

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE
CHIMBOTE**

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

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL
TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL
AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO -
LA ESPERANZA, 2013.**

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

AUTORA

VERÓNICA NOHELY HOYOS CHÁVEZ

ASESORA

Mgtr. MARIBEL ROSA QUIÑONES SÁNCHEZ

TRUJILLO – PERÚ

2016

HOJA DE FIRMAS DEL JURADO

Mgtr. Eva María Arévalo Valdiviezo

Presidente

Mgtr. Elcira Leonor Grados Urcia

Secretaria

Mgtr. Mónica Elizabet Herrera Alva

Miembro

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios porque ha estado conmigo en cada paso que he dado, cuidándome y dándome fortalezas para continuar.

A mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento.

VERÓNICA

DEDICATORIA

A MIS PADRES:

Por ellos estoy cumpliendo mis metas, su apoyo incondicional me ayuda en todo momento; solo por existir me impulsan a seguir adelante, y ser su orgullo.

VERÓNICA

RESUMEN:

El presente trabajo de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tiene por objetivo general identificar los determinantes de la salud en el trabajador adulto de Mercado Zonal Autogestionario La Merced de Wichanza - La Esperanza, 2013. La muestra estuvo constituida por 120 trabajadores adultos, a quienes se aplicó un instrumento: cuestionario sobre los determinantes de la salud utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Los datos fueron procesados en una base de datos en el software PASW Statistics versión 18.0, Para su respectivo procesamiento. Para el análisis de los datos se construyeron tablas de distribución de frecuencia absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos. Concluyendo que: Con referencia a los determinantes de la salud biosocioeconómicos: la mayoría de los trabajadores adultos eran mujeres con grado de instrucción secundaria completa e incompleta, todos cuentan con un negocio propio, la mayoría tiene ingresos económicos de 1000 a 1499 nuevos soles. En determinantes de la salud relacionados con el entorno físico, todos viven en casa propia, cuentan con los servicios básicos, la mayoría tiene de 3 a 5 habitaciones para dormir, más de la mitad refirió tener sus viviendas construidas de material noble. Según el determinante de estilos de vida, la mayoría no fuma actualmente pero ha fumado antes, consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, no realizan actividad física y no consumen una dieta balanceada. Según los determinantes de redes sociales y comunitarias, se obtuvo un poco más de la mitad no se atendieron en una institución de salud, cuentan con seguro particular.

Palabras claves: Determinantes de la salud, trabajador adulto.

ABSTRACT

The following quantitative, descriptive research with a one box design has. Its main objective is to identify the determinants of adult health worker Zonal Market Autogestionario La Merced Wichanzao - La Esperanza, 2013. The sample consisted of 120 adult workers, who answered a questionnaire: A questionnaire on the determinants of health using the interview technique and observation. The data was processed in a database in SPSS version 18.0 software, for their respective processing. For analysis of data frequency distribution table's absolute and relative percentage were constructed. And their respective statistical graphics. Concluding that: With reference to the determinants of health biosocioeconómicos: most adult workers were women with complete and incomplete level education, with an income between 1000-1499 soles, activity status job tenure; most have income from 1000 to 1499 nuevos soles. In health determinants related to physical environment, all live at home, have basic services, most having 3 to 5 sleeping rooms, most reported having their homes made of noble material. According to the determinant of lifestyles, most do not currently smoke but has smoked before, most drink alcohol occasionally, most are not physically active and no eat a balanced diet. According to the determinants of social and community networks, most attended in a health institution in the past year, most have private insurance.

Keywords: Determinants of health, adult worker.

INDICE:

	Pág.
AGRADECIMIENTO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN.....	v
ASBTRACT.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	
2.2. Antecedentes.....	12
2.3. Bases Teóricas.....	15
III. METODOLOGÍA.	
3.1. Tipo y nivel de la investigación de la tesis.....	21
3.2. Diseño de la investigación.....	21
3.3. Universo muestral.....	21
3.4. Definición y Operacionalización de variables.....	22
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	30
3.6. Procedimientos de la recolección de datos.....	33
3.7.- Análisis y procesamiento de los datos.....	33
3.8.- Consideraciones éticas.....	33
IV. RESULTADOS	
4.1. Resultado.....	35
4.2 Análisis y Discusión.....	54
V. CONCLUSIONES	
5.1 Conclusiones.....	84
5.2 Recomendaciones.....	85
REFERENCIAS BIBILOGRAFICAS.....	86
Anexos.....	99

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

TABLA N°01.....	35
DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO LA ESPERANZA, 2013	
TABLA N°02.....	38
DETERMINANTES RELACIONADOS AL ENTORNO FISICO EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO LA ESPERANZA, 2013	
TABLA N°03.....	46
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO LA ESPERANZA, 2013	
TABLA N°04.....	50
DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO LA ESPERANZA, 2013	

ÍNDICE DE GRAFICOS:

	Pag.
GRAFICOS DE LA TABLA N° 01.....	36
DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO LA ESPERANZA, 2013	
GRAFICOS DE LA TABLA N° 02.....	40
DETERMINANTES RELACIONADOS AL ENTORNO FISICO EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO LA ESPERANZA, 2013	
GRAFICOS DE LA TABLA N° 03.....	48
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO LA ESPERANZA, 2013	
GRAFICOS DE LA TABLA N° 04.....	51
DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO LA ESPERANZA, 2013	

I. INTRODUCCIÓN:

La presente investigación se realizó con el propósito de identificar los determinantes de la salud de las personas, ya que determinan el estado de bienestar en el trabajador adulto del Mercado Zonal Autogestionario La Merced de Wichanza – La Esperanza, 2013.

El presente trabajo se fundamenta en las bases conceptuales de los Determinantes de la Salud, definiendo la OMS como 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 (1).

La OMS afirma que la salud contiene una serie de factores que la componen. Para comenzar, el estado de adaptación al medio ya sea biológico o sociocultural; el estado fisiológico de equilibrio; el equilibrio entre la forma y la función de un organismo y la perspectiva biológica y social como las relaciones familiares o los hábitos. Es la estrecha relación y semejanza entre estos aspectos lo que determina el completo estado de salud de un ser particular y es la carencia de uno de ellos lo que genera cualquier estado de enfermedad. Toda enfermedad consta de una relación entre un huésped (sujeto), un agente (síndrome) y ambiente (factores que intervienen) (2).

La calidad de vida relacionada con la salud, más utilizada en ciencias de la salud, evalúa la repercusión de la enfermedad, su tratamiento y otros cuidados sanitarios en la dimensión social y personal del individuo. La medición de la calidad de vida relacionada con la salud de una población están relacionados con factores interdependientes como son: factores políticos, económicos, demográficos, socioculturales, socioeconómicos, médicos – sanitarios, y en definitiva la propia estructura social (2).

1

La interpretación de la salud de la población, abordan los antecedentes de la geografía médica o de la salud: La pobreza, la miseria, el hambre y la desnutrición, la insalubridad, la desesperanza, la tristeza, la violencia, la

contaminación del aire de las aguas, las tierras y tanto otros males definen espacios que se construyen y reconfiguran permanentemente, también los procesos y estados contrarios definen espacios particulares. En uno y en otros, heredados o emergentes acechan o dramáticamente se despliegan las enfermedades y las muertes. Identificar y revelar estos espacios humanos es una posibilidad de mejorar la efectividad y la equidad de las acciones en salud (2).

La presente investigación se realizó en el Mercado Zonal Autogestionario La Merced de Wichanza del Distrito La Esperanza, 2013 el cual se formó hace 27 años y cuya población tiene características particulares, casi toda la población viene de la sierra, poseen un buen ingreso económico y múltiples carencias culturales y sociales a pesar de ello creen que han alcanzado la mayoría de sus metas pero aun así consideran les falta consolidar sus conocimientos en salud. Buscando mejorar las condiciones de salud de la población y a la vez su calidad de vida, brindando a las autoridades y principales actores sociales en el campo de la salud la información y herramientas necesarias sobre la problemática de la población, con el propósito de identificar factores que influyen en el estado de salud y formular políticas que garanticen el bienestar y desarrollo.

El objetivo de la presente investigación es identificar los determinantes sociales de la salud en el trabajador adulto del Mercado Zonal Autogestionario La Merced de Wichanza La Esperanza, 2013, teniendo en cuenta 5 categorías: a) Entorno socioeconómico: ingreso económico, empleo, posición social, redes de apoyo social, educación, y factores sociales en el lugar de trabajo. b) Entorno físico: los aspectos físicos en el lugar de trabajo y en las viviendas, al igual que otros aspectos del entorno físico natural y construido por las personas. c) Hábitos personales de salud: comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud. d) Capacidad individual y aptitudes de adaptación: la estructura psicológica de la persona, como la competencia personal, las aptitudes de adaptación y el sentido de control y dominio; y las características genéticas y biológicas. e) Servicios de salud: servicios para promover, mantener y restablecer la salud.

El presente trabajo está organizado en 5 capítulos: Capítulo I: Introducción, Capítulo II: Revisión de la literatura, Capítulo III: Metodología, Capítulo IV: Resultado - Discusión, Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones, los cuales contienen hallazgos importantes y valiosos que contribuirán de una u otra manera al enriquecimiento del sistema de conocimientos teóricos.

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 en forma integral e interdependiente (3).

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 (4).

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 (4).

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 (5).

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 (6).

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 (7).

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 estos determinantes (7).

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 (7).

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 los determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública (8).

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 merma 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 (9).

Equidad en salud significa que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales. La equidad en salud implica que los recursos sean asignados según la necesidad (10).

Las inequidades sanitarias son diferencias sistemáticas observadas en el estado de salud de los distintos grupos de población. Esas inequidades tienen un importante costo social y económico tanto para las personas como para las sociedades. (10).

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 (11).

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 (12).

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 (13).

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 (13).

Estos determinantes, después de 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 (13).

No escapa a esta problemática de salud el país, viéndolo en tres grandes grupos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamiento 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 (14).

No es ajeno a esta problemática el trabajador adulto del Mercado Zonal Autogestionario La Merced de Wichanza de La Esperanza, 2013; está ubicada en la Mz. 31. Lt. 3 del segundo sector de Wichanza por el norte limita con la Mz. 30 del tercer sector de Wichanza por el este limita con la Mz. 31 del segundo sector de Wichanza, por el sur limita con la Mz. 41 del segundo sector de Wichanza y por el oeste limita con la Parroquia San Juan María Vianey (15).

Casi toda la población del mercado son habitantes que proceden de la sierra de La Libertad, Cajamarca y Cajabamba quienes conformaron un pequeño mercado desde el año 1989.

El número de trabajadores de este mercado es de 120 adultos que se desempeñan en la venta de abarrotes, verduras, carnes, preparación de alimentos (Caldos, combinados, menú, etc.), molidos, venta de ropa entre otros; siendo la mayoría integrantes mujeres, además todos tienen vivienda propia.

Los trabajadores adultos del Mercado Zonal Autogestionario La Merced de Wichanza, 2013; tienen un solo ingreso económico el cual es obtenido través del comercio además cada uno es dueño de los puestos de trabajo, es por ello que inician sus labores desde la madrugada, haciendo compras del mercado la Hermelinda, la limpieza de sus puestos de trabajo a la vez realizan esfuerzos físicos al exhibir y guardar sus productos; su jornada laboral termina alrededor de las tres de la tarde.

Además no tienen horas establecidas para su alimentación, por lo general se obtienen resultados con mayor hemoglobina en los comerciantes de verduras, se evidencia sobrepeso u obesidad en aquellos que venden abarrotes y comida.

La accesibilidad al Mercado Zonal Autogestionario La Merced de Wichanza, 2013; es rápida y fácil ya que cuenta con medios de transporte suficientes por encontrarse en una zona urbana, siendo más de una línea de transporte la que se puede usar para llegar o transitar por sus calles, el transporte transita por la iglesia y a tres cuadras de la panamericana norte.

La población del Mercado Zonal Autogestionario La Merced de Wichanza, 2013, cuenta con energía eléctrica tanto en el mercado como en sus casas y calles desde 1995, además de agua y desagüe.

Los trabajadores adultos del mercado en caso de padecer alguna enfermedad recurren a las farmacias y automedicación, también es habitual utilizar los servicios de salud en clínicas o consultorios particulares antes que acudir al centro de salud a pesar que éste se encuentra muy cerca al mercado y viviendas, ya que para ellos el tiempo de atención es corto y la atención es mejor en estas instituciones privadas a la recibida del centro de salud; además creen en el “mal de ojo y chucaque”. Los motivos por los que acuden a servicios de salud son dolor, hipertensión, enfermedades respiratorias, enfermedades gastrointestinales, mialgias, lumbalgias, infecciones urinarias, obesidad.

Frente a lo expuesto consideramos pertinente la realización de la presente investigación planteando el siguiente problema:

¿Cuáles son los determinantes de la salud, en el trabajador adulto del Mercado Autogestionario La merced de Wichanza – La Esperanza, 2013?

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

Identificar los determinantes de la salud, en el trabajador adulto del Mercado Zonal Autogestionario La merced de Wichanza – La Esperanza, 2013.

Para conseguir el objetivo general, se ha planteado los siguientes objetivos específicos:

- Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico (Sexo, Grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo)
- Identificar los determinantes del entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental)
- Identificar los determinantes de los estilos de vida: (Alimentos que consumen las personas, hábitos personales, tabaquismo, alcoholismo, actividad física)
- Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud, su impacto en la salud

Finalmente la investigación se justifica porque es necesaria en el campo de la salud ya que permite generar conocimiento para comprender 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 realizó en 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 permitió 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, 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 Dirección de salud y municipalidad 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 favorecer la salud y el bienestar de los mismos.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA:

2.1. Antecedentes

A nivel Internacional

“Gonçalves M. y col. (16) 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. Respecto a las enfermedades crónicas este resultado no fue totalmente favorable a los hombres, una vez que en determinadas enfermedades éstos tuvieron un porcentaje superior, en relación a las mujeres“.

Gonçalves (16) destaca que, aun cuando al proceso de envejecimiento poblacional fue iniciado más temprano en Buenos Aires y que, por lo tanto, su población estará más envejecida que la de San Pablo, las condiciones de salud de los ancianos de aquella ciudad fueron mejores que las de San Pablo.

“Tovar. L. y García. G. (17). 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. (18), 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 (19), 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.

Rojas, E. (20) en su estudio Determinantes de la salud de la persona adulta. III Etapa Manuel Arévalo, La Esperanza - Trujillo, 2012; En relación a los Determinantes Biosocioeconomicos se observa que el mayor porcentaje son personas adultas maduros, más de la mitad son de sexo femenino en el grado de instrucción el mayor porcentaje es superior no universitario, en ingreso económico el mayor porcentaje es de 750 a 1000 nuevos soles y en ocupación tenemos el mayor porcentaje tienen trabajo eventual.

En los determinantes relacionados con el entorno físico, la mayoría tiene vivienda propia, el material del piso la mayoría es de loseta, vinílicos o sin vinílico, el techo es de material noble, ladrillo y cemento, al igual que las paredes, más de la mitad duermen en una habitación de 2 a 3 miembros, la mayoría tiene conexión domiciliar de agua, elimina sus excretas en baño propio, cocinan a gas, la energía eléctrica es permanente, la mayoría entierra, quema y utiliza el carro recolector para la basura.

En relación a los determinantes de estilos de vida la mayoría no fuma, actualmente, pero ha fumado antes, bebe alcohol ocasionalmente, la mayoría realiza actividad física y más de la mitad consume frutas diariamente.

En los determinantes de las redes sociales y comunitarias la mayoría se atienden en un hospital, más de la mitad cuentan con un seguro (SIS) y la mayoría afirman que hay delincuencia en su zona.

2.2. Bases Teóricas

La presente investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Dahlgren y Whitehead, presenta 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 (21).

