



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

PROPUESTA DE MODELO DE GESTIÓN SEGÚN INEQUIDADES PARA DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD EN POBLADORES CRUZ DE LA ESPERANZA CHICLAYO 2020

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Grado Académico de Doctor en Salud Pública

Autor

Heredia Pérez, Oscar Teófilo

Asesor

Malpartida Quispe, Federico Martin

ORCID: 0000-0003-4804-0178

Jurado

Barreto Montalvo, Juan Francisco

Sotomayor Mancicidor, Oscar V.

Trujillo Herrera, Teresa F.

Lima - Perú

2024

Document Information

Analyzed document	1A_HEREDIA PEREZ_OSCAR_SALUD_DOCTORADO_2021.DOCX (1).docx (D111434027)
Submitted	2021-08-18 19:55:00 UTC+02:00
Submitted by	Robert
Submitter email	rnamo@unfv.edu.pe
Similarity	8%
Analysis address	rnamo.unfv@analysis.arkund.com

Sources included in the report

SA	33dbdb348dd0ad437410e68a03cadbd08949724c.docx Document 33dbdb348dd0ad437410e68a03cadbd08949724c.docx (D70869252)	 2
SA	proyecto inv 30 dic 2020[7678].docx Document proyecto inv 30 dic 2020[7678].docx (D93032817)	 5
SA	Tesis.pdf Document Tesis.pdf (D57294184)	 2
SA	PROYECTO NORMA CUSMA TICLLA.doc Document PROYECTO NORMA CUSMA TICLLA.doc (D89570803)	 1
W	URL: https://de.slideshare.net/centroinus/cap-6-24846457 Fetched: 4/27/2021 2:16:50 PM	 2
W	URL: https://revistas.proeditio.com/jonnp/article/view/3065/PDF3065 Fetched: 5/16/2021 3:41:56 PM	 2
W	URL: http://www.medicos.sa.cr/web/documentos/charlasregistrosysistemas/Ponencia%20II%20Silberman.pdf Fetched: 12/13/2020 4:47:54 AM	 2
W	URL: https://library.co/document/oy8le6wq-determinantes-sociales-pacientes-diabeticos-centro-salud-santa-lucia.html Fetched: 2/8/2021 11:00:45 AM	 2
W	URL: https://www.esan.edu.pe/publicaciones/2017/09/29/DeterminantesSocialesSaludCompleto.pdf Fetched: 10/16/2019 3:57:25 PM	 5
W	URL: https://docplayer.es/46689631-Estudio-de-los-principales-factores-socioambientales-y-economicos-que-determinan-la-evolucion-de-los-trastornos-mentales.html Fetched: 1/14/2021 6:06:23 PM	 4
W	URL: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/167/VARELA_PERALTA_%20MIGUEL_ANGEL_DETERMINANTES_SALUD_ADULTO_MAYOR.pdf?sequence=1&isAllowed=y Fetched: 12/18/2020 5:17:53 AM	 1
SA	ccss i salut. desigualtats i exclusió en la societat s XXI.pdf Document ccss i salut. desigualtats i exclusió en la societat s XXI.pdf (D81206625)	 1

Entire Document

Vicerrectorado de INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

"PROPUESTA DE MODELO DE GESTIÓN SEGUN INEQUIDADES PARA DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD EN POBLADORES CRUZ DE LA ESPERANZA CHICLAYO 2020"

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE:

