



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE
CHIMBOTE**

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

DETERMINANTES DE SALUD EN ADULTOS DEL
CENTRO POBLADO DE MARIAN_SECTOR
CACHIPAMPA_INDEPENDENCIA_HUARAZ, 2015

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

AUTOR:

ANTONIO SUMER LÓPEZ SÁNCHEZ.

ASESORA:

Dra. MARÍA ADRIANA VÍLCHEZ REYES.

**HUARAZ – PERÚ
2018**

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Dra. MARÍA ELENA URQUIAGA ALVA

PRESIDENTA

Mgtr. LEDA MARÍA GUILLEN SALAZAR

MIEMBRO

Mgtr. FANNY ROCÍO ÑIQUE TAPIA

MIEMBRO

DEDICATORIA

Con mucha gratitud a Dios, superior ante todos, por guiarme en cada momento de mi vida y porque me permite tener muchos logros.

A mis padres: Marco, por inculcarme el valor del respeto; María por estar siempre conmigo en los momentos difíciles, por ellos que luchan día a día por verme profesional y capaz de lograr mucho.

A mi tía Isabel, porque es mi ejemplo a seguir como profesional y a pesar de la distancia siempre está pendiente por verme feliz.

Antonio

AGRADECIMIENTO

A la Universidad “Católica los
Ángeles de Chimbote” y a la Escuela
Profesional de Enfermería, por
acogerme y brindarme los
conocimientos para mi formación
profesional.

Agradezco a la docente tutora
investigadora Dra. Adriana Vílchez
Reyes; por guiarme en la
realización de este proyecto y por
los nuevos conocimientos
aprendidos.

A todos los adultos del Centro
Poblado de Marian – Sector
Cachipampa, que muy
afectuosamente colaboraron
conmigo y me permitieron conocer
su entorno.

Antonio

RESUMEN

Trabajo de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, diseño de una sola casilla. Objetivo fue describir los determinantes de salud en adultos del Centro Poblado de Marian - Sector Cachipampa - Independencia - Huaraz. La muestra estuvo conformada por 180 adultos. Recolección de datos se utilizó el cuestionario sobre los determinantes de salud. El análisis y procesamiento de datos se hizo con el paquete SPSS/20. Entre los resultados y conclusiones en determinantes biosocioeconomico: menos de la mitad son adultos maduros, tienen secundaria completa/incompleta, ocupación eventual; más de la mitad son de sexo masculino; casi todos tienen ingreso económico menor de S/750.00 soles. Determinantes de salud relacionados al entorno físico: menos de la mitad disponen la basura enterrándola/quemándola; más de la mitad eliminan la basura en otros lugares, comparten 2 a más miembros el dormitorio; la mayoría tienen viviendas unifamiliares, piso de tierra, techo de eternit, paredes de adobe, letrina, cocinan con leña/carbón; casi todos tienen vivienda propia; todos cuentan con conexión domiciliaria, energía eléctrica permanente, recogen la basura al menos una vez/mes. Determinantes de los estilos de vida: más de la mitad duerme de 6 a 8 horas, consume fruta 1 o 2 veces/semana, huevos 3 o más veces/semana; la mayoría ingiere bebidas alcohólicas ocasionalmente, no realizan exámenes médicos periódicos, caminan como actividad física, caminaron por más de 20 minutos, consumen carne, pescado 1 o 2 veces/semana, diariamente pan, cereales, verduras y hortalizas; casi todos no fuman; todos se bañan 4 veces/semana, consumen fideos 3 o más veces/semana, otros 1 o 2 veces/semana. Determinantes de las redes sociales y comunitarias: menos de la mitad el tiempo de espera regular; más de la mitad recibe apoyo de la familia, se atendió en puesto de salud, refiere distancia regular, buena calidad de atención; la mayoría no percibe apoyo organizado, cuentan con seguro integral salud SIS (MINSA); todos refieren que no existe pandillaje cerca de su vivienda.

Palabras claves: Adultos, Determinantes de Salud, Estilos de Vida.

ABSTRACT

Research work of a quantitative, descriptive type, single-box design. Objective was to describe the determinants of health in adults of the Populated Center of Marian - Sector Cachipampa - Independencia - Huaraz. The sample consisted of 180 adults. Data collection was used a questionnaire on health determinants. The analysis and data processing was done with the SPSS / 20.0 package. Among the results and conclusions in biosocioeconomic determinants: less than half are mature adults, have complete / incomplete secondary, eventual occupation; more than half are male; almost all have economic income of less than S / 750.00 soles. Determinants of health related to the physical environment: less than half dispose of the garbage by burying / burning it; more than half eliminate garbage in other places, 2 more members share the bedroom; most have single-family homes, dirt floor, eternit roof, adobe walls, latrine, cook with firewood / charcoal; almost all have their own home; all have home connection, permanent electric power, collect garbage at least once / month. Determinants of lifestyles: more than half sleep 6 to 8 hours, consume fruit 1 or 2 times / week, eggs 3 or more times / week; most drink alcoholic drinks occasionally, do not perform periodic medical examinations, walk as a physical activity, walk for more than 20 minutes, consume meat, fish 1 or 2 times per week, daily bread, cereals, vegetables; almost all do not smoke; everyone bathes 4 times / week, consumes noodles 3 or more times / week, other times 1 or 2 times / week. Determinants of social and community networks: less than half the regular waiting time; more than half receives support from the family, attended a health post, refers to regular distance, good quality of care; the majority does not receive organized support; they have comprehensive health insurance SIS (MINSA); all report that there is no gang near their home.

Keywords: Adults, Determinants of Health, Lifestyles.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	18
2.1. Antecedentes.....	18
2.2. Bases Teóricas.....	23
III. METODOLOGÍA.....	30
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	30
3.2. Diseño de investigación.....	30
3.3. Población y Muestra.....	30
3.4. Definición y Operacionalización de variables.....	31
3.5. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	40
3.6. Procesamiento y Análisis de datos.....	43
3.7. Matriz de consistencia.....	44
3.8. Principios éticos.....	45
IV. RESULTADOS.....	47
4.1. Resultados.....	47
4.2. Análisis de Resultados.....	57
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	104
5.1. Conclusiones.....	104
5.2. Recomendaciones.....	106
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107
ANEXOS.....	132

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1: DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICO EN ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN - SECTOR CACHIPAMPA - INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2015.....	47
TABLA 2: DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FÍSICO EN ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN - SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2015.....	48
TABLA 3: DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN - SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2015.....	51
TABLA 4, 5, 6: DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN - SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2015.....	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO DE LA TABLA 1: DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICO EN ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN - SECTOR CACHIPAMPA - INDEPENDENCIA, HUARAZ - 2015.....	148
GRÁFICO DE LA TABLA 2: DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FÍSICO EN ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN - SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2015.....	151
GRÁFICO DE LA TABLA 3: DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN - SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2015.....	158
GRÁFICO DE LA TABLA 4, 5, 6: DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN - SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2015.....	163

I. INTRODUCCIÓN:

De acuerdo a estadísticas mundiales del 2014, más del el 39% de los adultos de 18 años o más tenía sobrepeso, el 11% de los varones y el 15% de las mujeres (más de medio billón de adultos) eran obesos. Además en el 2015, 42 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso u obesidad y que, en los últimos 15 años, esta cifra ha aumentado en cerca de 11 millones. Casi la mitad de estos niños (el 48%) vivían en Asia, y el 25% en África. En 2016, el 39% de los adultos de 18 o más años con 39% de los hombres y 40% de las mujeres) tenían sobrepeso (1).

En todas las regiones del mundo, el número de personas con diabetes y su prevalencia están aumentando. En 2014 había 422 millones de adultos (el 8,5% de la población) con diabetes; así vemos que entre las complicaciones de la diabetes se encuentran los infartos de miocardio, los accidentes cerebrovasculares, la ceguera, la insuficiencia renal y las amputaciones de los miembros inferiores, siendo estas últimas 10 a 20 veces más frecuentes en los pacientes; también causo 1,5 millones de defunciones en 2012. Muchas de esas muertes (43%) son prematuras (antes de los 70 años) y en gran medida prevenibles (2).

Los residuos de tabaco contienen más de 7000 sustancias químicas tóxicas que envenenan el medio ambiente, algunas de ellas cancerígenas para el ser humano, el consumo de tabaco cobra la vida de más de 7 millones de personas cada año; las tasas elevadas de tabaquismo entre los hombres (47,4%) y los niños varones (12,9%) ocasiono en los diversos países a tomar medidas drásticas de reducción de la demanda de tabaco al promulgar leyes de prohibiciones de publicidad y crear espacios sin humo en 55 países, protegiendo a casi 1500 millones de personas (3).

La tuberculosis (TB) continúa siendo un importante problema de salud global, según la OMS en el 2016, 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,7 millones murieron por esta enfermedad (entre ellos, 0,4 millones de personas con VIH), más del 95% de las muertes por TB se producen en países de ingresos bajos y medianos, siete países acaparan el 64% de la mortalidad total, encabeza la India, seguida de Indonesia, China, Filipinas, el Pakistán, Nigeria y Sudáfrica. La tuberculosis multirresistente (TB-MDR) sigue constituyendo una crisis de salud pública y una amenaza para la seguridad sanitaria. Según la OMS, hubo 600 000 nuevos casos de resistencia a la rifampicina, A nivel mundial, apenas el 54% de los enfermos con tuberculosis multiresistente y el 30% de los enfermos con tuberculosis ultrarresistente reciben actualmente un tratamiento eficaz (4).

América Latina y el Caribe es una región que está envejeciendo rápidamente. Para 2020, las Américas tendrán unos 200 millones de adultos mayores, casi el doble de lo que tenía en 2006, En los Estados Unidos, más del 90% de los adultos mayores padece de al menos una enfermedad crónica, y el 73% tiene dos o más de este tipo, alrededor del 14% de las personas de 65 y más años necesitan asistencia para bañarse, vestirse, preparar sus comidas y hacer sus compras (5).

En la región de América los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en adultos son una causa importante de morbilidad, discapacidad, traumatismos y muerte prematura, y aumentan el riesgo de padecer otras enfermedades y problemas de salud, la prevalencia varía, la de los trastornos por ansiedad, entre 9,3 y 16,1%; trastornos afectivos, entre 7,0 y 8,7%, la depresión grave 6,7%, la demencia con una prevalencia de 8,5% en las personas de 60 años de edad en adelante; y la de trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas, entre 3,6% y 5,3%. Los datos de la Región revelan profundas

brechas en el tratamiento entre las personas con trastornos mentales, que alcanzan hasta 73,5% en adultos con trastornos graves o moderados y 82,2% en niños y adolescentes (6).

En octubre del 2017 la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), reveló que el 30% de la población adulta en Chile sufre de obesidad, la más alta de la región, los niveles de obesidad en mujeres chilenas mayores de 18 años alcanzan el 32,8%, en hombres chilenos, ascienden a 24,8% de la población siendo el primer país de Sudamérica, después de Argentina con una tasa de obesidad del 26,7%. En cuanto a nivel de sobrepeso y obesidad en adultos mayores 18 años, el 64,7% de los hombres chilenos vive con sobrepeso y en el caso de las mujeres esta condición alcanza el 63,1%. Según la FAO, las consecuencias que acarrearán el sobrepeso y la obesidad incluyen una mayor probabilidad de desarrollo de enfermedades no transmisibles (ENT), como enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión y cáncer, las que se encuentran entre las diez principales causas de muerte en la región (7).

Las condiciones sociales en las que vive una persona influyen en su estado de salud. Circunstancias como la pobreza, la escasa escolarización, la inseguridad alimentaria, la exclusión, la discriminación social, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida, la mala calidad de la vivienda y la escasa cualificación laboral constituyen factores determinantes de gran parte de las desigualdades que existen entre países y dentro de ellos mismos. En este sentido, existen diferencias de 48 años en la expectativa de vida entre países distintos, e incluso de 20 años y más dentro del mismo. Estas diferencias ocurren a lo largo

de la estratificación social, incluyendo los ejes socioeconómicos, políticos, culturales y geográficos (8).

Entre las instituciones que regulan el tema de la Salud en el Perú, tenemos la más importante que es el Ministerio de Salud (MINSA). El MINSA es un órgano del Poder Ejecutivo que conduce, regula y promueve las intervenciones del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte (9).

El Perú en las últimas décadas experimento un crecimiento económico permitiendo superar en más de tres veces el producto bruto interno PBI; de acuerdo al Informe del INEI sobre la evolución de la pobreza monetaria del 2009 al 2015, a nivel nacional el Perú logro reducir el porcentaje de personas cuyos ingresos están por debajo de la línea de pobreza, de 33.5% a 21.77%, así también disminuyo la pobreza extrema de 9.50% a 4.07%, no obstante al comparar la incidencia de pobreza entre las regiones, se evidencia desigualdades, siendo la más afectada la sierra, con niveles de pobreza dos veces más que el de la costa; sumado a esto el deficiente actuar de las autoridades en adecuadas gestiones y políticas públicas (10).

Disminuir la desnutrición crónica en un país es un indicador positivo en el camino del desarrollo y esto refleja la mejora de la capacidad física, intelectual, emocional y social de las niñas y niños. La desnutrición crónica se determina al comparar la talla de la niña o niño con la esperada para su edad y sexo; en el Perú en el año 2016 afectó al 13,1% de niñas y niños menores de cinco años de edad, al comparar con el año 2015 disminuyeron en 1,3%. Según el área de residencia,

la desnutrición crónica afectó sobre todo a niñas y niños del área rural 26,5% y en el área urbana 7,9% (11).

En el Perú en el año 2016 la anemia afectó principalmente a las niñas y niños menores de 18 meses de edad, así tenemos 62,1% en los de 6 a 8 meses de edad, 59,3% de 12 a 17 meses de edad y 56,7% de 9 a 11 meses de edad. En los infantes de 18 a 23 meses de edad fue 43,6%, mientras que en los grupos de mayor edad tenemos: 29,3% entre 24 y 35 meses de edad, 24,4% de 36 a 47 meses de edad y 17,5% de 48 a 59 meses de edad. Según área de residencia fue mayor en el área rural (41,4%) y por región, Puno presentó (62,3%), Loreto (49,9%), Pasco (49,4%) y Ucayali (47,2%); con menores porcentajes Cajamarca (22,9%) y La Libertad (23,8%) (11).

Según la encuesta ENDES del INEI 2016, el 96,6% de la población de 6 a 15 años de edad asistía a un centro de enseñanza regular, según sexo 96,7% en hombres y 96,5% en mujeres y por área de residencia 96,6% en el área urbana y rural. Así mismo la diferencia observada entre la mediana de años de estudio según el sexo en las personas mayores de 40 años de edad, en particular los de 55 a 59 años, en los hombres fue 10,2 años y de las mujeres 7,7 años (11).

La variación de precios a nivel nacional en el mes de febrero del 2018 presentó que el índice de precios al consumidor a nivel nacional y de Lima Metropolitana aumentaron en 0,30% y 0,25%. Del mismo modo, los precios al por mayor a nivel nacional subieron 0,38%, y los de maquinaria y equipo en 0,32%; además, precios de los materiales de construcción se incrementaron en 1,42%. Así también, de los 532 productos que componen la canasta familiar 273 subieron de precio, 113 bajaron y 146 no mostraron variación (12).

En el Perú hasta diciembre del 2017 aumentaron los hogares con algún miembro que tiene celular, en Lima Metropolitana 94,3%, en las demás áreas urbanas del país 93,8% y en las áreas rurales 77,8%; así mismo el 51,1% de los hogares de Lima Metropolitana tienen una computadora, en las demás áreas urbanas del Perú el 33,1% y en los hogares rurales 4,8%; con respecto al servicio de internet en Lima Metropolitana el 57,6% cuenta con este servicio, en el resto de áreas urbanas el 25,1% y 1,7% en los hogares de áreas rurales del país, el 53,9% de hombres hacen uso del internet y el 47,1% de mujeres. Población joven de 19 a 24 años y adolescentes de 12 a 18 años accede más a internet con 80,3% y 71,2% respectivamente (13).

A nivel nacional las enfermedades crónicas se presentan con mayor incidencia en personas adultas y adultos mayores. Hasta diciembre del 2017, el 60,7% de personas entre 50 a 59 años y el 76,9% de los adultos mayores de 60 y más años de edad, padecen de enfermedades crónicas; tanto en el área urbana 79% como en el área rural 71,1%. Contrariamente los menores porcentajes se registran en el grupo de 0 a 14 años de edad, así los habitantes del área rural 4,6% y del área urbana 14,2% (14).

En lo que respecta al acceso a seguro de salud y el tipo hasta diciembre del 2017 se identificó, el 76,7% de la población del Perú contaba con algún seguro, siendo el SIS el que mayor cobertura brinda con 48,1%, seguido por los que tienen EsSalud con 22,9% y otros seguros 5,7%. En el área urbana, la población que tienen seguro de salud alcanzó al 74,9%, donde los que tienen únicamente SIS fue de 39,7%, seguido por los que tienen EsSalud 27,9%, otros seguros 7,2%. En el área rural, la población que tienen seguro de salud alcanzo al 83,2%, donde los

que tienen únicamente SIS fue 76,9%, los que tienen ESSALUD 5,8%, otros seguros 0,4% (14).

En cuanto a programas sociales como Vaso de Leche y Qali Warma benefician más a hogares del área rural, así el 21,6% de los hogares que tiene entre sus miembros al menos una persona de 13 años o menos, se beneficiaron del programa de Vaso de Leche. En el área urbana este programa llegó al 15,8% de los hogares y en el área rural al 38,7%. En el programa social de Comedor Popular/Club de Madres, se benefician más en el área urbana siendo así de cada 100 hogares con jefe (a) desocupado (a) 56 acceden al programa social de Comedor Popular o Club de Madres, en el área urbana 62 de cada 100 hogares acceden a este programa y en el área rural 47 de cada 100 hogares (14).

A nivel nacional, el 80,3% de los hogares utilizaba el agua de red pública para beber, ya sea dentro o fuera de la vivienda o pilón/grifo público, el mayor porcentaje corresponde a la conexión directa dentro de la vivienda 73,4%. En el área urbana, el 83,8% de los hogares usaba agua para beber procedente de red pública, sea dentro o fuera de la vivienda o pilón/grifo público, en comparación con el 70,4% de los hogares del área rural que utilizaban las mismas fuentes; no obstante el 15,4% de los hogares de esta área aún utilizan agua proveniente de manantial, río o acequia e incluso agua de lluvia, para beber (11).

El fumar ocasiona daños múltiples a la mujer, afecta la salud de la madre, el feto y al recién nacido. En cuanto a la función reproductiva, existe relación entre tabaquismo y disminución de la fertilidad, presentación de partos prematuros y mayor incidencia de abortos. En el año 2016, El 4,1% de las mujeres en edad fértil declaró fumar cigarrillos. El 37,2% de ellas fumó al menos un cigarrillo y 25,4% fumaron de uno a dos cigarrillos en las últimas 24 horas. Según ámbito geográfico,

las mujeres consumidoras de cigarrillo u otro tipo de tabaco, en mayor proporción se observan en Lima Metropolitana (7,8%) y en el área urbana (5,1%), así mismo el porcentaje de personas que fuman diariamente cigarrillos fue de 1,6%, en los hombres fue 2,6% y en las las mujeres (0,6%) (11).

El comportamiento del VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en el Perú es el de una epidemia concentrada, así desde el primer caso diagnosticado de SIDA en el Perú en el año 1983 hasta diciembre de 2016, se han reportado 34 mil 795 casos de SIDA y 65 mil 657 casos notificados de VIH, pero se estima que más de 100 mil personas estarían viviendo con el virus, hasta el año 2040. La magnitud del problema, la rápida propagación, la inexistencia de cura para la enfermedad y la relación entre ITS y VIH confirman la importancia de monitorear el conocimiento de la población sobre la transmisión, prevención y percepción de los riesgos (11).

En los años 2013 al 2014 cinco departamentos (Madre de Dios, Ucayali, Loreto, Lima, e Ica) reportaron el 72% de los casos nuevos notificados en el país. Lima concentra el 60% de casos, el mayor porcentaje en la provincia metropolitana de Lima, y en sus distritos de San Juan de Lurigancho, Rimac, La Victoria, El Agustino, Ate, San Anita y Barranco. El promedio de edad fue 35 años con un rango intercuartil entre 21 y 48 años. El 82% de los casos de TB notificados en los años 2013 y 2014 afectaron principalmente a los pulmones. El 77% de los casos con TB pulmonar se diagnosticaron con baciloscopia positiva y casi el 40% con baciloscopias con una carga bacilar alta (2 a 3 cruces). Se reportó casi un 18% de casos de tuberculosis extra pulmonar y el mayor porcentaje tuvieron localización pleural (54%), ganglionar (11.1%) y meníngea/sistema

nervioso (9%). El 68% de casos trabajaban en MINSA, 21% en EsSalud y 11% de Establecimientos privados, FFAA y PNP (15).

Entre las primeras causas de consulta externa, en la Dirección Regional de Salud de Ancash, en el año 2014 según etapas de vida, en los jóvenes fueron: las infecciones de vías respiratorias agudas, infecciones de transmisión sexual, complicaciones en el embarazo, las caries dentales, la obesidad y otros tipos de hiperalimentación. En la etapa de vida del adulto fueron: infecciones de vías respiratorias agudas, infecciones de transmisión sexual, lumbago y otras dorsalgias, obesidad y otros tipos de hiperalimentación, y la infección de vías urinarias. En la etapa de vida del adulto mayor fueron: las infecciones de vías respiratorias agudas, lumbago y otras dorsalgias, gastritis y duodenitis, las artrosis y la hipertensión arterial (16).

Las principales causas de consulta externa en las mujeres en el ámbito de la Dirección Regional de salud de Ancash, en el año 2014 fueron Las Infecciones de vías respiratorias agudas (24%), las Caries dental (7%), las Infecciones de transmisión sexual (6%), la Obesidad y otros tipos de hiperalimentación (6%) y la Desnutrición y deficiencias nutricionales (5%) (16).

Las principales causas de consulta externa en los hombres en el ámbito de la Dirección Regional de salud de Ancash, en el año 2014 fueron: Las Infecciones de vías respiratorias agudas (32%), las Anemias nutricionales (8%), la Desnutrición y deficiencias nutricionales (7%), las Caries dental (6%) y la Obesidad y otros tipos de hiperalimentación (6%) (16).

Para la etapa de vida del joven de 18 a 29 años de edad a nivel de Ancash, entre las primeras 5 causas de muerte encontramos las lesiones de intención no determinada (13.57%), accidentes por disparo de arma de fuego (10.41%), edema

cerebral (9.05%), enfermedad por el VIH (SIDA) (5.43%) y las infecciones respiratorias agudas bajas (4.52%) (17).

Para la etapa de vida del adulto comprendido de 30 a 59 años de edad a nivel de Ancash, entre las primeras 5 causas de muerte encontramos las lesiones de intención no determinada (8.99%), infecciones respiratorias agudas bajas (8.38%), cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (6.27%), diabetes mellitus (4.68%) y las enfermedades hipertensivas (4.31%). Así también en la etapa del adulto mayor de 60 a más años, entre las primeras causas de muerte encontramos las infecciones respiratorias agudas bajas (18.67%), enfermedades hipertensivas (6.45%), enfermedades cerebrovasculares (5.62%), neoplasia maligna de estómago (4.42%) y las enfermedades isquémicas del corazón (4.09%) (17).

En el año 2014, la población de Huaraz presento entre sus cinco principales causas de consulta externa a las Infecciones de vías respiratorias agudas (28%), Infecciones de transmisión sexual (6%), Lumbago y otras dorsalgias (5%), Anemias nutricionales (4%) y las Caries dental (4%). Tomando en consideración la distribución por sexo el 36% de las causas de atención se registra en personas de sexo masculino y el 64% de las causas de atención se registra en personas de sexo femenino (16).

En la provincia de Huaraz en el año 2014 entre las principales causas de mortalidad se debieron a las Infecciones respiratorias agudas bajas (18%), neoplasia maligna de estómago (5%), enfermedades cerebrovasculares (5%), trastornos de la vesícula biliar, vías biliares y del páncreas (4%) y lesiones de intención no determinada (4%) (17).

La definición que le otorga la organización mundial de la salud (OMS) a los Determinantes Sociales de la Salud como las condiciones en que la gente nace, crece, vive, trabaja y envejece, un término resumido que incluye los determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales. Esas condiciones reflejadas de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel local, nacional y mundial, dependiendo de las políticas que se tomen (18).

A finales del siglo XIX, las principales causas de morbilidad en países desarrollados eran las enfermedades infecciosas, surgió una nueva concepción de determinantes de la salud a través de la triada ecológica que establecía que la enfermedad era consecuencia de la relación entre tres elementos: el agente, el huésped y el medio ambiente. El agente caracterizado por factores biológicos, físicos y químicos, el huésped delimitado por elementos intrínsecos del individuo y el medio ambiente formado por elementos extrínsecos que influyen en el huésped (19).

Hasta mediados del siglo XX la salud era considerada como la ausencia de enfermedad y limitaciones, así en la década de los cuarenta, acompañado por cambios socio económicos, culturales y epidemiológicos, nace un nuevo concepto de salud establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su carta Fundacional de abril de 1946 donde afirma que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades” (20).

En la declaración de Alma Ata en 1978 la OMS/PAHO, WHO/UNICEF, estableció las bases de la Atención Primaria (AP). Destacando 2 aspectos: una que constituye el primer nivel de atención sanitaria y la otra es que se da el primer contacto del individuo con el sistema sanitario. Se generó así un cambio filosófico

en los profesionales de la salud como parte del desarrollo económico y social en la comunidad. La Declaración de Alma Ata resalta en primeros puntos la importancia de los factores sociales para determinar el nivel de salud de la población (21).

La Declaración de Alma Ata proclama la salud como un derecho humano fundamental y reconoce el desigual estado de salud de la población y la brecha entre la salud en los países desarrollados y subdesarrollados; construye el derecho del pueblo y el deber de participar individual y colectivamente en procesos de prestación de servicios de salud. Proclama la importancia de alcanzar la salud para todas las comunidades para el año 2000 también se define la estrategia de la atención primaria para llegar a la gente ofertando servicios de salud de calidad y universales (21).

Actualmente la Organización Mundial de la Salud establece una serie de factores que inciden en la salud, podemos afirmar que las características del lugar donde un individuo vive, los factores genéticos, el acceso a un sistema sanitario estructurado, el nivel educativo y de ingresos económicos, familia, amigos, vecinos, etc. tienen un impacto considerable en el nivel de salud de la población. El contexto en el cual una persona vive determina su salud pudiendo favorecerla o perjudicarla (22).

En el Informe de la Secretaría del Consejo Ejecutivo de la OMS define a los determinantes estructurales y las condiciones de vida como causa de las inequidades sanitarias entre los países y dentro del país; particularmente la distribución de poder, dinero, los bienes y servicios, las situaciones a las que se expone la persona, como el acceso a la atención sanitaria, escolaridad y alimentación, las condiciones de trabajo y ocio; el estado de su vivienda y el

entorno físico y social. Así pues los determinantes sociales representan un grupo de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que influyen mucho en la salud (22).

La equidad en salud es un concepto ético fundamental en el estudio de los determinantes sociales de la salud. El Departamento de Ética, Equidad, Comercio y Derechos Humanos de la Organización Mundial de la Salud define la equidad como “la ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables en salud entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente” (23).

Las inequidades en salud son las diferencias en salud socialmente producidas, sistemáticas en su distribución a través de la población, e injustas. Esto es una cuestión ética. Anand destaca que la salud es un bien especial cuya distribución equitativa concierne a las autoridades políticas. Existen dos razones principales para considerar la salud como un bien especial: la salud constituye el bienestar de las personas y las habilita para actuar como agentes sociales. Por lo tanto, la inequidad en salud afecta fundamentalmente el compromiso con la libertad, la justicia social y los derechos humanos (23).

Las desigualdades en salud no son más que disconformidades sanitarias de un país y entre países que se consideran injustas, evitables e innecesarias entre diferentes grupos sociales, así vemos la diferencia de mortalidad entre personas de distinta clase social. Algunas desigualdades en salud se originan en las variaciones biológicas de las personas o la libertad para elegir, sin embargo, otras se deben al efecto del entorno y de las circunstancias en las que el individuo vive y que no está en sus manos poder cambiarla es así cuando nos referimos a inequidad en salud (24).

Frente a esta problemática no escapan los adultos del Centro Poblado de Marian – Sector Cachipampa, perteneciente al distrito de Independencia provincia de Huaraz, departamento de Ancash. Perteneciente a la Micro Red de Salud Nicrupampa, este sector se encuentra ubicado a una altitud aproximado de 3,250 m.s.n.m, limita por el norte: con la comunidad de Uquia, por el sur: con los sectores de Rivas y Marian, por el este: con la Cordillera Blanca y por el oeste: con la comunidad de Huanchac. Habitan aproximadamente 400 personas de los cuales 180 son adultos (25).

Las viviendas se encuentran a lo largo de la carretera, con paredes construidas de material rustico (adobe), con pisos de tierra, techos de teja y calamina, con amplios campos de cultivo al costado o detrás de las viviendas, cuenta con energía eléctrica permanente, el agua de consumo es potabilizado a conexión domiciliaria, para la eliminación de excretas usan letrinas o al aire libre, el carro recolector de la basura no pasa por ese sector por lo que disponen la basura enterrándola o quemándola; cuenta con un teniente gobernador, presidente de la comunidad, un comedor popular llamando “San Isidro de Cachipampa”, comité de Junta Administradora de Servicios de Saneamiento (JASS), Programa no Escolarizado de Educación Inicial (PRONOEI) con una losa deportiva, el programa de vaso de leche, un promotor de Salud; también cuentan con una iglesia donde el patrono es ”San Isidro”, el consumo de alimentos proviene de su producción como el trigo, maíz, zanahoria, cebolla, el consumo de carne es 1 o 2 veces a la semana cuando matan a su gallina o cuy que crían (25).

Los adultos del Sector de Cachipampa acuden al puesto de salud del Centro Poblado de Marian localizado a 20 minutos caminando, donde se cuenta con los siguientes profesionales de la salud: Medico, quien realiza las actividades de

diagnóstico médico y prescripción del tratamiento; Lic. en Enfermería, quien es la coordinadora del área niño realizando los controles de crecimiento y desarrollo (CRED), Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI); Lic. en Obstetricia, a cargo del área materno realizando actividades de control prenatal, del puerperio, salud reproductiva; 2 técnicos en Enfermería prestando atenciones en triaje, tópico, encargado de farmacia, un laboratorista y 2 internas de enfermería apoyando en toda las áreas; las enfermedades más frecuentes son: infecciones intestinales 25%, artritis reumatoides 15%, gastritis 10%, infecciones agudas de las vías aéreas en niños en época de invierno 70% (26).

Frente a lo expuesto se consideró pertinente la realización de la presente investigación planteando el siguiente enunciado del problema:

¿Cuáles son los determinantes de salud en adultos del Centro Poblado de Marian – Sector Cachipampa – Independencia – Huaraz, 2015?

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

- Describir los determinantes de salud en adultos del Centro Poblado de Marian – Sector Cachipampa – Independencia – Huaraz.