En 1974, Marc Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso en nuestros días, en que se reconoce 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 asignados a los diferentes determinantes (22).



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 (23).

El siguiente nivel se representan las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales y presiones de los pares influyen sobre los comportamientos personales en el nivel 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 (23).

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 (23).

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 (23).



Fuente: Frenz 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 (24).

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.

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 (24).

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 (24).

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 (24).

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 (24).

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 (24).

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 (24).

III. METODOLOGÍA:

3.1. El Tipo y nivel de investigación:

La investigación fue tipo Cuantitativo, descriptivo, de corte transversal (25, 26).

3.2. Diseño de la investigación

El Diseño de la investigación es una sola casilla (27, 28).

3.3. Universo muestral

El universo muestral estuvo conformada por 120 trabajadores adultos que laboran en el Mercado Zonal Autogestionario La merced de Wichanza del Distrito La Esperanza Provincia de Trujillo Región La Libertad.

3.3.1. Unidad de análisis

Trabajador adulto, que responde a los siguientes criterios.

- **Criterios de Inclusión:**

- Trabajador adulto que labore más de 3 años en el mercado.
- Trabajador adulto sanas o enfermas
- Trabajador adulto que acepte participar en el estudio.
- Trabajador adulto con disponibilidad de participar en la encuesta como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

- **Criterios de Exclusión:**

- Trabajador adulto que tenga algún trastorno mental.
- Trabajador adulto que se niega a participar en la investigación.

3.4. Definición y Operacionalización de variables

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

Sexo

Definición Conceptual

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (29).

Definición Operacional:

Escala nominal

- Masculino
- femenino

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 provisional o definitivamente incompletos (30):

Definición Operacional

Escala Ordinal

- Sin nivel
- Inicial/Primaria
- Secundaria incompleta / Secundaria completa
- Superior no universitaria incompleta/Superior no universitaria completa
- Superior universitaria incompleta/Superior universitario completa

Ingreso Económico

Definición Conceptual

Es aquel constituido por los ingresos del trabajo asalariado (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 (31).

Definición Operacional

Escala de razón

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

Condición de empleo

Definición conceptual

Las condiciones de empleo se refieren a las circunstancias en las que el trabajo se realiza, y se refieren para efecto de distinción analítica, a la exposición a los riesgos físicos, químicos, mecánicos, biológicos, Y que son conocidos como factores relacionados con la organización del trabajo (32).

Definición Operacional

Escala Nominal

- Tenencia de trabajo
- Tenencia de algún empleo fijo o negocio propio
- Actividad realizada de al menos una hora para generar ingreso.

DETERMINANTES DEL ENTORNO FISICO:

Vivienda

Definición conceptual

Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales (33).

Definición operacional

Escala nominal

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

Material del 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
- Pajas, hojas de palmeras
- Cartón, hule, tela, llantas
- Lámina de cartón
- Otro material

Material de las paredes:

- Concreto armado
- Tejas

- Planchas de calamina, fibras de cemento o similares
- Caña o esteras con torta de barro
- Esteras
- Pajas, hojas de palmeras
- Cartón, hule, tela, llantas
- Lámina de cartón
- Otro material

Abastecimiento de agua

- Red pública dentro de la vivienda
- Rio, 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
- Rio, acequia o canal
- No tiene

Combustible para cocinar

- Gas
- Electricidad
- Querosene
- Carbón

- Madera
- Matojos o Hierbas
- Estiércol animal

Tipo de alumbrado de la vivienda

- Eléctrico
- Kerosene
- Vela
- Otro

Eliminación de basura

- En su casa separan la basura
- Frecuencia de recojo de basura por su casa
- Diariamente, al menos 5 días por semana
- Todas las semana pero no diariamente
- Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas
- Con menos frecuencia

Lugar de eliminación de basura

- Contenedores de basura
- Punto limpio
- Empresas o tiendas que los vende o talleres
- Servicios especiales de recogida
- Contenedor específico de recogida
- Vertido por el fregadero o desagüe

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Hábitos personales de salud

Definición Conceptual

Son acciones repetidas adquiridas en el transcurso de la vida, iniciando su enseñanza en el proceso de socialización dentro del seno familiar (34).

Definición operacional

Escala nominal

Hábito de fumar

- Diariamente
- Fumo, pero no diariamente
- No fumo actualmente, pero he fumado antes
- No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual
- Consumo de bebidas alcohólicas

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

Actividad física en tiempo libre.

Escala nominal

- Si () No ()

Tipo de actividad física que realiza:

- Caminar () Deporte () Gimnasia ()

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 ()

Alimentación

Definición Conceptual

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación salud (35).

Definición Operacional

Escala ordinal

Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos

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

DETERMINANTES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Autopercepción del estado de salud

Definición Conceptual

Información confiable y oportuna sobre la salud de la población siendo requerimiento básico para la evaluación del sistema de salud (36).

Definición Operacional

Escala ordinal

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

Acceso a los servicios de salud

Definición Conceptual

Es la entrada, ingreso o utilización de un servicio de salud, existiendo interacción entre consumidores (que utilizan los servicios) y proveedores (oferta disponible de servicios) (37).

Definición Operacional

Escala ordinal

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

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

Escala nominal

- Si () No ()

Institución de salud atendida:

- Hospital
- Centro de salud
- Otros

Lugar de atención atendido:

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

Tipo de seguro:

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- SANIDAD

- Otros

Espero 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

3.5. Técnicas e instrumentos de la recolección de Datos

Técnicas

En el presente trabajo de investigación se utilizó la entrevista basada en un cuestionario (instrumento).

Instrumento

En el presente trabajo de investigación se utilizó un cuestionario de respuestas cerradas para la recolección de datos, el mismo que se detalla a continuación:

Instrumento N° 01

El instrumento fue elaborado en base al Cuestionario sobre los determinantes de la salud en los adultos del Perú. Elaborado por Vílchez, A. y está constituido por 30 ítems distribuidos en 4 partes de la siguiente manera (Ver Anexo No 01).

- Datos de Identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes Biosocioeconómicos (Edad, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación).
- Determinantes del entorno físico (Vivienda, agua, eliminación de excretas, combustible para cocinar, energía eléctrica).
- Los determinantes de estilos de vida: hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), Alimentos que consumen las personas.
- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: acceso a los servicios de salud.

Control de Calidad de los datos:

EVALUACION CUALITATIVA

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud 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 la Mgtr. 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 V de Aiken (Penfield y Giacobbi, 2004) (Ver anexo N° 02).

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

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. (Ver anexo N° 03)

Confiabilidad

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 (38).

3.6. Procedimientos de la recolección de datos:

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

- Se coordinó e informó sobre la investigación con el presidente del comité de asociados del mercado Zonal Autogestionario La Merced de Wichanzaó – La Esperanza.
- Se informó y pidió consentimiento a cada trabajador adulto del Mercado Zonal Autogestionario La Merced de Wichanzaó - La Esperanza, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con los trabajadores adultos su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se realizó lectura de las instrucciones del instrumento.
- El instrumento se aplicó a cada trabajador adulto en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

3.7. Análisis y Procesamiento de los datos:

Los datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS/info/ software versión 18. Se presentaron los datos en tablas simples y se elaboraron gráficos para cada tabla.

3.8. Consideraciones éticas

En la investigación realizada se consideró importante valorar los siguientes aspectos éticos (39).

Anonimato

Se aplicó el cuestionario, indicándole al trabajador adulto que la investigación es 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 la exposición, respetando la intimidad del trabajador adulto, siendo útil solo para fines de la investigación.

Honestidad

Se informó al trabajador adulto los fines de la investigación, cuyos resultados se encuentran plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se realizó con el trabajador adulto que aceptó voluntariamente participar en el presente trabajo (Ver Anexo N° 04).

IV- RESULTADOS:

1.1 Resultados:

4.1.1 DETERMINANTES DE LA SALUD

BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA 01

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.

Sexo	n	%
Masculino	42	35
Femenino	78	65
Masculino	120	100

Grado de instrucción	n	%
Sin nivel e instrucción	7	6
Inicial/Primaria	32	27
Secundaria	59	49
Completa/Incompleta		
Superior no universitaria completa / incompleta	22	18
Superior universitaria completa / incompleta	0	0
Total	120	100

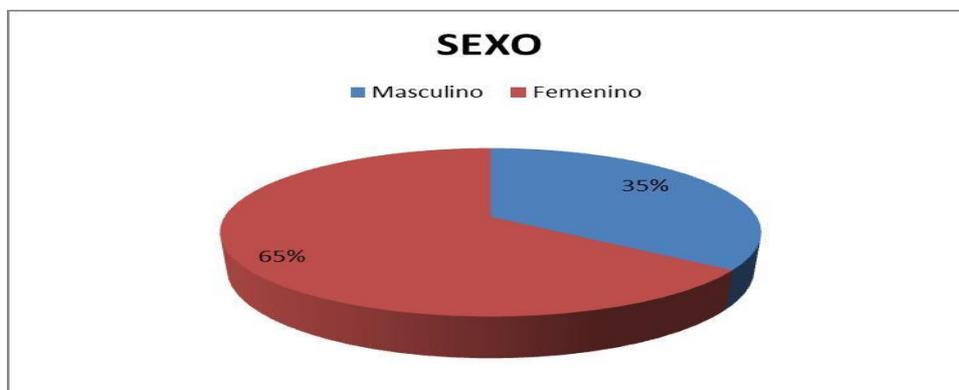
Ingreso económico (Soles)	n	%
No tiene ingreso	0	0.0
Hasta 550 soles	0	0.0
De 551 a 999	35	27.5
De 1000 a 1499	52	47.5
De 1500 a mas	33	25.0
No especificado	0	0.0
Total	120	100

Condición de empleo	n	%
Tenencia de trabajo	0	0
Tenencia de algún empleo fijo o negocio	120	100
Actividad realizada de al menos una hora para generar ingresos Total	0	0
Total	120	100

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en adultos, elaborado por Vílchez A. Aplicado al trabajador adulto del mercado zonal autogestionario la merced de Wichanzao - La Esperanza, 2013.

GRÁFICO N° 01

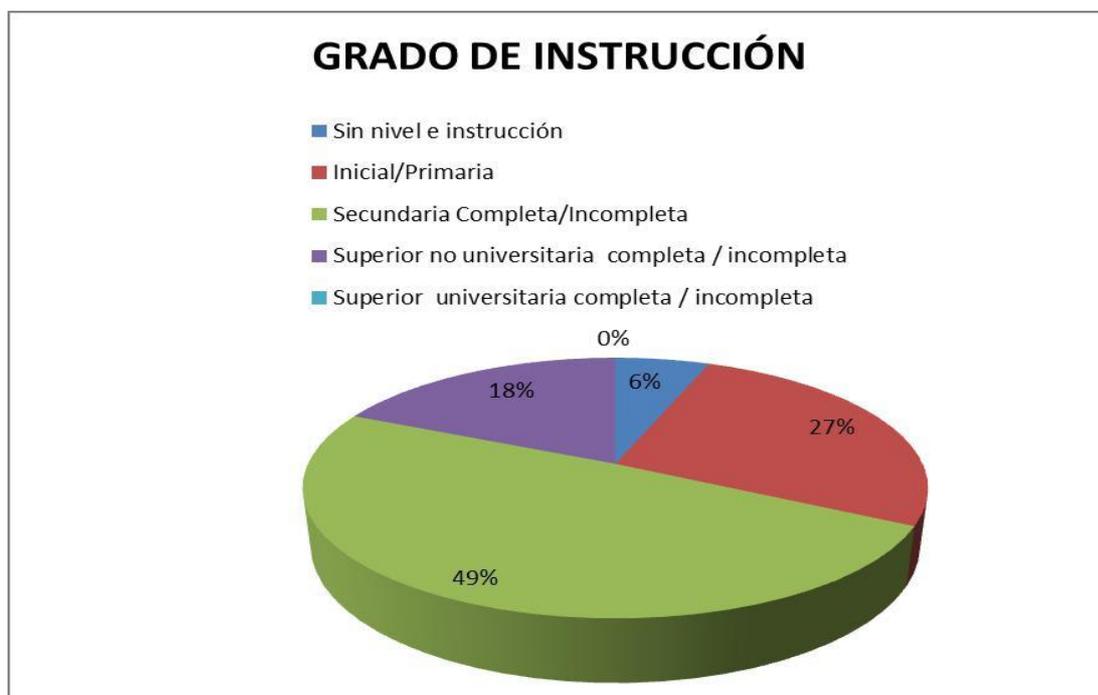
SEXO EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.



Fuente: Ídem Tabla N°01

GRÁFICO N° 02

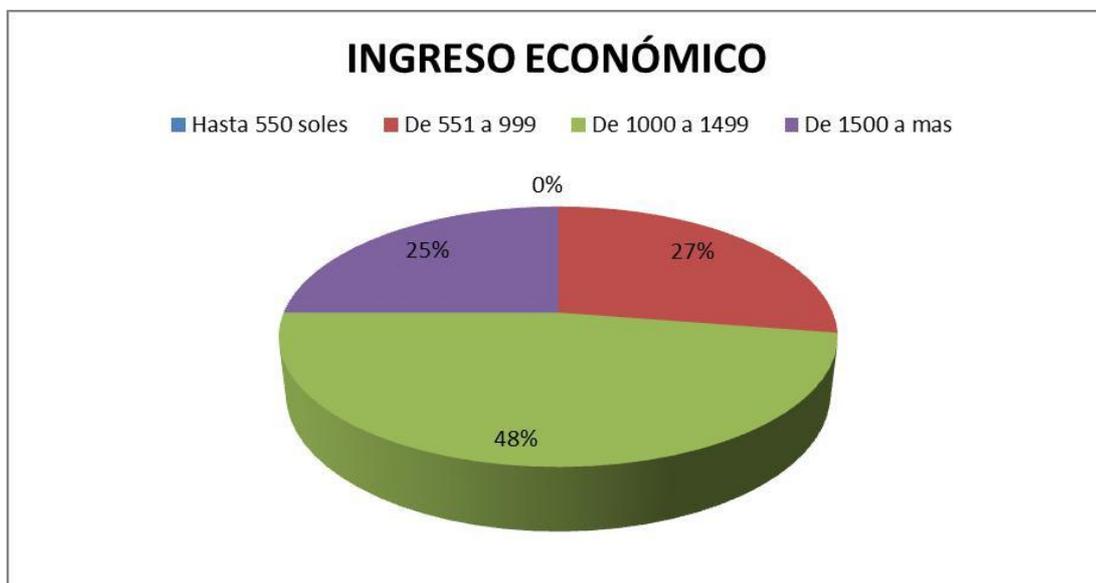
GRADO DE INSTRUCCIÓN EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.



Fuente: Ídem Tabla N°01

GRÁFICO N° 03

INGRESO ECONÓMICO EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.



Fuente: Ídem Tabla N°01

GRÁFICO N° 04

CONDICIÓN DE EMPLEO EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.



Fuente: Ídem Tabla N°01

4.1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON EL ENTORNO

TABLA 02

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADAS CON EL ENTORNO EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.

