 a más ()
- No especificado ()

3. Ocupación:

- Tenencia de trabajo ()
- Tenencia de algún trabajo fijo o negocio propio ()
- Actividad realizada de al menos 1 hora para generar ingreso ()

4. Vivienda

4.1. Tipo:

- Residencia ()
- Alquiler ()
- Casa o departamento alquilado ()
- Casa de familiares (Tíos, abuelos, primos) ()
- Casa de sus suegros ()
- Casa de sus padres ()
- Casa propia ()

4.2. Material del piso:

- Tierra ()
- Cemento ()
- Cerámica ()
- Madera ()
- Otros ()

4.3. Material del techo:

- Concreto armado ()
- Tejas ()
- Planchas de calamina, fibras de cemento o similares ()
- Cañas o estera con torta de barro ()
- Estera ()
- Pajas, hojas de palmeras, etc. ()
- Cartón, hule, tela, llantas ()
- Lámina de cartón ()
- Otro material ()

4.4. Material de las paredes:

- Cemento, ladrillo, piedra o madera ()
- Ladrillo de barro ()
- Paja y similares ()
- Lámina de plástico ()
- Hoja de metal ()
- Otros ()

4.5. Cuantos personas duermen en una habitación

- 4 a más miembros ()
- 2 a 3 miembros ()
- Independiente ()

5. Abastecimiento de agua:

- Red pública dentro de la vivienda ()
- Río, acequia, manantial o similar ()
- Red pública fuera de la vivienda pero dentro de la edificación ()
- Pozo ()
- Camión cisterna o similar ()

- Pilón de uso público ()
- Otro ()

6. Desagüe:

- Red pública dentro de la vivienda ()
- Red pública fuera de la vivienda pero dentro de la edificación ()
- Pozo ciego o negro / Letrina ()
- Pozo séptico ()
- Río, acequia o canal ()
- No tiene ()

7. Combustible para cocinar:

- Gas, ()
- Electricidad ()
- Querosene ()
- Carbón ()
- Madera ()
- Matojos o hierbas ()
- Estiércol de animal ()

8. Tipo de alumbrado:

- Eléctrico ()
- Querosene ()
- Vela ()
- Otro ()

9. En su casa separan la basura:

Si () No ()

10. ¿Con qué frecuencia pasan recogiendo la basura por su casa?

- Diariamente ()
- Todas las semana pero no diariamente ()
- Al menos 2 veces por semana ()
- Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas ()

11. ¿Suelen eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares?

- Contenedores de basura ()
- Punto limpio ()
- Empresas o tiendas que los venden o talleres ()
- Servicio especial de recogida ()
- Contenedor específico de recogida ()
- Vertido por el fregadero o desagüe ()

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

12. ¿Actualmente fuma?

- Si fumo, diariamente ()
- Si fumo, pero no diariamente ()
- No fumo actualmente, pero he fumado antes ()
- No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual ()

13. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

- Diario ()
- Dos a tres veces por semana ()
- Una vez a la semana ()
- Una vez al mes ()
- Ocasionalmente ()
- No consumo ()

14. ¿En su tiempo libre realiza alguna actividad física?

Si () No ()

Si la respuesta es positiva, indique que actividad realiza

Camina () Deporte () Gimnasia ()

15. ¿En las dos últimas semanas que actividad física realizo durante más de 20 minutos?

Si () No ()

Si la respuesta es positiva, indique que actividad realiza

Caminar () Gimnasia suave () Juegos con poco esfuerzo () Correr ()

16. DIETA:

¿Con qué frecuencia usted y su familia consumen los siguientes alimentos?

Alimentos:	Diario	3 o más veces a la semana	1 o 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
<input type="checkbox"/> Fruta					
<input type="checkbox"/> Carne (Pollo, res, cerdo, etc.)					
<input type="checkbox"/> Huevos					
<input type="checkbox"/> Pescado					
<input type="checkbox"/> Fideos, arroz, papas.....					
<input type="checkbox"/> Pan, cereales					
<input type="checkbox"/> Verduras y hortalizas					
<input type="checkbox"/> Legumbres					
<input type="checkbox"/> Embutidos, enlatados					
<input type="checkbox"/> Lácteos					
<input type="checkbox"/> Dulces, gaseosas					
<input type="checkbox"/> Refrescos con azúcar					
<input type="checkbox"/> frituras					

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

17. ¿Recibe algún apoyo social natural?

- Familiares ()
- Amigos ()
- Vecinos ()
- Compañeros espirituales ()
- Compañeros de trabajo ()

- No recibo ()
- 18. ¿Recibe algún apoyo social organizado?**
- Organizaciones de ayuda al enfermo ()
 - Seguridad social ()
 - Empresa para la que trabaja ()
 - Instituciones de acogida ()
 - Organizaciones de voluntariado ()
 - No recibo ()
- 19. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:**
- Pensión 65 si () no ()
 - Comedor popular si () no ()
 - Vaso de leche si () no ()
 - Otros si () no ()
- 20. En los últimos 12 meses, diría usted que el apoyo social que ha recibido, en mejora de su estado de salud ha sido:**
- Muy bueno ()
 - Bueno ()
 - Regular ()
 - Malo ()
- 21. ¿ En qué institución de salud se atendió en estos 12 últimos meses:**
- Hospital ()
 - Centro de salud ()
 - Otros ()
- 22. Considera usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:**
- Muy cerca de su casa ()
 - Regular ()
 - Lejos ()
 - Muy lejos de su casa ()
 - No sabe ()
- 23. Qué tipo de seguro tiene Usted:**
- ESSALUD ()
 - SIS-MINSA ()
 - SANIDAD ()
 - Otros ()

24. **El tiempo que espero para que lo (la) atendieran en el establecimiento de salud ¿le pareció?**

- Muy largo ()
- Largo ()
- Regular ()
- Corto ()
- Muy corto ()
- No sabe ()

25. **En general, ¿la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue?**

- Muy buena ()
- Buena ()
- Regular ()
- Mala ()
- Muy mala ()
- No sabe ()

26. **Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?**

Si () No ()

ANEXO 03

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del **Cuestionario sobre determinantes de la salud de la persona adulta en las Regiones del Perú** desarrollada por Ms. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en las personas adultas.

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

Validez de contenido: Se exploró mediante la calificación por medio de criterio de expertos, nueve en total, acerca de la pertinencia de los reactivos en relación al constructo evaluado por dimensiones. Para efectos de este análisis, se utilizó para la evaluación de la validez de contenido la fórmula de V de Aiken (Penfield y Giacobbi, 2004).

$$V = \frac{\bar{x} - l}{k}$$

Donde:

\bar{x} : Es la media de las calificaciones de los jueces en la muestra.

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 9 jueces expertos del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada una de la expertas la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA PERSONA ADULTA EN LAS REGIONES DEL PERÚ”. (Ver anexo).
3. Cada experto para cada ítems del cuestionario respondió a la siguiente pregunta: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es...
 - esencial?
 - útil pero no esencial?
 - no necesaria?
4. Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas (Ver anexo)
5. Luego se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken para cada una de las preguntas y el coeficiente V de Aiken total. (Ver Tabla)
6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 9 expertos que evaluaron la validez del

contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1 (ver Tabla --)

V de Aiken de los ítems del Cuestionario sobre determinantes de la salud de la persona adulta en las Regiones del Perú.