Para poder conseguir el objetivo general, se planteó los siguientes objetivos específicos:

- Identificar los determinantes de salud biosocioeconómicos (edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental), en adultos del Centro Poblado de Marian – Sector Cachipampa – Independencia – Huaraz.
- Identificar los determinantes de los estilos de vida: alimentos que consumen las personas, hábitos personales (tabaquismo, alcoholismo, actividad física), en

adultos Centro Poblado de Marian – Sector Cachipampa – Independencia – Huaraz.

- Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social en adultos del Centro Poblado de Marian – Sector Cachipampa – Independencia – Huaraz.

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

El presente estudio permite instar a los estudiantes de la salud, a investigar más sobre estos temas y su aplicación en políticas para mejorar estos determinantes, único camino para salir del círculo de la enfermedad y la pobreza, y llevarlos a construir un Perú cada vez más saludable. También ayuda a entender el enfoque de determinantes sociales y su utilidad para una salud pública que persigue la equidad en salud y mejorar la salud de la población, en general, y promocionar su salud, en particular, implica el reforzamiento de la acción comunitaria para abordar los determinantes sociales de la salud.

Esta investigación es necesaria para los establecimientos de salud porque las conclusiones y recomendaciones pueden contribuir a elevar la eficiencia de los Programas Preventivo promocional de la salud de los adultos del Centro Poblado

de Marian Sector Cachipampa – Independencia - Huaraz y reducir los factores de riesgo así como mejorar los determinantes sociales, permitiendo contribuir con información para el manejo y control de los problemas de 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 Regional de salud de Ancash y el municipio del Distrito de Independencia, en el campo de la salud, así como para la población adulta del Sector Cachipampa; 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.

La presente investigación de tipo cuantitativo, nivel descriptivo, diseño de una sola casilla, una población muestral conformada por 180 adultos que viven en el Sector Cachipampa, las técnicas utilizadas fueron la entrevista y la observación, el instrumento que se uso fue el cuestionario sobre los determinantes de salud en adultos, los datos fueron procesados en el paquete SPSS/info/software versión 20; en el cual se obtuvieron los siguientes resultados y conclusiones resaltantes: más de la mitad son de sexo masculino, adultos maduros y menos de la mitad de ellos con secundaria completa; entre sus ocupaciones esta la agricultura, ganadería, trabajos eventuales de chofer y maestro de obra percibiendo menos de 750 soles mensuales; la mayoría tiene viviendas unifamiliares, paredes de adobe, piso de tierra, techo de teja, agua de consumo potabilizado, para la eliminación de excretas usan letrinas, el carro recolector no pasa por esa zona por lo que disponen la basura enterrándola o quemándola, la mayoría cuentan con seguro SIS (MINSA).

II. REVISIÓN LITERARIA:

2.1. Antecedentes:

Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación.

A nivel internacional:

García J y Vélez C, (27). En su investigación “Determinantes Sociales de la Salud y la Calidad de Vida en Población Adulta de Manizales, Colombia 2014”. Con su objetivo: Evaluar la asociación entre los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en una población adulta. Estudio descriptivo en un universo de 18,109 viviendas con una muestra de 440 seleccionadas a través de muestreo. Resultando que la edad promedio 49 años, 2,9% de viviendas pertenecen a un estrato socioeconómico bajo mientras que el 8,2% al medio y el 88,9% al alto. Personas por vivienda fueron en promedio 3,6. Ingresos mensuales mínimos 60,000 pesos colombianos y los ingresos máximos de 60, 000,000 de pesos colombianos. El 1,1% no contaba con estudios y el 54% con estudios universitarios de pregrado. El 97% con afiliación al sistema general de seguridad social.

Silberman M, Moreno L, Kawas V y Gonzales E, (28). En su artículo: “Determinantes Sociales de la Salud en los Usuarios de Atención Sanitaria del Distrito Federal de México 2013”. Este trabajo tuvo el objetivo de conocer las condiciones socioeconómicas de los hogares y la situación de salud de cada persona en la jurisdicción sanitaria de Álvaro Obregón, Distrito Federal,

estudio descriptivo, cuantitativo; se empleó la entrevista para realizar encuestas a 1,331 hogares encontrando 5208 personas; resultando: 19.4% de los hogares tienen techo de lámina, en 11.8% hacinamiento, y el 2.7% de los hogares no tiene acceso a agua potable en la vivienda, 38% de los individuos que deben estar en escuela no asiste, y de los 2,903 adultos el 31% no concluyó su educación básica y el 7.7% es analfabeta; 41 mujeres embarazadas, 6 sin atención médica, 283 diabéticos, 33 sin atención médica, 307 hipertensos (52 sin atención), 109 discapacitados (94 sin atención), 138 adictos al alcohol y 115 adictos a las drogas.

Natividad V y Lujan K, (29). En su artículo: “Determinantes Socioeconómicos y Ambientales de la Hipertensión Arterial en Población adulta de Argentina, 2015”. Su Objetivo fue: analizar la contribución de la edad, género, predictores de hábitos y condiciones socioeconómicas sobre la prevalencia de hipertensión en población adulta de Argentina. El estudio fue transversal analítico. Se utilizaron datos de una población adulta residente en localidades de más de 5000 habitantes, resultando que la prevalencia global de HTA fue de 32,6%. Las variables significativas fueron: niveles de peso, género, edad, hábitos alimentarios, abuso de bebidas alcohólicas y cobertura de salud. Implementar estrategias tendientes a disminuir la obesidad y el sobrepeso y el cambio de hábitos respecto al consumo de alcohol y sal, resultaría relevante en la prevención de la HTA en Argentina.

A nivel Nacional:

Asunción S, (30). En su investigación titulada: “Determinantes de la Salud en Padres de Familia. Institución Educativa N° 81584 “Everardo Zapata Santillana”, Sector El Cortijo-Trujillo, 2015”. El objetivo fue describir los determinantes de la

salud en los padres de familia. La investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. La muestra estuvo constituida por 127 padres de familia a quienes se les aplicó un cuestionario sobre los determinantes de salud, utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Concluyendo que la mayoría son de sexo femenino, adultos maduros, secundaria incompleta, ingreso económico de 751 a 1,000 soles y trabajos eventuales. En el entorno físico; la mayoría tiene vivienda unifamiliar, material del piso es tierra; techo de material noble (ladrillo y cemento); duermen en una habitación de 2 a 3 miembros. En estilo de vida; consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente.

Mariños J, (31). En su investigación: “Efecto de Riesgo de los Determinantes Sociales y la accesibilidad a la atención de salud en el Perú 2016”. La investigación tuvo por objetivo identificar determinantes sociales que tienen efecto de riesgo sobre el acceso a la atención institucional de salud en el Perú. Es una investigación, correlacional, no experimental cuantitativa, transversal y explicativo; diseño transeccional correlacional. La Muestra es de 38296 viviendas, tipo de muestreo probabilístico. La técnica usada la entrevista y el instrumento el cuestionario. Concluyéndose que: sexo masculino 26,3%, niños < 11 años con acceso a atención en salud 44,4%, adulto con acceso a atención en salud 25,7%, adulto mayor con acceso a atención salud 33,1%, personas con secundaria completa con acceso a atención en salud 21,4%, discapacitados con acceso a salud 33,7%, empleo informal 27,9%; enfermedades crónicas acceso a atención salud 27,8%, su hogar localizado en la Costa norte rural 34,5%, Sierra norte rural 31%.

Lavado M, (32). En su investigación: “Determinantes de la Salud en Mujeres Adultas Jóvenes. Pueblo Joven San Pedro-Chimbote, 2015”. Con su objetivo: describir los determinantes de la salud en mujeres adultas jóvenes del P.J. San

Pedro-Chimbote, 2015. La investigación fue de tipo cuantitativo. La muestra estuvo constituida por 277 mujeres adultas jóvenes a quienes se les aplicó cuestionario sobre los determinantes de salud utilizando la técnica de entrevista y observación. Los datos fueron procesados en el software PASW Statistics versión 18.0. Concluyendo que: más de la mitad de las mujeres adultas jóvenes tienen un grado de instrucción secundaria completa/incompleta, ingreso económico de 751 a 1000 soles, menos de la mitad tienen trabajo eventual. Relacionado con la vivienda, la totalidad tiene abastecimiento de agua por conexión domiciliaria, energía eléctrica permanente y al menos 2 veces/semana recogen la basura.

A nivel local:

De la Cruz M, (33). En su investigación: “Determinantes de salud de los Adultos del Centro Poblado Huanchac–Sector “D”–Independencia–Huaraz, 2015”. Su investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo. Su objetivo fue describir los determinantes de salud de los adultos del Centro poblado de Huanchac–sector “D”-Independencia–Huaraz, 2015. La muestra constituida por 211 adultos. Concluyendo: menos de la mitad tienen secundaria completa/incompleta; más de la mitad adultos jóvenes, de sexo femenino, trabajo eventual, ingreso económico menor a s/750.00. La mayoría vivienda unifamiliar; casi todos tienen casa propia, piso de tierra, techo de eternit, paredes de adobe, conexión de agua domiciliaria, cocinan con leña, tienen energía eléctrica permanente, disponen la basura enterrando, quemando o carro recolector. Menos de la mitad consumen carne 1 a 3 veces/semana, consumen frutas y fideos diarios.

Manrique M, (34). En su investigación: “Determinantes de Salud de los Adultos del Centro Poblado de Huamarín - Sector B - Huaraz - Ancash, 2018”. Su

investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo de una sola casilla. Con su objetivo: identificar los determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado Huamarín-Sector B-Huaraz, 2018. La muestra conformada por 120 adultos, a quienes se les aplicó el cuestionario de determinantes de salud. Concluyendo que: Más de la mitad son de sexo femenino, adultos maduros, con instrucción secundaria incompleta, perciben menos de 750 soles y trabajo eventual. Menos de la mitad consume pescado y fruta 1 a 2 veces/semana; más de la mitad camina más de 20 minutos, consume carne 1 a 2 veces/semana, huevo diario y legumbres; la mayoría no fuma, ingiere ocasionalmente bebidas alcohólicas, duerme de 6 a 8 horas diarias, se bañan una vez/semana, no se realiza controles médicos.

Solís B, (35). En su estudio: “Determinantes de la Salud de los Adultos del Centro Poblado de Marcac-Independencia-Huaraz, 2015”. Su estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, de una sola casilla. Su objetivo fue describir los determinantes de la salud de los adultos del Centro Poblado de Marcac. La Muestra estuvo conformada por 200 adultos. Concluyendo que: menos de la mitad tienen secundaria completa/incompleta, perciben menos de 750 soles, más de la mitad son de sexo femenino, adultos maduros, trabajador estable. Menos de la mitad tiene habitación independiente, más de la mitad techo de eternit, baño propio, cocina con gas, vivienda propia, piso de tierra, paredes adobe, energía eléctrica; todos tienen conexión agua domiciliaria. Menos de la mitad consumen fruta, huevos, pescado y fideos 3 veces/semana y carne 1 a 2 veces/semana; más de la mitad consumen verduras diario.

2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación:

El presente trabajo de investigación está fundamentado en las bases conceptuales de determinantes de salud de Marc Lalonde, Dahlgren y Whitehead, quienes nos presentan a los principales determinantes de la salud, para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (36).

La salud es un estado dinámico, pudiendo estar influida por numerosos factores relacionados con las circunstancias individuales y el entorno. Por “Determinante de salud” entendemos como un elemento que ejerce un efecto positivo o negativo sobre ésta (37).

En 1974 el Ministro de Salud de Canadá Marc Lalonde, clasifica a los determinantes de salud en cuatro categorías: la biología humana, los estilos de vida, el medio ambiente y el sistema sanitario. Dentro de estas categorías ya se conocía que el que mayor relevancia tenía en el estado de salud son los estilos de vida. Sin embargo, tal como afirma Lalonde, el presupuesto que invierten los países desarrollados presentaba un desigual reparto y actualmente es así, correspondiendo que se debe asignar un mayor presupuesto al sistema sanitario. El nivel de salud de una población está determinada por la interacción de estas cuatro categorías (37).



Así mismo en la línea de desarrollo de los determinantes sociales, aparece en 1992, el modelo de capas de Dahlgren y Whitehead en el que los individuos se ubican en la base con sus características y factores genéticos que ejercen influencia sobre sus condiciones de salud; sobre la base está la primera capa compuesta por los estilos de vida de los individuos, vale decir, los comportamientos individuales elegidos libremente; arriba de esta capa se encuentra otra que son las redes sociales y comunitarias representando el conjunto de relaciones solidarias y de confianza entre grupos que construyen la unión social de la población. Superior a esta capa hallamos las condiciones de vida y trabajo de los individuos, lo que permitirá el acceso a distintos servicios como salud, educación, condiciones de habitabilidad, etc.; de forma que las personas con desventaja social corren mayor riesgo de acceder a peores servicios y condiciones de trabajo. Para finalizar, en la última capa se sitúan los macro determinantes ligados con las condiciones políticas, económicas, culturales y ambientales de la sociedad e influyendo grandemente en las demás capas inferiores (38).

El modelo de producción de inequidades en salud propuesto por Dahlgren y Whitehead, (1991) permite dilucidar los mecanismos para lograr cambios estructurales en las condiciones generales, mejorar las condiciones de vida y de trabajo de los individuos a través de las estrategias de salud pública, fortalecer el apoyo social y de la comunidad a través del empoderamiento y la participación social, e influir en los estilos de vida y las actitudes individuales. Todo esto tiene como finalidad promover la equidad social en salud. Este modelo, es la base para la construcción de los mecanismos de las inequidades en salud y del marco conceptual de abordaje de los DSS, propuesto en la presente investigación (39).

Este modelo intenta explicar cómo las desigualdades sociales y la interacción que existe entre los diversos niveles de condiciones causales, desde lo individual a lo colectivo alcanzando el nivel de las políticas públicas nacionales (40).



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

De esta manera, cuando se alude a los DSS, debe tenerse en cuenta que hay tres tipos de determinantes involucrados en esa expresión: los determinantes estructurales de la inequidad en salud donde engloba a la vivienda, el trabajo, el acceso a los servicios; los segundos, los determinantes intermedios resultante de las relaciones sociales y comunitarias mediante apoyo mutuo entre los integrantes de la comunidad o por lo contrario desfavorecerse y también están los determinantes proximales que se refiere a las conductas personales y aquellas características vivenciales que mantienen la salud o la dañan. Cada uno de ellos se comporta de manera muy diferente para influir en la situación de salud de la población y, por tanto, para identificar intervenciones efectivas de políticas públicas que reviertan las condiciones de inequidad en salud existentes (41).

a). Determinantes estructurales.

Llamados también determinantes estructurales de las inequidades en salud, comprenden las condiciones del contexto social, económico y político, así como la gobernanza, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales, las políticas públicas, la cultura y los valores sociales, y las condiciones que generan la gradiente de la posición socioeconómica, como la clase social, el sexo, la etnicidad, la educación, la ocupación, el ingreso y otros, los cuales determinan y condicionan la inequidad social en salud según la posición socioeconómica del individuo, su familia y su entorno social (41).

b). Determinantes intermediarios o intermedios.

Los determinantes estructurales operan condicionando a los determinantes intermedios de la salud para producir resultados. Esto es crucial para entender la importancia y el impacto de los esfuerzos del Estado y de la sociedad para mejorar y mantener un buen nivel de salud de la colectividad. Tener en cuenta que al trabajar solo en los determinantes intermedios los resultados serán limitados con un impacto reducido y con efectos poco sostenible (42).

Los determinantes intermediarios se distribuyen según la estratificación social existente y se determinan para los individuos, sus familias y sus entornos, según la posición social, la variabilidad en la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud. Las principales categorías de determinantes intermediarios de la salud son las circunstancias materiales, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales y biológicos, la cohesión social y el propio sistema de salud. Cada una de estas categorías se comportan de manera diferente en el individuo y su entorno según la posición social en la que se encuentra viviendo (42).

c). Determinantes proximales.

Los individuos, dotados de edad, sexo y factores genéticos que indudablemente influyen en su potencial final de salud, conductas personales y estilos de vida. Las personas con carencias tienden a exhibir una prevalencia superior de factores conductuales negativos como tabaquismo y mala alimentación, y también deben afrontar barreras financieras mayores para escoger un estilo de vida más saludable (38).

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los Determinantes de la Salud componen ámbitos de acción que va desde las prácticas personales en salud hasta el Estado, atravesando las estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo. Estos ámbitos presentan un gradiente social y que a más bajo nivel social, la expectativa de vida es menor, y mayor la frecuencia de enfermar. La gradiente atraviesa toda la sociedad. Se debe a causas materiales y psicosociales. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes (43):

Mi salud: Se refiere a las conductas individuales y estilos de vida, dependiente a su vez de factores como la cultura, el empleo, la educación, el nivel de ingresos y las redes sociales. Los problemas de salud relacionados a estilos de vida pueden estar dadas por diversas situaciones a lo largo de la vida. Los programas de promoción de la salud deben estar dirigidos a favorecer estilos de vida saludables, teniendo en cuenta el contexto social y cultural del individuo, así como su intervención en su entorno inmediato donde las personas desarrollan su actividad diaria como son escuelas, lugares laborales, escenarios deportivos, asociaciones de vecinos, etc (37).

Comunidad: Este ámbito enfoca a las personas de las comunidades más desventajadas y otras como actores importantes para el apoyo mutuo y el fortalecimiento de la comunidad entera contra los riesgos de salud. Las estrategias de desarrollo comunitario reconoce la fuerza intrínseca de las familias, los amigos, las organizaciones voluntarias y las comunidades pueden tener, por encima y más allá de las capacidades de los individuos. También es importante reconocer a las políticas públicas dentro de la cohesión social (38).

Servicios de salud: Los servicios de salud diseñados para mantener, promover salud y prevenir enfermedades (atención primaria, embarazo, perinatal, inmunización) educan a niños y adultos sobre riesgos en salud y elecciones sanas, promueven hábitos saludables, ayudan a ancianos mantener salud e independencia, incentivan la salud ambiental y ayudan a garantizar la seguridad de alimentos, agua y medio ambiente. Otros servicios que son diseñados para curar enfermedades y restablecer salud se concentran principalmente en enfermedades individuales y factores clínicos de riesgo pero no se enfocan en salud de la población. En el Perú ha aumentado significativamente el número de establecimientos que prestan servicios de salud a nivel urbano y rural, pero la disponibilidad del servicio no necesariamente indica su utilización (44).

Educación: El estado de salud aumenta con el nivel de educativo. La educación contribuye a la salud y su prosperidad en la medida que promueve a las personas con conocimientos y aptitudes para solucionar problemas, otorgándoles un sentido de control y dominio en las circunstancias de su vida; aumenta las oportunidades de seguridad en materia laboral y de ingresos, además de la satisfacción en el trabajo. Asimismo, mejora el acceso y manejo de información para mantener una vida saludable (45).

Trabajo: La salud también es afectada por las exigencias del trabajo. En general, más allá de los riesgos, accidentes y enfermedades ocupacionales propias de cada ocupación y lugar de trabajo, se ha demostrado que las enfermedades cardiovasculares ocurren con más frecuencia entre aquellos con numerosas exigencias de su trabajo, bajos niveles de control en los mismos y bajos niveles de apoyo social en el trabajo (45).

Territorio (ciudad): Aquí se agrupa las condiciones del entorno físico y las condiciones sociales que pueden influir en la salud y generar desigualdades. Uno de los mayores desafíos de los gobiernos locales, regionales y nacionales, generando y gestando políticas públicas en mejoraría de las condiciones de vivienda y de vida, acceso a agua potable para el consumo humano, buenos servicios sanitarios, sistema adecuado de manejo de residuos sólidos, vecindarios seguros, acceso a alimentos saludables, así como servicios de transporte público, educación, asistencia social y atención infantil (46).

III. METODOLOGÍA:

3.1. Tipo y Nivel de investigación.

Cuantitativo: En la que se cuantifican o miden numéricamente las variables, usa la recolección de datos con base en el análisis estadístico (47).

Descriptivo: Se ocupa de la descripción de fenómenos sociales o clínicos en una circunstancia temporal y geográfica determinada (48).

3.2. Diseño de investigación.

Usa un solo grupo, el investigador observa y describe el comportamiento del grupo para luego informar. Es de carácter retrospectivo y es el diseño apropiado para los problemas de identificación y descripción (49, 50).

3.3. Población y Muestra.

Población muestral:

Estuvo conformado por 180 adultos que viven en el Centro Poblado de Marian – Sector Cachipampa – Independencia – Huaraz, departamento de Ancash.

Unidad de análisis.

Cada adulto que reside en el Centro Poblado de Marian – Sector Cachipampa – Independencia – Huaraz y responde a los criterios de investigación.

Criterios de Inclusión:

- Adultos que viven más de 3 años en el Centro Poblado de Marian – Sector Cachipampa – Independencia – Huaraz.
- Adultos sanos.

- Adulto que tuvo disponibilidad de participar en la encuesta como informante sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

- Adulto que tuvo algún trastorno mental.
- Adulto que tuvo problemas de comunicación.

3.4. Definición y Operacionalización de variables.

DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONÓMICO

Sexo.

Definición Conceptual:

Conjunto de características biológicas de las personas en estudio que lo definen como hombres y mujeres (51).

Definición Operacional:

Escala nominal

- Masculino
- Femenino

Edad.

Definición Conceptual:

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el número de años cumplidos de la persona en el momento del estudio (52).

Definición Operacional:

Escala de razón:

- Adulto joven (20 a 40 años)
- Adulto maduro (40 a 64 años)
- Adulto mayor (65 en adelante)

Grado de Instrucción.**Definición Conceptual:**

Según Robert Glaser la instrucción es el proceso orientado a producir en forma deliberada cambios de comportamientos en los estudiantes bien creando nuevas respuestas o modificando las existentes de acuerdo a objetivos de instrucción (53).

Definición Operacional:

Escala Ordinal

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

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 (54).

Definición Operacional:

Escala de razón

- Menor de 750 soles
- De 751 a 1000
- De 1001 a 1400
- De 1401 a 1800
- De 1801 a más

Ocupación.**Definición Conceptual:**

La ocupación definida como aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente, se entiende que no todo lo que se hace son simples actos motores, ni todas las actividades constituyen una ocupación; también asumida como la actividad principal remunerativa del jefe de la familia (55, 56).

Definición Operacional:

Escala nominal

- Trabajador estable
- Eventual
- Sin ocupación
- Jubilado

DETERMINANTES RELACIONADOS CON EL ENTORNO FÍSICO**Tipo de 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 (57).

Definición Operacional:

Escala nominal

- Vivienda unifamiliar
- Vivienda multifamiliar
- Vecindad, quinta, choza, cabaña
- Local no destinado para habitación humana
- Otros

Tenencia de la vivienda.

- Alquiler
- Cuidador, alojado
- Plan social (de casa para vivir)
- Alquiler venta
- Propia

Material del piso.

- Tierra
- Entablado
- Loseta, vinílico
- Lámina asfáltica
- Parquet

Material del techo.

- Madera, estera
- Adobe
- Estera y adobe
- Material noble, ladrillo y cemento.
- Eternit

Material de las paredes.

- Madera
- Adobe
- Estera y adobe
- Material noble, ladrillo y cemento

N* de personas en dormitorio.

- 4 a más miembros
- 2 a más miembros
- Independiente

Abastecimiento de agua.

- Acequia
- Cisterna
- Pozo
- Red pública
- Conexión domiciliaria

Eliminación de excretas.

- Aire libre
- Acequia o canal
- Letrina
- Baño público
- Baño propio
- Otros

Combustible para cocinar.

- Gas, electricidad
- Leña, carbón
- Bosta
- Tuza (coronta de maíz)
- Carca de vaca

Tipo de alumbrado.

- Sin energía
- Lámpara (no eléctrica)
- Grupo electrógeno
- Energía eléctrica temporal
- Energía eléctrica permanente
- Vela

Disposición de la basura.

- A campo abierto
- Al río

- En un pozo
- Se entierra, quema, carro recolector

Con qué frecuencia recogen la basura

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

Suelen eliminar la basura en algún lugar

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

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual:

Formas de ser, tener, querer y actuar compartidas por un grupo significativo de personas (58).

Definición operacional:

Escala nominal

Hábito de fumar

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

Frecuencia de ingesta de bebida alcohólica

- Diario
- Tres veces por semana
- Una vez a la semana
- Una vez al mes
- Ocasionalmente
- No consumo

N* de horas que duerme

- De 6 a 8 horas.
- De 8 a 10 horas.
- De 10 a 12 horas

Frecuencia con que se baña

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

Realiza algún examen médico

Escala nominal

- Si ()
- No ()

Realiza alguna actividad física

- Caminar
- Deporte
- Gimnasia
- No realizo

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

- Caminar
- Gimnasia suave
- Juegos con poco esfuerzo

- Correr
- Deporte
- Ninguno

ALIMENTACIÓN

Definición Conceptual:

Son los factores alimentarios habituales adquiridos a lo largo de la vida y que influyen en la alimentación (59).

Definición Operacional:

Escala ordinal

Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos

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

DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Definición Conceptual:

Son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre persona, grupos e instituciones en contextos de complejidad (60).

Apoyo social natural

- Familiares
- Vecinos
- Amigos
- Compañeros espirituales.
- Compañeros de trabajo.
- No recibo.

Apoyo social organizado

- Organizaciones de ayuda al enfermo
- Seguridad social
- Empresa para la que trabaja
- Instituciones de acogida
- Organizaciones de voluntariado
- No recibo

Apoyo de algunas organizaciones

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

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) (61).

Indique en que institución de salud se atendió:

- Hospital
- Centro de salud
- Puesto de salud
- Clínicas particulares
- 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

Tiempo de espera en la atención

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

Calidad de atención recibida

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

Pandillaje cerca de su vivienda

Escala nominal

Si () No ()

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Técnicas.

En el presente trabajo de investigación se utilizó la entrevista y la observación para la aplicación del instrumento.

Instrumento.

En el presente trabajo de investigación se utilizó un instrumento para la recolección de datos que se detallan a continuación.

Instrumento N° 01

El instrumento utilizado fue el Cuestionario sobre los determinantes de salud en adultos elaborado por la Dra. Vílchez Reyes Adriana; que está constituido por 35 ítems distribuidos en 3 partes de la siguiente manera (ANEXO 01).

- Datos de identificación, donde se obtiene las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Los determinantes de salud biosocioeconómico (sexo, edad, grado de instrucción, ingreso económico, condición de la ocupación), en adultos del Centro Poblado de Marian – Sector Cachipampa – Independencia – Huaraz.
- Los determinantes relacionados con el entorno físico (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental), en adultos del Centro Poblado de Marian – Sector Cachipampa – Independencia – Huaraz.
- Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (tabaquismo, alcoholismo, actividad física). Alimentos que consumen las personas, en adultos del Centro Poblado de Marian – Sector Cachipampa – Independencia – Huaraz.
- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social, en adultos del Centro Poblado de Marian – Sector Cachipampa – Independencia – Huaraz.

Control de Calidad de los datos:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

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

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en las personas adultas (Ver anexo N° 02).

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

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

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

Dónde:

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 (62).

Confiabilidad interevaluador

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

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (63) (Ver anexo N° 03).

3.6. Procesamiento y Análisis de Datos:

Procesamiento de recolección de datos:

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

- Se informó y se pidió el consentimiento de los adultos del dicho sector, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con los adultos con disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.

- Se procedió a aplicar el instrumento a cada adulto
- Se realizó la lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos a cada adulto.
- El instrumento fue aplicado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa por cada adulto.

Análisis y Procesamiento de los datos:

Los datos fueron ingresados al programa Microsoft Excel para luego ser exportados a una base de datos en el software PASW Statistics, versión 20, para su respectivo procesamiento. Para el análisis de los datos se construyeron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales, así como sus respectivos gráficos.

3.7. Matriz de consistencia:

TITULO	ENUNCIADO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METODOL OGÍA
Determina ntes de salud en adultos del Centro Poblado de Marian - Sector Cachipampa Independencia - Independencia-	¿Cuáles son los determinantes de salud en adultos del Centro Poblado de Marian - Sector Cachipampa - Independencia - Huaraz, 2015?	Describir los determinantes de salud en adultos del Centro Poblado de Marian - Sector Cachipampa - Independencia - Huaraz.	Identificar los determinantes de salud biosocioeconómicos (edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental), en adultos del Sector Cachipampa.	Tipo y nivel: Cuantitativo, descriptivo. Diseño: De una sola casilla. Técnicas: Entrevista y observación.

Huaraz, 2015			<p>Identificar los determinantes de los estilos de vida: alimentos que consumen las personas, hábitos personales (tabaquismo, alcoholismo, actividad física), en adultos del Sector Cachipampa.</p> <p>Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: acceso a los servicios de salud para las personas y su impacto en la salud, apoyo social en adultos del Sector Cachipampa.</p>
-----------------	--	--	---

3.8. Principios éticos:

En toda investigación que se va a llevar a cabo, el investigador previamente deberá valorar los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles (64).

Anonimato.

Se aplicó el cuestionario indicándoles a los adultos que la investigación será anónima y que la información obtenida será solo para fines de la investigación.

Privacidad.

Toda información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto respetando la intimidad de los adultos siendo útil solo para fines de la investigación.

Honestidad.

Se informó a los adultos del Centro Poblado de Marian – Sector Cachipampa – Independencia – Huaraz los fines de la investigación, cuyos resultados se encuentran plasmados en el presente estudio.

Consentimiento.

Solo se trabajó con los adultos del Centro Poblado de Marian – Sector Cachipampa – Independencia – Huaraz que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 04).

IV. RESULTADOS:

4.1. Resultados:

4.1.1. DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONOMICOS

TABLA 1

DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICO EN ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN - SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2015.

Sexo	N	%
Masculino	97	53,9
Femenino	83	46,1
Total	180	100,0
Edad	N	%
Adulto joven (20 a 40 años)	55	30,6
Adulto maduro (40 a 64 años)	87	48,3
Adulto mayor (65 en adelante)	38	21,1
Total	180	100,0
Grado de instrucción	N	%
Sin nivel	28	15,6
Inicial/primaria	60	33,3
Secundaria completa / secundaria incompleta	88	48,9
Superior universitaria	4	2,2
Superior no universitaria	0	0,0
Total	180	100,0
Ingreso económico	N	%
menor de 750	177	98,3
De 751 a 1000	2	1,1
De 1001 a 1400	0	0,0
De 1401 a 1800	1	0,6
De 1801 a mas	0	0,0
Total	180	100,0
Ocupación	N	%
Trabajador estable	34	18,9
Eventual	74	41,1
Sin Ocupación	61	33,9
Jubilado	11	6,1
Total	180	100,0

Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

TABLA 2

*DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FÍSICO EN
ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN - SECTOR CACHIPAMPA –
INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2015.*

Tipo de vivienda	N	%
Unifamiliar	132	73,3
Multifamiliar	48	26,7
Vecindad, quinta, choza, cabaña	0	0,0
Local no destinado para habitación humana	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	180	100,0
Tenencia	N	%
Alquiler	1	0,6
Cuidar /Alojado	3	1,7
Plan social (de casa para vivir)	1	0,6
Alquiler / venta	0	0,0
Propia	175	97,2
Total	180	100,0
Material del piso	N	%
Tierra	143	79,4
Entablado	14	7,8
Loseta, Vinílico	0	0,0
Laminas asfálticas	19	10,6
Parquet	4	2,2
Total	180	100,0
Material del techo	N	%
Madera, estera	0	0,0
Adobe	3	1,7
Estera y adobe	3	1,7
Material Noble , Ladrillo, cemento	26	14,4
Eternit	148	82,2
Total	180	100,0
Material de las paredes	N	%
Madera	0	0,0
Adobe	154	85,6
Estera y adobe	0	0,0
Material noble, ladrillo, cemento	26	14,4
Total	180	100,0

Continúa.....