Tipo de vivienda	n	%
Residencia	0	0
Alquiler	0	0
Casa o departamento alquilado	0	0
Casa de familiares (tíos, abuelos, primos)	0	0
Casa de suegros	0	0
Casa propia	120	100
Total	120	100
<hr/>		
Material de piso	n	%
Tierra	8	7
Cemento	71	59
Cerámica	41	34
Madera	0	0
Total	120	100
<hr/>		
Material del techo	n	%
Concreto armado	88	73
Tejas	0	0
Planchas de calamina	26	22
Caña o esteras con torta de barro	6	5
Esteras	0	0
Pajas, hojas de palmera, etc.	0	0
Cartón, hule, tela, llantas.	0	0
Total	120	100
<hr/>		
Material de paredes	n	%
Cemento, ladrillo, piedra o madera.	99	82.5
Ladrillo de barro	21	17.5
Paja y similares	0	0.0
Lámina de plástico	0	0.0
Hoja de metal	0	0.0
Otros	0	0.0
Total	120	100

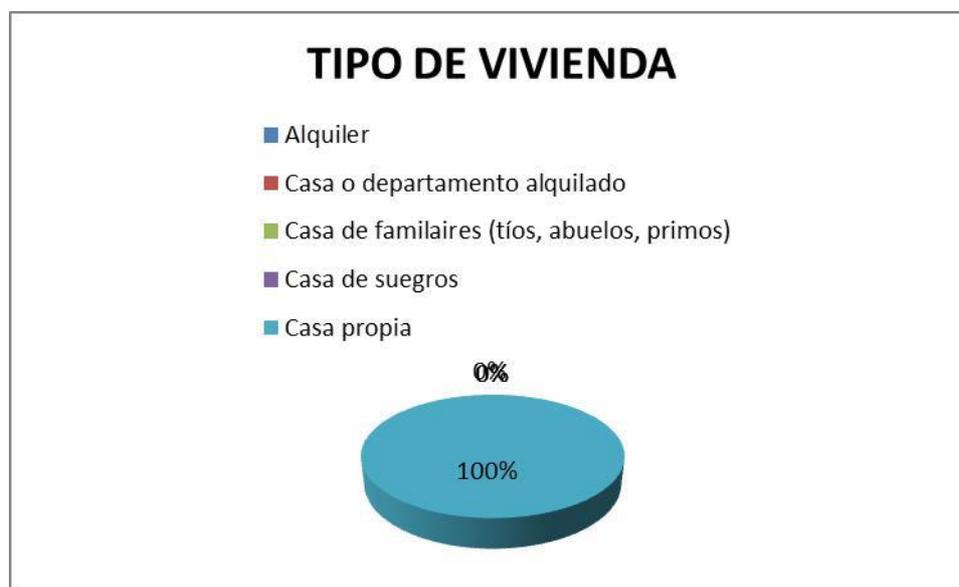
Habitaciones para dormir	n	%
De 2 habitaciones	20	17
De 3 a 5 habitaciones	72	60
De 6 a 12 habitaciones	28	23%
Total	120	100%
<hr/>		
Abastecimiento de agua	n	%
Red pública dentro de la vivienda	120	100
Rio, acequia, manantial o similar	0	0
Red pública, fuera de la vivienda pero dentro de la edificación	0	0
Total	120	100
<hr/>		
Desagüe	n	%
Red pública dentro de la vivienda	120	100
Red pública, fuera de la vivienda pero dentro de la edificación	0	0
Pozo ciego o negro/letrina	0	0
Pozo séptico	0	0
Total	120	100
<hr/>		
Combustible para cocinar	n	%
Gas	120	100
Electricidad	0	0
Querosene	0	0
Carbón	0	0
Total	120	100
<hr/>		
Tipo de alumbrado	n	%
Eléctrico	120	100
Kerosene	0	0
Vela	0	0
Total	120	100
<hr/>		
Frecuencia que recogen la basura por su casa	N	%
Diariamente al menos 5 días por semana	0	0
Todas las semanas pero no diariamente	120	100
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	0	0
Con menos frecuencia	0	0
Total	120	100

Suelen eliminar basura	n	%
Contenedores de basura	0	0
Punto limpio	0	0
Empresas o tiendas que los vende o talleres	0	0
Servicio especial de recogida	120	100
Vertido por el fregadero	0	0
Total	120	100

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en adultos, elaborado por Vílchez A. Aplicado al Trabajador Adulto del Mercado Zonal Autogestionario la Merced de Wichanza - La Esperanza, 2013.

GRÁFICO N° 05

TIPO DE VIVIENDA EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.



Fuente: Ídem Tabla N°02

GRÁFICO N° 06

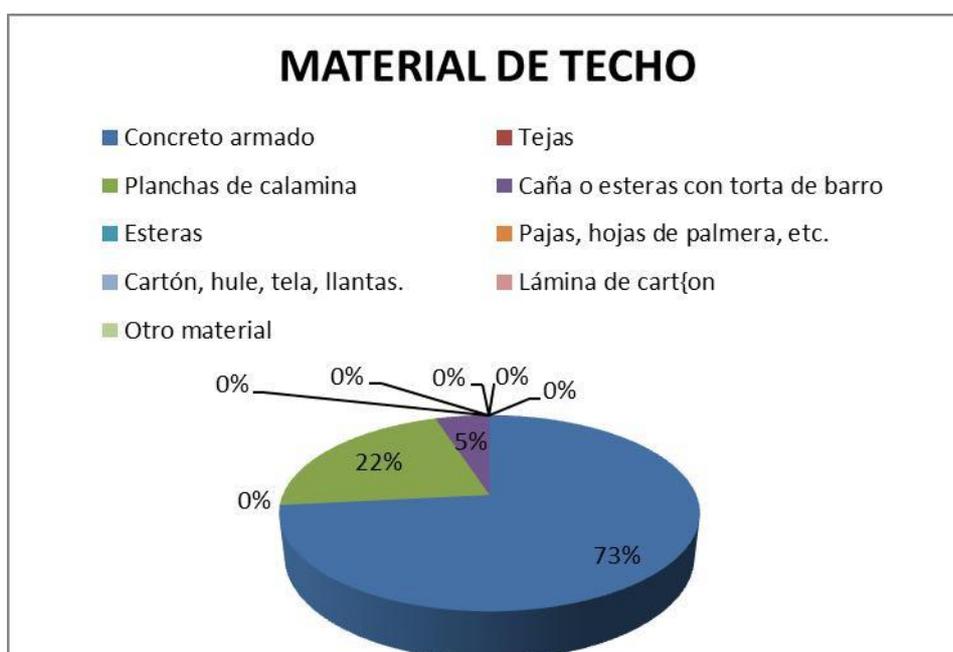
MATERIAL DE PISO EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.



Fuente: Ídem Tabla N°02

GRÁFICO N° 07

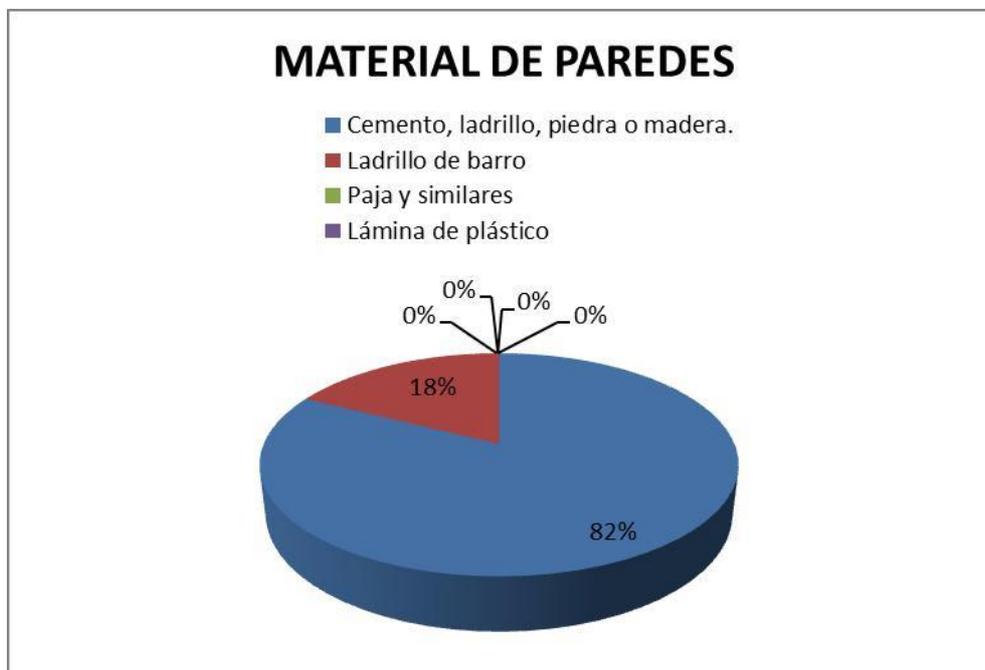
MATERIAL DE TECHO EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.



Fuente: Ídem Tabla N°02

GRÁFICO N° 08

MATERIAL DE PAREDES EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.



Fuente: Ídem Tabla N°02

GRÁFICO N° 09

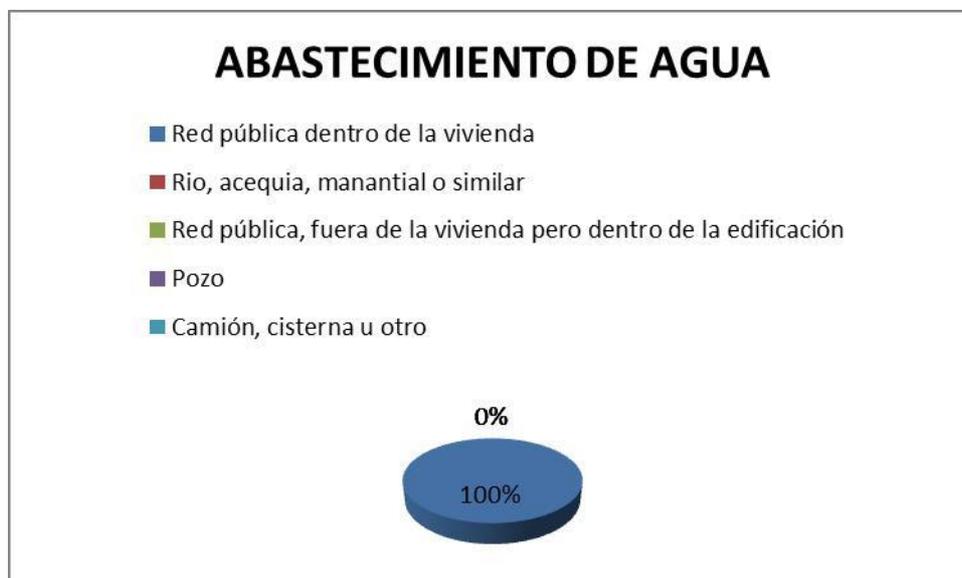
HABITACIONES EXCLUSIVAS PARA DORMIR EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.



Fuente: Ídem Tabla N°02

GRÁFICO N° 10

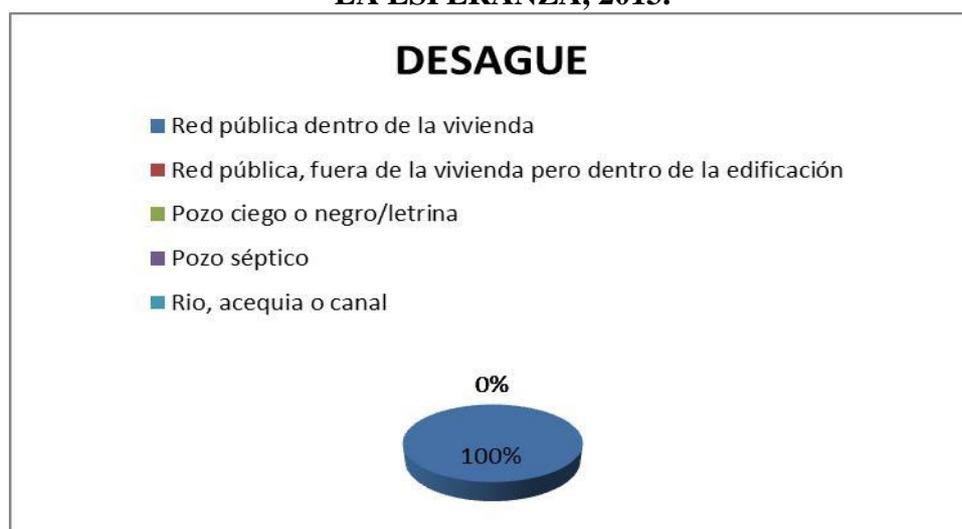
ABASTECIMIENTO DE AGUA EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.



Fuente: Ídem Tabla N°02

GRAFICO 11

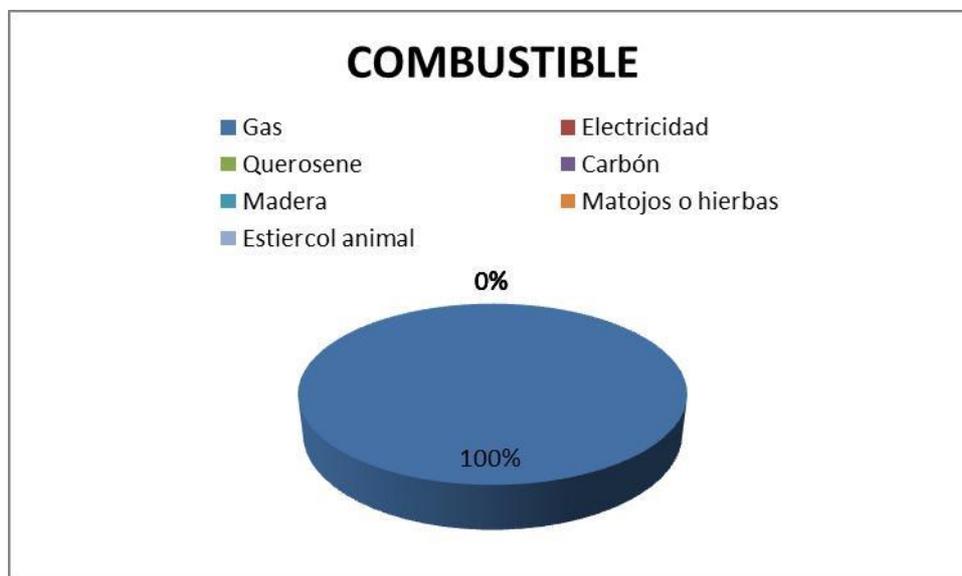
ABASTECIMIENTO DE DESAGUE EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.



Fuente: Ídem Tabla N°02

GRÁFICO N° 12

COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.



Fuente: Ídem Tabla N°02

GRÁFICO N° 13

TIPO DE ALUMBRADO EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.



Fuente: Ídem Tabla N°02

GRÁFICO N° 14

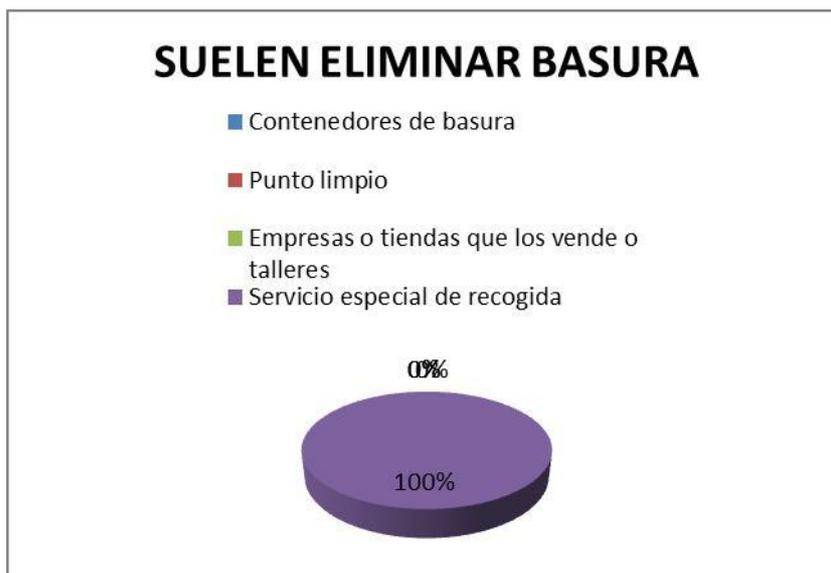
FRECUENCIA DE RECOJO DE BASURA EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.



Fuente: Ídem Tabla N°02

GRÁFICO N° 15

ELIMINACIÓN DE BASURA EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.