N°	V de Aiken	N°	V de Aiken
1	1,000	14	1,000
2	1,000	15	1,000
3	1,000	16	1,000
4	1,000	17	1,000
5	0,944	18	1,000
6.1	1,000	19	1,000
6.2	1,000	20	1,000
6.3	1,000	21	1,000
6.4	1,000	22	1,000
6.5	1,000	23	1,000
6.6	1,000	24	1,000
7	1,000	25	1,000
8	1,000	26	1,000
9	1,000	27	1,000
10	1,000	28	1,000
11	1,000	29	1,000
12	1,000	30	1,000
13	1,000		
Coefficiente V de Aiken total			0,998

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud de la persona adulta en las regiones del Perú.

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

Se evalúa aplicando el cuestionario a la misma persona por dos entrevistadores diferentes en un mismo día, garantizando que el fenómeno no ha cambiado. Se realiza a un mínimo de 15 personas.

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador.

ANEXO 04

REGISTRO DE LAS CALIFICACIONES DE CADA UNO DE LOS EXPERTOS A LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO

N°	Expertos consultados									Sumatoria	Promedio	n (n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
5	3	3	3	3	3	3	2	3	3	26	2,889	9	3	0,944

6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
6.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27	3	9	3	1,000

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS
DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ADULTO DEL PERÚ**

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

INSTRUCCIONES: Colocar una “X” dentro del recuadro de acuerdo a su evaluación. (*)
Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

DETERMINANTES DE LA SALUD	PERTINENCIA			ADECUACIÓN (*)				
	¿La habilidad o conocimiento medido por este reactivo es....?			¿Está adecuadamente formulada para los destinatarios a encuestar?				
	Esencial	Útil pero no esencial	No necesaria	1	2	3	4	5
4 DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO								
P1								
Comentario:								
P2								
Comentario:								
P3								
Comentario:								
P4								
Comentario:								

P5									
Comentario:									
P6									
Comentario:									

P6.1									
Comentario:									
P6.2									
Comentario:									
P6.3									
Comentario:									
P6.4									
Comentario:									
P6.5									
Comentario									
P6.6									
Comentario:									
P7									
Comentario:									
P8									

Comentario:									
P9									
Comentario:									
P10									
Comentario:									
P11									

Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
5 DE ESTILOS DE DETERMINANTES VIDA									
P14									
Comentario:									
P15									
Comentario:									

P16									
Comentario:									
P17									
Comentarios									
P18									
Comentario									
P19									
Comentario									
P20									
Comentario									
P21									
Comentario									
6 DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS									
P22									
Comentario:									
P23									
Comentario:									
P24									
Comentario:									
P25									

Comentario:									
P26									
Comentario:									
P27									
Comentario:									
P28									
Comentario									
P29									
Comentario									
P30									
Comentario									

VALORACIÓN GLOBAL:					
¿El cuestionario está adecuadamente formulado para los destinatarios a encuestar?	1	2	3	4	5
Comentario:					

Gracias por su colaboración.

ANEXO 05



UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

**DETERMINANTES EN LA SALUD EN LAS PERSONA ADULTA JÓVEN DEL
DISTRITO DE SAN JERONIMO DE TUNAN - HUANCAYO, 2013**

Yo,...acepto participar voluntariamente en el presente estudio, señalo conocer el propósito de la Investigación. Mi participación consiste en responder con veracidad y de forma oral a las preguntas planteadas.

La investigadora se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informaran de modo general, guardando en reserva la identidad de las personas entrevistadas. Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

FIRMA

.....