N* de personas en dormitorio	N	%
4 a más miembros	25	14,0
2 a más miembros	100	55,5
Independiente	55	30,5
Total	180	100,0
Abastecimiento de agua	N	%
Acequia	0	0,0
Cisterna	0	0,0
Pozo	0	0,0
Red publica	0	0,0
Conexión domiciliaria	180	100,0
Total	180	100,0
Eliminación de excretas	N	%
Aire libre	0	0,0
Acequia ,canal	35	19,4
Letrina	145	80,6
Baño Publico	0	0,0
Baño Propio	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	180	100,0
Combustible para cocinar	N	%
Gas, Electricidad	36	20,0
Leña, Carbón	144	80,0
Bosta	0	0,0
Tuza (coronta de maíz)	0	0,0
Carca de vaca	0	0,0
Total	180	100,0
Tipo de alumbrado	N	%
Sin energía	0	0,0
Lámpara (no eléctrica)	0	0,0
Grupo electrógeno	0	0,0
Energía eléctrica temporal	0	0,0
Energía eléctrica permanente	180	100,0
Vela	0	0,0
Total	180	100,0
Disposición de basura	N	%
A campo Abierto	67	37,2
Al río	0	0,0
En un pozo	32	17,8
Se entierra, quema, carro recolector	81	45,0
Total	180	100,0

Continúa.....

¿Con que frecuencia pasan recogiendo la basura por su casa?	N	%
Diariamente	0	0,0
Todas las semanas pero no diariamente	0	0,0
Al menos 2 veces por semana	0	0,0
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	180	100,0
Total	180	100,0

¿Suelen eliminar la basura en alguno de los siguientes lugares?	N	%
Carro recolector	0	0,0
Montículo o Campo Limpio	89	49,4
Contenedor específico de recogida	0	0,0
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,0
Otros	91	50,6
Total	180	100,0

Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

4.1.2. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 3

DETERMINANTES DE SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN - SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA, HUARAZ - 2015.

¿Actualmente fuma?	N	%
Si fumo, diariamente	0	0,0
Si fumo, pero no diariamente	6	3,3
No fumo actualmente, pero he fumado antes	0	0,0
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	174	96,7
Total	180	100,0
¿Frecuencia con que ingieren bebidas alcohólicas?	N	%
Diario	0	0,0
Dos a tres veces por semana	0	0,0
Una vez a la semana	5	2,8
Una vez al mes	16	8,9
Ocasionalmente	148	82,2
No consumo	11	6,1
Total	180	100,0
Número de horas que duerme	N	%
De 6 a 8 horas	115	63,9
De 8 a 10 horas	65	36,1
De 10 a 12 horas	0	0,0
Total	180	100,0
¿Frecuencia con la que se baña?	N	%
Diariamente	0	0,0
4 veces a la semana	180	100,0
No se Baña	0	0,0
Total	180	100,0
Realiza algún examen médico	N	%
Si	45	25,0
No	135	75,0
Total	180	100,0

Continúa.....

Realiza alguna actividad física	N	%
Caminar	147	81,7
Deporte	26	14,4
Gimnasio	0	0,0
No realizo	7	3,9
Total	180	100,0

Actividad física en estas dos últimas semanas durante más de 20 minutos	N	%
Caminar	134	74,4
Gimnasia Suave	0	0,0
Juego con poco esfuerzo	0	0,0
Correr	28	15,6
Deporte	18	10,0
Ninguno	0	0,0
Total	180	100,0

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Frutas	0	0	88	48,9	92	51,1	0	0	0	0	180	100
Carne	0	0	53	29,4	127	70,6	0	0	0	0	180	100
Huevos	0	0	121	67,2	44	24,4	15	8,3	0	0	180	100
Pescado	0	0	0	0	32	17,8	148	82,2	0	0	180	100
Fideos	0	0	180	100	0	0	0	0	0	0	180	100
Pan, cereales	148	82,2	32	17,8	0	0	0	0	0	0	180	100
Verduras y hortalizas	149	82,8	31	17,2	0	0	0	0	0	0	180	100
Otros	0	0	0	0	180	100	0	0	0	0	180	100

Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

4.1.3. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 4

DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN - SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2015.

Indique en que Institución de salud se atendió	N	%
Hospital	46	25,6
Centro de salud	4	2,2
Puesto de salud	106	58,9
Clínicas Particulares	23	12,8
Otros	1	0,6
Total	180	100,0
Considera usted que el lugar donde lo (la) atendieron esta:	N	%
Muy cerca de su casa	2	1,1
Regular	106	58,9
Lejos	72	40,4
Muy lejos de su casa	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total	180	100,0
Tipo de seguro	N	%
ESSALUD	0	0,0
SIS-MINSA	156	86,7
Sanidad	0	0,0
Otros	24	13,3
Total	180	100,0
El tiempo que espero para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	N	%
Muy largo	0	0,0
Largo	61	34,0
Regular	71	39,4
Corto	47	26,1
Muy corto	0	0,0
No sabe	1	0,5
Total	180	100,0

Continúa.....

Calidad de Atención que recibió	N	%
Muy buena	0	0,0
Buena	95	52,8
Regular	54	30,0
Mala	31	17,2
Muy mala	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total	180	100,0

Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda	N	%
Si	0	0,0
No	180	100,0
Total	180	100,0

Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

TABLA 5

DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN - SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2015.

Apoyo social natural	N	%
Familiares	112	62,2
Vecinos	0	0,0
Amigos	0	0,0
Compañeros espirituales	0	0,0
Compañeros de trabajo	0	0,0
No recibo	68	37,8
Total	180	100,0
Apoyo social Organizado	N	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0,0
Seguridad social	0	0,0
Empresa para la que trabaja	1	0,6
Institución de acogida	0	0,0
Organización de voluntariado	36	20,0
No recibo	143	79,4
Total	180	100,0

Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vélchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

TABLA 6

DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL DE LAS ORGANIZACIONES EN ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN - SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2015.

Apoyo social de las organizaciones	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Pensión 65	38	21,1	142	78,9	180	100,0
Comedor popular	0	0,0	180	100,0	180	100,0
Vaso de Leche	12	6,7	168	93,3	180	100,0
Otros	130	72,2	50	27,8	180	100,0

Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

4.2. Análisis de Resultados:

TABLA 1

Se muestra los determinantes de salud biosocioeconómicos en adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia - Huaraz, el 53 % (97) son de sexo masculino, 48 % (87) comprenden una edad entre 40 a 64 años, 48 % (88) tienen grado de instrucción secundaria completa/secundaria incompleta, 98 % (177) perciben ingreso económico menor de 750 soles mensuales y 41 % (74) tienen ocupación eventual.

La presente investigación es similar a la de Beltran J, (65). En su estudio titulado: “Determinantes de la Salud en Adultos con Hipertensión Arterial. Asentamiento Humano Bello Horizonte – Lima, 2015”. Se muestra que 75 % (60) son adultos maduros, 62,5 % (50) son de sexo masculino, 97,5 % (78) tienen ingreso económico menor de 750 soles, 53,7 % (43) trabajan eventual, pero es diferente en el grado de instrucción donde 56,2 % (45) tienen grado de instrucción primaria.

Se encontró otros estudios de investigación similares como el de López F, (66). En su estudio: “Determinantes de Salud de los Adultos del Barrio de Huracán – Huari – Ancash, 2015”. Donde concluye que 63,1 % (82) son adultos maduros, 44,6 % (58) tienen grado de instrucción secundaria completa/incompleta, 66,2 % (86) realizan trabajos eventuales, 43,8 % (57) tienen ingreso económico menor de 750 soles; pero es diferente en la variable sexo donde 53,8 % (70) son de sexo femenino.

Similar estudio es el de Vega D, (67). En su investigación: “Determinantes de la Salud en Adultos del Asentamiento Humano Tres Estrellas Chimbote, 2017”.

Donde evidencia que 79 % (79) tienen grado de instrucción secundaria completa/secundaria incompleta, 73 % (73) tienen ingreso económico menor de 750 soles y 70 % (70) presenta trabajo eventual, pero es diferente en la variable sexo donde 51 % (51) son de sexo femenino.

Los resultados de la presente investigación son diferentes al estudio obtenido por Rojas S, (68). “Determinantes de la Salud en Adultos Jóvenes de la Escuela Profesional de Psicología IV Ciclo. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015”. Donde 100 % (70) tienen grado de instrucción superior incompleta, 32,9 % (23) tienen ingreso económico de 751 a 1000 soles, 80 % (56) la ocupación del jefe de familia es estable; pero es similar en la variable sexo donde 55,7 % (39) son de sexo masculino.

Inga O, (69). Presenta resultados diferentes en su tesis: “Determinantes de la Salud en Estudiantes del Primer Ciclo de Enfermería – ULADECH – Chimbote, Perú 2015”. Donde obtuvo que 94,1 % (128) son de sexo femenino, 100 % (136) son adultos jóvenes, 69,1 % (94) de los jefes de familia tienen trabajo estable, pero es similar en el ingreso económico donde 47,6 % (64) tienen ingreso económico menor de 750 soles.

Otra investigación diferente es la de Miranda K, (70). En su investigación titulado: “Determinantes de Salud de los Adultos del Centro Poblado Mashuan – Huaraz, 2015”. Encontró que 53 % (57) son de sexo femenino, 40 % (43) comprenden una edad entre 20 a 40 años, 45 % (49) tienen ingreso económico 751 a 1000 soles y 46 % (50) trabajo estable, pero es similar en el grado de instrucción donde 53 % (57) grado de instrucción secundaria completa e incompleta.

Dentro de las variables estudiadas está el sexo que es el conjunto de características biológicas que diferencian al hombre de la mujer y que al complementarse tienen la posibilidad de la reproducción. Estas características biológicas no se refieren sólo a los

órganos sexuales, sino también a diferencias en el funcionamiento de nuestros cuerpos (71).

Otro autor define al sexo como una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre. La diferencia entre ambos es fácilmente reconocible y se encuentra en los genitales, el aparato reproductor y otras diferencias corporales. Sexo es una variable meramente física, producida biológicamente, tiene dos categorías, el hombre o la mujer (72).

Continuando la siguiente variable es la edad que es la etapa que comienza desde el nacimiento y toda las etapas que pasa hasta la madurez del adulto llega a la cúspide cuando se es padre o madre, hijo y/o abuelo; es ahí cuando se adquiere la responsabilidad para asumir múltiples roles de manera simultánea dirigidas a lograr un estado óptimo de salud y bienestar (73).

Edad, con origen en el latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo, la adultez hace referencia a un organismo con una edad tal que ha alcanzado la capacidad de reproducirse. En el contexto humano el término tiene otras connotaciones asociadas a aspectos sociales y legales. La adultez puede ser definida en términos fisiológicos, psicológicos, legales, de carácter personal, o de posición social dentro del entorno (74).

Referente al grado de instrucción representa a los años de estudio concluidos sean escolares y superiores para así ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que permitirá un mejor desenvolvimiento y mejora tanto en ámbitos individuales como colectivos por lo tanto la persona no puede demostrar sus capacidades cognitivas, conceptuales, latitudinales, procedimentales (75).

Grado de instrucción, dentro del ambiente educativo, puede ser de educación formal o informal, impartida en un círculo familiar o en una escuela, colegio o

universidad, puede ocurrir en un ambiente laboral o en una situación cotidiana entre dos amigos, puede incluso tener lugar en espacios jerárquicos o simplemente tener lugar de manera improvisada (76).

El ingreso económico es aquel constituido por los ingresos del trabajo asalariado (monetarios y en especie), del trabajo independiente (incluidos 45 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 (77).

Los ingresos económicos también son ganancias que ingresan al conjunto total del presupuesto de una entidad ya sea pública o privada, individual o grupal. En general, los ingresos son los elementos tanto monetarios como no monetarios que se acumulan y generan como consecuencia un círculo de ganancia y consumo (77).

Ocupación o clase de trabajo que efectúa una persona ocupada durante el periodo de referencia adoptado, independiente a la rama económica a la que pertenezca a la categoría de empleo que tenga también se define como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la Posición en el Trabajo (78).

Ocupación como un aspecto esencial en la vida de las personas, no solo es su fuente de sustento y desarrollo económico, sino también, una posibilidad de expresión de talento y capacidad creativa. En el transcurso de la vida laboral, toca vivir experiencias que generan satisfacción, la sensación de sentirse reconocido y justamente recompensado; también, frustración, inequidad, falta de sentido (79).

Más de la mitad de los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa, son de sexo masculino, es importante mencionar que dentro de este grupo de adultos

hay mayor mortalidad de las mujeres debido a patologías como cáncer de estómago, artritis reumatoide, infecciones respiratorias agudas bajas; que se agrava por falta de una cultura de prevención, una economía escasa que impide al adulto costear exámenes o ecografías, etc, además todavía en esta zona se continua obteniendo mayores nacimientos de sexo femenino.

Algo que apoya lo mencionado en el párrafo anterior son los datos de mortalidad en Ancash donde el 16 % se concentra en el sexo masculino con una de las primeras causas de muerte por Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado; mientras que en las mujeres la segunda causa corresponde a las muertes por enfermedades hipertensivas (80).

Con relación a la edad menos de la mitad son adultos maduros, esto se debe a que los adultos jóvenes han migrado a la ciudad de Huaraz que se encuentra a 40 minutos en combi, con planes de estudiar, trabajar y establecerse, porque en la zona de vivienda no hay colegios o instituciones de educación superior, tan solo trabajos de agricultura. Actualmente los jóvenes estudian en la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo (UNASAM) de la ciudad de Huaraz, en las carreras profesionales de contabilidad, ingeniería, entre otras; así mismo están viviendo en cuartos alquilados trabajando provisionalmente para poder solventar sus gastos económicos.

Se afirma actualmente que el estudio de los movimientos migratorios son datos valiosos para comprender mejor los cambios sociales y económicos que se dan en el lugar de origen y en el de destino del migrante. Otra consecuencia de la migración afecta la dinámica de crecimiento por edad y sexo de la población (80).

En cuanto al grado de instrucción de los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa, menos de la mitad de los adultos, principalmente los varones son los que han alcanzado mayor grado de instrucción como el de secundaria completa, en

cambio las mujeres adultas apenas si saben leer, incluso existe un grupo de mujeres analfabetas, que no han logrado estudiar porque sus padres se lo impidieron justificando que las mujeres solo servían para estar en la casa, otro factor fue la maternidad precoz, también es necesario mencionar que en ese Sector no hay colegios de nivel primario ni secundario, tan solo un PRONOEI (Programa no Escolarizado de Educación Inicial) para niños de 2 a 6 años de edad, tampoco existen institutos ni universidades lo que dificulta que los pobladores de la zona se esmeren en continuar estudiando.

En la actualidad el analfabetismo como una condición de exclusión limitando el acceso al conocimiento y el ejercicio pleno de la ciudadanía. En Ancash encontramos 90,482 personas de 15 y más años de edad que no saben leer ni escribir, lo que equivale a 12,4 %. En el caso de las mujeres las tasas de analfabetismo son más altas (18,6 %), en paralelo al de los hombres (6,1 %) (80).

Con relación al ingreso económico que perciben los adultos, casi todos perciben menos de 750 soles mensuales, en el caso de los varones que trabajan como choferes perciben un sueldo de 700 soles mensuales pues se les considera más estables laboralmente; otros varones que se desempeñan como albañil o ayudantes en construcción de viviendas trabajan de manera eventual por un tiempo variable de 15 días o incluso 1 mes, del cual cobran un aproximado de 40 soles por día; también ganan dinero de la venta de su producción agrícola como es el maíz, la papa, cebada, trigo, obteniendo 4 sacos en promedio el cual venden a 150 soles cada saco.

Por la venta de ganado como las vacas, ovejas, cerdos, ganan 500 soles por cada animal y dependiendo del tamaño; además la miel que sacan de sus criaderos de abeja la comercializan en los mercados de la ciudad de Huaraz ofreciendo a 15 soles cada envase; el dinero es utilizado para la compra de algunos alimentos de primera

necesidad como fideos, arroz, aceite, menestras, el sobrante es usado para la vestimenta, útiles escolares y pasaje para sus hijos cuando acuden a sus colegios ubicados en la ciudad.

Según datos de INEI, con base en la Encuesta Nacional de Hogares, el ingreso promedio mensual por trabajo en el 2016 se ubicó en S/ 1,366.1. Asimismo, el ingreso de los hombres fue de S/ 1551,3 soles y de las mujeres S/ 1095,4 soles, lo que representó el 70,6% del ingreso de los hombres (81).

En cuanto a la ocupación menos de la mitad de los adultos tienen ocupaciones eventuales, comentan que por el hecho de no haber culminado sus estudios secundarios son rechazados en diversas instituciones a donde acuden a pedir trabajo; entonces los varones trabajan como choferes de la línea 15, que consiste en conducir una combi transportando pasajeros de su comunidad a la ciudad en los horarios de 6 am a 8 pm y son ellos los que tienen ocupación estable; otra ocupación pero eventual es la de albañil el cual es un trabajo rudo ejecutando edificaciones de viviendas ya sea de material de ladrillo o de adobe (material elaborado con la unión de tierra común con pedazos del tallo seco de la planta de trigo, amasado dándole forma rectangular); también se dedican a la producción agrícola del maíz, cebada, trigo, papa, comercio de ganado como las vacas, ovejas, cerdos en número reducido, la comercialización de miel en donde algunas familias tienen criaderos de abeja.

Las mujeres en su mayoría son amas de casa dedicadas al cuidado de sus hijos, preparación de la comida, cultivar pequeños huertos con verduras de uso diario como son la cebolla, la lechuga, zanahoria; hierbas aromáticas como la manzanilla, menta, orégano que las señoras luego las llevan y los venden en los mercados de la ciudad de Huaraz; también se ocupan de la crianza de pequeños animales como los cuyes, gallinas que le sirve a la familia para alimentarse y de vez en cuando vender algunas.

Según el Análisis de Situación de Salud de Ancash 2014, la PEA ocupada del departamento de Ancash está compuesta por 83,648 que representa el 24.3%, una tercera parte, es decir, 143,457 por trabajadores independientes (41,7%); 79, 862 obreros (23,2%); 6, 920 trabajadores del hogar (2,0%); 23,684 personas trabajadores familiares no remunerados (6.9%) y por 6,263 patronos o empleadores (1.8%) (80).

En conclusión acerca de los determinantes biosocioeconomicos en adultos del Centro Poblado de Marian - Sector Cachipampa, debido al bajo nivel educativo de los adultos no pueden acceder a empleos estables tan solo eventuales y por lo mismo no les garantiza una seguridad económica, que logre satisfacer los requerimientos básicos en una familia o costear gastos de consulta y medicamentos para enfermedades que padecen los adultos.

TABLA 2

En los determinantes de salud relacionados al entorno físico en adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia - Huaraz, el 73,3 % (132) tienen viviendas unifamiliares, 97,2 % (175) cuentan con vivienda propia, 79,4 % (143) presentan piso de tierra, 82,2 % (148) de las casas se protegen con techos de eternit, 85,6 % (154) tienen paredes de adobe, 55,5 % (100) duermen 2 a más personas por dormitorio, 100 % (180) se abastecen de agua por conexión domiciliaria, 80,6 % (145) tienen letrina, 80 % (144) cocinan con leña, 100 % (180) cuentan con energía eléctrica permanente, 45 % (81) disponen la basura enterrándola o quemándola, 100 % (180) refieren el paso del carro recolector 1 vez al mes pero no todas las semanas, 50,6 % (91) eliminan la basura en otros lugares.

Los resultados de la presente investigación se asemejan a los de Huerta M, (82). En su estudio: “Determinantes de Salud en Adultos Sanos del Asentamiento Humano

Ida Terry – Carhuaz – Ancash, 2015”. Donde 80 % (167) tienen casa propia, 69 % (144) piso tierra, 85 % (176) techo de eternit, 80 % (168) pared de adobe, 57 % (116) comparten 2 a más miembros el dormitorio, 99 % (206) tiene agua de conexión domiciliaria, 50 % (105) cocinan con leña, carbón, 98 % (204) tienen energía eléctrica permanente, 97 % (202) la frecuencia con que recogen la basura al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas, 61 % (127) suelen eliminar la basura en otros lugares; pero es diferente en el tipo de vivienda donde 63 % (132) tienen viviendas multifamiliar, también en la eliminación de excretas donde 96 % (200) tienen baño propio, también es diferente en la disposición de basura donde 71 % (149) eliminan la basura al río.

Otra investigación semejante es el de Loayza G, (83). “Determinantes de Salud de los Adultos del Centro Poblado de Collón – Sector Cochanpampa – Tarica, 2015”. Donde 97 % (131) cuentan con vivienda unifamiliar, 100 % (135) tienen casa propia, 100 % (135) tienen piso de tierra, 100 % (135) tienen como techo eternit, 100 % (135) de las viviendas tienen paredes de adobe, 57,8 % (78) refieren que duermen 2 a 3 miembros en una habitación, 100 % (135) tiene conexión de agua domiciliaria, 75,6 % (102) utilizan leña, carbón para cocinar, 100 % (135) cuentan con energía eléctrica permanente, así mismo 54,1 % (73) entierran, queman 100 % (135) refieren que recogen la basura al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas; pero es diferente en la eliminación de excretas donde 100 % (135) cuentan con baño propio, también en la eliminación de la basura donde 54,1 % (73) eliminan la basura a montículo o campo limpio.

Semejante investigación es el de Felix L, (84). “Determinantes de Salud de los Adultos del Centro Poblado Chinchil – Marañón – Huánuco, 2015”. Concluyendo que 68 % (83) tienen viviendas unifamiliares, 99,2 % (121) tienen casa propia, 100 % (122) piso de tierra, 100 % (122) techo de eternit, 100 % (122) paredes de adobe, 45,9 %

(56) comparten 2 a más miembros el dormitorio, 100 % (122) tiene agua de conexión domiciliaria, 95,9 % (117) tienen letrina, 100 % (122) cocinan con leña, 100 % (122) tienen energía eléctrica permanente, 100 % (122) refiere que el carro recolector de basura pasa por su casa 1 vez al mes pero no todas las semanas; pero es diferente en la variable disposición de basura donde 54,9 % (67) disponen la basura a campo abierto, también es diferente en la eliminación de la basura donde 58,2 % (71) suelen eliminar la basura montículo o campo limpio.

Sin embargo existen estudios con resultados opuestos como el de Valdez N, (85). “Determinantes de la Salud en Adultos Mayores con Hipertensión. Anexo La Capilla – Samanco, 2017”. Donde concluye que 88,7 % (71) tiene vivienda multifamiliar, 53,7 % (43) techo de ladrillo y cemento, 63,7 % (51) paredes de ladrillo y cemento, 78,7 % (63) duermen independiente, 100 % (80) se abastecen de agua por red pública, 56,2 % (45) tienen baño propio, 73,7 % (59) usa gas, electricidad para cocinar, 80 % (64) tiene energía eléctrica permanente, 91,2 % (73) disponen de la basura enterrando, quemando, carro recolector, 100 % (80) refiere que la frecuencia que pasa el carro recolector por su casa es de al menos 2 veces por semana, 91,2 % (73) eliminan su basura en carro recolector; pero es similar en la variable tenencia de vivienda donde 53,7 % (43) tenencia propia, también es similar en material de piso donde 87,5 % (70) tiene piso de tierra.

Diferentes resultados son presentados por Peña Y, (86). En su tesis: “Determinantes de la Salud en el Adulto Mayor. Pueblo Joven Miraflores Bajo – Chimbote, 2016”. Donde obtuvo que 41,3 % material del piso entablado, 55,3 % material del techo es de ladrillo y cemento, 55,3 % material de las paredes es de ladrillo y cemento, 55,3 % duermen de 4 a más miembros en una habitación, 100 % cuentan con red pública, 100 % cuentan con baño propio, 100 % utilizan gas, 100 % cuentan

con energía eléctrica permanente, 100 % su disposición de basura se entierra, quema, carro recolector, 55,3 % la frecuencia que pasa el carro recolector de basura es todas las semana pero no diariamente, por ultimo 48,6 % suele eliminar su basura en carro recolector; pero es similar en la variable tipo de vivienda donde 73,3 % tipo de vivienda unifamiliar, también es semejante en tenencia donde 73,3 % tenencia propia.

También difiere con la investigación de Espinola J, (87). “Determinantes de la Salud del Adulto Mayor. Asociación Mutual de Sub Oficiales Retirados de la PNP – Trujillo, 2015”. Donde el 100 % (170) cuenta con piso de vinílico, 94,1 % (160) tiene techo de ladrillo y cemento, 100 % (170) material de paredes el ladrillo y cemento, 70,6 % (120) duermen en habitaciones independientes, 100 % (170) abastecimiento de agua a través de conexión domiciliaria, 100 % (170) cuentan con baño propio, 100 % (170) utilizan el gas como combustible para cocinar, el 100 % (170) cuentan con energía eléctrica permanente, 100 % (170) deshecha la basura a través del carro recolector, 87,6 % (149) frecuencia que pasa el carro recolector por su casa es diariamente, finalmente 100 % (170) eliminan la basura en el carro recolector; pero es similar en la variable tipo de vivienda donde 88,2 % (150) habitan una vivienda unifamiliar, también es similar en tenencia donde 91,2 % (155) de adultos poseen casa propia.

Dentro de las variables está la vivienda que es una edificación también denominado apartamento, aposento, casa, domicilio, estancia, hogar, mansión, morada; un espacio cubierto y cerrado que sirve como para quienes la habitan encuentren en ellas un lugar para protegerse de las condiciones climáticas, desarrollar actividades cotidianas, guardar sus pertenencias y tener intimidad (88).

La vivienda unifamiliar se describe como un agrupamiento compuesto por el padre, la madre y los hijos tenidos en común, todos bajo el mismo techo que ocupan

la misma casa, en cambio la familia extensa incluye al resto de parientes y a varias generaciones en estrecha relación afectiva y de convivencia; estas son habitadas por una sola familia o persona y que suelen tener uno o dos pisos (88).

La Vivienda según expertos internacionales significa disponer de un espacio privado, suficiente, accesible, seguridad de tenencia, estabilidad y durabilidad estructural, iluminación, ventilación, una infraestructura básica adecuada que incluya servicios de abastecimiento de agua, saneamiento y eliminación de desechos, factores apropiados de calidad del medio ambiente, con la salud, todo ello a un costo razonable (89).

Tenencia de vivienda se refiere a la forma de posesión del espacio de la vivienda que ocupa el hogar, son los casos en que uno o más miembros del hogar pagan en forma periódica (semanal, mensual, anual, etc.) al propietario o a un tercero, cierta suma de dinero, por el derecho de habitar en esa vivienda o cuando la vivienda pertenece a alguno de los miembros del hogar (90).

Una vivienda es una edificación o unidad de edificación, construida, adaptada o convertida para ser habitada por una o más personas en forma permanente o temporal. Debe tener acceso directo e independiente desde la calle o a través de espacios de uso común para circulación como pasillos, patios o escaleras (91).

Material del piso de la vivienda, se refiere al material de construcción de la mayor parte de los pisos de las habitaciones de la vivienda, como: tierra, cemento; losetas, terrazos, cerámicos o similares; parquet o madera pulida; madera (poma, tornillo, etc.); laminas asfálticas, vinílicos o similares u otro material (92).

El piso es un concepto con múltiples usos. Puede tratarse del suelo o pavimento, que supone la base de una estructura (como una casa u otro tipo de construcción). El piso construida o adaptada para caminar encima de ella, particularmente dentro de las

casas y los edificios: piso de tierra, piso de madera y piso de material sólido o cemento (93).

Material del techo que cubre las vigas y proporciona una superficie para la fijación de techos, tales como las tejas de madera o el techado de acero. Los constructores utilizan numerosos materiales para la cubierta del techo. Cada uno de estos materiales tiene sus propias técnicas de instalación. La instalación apropiada proporciona un techo seguro que soportará fuertes vientos y otros fenómenos meteorológicos (94).

El techo es la parte más esencial de una casa (una casa sin techo no puede ser considerada casa). Este es la parte que más cuesta, por el área y orientación es la parte más expuesta a los elementos y es la responsable principal del confort interior y de los daños ocasionados durante terremotos y huracanes. Un techo durable bien diseñado puede compensar una gran cantidad de problemas que podrían surgir en otras partes de la edificación (95).

Las paredes de las habitaciones deben ser lisas, sin grietas, para evitar el ingreso de ratas, pulgas, garrapatas y otros animales que pueden transmitir enfermedades, cualquiera sea el material que se emplea para la construcción, la vivienda debe contar con estructuras firmes y seguras, así también deben ser compactos, impermeables y de fácil limpieza (96).

Una pared puede construirse con diversos materiales, actualmente los materiales más empleados son el ladrillo y el cartón yeso, menos frecuentes la madera y sus derivados. En determinadas zonas del planeta aún siguen empleándose técnicas ancestrales como las paredes de piedra, adobe o tapial. En climas más benignos, las paredes pueden elaborarse con materiales más ligeros, o estar conformadas por todo tipo de plantas (como la caña de bambú) (97).

La habitación son aquellos espacios que el hogar utiliza como sala o comedor y aquellos que utiliza para dormir, trabajar o almacenar enseres o materiales para uso del hogar, etc. No se cuentan el baño, ni la cocina, ni el garaje cuando estos cumplan con la función exclusiva para la cual están diseñados (cocinar o guardar carros) (98).

La distribución de las habitaciones en la vivienda debe garantizar la intimidad, independencia y convivencia sana. Debe tener los espacios separados según la actividad que se realiza en cada uno de los ambientes, como los dormitorios usados principalmente para pernoctar y descansar después de las actividades cotidianas (99).

Un sistema de abastecimiento de agua es el formado por una o varias fuentes de alimentación de agua, uno o varios sistemas de impulsión, y una red general de distribución a las distintas instalaciones que alimenta, destinado a asegurar, para uno o varios sistemas específicos de extinción de incendios, el caudal y la presión de agua necesarios durante el tiempo de autonomía requerido, todo ello de acuerdo con lo especificado en la norma UNE (100).

Se denomina agua potable o agua para consumo humano, al agua que puede ser consumida sin restricción debido a que, gracias a un proceso de purificación, no representa un riesgo para la salud. El término se aplica al agua que cumple con las normas de calidad promulgadas por las autoridades locales e internacionales. Además, proporciona información referente a desarrollo humano cuando se asocia a otros indicadores (101).

La eliminación de excretas son las soluciones para confinar y tratar las heces fecales de manera que no ocasionen contaminación ambiental ni riesgos a la salud humana. Las excretas son un desecho sólido que tiene la potencial generar graves problemas de salud si no se elimina correctamente; la eliminación inadecuada de las heces contamina el suelo y las fuentes de agua (102).

Una correcta eliminación de excretas se refiere únicamente a las viviendas que cuentan con sistemas de recolección y evacuación de excrementos humanos y aguas servidas que son arrastrados por corrientes de agua (alcantarillado o pozos con o sin tratamiento); incluye a las viviendas que disponen de otros medios sanitarios para la eliminación de excretas como las letrinas (102).

El combustible para cocinar es una materia en la cual la madera, los residuos de cosechas, el carbón y el estiércol son los combustibles más usados para cocinar. Sin embargo, al arder todos estos combustibles producen contaminación y problemas respiratorios. Además, el carbón y la leña son escasos en ciertos lugares (103).