Fuente: Ídem Tabla N°02

4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 03

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.

Hábito de fumar	n	%
Si, fumo diariamente	10	8.3
Si, fumo pero no a diario	29	24.2
No fumo actualmente pero he fumado antes	47	39.2
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	34	28.3
Total	120	100
<hr/>		
Hábito de tomar bebidas alcohólicas	n	%
Diario	1	0.8
Dos a tres veces por semana	2	1.7
Una vez a la semana	9	7.5
Una vez al mes	30	25.0
Ocasionalmente	51	42.5
No fuma	27	22.5
Total	120	100
<hr/>		
Actividad física en el tiempo libre	n	%
Caminar	24	20
Deporte	29	24
Gimnasia	1	1
No realiza actividad física	66	55
Total	120	100
<hr/>		
Actividad física por más de 20 minutos	n	%
Caminar	27	22.5
Gimnasia suave	6	5.0
Juegos con poco esfuerzo	7	5.8
Correr	19	15.8
No realiza actividad física	61	50.8
Total	120	100

Alimentos	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces		Menos de una vez a la semana		Nunca o casi nunca		TOTAL	
	N	%	N	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Fruta	44	36.7	38	31.7	21	17.5	9	7.5	8	6.7	120	100
Carnes	37	30.8	57	47.5	20	16.7	3	2.5	3	2.5	120	100
Huevos	21	17.5	33	27.5	43	35.8	19	15.8	4	3.3	120	100
Pescado	21	17.5	37	30.8	45	37.5	14	11.7	3	2.5	120	100
Fideos,	93	77.5	21	17.5	6	5.0	0	0.0	0	0.0	120	100
Pan	120	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	120	100
Verduras	47	39.2	48	40.0	13	10.8	9	7.5	3	2.5	120	100
Legumbres	36	30.0	47	39.2	27	22.5	9	7.5	1	0.8	120	100
Embutidos	23	19.2	27	22.5	23	19.2	20	16.7	27	22.5	120	100
Lácteos	25	20.8	34	28.3	36	30.0	19	15.8	6	5.0	120	100
Dulces	26	21.7	31	25.8	14	11.7	14	11.7	35	29.2	120	100
Refrescos	34	28.3	21	17.5	13	10.8	7	5.8	45	37.5	120	100

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud de la Persona, elaborado por Vílchez A. Aplicado al Trabajador Adulto del Mercado Zonal Autogestionario la Merced de Wichanza - La Esperanza, 2013.

GRÁFICO N° 16

HÁBITO DE FUMAR EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.



Fuente: Ídem Tabla N°03

GRÁFICO N° 17

HÁBITO DE TOMAR BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.



Fuente: Ídem Tabla N°03

GRÁFICO N° 18

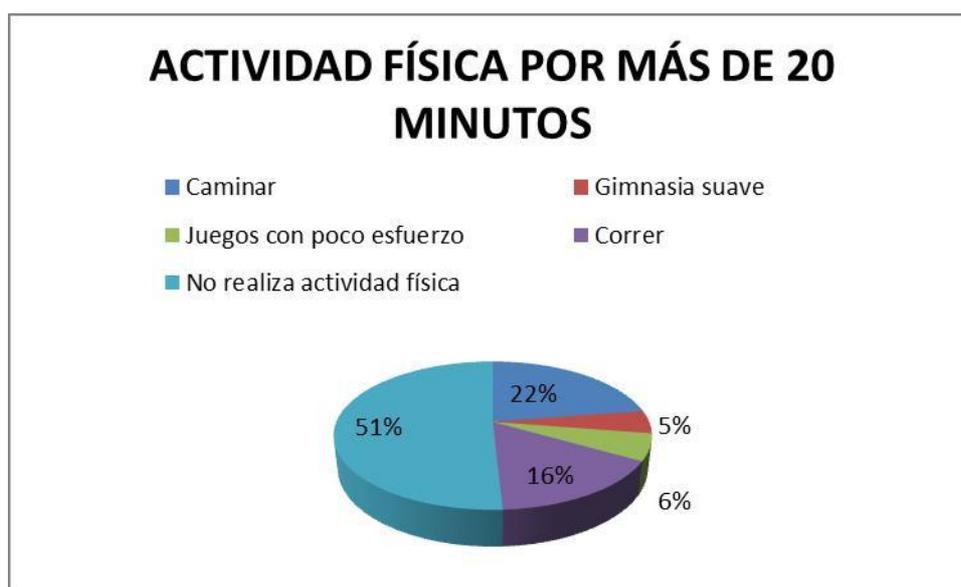
ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.



Fuente: Ídem Tabla N°03

GRÁFICO N° 19

ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.



Fuente: Ídem Tabla N°03

4.1.4 DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 04

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.

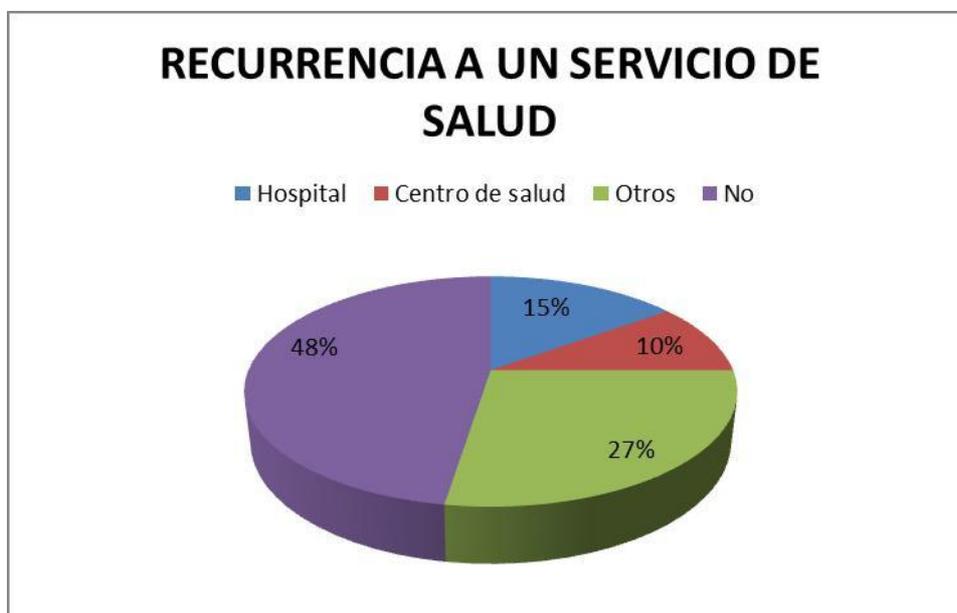
Institución de salud donde se atendió en los 12 últimos meses		
	n	%
Hospital	18	15.0
Centro de salud	12	10.0
Otros	33	27.5
No	57	47.5
Total	120	100
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:		
	n	%
Muy cerca de su casa	27	22.5
Regular	40	33.3
Lejos	39	32.5
Muy lejos	14	11.7
Total	120	100
Tipo de seguro		
	n	%
ESSALUD	0	0
SIS-MINSA	40	33
SANIDAD	0	0
Otros	80	67
Total	120	100
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?		
	n	%
Muy largo	18	15
Largo	11	9
Regular	21	18
Corto	47	39
Muy corto	23	19
Total	120	100

Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	N	%
Muy buena	21	17.5
Buena	51	42.5
Regular	40	33.3
Mala	5	4.2
Muy mala	3	2.5
No sabe	0	0.0
Total	120	100

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud de la Persona, elaborado por Vílchez A. Aplicado al Trabajador Adulto del Mercado Zonal Autogestionario la Merced de Wichanza - La Esperanza, 2013.

GRÁFICO N° 20

INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIÓ LOS 12 ÚLTIMOS MESES EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.



Fuente: Ídem Tabla N°04

GRÁFICO N° 21

DISTANCIA HASTA EL SERVICIO DE SALUD DONDE ATENDIO EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.



Fuente: Ídem Tabla N°04

GRÁFICO N° 22

TIPO DE SEGURO QUE TIENE EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.



Fuente: Ídem Tabla N°04

GRÁFICO N° 24

TIEMPO QUE DEMORAN EN ATENDER AL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.



Fuente: Ídem Tabla N°04

GRÁFICO N° 23

CALIDAD DE ATENCION QUE RECIBE EL TRABAJADOR ADULTO DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE WICHANZAO - LA ESPERANZA, 2013.



Fuente: Ídem Tabla N°04

4.2 Análisis de Resultados

En la tabla N° 01:

Sobre los determinantes de la salud Biosocioeconómicos del trabajador adulto, se observa que el 65% son de sexo femenino; el 49% tiene el grado de instrucción de secundaria completa e incompleta, el 47.5% tiene un ingresos de 1000 a 1499 nuevos soles, y el 100% tiene trabajo fijo.

Resultados similares fueron obtenidos por López, R. (40) Determinantes de la salud en comerciantes adultos maduros. Mercado Los cedros -Nuevo Chimbote, 2013, Se muestra que del 100%(105) adultos maduros encuestados, el 78%(82) son de sexo femenino, el 74%(78) tienen nivel secundario completo e incompleto.

Así mismo son similares a los obtenidos por Medina, L. (41) Determinantes de la salud en los comerciantes del mercado Pueblos Unidos. Asentamiento humano 10 de Setiembre - Chimbote, 2013 Con respecto a los determinantes de la salud biosocioeconómicos, el 73% (88) de los comerciantes encuestados son de son de sexo femenino y a la vez, el 61%(73) tienen un grado de instrucción secundaria completa e incompleta.

De igual manera, estos resultados son similares a los obtenidos por Miñano, C. (42) Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta - Mercado Minorista El Progreso - Chimbote, 2011, en relación a los factores biológicos se observa que el mayor porcentaje de comerciantes, el 64.9% son de sexo femenino. En lo referente a los factores sociales el 51.4% tienen un ingreso económico más de 1000 nuevos soles.

Por otro lado, los resultados difieren a los obtenidos por Zamudio, M. (43) Determinantes de la salud en los comerciantes adultos mayores del mercado Dos de Mayo - Chimbote, 2013 se obtuvo en relación a los determinantes de la salud

biosocioeconómicos el 57,0 % (125), son de sexo masculino, el 88,0% (194), tienen ingreso económico menor de 750 nuevos soles al mes.

También los resultados difieren a los obtenidos por Castillo, E. (44) Se muestra la distribución porcentual de los factores biosocioculturales de las personas del adulto maduro del Mercado “Los portales” El Porvenir, 2013. Con respecto al factor cultural el 52,1% (111) la mayoría de las personas adultas maduras tienen secundaria completa; y con respecto al ingreso económico un 50,2% (107) tienen un ingreso de 400 a 650 nuevos soles.

Además los resultados difieren a los obtenidos por Iparraguirre, M. (45) Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto. Mercado “El Chacarero”, urbanización La Marqueza – Trujillo, 2011 Se muestra la distribución porcentual de los factores biosocioculturales: En cuanto al factor biológico se observa que el 53% (53) son de sexo masculino. Con respecto a los factores culturales el 31 % (31) de los adultos tienen grado de instrucción secundaria completa; En lo referente a los factores sociales un 76% (76) tienen un ingreso económico de 100 a 599 nuevos soles.

Según Minsa, define al adulto (20 a 59 años) como aquel individuo, hombre o mujer que desde el aspecto físico ha logrado una estructura corporal definitiva, biológicamente ha concluido su crecimiento, psicológicamente ha adquirido una conciencia y ha logrado el desarrollo de su inteligencia, en lo sexual ha alcanzado la capacidad genética; socialmente obtiene derechos y deberes ciudadanos, económicamente se incorpora a las actividades productivas y creadoras (46).

Además, encontramos que según el fondo de las naciones unidad para la infancia define el sexo como las características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres (47).

Por otro lado, un estudio realizado por el Pew Research Center de Estados Unidos (EE.UU.) basado en datos de las Naciones Unidas indica que existen más mujeres que hombres en todo el planeta. Cifras de la ONU señalan que la relación numérica entre mujeres y hombres es de 101,8 a 100, respectivamente; aunque la población masculina ha registrado un incremento constante desde 1960 (48).

Se evidencia en el informe sobre las estadísticas anuales de la OMS indica que los países de bajos ingresos son los que han logrado mayores progresos, ya que en ellos la esperanza de vida ha aumentado 9 años en promedio entre 1990 y 2012. “Una razón importante de la impresionante mejora registrada a nivel mundial en la esperanza de vida es que el número de niños que mueren antes de cumplir los cinco años ha disminuido”, dice la Dra. Margaret Chan, Directora General. “Sin embargo, sigue habiendo un considerable desfase entre ricos y pobres: las personas de los países de altos ingresos siguen teniendo muchas más probabilidades de vivir más años que las personas de países de bajos ingresos” (49).

En la presente investigación el 65% son mujeres y el 35% son hombres, a nivel mundial existe una estrecha relación entre el aumento del número de mujeres y la esperanza de vida al nacer, además teniendo en cuenta que en la etapa adulta ya se ha formado una familia y se tiene un trabajo donde existe una responsabilidad y compromiso diario, el tiempo que se brinda a su ocupación es mucho mayor al que pueda pasar en familia, al terminar su jornada laboral están muy cansados, sumado al descuido personal, puede crear conflictos y desinterés familiar lo cual conlleva a la pérdida de uno de los integrantes del hogar como la pareja al separarse, quedando la mujer como cabeza del hogar y proveedora de los ingresos económicos; siendo esta la lucha de la mujer para no depender de un hombre sea o no profesional.

Así también, el grado de instrucción se refiere al último nivel de enseñanza alcanzado por la población, en cada uno de los tramos del sistema educativo. Los tramos o niveles del sistema educativo corresponden a la enseñanza básica, media, técnica y superior (50).

De acuerdo a diversos estudios efectuados en Perú, se obtuvo que, el poco uso de los servicios de salud se encuentre relacionado al bajo nivel educativo, entre otros factores (51).

La población del trabajador adulto del Mercado Zonal Autogestionario La Merced de Wichanza, el 49% tiene grado de instrucción secundaria completa e incompleta, esto se debe a que la mayoría son inmigrantes de la sierra y sus padres no tenían los medios suficientes para brindarles estudios, por ello llegaron a la costa para emprender un futuro mejor pero como a mucha personas el sueño se acaba al ver la cruda realidad sin tener más salida que trabajar para sobrevivir y apoyar a su familia, además al encontrar pareja e iniciar una familia han dejado de lado totalmente sus estudios por su nueva responsabilidad, siendo su mayor recurso su trabajo que se convirtió en estable a lo largo de los años.

Por esta razón esta población no tiene conocimientos claros con respecto a los cuidados de su salud, por ello su respuesta no es satisfactoria en cuanto a esta necesidad, esto conlleva a que no obtengan resultados esperados en su salud a futuro que a la vez le dificultará obtener una calidad de vida.

También son fuentes de Ingresos económicos: sueldos, salarios, dividendos, Ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás. Los economistas definen los ingresos económicos como el aumento de la riqueza (valor) de una entidad que se basa en los acontecimientos económicos en lugar de las transacciones comerciales (52).

Según la investigación observamos que el 47.5% de la población tiene un ingreso mensual de 1000 a 1499 nuevos soles, al ser todos adultos cuentan con la fuerza necesaria y suficiente para despertar temprano día a día, realizar sus compras y preparar sus productos de venta realizando esfuerzos físicos al trasladar los pesados sacos de sus puestos de trabajo en el mercado, el horario de trabajo es de 5am de la mañana hasta las 3:30pm., gracias a su empeño y dedicación gozan de un buen ingreso económico, permitiéndoles obtener alimentos saludables y cubrir sus necesidades básicas.

También la condición de empleo es el oficio o profesión (cuando se desempeña en ésta) de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido. Generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas (53).