DETERMINANTES DE LA SALUD SOCIOECONÓMICOS

GRÁFICO 1: GRADO DE INSTRUCCIÓN

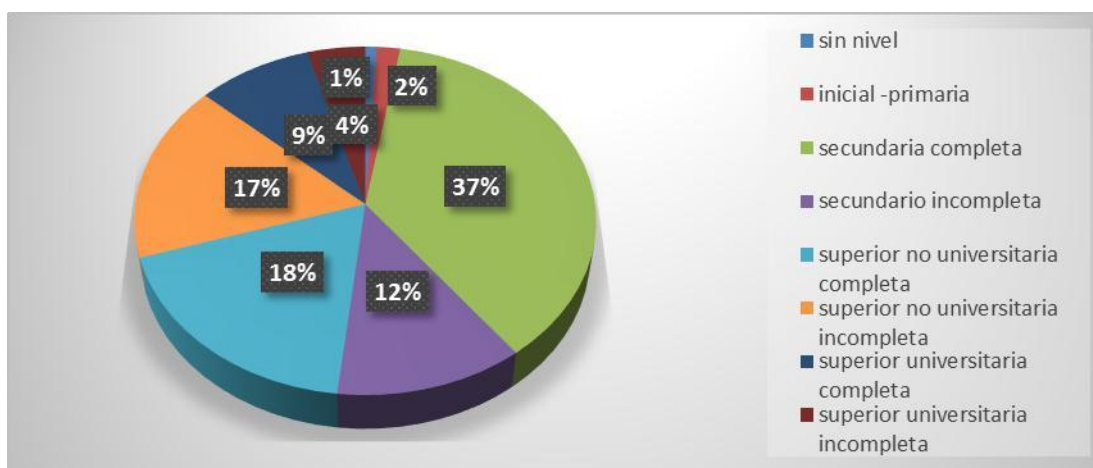


Figura: Tabla N°01

GRÁFICO 2: INGRESO ECONOMICO

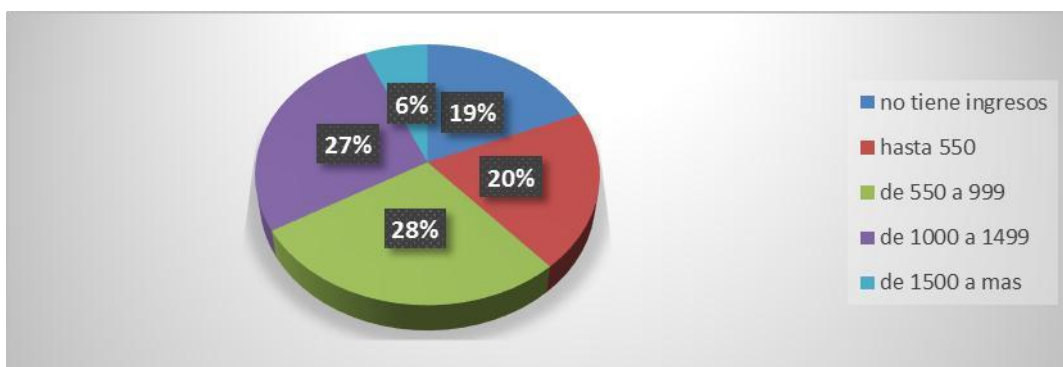


Figura: Tabla N°01

GRÁFICO 3: CONDICION DE TRABAJO

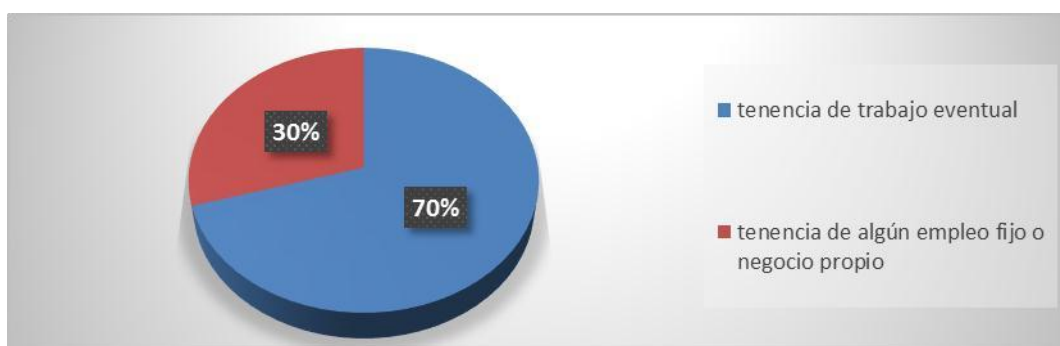


Figura: Tabla N°01

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADO CON LA VIVIENDA

GRÁFICO 4: TIPO DE VIVIENDA

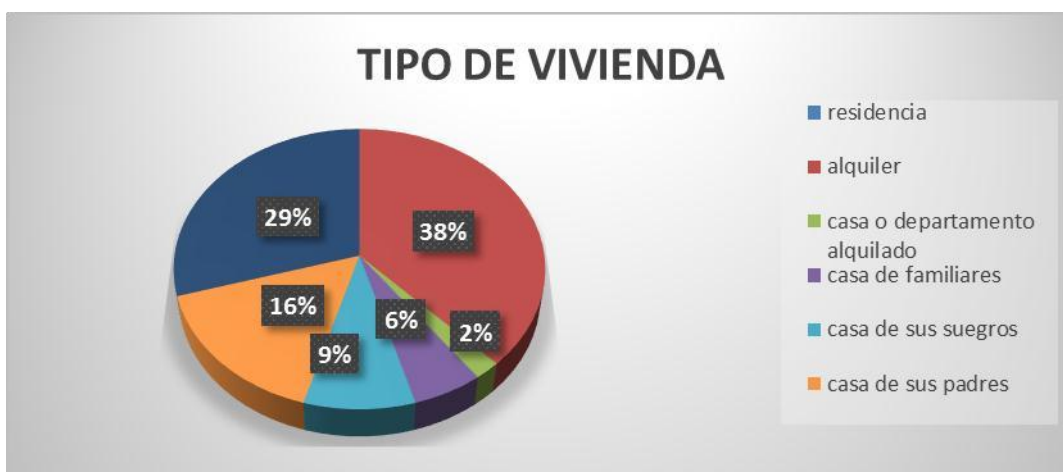


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 5: MATERIAL DE PISO

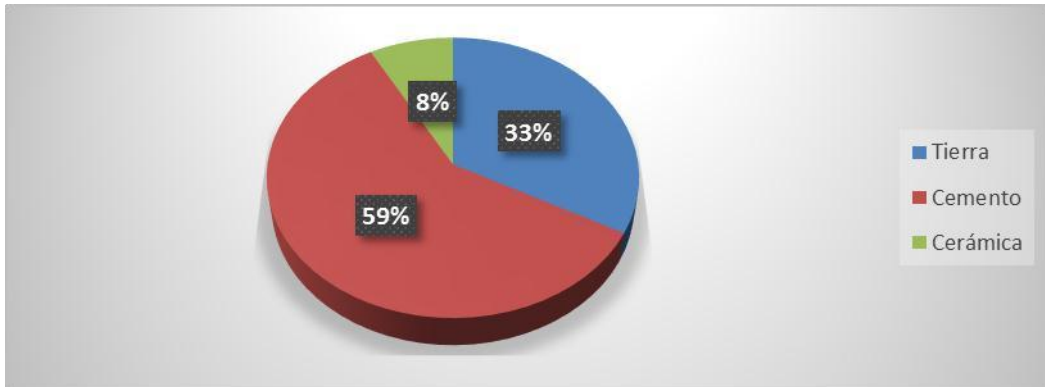


Figura: Tabla N°02

**GRÁFICO 6: MATERIAL DE
TECHO**

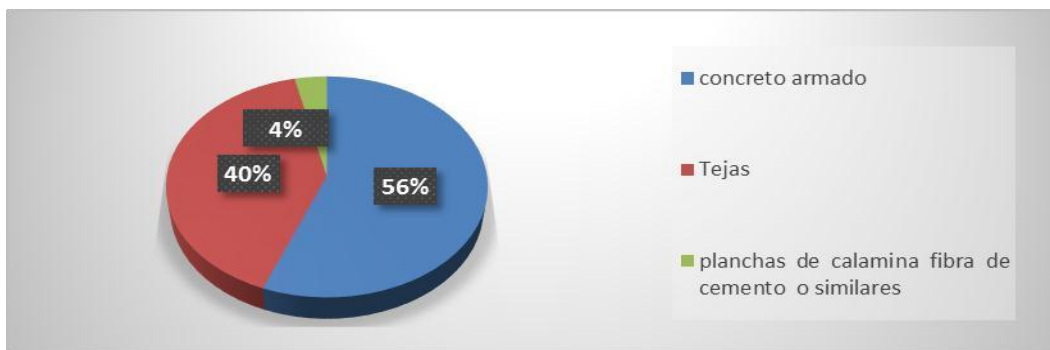


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 7: MATERIAL DE PAREDES

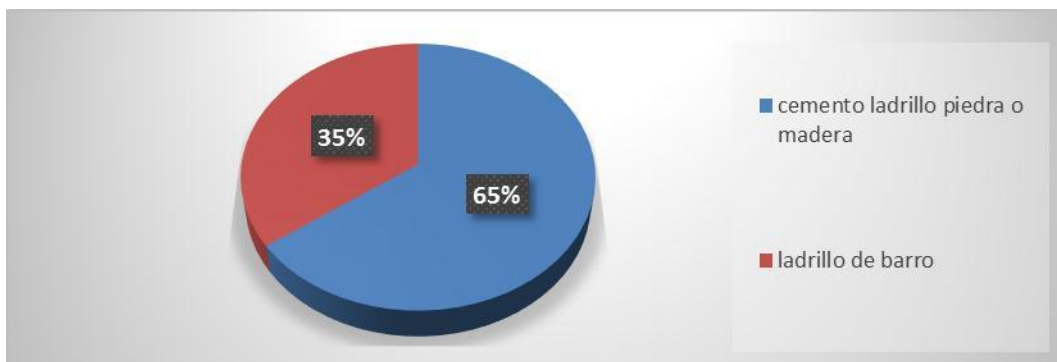


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 8: N° DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACION

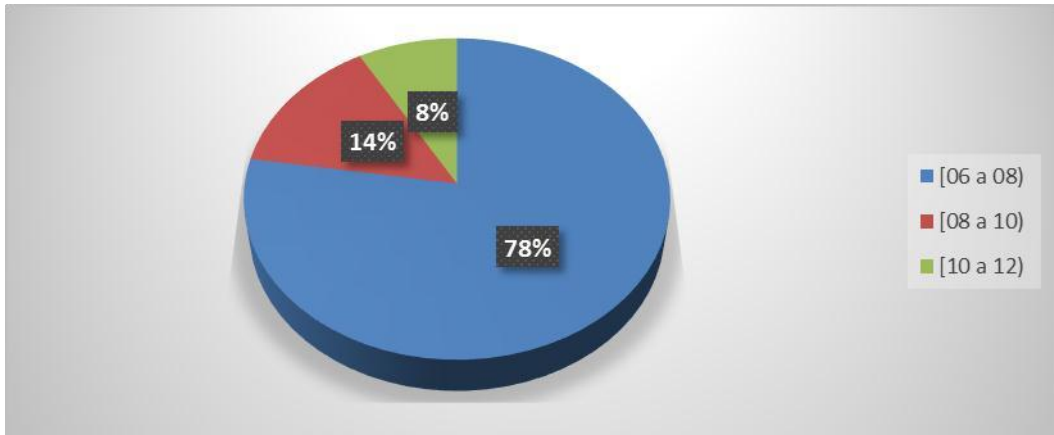


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 9: ABASTECIMIENTO DE AGUA

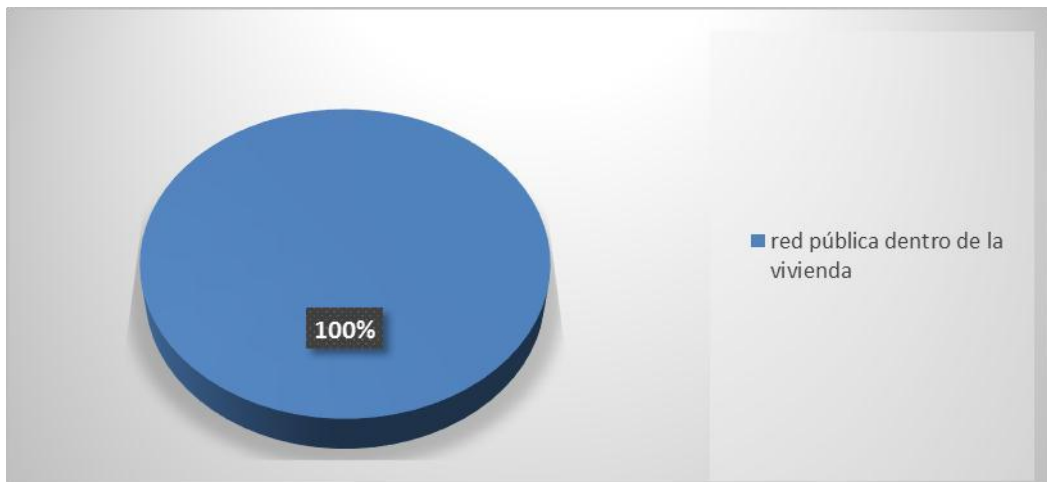


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 10: DESAGÜE

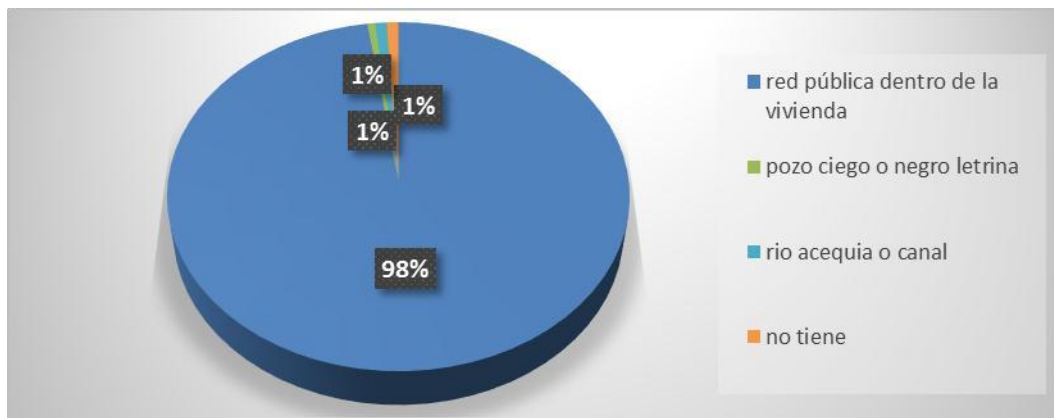


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 11: COMBUSTIBLE PARA COCINAR