El combustible es cualquier material capaz de liberar energía cuando se oxida de forma violenta con desprendimiento de calor poco a poco. Supone la liberación de una energía de su forma potencial (energía de enlace) a una forma utilizable sea directamente (energía térmica) o energía mecánica (motores térmicos) dejando como residuo calor (energía térmica), dióxido de carbono y algún otro compuesto químico (103).

El alumbrado eléctrico es un sistema de iluminación tanto para las viviendas, empresas, como para las calles de las ciudades y es producida por diferentes procesos de radiación de energía. Alumbrado podremos referir a la serie de luces o al sistema especialmente destinado para aportarle iluminación a un espacio, o sea que cuando se expresa la palabra alumbrado respecto de tal lugar, se estará haciendo alusión a que el mismo se encuentra iluminado (104).

El alumbrado público es un servicio que brindan las empresas energéticas en una ciudad, localidad, ruta y que tiene el objetivo de iluminar las calles, las rutas, los parques, los monumentos, los edificios públicos, entre otros espacios de circulación

general, el control del alumbrado público está a cargo del gobierno nacional, municipal o provincial, según a quien corresponda la jurisdicción en la zona (104).

Disposición de basura es un acto de deshacernos de sustancias orgánicas e inorgánicas, es un hábito saludable que consiste en reciclar, y seleccionar la basura con el objetivo de prevenir las infecciones, ya que el acumulo de residuos de diversas procedencias promueve la infestación de microorganismos patógenos. El manejo de residuos sólidos es el término empleado para designar al control humano de recolección, tratamiento y eliminación de los diferentes tipos de residuos. Estas acciones son a los efectos de reducir el nivel de impacto negativo de los residuos sobre el medio ambiente y la sociedad (105, 106).

La frecuencia de recojo de la basura debe ser de manera permanente debido a que el manejo inadecuado de los residuos sólidos contamina el aire, el agua superficial y subterránea, degrada y contamina los suelos cuando se vierten residuos químicos. Los productos domésticos que contienen ingredientes corrosivos, tóxicos, inflamables o reactivos se consideran desechos domésticos peligrosos; productos como pinturas, limpiadores, aceites, baterías y pesticidas, requieren un cuidado especial al deshacerse de ellos (107).

Según Allarvi A, la frecuencia con que recogen la basura viene hacer el servicio de disposición de residuos ordinarios que consiste en la recepción de residuos procedentes de los lugares, con el fin de ser aprovechados, recuperados, tratados y dispuestos adecuadamente, minimizando los impactos ambientales aplicando las tecnologías adecuadas disponibles (108).

Lugar de eliminación de la basura es definida como el proceso de aislar y confinar los residuos sólidos en especial los no aprovechables, en forma definitiva, en lugares especialmente seleccionados y diseñados o en su defecto en lugares no específicos

como en el campo limpio, desagües, en carros recolectores para evitar la contaminación, y los daños o riesgos a la salud humana y al medio ambiente (109).

Al quemar la basura se genera humo de los biomateriales la cual contiene cantidades significativas de varios contaminantes para la salud como monóxido de carbono, partículas, hidrocarburos, y en mayor grado óxidos de nitrógeno causantes de patologías pulmonares como el EPOC Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, entre otras. Según (OMS) eliminar la basura de la casa, como recogiendo, preparándola para su eliminación, usar los contenedores de basura; quemar la basura, se debe proporcionar a la comunidad, un ambiente sano, libre de gérmenes, desechos y vectores, un escenario paisajístico agradable y habitacional (110, 111).

Con relación al tipo de vivienda en el Centro Poblado de Marian – Sector Cachipampa, la mayoría de los adultos es de tipo unifamiliar, esto se viene dando hace muchos años atrás y es que cuando los hijos al llegar a una edad considerable se comprometen con una pareja; es entonces cuando los padres para no dejar desamparados a sus hijos, antes de morir, firman un documento legal ante un notario en el cual heredan una porción de terreno donde la pareja pueda construir una vivienda y formar su familia.

Según el Análisis de Situación de Salud de Ancash del total de viviendas 298 mil 798 viviendas son casa unifamiliar, lo que representa el 95,1%; 6 mil 90 viviendas son choza o cabaña que representan el 1,9%; 3 mil 984 viviendas son de tipo improvisada, lo que representa el 1,3% y en porcentajes menores viviendas en departamento de edificio, quinta, vecindad y locales no destinados para habitación humana o de otro tipo (tienda de campaña, carpa, vehículo abandonado, casa rodante, bote, etc.) (80).

Referente a la tenencia de vivienda se obtuvo que casi todos tienen casa propia porque han nacido en ese sector y además cuando los hijos se independizaron y se

comprometieron con una pareja ya hecho una costumbre heredaban por parte de sus padres porciones de terreno para edificar sus viviendas y dedicarse a la agricultura y ganadería; así también los adultos comentan que años atrás cuando eran jóvenes no visionaban salir al exterior, los pobladores se conformaban con tan solo vivir de la producción agrícola y ganadera; actualmente los jóvenes no quieren ser como sus padres, pues ellos refieren que saliendo de su sector a la ciudad para estudiar es la mejor forma de progresar.

Actualmente el ser posesionario de una vivienda y manteniendo la titularidad de ella, es algo del cual se puede obtener beneficio económico, ya que se puede pedir un crédito bancario que posteriormente la podemos invertir en algún negocio, también se puede dar en alquiler algunos espacios de la vivienda (112).

El material del cual está hecho el piso de las viviendas, se observa que la mayoría es de tierra, este tipo de material causa problemas como el polvo, por lo cual en el sector de Cachimpa la rutina diaria por las mañanas es rosear con agua todo el piso, para luego barrer y recoger la basura que luego es esparcida en los campos de cultivo, pero en la actualidad las nuevas viviendas se están construyendo con ladrillo y cemento por personas que después de haber ahorrado algo de dinero lo invierten en la remodelación de su vivienda.

Según resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – INEI del año 2015, hallando en un menor porcentaje las viviendas que tienen piso de tierra o arena a diferencia con lo hallado en el año 2011 (27,4 % y 34,6 %), así también se observó un incremento de las viviendas con piso de loseta, terrazo o cemento/ladrillo (14,3 % y 45,7 %) (113).

Para la protección de las viviendas de la lluvia o el ingreso de animales el material del techo de las viviendas es en gran parte de teja, un material de barro de arcilla color

rojo el cual es vaciado en moldes de madera que le dan una forma abiselada con un diámetro aproximado de 50 cm de largo por 20 cm de ancho, con aproximadamente 2 cm de grosor y para finalizar la elaboración las introducen dentro de hornos particularmente contruidos de ladrillo, en donde la teja se endurece generalmente este proceso se realiza durante toda una noche. También podemos encontrar viviendas con techos de calamina, el cual es una especie de lámina de metal aproximadamente de 1,60 cm de largo por 100 cm de ancho. Cabe recalcar que los techos de las viviendas se encuentran dañados por el paso del tiempo y esto causa goteras en el interior de la vivienda dañando las cosas.

Para proteger a las personas de los peligros externos y brindarles privacidad se construyen las paredes que en el Sector de Cachipampa están elaboradas de adobe. El adobe es preparado o elaborado con la unión del barro de tierra común con pedazos del tallo seco de la planta de trigo, luego se amasa uniformemente y se coloca en moldes de madera o metal que tienen forma de cubos rectangulares y finalmente los colocan en filas para el secado gracias a los rayos solares; se puede evidenciar viviendas con paredes agrietadas a causa de las constantes lluvias y el bajo nivel económico de la familia que impide poder darle el mantenimiento necesario. Sin embargo actualmente más viviendas se están construyendo con material noble.

Con respecto al número de personas que comparten un mismo dormitorio más de la mitad de los adultos comparten de dos a más miembros, para ello siempre existe una habitación principal para los padres, y otro que es compartido entre hermanos, pero cuando los hijos crecen recién son independizados hasta que se comprometen y al casarse dejan la casa de los padres para formar su propio hogar.

Existen investigaciones sociales que se realizaron en Perú y América Latina estableciendo que el tamaño del dormitorio y la cantidad de miembros que la

comparten refleja la condición de pobreza en los hogares; entonces a mayor número de miembros por dormitorio mayor es la pobreza; en nuestro país podemos observar que en promedio el número de miembros por dormitorio es cuatro (112).

La forma como se abastecen de agua para el consumo todos los adultos del Sector de Cachipampa es a través de conexiones domiciliarias recibiendo el líquido elemento potabilizada, para lograr acceso a este servicio, se realizaron una serie de reclamos y lucha frente a las autoridades para que prioricen en la población las conexiones de agua en domicilio para mejorar las condiciones de vida de la población.

Resultados de la Encuesta Nacional de Hogares ENAHO del trimestre julio, agosto y septiembre del 2017 se obtuvo que de cada 100 hogares 89 consumen agua proveniente de red pública, existiendo 94 en el área urbana y 71 en el área rural. En el área rural aumentó en 2,4 puntos porcentuales; mientras que el área urbana no presenta variación significativa (113).

Para la eliminación de excretas la mayoría de los adultos usan las letrinas, según el alcalde se está gestionando para conseguir recursos económicos y poder ejecutar el proyecto que permita a los pobladores del Sector de Cachipampa poder tener una vivienda con el saneamiento básico en general que les permita tener calidad de vida.

En el Perú, de cada 100 hogares 70 eliminan las excretas por red pública de alcantarillado y 9 por pozo séptico. En el área urbana de cada 100 hogares 86 eliminan las excretas por red pública y 3 utilizan pozo séptico, mientras que en el área rural de cada 100 hogares 18 eliminan las excretas a red pública y 26 mediante pozo séptico (113).

El combustible más utilizado por la mayoría de los adultos para la cocción de sus alimentos es la leña el cual son pedazos del tronco seco de diversos tipos de madera, que principalmente es el eucalipto el cual hay en abundancia en este sector por la

presencia de bosques y también es utilizado porque los pobladores refieren que es más económico y accesible; así también hay viviendas en donde utilizan balones de gas como combustible para cocinar.

En el Perú de cada 100 hogares, 83 utilizan gas para cocinar los alimentos. En el área rural, paso de 55,2% a 57,7% los hogares que utilizan gas para cocinar y el 31,2% utilizan leña para cocinar. En el área urbana el 90,7% de los hogares utilizan gas para cocinar y 2,2% utilizan leña (113).

En lo que respecta al tipo de alumbrado todos los pobladores del Sector de Cachipampa cuentan con energía eléctrica permanente que es proporcionado por la empresa hidroeléctrica HIDRANDINA, que produce la energía en la ciudad de Caraz Ancash; los recibos con el costo de consumo de energía son enviados a las viviendas, son pocos los hogares que poseen electrodomésticos como plancha, licuadora o refrigerador, la mayoría tan solo tienen focos para alumbrarse; podemos visualizar los postes de alumbrado público en todo el Sector de Cachipampa.

En el Perú de cada 100 hogares 95 cuentan con energía eléctrica por red pública dentro de la vivienda. En el área urbana 98,8% de hogares cuenta con energía eléctrica y 83% en el área rural. No se observa cambios relevantes en los hogares que acceden al servicio de energía eléctrica por red pública en el área urbana, sin embargo, en el área rural se incrementó la cobertura en 2,6 puntos porcentuales (113).

En lo que respecta a la disposición de la basura en el Sector de Cachipampa no pasa el carro recolector de basura por tanto menos de la mitad de los adultos disponen de la basura de diversas formas como quemándolas, enterrándolas o simplemente arrojándolas al campo abierto por la parte trasera de las viviendas un acto que resulta perjudicial para el ambiente y también para la salud de los mismos pobladores, esto sucede porque el camión recolector de basura, no llega hasta el Sector de Cachipampa

solamente pasa el camión por la comunidad principal que es Marian más no por sus anexos, debido a la lejanía, por lo agreste de la carretera y también por el reducido número de habitantes.

Más de la mitad de los adultos optan por distintas formas de eliminar la basura, una manera es quemar los residuos sólidos como papeles, ropas usadas en un pequeño espacio de los campos de cultivo, otra forma es arrojándola a los bosques o parte trasera de la misma vivienda en donde se acumulan los vectores como moscas, ratas, etc.

Sobre los Determinantes de la Salud relacionados con el entorno físico en adultos del Sector Cachipampa se llega a la conclusión de que hay costumbres y prácticas muy arraigadas para la construcción de sus viviendas que actualmente se están perdiendo, al margen del tipo de material del cual está hecho la casa se evidencia el deterioro de algunas por tanto un peligro para los pobladores, también se evidencia conductas desfavorables para su salud y el ambiente como es acumular la basura generando focos infecciosos y criaderos de microorganismos patógenos.

TABLA 3

En los determinantes de los estilos de vida en adultos del Centro Poblado de Marian – Sector Cachipampa – Independencia - Huaraz, el 96,7 % (174) refieren no fumar, ni han fumado nunca de manera habitual, 82,2 % (148) ingieren bebidas alcohólicas ocasionalmente, 63,9 % (115) duermen de 6 a 8 horas, 100 % (180) se bañan 4 veces a la semana, 75 % (135) no realizan exámenes médicos periódicos, 81,7 % (147) realiza como actividad física caminar, 74,4 % (134) caminan por más de 20 minutos, en cuanto a la frecuencia de consumo de alimentos, el 51,1 % (92) refieren consumir frutas 1 o 2 veces/semana, 70,6 % (127) carne 1 o 2 veces/semana, 67,2 %

(121) huevos 3 o más veces/semana, 82,2 % (148) pescado menos de 1 vez/semana, 100 % (180) fideos 3 o más veces/semana, 82,2 % (148) pan y cereales diariamente, 82,8 % (149) verduras y hortalizas diariamente y 100 % (180) otros alimentos 1 o 2 veces/semana.

Los resultados de la presente investigación se asemejan a los de Loarte M, (114). En su investigación “Determinantes de Salud de los Adultos del Sector de Secsecpampa – Independencia – Huaraz, 2018”. Donde obtiene que el 97% (186) no fuman ni han fumado nunca de manera habitual, 91% (170) consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, 100% (186) duermen de 6 a 8 horas, 97% (181) se baña 4 veces a la semana, 98% (183) no se realizan exámenes médicos, 77% (143) realizan caminatas como actividad física en su tiempo libre, 51% (94) consume frutas 3 o más veces a la semana, 69% (128) consumen carne 3 o más veces por semana, 45% (83) consume huevo 3 o más veces a la semana, 53% (98) consume pescado menos de una vez a la semana, 69% (128) consumen diario fideos, arroz y papas, 94% (175) consumen diario pan y cereales, 51% (95) consumen 3 o más veces a la semana verduras y hortalizas, 34% (63) otras.

Otra investigación semejante es el de Vergara N, (115). “Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Huamas – Yanama – Ancash, 2015”. Donde el 81% (170) refieren no haber fumado nunca de manera habitual, 66% (137) no consumen bebidas alcohólicas, 65% (136) suelen dormir un promedio de 6 a 8 horas diarios, 79% (166) refieren bañarse 4 veces a la semana, 60% (126) no realizan exámenes médicos periódicos, 81% (170) realizan actividad física el caminar y 79% (166) lo hacen por más de 20 minutos, el 74% (156) consumen frutas 1 o 2 veces a la semana, el 86% (180) menos de 1 vez a la semana, 67% (141) huevos de 1 o 2 veces a la semana, 88% (184) pescado al menos 1 vez a la semana, 43% (91) fideos 3 o más veces a la semana,

36% (76) pan y cereales 3 o más veces a la semana y el 55% (116) Verduras y hortalizas diariamente finalmente el 56% (117) otro tipo de alimentos al menos 1 vez a la semana.

Similar estudio es el de Chávez E, (116). En su investigación: “Determinantes de salud de los Adultos del Centro Poblado de Toma – Carhuaz – Ancash, 2015”. Donde el 65 % (116) refieren no haber fumado nunca de manera habitual, 52% (92) ingieren bebidas alcohólicas ocasionalmente, 98% (174) suelen dormir de 6 a 8 horas diarios, 64% (113) se bañan 4 veces a la semana, 78% (138) no realizan exámenes médicos periódicos, 48% (85) no realizan ninguna actividad física, 50% (88) no realizan ninguna actividad física por más de 20 minutos; el 40% (71) consumen frutas 1 o 3 veces a la semana, 67% (119) carne al menos 1 vez a la semana, 50% (89) huevos de 3 o más veces a la semana, 58% (102) pescado al menos 1 vez a la semana, 54% (96) fideos diariamente, 78% (139) pan y cereales diariamente y el 87% (154) verduras y hortalizas diariamente y el 54% (95) otro tipo de alimentos 1 o 2 veces a la semana.

Los resultados difieren en el estudio realizado por Hipolito R, (117). “Determinantes de la Salud en Adultos Mayores. Asentamiento Humano Los Cedros - Nuevo Chimbote, 2016”. Donde el 68% (68) no fuma actualmente, pero ha fumado antes, no consumen bebidas alcohólicas 55% (55), 95% (95) duermen 6 a 8 horas; 85% (85) se baña diariamente; 78% (78) no se realiza algún examen médico periódico, el 80% (80) no realizar ninguna actividad física; 54% (54) consume frutas diariamente, 85% (85) consume carne 1 o 2 veces a la semana, el 44% (44) consume huevo 3 o más veces a la semana, menos de 1 vez a la semana el 65% (65) consumen pescado, 88% (88) consume fideos, arroz y papas diariamente; 40% (40) consumen verduras y hortalizas diariamente; el 55% (55) consume 1 o 2 veces a la semana legumbres, el

40% (40) nunca o casi nunca consumen embutidos, 50% (50) consume 1 o 2 veces a la semana lácteos.

Así mismo difiere con lo obtenido por Lino H, (118). “Determinantes de la Salud en Adultos con Tuberculosis, Centro de Salud Yugoslavo Nuevo Chimbote, 2015”. Donde el 68,7% (22) No fumo, ni ha fumado nunca de manera habitual, 78,1% (25) no consume bebidas alcohólicas; 81,2% (26) duerme de 6 a 8 horas; 62,5% (20) se baña 4 veces a la semana; 78,1% (25) no realiza actividad física; 37,5% (12) consumen frutas 3 o más veces a la semana, 71,8% (23) consume carne a diario, 59,3% (19) consume huevos 1 o 2 veces a la semana, 46,8% (15) consume pescado 3 o más veces a la semana; 93,7% (30) consume pan y cereales a diario; el 37,5% (12) consume verduras y hortalizas 1 o 2 veces a la semana; 46,8% (15) consumen legumbres 1 o 2 veces a la semana; 37,5% (12) consumen embutidos, enlatados menos de 1 vez a la semana, 59,3% (19) consumen dulces, gaseosas nunca o casi nunca; 43,7% (14) frituras a diario.

También difiere con el estudio de Chuqui J, (119). “Determinantes de la Salud en Adultos Jóvenes Asentamiento Humano Villa España – Chimbote, 2014”. Concluyendo que el 61% si fuman pero no diario, 61% su frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas es 2 o 3 veces por semana, 65% duermen de 6 a 8 horas diarias, 90 % se bañan diariamente, 75% refieren que no realizan examen médico periódico, 50% realizan en sus tiempos libres gimnasia suave, 42% realizaron gimnasia suave en las dos últimas semanas como actividad física durante más de 20 minutos. En su alimentación 44% consumen fruta, carne, huevos, fideos 3 o más veces a la semana, 54% consumen pescado menos de una vez a la semana, 90% consumen pan cereales nunca o casi nunca, 100% consumen diariamente legumbres, 99% embutidos lácteos

dulces consumen diariamente y 47% consumen refrescos con azúcar una a dos veces por semana.

Se denominan productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar o masticar. 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 (120).

Con respecto al hábito de fumar, se han identificado una serie de etapas. La primera de ellas es la etapa contemplativa, en la cual se forman actitudes y creencias acerca del consumo de tabaco. La siguiente etapa es la de experimentación, en la cual se incluye el consumo repetido pero irregular de cigarrillo. La tercera etapa hace referencia al uso regular del mismo y por último se encuentra la de adicción, en la que se implica la necesidad fisiológica de consumir nicotina (121).

El consumo de alcohol en cantidades excesivas es un problema de salud pública de gran impacto, debido a los múltiples efectos y daños que genera en la salud física y mental de los individuos, y se asocia a fenómenos sociales de prevalencia creciente, como la inseguridad, la violencia y la desintegración familiar a nivel mundial. Este fenómeno es altamente complejo, multicausal, que no reconoce límites territoriales, sociales, ni tampoco de edad (122).

El alcoholismo es una enfermedad progresiva, crónica y degenerativa; con síntomas que incluyen una fuerte necesidad de tomar a pesar de las consecuencias negativas. La enfermedad está caracterizada por daños físicos en todos los sistemas

del organismo, siendo los más complicados los que se relacionan con el sistema cardiovascular, el sistema nervioso y el hígado (123).

Dormir bien es tan esencial y positivo para el organismo como llevar una buena alimentación o practicar actividad física regularmente. El sueño y el descanso son esenciales para mantener la buena salud y el bienestar emocional, durante las horas de sueño nuestro cuerpo tiene la posibilidad de recobrar energía, regenerar células y reparar tejidos. La falta de sueño puede causar disminución del rendimiento intelectual, problemas de memoria y alteraciones en el estado de ánimo como irritabilidad y depresión (124).

El dormir es un estado fisiológico de autorregulación y reposo uniforme de un organismo, se caracteriza por los bajos niveles de actividad fisiológica (presión sanguínea, respiración) y por una respuesta menor ante estímulos externos. Es un acto necesario como el deseo de hacerlo (tener sueño) (125).

El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño y descanso la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad. La vigilia prolongada va acompañada de trastorno progresivo de la mente, comportamiento anormal del sistema nervioso, lentitud de pensamientos y psicosis. El sueño restaura tanto los niveles normales de actividad como el equilibrio entre las diferentes partes del SNC, es decir, restaura el equilibrio natural entre los centros neuronales (126).

El baño diario es un parte fundamental del aseo personal de cualquier persona sin importar su edad; es por ello que tal práctica debe asegurarse como una rutina obligatoria. La piel y el cabello son barreras de protección contra el medio ambiente que absorben impurezas y gérmenes que pueden infectar el cuerpo a través de cualquier

raspón o herida. El baño sirve para eliminar células muertas, así como secreciones de las glándulas sebáceas y sudoríparas. La limpieza de la piel y los genitales evita el mal olor. Es recomendable cambiarse la ropa después del baño que reporta, el baño es una actividad relajante porque estimula la circulación sanguínea año, especialmente la ropa interior. Además de todas las ventajas de salud (127).

El baño tiene una serie de funciones como eliminar la secreción sebácea, la transpiración, células muertas y algunas bacterias que se han acumulado. También estimula la circulación: un baño caliente o templado dilata los vasos superficiales, trayendo más sangre y más nutrientes a la piel. El masaje vigoroso tiene el mismo efecto, frotar con fricciones largas y suaves desde las partes dístales a las proximales de las extremidades es particularmente eficaz para facilitar el flujo venoso. El baño también provoca un sentido de bienestar en las personas, es refrescante y relajante y ayuda frecuentemente a la moral, apariencia y auto respeto del individuo (128).

El examen médico general, perfeccionado, ambulatorio e individualizado, que es realizado por un grupo multidisciplinario, en un lapso de 2 a 4 horas, para obtener un análisis detallado del estado de salud psicofísica del participante; se trata de una evaluación de todo el cuerpo para el diagnóstico oportuno de las enfermedades, incluso aquellas que aún no han presentado síntomas, y ayuda a prevenir las enfermedades a las que cada persona puede ser propensa (129).

Examen médico periódico para adultos maduros debe ayudar a alcanzar y mantener un nivel óptimo de salud, identificar si estamos en mayor riesgo de discapacidad y/o vulnerabilidad (fragilidad); y detectar a tiempo riesgos, enfermedades crónicas y disfunciones (aún en etapas sin síntomas). Esto permite realizar intervenciones de salud para evitar la discapacidad, así como valorar la magnitud de la enfermedad y de su impacto en la familia (130).

La actividad física es cualquier movimiento corporal producido por los músculos y que requiere de un “gasto de energía”. Cuando esta actividad es planeada, estructurada y repetida para mantener una buena salud. El ejercicio es necesario para la conservación y el mantenimiento de la salud. La práctica regular del ejercicio, mejora la digestión, el sistema óseo, el sistema circulatorio y por ende, el funcionamiento del corazón y el aporte de energía y nutrientes a todo el organismo (131).

La actividad física en tiempo libre o de ocio. Este término se aplica a aquellas actividades físicas que se caracterizan por la libre elección, ausencia de restricciones para su realización, compromiso y motivación personales, relajación y disfrute. La incorporación de la actividad física durante el tiempo libre o de ocio es una conducta que debería fomentarse, dado que esas actividades probablemente se constituyen en hábitos que duran toda la vida (132).

Actualmente, debido al gran auge de la actividad físico-deportiva, el deporte es analizado desde diferentes puntos de vista, ya sea desde el ámbito cultural como el científico. De este modo el deporte es estudiado por la sociología, la filosofía, la biomecánica, la educación, la historia, etc. El deporte abarca las distintas manifestaciones en diversos órdenes de nuestra sociedad, de manera que en los últimos años se habla de la industria deportiva como grupo diferenciado que ofrece actividades de distracción, entretenimiento, espectáculo, educación, pasatiempo y, en general, bienes y servicios relacionados con el ocio y la actividad física, competitiva y recreativa (133).

Según Blázquez el deporte recreativo es aquél que es practicado por placer y diversión, sin ninguna intención de competir o superar a un adversario, únicamente por disfrute o goce. Pretende que el individuo se entretenga y se divierta corporalmente

de manera que logre su equilibrio personal. Se trata de una práctica abierta, donde nada está prefijado con anterioridad y donde lo que menos importa es el resultado (134).

La alimentación de una persona adulta varía según su edad, sus características biológicas y su actividad física. Una dieta balanceada debe contener proteínas, carbohidratos, grasas, minerales, agua y vitaminas. Después de la infancia y entre los 16 a 18 años procurar mantener un equilibrio en la dieta (135).

Las proteínas: son compuestos orgánicos formados por carbono, hidrógeno, oxígeno y nitrógeno. Las encontramos en carnes, huevos, leche y leguminosas principalmente. Las proteínas son un componente irremplazable dentro de la dieta del hombre ya que éstas contienen aminoácidos esenciales que el organismo no sintetiza. Los Carbohidratos o azúcares: son los encargados de aportar la energía necesaria para realizar las actividades diarias, permiten mantener la temperatura corporal y ayudan a la renovación de los tejidos. Los Lípidos: encontramos las grasas y los aceites los cuales proporcionan energía en gran cantidad. Se deben consumir mesuradamente ya que son difíciles de digerir. Son una fuente de reserva energética. Son importantes en la regulación de la absorción de las vitaminas liposolubles (136).

Alimento es aquel producto natural o elaborado susceptible de ser ingerido y digerido, cuyas características lo hacen apto y agradable al consumo, constituido por una mezcla de nutrientes que cumplen determinadas funciones en el organismo; y que además se encuentren libre de contaminación y una preparación libre de microorganismos patógenos (137).

En los determinantes de la salud de los estilos de vida casi todos los adultos no fuman ni han fumado antes de manera habitual esto es positivo, conociendo las consecuencias negativas hacia la salud por consumo del cigarrillo; también se debe a que específicamente en el Sector de Cachipampa no hay tiendas que comercialicen el

cigarro; pero hay un pequeño porcentaje de 3,3 % que si fuma pero no diariamente, esto sucede en personas adultas jóvenes que refieren fumar por las tardes porque les produce calor.

En lo que respecta a la frecuencia con que ingieren bebidas alcohólicas la mayoría de los adultos es de manera ocasional cuando asisten a reuniones en otros lugares o en la fiesta patronal en honor a su patrono “San Isidro” siendo el día central el 15 de mayo de todo los años y la cerveza es el licor que ingieren, a la vez que en este sector el comercio de bebidas alcohólicas es mínimo.

En lo referente a la variable del número de horas que duermen los adultos, la mayoría duermen de 6 a 8 horas, siendo los que trabajan como chofer los que duermen menos tiempo ya que ellos empiezan a transportar pasajeros desde las 6 de la mañana, de la misma manera los adultos dedicados a la agricultura empiezan sus labores muy temprano dicen ellos que es para ganar la salida del sol porque a media mañana se acrecienta el calor.

En lo que respecta a la variable de la frecuencia del baño se colocó la opción 4 veces a la semana, pero en realidad los adultos refieren que se bañan el cuerpo completo 1 o 2 veces a la semana, aunque por las mañanas después de despertar se lavan la cara, también los varones luego de realizar sus actividades en la chacra se lavan la cabeza y el dorso del cuerpo, las mujeres tienen la costumbre de peinarse realizando uno o dos trenzas que se hace entretejiendo el cabello largo, todo los días.

Referente a los exámenes médicos la mayoría de los adultos no realiza estos exámenes pero cuando tienen malestar como dolor de cabeza o fiebre acuden al puesto de salud del Centro Poblado de Marian a 20 minutos caminando, que cuenta con servicios de laboratorio de análisis (sangre, orina y heces), farmacia, se realiza control de crecimiento y desarrollo del niño, inmunizaciones, se brinda primeros auxilios,

control de gestantes, servicio odontológico, aunque existe en este Sector de Cachipampa un grupo reducido de adultos maduros y mayores que si realizan exámenes médicos periódicos esto a causa de las patologías que tienen como son la artritis reumatoides, gastritis acudiendo al Puesto de Salud Marian del Centro Poblado o al Hospital “Víctor Ramos Guardia” de Huaraz.

La mayoría de los adultos realiza como actividad física el caminar, principalmente cuando llevan a sus hijos a los colegios, al dirigirse a sus terrenos de cultivo o acudiendo al puesto de salud del Centro Poblado de Marian a 20 minutos caminando, también un grupo de adultos jóvenes practican el deporte del futbol los fines de semana ya que en ese Sector de Cachipampa existe una loza deportiva o acuden al campo de gras natural ubicado en el Centro Poblado de Marian a 15 minutos caminando.

La actividad física realizada en estas dos últimas semanas durante más de 20 minutos por los adultos en su mayoría fue caminar cuando llevan a sus hijos a los colegios, al dirigirse a sus terrenos de cultivo en donde también realizan algunos trabajos pesados como cargar sacos de papas o al quitar la mala hierba de los campos agrícolas usando una pala; por otro lado los adultos jóvenes realizaron deporte como el futbol donde corrieron.

En lo referente a la frecuencia de consumo de diferentes tipos de alimentos refieren que consumen algunos alimentos que producen en la chacra y otros alimentos como frutas, productos enlatados como la leche, aceite, fideos, arroz, las compran cuando van al mercado de la ciudad de Huaraz a 20 minutos en combi una vez a la semana, también refieren consumir poca fruta en donde predomina el plátano, manzana; la carne la consumen cuando matan la gallina y el cuy que crían pero de manera ocasional ya que en su mayoría comercializan los animales menores que crían

como el cerdo, la gallina y el cuy, el consumo de huevo es de manera inter diaria ya que crían varias gallinas.