Por otro lado si un empleado tiene menos libertad pero más seguridad, un autónomo o empresario individual dispone de más libertad pero de menos seguridad. Un autónomo tiene espacio para usar su imaginación y planificación y, además de hacer dinero, tan sólo él o ella toma decisiones sobre su trabajo. La palabra mercado debe ser entendida en este contexto como algo más amplio que el lugar físico donde se realizan las transacciones. El "mercado" será cualquier entorno donde se lleven a cabo negocios, donde vendedores y compradores se reúnan y donde se oferte cualquier producto o servicio (54).

Según la investigación el 100% de la población tiene un trabajo fijo, esto se debe a que todos los trabajadores adultos son comerciantes y dueños de sus puestos en el mercado ya que debido a la necesidad y la habilidad de reconocer las carencias del Asentamiento Humano Wichanzao que hace 27 años se iniciaba, lograron consolidar una organización y espacio para vender sus productos de acuerdo a lo que tenían a su alcance.

Se concluye que a mayor grado de instrucción comprenden mejor el cuidado de la salud siendo más fácil un cambio en los estilos de vida y mayor frecuencia de la población los servicios de la salud, también ayuda a obtener trabajos con horarios y salarios justos de menor esfuerzo mayores beneficios mejorado la calidad de vida y pasando más tiempo en el hogar. El dinero es fundamental dentro de una familia para satisfacer las necesidades básicas de cada uno, pero va de la mano con el conocimiento para mantener, mejorar y/o recuperar la salud, además debe ser disfrutado en actividades recreativas en familia incentivando la unión en el hogar, por otro lado es importante para la educación de sus hijos mejorando así sus oportunidades futuras, todo depende de la buena inversión y uso del dinero para el bienestar familiar y de superación.

En la tabla N° 02:

Se muestra la distribución porcentual de los determinantes de salud relacionados con la vivienda, se observa que el 100% tiene vivienda propia, más de la mitad el 59% piso de cemento, el 73% cuenta con techo de concreto armado; el 82.5% presenta paredes de cemento, en relación al número de dormitorios el 60% presenta de 3 a 5 habitaciones para dormir, el 100% de la población cuenta con abastecimiento de luz agua y desagüe en la vivienda, de igual manera el 100% utilizan gas para cocinar; teniendo; el 100% refirió que recogen la basura por su casa dejando un día en un camión recolector.

Existen resultados similares a los encontrados por Medina L. (41) Determinantes de la salud en los comerciantes del mercado Pueblos Unidos. Asentamiento humano 10 de Setiembre - Chimbote, 2013 con respecto a los determinantes de la salud relacionado con la vivienda, el 100% (120) tienen casa propia, el 67% (80) tienen piso asfaltadas, también el 99,2% (119) tiene techo y paredes de material noble, a la vez el 100 % de las viviendas presentan conexión domiciliaria de agua, el 99.2% utiliza gas para cocinar, el 99,2%(119) cuentan con baño propio , el 100%(120) cuentan con energía eléctrica permanente, a la vez el 79% (95) refieren que la frecuencia con la que pasa el carro recolector de

basura es todas las semanas pero no diariamente , el 99.2% (119) disponen su basura en el carro recolector.

Estos resultados también son similares a los obtenidos por López, R. (40) Determinantes de la salud en comerciantes adultos maduros. Mercado Los cedros -Nuevo Chimbote, 2013, sobre el tipo de vivienda se observa que el 98%(103) tiene vivienda propia, el 50 %(52) tiene material de paredes de material noble, ladrillo y cemento, el 57%(60) duerme en una habitación independiente, el 71%(75) cuentan con conexión domiciliaria de agua, el 71%(75) tienen baño propio para eliminación de excretas, el 100%(105) utiliza gas para cocinar, el 99%(104) tiene energía eléctrica permanente, el 93%(98) eliminan basura en el carro recolector.

Además, estos resultados son similares a los obtenidos por Zamudio, M. (43) Determinantes de la salud en los comerciantes adultos mayores del mercado Dos de Mayo - Chimbote, 2013 Del 100%(218), sobre determinantes de la salud relacionado con la vivienda el 93,0%(203), tienen tenencia propia el 90,0%(198), el material de paredes son material noble ladrillo y cemento, el 92,0%(201), tienen abastecimiento de agua conexión domiciliaria, el 98,0%(214) su eliminación de excretas baño propio el, 99,0%(216), tienen combustible para cocinar gas, el 96,0%(210), tienen Energía eléctrica permanente; el 54,0%(118), refiere que la frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa son todas las semana pero no diariamente el 99,0%(216), Suele eliminar su basura en carro recolector de basura.

Por otro lado los resultados de la presente investigación difieren a lo encontrado por Uchazara, M. (55) su estudio determinante de la salud en la persona adulta del centro poblado menor los Palos. Tacna, 2013. En los Determinantes de salud relacionados con la vivienda, se observa que el 53.2% presenta el material del piso de tierra, el 71.8 % material del techo de estera y adobe, el 54.8% presenta material de las paredes de adobe y el 100 % presenta de 2 a 3 miembros en una

habitación. En cuanto al abastecimiento de agua el 58,9% utiliza pozo, el 48.5% utiliza como combustible para cocinar la tuza (coronta de maíz), el 65.5 % elimina la basura a campo abierto, el 63.9% menciona que la frecuencia con que pasan recogiendo la basura por su casa es al menos 2 veces por semana y el 72.6% suele eliminar su basura a campo abierto.

También difieren con los resultados de Shuan, E. (56) Determinantes de salud de los adultos de la comunidad Juan Velasco Alvarado, Huaraz – 2013 De acuerdo con los determinantes de la vivienda en los adultos de la comunidad Juan Velasco Alvarado; el 97%(143) tienen material de piso de tierra; 56%(83) tienen como material de techo eternit; 97%(143) tienen como material de paredes adobe; 52 %(77) cuentan con 2 a más miembros que duermen en una habitación; 100% (148) cuentan con abastecimiento de agua en red pública; 100%(148) elimina sus excretas al aire libre; 66%(97) tiene como combustible para cocinar la leña, carbón; el 84 %(124) realizan su disposición de basura en el río; 100% (148) recogen la basura al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas; 100% (148) eliminan la basura en montículos o a campo abierto.

Además difieren con los resultado obtenidos por Mezarina, V. (57) Determinantes de salud de los adultos del caserío de Chacuabamba - Pomabamba, 2013, con respecto a los determinantes de salud relacionados con el entorno físico, se puede observar que el 91,2%(134) tienen como material de piso tierra; también el 100%(147) tienen su techo de madera- estera (teja); igualmente el 100%(147) tienen sus paredes de adobe; el 62,6% (92) duermen de 2 a 3 miembros por habitación; el 100%(147) de las viviendas tienen letrinas, utilizan leña y carbón como combustible para cocinar; además el 84,4 % (124) dispone su basura a campo abierto.

La vivienda es un lugar indispensable para la vida, necesaria para el desarrollo de las personas y la familia. Debe brindar seguridad, protección, intimidad y contribuir al bienestar de todas las personas que la habitan (58).

La vivienda saludable es el espacio físico donde seres humanos transcurren la mayor parte de su vida; este espacio, por sus características y especificaciones, brinda condiciones para prácticas saludables de sus moradores, previniendo o reduciendo los riesgos que generan problemas de salud (58).

De igual manera la tenencia segura es el derecho de todos los individuos y grupos a contar con una protección eficaz del Estado ante las erradicaciones forzadas. Las viviendas pueden ser propiedad, alquiladas u ocupadas por sus dueños. Lo importante es que existan pruebas documentales que se puedan utilizar para comprobar el derecho a la tenencia y que exista una protección de hecho o de derecho contra las erradicaciones forzadas. Tenencia consuetudinaria u ocupantes irregulares, que tienen recibos de pago de impuestos o cuentas de servicios públicos a su nombre. La tenencia insegura está asociada con síntomas de estrés, ansiedad y depresión (59)

Así encontramos también la definición de la vivienda propia es aquella que ha sido adquirida por el jefe u otro miembro del hogar, la cual puede estar totalmente pagada o no en la fecha del Censo (60).

La investigación muestra que todos los trabajadores adultos tienen casa propia esto se debe a que cada uno de los comerciantes obtuvo hace 28 años una vivienda durante la invasión del Asentamiento Humano Wichanza, siendo su única inversión la construcción de su vivienda, gracias al apoyo del Presidente Alan García todos los invasores recibieron su título de propiedad y a sus gestiones realizadas obtuvieron los servicios de saneamiento básicos en esta población.

La vivienda saludable alude a un espacio de residencia que promueve la salud de sus moradores. Este espacio incluye: la casa (el refugio físico donde reside un individuo), el hogar (el grupo de individuos que vive bajo un mismo techo), el entorno (el ambiente físico y psicosocial inmediatamente exterior a la casa) y la

comunidad (el grupo de individuos identificados como vecinos por los residentes). Una vivienda saludable carece o presenta factores de riesgo controlados y prevenibles e incluye agentes promotores de la salud y el bienestar (61).

En particular, la vivienda saludable cumple con las siguientes condiciones fundamentales: Tenencia segura. Ubicación segura, diseño y estructura adecuada y espacios suficientes para una convivencia sana. Servicios básicos de buena calidad. Muebles, utensilios domésticos y bienes de consumo seguro y eficiente. Entorno adecuado que promueva la comunicación y la colaboración. Hábitos de comportamiento que promueven la salud (61).

Cualquiera sea el material que se emplea para la construcción, la vivienda debe contar con estructuras firmes y seguras. Las paredes de las habitaciones deben ser lisas, sin grietas. Las paredes de las habitaciones deben ser lisas, sin grietas para evitar la como ratas, pulgas, garrapatas y otros que pueden transmitir enfermedades. Los pisos deben ser compactos, impermeables y de fácil limpieza. Los techos deben proporcionar protección y seguridad para evitar el ingreso del agua de lluvia y de animales que generan enfermedades (61).

Los espacios de la vivienda deben tener áreas suficientemente amplias para una convivencia cómoda y sana, con una buena iluminación y ventilación. El hacinamiento está asociado con pequeñas áreas de habitabilidad, altas tasas de ocupación de un alto número de personas en un mismo espacio y el elevado número de casas en un solo entorno (59).

Así mismo una vivienda debe tener acceso a los servicios básicos y contar con las facilidades necesarias para proteger la salud de sus residentes. En particular, debe contar con acceso a agua segura en cantidad suficiente y a un precio asequible, saneamiento básico, eliminación adecuada e higiénica de desechos sólidos, desagüe adecuado y energía lo menos contaminante y más eficiente

posible. La disponibilidad de servicios básicos en la vivienda es generalmente una condición más valorada por las mujeres jefes del hogar que por los hombres (59).

Además el acceso a saneamiento básico contribuye a prevenir la transmisión fecal-oral de enfermedades y la reproducción de algunos tipos de insectos vectores. El principal problema no es de carácter técnico, sino social, cultural o de aceptación de determinadas tecnologías. Existen varias técnicas, de complejidad diversa, para la eliminación higiénica de las excretas; pueden ser conexiones privadas directas al alcantarillado público o sistema de tanques sépticos, y letrinas, las cuales pueden ser familiares, multifamiliares o comunitarias. El principal problema es el mantenimiento y uso adecuado de estos sistemas (59).

De igual manera el agua es una de las necesidades fundamentales para la vida humana. El acceso a suficiente cantidad y calidad de agua contribuye a prevenir la propagación de enfermedades gastrointestinales, propicia la higiene personal y doméstica, y mejora el nivel de vida, contribuyendo al bienestar de la familia y de la comunidad. Aunque la red de tuberías es la mejor forma para conducir agua suficiente y libre de contaminación hasta la vivienda es imposible proporcionar este servicio a la mayoría de los habitantes de las zonas rurales y de los asentamientos precarios urbanos. Cuando el agua se acarrea desde cierta distancia, la cantidad disponible puede ser insuficiente y tiene un mayor riesgo de contaminarse. Además, si el costo del agua no es asequible puede obligar a las personas a buscar soluciones irregulares y peligrosas (59).

También la eliminación adecuada e higiénica de los desechos sólidos domésticos reduce los riesgos para la salud y crea un entorno más agradable para la vista y la vida. La utilización de métodos apropiados de almacenamiento, recolección y disposición final es desfavorable a la reproducción de insectos y roedores causantes de enfermedades. Por otra parte, el inadecuado almacenamiento, recolección y disposición final de los desechos sólidos puede dar lugar a una

serie de riesgos para la salud, en particular a la difusión de enfermedades gastrointestinales y parasitarias, sobre todo cuando hay restos de excrementos humanos y animales mezclados con otros desechos orgánicos (59).

Además el adecuado drenaje de las aguas superficiales aminora las enfermedades transmisibles, los riesgos para la seguridad y los daños a las viviendas y los bienes. El drenaje deficiente de las aguas superficiales, incluidas las aguas residuales domésticas, crea charcos o lodazales y zonas pantanosas que se convierten en criaderos de insectos vectores de enfermedades (58).

Así también el uso doméstico de combustibles limpios y eficientes minimiza el riesgo de contraer enfermedades respiratorias como neumonías en los niños, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y cáncer pulmonar en los adultos y envenenamientos por exposición a sustancias tóxicas. Cuanto más limpio y eficiente es el combustible utilizado en la vivienda menor será el riesgo a la salud. En la pirámide energética, el combustible sólido como el estiércol, los residuos de cosecha, la leña, el carbón de leña y el carbón mineral son los más contaminantes e ineficientes. Luego siguen el kerosén, el petróleo, el gas licuado de petróleo y el gas natural, la energía eléctrica, y finalmente, la energía solar y eólica (58).

Según la investigación, más de la mitad el 59% tiene material de piso de cemento, el 73% cuenta con techo de concreto armado; el 82.5% presenta paredes de cemento, en relación al número de dormitorios el 60% presenta de 3 a 5 habitaciones para dormir, además el 100% de la población cuenta con abastecimiento de luz, agua y desagüe en la vivienda, también utilizan gas para cocinar; y recogen la basura por su casa dejando un día en un camión recolector de la municipalidad de La Esperanza, toda la población cuenta con un ingreso económico generoso al desempeñarse como comerciantes años atrás, estos ingresos les permite realizar construcciones en las viviendas brindado espacio, privacidad, seguridad y limpieza a los integrantes de la familia, disminuyendo el

riesgo a enfermedades prevenibles siendo necesario para mantener una buena salud.

Así mismo al analizar la variable sobre material de construcción de la vivienda podemos evidenciar que la mayoría de la población su material de vivienda es de concreto armado, por ello podemos decir que este grupo de personas tienen un ambiente adecuado para desarrollarse con normalidad en su vida cotidiana.

Con respecto al número de dormitorios, según la encuesta encontramos que la mayoría de trabajadores adultos tienen de tres a cinco dormitorios dentro de su vivienda, por ello podemos mencionar que gozan del derecho a la privacidad e intimidad que cada persona requiere, es por ello que en esta variable no encontramos factores que puedan afectar la salud de la población.

También encontramos que el trabajador adulto en su totalidad cuenta con los servicios básicos como (agua, desagüe y electricidad), dentro de la vivienda; así mismo la totalidad de los adultos cocinan a gas; al obtener estos resultados se puede decir que este grupo de personas no presentan riesgos a adquirir enfermedades colectivas como (cólera, tifoideas, parasitarias, el dengue, etc.).

Por otro lado ya que todos usan como combustible para cocinar el gas evita que esta población tenga afecciones de enfermedades crónicas, ya que no usa material nocivo para la salud, también contribuye al disminuir el tiempo al cocinar y favorece la limpieza de los utensilios de cocina.

En la investigación la eliminación de residuos sólidos de toda la población es realizada dejando un día por personal y camiones que pertenecen a la municipalidad de La Esperanza este servicio permite no acumular basura ni dentro ni fuera de las viviendas favoreciendo la armonía, el orden y la salud de la vivienda y su entorno ya que no dan mal aspecto ni espacios propicios para la aparición de roedores e insectos, no favoreciendo a la contaminación ambiental.