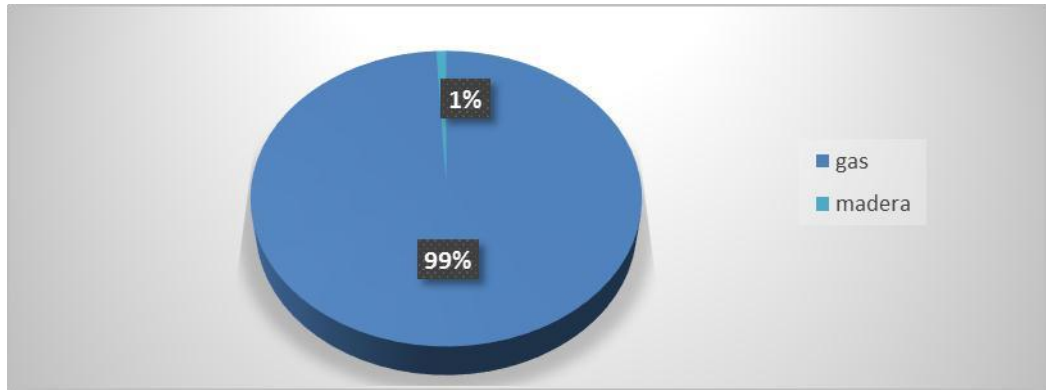


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 12: ENERGIA ELECTRICA

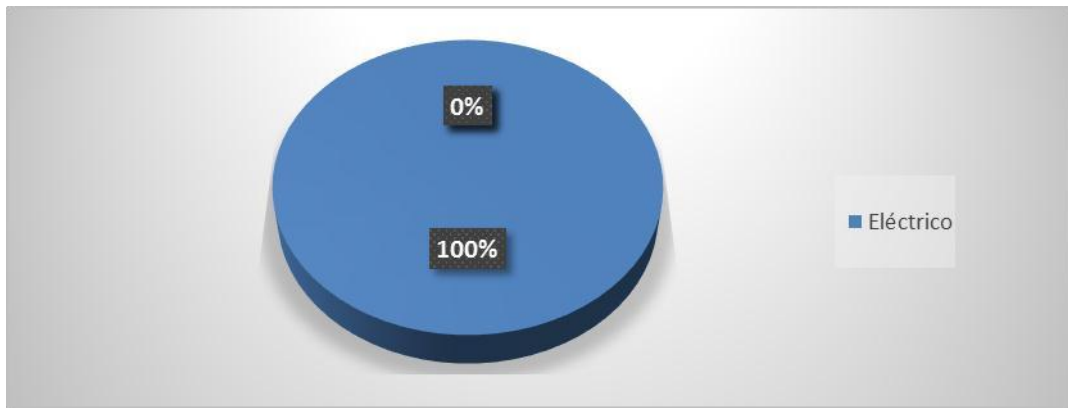


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 13: FRECUENCIA CON QUE PASAN RECOGIENDO LA BASURA POR

SU CASA

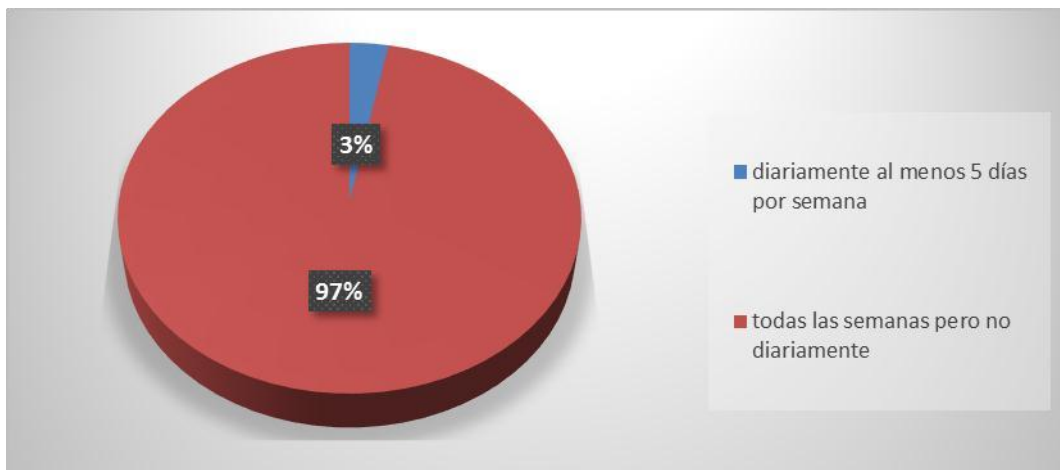


Figura: Tabla N°02 GRÁFICO 14: ELIMINACIÓN DE BASURA

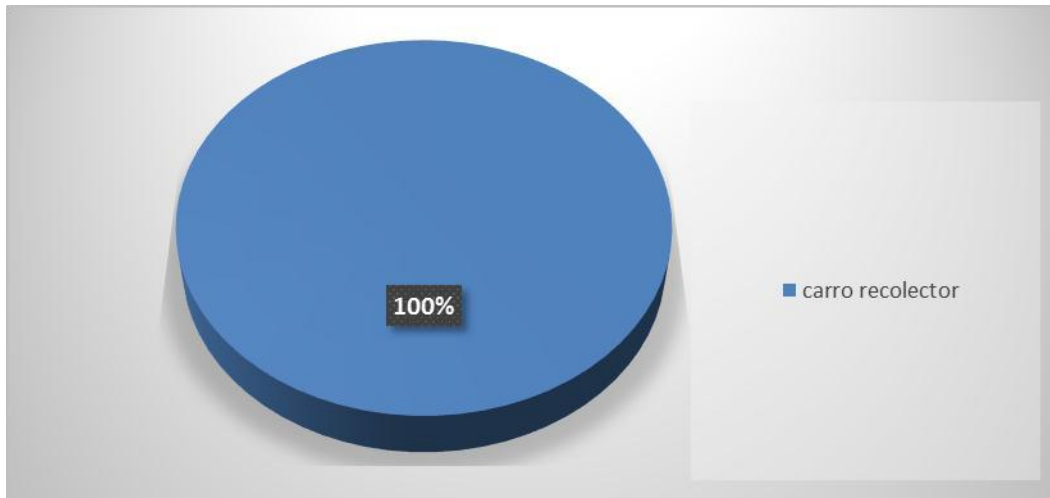


Figura: Tabla N°02

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

GRÁFICO 15: COMO FUMAN ACTUALMENTE

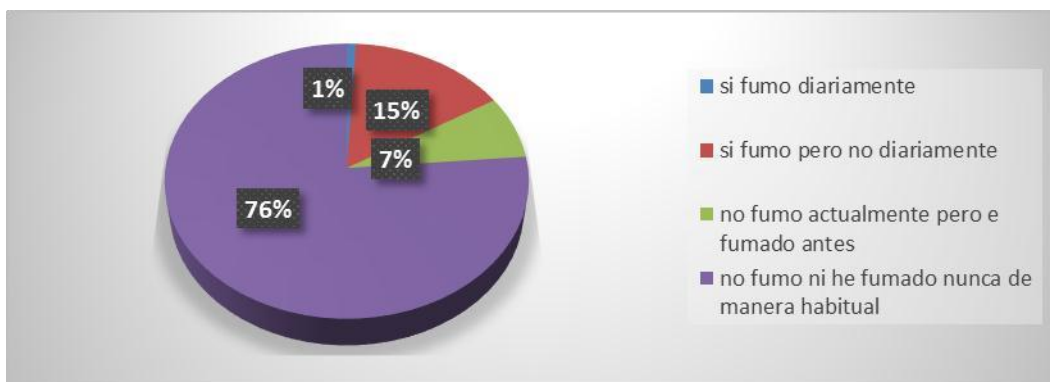


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO16: LA FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDA ALCOHOLICAS

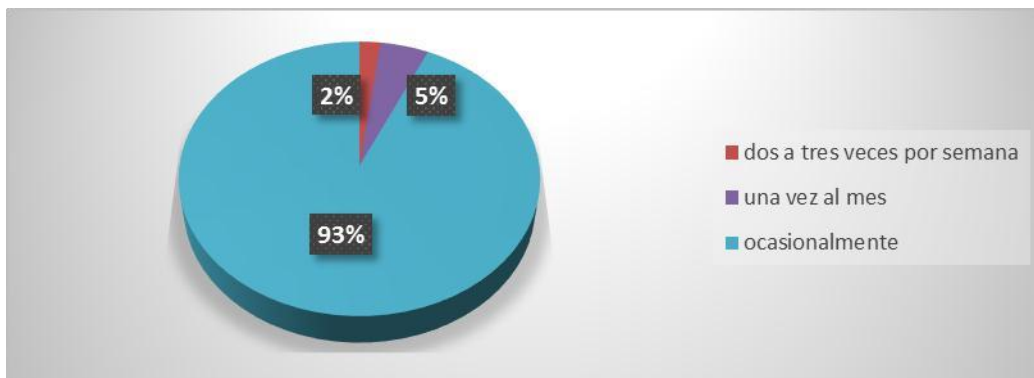


Figura: Tabla N°03 GRÁFICO 17: NÚMERO DE HORAS QUE DUERMEN

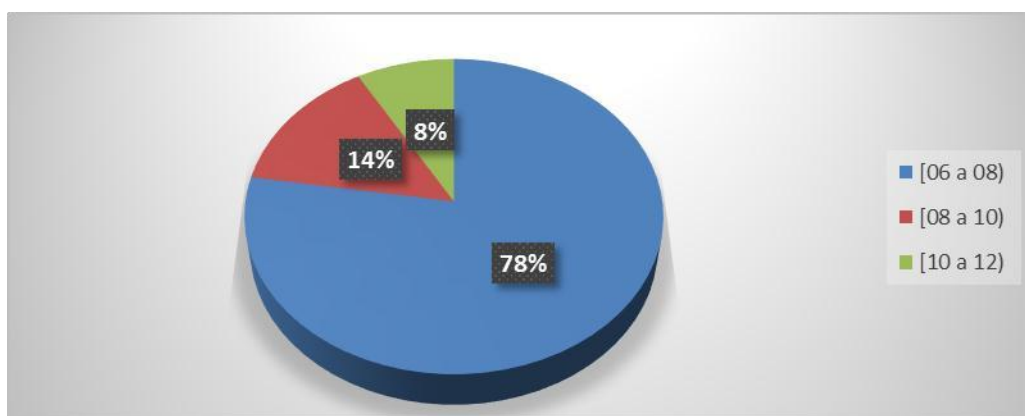


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO 18: FRECUENCIA CON LA QUE SE BAÑAN