En el caso del consumo del pescado es al menos 1 vez a la semana porque una persona lleva desde Huaraz en una motocarga diversos tipos de pescado y los comercializa por todo el Centro Poblado de Marian y sus Sectores, en el caso de los fideos, el pan y cereales como el trigo después de la cosecha el consumo es de manera cotidiana, al igual que las verduras y hortalizas como la cebolla, la zanahoria, repollo, culantro, chincho que las producen en sus huertos destinados principalmente para el sustento familiar. En el desayuno consumen la avena con manzana picada acompañado de pan o la mashca (trigo tostado y molido); en el almuerzo el guiso con papas, arroz y carne de pollo acompañado de sopa de fideos con verduras o el punqui (sopa de harina de trigo con sal y cebolla picada); para la cena se acostumbra tomar infusión de hierbas aromáticas que siembran en sus huertos como la manzanilla o la muña acompañado de pan.

En los determinantes de los estilos de vida en adultos del Centro Poblado de Marian – Sector Cachipampa, cabe destacar que la mayoría de los adultos aún con el bajo nivel educativo mantienen conductas de vida saludable al realizar ejercicio físico, pero se evidencia que hay desconocimiento de las propiedades nutritivas y la forma correcta de balancear los alimentos, hay deficiencia en el consumo de proteínas y vitaminas, por el contrario un exceso en el consumo de carbohidratos ello explica porque las mujeres se evidencian con sobrepeso leve.

TABLA 4, 5, 6

En los determinantes de salud de las redes sociales y comunitarias en adultos del Centro Poblado de Marian – Sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, el 62,2 %

(112) recibe apoyo social natural de familiares, 79,4 % (143) no recibe apoyo social organizado, 72,6 % (130) recibe otro apoyo social organizado, 58,9 % (106) se atendieron en el puesto de salud, 58,9 % (106) considera que la distancia del lugar de atención de salud es regular, 86,7 % (156) tiene como seguro SIS – MINSA, 39,4 (71) le pareció regular el tiempo de espera para la atención de salud, 52,8 % (95) la calidad de atención recibida fue buena y 100 % (180) refiere no haber pandillaje o delincuencia cerca de su vivienda.

Los resultados de la presente investigación se asemejan a los de Pariona K, (138). En su investigación: “Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el Centro Poblado de Barrio Sur – Salitral - Sullana, 2014”. Donde menciona que el que el 71.7% han ido al puesto de salud en estos últimos 12 meses para ser atendidos, así también se observa 42.8% consideran la distancia del lugar donde lo atendieron es muy cerca de su casa, el 85.9% están asegurados en el SIS-MINSA, el 81.6% el tiempo de espera es regular para que lo atendieran en la institución de salud y el 65.4% considera que la calidad de atención es Buena. Y por otro lado el 100% de la población refiere que no existe la delincuencia cerca de sus casas.

Otra investigación semejante es el de Cordova M, (139). “Determinantes de Salud de los Adultos del Centro Poblado de Curhuaz – Sector Jakpa – Independencia – Huaraz, 2014”. Donde concluye que el 86.4 % (92) tienen apoyo social natural de los familiares, el 100 % (106) no reciben algún apoyo social organizado, 80,2% (85) recibe apoyo social, 92,6 % (98) se atendieron en un Puesto de salud de su localidad, 42,4% (45) consideran que el lugar donde se atendieron está regular, 92.5 % (98) cuentan con seguro de salud (SIS) – MINSA, 56,6% (60) el tiempo de espera de atención de salud fue regular, 55.8% (59) refiere la calidad de atención de salud recibida fue regular y el 86,8 % (92) refieren que no hay pandillaje y delincuencia cerca de su casa.

Similar estudio es el de Huerta N, (140). En su investigación: “Determinantes de Salud de los Adultos del Centro Poblado de Pampacancha – Recuay, Ancash, 2015”. Donde menciona que el 100% (120) no cuentan con apoyo social natural, el 100% (120) no reciben ningún apoyo social organizado, 79% (95) reciben apoyo social de otros, 100% (120) se atienden en un puesto de salud, 70% (84) refieren que la distancia del lugar de atención de salud es regular, 100% (120) tienen SIS-MINNSA, 100% (120) manifiestan que es regular el tiempo de espera para la atención de salud y el 75% (91) refieren que la calidad de atención de salud es regular, finalmente el 100% (120) comunican no hay pandillaje cerca de la vivienda.

Los resultados de la presente investigación difieren al estudio realizado por García R, (141). “Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el Caserío El Sauce – Valle Chipillico – Sullana, 2014”. Concluyendo que el 99,6% (277) han ido al puesto de salud en estos últimos 12 meses para ser atendidos, así también se observa 77,3% (215) consideran muy cerca la distancia del lugar donde lo atendieron, el 99,3% (276) están asegurados en el SIS-MINSA, respecto al tiempo de espera para que lo atendieran en la institución de salud el 52,2% (145) manifiesta que fue muy largo y el 71,2% (198) considera que la calidad de atención es muy mala. Y por otro lado el 100% (278) de la población refiere que no existe la delincuencia cerca de sus casas.

Así mismo difiere con lo obtenido por Lecca N, (142). En su investigación “Determinantes de la Salud en el Adulto Mayor del Asentamiento Humano Nuevo Paraíso – Nuevo Chimbote, 2015”. Donde menciona que el 63,2% en estos 12 últimos meses se atendió en clínicas particulares; el 87% considera el lugar donde se atendió esta regular; el 70,7% tiene tipo de seguro SIS-MINSA; el 58,1% el tiempo que espera que lo atiendan es muy largo; el 33% recibieron una atención en el establecimiento de salud muy buena; el 66% si existe pandillaje a cerca de sus casas; también se pudo observar que el

70,7% reciben apoyo de sus familiares; el 90,7% no reciben ningún apoyo social organizado.

También difiere con la investigación de Salazar J, (143). “Determinantes de la Salud en las Personas Adultas del Pueblo Joven San Martín – Tacna, 2013”. Donde concluye que más de la mitad 54,4 % (111) la atención en la Institución de salud en estos 12 últimos meses ha sido en el centro de salud, en su mayoría 63,2 % (129) considera que el lugar donde lo atendieron está muy cerca de su casa, más de la mitad 57,8 % (118) tiene SIS como tipo de seguro, la mayoría 69,6 % (142) refiere que el tiempo de espera fue corto, en su mayoría 66,2 % (135) manifiesta calidad de atención es regular, y en la mayoría 69,6 % (142) el apoyo social en los últimos 12 meses fue regular.

Apoyo social natural de familiares constituye uno de los recursos más importantes de la población adulta, es la encargada de prestar atención directa a la mayoría de sus consanguíneos que sufren problemas de salud o un deterioro grave en su autonomía personal. Para los adultos parece que lo más importante es el potencial de relación y ayuda, la conciencia de que existe una persona relevante a quien acudir en caso de necesidad. La familia tiene también un papel muy importante, sobre todo en el ámbito de las relaciones socio afectivas ya que es la más idónea para proporcionar sentimientos de arraigo y seguridad, ofrecer sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social (144).

La importancia del apoyo social natural radica en la influencia positiva, y de forma directa, sobre la salud y el bienestar en la medida que contribuye a satisfacer necesidades humanas como las de seguridad, contacto social, pertenencia, estima y afecto. En este sentido, los efectos positivos de apoyo social sobre la salud pueden compensar los negativos del estrés y brindar mayor soporte. Por el contrario, la pérdida

o ausencia de apoyo especialmente por parte de la familia, asociada a las diferentes fuentes de estrés que pueden presentarse en la vida de la persona como una enfermedad, minusvalía, pérdida de un ser querido, cambios de rol, etc (145).

Asimismo se hace referencia al apoyo social organizado como un constructo dinámico, interactivo y multidimensional que supone transacciones entre individuos favoreciendo el estado emocional de las personas. También se denota que el apoyo social es un producto de las interacciones sociales de un individuo dentro de una red social con características estructurales específicas. Esta red social puede estar formada por individuos, grupos o comunidad (146).

Los apoyos sociales organizados han sido definidas como “una práctica simbólico - cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional”. En general, la literatura vincula a los estudios de marginalidad de la década de los setentas, en donde para Lomnitz, por ejemplo, representan “un seguro colectivo contra las amenazas del sistema y como reserva de recursos, particularmente durante las emergencias” (147).

Así mismo las organizaciones de voluntariado son un grupo de persona para desarrollar un fin determinado desarrollando su actividad en todas las esferas de la vida social, la acción voluntaria, presente en el comportamiento humano desde sus primera manifestaciones culturales, viene produciendo en las últimas décadas un nuevo marco de expresión de la acción del hombre en la sociedad moderna. El voluntario, miembro de su comunidad, se auto organiza en ella para dar respuesta común ante problemas comunes, y solo soluciones que surjan de los propios implicados pueden ser verdaderas soluciones (148).

El apoyo social organizado en el Perú como el Programa del Vaso de Leche (PVL), creado mediante la Ley N° 24059 y complementada con la Ley N° 27470, a fin de ofrecer una ración diaria de alimentos a una población considerada vulnerable, con el propósito de ayudarla a superar la inseguridad alimentaria en la que se encuentra. Las acciones de este programa, realizadas con la fuerte participación de la comunidad, tienen como fin último elevar su nivel nutricional y así contribuir a mejorar la calidad de vida de este colectivo que, por su precaria situación económica, no estaría en condiciones de atender sus necesidades elementales. El marco legal vigente define los criterios de priorización, hacia grupos poblacionales, niños 0-6 años y gestantes (primera prioridad), niños de 7-13 años, tercera edad y personas con TBC (149).

También el Programa Nacional de Asistencia Solidaria, Pensión 65, se creó el 19 de octubre del 2011 mediante Decreto Supremo N° 081 – 2011-PCM; el cual tiene la misión de brindar protección social a los adultos mayores de sesenta y cinco años a más, que viven en situación de vulnerabilidad; entregándoles una subvención económica que le permita incrementar su bienestar; y mejorar los mecanismos de acceso de los adultos mayores a los servicios públicos mediante la articulación intersectorial e intergubernamental (150).

Los comedores populares en el Perú se iniciaron en el año 1970, el cual tiene como objetivo mejorar las condiciones de acceso a la alimentación de las personas de escasos recursos constituyendo los comedores en agentes de cambio, con carácter comunitario, organización social y desarrollo organizacional permitiendo el acceso alimentario de la población pobre y en extrema pobreza, mediante la entrega de raciones complementarias a las familias pobres y en extrema pobreza organizadas a nivel nacional (151).

Las instituciones de salud son los hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, etc. Quienes prestan servicios de salud. Pueden ser públicas o privadas. Para efectos de clasificación en niveles de complejidad y de atención se caracterizan según el tipo de servicios que habiliten y acreditan, es decir su capacidad instalada, tecnología y personal y según los procedimientos e intervenciones que están en capacidad de realizar (152).

Así también los establecimientos de salud son aquellos que realizan atención de salud en régimen ambulatorio o de internamiento, con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, para mantener o restablecer el estado de salud de las personas. Es la Unidad Operativa de la oferta de servicios de salud, según nivel de atención y clasificado en una categoría; está implementado con recursos humanos, materiales y equipos, realiza actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, asistenciales y de gestión para brindar atenciones de salud a la persona, familia y comunidad (153).

Los hospitales son un componente importante del sistema de atención de salud. Son instituciones sanitarias que disponen de personal médico y otros profesionales organizados y de instalaciones para el ingreso de pacientes, y que ofrecen servicios médicos y de enfermería y otros servicios relacionados durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, ofrecen una gran diversidad de servicios de atención aguda, de convalecencia y de cuidados paliativos, con los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios para responder a manifestaciones agudas y crónicas debidas a enfermedades, así como a traumatismos o anomalías genéticas. De ese modo generan información esencial para las investigaciones, la educación y la gestión (154).

Distancia del lugar de atención se traduce como la accesibilidad geográfica de las personas a los centros de salud, a su vez interpretado como la brecha entre la oferta,

equipamiento colectivo localizado y demanda que posee la población en un momento dado; el resultado existente de esta relación (oferta y demanda) nos dará la accesibilidad y el consecuente uso efectivo de estos servicios por parte de la población. Si la localización introduce un factor de discriminación en el uso de los servicios en las diferentes áreas jurisdiccionales, es de interés analizar las relaciones entre ambas (155).

De la misma manera las barreras geográficas en salud, se define como la situación que afecta a aquellas poblaciones que se encuentran a más de tres horas del establecimiento de salud más cercano por el medio de transporte más usual en la zona. Asimismo, se considera excluida geográficamente a aquellas poblaciones que por su ubicación inaccesible, están a una distancia de más de un día de un establecimiento de referencia de mayor capacidad resolutive que el establecimiento donde se inicia la atención. Ejemplo: un puesto de salud con un solo técnico sanitario ubicado a más de un día de un centro de salud de la microrred (156).

Los estudios apuntan a las dificultades relacionadas con la accesibilidad geográfica de los servicios y con elementos organizativos como los trámites administrativos, el tiempo de espera y la mala calidad de la atención. Llama la atención que la barrera geográfica y la calidad surjan como causa del no uso de servicios entre los asegurados. La primera podría reflejar deficiencias importantes en la contratación de proveedores por parte de las aseguradoras, así como la concentración de los prestadores privados en determinadas áreas con nivel socioeconómico más elevado y urbano (157).

El seguro de salud (también llamado seguro médico o seguros de gastos médicos) es un contrato entre una persona y una compañía de seguros. A cambio de que realice los pagos de la prima, la compañía de seguros de salud acuerda pagar los gastos

médicos en los que la persona pueda incurrir bajo los términos del contrato. La póliza hace una lista de un paquete de beneficios médicos tales como pruebas, medicamentos y servicios de tratamiento. La compañía de seguro se compromete a cubrir el costo de ciertos beneficios que están anotados en la póliza. Estos son los llamados "servicios cubiertos" (158).

Tipos de seguro como el Seguro Social de Salud, EsSalud, es un organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al sector trabajo y promoción social, tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos (159).

También el Ministerio de Salud del Perú, MINSA, es la institución con mayor número de establecimientos y mayor presencia nacional, dispone del 92% del total de hospitales, concentra al 69% de los centros de salud y el 99% de los puestos de salud; el cual tiene la misión de proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país; proponiendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y los actores sociales. Constituyendo la persona el centro de la misión, a la cual dedican respeto, desde antes de su nacimiento y el curso natural de su vida, contribuyendo a la gran tarea nacional de lograr el desarrollo de todos los ciudadanos (160).

Así mismo la sanidad de la Policía Nacional del Perú, a través de la Dirección Ejecutiva de Salud cuyo objetivo es regular el régimen de salud del personal de la Policía Nacional del Perú y familiares derechohabientes, así como normar la

organización, competencias, funciones, financiamiento, niveles de coordinación y relación organizacional con las diferentes unidades orgánicas de la Policía Nacional del Perú y entidades de salud del sector público, privado o mixto, dicho Régimen de Salud PNP forma parte del Sistema Nacional de Salud (161).

El tiempo de espera en un paciente es un indicador en el cual un menor tiempo de espera aumenta la percepción de satisfacción por parte de los pacientes; esto también se aplica a los usuarios que acuden a los servicios de salud. La satisfacción del usuario es un componente integral de la calidad de atención en los servicios de salud. Un alto nivel de satisfacción promueve conductas positivas tales como conformidad y continuidad con los proveedores de salud; de esta manera, la evaluación de la satisfacción del usuario puede ayudar a la mejora continua de la calidad de atención (162).

El tiempo de espera promedio desde que un paciente llega a un establecimiento de salud, público o privado, hasta que es atendido en un consultorio médico aumentó en el 2015 a 104 minutos. En el 2014 ese periodo de espera era, en promedio, de 81 minutos. La espera para la atención médica ambulatoria en una clínica es, en promedio, de 42 minutos, casi la mitad que en Essalud (81 minutos). Los que tardan más en ser atendidos son los usuarios de hospitales del Minsa (148 minutos). Según la encuesta, hoy la consulta médica propiamente dicha dura, en promedio, 12 minutos. Solo en las clínicas (15 minutos) se supera esa media; en el resto de establecimientos está entre 11 y 12 minutos. Del total de usuarios que acuden a una consulta externa, el 72% son mujeres y solo el 28% son hombres (163).

Asimismo, el tiempo de consulta es uno de los aspectos que marcan el grado de satisfacción, tanto de los pacientes como de los profesionales. Una disminución en el tiempo disminuye la satisfacción de los usuarios, reduce los alcances de la prevención

médica, condiciona a una mala prescripción terapéutica e incrementa el riesgo de mala praxis. Varios estudios sugieren que las consultas deberían tener una duración relativa de 20 min para satisfacer a los usuarios y cumplir con los estándares de calidad asistencial (164).

El tiempo de espera es uno de los componentes de la satisfacción del usuario e influye en las expectativas del prestador y de la institución; al mismo tiempo, es barrera para el uso de los servicios. Algunos autores clásicos lo han propuesto como condicionante de no utilización de servicios cuando es elevado. En un análisis de estudios realizados en diversas instituciones de salud en México, Ruelas encontró que el elevado tiempo de espera es causa de insatisfacción en porcentajes que van de 26 a 29 %; en recientes publicaciones nacionales se reafirma la misma condición. Las instituciones de salud definen el tiempo de espera para recibir atención como aquel que transcurre desde la hora de la cita programada o de la solicitud de atención por el usuario, hasta que es atendido por el médico del servicio (165).

Calidad en general es la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión” (166).

Calidad de atención se reconoce como las condiciones necesarias para que las personas puedan obtener servicios de salud individual y colectiva, disminuyendo las barreras geográficas, socioeconómicas, organizativas y culturales. Seguridad en el establecimiento que garanticen a los usuarios, acceso a servicios sanitarios básicos para prevenir riesgos en él y medio ambiente. Respeto al usuario, considerando a la

persona como sujeto de derecho, valorando su cultura y condiciones individuales brindando la información completa provista de contenidos veraces, oportunos y entendibles por las personas o público (167).

La calidad de atención se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo a las necesidades del paciente más allá de los que él espera. Es satisfacer las necesidades del cliente de manera consciente en todos los aspectos. La calidad implica constancia de propósito y consistencia y adecuación de las necesidades del paciente, incluyendo la oportunidad y el costo de servicio (168).

Una pandilla comúnmente es un grupo de personas que sienten una relación cercana, o íntima e intensa entre ellos, por lo cual suelen tener una amistad o interacción cercana con ideales o ideología o filosofía común entre los miembros; hecho que les lleva a realizar actividades en grupo, que puede ir desde salir de fiesta en grupo hasta realizar actividades violentas. Algunas formas de clasificar a una pandilla son las siguientes: pandillas culturales, cuyo fin es únicamente de "honor" y camaradería, y las pandillas industriales cuyos fines son por lo general ilícitos y van desde la violencia, el narcotráfico hasta asesinato y otras actividades más (169).

Existen tipos de pandillas como las del barrio que son agrupaciones que actúan en su barrio, sus miembros se dedican exclusivamente al guerro con pandillas aledañas a su zona o barrio para sentirse superiores; las de barra brava que aparecen en los clásicos futbolísticos o de diferentes equipos sumándose a estas pandillas gente de todos los distritos a una sola para identificarse con los colores del equipo que alienta; las manchas escolares o agrupaciones conformados por los alumnos de los principales colegios generalmente estatales provocando peleas afuera de su institución; también existen las pandillas femeninas cada vez más notoria, su participación es múltiple, “guerrean” junto a los varones, auxilian a los heridos, actúan como “soplonas”, las que

llevan y traen las amenazas, desafíos o burlas de grupos enfrentados y alertan de posibles ataques (170).

En lo concerniente al apoyo social natural que reciben los adultos del Sector Cachipampa, más de la mitad reciben apoyo principalmente de sus familiares, de diversas maneras como prestándose pequeñas cantidades de dinero o las herencias de terrenos y viviendas de padres a hijos, también compartiendo almuerzos; pero hay un grupo reducido de adultos que manifiesta que no recibe apoyo por la razón que son familias nucleares e independientes y subsisten por sus propios medios.

En relación al apoyo social organizado del entorno que rodea a los adultos del Sector de Cachipampa la mayoría refiere no recibir ningún tipo de apoyo, pero cada cierto tiempo acuden organizaciones religiosas llevando consigo algunos víveres que los reparten entre las mamás de los niños más pobres que viven en condiciones precarias.

En cuanto al apoyo social que brinda el estado a través de los programas sociales, en este sector existe el vaso de leche en donde los beneficiarios 6,7 % (12) son las gestantes y los niños quienes reciben semanalmente una bolsa mediana de avena con 2 tarros de leche evaporada; en caso de los adultos mayores 21,1 % (38) pertenecen al programa Pensión 65 recibiendo de manera bimensual 200 soles que lo invierten en satisfacer sus necesidades de alimento, vestido y lo comparten con sus familiares con quienes viven.

En lo que respecta a la institución de salud que más acuden los adultos más de la mitad acude al puesto de salud del Centro Poblado de Marian a 20 minutos caminando, aumentando la demanda del servicio en época de invierno por problemas respiratorios, en caso de que se detecte alguna enfermedad más complicada son transferidos al CISEA de Nicrupampa o al Hospital "Víctor Ramos Guardia" de la ciudad de Huaraz.

Más de la mitad de los adultos considera que el lugar donde recibió la atención en salud está a una distancia regular, pues es cierto que el puesto de salud del Centro Poblado de Marian se localiza a 20 minutos caminando, aunque para los adultos que viven en las partes más altas del Sector de Cachipampa consideran que se ubica lejos de su vivienda.

La mayoría de los adultos cuenta con el tipo de seguro SIS – MINSa donde se cubre un gran porcentaje de gastos del adulto por las atenciones en salud que recibe; pero hay un reducido grupo de adultos que no cuentan con el seguro SIS – MINSa ni con algún otro seguro, porque tienen viviendas de ladrillo y cemento o vehículos, por tanto no pueden acceder a este beneficio del estado, más por el contrario acuden a clínicas particulares o al hospital donde les cobran por la atención.

En cuanto al tiempo de espera para la atención hay opiniones divididas entre los adultos, a menos de la mitad les pareció regular pero refieren que se necesita más personal en el puesto de salud, otro grupo mencionan que fue largo debido a la demanda del servicio y para el resto de adultos les pareció corto ya que tan solo acudían para que les coloquen alguna ampolla.

Con relación a la calidad de atención recibida, más de la mitad de los adultos refieren que fue buena y menos de la mitad de adultos refieren que fue regular debido a diversas causas como por ejemplo los profesionales son capaces y eficientes pero en épocas de invierno aumenta la demanda de atenciones por las enfermedades respiratorias y no se abastecen para atender íntegramente a todos los pacientes, es entonces que los adultos se muestran disconformes incluso algunos refiriendo que la atención es mala. En este aspecto es importante resaltar que los encargados del puesto de salud tienen planes de ampliar las áreas de atención para lo cual ya cuentan con el terreno y están en gestiones para realizar la edificación.

Los adultos encuestados del Sector Cachipampa todos mencionan que no existe pandillaje o muestras de delincuencia cerca de su vivienda porque en su mayoría están dedicados a sus actividades cotidianas y repudian ese tipo de actos y también se evidencia valores como el respeto, la honradez, etc los que también son inculcados a los niños por los padres.

En conclusión a los determinantes de salud de las redes sociales y comunitarias en adultos del Centro Poblado de Marian - Sector Cachipampa se evidencia la necesidad de más apoyo de las diferentes instituciones, existe una brecha por cerrar en cuanto a las atenciones integrales en salud, se necesita apoyo de las autoridades locales para la ampliación del puesto de salud ya que cuentan con el terreno, así mismo la contratación de más profesionales de distintas especialidades.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

5.1. Conclusiones:

- En los determinantes de salud biosocioeconómicos en adultos del Centro Poblado de Marian – Sector Cachipampa – Independencia – Huaraz, se evidencia que menos de la mitad son adulto maduro, tienen secundaria completa/incompleta, ocupación eventual; más de la mitad son de sexo masculino; casi todos tienen ingreso económico menor de S/ 750.00. En los determinantes de salud relacionados al entorno físico tenemos: Menos de la mitad disponen de la basura enterrándola o quemándola; más de la mitad suelen eliminar la basura en otros lugares, comparten 2 a más miembros el dormitorio; la mayoría tienen viviendas unifamiliares, piso de tierra, techo de eternit, paredes de adobe, utilizan letrina, cocinan con leña y carbón; casi todos tienen vivienda propia; todos se abastecen de agua por conexión domiciliaria, tienen energía eléctrica permanente, pasan recogiendo la basura al menos una vez al mes.
- En los determinantes de los estilos de vida tenemos: Más de la mitad duerme de 6 a 8 horas, consume fruta 1 o 2 veces/semana, huevos 3 o más veces/semana; la mayoría ingiere bebidas alcohólicas ocasionalmente, no realizan exámenes médicos periódicos, caminan como actividad física, caminaron en las dos últimas semanas durante más de 20 minutos, consumen carne 1 o 2 veces/semana, pescado menos de 1 vez/semana, diariamente pan cereales verduras y hortalizas; casi todos no fuman; todos se bañan 4 veces/semana, consumen fideos 3 o más veces/semana, otros 1 o 2 veces/semana.

- En los determinantes de las redes sociales y comunitarias tenemos: Menos de la mitad le pareció regular el tiempo de espera; más de la mitad percibe apoyo familiar, se atendió en puesto de salud, a una distancia regular, buena calidad de atención; la mayoría no percibe apoyo organizado, otro apoyo del estado, cuentan con seguro (SIS-MINSA); todos refieren que no existe pandillaje cerca de su vivienda.

5.2. Recomendaciones:

- Se sugiere a las autoridades del Distrito de Independencia en unión con las autoridades del Centro Poblado de Marian priorizar la ejecución del proyecto del sistema de desagüe, que permita a los pobladores del Sector de Cachipampa eliminar adecuadamente las excretas.
- Se recomienda a las autoridades del Distrito de Independencia efectuar un cronograma de recojo de residuos sólidos a través del paso del camión recolector por el Sector de Cachipampa, como también promocionar la segregación de residuos sólidos.
- Se sugiere al Puesto de Salud por intermedio de los profesionales de la salud, dar a conocer la importancia y función de los principales nutrientes contenidos en los alimentos así como la correcta forma de balancearlos en la preparación, realizando periódicamente sesiones demostrativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. [página en internet]. Organización Mundial de la Salud [actualizado 2 jun 2018; citado 20 jul 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/11-10-2016-who-urges-global-action>.
2. OMS. [Página en internet]. Organización Mundial de la Salud – Prevalencia de la Diabetes, [actualizado 2 jun 2018; citado 20 jul 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/06-04-2016-world-health-day-2016-who-calls-for-global-action>
3. OMS. [página en internet]. Organización Mundial de la Salud – El Tabaco [actualizado 2 jun 2018; citado 20 jun 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/06-04-2016-world-health-day-2016-who-calls-for-global-action>
4. OMS. [página en internet]. Organización Mundial de la Salud – situación global de la Tuberculosis [actualizado 16 feb 2018; citado 20 jun 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
5. OPS/OMS – situación de los adultos en América Latina y el Caribe. [Página en internet] [Actualizado 16 feb 2018; citado 20 jun 2018].
6. Organización Panamericana de la Salud. La brecha de tratamiento en las Américas. Documento técnico. Washington, D.C.: OPS; 2013.

7. OPS/OMS Chile - Informe nutricional FAO/OPS [citado 20 jun 2018]. Disponible en:http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/FAOcountries/Uruguay/docs/PANORAMA_2017.pdf
8. Wilkinson R, & Marmot M, 2006. In Ministerio de Sanidad y Consumo (Ed.), Los determinantes sociales de la salud. los hechos probados (Edición española, traducción de la 2ª Edición de la OMS 2003 ed. Madrid:
9. MINSA. 1996. Capacitación a promotores de salud.
10. INEI, 2015. Evolución de la incidencia de la pobreza total en el Perú 2007-2015.
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016. Disponible en; <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/>
12. Boletín estadístico, Indicadores Económicos y Sociales, marzo del 2018.
13. INEI - Informe técnico Estadísticas de las Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares, octubre, noviembre y diciembre 2017.
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares, Trimestre: Octubre-Noviembre-Diciembre 2017.
15. MINSA. Análisis de la Situación Epidemiológica de la Tuberculosis en el Perú, 2015, Lima 11, Perú 2016.

16. Reporte HIS. Dirección de Estadística e informática de la DIRES-Ancash
17. Defunciones 2014. Dirección de Estadística e informática de la DIRES-Ancash
18. Organización mundial de la salud. determinantes sociales de la salud. [Serie Internet]. Disponible desde el URL: http://www.who.int/social_determinants/es/
19. Colomer Revuelta C, Álvarez-Dardet Díaz C, 2001. Promoción de la salud y cambio social. Ed. Masson.
20. Frutos J, y Royo M.A. 2006: Salud Pública y Epidemiología. Ed. Díaz de Santos.
21. OMS/PAHO. 1978. Declaración de Alma-Ata
22. OMS. 2008. Informe de la secretaría de la comisión sobre determinantes sociales de la salud. No. EB124/9. Ginebra: OMS
23. Anand S, 2004. The concern of equity in health. In S. Anand, F. Peter & A. Sen Eds., Public health, ethics and equity. pp. 73-84. Oxford: Oxford UP.
24. Leon Walt, & Gilson, 2001. UNDP: United Nations Development Programme. 2000; Whitehead, 1992.
25. Sistema de vigilancia comunal. Fichas familiares de los adultos del Centro Poblado de Marian – Sector Cachipampa – Independencia Huaraz, 2015.

26. Datos estadísticos del Puesto de Salud del Centro Poblado de Marian, Independencia Huaraz, 2015.
27. García J, Vélez C. Determinantes Sociales de la Salud y la Calidad de Vida en Población Adulta de Manizales, Colombia 2014. Scielo [serie en internet]. 2017 Ene. [Citado 04 de julio 2018]; vol. 43 2. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/746/863>
28. Silberman M, Moreno L, Kawas V, Gonzales E. Determinantes Sociales de la Salud en los Usuarios de Atención Sanitaria del Distrito Federal de México 2013. Scielo [serie en internet]. 2013 May. [Citado 04 de julio 2018]; vol. 56 (4). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026
29. Natividad V, Lujan K. Determinantes Socioeconómicos y Ambientales de la Hipertensión Arterial en Población adulta de Argentina, 2015. Scielo [serie en internet]. 2015 Oct. [Citado 04 de julio 2018]; vol. 42 (1). Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/586/476>
30. Asunción S. “Determinantes de la Salud en Padres de Familia. Institución Educativa N° 81584 “Everardo Zapata Santillana”, Sector El Cortijo - Trujillo, 2015” [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería] Trujillo [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote]. 2017.

31. Mariños J. “Efecto de Riesgo de los Determinantes Sociales y la accesibilidad a la atención de salud en el Perú 2016”. [Tesis para optar el grado académico de maestro en Gestión Pública] Lima Este [Universidad Cesar Vallejo]. 2018.
32. Lavado M. “Determinantes de la Salud en Mujeres Adultas Jóvenes. Pueblo Joven San Pedro - Chimbote, 2015”. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería] Chimbote [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote]. 2016.
33. De la Cruz M. “Determinantes de salud de los Adultos del Centro Poblado Huanchac – Sector “D” - Independencia - Huaraz, 2015”. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería] Huaraz [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote]. 2018.
34. Manrique M. “Determinantes de Salud de los Adultos del Centro Poblado de Huamarín - Sector B – Huaraz - Ancash, 2018”. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería] Huaraz [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote]. 2018.
35. Solís B. “Determinantes de la Salud de los Adultos del Centro Poblado de Marcac – Independencia – Huaraz, 2015” [Tesis para Optar el Título Profesional De Licenciado en Enfermería] Huaraz [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Huaraz] – 2015.
36. 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.