Se concluye que esta población tiene una vivienda y entorno saludable ya que cada uno posee una vivienda propia, sin tener preocupaciones del pago de una renta mensual; al tener espacios grandes, bien divididos y el acceso a los servicios sanitarios básicos, reduce enormemente las enfermedades respiratorias y gastrointestinales, desfavoreciendo un ambiente para la invasión de insectos roedores y vectores que generen enfermedades endémicas.

Así también la estructura de la vivienda y la limpieza contribuye al bienestar físico, mental y social de los integrantes del hogar, ya que genera un ambiente cálido para el hogar y descanso de los miembros de cada una de las familias, propiciando también un mejor desempeño laboral, por otro lado permite una mejor accesibilidad y aceptación del ingreso del personal de salud a su propiedad cuando hay campañas de inmunizaciones, prevención de enfermedades endémicas o ante cualquier circunstancia en que sea necesario entrar a sus viviendas.

En la tabla N° 03:

Según los determinantes sobre los estilos de vida del trabajador adulto, se observa que el 39.2 % no fuma actualmente pero si ha fumado antes, el 42.5% toma bebidas alcohólicas ocasionalmente, más de la mitad el 55% no realiza actividad física en su tiempo libre, en las últimas dos semanas el 50.8% no realiza actividad física por más de 20 minutos, en cuanto a sus hábitos de alimentación se obtuvo diariamente el 100% consume pan; de los alimentos que consumen 3 o más veces a la semana el 47.5% come carnes, 40% consume verduras; de los alimentos que consumen 1 o 2 veces a la semana encontramos que el 37.5% consume pescado, el 35.8% consume huevos, y el 30% consume lácteos; y por último alimentos que nunca o casi nunca consumen el 37.5% consume refrescos, el 29.2% consumen dulces y el 22.5 consumen embutidos.

Estos resultados son similares a los obtenidos por Medina, L. (41) Determinantes de la salud en los comerciantes del mercado Pueblos Unidos. Asentamiento

humano 10 de Setiembre - Chimbote, 2013, con respecto a los determinantes de los estilos de vida, podemos mencionar que el 98,3% (118) refiere que no fuma actualmente, pero he fumado antes, el 90% (108) consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, el 89,2% (107) no realizan ninguna actividad física en su tiempo libre, el 90% (108) no realiza ninguna actividad física durante más de 20 minutos, el 87,5% (105) consumen carne de 3 a más veces a la semana, el 98,3% (118) consume fideos diario, el 88,3% (106) consume pan, cereales diario, el 61% (73) consumen embutidos menos de 1 vez a la semana, el 49,16% casi nunca o nunca consumen refrescos con azúcar.

También estos resultados son similares a los obtenidos por Correa, B. (62) Determinantes de la salud en la persona adulta del asentamiento humano 4 de Noviembre - Sullana, 2013 de los estilos de vida se observa que, el 48,86% consumen bebidas alcohólicas de manera ocasional; el 57,95% de la población en su tiempo libre no realiza actividad física, el 43,18% en las 2 últimas semanas no realizan actividad física. Respecto a la dieta alimenticia se observa que diariamente el 77,84% consume fideos, arroz y papas, igualmente el 69,32% consume pan y cereales. También se encontró que 3 veces a la semana el 65,34% consume verduras y hortalizas, y el 23,86% consumen otros alimentos de 1 o 2 veces a la semana.

Además son similares a los resultados obtenidos por Rivera, S. (63) Determinantes de la salud en los adultos, H.U.P Las Brisas III etapa - Nuevo Chimbote 2013, un 17% (27) fuma, pero no diariamente; en consumo de bebidas alcohólicas, el 58% (95) lo hace ocasionalmente; en la actividad física que realizan en su tiempo libre, el 52% (86) no realiza; si en las dos últimas semanas realizaron una actividad física durante más de 20 minutos, el 52% (85) no ha realizado ninguna actividad. Alimentos que consumen: diariamente el 85% (139) consume fideos; el 76% (124) consume pan y/o cereales y el 50% (82) consume refrescos con azúcar. 3 o más veces a la semana el 59% (96) consume pescado; el 55% (90) consume legumbres. 1 ó 2 veces a la semana el 34% (56) consume frituras. Menos de 1 vez a la semana el 34% (55) consume embutidos.

Estos resultados difieren a los obtenidos por López, R. (40) Determinantes de la salud en comerciantes adultos maduros. Mercado Los cedros -Nuevo Chimbote, 2013, Con respecto a los estilos de vida, se muestra que, el 87%(91) no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual, el 62%(65) no consumen bebidas alcohólicas, el 69%(72) de ellos camina durante su tiempo libre, el 80 % la dos últimas semanas ha caminado 20 minutos; en cuanto su alimentación el 51%(53) consume carne 1 o 2 veces a la semana, el 100%(105) consume Fideos, arroz, papa diariamente.

Así también estos resultados difieren a los obtenidos por Zamudio, M. (43) Determinantes de la salud en los comerciantes adultos mayores del mercado Dos de Mayo - Chimbote, sobre determinantes de los estilos de vida el 88,0% (193), refiere que actualmente No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual; el 89,0% (194) No consumo de bebidas alcohólicas; el 96,0% (209) realizan actividad física es caminar; el 97,0% (212) en las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos fue caminar; el 91,0% (87,6) alimentos que consume diario son fideos.

Además estos resultados también difieren con los obtenidos por Briceño, J. (64) Determinantes de la salud en la persona adulta en el centro poblado Nomara - La Huaca - Paita, 2013, sobre los determinantes de los estilos de vida, el 74,31% de las personas adultas no ha fumado nunca; el 49,08% no consumen bebidas alcohólicas. El 77,52% camina como actividad física, el 79,36% en las 2 últimas semanas ha caminado por más de 20 minutos. Respecto a la dieta alimenticia se observa que tres o más veces a la semana el 55,05% consume frutas, 78,44% consume carne, 55,04% consume huevos, 70,64% consumen pescado, el 51,83% consumen verduras, el 60,55% consumen legumbre, el 50,92% consumen productos lácteos, el 41,28% consumen frituras; Una o dos veces a la semana el 37,62% consumen refrescos.

El Glosario de promoción de la salud O.M.S. define estilo de vida de una persona como aquel "compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones" (65).

Se denomina hábito a toda conducta que se repite en el tiempo de modo sistemático. Debe quedar claro que un hábito no es una mera conducta asidua, sino que debe ser de un grado de regularidad que se confunda con la vida del individuo que lo ostenta. Por extensión, suele denominarse hábito al modo de vida de los presbíteros (66).

Así también los hábitos y estilos de vida saludables se describen como el peso corporal, la actividad física, la buena higiene personal y un ambiente limpio influyen en nuestra salud. Explora lo que es un peso corporal saludable y como lograrlo a través de la mantención del balance energético. Analiza la importancia de tener un buen estado físico y de realizar actividad física en forma regular, para mantener el peso corporal adecuado y tener una buena salud. Explica cómo el protegernos de los agentes que causan enfermedades es importante para mantener un buen estado de salud y bienestar (67).

Existe una relación entre estilos de vida y salud es el hecho de que las causas principales de muerte se desplacen paulatinamente desde los procesos infecciosos a los factores ambientales, hace que cobre importancia el debate sobre los estilos de vida y su impacto sobre la salud. Así, el interés social que despierta este ámbito de estudio ha conducido a la proliferación de investigaciones y publicaciones, de forma que en la actualidad el concepto de

estilo de vida se utiliza en mayor medida desde el área de la salud que desde otros ámbitos de estudio (68).

Además el tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo. Mata a casi 6 millones de personas al año, de las cuales más de 5 millones son consumidores directos y más de 600 000 son no fumadores expuestos al humo ajeno. Casi el 80% de los más de mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios, donde es mayor la carga de morbilidad y mortalidad asociada al tabaco. Los consumidores de tabaco que mueren prematuramente privan a sus familias de ingresos, aumentan el costo de la atención sanitaria y dificultan el desarrollo económico (69).

También se denominan productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo. El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. A pesar de ello, su consumo está muy extendido en todo el mundo. Varios países disponen de leyes que restringen la publicidad del tabaco, regulan quién puede comprar y consumir productos del tabaco, y dónde se puede fumar (70).

Por otro lado cuando tus padres eran jóvenes, las personas podían comprar cigarrillos y fumar casi en cualquier lugar, ¡incluso en los hospitales! Los anuncios publicitarios de cigarrillos estaban por todas partes. Hoy en día, somos más conscientes sobre lo nocivo que es fumar para nuestra salud. Fumar está restringido o prohibido en casi todos los lugares públicos y ya no se les permite a las compañías de cigarrillos hacer publicidad en televisión, radio y en muchas revistas (71).

Hoy en día, somos más conscientes sobre lo nocivo que es fumar para nuestra salud. Fumar está restringido o prohibido en casi todos los lugares públicos y ya no se les permite a las compañías de cigarrillos hacer publicidad en televisión, radio y en muchas revistas. Casi todos saben que fumar provoca cáncer, enfisema y enfermedad cardíaca; que puede acortar la vida en 10 años o más; y que el hábito puede costar a un fumador miles de dólares al año. Entonces, ¿por qué las personas siguen fumando? En una palabra, la respuesta es adicción (71).

Así también es un hecho que el consumo de sustancias lícitas o ilícitas es mayor en los hombres que en las mujeres. En las poblaciones de personas jóvenes, las tasas de abuso de consumo de alcohol son idénticas para uno y otro sexo (72).

Además “Las investigaciones médicas han demostrado que el abuso prolongado del alcohol causa enfermedades al hígado como la cirrosis y la hepatitis, además de pérdida de la memoria, úlceras, anemia, coagulación defectuosa, deterioro de la función sexual, malnutrición, depresión, cáncer y hasta daño cerebral. Pero desde la perspectiva de la salud pública, el mayor impacto proviene del consumo ocasional de alto riesgo de quienes suelen beber poco o moderadamente” (73).

Se observa en la población que el 39.2 % no fuma actualmente pero si ha fumado antes, al ser comerciantes en un mercado se difunden y mezclan muchas vivencias propias y ajenas por ello pueden conocer hasta donde llega el impacto de las enfermedades provocadas por el tabaco, además del paso de los años y etapas disminuyen o cambian de pensamiento sobre los hábitos nocivos para su vida así también el grado de instrucción favorece la comprensión de las consecuencias de este producto.

Y el 42.5% toma bebidas alcohólicas ocasionalmente, esta cifra es alentadora ya que solo beben cuando hay actividades o festividades, por otro lado la cercanía de un centro de salud y las diferentes campañas que realizan ayudan a resolver dudas en diferentes temas de salud y autocuidado.

Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica (74).

La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas. Aumentar el nivel de actividad física es una necesidad social, no solo individual. Por lo tanto, exige una perspectiva poblacional, multisectorial, multidisciplinaria, y culturalmente idónea (74).

Más de la mitad el 55% no realiza actividad física en su tiempo libre, en las últimas dos semanas el 50.8% no realiza actividad física por más de 20 minutos, la única actividad física que realizan a diario es la de su trabajo y hogar cuando no están muy cansados, más no emplean un tiempo determinado, este factor implica un riesgo a enfermedades crónicas prevenibles como diabetes, presión alta, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, además de obesidad.

Llevar una dieta saludable ayuda a protegernos de la malnutrición en todas sus formas, así como de las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer. Sin embargo, el aumento de la producción de alimentos procesados, la rápida urbanización y el cambio en los estilos de vida han dado lugar a un cambio en los hábitos alimentarios. La composición exacta de una alimentación saludable, equilibrada y variada depende de las necesidades de cada persona (por ejemplo, de su edad, sexo, hábitos de vida, ejercicio físico), el contexto cultural, los alimentos

disponibles localmente y los hábitos alimentarios. No obstante, los principios básicos de la alimentación saludable son siempre los mismos (75).

Entonces se debe comer frutas, verduras, legumbres, frutos secos y cereales integrales; al menos 400 g (5 porciones) de frutas y hortalizas al día (2 porciones). Las patatas, batatas (camote), la mandioca (yuca) y otros tubérculos féculentos no se consideran como frutas ni hortalizas. Limitar el consumo de azúcares libres a menos del 10% de la ingesta calórica total, que equivale a 50 gramos (o unas 12 cucharaditas rasas) en el caso de una persona con un peso saludable que consuma aproximadamente 2000 calorías al día, si bien para obtener mayores beneficios, se recomienda idealmente reducir su consumo a menos del 5% de la ingesta calórica total. Son los fabricantes, los cocineros o el propio consumidor quienes añaden a los alimentos la mayor parte de los azúcares libres. El azúcar libre también puede estar presente en el azúcar natural de la miel, los jarabes, y los zumos y concentrados de frutas (75).

Limitar el consumo de grasa al 30% de la ingesta calórica diaria. Las grasas no saturadas (presentes, por ejemplo, en el aceite de pescado, los aguacates, los frutos secos, o el aceite de girasol, canola y oliva) son preferibles a las grasas saturadas (presentes, por ejemplo, en la carne grasa, la mantequilla, el aceite de palma y de coco, la nata, el queso, el ghee y la manteca de cerdo). Las grasas industriales de tipo trans (presentes en los alimentos procesados, la comida rápida, los aperitivos, los alimentos fritos, las pizzas congeladas, los pasteles, las galletas, las margarinas y las pastas para untar) no forman parte de una dieta sana; limitar el consumo de sal a menos de 5 gramos al día (aproximadamente una cucharadita de café) (6) y consumir sal yodada (75).

En cuanto a sus hábitos de alimentación se obtuvo diariamente el 100% consume pan; de los alimentos que consumen 3 o más veces a la semana el 47.5% come carnes, 40% consume verduras; de los alimentos que consumen 1 o 2 veces a la semana encontramos que el 37.5% consume pescado, el 35.8% consume huevos,

y el 30% consume lácteos; y por último alimentos que nunca o casi nunca consumen el 37.5% consume refrescos, el 29.2% consumen dulces y el 22.5% consumen embutidos.

Estos resultados probablemente se deben a consecuencia de su grado de instrucción, es en este factor que se evidencia el déficit de conocimientos en cuanto a su alimentación, además del proceso fisiológico en la etapa de adultez, con el paso de los años la persona gana más peso, por ello aumentan el riesgo de obesidad, enfermedades que son prevenibles y envejecimiento precoz, entonces esta población no tiene una alimentación saludable.

Llegando a la conclusión que la población no tiene un estilo de vida saludable ya que sus conocimientos no son suficientes para consolidar y practicar hábitos que beneficien su salud como parte de su cultura, siendo lo resaltante las debilidades la alimentación inadecuada y el sedentarismo, estos factores incrementa el riesgo a obesidad mórbida sumado al consumo de alcohol y el haber fumado, aumenta el riesgo de presentar enfermedades crónicas, no transmisibles que pueden prevenirse, como son la presión arterial alta, diabetes, enfermedades cardiovasculares, hepáticas, respiratorias y diferentes tipos de cáncer.

En la tabla N° 04:

Se muestra la distribución porcentual de los determinantes de las redes sociales y comunitarias se observa que casi la mitad 47.5% no se atendió en una institución de salud, menos de la mitad 33.3% tiene distancia regular de su casa al lugar donde lo atendieron, más de la mitad el 67% cuenta con otro tipo de seguros, menos de la mitad 39% fue atendido en un periodo corto, casi la mitad 42.5% ha recibido una atención de calidad buena.