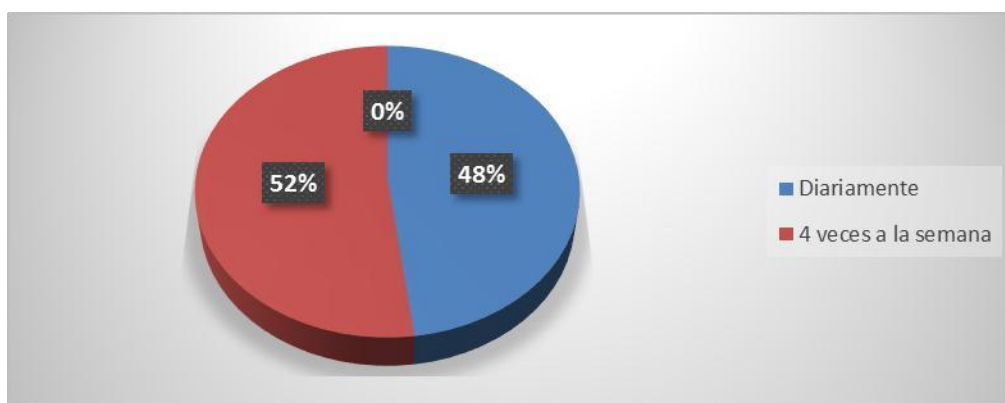


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO 19: EXAMEN MEDICO PERIODICO EN UN ESTABLECIMIENTO DE

SALUD

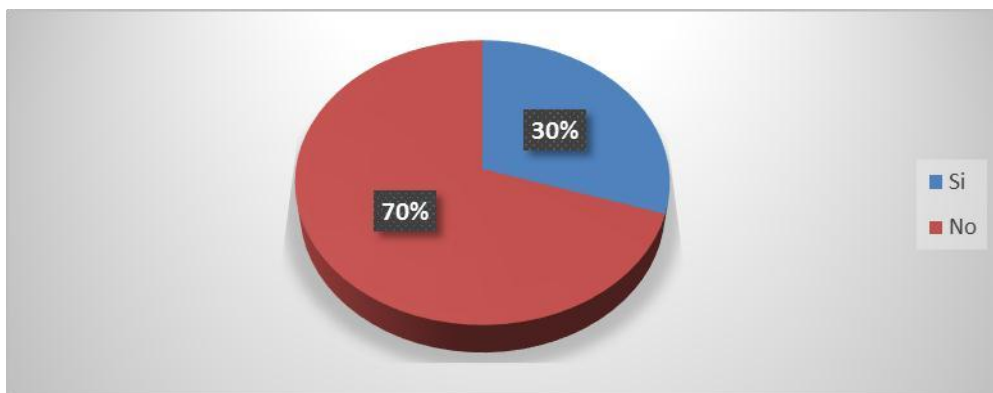


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO20: ACTIVIDADES FISICA QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE

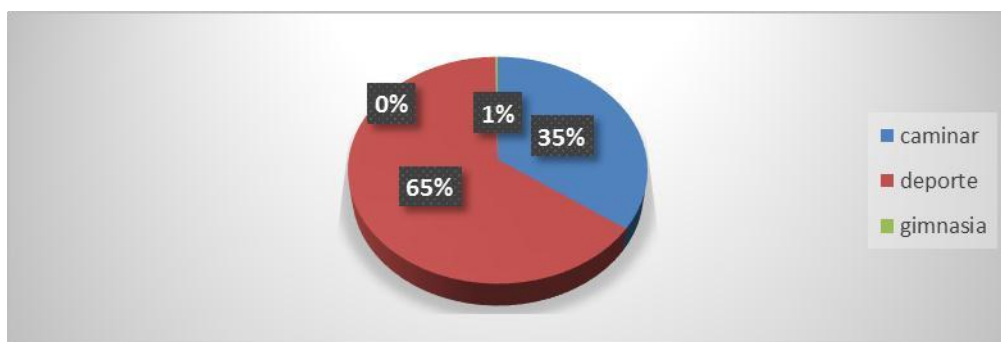


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO21: LAS DOS ULTIMAS SEMANAS DE ACTIVIDAD FISICA REALIZO DURANTE MAS 20.MINUTOS