37. Lalonde M. 1974. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Ministry of Health and Welfare.
38. Dahlgren G, Whitehead M. 1992: Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen, Who Regional Office for Europe.
39. Dahlgren G, & Whitehead M. 1991. Policies and strategies to promote social equity in health. Estocolmo, Suecia: Institute for Futures Studies.
40. Gunning - Schepers L, J. 1999. Models: Instruments for evidence based policy. J Epidemiol Community Health, 53, 263.
41. Solar O, & Irwin A. 2009. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion. Paper N° 2. Ginebra, Suiza: WHO. Recuperado de http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
42. OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2012. Determinantes e inequidades en salud. En OPS, Salud en las Américas (pp. 12-59). Recuperado de http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=163&Itemid=125
43. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales, Ginebra, 2005

44. LIP, César y ROCABADO, Fernando. 2005. Determinantes sociales de la salud en el Perú. Ministerio de Salud. Cuaderno de Promoción de la Salud N°17.
45. OMS Organización Mundial de la Salud. OPS Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo Canadá Health-OPS/OMS, 2000
46. World Bank. 2006. World development report 2006. Equity and development. New York: World Bank, Oxford University Press.
47. Polit D, y Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4ª ed. México: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.
48. 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>.
49. Soplapuco P. Diseños de investigación científica para contrastar hipótesis [Monografía en internet]; 2014. [Citado 2018 Jul. 31]. Disponible en URL: <https://es.scribd.com/document/267223583/3-4-DISENOS-DEINVESTIGACION>
50. Canales F, Alvarado E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
51. Organización panamericana de la salud, organización mundial de la salud y asociación mundial de sexología. Promoción de la salud sexual; Recomendaciones para la acción. [Documento en internet]. Guatemala; 2000. [1

pantalla]. Disponible en URL: [http://www.amssac.org/biblioteca %20 sexualidad % 20 conceptos.html](http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.html)

52. Bugada S. definición de edad [Artículo en internet]. Unión Europea; 2012. [citado 2012 set 24]. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.Com/definición/educabilidad>.
53. Glaser R. Definición de Nivel de Instrucción. [Artículo en Internet] [Consultado 2018 jul 31]. [Alrededor de 02 plantillas]. Disponible en: <http://www.definicion.com/instruccion>.
54. Ballares M. Estudio de investigación “Aporte de ingresos económicos de las mujeres rurales a sus hogares”. Fundación latinoamericana de innovación social. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), México; 2010. Disponible en: [http://www.unifemweb.org .mx/documents/cendoc/economía/ecogen42.pdf](http://www.unifemweb.org.mx/documents/cendoc/economía/ecogen42.pdf)
55. García Sierra, Pelayo “Diccionario filosófico. Manual de materialismo filosófico”. Biblioteca Filosófica en Español, 1ª ed, Madrid, 2013.
56. 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
57. 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; 2000. Disponible en:<http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/PRESENTA.htm>
58. Licata M. concepto de estilo de vidas. [Portada en internet]; 2007. [Citado 2010 Ago. 26]. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.zonadiet.com/deportes/actividad-fisica-salud.htm>. AA.VV. Derecho Urbanístico de Castilla y León, El Consultor de los Ayuntamientos y de los Juzgados, Madrid; 2000. ISBN 84-7052-249-9. Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Vivienda#Bibliograf.C3.ADa>
59. AA.VV Derecho Urbanístico de Castilla y León, El Consultor de los Ayuntamientos y de los Juzgados, Madrid; 2000. ISBN 84-7052-249-9. Disponible en <http://es.org/wiki/Vivienda#Bibliograf.C3.ADa>
60. Barlow M, Clarke T, Blue Gold: The Fight to Stop the Corporate Theft of the World's Water; 2003.
61. Larousse Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Editorial, S.L. <http://es.thefreedictionary.com/desag%C3%BCe>
62. 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

63. 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>.
64. González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet]. España; 2010. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/cuasi/cuasi.shtm>
65. Beltran J. “Determinantes de la Salud en Adultos con Hipertensión Arterial. Asentamiento Humano Bello Horizonte – Lima, 2015”. [Tesis para Optar el Título Profesional De Licenciada en Enfermería] Chimbote [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote] - 2015.
66. López F. “Determinantes de Salud de los Adultos del Barrio de Huracán – Huari – Ancash, 2015”. [Tesis para Optar el Título Profesional De Licenciada en Enfermería] Huaraz [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote] - 2018.
67. Vega D. “Determinantes de la Salud en Adultos del Asentamiento Humano Tres Estrellas Chimbote, 2017” [Tesis para Optar el Título Profesional De Licenciada en Enfermería] Chimbote [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote] - 2017.
68. Rojas S. “Determinantes de la Salud en Adultos Jóvenes de la Escuela Profesional de Psicología IV Ciclo. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015”

[Tesis para Optar el Título Profesional De Licenciada en Enfermería] Chimbote
[Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote] – 2017.

69. Inga O. “Determinantes de la Salud en Estudiantes del Primer Ciclo de Enfermería – ULADECH – Chimbote, Perú 2015.” [Tesis para Optar el Título Profesional De Licenciada en Enfermería] Chimbote [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote] - 2017.
70. Miranda K. “Determinantes de Salud de los Adultos del Centro Poblado Mashuan – Huaraz, 2015” [Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería] Huaraz [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote]: 2018.
71. Definición de Sexo. [Portada en internet]. [Citado 2016 Abril 18]. Disponible desde el 2008. URL: <http://definicion.de/sexo/>.
72. Salas S. Que es Sexualidad y Equidad de Género. [Serie internet]. [Citado 2016 Abril.18]. [Alrededor de 1 pantalla libre]. Disponible desde el ULR: <http://es.answer.yahoo.com/question/index?qid>.
73. Núñez N, Rivera C, Tapia L, Vílchez C. definición de edad. [Monografía en internet]. 2008. [citado 2016 Abril 18]. [15 páginas]. Disponible en URL: <http://www.u-cursos.cl/medicina/2008>.
74. Alorda C. Situaciones de vida: definición de Adultez. [Revista en internet]. [Citado 2016 Abril. 18]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en URL: http://www.infermeravirtual.Com/eso/situaciones_de_vida/aduldez. 2009

75. Rosendo R, Consuelo G. Grado de instrucción y salud laboral. [Artículo en Internet]. [Citado 2016 mayo 18]. [Alrededor de 01 plantillas]. Disponible en: <http://74.125.47.132/search?cache:a0T2wNykSjwJ:www.arearh.com/salud%252>
76. Educación Secundaria [artículo en internet] 2016. Disponible desde URL: <http://www.definicionabc.com/general/educacion-secundaria.php>
77. Sánchez C. Entorno Socioeconómico y Estilo de vida en madres del Comedor Servas de México 2010. [Documento en internet]. México; 2010. [1 pantalla]. Disponible en URL: [%20conceptos.html](#).
78. Moncada F. Ocupación o tipo de trabajo. [Artículo en internet]. 2016 [citado 2016 mayo 16]. Disponible en URL: <http://www.trabajoinfantil.cl/definiciones.html>.
79. Dayli. Definición de ocupación. [Portada en internet]. 2016. [citado 2016 May 18]. Disponible desde el URL: <http://definiciones/ocupación>
80. Dirección Regional de Salud Ancash – Oficina de Epidemiología. Análisis de Situación de Salud DIRES Ancash, 2014.
81. Diario correo. INEI, Encuesta Nacional de Hogares: Ingreso promedio mensual por trabajo en el 2016 [Documento en Internet] [Citado 13 Mar 2016]. [Alrededor de 1 plantilla]. Disponible desde el URL: <https://diariocorreo.pe/economia/el-ingreso-promedio-mensual-por-trabajo-entre-los-peruanos-asciende-a-s-1-366-742592/>.

82. Huerta M. “Determinantes de Salud en Adultos Sanos del Asentamiento Humano Ida Terry – Carhuaz – Ancash, 2015”. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería] Huaraz [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote]. 2018.
83. Loayza G. “Determinantes de salud de los Adultos del Centro Poblado de Collón – Sector Cochanpamapa – Tarica, 2015.”. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería] Huaraz [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote]. 2018.
84. Felix L. “Determinantes de Salud de los Adultos del Centro Poblado Chinchil – Marañón – Huánuco, 2015”. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería] Huaraz [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote]. 2018
85. Valdez N. “Determinantes de la Salud en Adultos Mayores con Hipertensión. Anexo La Capilla – Samanco, 2017” [Tesis para Optar el Título Profesional De Licenciada en Enfermería] Chimbote [Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote] - 2017.
86. Peña Y. “Determinantes de la Salud en el Adulto Mayor. Pueblo Joven Miraflores Bajo – Chimbote, 2016”. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería] Chimbote [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote]. 2016.
87. Espinola J. “Determinantes de la Salud del Adulto Mayor. Asociación Mutua de Sub Oficiales Retirados de la PNP – Trujillo, 2015”. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería] Trujillo [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote]. 2017.

88. Martínez G. Conceptos Vivienda [artículo en internet] 2012. [Citado 2016 may 20]. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiqui/ conceptos vivienda](http://es.wikipedia.org/Wiqui/conceptos_vivienda).
89. Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos (Hábitat II), Programa de Hábitat, 1996, pe.
90. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mapa del Déficit Habitacional a Nivel Distrital 2007. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2007
91. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales XI de Población y VI de Vivienda 2007. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2007.
92. Censo Nacional De Población Y Vivienda Cepa. Ministerio de Economía. Secretaría de Programación Económica "Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas. Buenos Aires. 2000.
93. Sotelo L. Características de la Vivienda Conceptos. Sobre conceptos. [Documento en internet]. [Citado el 20 de may del 2016] disponible desde el URL: [http. // Conceptos.com/características de la vivienda](http://Conceptos.com/características_de_la_vivienda).
94. Aranda P. definición de vivienda [documento en internet]: [citado en mayo 2011]:[://www.tiposde.org/construccion/219-tipos-deviviendas/#ixzz2l2KgiG6Q](http://www.tiposde.org/construccion/219-tipos-deviviendas/#ixzz2l2KgiG6Q)
Definición de piso térmico - Qué es, Significado y Concepto
<http://definicion.de/piso-termico/#ixzz2l2UO7ceH>
95. Pérez L. Vocabulario básico de construcción arquitectónica. Ed. Univ. Politéc. Valencia. ISBN 84-97058844. (2005). Concepto de habitación. Definición en

DeConceptos.com.<http://deconceptos.com/cienciasjuridicas/habitacion#ixzz212aUwEuQ>.

96. Domínguez J. Apoyo social, integración y calidad de vida de la mujer inmigrante en Málaga [Tesis de doctorado]. Málaga: Departamento de psicología social, antropología social, trabajo social y servicios sociales; 2006
97. Características de Vivienda Construcciones. Sobre conceptos. [Documento en internet]. [Citado may. 20]. [Alrededor de 01 pantalla]. 2016 disponible desde el URL: [http. // Conceptos.com/características de la vivienda](http://Conceptos.com/características de la vivienda).
98. Enríques M. Números de habitantes [artículo en internet]. [Citado May20]. [1 pantalla]. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiki/ numero d habitantes](http://es.wikipedia.org/Wiki/numero_d_habitantes).
99. Organización Panamericana de la Salud. Hacia una vivienda saludable 2009. Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
100. Jessor R. Saneamiento Básico Conceptos [artículo en internet] 2016. Disponible en URL: [es.wikipedia.org/Wiki/ conceptos saneamiento básico](http://es.wikipedia.org/Wiki/conceptos_saneamiento_básico).
101. 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/PRES-ENTA.htm>.

102. OMS y UNICEF: Agua Potable Salubre y Saneamiento Básico en Pro de la Salud. [Portada de internet]. [Citado may. 2016]. [1 pantalla libre]. 2016. desde URL: http://www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/es/.
103. Ellarvi A. Conceptos Combustible. [Artículo en internet]. [Citado Marz. 20]. [Alrededor de 1 pantalla] 2011. Disponible en [definiciones/gas/](#)
104. Buganda S. “definición de Energía Eléctrica” [Artículo de internet]. [Citado may. 20.]. [Alrededor de una pantalla] 2016. Disponible en URL: [hppt//es.picopedagogia.com/definición/educabilida](http://es.picopedagogia.com/definición/educabilida)
105. Ortiz C. Pigars. Programa de eliminación de basura en calles. Lima; 2008.
106. Organización Mundial de la salud. Términos de Salud pública. Washington: OMS; 2007.
107. Dirección General de Salud Ambiental. Anuario de Estadísticas Ambientales 2012. Municipalidad Metropolitana de Lima: Dirección General de Salud Ambiental; 2012
108. Ellarvi A. deposición de excretas en el Perú. [Artículo en internet]. 2010 [Citado 2016 May.]. [Alrededor de 2 pantalla]. Disponible en: <http://coyunturadeposición.com/salario/nuevo-sueldo-minimo-vital-en-perú>
109. Say A. Universidad de San Carlos de Guatemala – Facultad de Humanidades. Concepto de basuras y su disposición. [Artículo en internet]. [Citado May. 2017]. [3 pantallas] 2009. Disponible en URL: www.conceptosdisposiciondebasuras.com. Y desechos.

110. Medline Plus [página en internet]. EE.UU: Fundación Semillita; [actualizada 5 May 2015; citado 20 May 2016]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/healthinsurance.html>.
111. Organización Mundial de Salud. Eliminación. [Serie Internet]. [Citado 2016 May.20]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible desde ULR: <http://www.doctorperu.com/sexualidadnoticias.php>.
112. Peru: Determinantes de la pobreza, 2009
113. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) – “Informe Técnico del Trimestre julio, agosto, septiembre de 2017 de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO).
114. Loarte M. “Determinantes de Salud de los Adultos del Sector de Secsecpampa – Independencia – Huaraz, 2018”. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería] Huaraz [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote] 2018.
115. Vergara N. “Determinantes de Salud de los Adultos del Caserío de Huamas – Yanama – Ancash, 2015” [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería] Huaraz [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote] 2018.
116. Chávez E. “Determinantes de salud de los Adultos del Centro Poblado de Toma – Carhuaz – Ancash, 2015”. [Tesis para optar el título profesional de licenciado en enfermería] Huaraz [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote] 2018.

117. Hipolito R. “Determinantes de la Salud en Adultos Mayores. Asentamiento Humano Los Cedros - Nuevo Chimbote, 2016”. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería] Chimbote [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote] 2016.
118. Lino H. “Determinantes de la Salud en Adultos con Tuberculosis, Centro de Salud Yugoslavo Nuevo Chimbote, 2015”. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería] Chimbote [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote] 2017.
119. Chuqui J. “Determinantes de la Salud en Adultos Jóvenes Asentamiento Humano Villa España – Chimbote, 2014”. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería] Chimbote [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote] 2015.
120. Organización Mundial de la salud. Tabaquismo 2013. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2013.
121. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Promoción de la Salud. [Conferencia Internacional] Santa Fe de Bogotá: Organización Panamericana de la Salud; 1922.
122. Bozo C. Estudio de alcoholismo en el adulto y en adulto mayor Maracaibo - Venezuela 2008. Concluyendo que: Estudios entre 1997 y 2007. [Portada en internet]. 2008. [Citado 2016 May 22]. Disponible desde el URL: <http://investigación.es/>
123. CEDRO. El alcoholismo. [folleto] Perú: Lugar de escucha; 2013

124. Pardo G. Servicio de promoción de la salud. “Dormir bien es importante para tu salud”. [Página en Internet] [Citado el 2014 Julio 5]. Disponible desde el URL: <http://www.serviciodepromociondelasalud.es/articulos/403-dormir-bien-esimportante-para-tu-salud>
125. Gonzales k. Sueño – Salud y Descanso [Artículo en internet] [citado 22 de Mayo de 2016]. Disponible en URL: [http://www. Conceptos dormir –descanso –Salud.](http://www.conceptosdormir-descanso-salud.com)
126. Kozier B, Erb G, Olivieri R. Descanso y sueño. Enfermería Fundamental, Conceptos, procesos y práctica. 4º ed. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana; 1993.p. 1004 – 1023.
127. Fernández S, Ethel S. En su estudio acerca concepto de la higiene y La importancia de una buena higiene en el baño [página en internet] [citado 22 May 2016] Disponible en: URL: <http://www.silestoneinstitute.com/es/conceptohigiene/cocina/article.aspx?ID9>
128. Nekane A. Higiene diaria. “Baño completo”. [Documento en Internet] [Citado 22 May 2016]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: <http://andarrat.free.fr/cap2.htm>.
129. INEBA. Chequeo médico preventivo. [Documento en Internet] [Citado 22 May 2016]. [Alrededor de 1 planilla]. Disponible desde el URL: <http://www.ineba.net/servicios/chequeos/chequeos-medicos>
130. Pérez Arriaga, José Ignacio. Examen médico. [Documento en Internet] [Citado 22 May 2016] Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2002.

131. Segura L. Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida. [Documento en internet]. Colombia; 2001. [Citado 22 May 2016]. [alrededor de 3 pantallas]. Disponible en URL: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>
132. Cruz P, Regidor E. Determinantes socioeconómicos de la inactividad física. Inguruak [serie en internet]. 2007 [citada 22 May 2016]; 44(22): [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: <http://determinantessocioeconomicos.com>.
133. García M. Aspectos sociales del deporte: una reflexión sociológica. Madrid: Alianza 2012.
134. Blázquez D. La iniciación deportiva y el deporte escolar. En Blázquez Ed. pp. 19 - 46. Barcelona: INDE. 2004
135. Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. [Serie Internet] [Citado 22 May 2016]. Disponible desde el URL: http://www.who.int/social_determinants/es/.
136. Huiza G. Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud en el Hospital de la Base Naval del Callao [Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Enfermería mención Gestión en Enfermería] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
137. FAO. Guía para la gestión municipal de programas de seguridad alimentaria y nutricional. Santiago, Chile. 2010.

138. Pariona K. “Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el Centro Poblado de Barrio Sur – Salitral - Sullana, 2014”. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería] Sullana [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote]. 2018.
139. Cordova M. “Determinantes de Salud de los Adultos del Centro Poblado de Curhuaz – Sector Jakpa – Independencia – Huaraz, 2014”. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería] Huaraz [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote]. 2018.
140. Huerta N. “Determinantes de Salud de los Adultos del Centro Poblado de Pampacancha – Recuay, Ancash, 2015”. [Tesis para optar el título profesional de licenciado en enfermería] Chimbote [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote]. 2018.
141. García R. “Determinantes de la Salud en la Persona Adulta en el Caserío El Sauce – Valle Chipillico – Sullana, 2014”. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería] Sullana [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote]. 2018.
142. Lecca N. “Determinantes de la Salud en el Adulto Mayor del Asentamiento Humano Nuevo Paraíso – Nuevo Chimbote, 2015”. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería] Chimbote [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote]. 2017.

143. Salazar J. “Determinantes de la Salud en las Personas Adultas del Pueblo Joven San Martín – Tacna, 2013” [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería] Tacna [Universidad Católica los Ángeles de Chimbote] 2015.
144. Aparicio T. El papel de la familia [Página en internet] [citado 23 May 2016]. Disponible en: http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID_CATEGORIA=101175&RUTA=1-5-12-365-101175.
145. Matud P, Carballeira M, López M, Marrero R, Ibáñez I. Apoyo social y salud: un análisis de género. [página en internet] [citado 23 May 2016] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58222505>.
146. Gallardo L. Redes de apoyo social, Costa Rica 2008 [Página en internet] [citado 23 May 2016]. Disponible en http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap5web.pdf
147. Guzmán J. Redes de apoyo social a personas mayores: Marco conceptual. Documento presentado en la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Mayores, CEPAL Santiago de Chile; 2002.
148. Organismos Internacionales para la Ayuda Social, diciembre 2012 [Página Internet] [Citado 22 May 2016]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/rev/cccss/22/organismos-internacionales-para-ayuda-social.html>
149. Ministerio de Economía y Finanzas, Perú [Página Internet] [Citado 22 May 2016]. Disponible en URL:

http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_rd_sitemap&view=sitemap&id=1&Itemid=100004&lang=es

150. MIDIS pensión 65 Perú [Pagina Internet] [Citado 22 May 2016]. Disponible en URL: <http://www.pension65.gob.pe/>.
151. Comedores populares en Perú [Página Internet] [Citado 22 May 2016]. Disponible en URL: <http://estadisticas.comunidadandina.org/estadisticasandinas/CANPS/archivos/0415.pdf>.
152. Concepto de Instituciones de Salud Panamá. 2006. [Página Internet] [Citado 22 May 2016]. Disponible en ULR: <http://www.ua-cc.org/aspectos3.jsp>
153. MINSA "Categorías de Establecimientos del Sector Salud". [Página Internet] [Citado 22 May 2016]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=4>
154. OMS temas de salud “Hospitales” [Página Internet] [Citado 22 May 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/hospitals/es/>
155. Villanueva A. Accesibilidad geográfica a los sistemas de salud y educación. Análisis espacial de las localidades de Necochea y Quequén. Revista Transporte y Territorio.2010; pág. 136.
156. Norma técnica 028 Minsa/DGSP, “Norma Técnica de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas” [Página Internet] [Citado 22 May 2016]. Disponible en: URL: <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=4>

157. Vargas I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. [Tesis doctoral] Barcelona - España [Universidad Autónoma de Barcelona] 2009.
158. Geo Salud, “seguro de salud” [Página Internet] [Citado 22 May 2016]. Disponible en: <http://www.geosalud.com/seguromedico/segurosalud.htm>
159. Seguro Social de Salud del Perú. [Página Internet] [Citado 22 May 2016]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/nuestra-institucion/#tabs-5-0-0>
160. MINSA “misión” [Página Internet] [Citado 22 May 2016]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=4>
161. Dirección Ejecutiva de Sanidad PNP. [Página Internet] [Citado 22 May 2016]. Disponible en: <http://direjesanblogger.blogspot.pe/>
162. Montero A, Feal B, Calvín M, Margusino L, Hurtado JL, Vázquez I. Calidad percibida por los pacientes externos en la consulta de atención farmacéutica del servicio de farmacia. 2006.
163. Gestión, “tiempo de espera para atención medica” [Página Internet] [Citado 22 May 2016]. Disponible en: <http://gestion.pe/economia/tiempo-espera-atencion-medica-essalud-doble-que-clinicas-2153266>
164. De la Calle JL, Abejón D, Cid J, del Pozo C, Insausti J, López E, et al. Estándares de calidad asistencial y catálogo de procedimientos de las unidades de dolor crónico. Revista de la Sociedad Española del Dolor 2010; 17 (2): 114-33.

165. Ruelas E, Querol J. Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud. México: Fundación Mexicana para la Salud; 1994. p. 37-51.
166. Rubio Cebrián, Santiago. “Glosario de Economía de la Salud”. Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud. España, 1995
167. Ministerio de Salud. Estándares de calidad para el primer nivel de atención 2003. Perú: Ministerio de Salud [Página Internet] [Citado 22 May 2016]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=4>
168. Organización Mundial de la Salud. Convocatoria de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud. Geneva: OMS; 2004.
169. Leyva K. El pandillaje [Monografía en internet] [Citado 22 May 2016]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos53/pandillajeperu/pandillajeperu.shtml#ixz2lhBrp800>.
170. PEREA M. “Informe de Consultoría sobre Definición y Categorización de Pandillas – Colombia, México”. Bogotá, mayo de 2007.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE SALUD EN
ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR
CACHIPAMPA - INDEPENDENCIA – HUARAZ, 2015.**

Elaborado por Vélchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Iniciales o seudónimo del nombre de la

Persona.....

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONÓMICO

1. Sexo: Masculino () Femenino ()

2. Edad:

- Adulto Joven (20 a 40 años) ()
- Adulto Maduro (40 a 64 años) ()
- Adulto Mayor (65 en adelante) ()

3. Grado de instrucción:

- Sin nivel ()
- Inicial/Primaria ()
- Secundaria Completa/Secundaria Incompleta ()
- Superior universitaria ()
- Superior no universitaria ()

4. Ingreso económico

- Menor de 750 ()
- De 751- 1000 ()
- De 1001-1400 ()
- De 1401-1800 ()
- De 1801 a más ()

5. Ocupación:

- Trabajador estable ()
- Eventual ()
- Sin ocupación ()
- Jubilado ()

II. DETERMINANTES RELACIONADOS CON EL ENTORNO FÍSICO

6. Tipo de vivienda:

- Unifamiliar ()
- Multifamiliar ()
- Vecindad, quinta, choza, cabaña ()
- Local no destinado para habitación humana ()
- Otros ()

7. Tenencia de la vivienda:

- Alquiler ()
- Cuidador, alojado ()
- Plan social (de casa para vivir) ()
- Alquiler venta ()
- Propia ()

8. Material del piso:

- Tierra ()
- Entablado ()
- Loseta, vinílico ()

- Lámina asfálticas ()
- Parquet ()

9. Material del techo:

- Madera esfera ()
- Adobe ()
- Estera y adobe ()
- Material noble, ladrillo y cemento ()
- Eternit. ()

10. Material de las paredes:

- Madera ()
- Adobe ()
- Estera y adobe ()
- Material noble, ladrillo y cemento ()

11. N* de personas en dormitorio:

- 4 a más miembros
- 2 a más miembros
- Independiente

12. Abastecimiento de agua:

- Acequia ()
- Cisterna()
- Pozo ()
- Red pública ()
- Conexión domiciliaria ()

13. Eliminación de excretas:

- Aire libre ()
- Acequia o canal ()
- Letrina ()

- Baño público ()
- Baño propio ()
- Otros ()

14. Combustible para cocinar:

- Gas, electricidad ()
- Leña, carbón ()
- Bosta ()
- Tuza (coronta de Maíz) ()
- Carca de vaca ()

15. Tipo de alumbrado:

- Sin energía ()
- Lámpara (no eléctrica) ()
- Grupo electrógeno ()
- Energía eléctrica temporal. ()
- Energía eléctrica permanente ()
- Vela ()

16. Disposición de basura:

- A campo abierto. ()
- Al río ()
- En un pozo ()
- Se entierra, quema, carro recolector. ()

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

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

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

- Carro recolector ()
- Montículo o campo limpio ()
- Contenedor específicos de recogida ()
- Vertido por el fregadero o desagüe ()
- Otros. ()

III. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

19. 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 ()

20. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

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

21. Número de horas que duerme:

- De 6 a 8 horas. ()
- De 8 a 10 horas. ()
- De 10 a 12 horas. ()

22. ¿Cuál es la frecuencia con la que se baña?

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

23. ¿Usted realiza examen médico periódico?

Si () No ()

24. ¿Usted realiza alguna actividad física?

Caminar () Deporte () Gimnasia () No realizo ()

25. ¿Usted realizo Actividad física en estas dos últimas semanas durante más de 20 minutos?

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

26. 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					
Huevos					
Pescado					
Fideos					
Pan, cereales					
Verduras y hortalizas					
Otros					

IV. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

27. ¿Percibe algún apoyo social natural?

- Familiares ()
- Vecinos ()
- Amigos ()
- Compañeros espirituales. ()
- Compañeros de trabajo. ()
- No recibo. ()

28. ¿Percibe algún apoyo social organizado?

- Organizaciones de ayuda al enfermo ()
- Seguridad social ()
- Empresa para la que trabaja ()
- Instituciones de acogida ()
- Organizaciones de voluntariado ()
- No recibo ()

29. ¿Percibe algún apoyo social organizado?

- Pensión 65()
- Comedor popular. ()
- Vaso de leche. ()
- Otros. ()

30. Indique en que institución de salud se atendió:

- Hospital ()
- Centro de salud ()
- Puesto de salud ()
- Clínicas particulares ()
- Otros ()

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

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

32. Qué tipo de seguro tiene Usted:

- ESSALUD ()
- SIS-MINSA ()
- Sanidad ()

- Otros ()

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

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

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

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

35. ¿Existe pandillaje o delincuencia cerca de su vivienda?

Si () No ()

Muchas gracias, por su colaboración.



VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE SALUD EN ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2015.

Validez de contenido:

La medición de la validez de contenido se realizó utilizando la fórmula de Lawshe denominada “Razón de validez de contenido (CVR)”.

$$CVR = \frac{n_e - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

ne=número de expertos que indican esencial.

N= número total de expertos.

Al validar el cuestionario se calcula la razón de validez de contenido para cada reactivo, el valor mínimo de CVR para un número de 8 expertos es de 0,75.

De acuerdo con Lawshe si más de la mitad de los expertos indica que una pregunta es esencial, esa pregunta tiene al menos alguna validez de contenido.

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 8 expertas del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada de la expertas la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE SALUD EN ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CAHIPAMPA – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2015.” (Ver anexo 02).
3. Cada experta respondió a la siguiente pregunta para cada una de las preguntas del cuestionario: ¿El conocimiento medido por esta pregunta es:

Esencial?

Útil pero no esencial?

No necesaria?

4. Una vez llenas las fichas de validación, se anotó el número de expertas que afirma que la pregunta es esencial.
5. Luego se procedió a calcular el CVR para cada uno de las preguntas. (Ver anexo..)
6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo de la CVR teniendo en cuenta que fueron 8 expertas que evaluaron la validez del contenido. Valor mínimo 0,75.
7. Se identificó las preguntas en los que más de la mitad de las expertas lo consideraron esencial pero no lograron el valor mínimo.
8. Se analizó si las preguntas cuyo CVR no cumplía con el valor mínimo se conservarían en el cuestionario.
9. Se procedió a calcular el Coeficiente de Validez Total del Cuestionario.

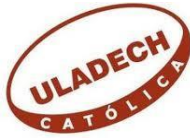
Calculo del Coeficiente de Validez Total:

$$\text{Coeficiente de validez total} = \frac{\sum CVR_i}{\text{Total de reactivos}}$$

$$\text{Coeficiente de validez total} = \frac{25,5}{34}$$

Coeficiente de validez total = 0,75.

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.