Existen resultados similares fueron obtenidos por Colchado, A. (76) en Determinantes de la salud adultos maduros con infección respiratoria aguda. Vinzos. Distrito Santa-2012; en cuanto a la asistencia a una institución de salud

el 37,5% (30) no asistió a ninguna institución de salud; según la distancia el 46,25% (37) considero que el lugar donde asistió se encontraba a una distancia regular; por otro lado en cuanto a la atención en salud el 86,25% (69) la calidad de atención fue buena.

De igual manera estos resultados son similares a los obtenidos por Solano, A. (77) Determinantes de la salud de la persona adulta joven. Distrito San Juan de Yscos – Chupaca, 2013 relacionado a determinantes de las redes sociales y comunitarias, según la distancia el 47,2% (67) considera que el lugar donde se atendió está a regular distancia de su casa; según el tiempo el 46,5% (66) le pareció corto el tiempo que espero para que lo atendieran; y según la calidad el 57,7% (82) consideró que fue buena la calidad de atención que recibieron.

Además estos resultados son similares a los obtenidos por Salas, M. (78) Determinantes de la salud en adultos mayores. Asentamiento Esperanza Baja, Chimbote, 2013, Se muestra que la distribución porcentual de los determinantes de la salud relacionada con los determinantes de las redes sociales y comunitarias de los encuestados se puede evidenciar que el 71% de los adultos mayores refirieron que no se atendieron en los últimos 12 meses en un establecimiento de salud.

También estos resultados son similares a los obtenidos por García, P. (79) Determinantes de la salud en adultos jóvenes varones con adicción a drogas. A.H Sr. De los Milagros. Chimbote-2012, de acuerdo a la atención de salud en los últimos 12 meses, el 75% (75) no se atendió en ninguna institución de salud.

Los resultados difieren a los obtenidos por Medina, L. (41) Determinantes de la salud en los comerciantes del mercado Pueblos Unidos. Asentamiento humano 10 de Setiembre - Chimbote, 2013 relacionado a determinantes de las redes sociales y comunitarias, podemos mencionar que el 92%(110) se atendieron en los últimos 12 meses en un puesto de salud; de igual manera el 91.6% (110)

tiene como seguro el SIS, y el 37% (44) de los entrevistados consideran que el tiempo de espera para que la atendieran fue regular.

Así mismo estos resultados difieren a los obtenidos por López, R. (40) Determinantes de la salud en comerciantes adultos maduros. Mercado Los cedros -Nuevo Chimbote, 2013, sobre redes sociales y comunitarias, el 58% (60) se atendió en puestos de salud los últimos 12 meses, el 75% (79) refirió que tiene SIS como seguro; el 51% (53) manifiesta que el tiempo de espera es regular.

También estos resultados difieren a los obtenidos por Zamudio, M. (43) Determinantes de la salud en los comerciantes adultos mayores del mercado Dos de Mayo - Chimbote, 2013; sobre determinantes de redes sociales y comunitarias, el 66% (145) se atendió en un puesto de salud, el 50% (109) tienen SIS como seguro, el 50% (107) consideran que el tiempo de espera para su atención es largo.

Según la Organización Mundial de la Salud, la mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio - económicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas", tales como, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado, y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes y no permitirán alcanzar las metas de salud de los Objetivos para el Milenio (80).

Desde la perspectiva psicosocial comunitaria definiremos las redes de organización comunitaria como un entramado de relaciones que mantiene un flujo y reflujo constante de informaciones y medicaciones organizadas y

establecidas en pro de un fin común: el desarrollo, fortalecimiento y alcance de metas específicas de una comunidad en un contexto particular (81).

Por otro lado un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero. El fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo (82).

Así también Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), según el artículo 7 del D. L. N° 1158 “Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados y por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud” (83).

El acceso a servicios de salud o lugar de atención, se identifica como la capacidad para conseguir atención médica cuando se necesita. Es un término general que es afectado por todo, desde la ubicación de los centros de salud y la disponibilidad de proveedores médicos, hasta los seguros médicos y el costo de la atención médica. El acceso puede ser afectado por la falta de transportes, por barreras culturales, idioma. El acceso a la atención médica, o la falta de dicho acceso, tiene consecuencias importantes sobre la morbilidad y la mortalidad. Aquí veremos, sucesivamente, tres dimensiones del acceso: seguros, población y tipo de atención (84).

Considerando el lugar o establecimiento de salud donde las personas hicieron la consulta por su problema de salud, a nivel nacional, en el Perú Urbano, las "farmacias o boticas" ocupan el principal lugar de consulta hacia donde acude el 18,6% de la población de este dominio. Seguido de los "establecimientos del MINSA o gobiernos regionales" con un 12,4% y en tercer lugar los establecimientos particulares con el 9,0% (85).

Según datos del ENAHO, al segundo trimestre del 2016 la población que tuvo algún problema de salud y que no acudió a realizar consultas sobre su problema, manifestó como principal razón para este comportamiento que "no fue necesario", respuesta proporcionada por el 42,1% de la población con necesidades de salud a nivel nacional, con una disminución de 0,9 punto porcentual comparado al trimestre anterior, esta es la primera causa de no atención en el Perú Urbano (86).

Así también las condiciones relacionadas al "uso de remedios caseros y/o se auto recetó" son referidas por el 32,3% de la población con daños a la salud que no acude a realizar consultas, y se constituye como el segundo grupo de causas por las cuales la población no acude a los establecimientos de salud; sin embargo, a nivel del Perú Rural alcanza a 37,6% y es la primera causa por la cual la población no acude a los establecimientos de salud, que comparado al trimestre anterior se incrementó en 3,9 puntos porcentuales (87).

Además como tercer grupo de causas que explican por qué la población con daños a la salud no acude a los establecimientos, se encuentran las asociadas a que "no tiene seguro, falta de tiempo y maltrato del personal de salud", que son señaladas por el 23,2% de la población; comparando a nivel de dominios geográficos, en el Perú Urbano es donde se presenta en mayor proporción este motivo, considerado por el 23,8% de las personas con daños a la salud que no acuden a consulta (87).

La escasa o nula colaboración entre urbanistas y planificadores sanitarios puede originar una desigual accesibilidad de los usuarios a los servicios de sanitarios, al no incluirse en la elaboración de planes urbanísticos. El concepto de accesibilidad se relaciona con la facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos en función de barreras organizativas (distancia, horario) (87).

Así también la accesibilidad se relaciona con las características del recurso que facilitan u obstaculizan su utilización por consumidores eventuales y se puede dividir en accesibilidad geográfica (recurso demasiado alejado o elemento de la resistencia al desplazamiento) y accesibilidad socioorganizacional (barreras socioeconómicas, culturales, organizaciones) (87).

Se observa que casi la mitad 47.5% no se atendió en una institución de salud y menos de la mitad 33.3% tiene distancia regular de su casa al lugar donde lo atendieron, siendo trabajadores en un mercado tienen un buen ingreso económico, a pesar que existen cerca un centro de salud no acuden a este ya que refieren no disponer de mucho tiempo y son muchas horas las que pierden durante su día laboral en una consulta en el sector público, además que tienen que levantarse muy temprano en la madrugada para sacar un ticket de atención, por lo que la mayoría opta por la automedicación y atenderse en una institución privada.

Por ellos también es muy común en esta población la automedicación y los remedios caseros todo ellos por el intercambio de información entre los numerosos consumidores que llegan a sus puesto a comprar comparten sus tratamientos más eficaces sean o no fármacos.

Además encontramos la empresa privada se seguros Rímac define que un seguro de salud es la mejor forma de garantizar el pago del tratamiento de cualquier enfermedad que se pueda presentar (88).

Los seguros de salud se clasifican por el régimen de financiamiento con el que brindan la cobertura a sus asegurados. Estos pueden ser: Seguros bajo el régimen subsidiado: En este grupo las prestaciones de salud son financiadas íntegramente por el Estado. Está dirigido a todos los residentes del país en condición de pobreza extrema que no cuenten con un seguro de salud. Este tipo de seguros es brindado por: Seguro Integral de Salud (SIS) (89).

Seguros bajo el régimen semicontributivo: En este grupo los afiliados aportan un porcentaje del plan y el otro es aportado por el Estado. Está dirigido a trabajadores independientes y trabajadores de las Micro empresas Este tipo de seguros es brindado por: Seguro Integral de Salud (SIS) (89).

Seguros Bajo el régimen contributivo: En este grupo el aporte de los empleadores o de los mismos afiliados cubre el costo del plan. Incluye a todas las personas que tienen empleo formal y a las personas que pagan de modo particular por su seguro a través de planes privados Este tipo de seguros es brindado por: Seguro Social de Salud, Sanidades, EPS, Empresas de seguros privados, Seguros de Prepagas y Autoseguros (89).

Así también más de la mitad el 67% cuenta con otro tipo de seguros, que en su mayoría son privados el motivo se sustenta en sus ganancias, estas dependen del tiempo que pasen en su negocio, las instituciones de salud privadas les brindan un menor empleo del tiempo en su atención por lo que eligen por el tipo de seguro que consideran más beneficiosos y acorde a sus ingresos para ellos, además también tienen el hábito de la automedicación que no contribuye a un estilo de vida saludable.

El tiempo de espera o el tiempo que va ser atendido una persona con respecto en salud va depender bastante de la gravedad del paciente, así mismo va depender de los recursos que cuenta dicha institución, abastecimiento de materiales, recursos humanos, así mismo la capacidad resolutive de cada institución, por

otro lado el personal quien brinda la atención tiene que priorizar de acuerdo al estado de la persona (90).

En según el INEI lo define como tiempo de espera desde la hora que el paciente saca el cupo o la cita para que pueda ser atendido hasta el momento que el paciente reciba la atención médica, así mismo va depender de los recursos que cuenta dicha institución así mismo de la demanda de pacientes y la capacidad resolutive del centro de salud ya sea particular o privada (91).

El Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), concebido por el Ministerio de Salud del Perú identifica la calidad de la atención como un principio básico de la atención en salud, estableciendo que la calidad es el conjunto de características técnico científicas, humanas y materiales que debe tener la atención de salud que se brinda a los usuarios para satisfacer sus expectativas en torno a ella (92).

La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios. La calidad, incluyendo la seguridad del paciente, es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud (92).

Además menos de la mitad 39% fue atendido en un periodo corto ya que recurren a instituciones privadas de salud, casi la mitad 42.5% ha recibido una atención de calidad buena, ya que la atención fue corta, amable, por lo tanto esta población relaciona la buena atención con el menor tiempo de espera para atención más no lo familiariza con lo eficaz o no que resulte el tratamiento, además una de las primera acciones que realizan es la automedicación antes de acudir a una consulta médica, todo ello desfavorece al estado de salud.

Por último se concluye que las instituciones de salud deben ajustarse a las normas de calidad en los servicios de salud y disminuir formatos para una rápida atención y mantener a su sector atendido dentro de su establecimiento. Toda la población puede mejorar sus lazos con los servicios de salud que tienen a unos metros de distancia a su trabajo, lo cual sería beneficioso para esta población ya que podrán gastar menos dinero, tiempo y aprender hábitos que construyan un estilo de vida saludable y así fortalecerlas dentro de su cultura.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Con referencia a los determinantes de la salud biosocioeconómicos: la mayoría de los trabajadores adultos eran mujeres, menos de la mitad tienen grado de instrucción secundaria completa e incompleta, percibe ingreso económico de 1000 a 1499 soles y todos tienen empleo fijo.
- En determinantes de la salud relacionados con el entorno físico, todos viven en casa propia, cuentan con los servicios básicos (agua, desagüe, gas, energía eléctrica y eliminan basura en carro recolector, la mayoría tienen material de piso y techo de cemento y de 3 a 5 habitaciones para dormir.
- Según el determinante de estilos de vida, el mayor porcentaje no fuma actualmente pero ha fumado antes, consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente y nunca consumen refrescos, dulces y embutidos; un poco más de la mitad no realizan actividad física.
- Según los determinantes de redes sociales y comunitarias la mayoría tiene otros tipos de seguro; menos de la mitad no se atiende en ninguna institución de salud, el tiempo de espera es corto y refiere que la atención recibida es buena.

5.2. Recomendaciones:

- Difundir los resultados de la investigación a la institución de Salud Materno Infantil Wichanza, a las autoridades competentes y a la misma población del estudio, para concientizar e incentivar el autocuidado en salud según el grado de instrucción al que llegaron.
- Fomentar las visitas domiciliarias por parte del centro de salud para mantener un buen saneamiento ambiental, aprovechando la accesibilidad a su hogar que brindan los integrantes de la población.
- Promocionar estilos de vida saludable desarrollando capacitaciones, campañas y programas de salud además de sesiones educativas preventivo promocional, sobre las enfermedades que pueden afectar su salud según sus estilos de vida, sexo, edad y grado de instrucción.
- Mejorar los flujos de atención en salud, más abreviados a la vez de un aumento de recurso humano para disminuir el tiempo y mejorar la calidad de atención, así no dudará en ir a una institución de salud más cerca de su casa logrando una satisfacción del usuario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. [Serie Internet] [Citado el 2013 Abril 26]. Disponible desde el URL: http://www.who.int/social_determinants/es/
2. Concepto de Salud según la OMS. [página de internet]. Disponible en: <http://concepto.de/salud-segun-la-oms/>
3. Tardy, M. Copyright 2007-2011. Psico-web.com – Argentina Lic. en Sociología- Disponible en: http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm
5. 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.
6. 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.
7. 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.

8. 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.
9. Valdivia, G. 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
10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales, e Igualdad. [página de internet]. Equidad en salud. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/va/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EquidadSaludyDSS.htm>
11. Acheson, D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain ; 1998.L
12. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación Lugar , editorial; 2008
13. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
14. Ministerio de Salud. Plan Nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
15. Junta Directiva del Mercado Autogestionario La Merced de Wichanza, Libro padrón de asociados, La Esperanza, 2013.
16. 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

17. Tovar L, García G. La percepción del estado de salud: Una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida. Lugar 2003. Nro. 027. 2004.
18. Rodríguez M: Determinantes del desarrollo humano en comunidad rural, centro poblado menor dos de Mayo-Amazonas; 2011
19. 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. En que revista se ha publicado el artículo
20. Rojas, E. Determinantes de la salud de la persona adulta. III Etapa Manuel Arévalo, La Esperanza - Trujillo, 2012, [Informe de tesis para optar el título de licenciada en Enfermería], Trujillo: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014.
21. 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
22. 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
23. 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
24. 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.

25. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed . Mexico: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
26. 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>.
27. 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/DisenosDeEstudioAnalitic os.pdf>.
28. Canales, F y Alvarado, E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
29. Girondella, L. Definición de sexo [página en internet] Madrid 2012: [actualizado 23 febrero 2012, citado mayo 2014] Disponible en URL: <http://contrapeso.info/2012/sexo-y-genero-definiciones/>.
30. Eustat. Base de datos online. Nivel de instrucción. [Portal de internet]. 2004. [Citado 2010 Set. 5]. [alrededor de 1 pantalla]. Disponible en URL: http://www.eustat.es/documentos/idioma_c/opt_0/tema_303/elem_2376/defin icion.html
31. Organización Internacional del trabajo. Wikipedia. salario. [Artículo en internet]. 2010 [Citado 2011 Set 09.]. Disponible en URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/Salario>
32. Serie Nescon de Informes Técnicos N° 2 Condiciones de Salud y Trabajo en el Sector Salud/ Health and Work Conditions of Health Care Workers Brasilia, OPAS, 38 p., 2008. Informe del Taller Ouro Preto, Brasil, Enero

2006. Disponible en:
http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/CST_Salud.pdf
33. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2012. Marco conceptual del censo de población y Vivienda 2010. México. 2011. Disponible en
http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf
34. Dávila E, Estilos de vida de las enfermeras de Nicaragua. Guatemala, octubre; 2001.
35. Martínez, R. Ministerio de sanidad y consumo. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Madrid. 1997. Disponible en
http://www.torrepacheco.es/torrepacheco/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_736_1.pdf
36. Lama A, En el marco del Fondo de Investigaciones del programa de Mejoramiento de Encuestas y de la Medición de las Condiciones de Vida de los Hogares en el Perú (Programa MECOVI - Perú), Lima, Julio del 2000. Disponible en
<http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/PRESENTA.htm>
37. Martos, E. Análisis sobre las nuevas formas de comunicación a través de las comunidades virtuales o redes sociales. Gandía. 2010. Disponible en
<http://riunet.upv.es/bitstream/handles/10251/9100/An%C3%A1lisis%20de%20redes%20sociales.pdf>
38. 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>

39. 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
40. López, R. Determinantes de la salud en comerciantes adultos maduros. Mercado Los cedros -Nuevo Chimbote, 2013, [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería] Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
41. Medina, L. Determinantes de la salud en los comerciantes del mercado Pueblos Unidos. Asentamiento humano 10 de Setiembre - Chimbote, 2013 [Tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
42. Miñano, C. Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta - Mercado Minorista El Progreso - Chimbote, 2011 [Informe de tesis para optar el título de licenciada en enfermería] Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2011.
43. Zamudio, M. Determinantes de la salud en los comerciantes adultos mayores del mercado Dos de Mayo - Chimbote, 2013 [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería] Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
44. Castillo, E. Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto maduro. Mercado “los portales”- el porvenir, 2013, [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería] Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2016.
45. Iparraguirre, M. Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto. Mercado “El Chacarero”, urbanización La Marqueza – Trujillo, 2011 [Tesis

para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Trujillo: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014.