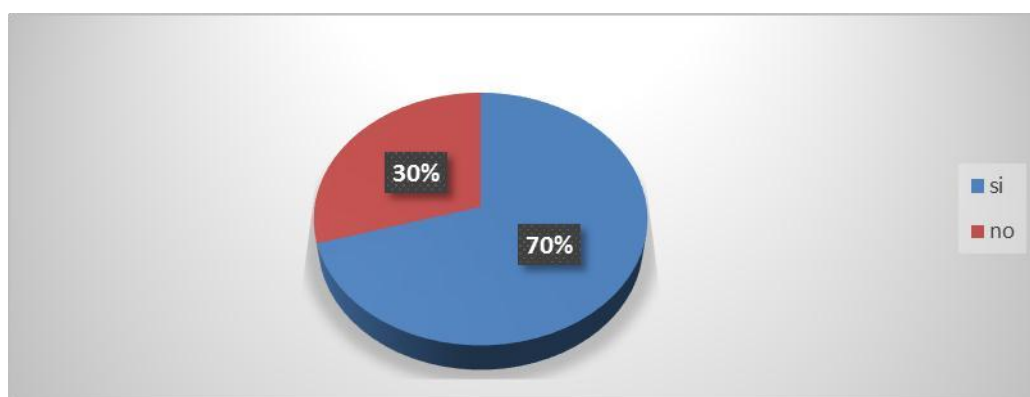


Figura: Tabla N°03 GRÁFICO 22: CONSUMO DE ALIMENTOS

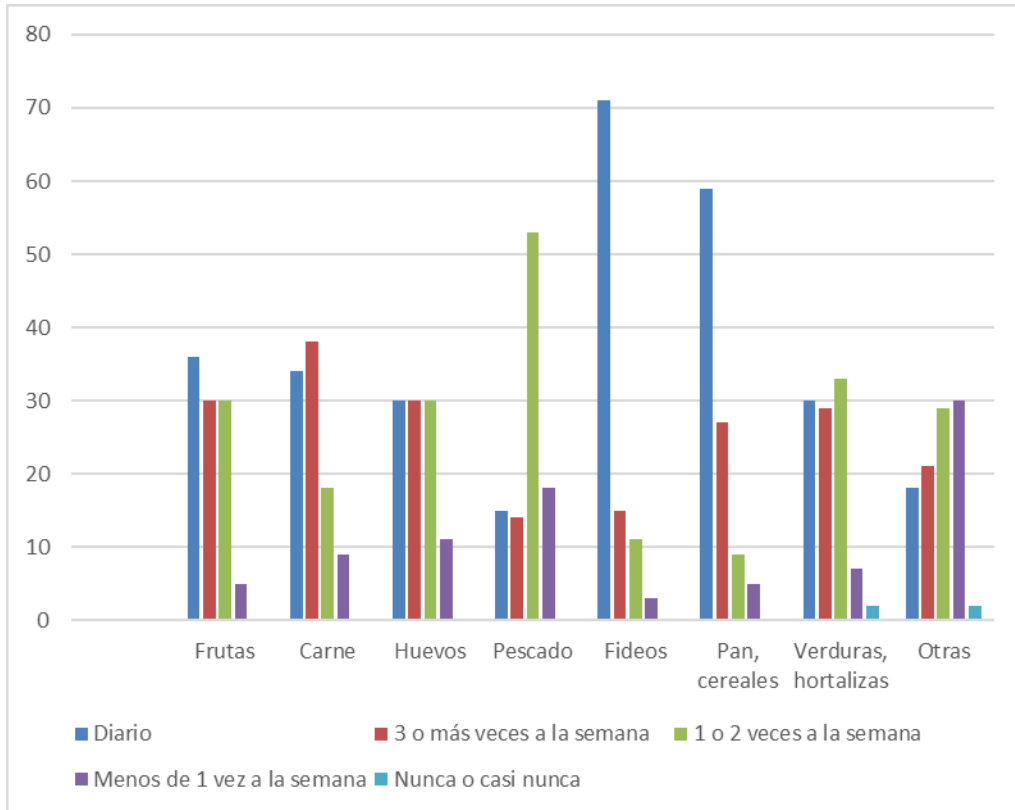


Figura: Tabla N°03

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

GRÁFICO23: SEGÚN INSTITUCION DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIO EN ESTOS 12 ULTIMOS MESES

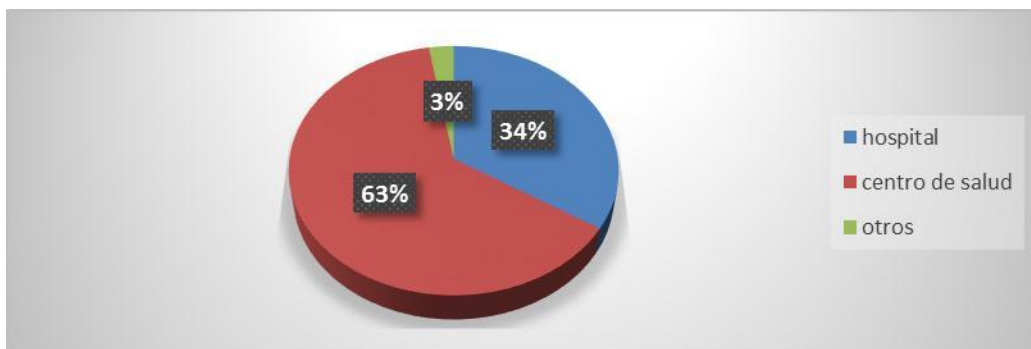


Figura: Tabla N°04

GRÁFICO 24: SEGÚN UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE ATENDIERON EN RELACIÓN A LA UBICACIÓN DE LA VIVIENDA