**VALIDEZ DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE
SALUD EN ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR
CAHIPAMPA – INDEPENDENCIA - HUARAZ, 2015.**

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE EXPERTAS:

Nº	Exper.1	Expe. 2	Expe. 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	ne	CVR por pregunta
1	1	1	1	2	1	1	1	2	6	0,750
2	2	1	1	2	1	1	1	1	6	0,750
3	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
4	2	2	1	2	1	1	1	1	5	0,625
5	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
6	2	2	1	0	1	1	2	2	3	0,375 (*)
7.1	1	0	1	2	1	2	1	1	5	0,625
7.2	2	1	1	0	1	2	1	1	5	0,625
7.3	2	1	1	2	1	2	1	1	5	0,625
7.4	2	1	1	2	1	2	1	1	5	0,625
7.5	1	1	1	0	1	1	2	2	5	0,625
8	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
9	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
10	1	1	1	0	1	1	1	1	7	0,875
11	2	1	1	2	1	2	2	1	4	0,500 (*)
12	1	1	1	1	1	2	2	2	5	0,625
13	2	1	1	1	1	1	1	2	6	0,750
14	2	1	1	1	1	2	2	1	5	0,625
15	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
16	0	1	1	1	0	2	1	1	5	0,625
17	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
18	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
19	1	1	1	2	1	1	1	1	7	0,875
20	2	1	1	2	2	1	1	1	5	0,625
21	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1,000
22	1	2	1	1	1	1	1	1	7	0,875
23	2	1	1	1	1	1	1	1	7	0,875
24	2	2	1	1	1	1	1	1	6	0,750
25	1	1	1	1	1	2	1	1	7	0,875
26	2	1	1	1	1	2	1	1	6	0,750
27	2	1	1	2	1	2	1	1	5	0,625
28	2	1	1	1	1	2	1	1	6	0,750
29	2	1	1	1	1	2	2	1	5	0,625
30	1	1	1	1	1	2	2	1	6	0,750
										25,500

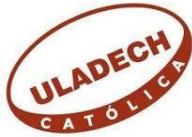
DETERMINANTES DE LA SALUD	PERTINENCIA ¿La habilidad o conocimiento medido por estas preguntas es....?			ADECUACIÓN (*) ¿Está adecuadamente formulada para los destinatarios a encuestar?				
	Esencial	Útil pero no esencial	No necesaria	1	2	3	4	5
I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO								
P1								
Comentario:								
P2								
Comentario:								
P3								
Comentario:								
P4								
Comentario:								
P5								
Comentario:								
P6								
Comentario:								
II. DETERMINANTES DEL ENTORNO FÍSICO								
P7								
P. 7.1.								
Comentario:								
P. 7.2.								
Comentario:								
P. 7.3.								
Comentario:								
P. 7.4.								
Comentario:								
P. 7.5.								
Comentario:								
P8								
Comentario								
P9								
Comentario:								

P10									
Comentario									
P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
P14									
Comentario:									
III. DETERMINANTES DE PERSONALES HABITOS DE SALUD DE									
P15									
Comentario:									
P16									
Comentario:									
P17									
Comentario									
P18									
Comentario:									
IV. DETERMINANTES ALIMENTARIOS									
P19									
Comentario:									
V. PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS									
P20									

Comentario									
P21									
Comentario:									
P22									
Comentario:									
P23									
Comentario:									
P24									
Comentario:									
VI. DETERMINANTE DE AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD									
P25									
Comentario:									
VII.DETERMINANTE DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD									
P26									
Comentario:									
P27									
Comentario:									
P28									
Comentario:									
P29									
Comentario:									
P30									
Comentario:									

Fuente: Ficha de evaluación de expertos.

(*) Preguntas N° 6 y N° 11 fueron consideradas como no necesarias por las expertas. Sin embargo estas preguntas permanecieron en el cuestionario por decisión de la investigadora ya que no afecto que la Validez total del cuestionario logrará el valor mínimo requerido (0,75).



ANEXO N° 03



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS
DETERMINANTES DE SALUD EN ADULTOS DEL CENTRO POBLADO
DE MARIAN – SECTOR CAHIPAMPA – INDEPENDENCIA - HUARAZ,
2015.

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.

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



ANEXO N° 04



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO:

**DETERMINANTES DE SALUD EN ADULTOS DEL CENTRO POBLADO
DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA – HUARAZ,
2015.**

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.

El investigador se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informaran de modo general, guardando en reserva la identidad de las personas entrevistadas.

Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

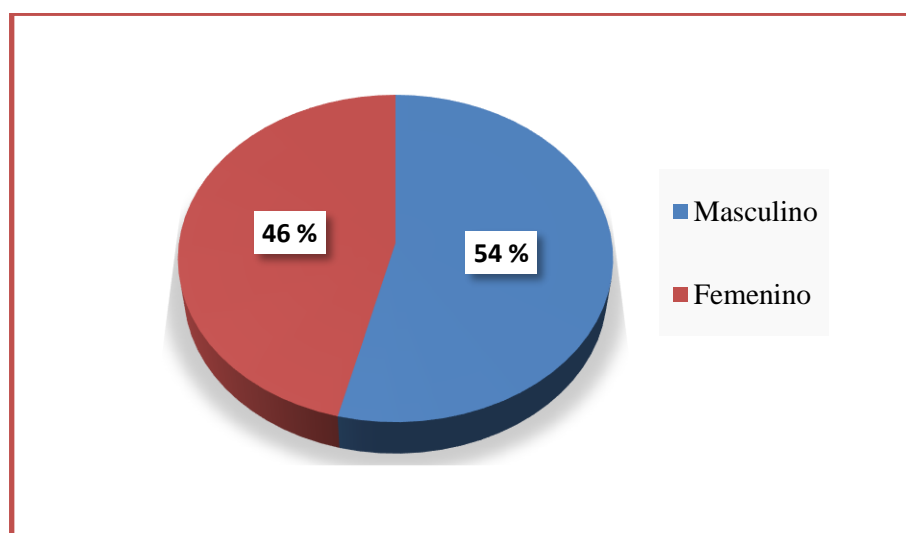
FIRMA

.....

DETERMINANTES DE SALUD BIOSOCIOECONÓMICO EN ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN - SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA, HUARAZ, 2015.

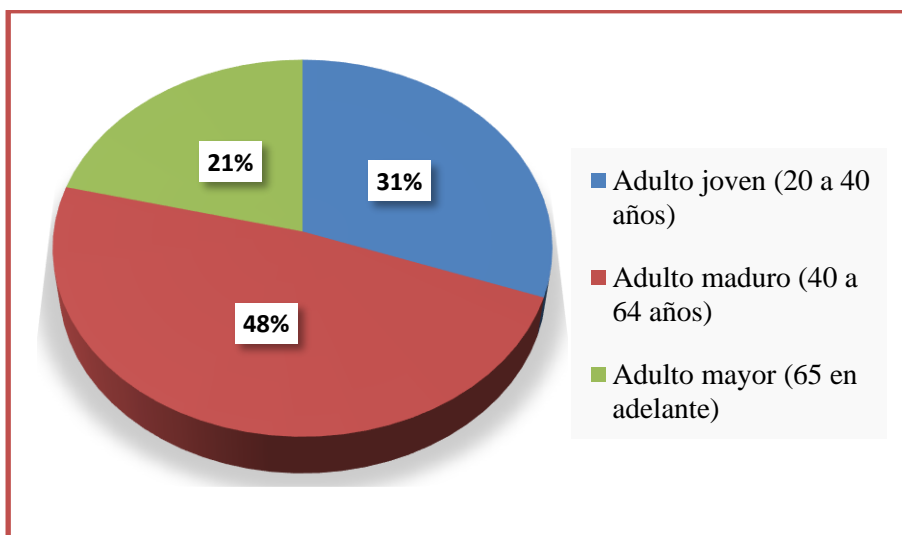
GRÁFICOS DE TABLA 1

GRÁFICO Nº 01: SEXO DEL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015



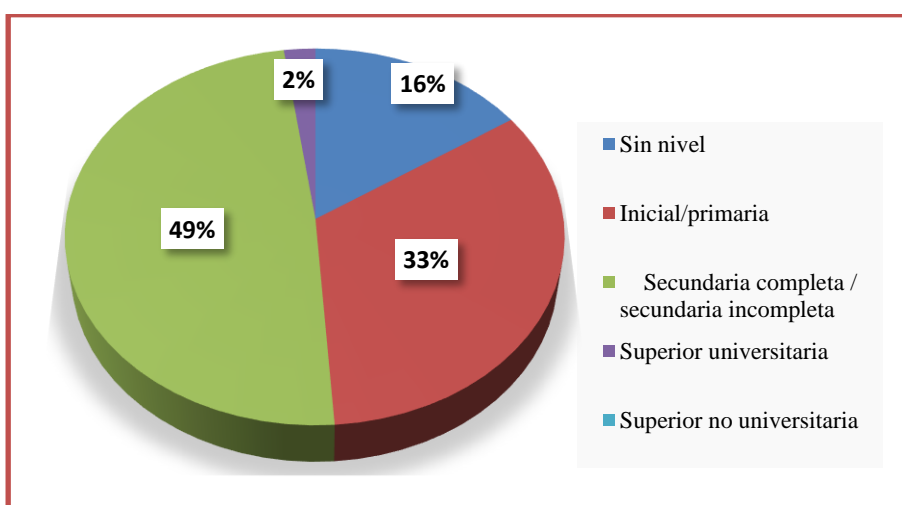
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

GRÁFICO Nº 02: EDAD DEL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015



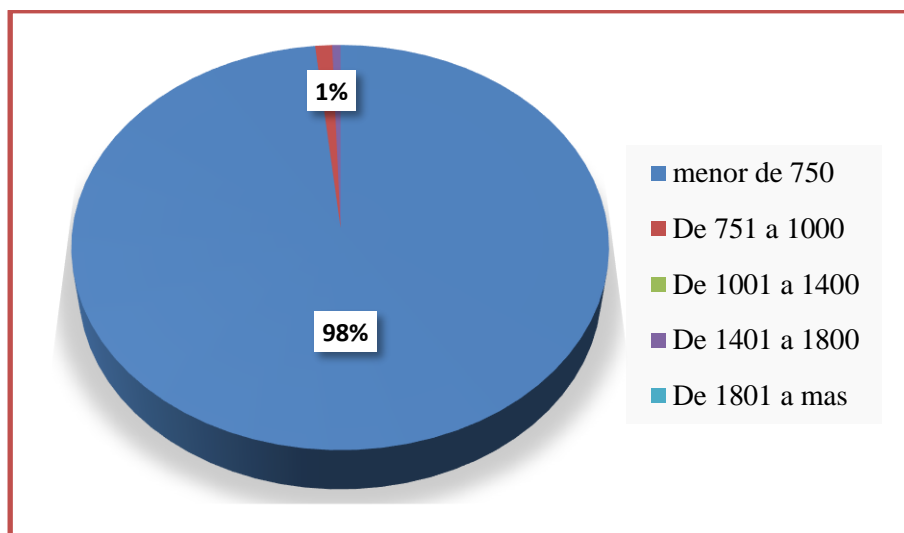
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

GRÁFICO Nº 03: GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015



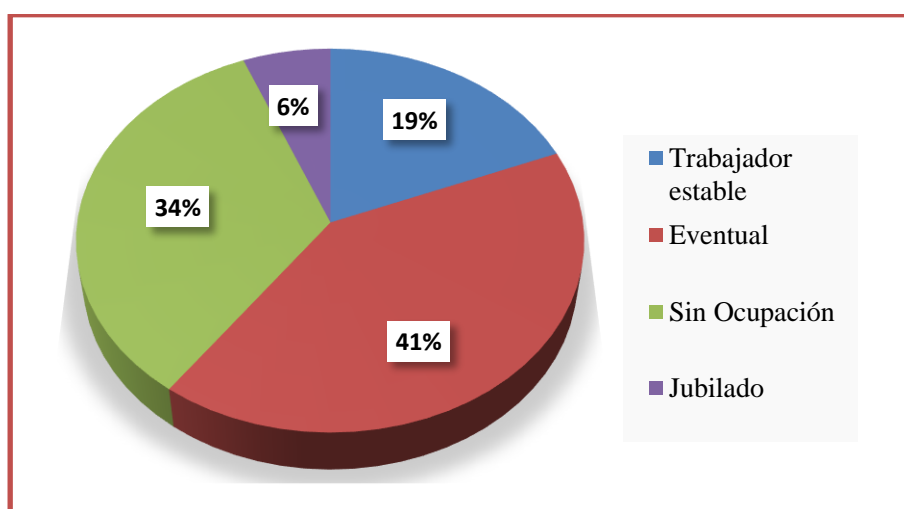
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

GRÁFICO N° 04: INGRESO ECONOMICO DEL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huazara, 2015.

GRÁFICO N° 05: OCUPACION DEL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015

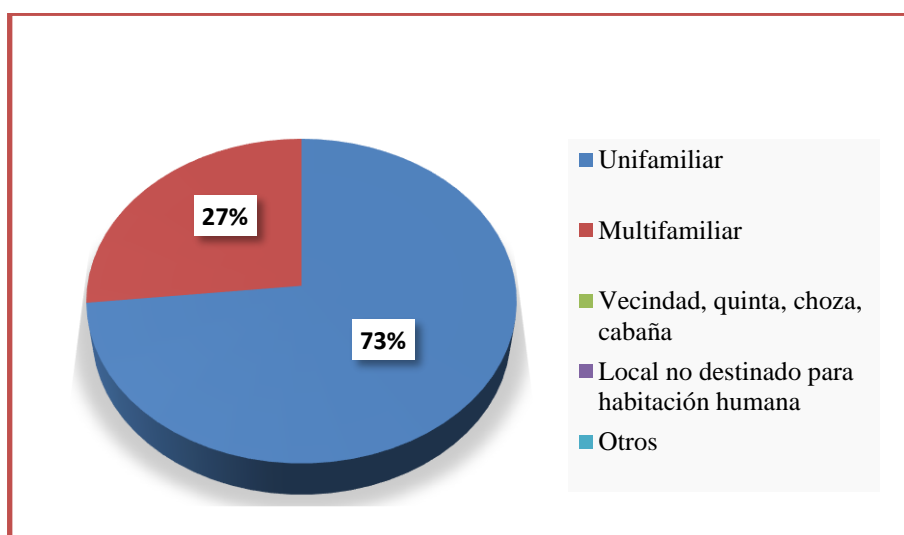


Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huazara, 2015.

**DETERMINANTES DE SALUD RELACIONADOS AL ENTORNO FÍSICO
EN ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN - SECTOR
CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA, HUARAZ, 2015.**

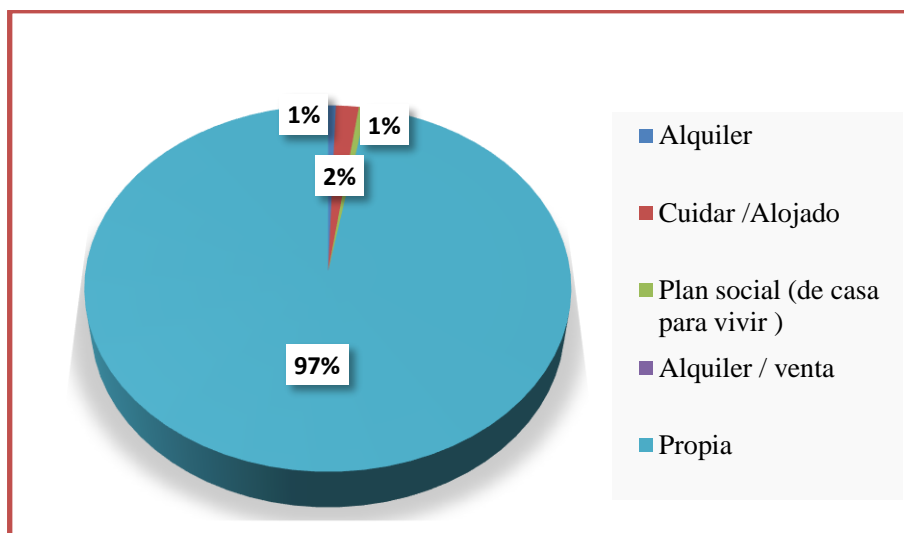
GRÁFICOS DE TABLA 2

**GRÁFICO Nº 01: TIPO DE VIVIENDA DEL ADULTO DEL
CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA –
INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015**



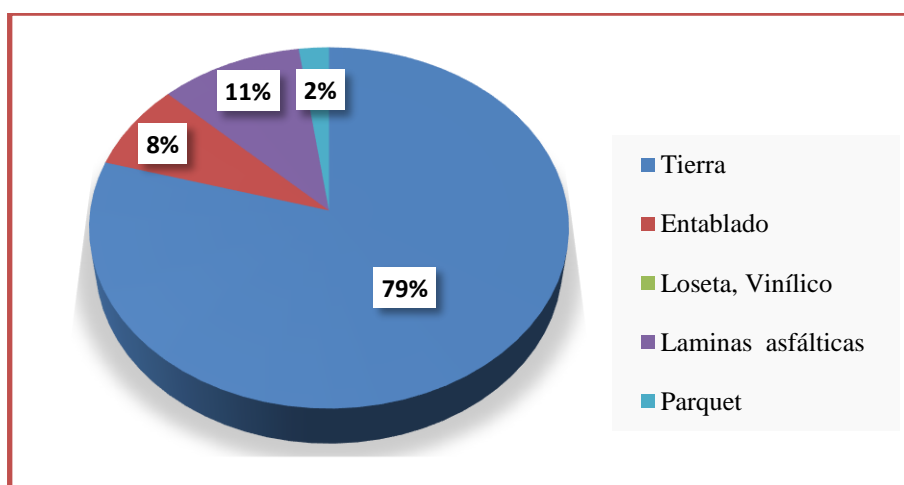
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

GRÁFICO N° 02: TENENCIA DE VIVIENDA DEL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015



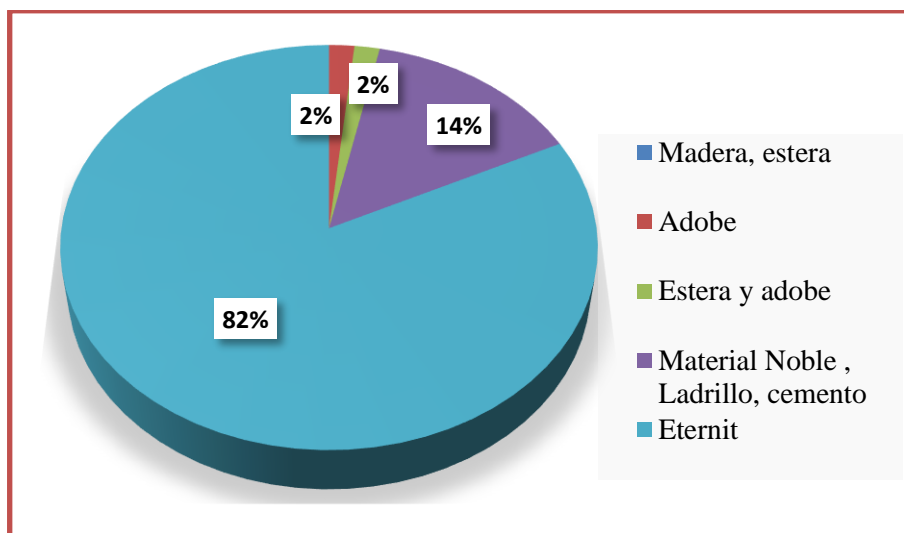
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

GRÁFICO N° 03: MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA DEL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015



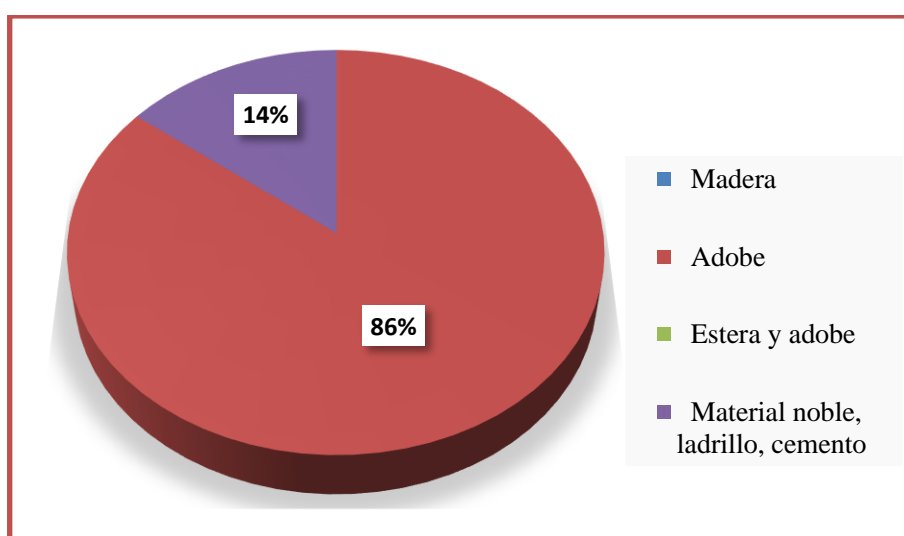
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

**GRÁFICO N° 04: MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA
DEL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR
CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015**



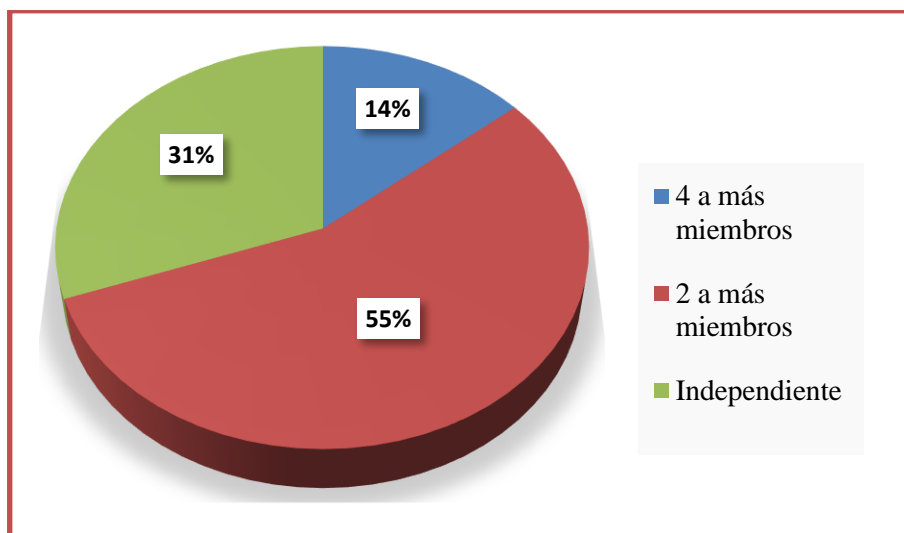
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

**GRÁFICO N° 05: MATERIAL DE LAS PAREDES DE LA
VIVIENDA DEL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN
– SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015**



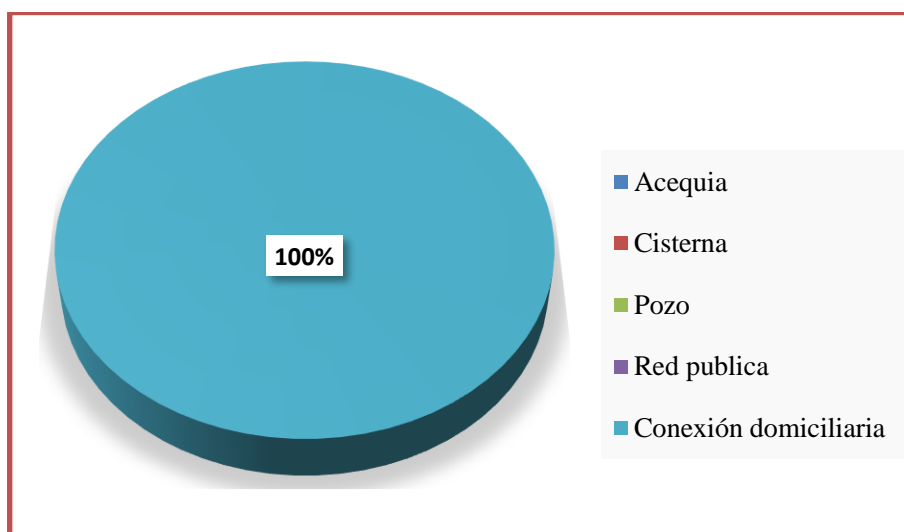
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

GRÁFICO N° 06: N° DE PERSONAS EN DORMITORIO DEL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015



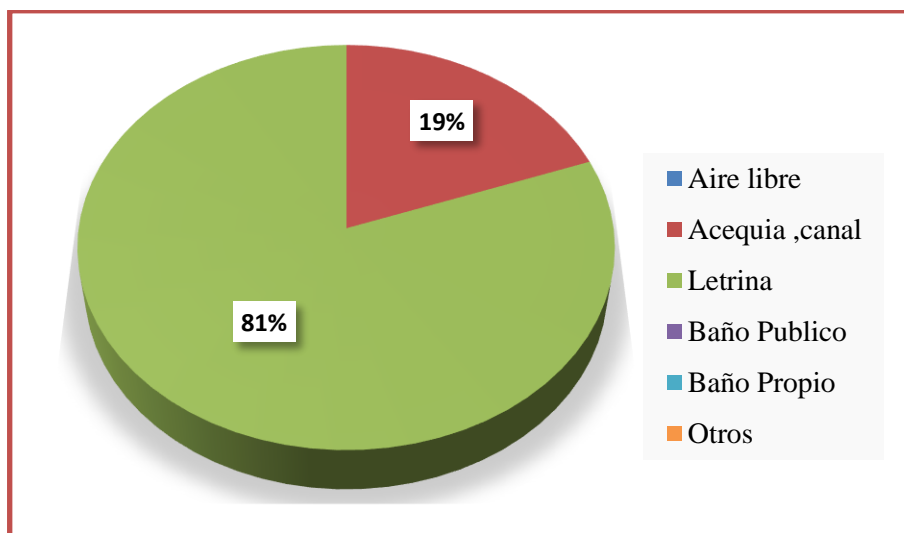
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

GRÁFICO N° 07: ABASTECIMIENTO DE AGUA DEL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015



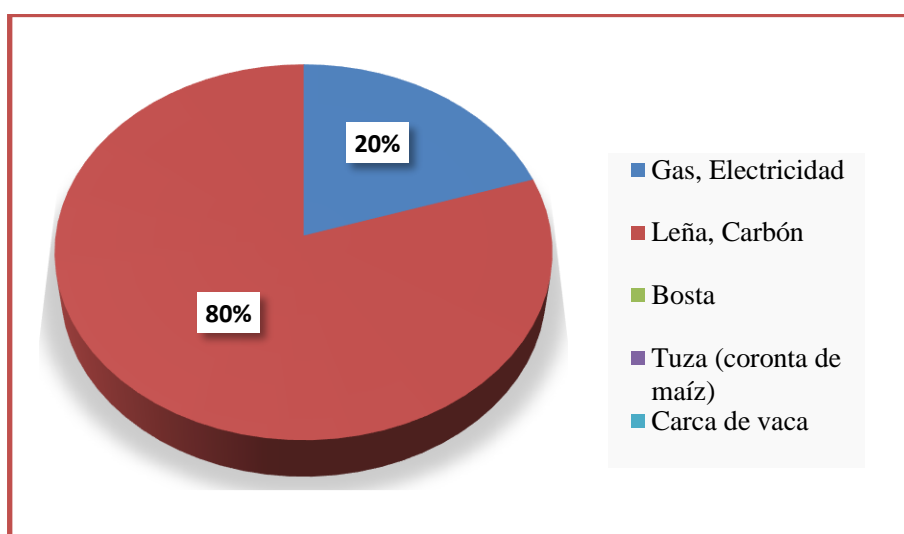
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

**GRÁFICO N° 08: ELIMINACION DE EXCRETAS DEL ADULTO
DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR
CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015**



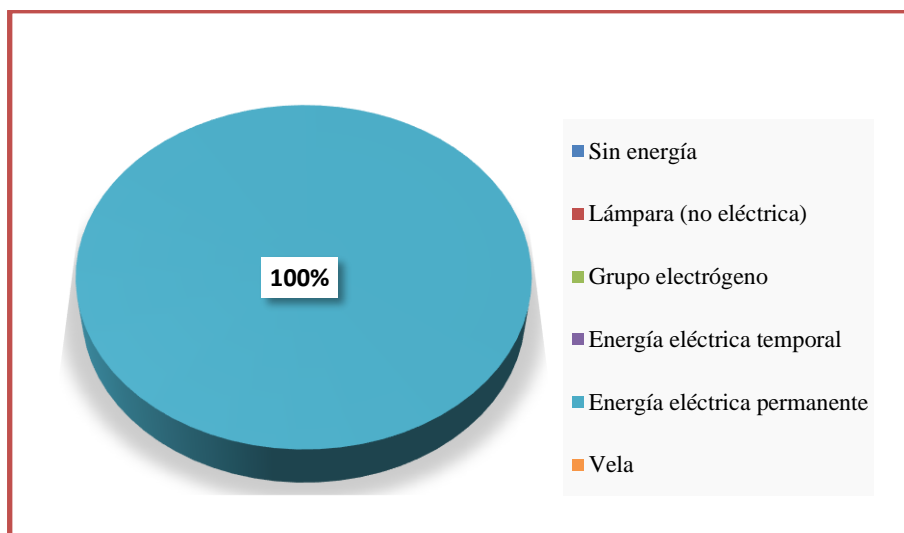
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

**GRÁFICO N° 09: CONBUSTIBLE PARA COCINAR DEL ADULTO
DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR
CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015**



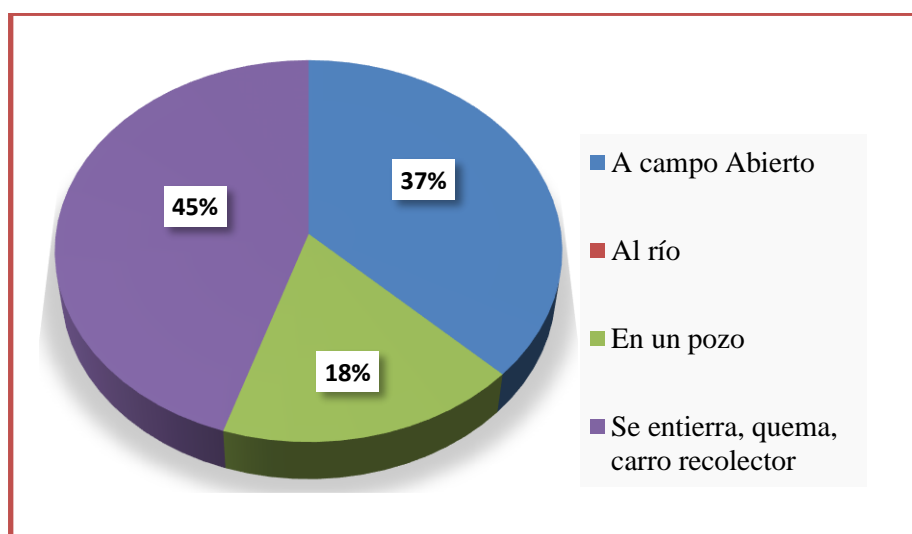
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

GRÁFICO N° 10: TIPO DE ALUMBRADO DEL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015



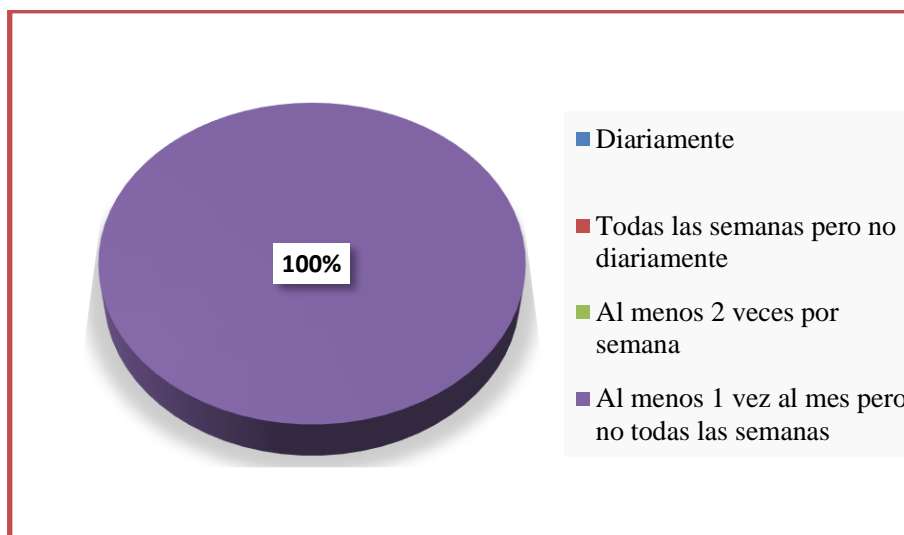
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

GRÁFICO N° 11: DISPOSICION DE BASURA DEL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015



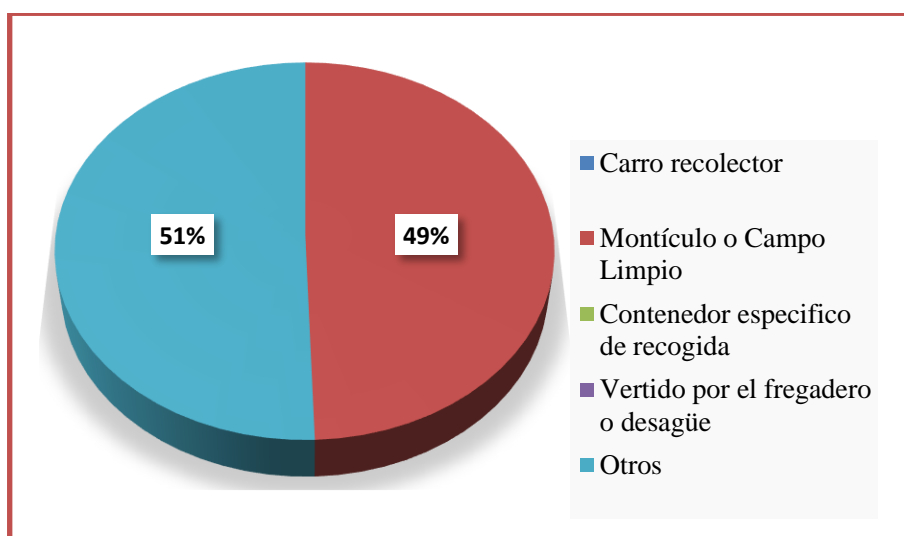
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

GRÁFICO N° 12: FRECUENCIA DEL RECOJO DE LA BASURA DEL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

GRÁFICO N° 13: LUGARES DE ELIMINACION DE BASURA DEL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015

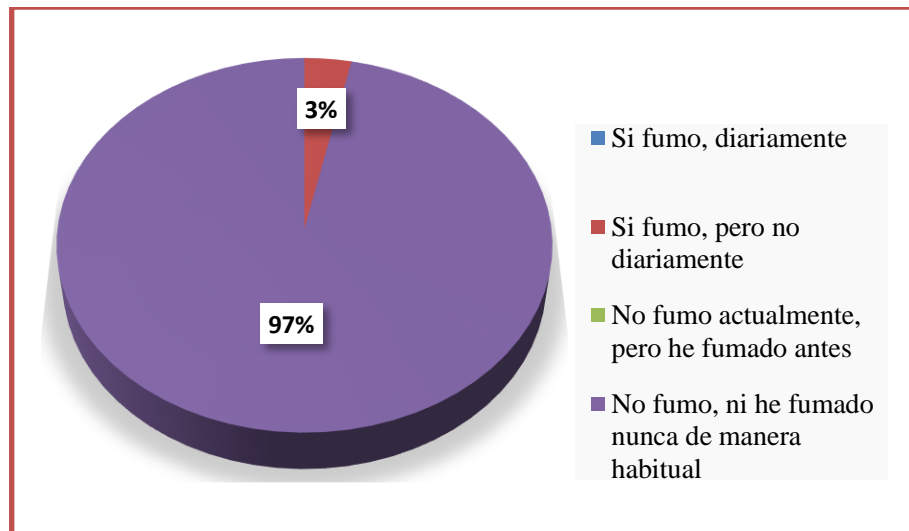


Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

ETERMINANTES DE SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN - SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA, HUARAZ, 2015.