46. Ministerio de salud, Etapa de vida adulto, [Página de internet] Disponible en: http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/desp/Adulto_1S08.pdf
47. Unicef, Aplicando Género, [Serie internet]. Disponible en https://www.unicef.org/honduras/Aplicando_genero_agua_saneamiento.pdf
48. Telesur Noticias, Estudio revela que hay más mujeres que hombres en el mundo [Página de internet] Publicado 20 agosto 2015, visitado el 20 noviembre. Disponible en: <http://www.telesurtv.net/news/Estudio-revela-que-hay-mas-mujeres-que-hombres-en-el-mundo-20150820-0014.html>
49. Organización Mundial de la salud, Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014, Datos positivos sobre la esperanza de vida, [Página de internet]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/es/>
50. Centro de Innovación en tecnología y Pedagogía, Grado de Instrucción. [Serie Internet] [Citado el 2016 noviembre 18] [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: <http://campuscitep.rec.uba.ar/mod/glossary/view.php?id=11413&mode=l>
51. Lip, C., Rocabado F. Minsa, Determinantes sociales de la salud en Perú [Artículo en internet] 2005 [Citado 2016 Nov. 19]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/12_Determinantes_Sociales_Salud.pdf
52. Diccionario Eco Finanzas. “Ingreso económico”. [Serie Internet] [Citado el 2015 Enero 24] [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: <http://www.expansion.com/diccionario-economico/ingreso.html>

53. Equipo Federal del Trabajo, Definición judicial del trabajo [Página de Internet] [citado 2016 jun. 19]. Disponible en URL:
<http://newsmatic.com.ar/conectar/245/98/articulo/3087/Definicion-judicialdel-trabajo-eventual-San-Luis.html>
54. Souk, R. Guía de ocupaciones, Lo que significa tener tu propio negocio, [Página de internet] [Citado 2016 28 de noviembre] [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.guiadeocupaciones.info/soukrom/soukrom.htm>
55. Uchazara, M. Determinantes de la salud en la persona adulta del centro menor Los Palos Tacna, 2013. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Tacna: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2013.
56. Shuan, E. Determinantes de salud de los adultos de la comunidad Juan Velasco Alvarado, Huaraz – 2013 [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Huaraz: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
57. Mezarina, V. Determinantes de salud de los adultos del caserío de Chacuabamba - Pomabamba, 2013, [Tesis para optar el título de licenciada en Enfermería] Huaraz: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2016.
58. Organización Panamericana de la Salud, Hacia una vivienda saludable guía para el facilitador, Página de internet, Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/vivsal.pdf>
59. MINSA, Vivienda saludable: Reto del Milenio en los Asentamientos Precarios de América Latina y el Caribe. página de internet, © Organización Panamericana de la Salud, 2006, Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/servicios/serums/2009/dgps_para_serums_2009ii/pfvs/vivienda_saludable.pdf

60. Universidad de los Andes de Venezuela. Conceptos y definiciones de población y vivienda, [Página de Internet]. Disponible en: http://iies.faces.ula.ve/censo90/Conceptos_definiciones_de_poblacion_y_vivienda.html
61. MINSA. Construcción de una vivienda. 2010. [Serie Internet] [Citado el 2015 Febrero 10] [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: <http://www.minsa.gob.pe/portada/ciudadanos/familias.htm>
62. Correa, B. Determinantes de la salud en la persona adulta del asentamiento humano 4 de Noviembre - Sullana, 2013, [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
63. Rivera, S. Determinantes de la salud en los adultos, H.U.P Las Brisas III etapa - Nuevo Chimbote 2013, [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014.
64. Briceño, J. Determinantes de la salud en la persona adulta en el centro poblado Nomara - La Huaca - Paita, 2013, [Tesis para optar el título de licenciada en Enfermería] Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2016.
65. Open Course Ware, Creación de hábitos de práctica de ejercicio físico, Estilo de vida, [Página de internet]. [Citado 2016 25 de noviembre]. Creative Commons Attribution 3.0 License, Disponible en: http://ocw.um.es/gat/contenidos/palopez/contenidos/estilo_de_vida.html
66. Organización Mundial de la salud, Ofrecer ayuda para dejar el hábito, Panorama general hábito [Página de internet]. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/mpower/offer/es/>

67. La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Hábitos y estilos de vida saludables, [Página de internet]. [Citado 25 de noviembre]. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/019/i3261s/i3261s10.pdf>
68. Wong, C., Área de Salud Pública I, Estilos de vida, [Compilado con fines docentes]. [Citado 25 de noviembre]. 2012 Disponible: <https://saludpublica1.files.wordpress.com/2012/08/estilos-de-vida-2012.pdf>
69. Organización Mundial de la Salud, Tabaco, [Página de internet]. [Citado 19 de noviembre], Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
70. Organización Mundial de la Salud, tabaquismos, [Página de internet]. [Citado 19 de noviembre], Disponible en: <http://www.who.int/topics/tobacco/es/>
71. Teens Health, El hábito de fumar, Artículo de internet]. [Citado 25 de noviembre], © 1995-2016 The Nemours Foundation, Disponible en: <http://kidshealth.org/es/teens/smoking-esp.html?WT.ac=p-ra>
72. Bejarano, J, Fonseca, S y Ortega M.A. Artículos Científicos Género, consumo de drogas y otros problemas sociales en costa rica. [Artículo de Internet] Publicado Rev. Humanitas, 2014, 11 [Citado 18 de noviembre] Disponible en: <https://www.google.com.pe/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Articulos+cientificos+genero+consumo+>
73. Ministerio de salud, Plan Nacional de la Lucha contra el Consumo Nocivo e Alcohol, [Página de Internet] [Citado 25 de noviembre] Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2008/amorycontrol/archivos/Plan_de_Comunicaciones.pdf

74. Organización Mundial de la Salud, Estrategia mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud. Actividad física, [Página de Internet] [Citado 25 de noviembre] Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
75. Organización Mundial de la Salud, Centro de prensa, Alimentación sana, [Página de Internet] [Citado 25 de noviembre] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>
76. Colchado, A. en Determinantes de la salud adultos maduros con infección respiratoria aguda. Vinzos. Distrito Santa-2012, [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014
77. Solano, A. Determinantes de la salud de la persona adulta joven. Distrito San Juan de Yscos – Chupaca, 2013, [Tesis para optar el título profesional de licenciada en Enfermería] Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2016.
78. Salas, M. Determinantes de la salud en adultos mayores. Asentamiento Esperanza Baja, Chimbote, 2013, [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería], Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
79. García, P. Determinantes de la salud en adultos jóvenes varones con adicción a drogas. A.H Sr. De los Milagros. Chimbote-2012, [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería], Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014.
80. Organización Mundial de la Salud, Comisión de Determinantes Sociales e la Salud, [Artículo de Internet] [Visitado 25 de noviembre] Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/

81. Goncalves, M., Montero, M., Las Redes Comunitarias, [Artículo de Internet] [Visitado 25 de noviembre] Disponible en: https://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/99022/mod_resource/content/1/2012-PSICOSAUDE_LAS%20REDES%20COMUNITARIAS.pdf
82. Organización mundial de la salud, ¿Qué es un sistema de salud? [Página de Internet] [Visitado 25 de noviembre] Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>
83. Ministerio de Salud. Mundo IPRES, Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (IPRESS) [Documento en internet]. [Citado el 26 de noviembre] [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: <http://portales.susalud.gob.pe/web/mundo-ipres/instituciones-prestadoras-servicios>
84. Gutierrez, K. Accesibilidad a la salud, [Página de internet] 2012. [Citado 2012 Jul. 17]. Disponible en ULR: <https://es.scribd.com/doc/48703287/ACCESO-A-SISTEMAS-DE-SALUD-EN-HONDURAS>
85. Ministerio de Salud, Lugar o establecimiento de salud al que acudió a consultar la población con algún problema de salud según condición del asegurado [Documento en internet]. [Citado el 26 de noviembre] [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: <http://portales.susalud.gob.pe/web/mundo-ipres/poblacion-sin-seguro>
86. Ministerio de Salud. Mundo IPRES, Instituciones Razones por las cuales la población no acude a realizar consultas a un establecimiento de salud [Documento en internet]. [Citado el 26 de noviembre] [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: <http://portales.susalud.gob.pe/web/mundo-ipres/poblacion-no-acude>

87. Basoa R, y Otero, A. Accesibilidad geográfica a los centros de salud y planteamiento urbanístico en Fuenlabrada (Madrid) [Documento en internet]. [Citado el 26 de noviembre] [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL:
http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL68/68_4_503.pdf
88. Rimac, ¿Por qué es necesario un Seguro de Salud? [Documento en internet]. [Citado el 26 de noviembre] [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: <http://www.rimac.com.pe/personas-salud>
89. Ministerio de Salud. Mundo IPRES, ¿Tengo un seguro? [Documento en internet]. [Citado el 26 de noviembre] [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: <http://portales.susalud.gob.pe/web/portal/tipos-de-seguro>
90. Ortiz. C tiempo de espera para ser atendidos. [Serie en Internet]. [Citado diciem.14]. [1 pantalla libre] Desde URL:<http://noticias.terra.com.ar/logran-reducir-tiempo-de-espera-para-ser-atendidos-en-hospitales,6f2c5f38035f6310>
91. Instituto Nacional de Estadística Informática (INEI): Tiempo de espera para ser atendido en un establecimiento. [Serie en Internet]. [Citado Octb.27]. [1 pantalla libre]. Disponible desde: www.inei.gob.pe/.../usuarios-esperan-mas-de-una-hora-para-ser-atendido.
92. Ministerio de Salud, Normas técnicas de Estándares de Calidad para Hospitales e Institutos Especializados, [Documento en internet]. [Citado el 26 de noviembre] [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg_pac/EstandarHosp2003.pdf

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

4. Ingreso económico

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

5. Ocupación:

- Empleador ()
- Trabajador independiente ()
- Empleado ()
- Obrero ()
- Trabajador familiar no remunerado ()
- Trabajador del hogar ()
- Trabajo estable ()
- Vendedores de comercio y mercado ()

6. Condición de empleo de trabajo

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

II. DETERMINANTES DEL ENTORNO FÍSICO

7. Vivienda

7.1. Tipo:

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

7.2. Material del piso:

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

7.3. Material del techo:

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

7.4. Material de las paredes:

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

--	--

7.5. Cuantas habitaciones se usan exclusivamente para dormir

Nº de habitaciones

8. Abastecimiento de agua:

- Red pública dentro de la vivienda ()
- Rio, 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 ()

9. 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 ()
- Rio, acequia o canal ()
- No tiene ()

10. Combustible para cocinar:

- Gas ()
- Electricidad ()

- Querosene ()
- Carbón ()
- Madera ()
- Matojos o Hierbas ()
- Estiércol animal ()

11. Tipo de alumbrado:

- Eléctrico ()
- Kerosene ()
- Vela ()
- Otro ()

12. En su casa separan la basura:

Si () No ()

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

- Diariamente, al menos 5 días por semana ()
- Todas las semana pero no diariamente ()
- Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas ()
- Con menos frecuencia ()

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

- Contenedores de basura ()
- Punto limpio ()
- Empresas o tiendas que los vende o talleres ()
- Servicios especial de recogida ()
- Contenedor específicos de recogida ()
- Vertido por el fregadero o desagüe ()

III. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

15. ¿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 ()

16. ¿Ha bebido en alguna ocasión alguna bebida alcohólica?

Si () No ()

Si la respuesta es positiva, indique ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

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

17. Habitualmente, ¿realiza en su tiempo libre alguna actividad física?

Si () No ()

Si la respuesta es positiva, indique la actividad que realiza:

- Caminar ()
- Deporte ()
- Gimnasia ()

18. ¿Durante las dos últimas semanas realizó actividad física durante más de 20 minutos?

Si () No ()

Si la respuesta es positiva, indique la actividad que realizó:

- Caminar ()
- Gimnasia suave ()

Juegos con poco esfuerzo ()

Correr ()

IV. DETERMINANTES ALIMENTARIOS

19. 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
• Fruta					
• Carne (Pollo, res, cerdo, etc.)					
• Huevos					
• Pescado					
• Fideos, arroz, papas...					
• Pan, cereales					
• Verduras y hortalizas					
• Legumbres					
• Embutidos					
• Lácteos					
• Dulces					
• Refrescos con azúcar					

VII. DETERMINANTE DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

20. En los últimos 12 meses, usted ha utilizado un servicio de salud:

Si ()

No ()

Si la respuesta es positiva, indique en que institución de salud se atendió:

• Hospital ()

• Centro de salud ()

• Otros ()

21. Considera usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:

• Muy cerca de su casa ()

• Regular ()

• Lejos ()

- Muy lejos de su casa ()
- No sabe ()

22. Qué tipo de seguro tiene Usted:

- ESSALUD ()
- SIS-MINSA ()
- SANIDAD ()
- Otros ()

23. El tiempo que espero para que lo (la) atendieran ¿le pareció?

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

24. En general, ¿la calidad de atención que recibió fue?

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

Muchas gracias, por su colaboración

ANEXO N° 02

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

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 en adulto en el Perú** desarrollado 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 adultos de 18 a más años.

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

Validez de contenido: Se exploró mediante la calificación por medio de criterio de expertos, diez 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 en adolescentes de 12 a 17 años de edad en el Perú (Anexo 3).

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 (36).

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.
5. Luego se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken para cada una de las preguntas y el coeficiente V de Aiken total.
6. Se evaluó que preguntas cumplieran 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

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		109
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.

ANEXO N° 03



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA D

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

N°	Expertos consultados									Suma	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
4	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	3	27	3	9	3	1,000
Coefficiente de validez del instrumento															0,998



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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.

	PERTINENCIA	ADECUACIÓN
DETERMINANTES DE LA SALUD	¿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
DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO								
P1								
Comentario:								
P2								
Comentario:								
P3								
Comentario:								
P4								
Comentario:								

P5								
Comentario:								
P6								
Comentario:								
P6.1								
							112	
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:									
DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA									
P14									
Comentario:									

P15									
Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									
Comentarios									
P18									
Comentario									
P19									
Comentario									
P20									
Comentario									
P21									

Comentario									
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:					



ANEXO N°04

UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL TRABAJADOR ADULTO
DEL MERCADO ZONAL AUTOGESTIONARIO LA MERCED DE
WICHANZAO - LA ESPERANZA, 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

.....