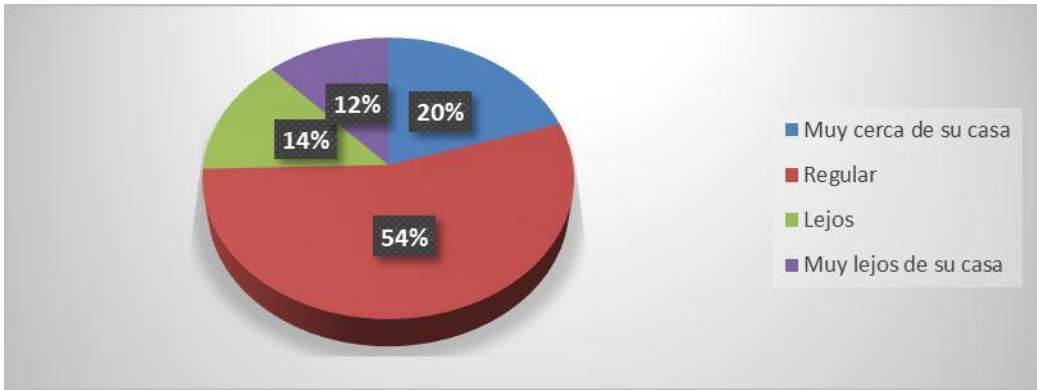


Figura: Tabla N°04

GRÁFICO 25: TIPO DE SEGURO

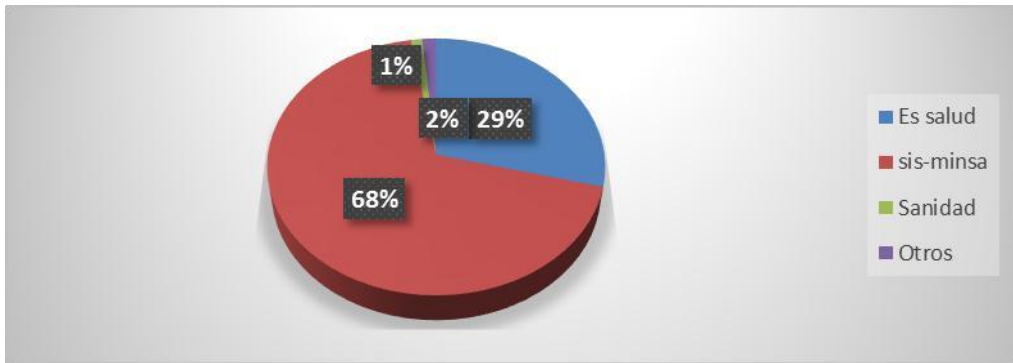


Figura: Tabla N°04

GRÁFICO 26: SEGÚN PERCEPCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

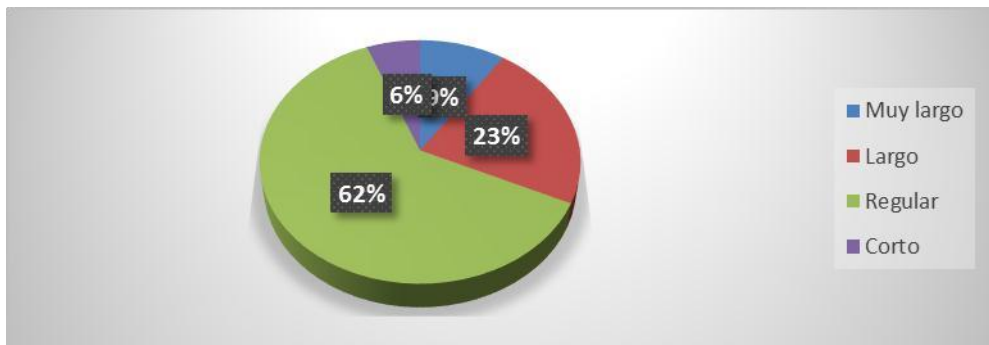


Figura: Tabla N°04 GRÁFICO 27: CALIDAD DE ATENCION QUE REALIZA EN EL ESTABLECIMINETO DE SALUD

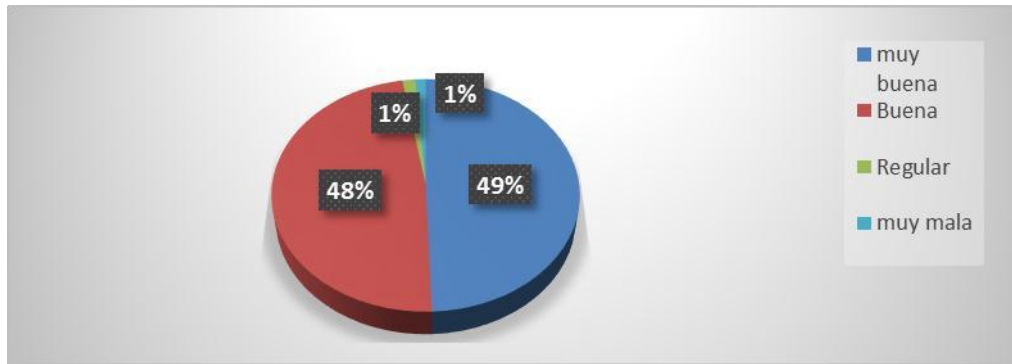


Figura: Tabla N°04

GRÁFICO 28: PRESENCIA DE PANDILLAJE O DELICUENCIA CERCA DE LA VIVIENDA

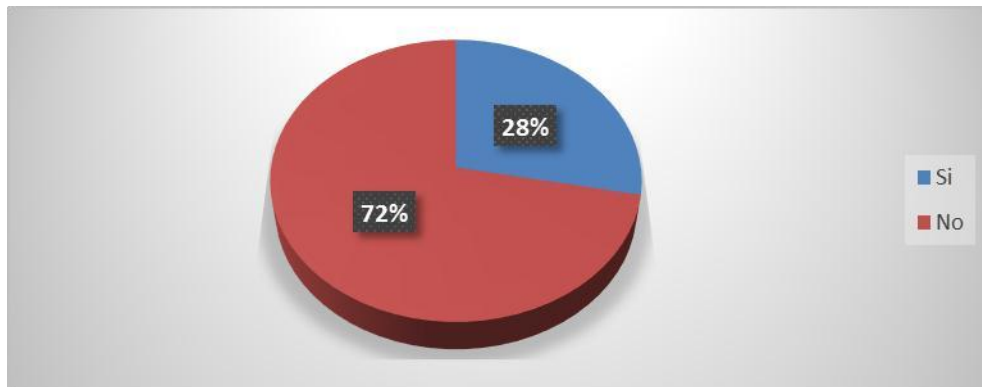


Figura: Tabla N°04

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL

NATURAL GRÁFICO 29: ALGÚN APOYO SOCIAL NATURAL

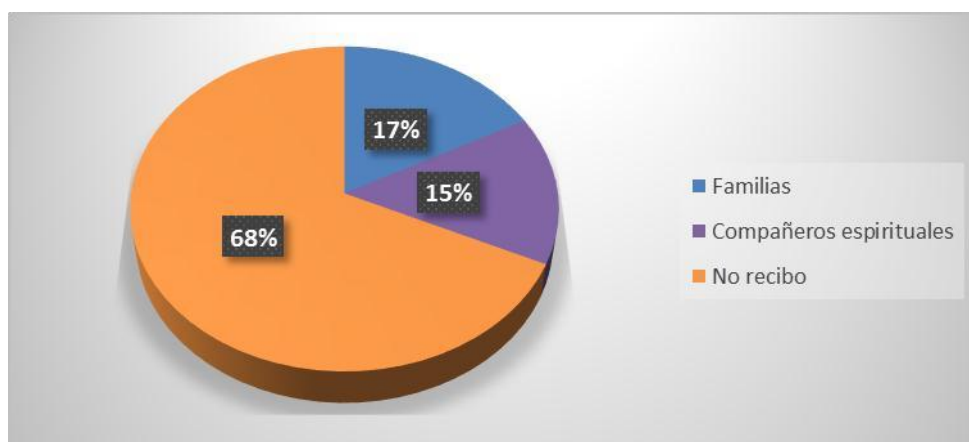


Figura: Tabla N°05

GRÁFICO 30: ALGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO

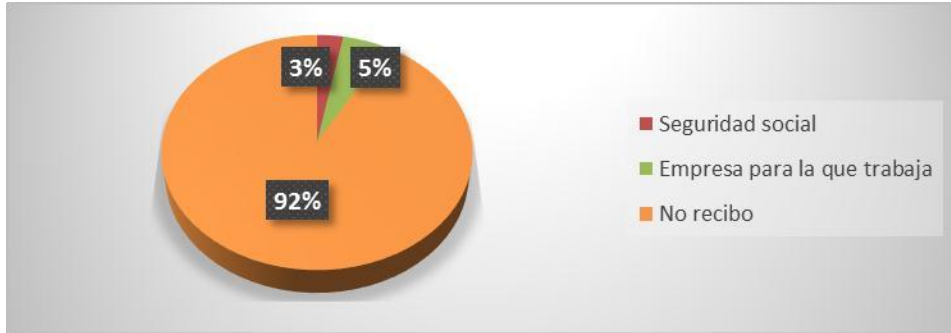


Figura: Tabla N°05

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN

GRÁFICO 31: APOYO QUE RECIBEN DE ALGUNAS ORGANIZACIONES

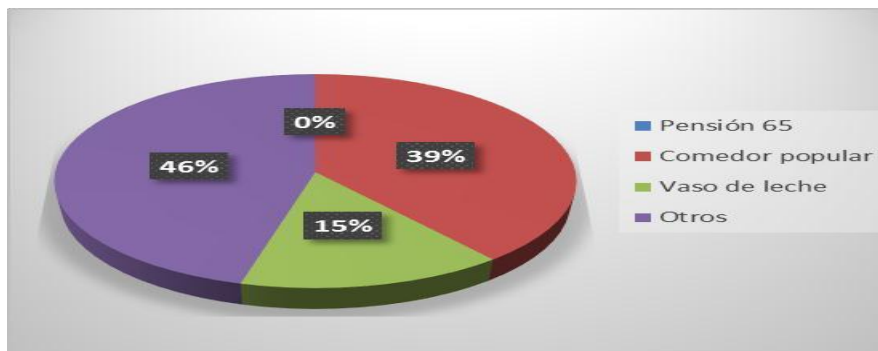


Figura: Tabla N°05