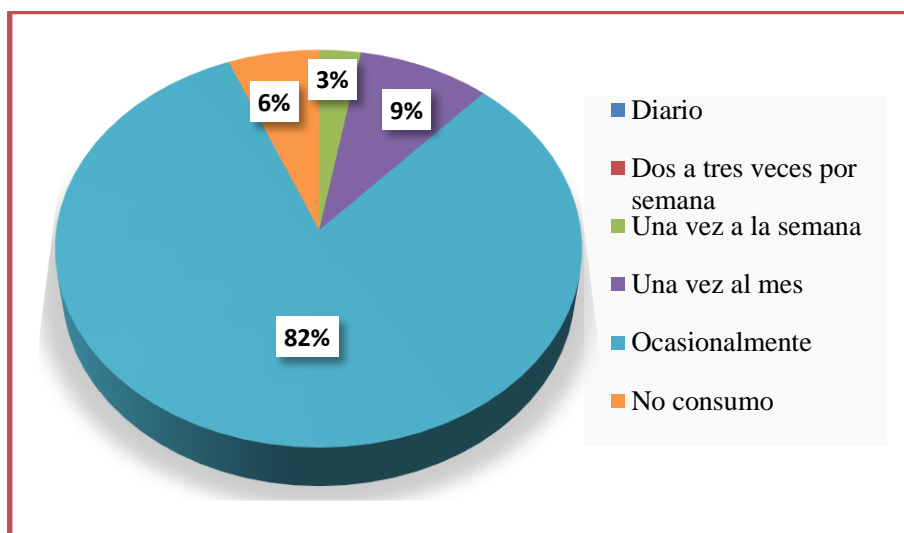
GRÁFICOS DE TABLA 3

GRÁFICO N° 01: HABITO DE FUMAR DEL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015



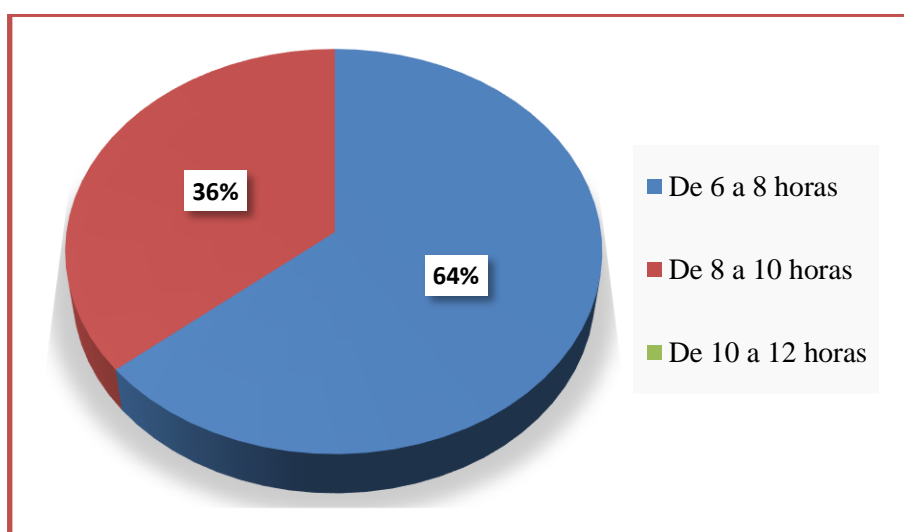
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

GRÁFICO N° 02: FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS DEL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015



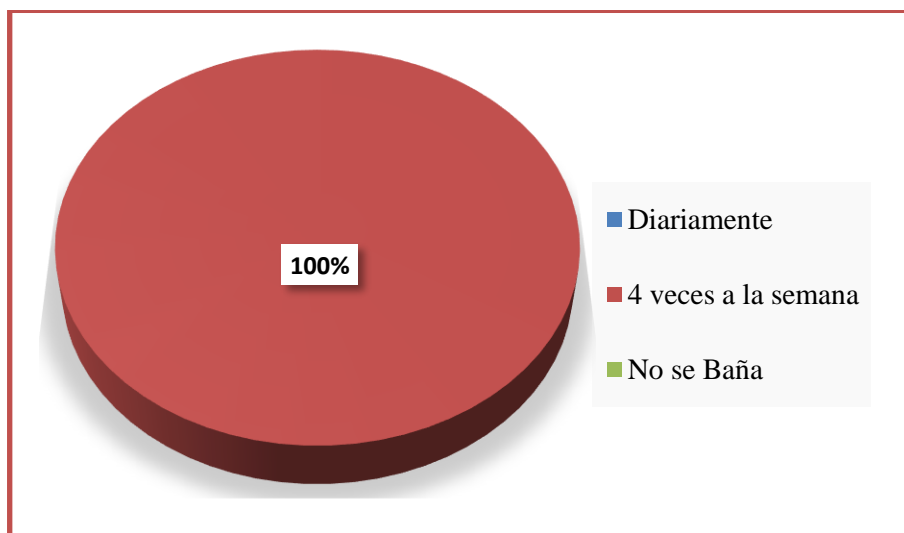
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

GRÁFICO N° 03: NUMERO DE HORAS QUE DUERME EL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015



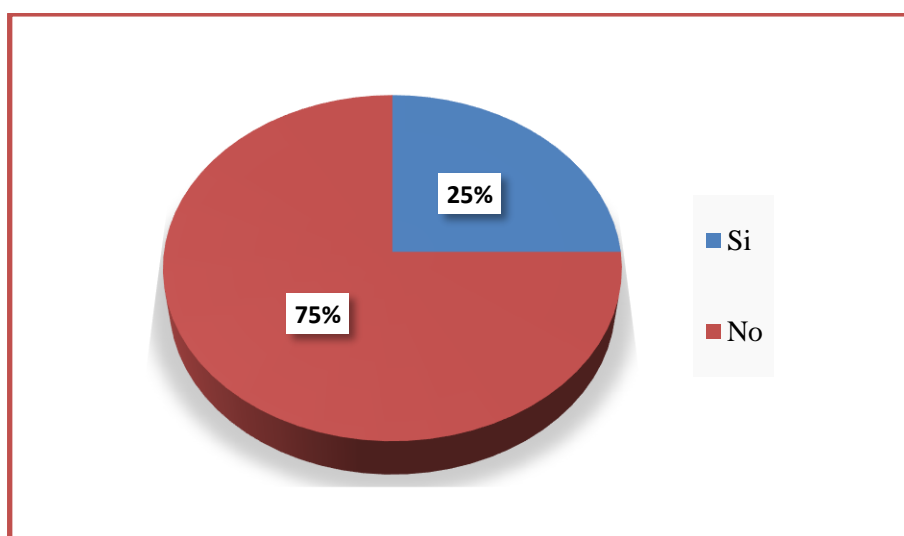
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

GRÁFICO N° 04: FRECUENCIA CON QUE SE BAÑA EL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015



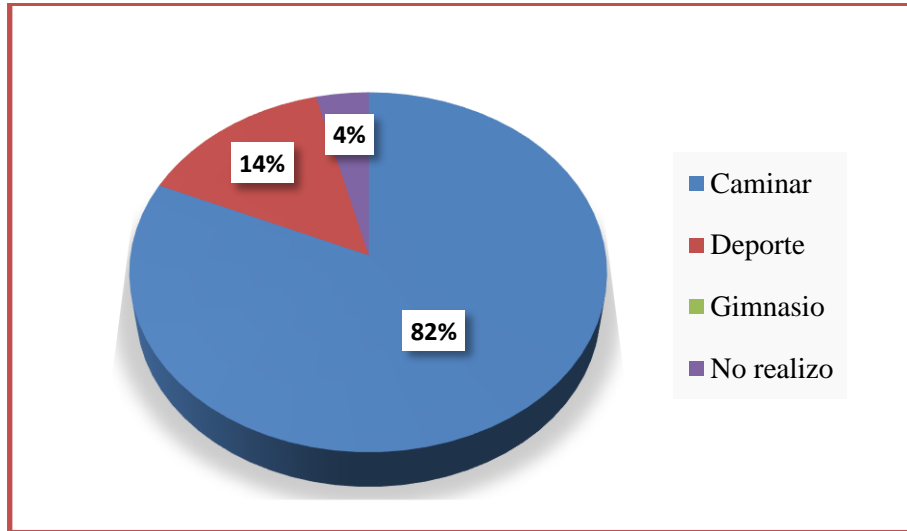
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

GRÁFICO N° 05: REALIZA ALGÚN EXAMEN MÉDICO EL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015



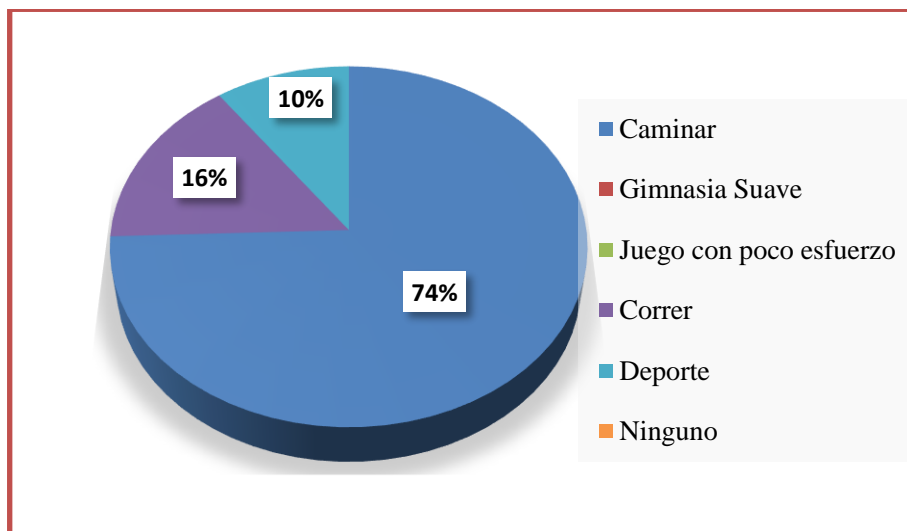
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

GRÁFICO N° 06: ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA EL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015



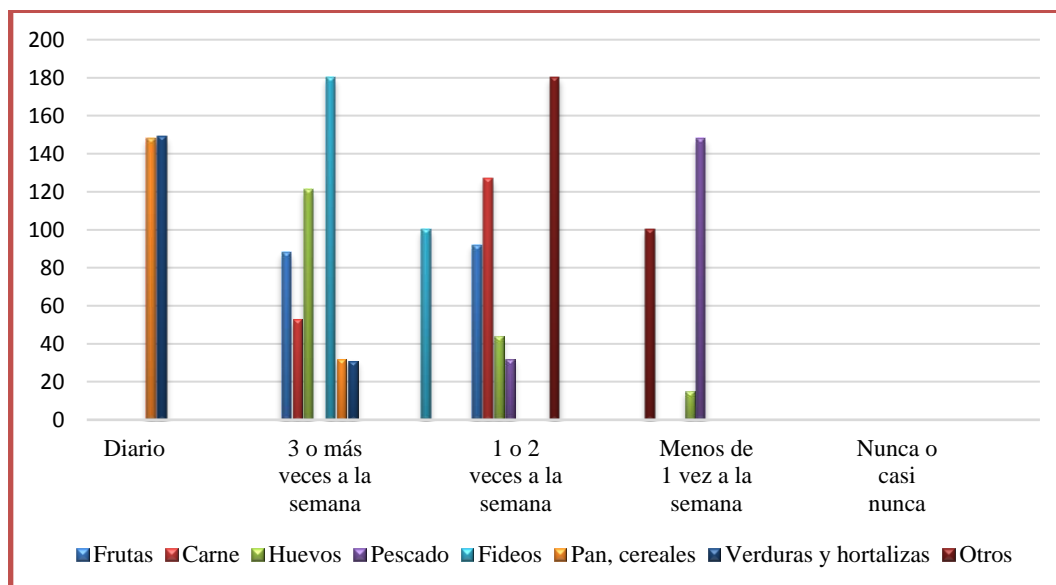
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

GRÁFICO N° 07: ACTIVIDAD FÍSICA EN ESTAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS DURANTE MAS DE 20 MINUTOS DEL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

**GRÁFICO N° 08: FRECUENCIA DEL CONSUMO DE ALIMENTOS DEL
ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA
– INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015**

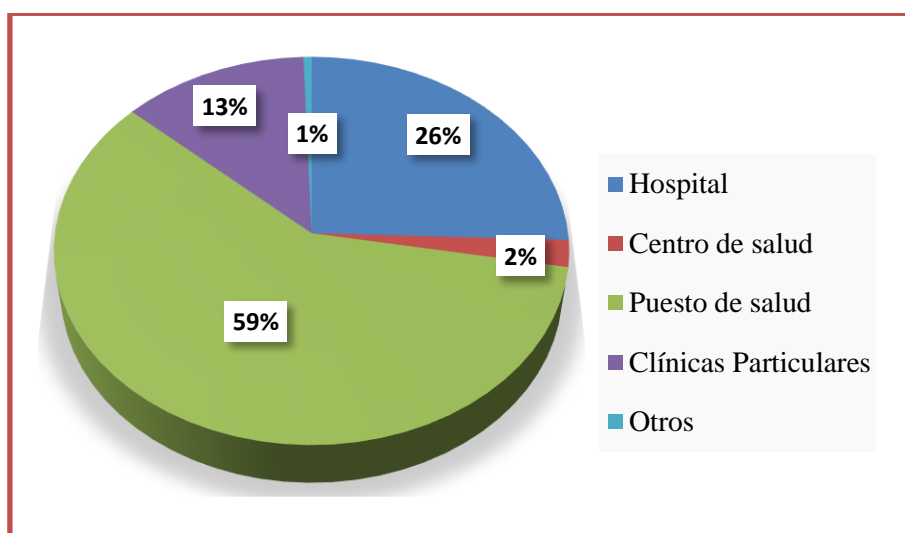


Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

DETERMINANTES DE SALUD DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN ADULTOS DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN - SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA, HUARAZ, 2015.

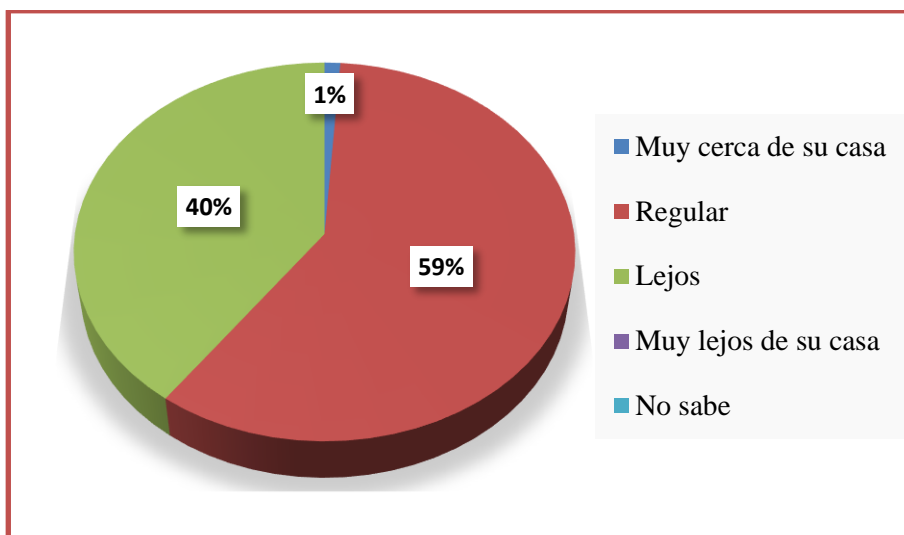
GRÁFICOS DE TABLA 4, 5, 6

GRÁFICO N° 01: INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIÓ EL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015



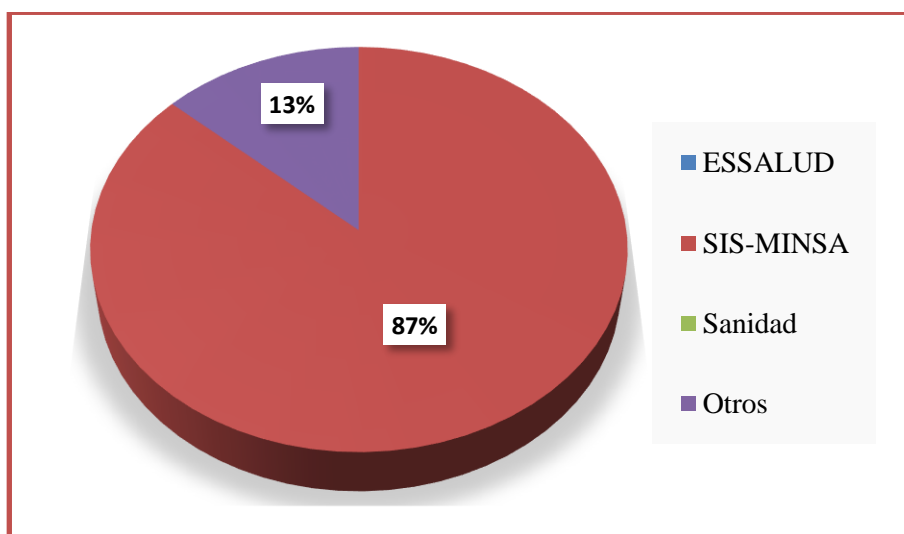
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

GRÁFICO N° 02: DISTANCIA DEL LUGAR DONDE SE ATENDIÓ EL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015



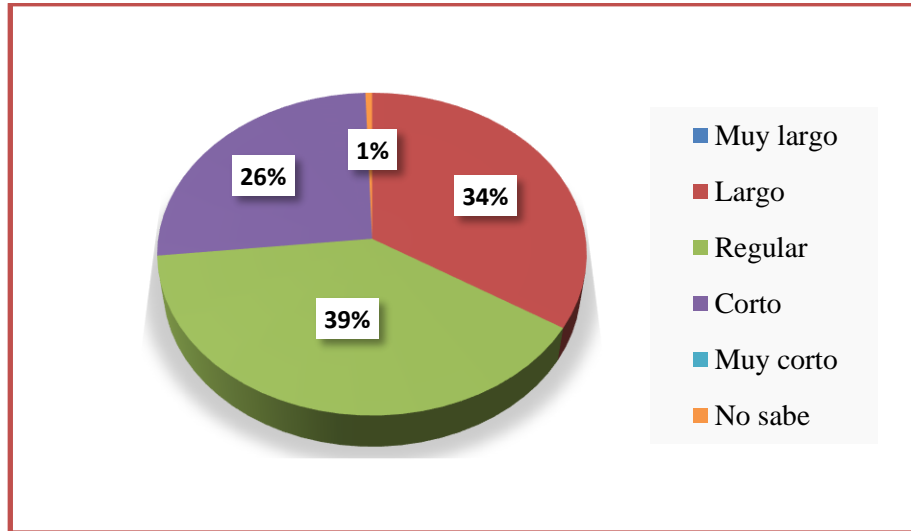
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

GRÁFICO N° 03: TIPO DE SEGURO DEL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015



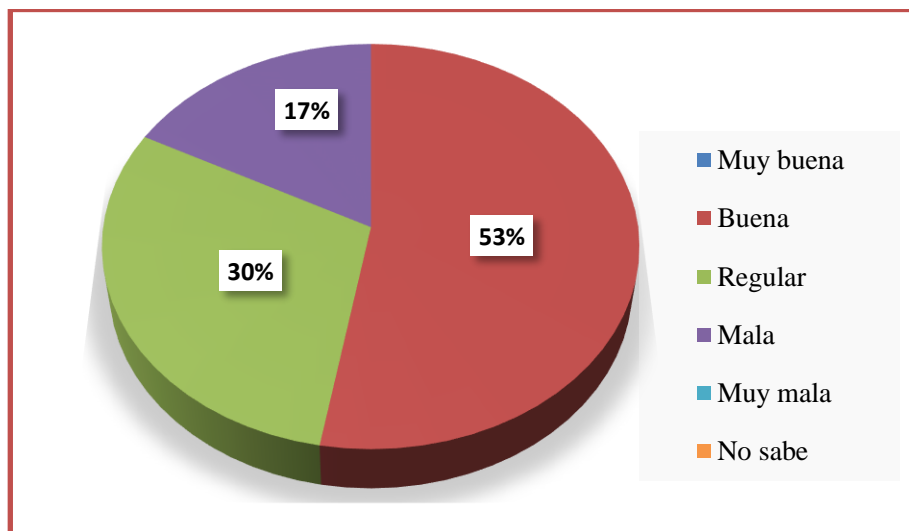
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

GRÁFICO N° 04: TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN DEL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015



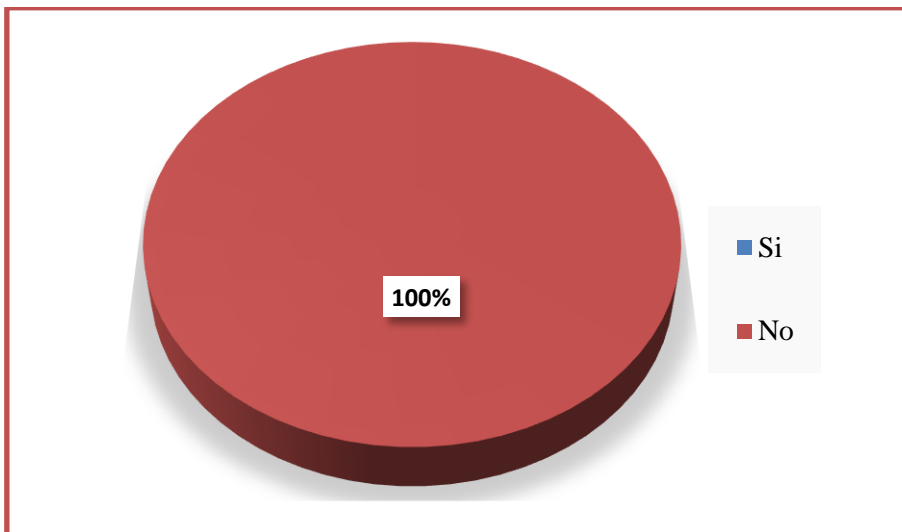
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

GRÁFICO N° 05: CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBIÓ EL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015



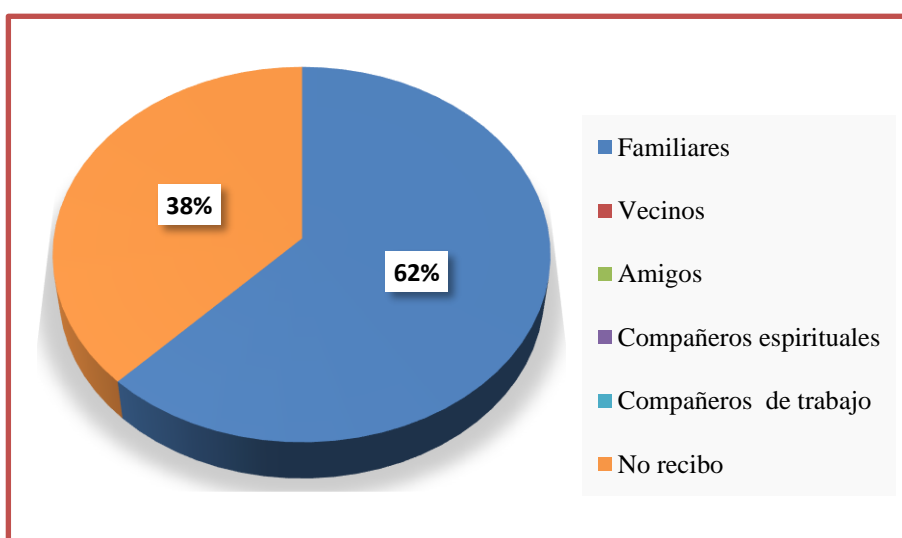
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

GRÁFICO N° 06: PANDILLAJE O DELINCUENCIA CERCA DE LA VIVIENDA DEL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015



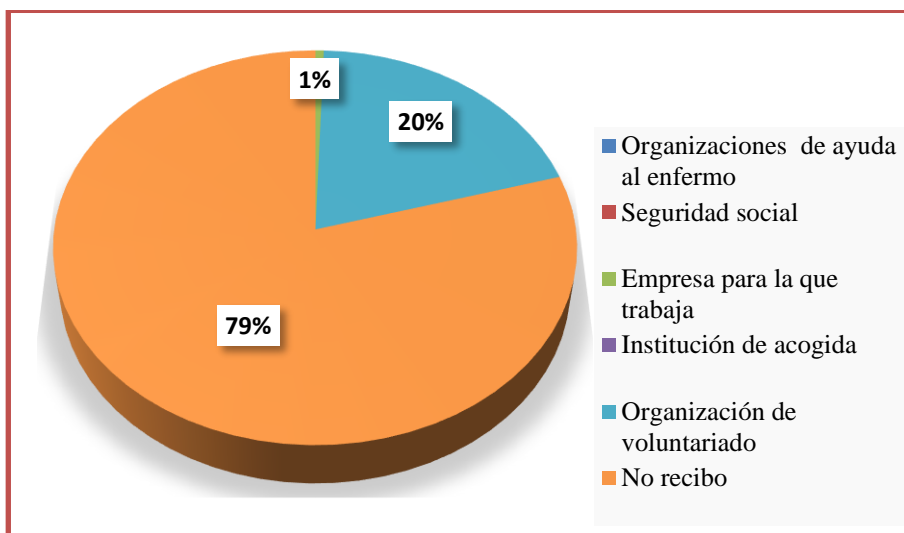
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

GRÁFICO N° 07: APOYO SOCIAL NATURAL DEL ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015



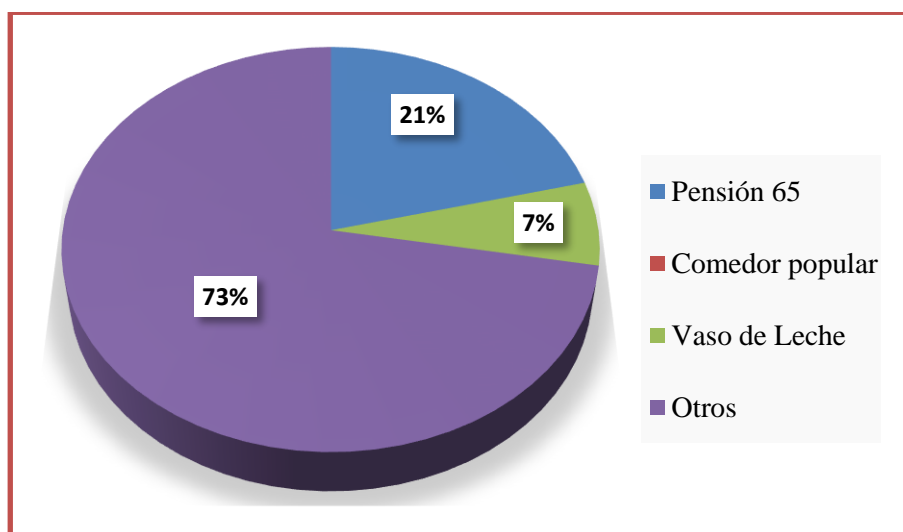
Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vílchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

**GRÁFICO N° 08: APOYO SOCIAL ORGANIZADO DEL
ADULTO DEL CENTRO POBLADO DE MARIAN – SECTOR
CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA HUARAZ, 2015**



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.

**GRÁFICO N° 09: APOYO SOCIAL DE LAS
ORGANIZACIONES AL ADULTO DEL CENTRO POBLADO
DE MARIAN – SECTOR CACHIPAMPA – INDEPENDENCIA
HUARAZ, 2015**



Fuente: Cuestionario sobre los determinantes de salud elaborado por la Dra. Adriana Vilchez Reyes. Aplicado a los adultos del centro poblado de Marian - sector Cachipampa – Independencia, Huaraz, 2015.