DOCTOR EN SALUD PÚBLICA

AUTOR OSCAR TEÓFILO HEREDIA PÉREZ

ASESOR

DR. FEDERICO MARTIN MALPARTIDA QUISPE

LIMA-PERÚ 2020

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo proponer un modelo de gestión según inequidades para mejorar los determinantes sociales de salud en pobladores de Cruz de la Esperanza, fue observacional y exploratorio. La población estuvo constituida por 150 familias y una muestra de 75. Se utilizó la encuesta y el instrumento fue el cuestionario, de 38 ítems y fue construido por Jicaro y Oblea, con validación de juicio de expertos y confiabilidad con Alfa de Cronbach de 0,7. Los resultados sociodemográficos indicaron que el 46,7% son familias compuestas, en la procedencia el 40,0% son de la costa; en cuanto al ingreso el 46,7% poseen ingresos menores a S/ 500 y en la condición de seguro de salud el 66,7% no son asegurados. En determinantes social-biológico el 53,3% indican que nunca asisten a controles médicos; 57,3% nunca siguen el tratamiento médico; 70,7% no tienen horario fijo para sus comidas; 61,3% nunca tiene ingresos económicos suficientes y 80,0% nunca usan bloqueadores solares. En determinantes social- estilos de vida el 60,0% no tienen tiempo libre; 69,3% no consumen regularmente agua; 66,7% consumen comida chatarra; 70,7% nunca practican higiene dental; 69,3% no visitan al odontólogo anualmente y 80,0% se automedican. En determinantes social-sistema sanitario el 46,7% indicaron que el horario a veces es adecuado; 53,3% afirman a veces hay personal disponible; 46,7% expresa el personal de salud es amable; 46,7% a veces sigue el tratamiento prescrito; 42,7% no pueden cubrir los costos de atención; 49,3% a veces pueden comprar los medicamentos prescritos y 66,7% nunca siguen controles de prevención. En determinante social-medio ambiente el 53,3% a veces recicla la basura; 46,7% siempre bota la basura a la acequia alledaña; 48,0% siempre bota la basura al campo abierto; 40,0% a veces ahorra la energía; 46,7% a veces ahorra el agua y 46,7% a veces utiliza aerosoles. Se concluye que los predominantes fueron los determinantes sociales- estilos de vida y medio ambiente; en base a estos hallazgos se construyó el Modelo de Gestión según Inequidades.

Palabras clave: Modelo de Gestión; Teoría de Inequidades; Determinantes Sociales de Salud; Pobladores; Comunidad.

ABSTRACT



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

PROPUESTA DE MODELO DE GESTIÓN SEGÚN INEQUIDADES PARA DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD EN POBLADORES CRUZ DE LA ESPERANZA CHICLAYO 2020

Línea de Investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Grado Académico de Doctor en Salud Pública

Autor

Heredia Pérez, Oscar Teófilo

Asesor

Malpartida Quispe, Federico Martin
(ORCID: 0000-0003-4804-0178)

Jurado

Barreto Montalvo, Juan Francisco
Sotomayor Mancicidor, Oscar V.
Trujillo Herrera, Teresa F.

Lima – Perú
2024

Dedicatoria

A mi familia por su confianza y apoyo,
el cual motiva mi superación profesional.

Agradecimiento

A Dios, por darme sabiduría y a mi asesor por compartir el conocimiento para consolidar la investigación.

Índice general

Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
I. Introducción.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Descripción del problema	3
1.3. Formulación del problema	5
1.3.1. Problema general	5
1.3.2. Problemas específicos.....	6
1.4. Antecedentes	6
1.5. Justificación de la investigación	16
1.6. Limitaciones de la investigación.....	17
1.7. Objetivos	18
1.7.1. Objetivo general.....	18
1.7.2. Objetivos específicos	18
1.8. Hipótesis	18
1.8.1. Hipótesis general.....	18
1.8.2. Hipótesis específicas.....	19
II. Marco teórico.....	20
III. Método.....	32
3.1. Tipo de investigación.....	32
3.2. Población y muestra.....	32
3.3. Operacionalización de variables	33
3.4. Instrumentos.....	37
3.5. Procedimientos.....	38
3.6. Análisis de datos	38
3.7. Consideraciones éticas	38
IV. Resultados.....	40
V. Discusión de resultados	50
VI. Conclusiones.....	52
VII. Recomendaciones	53

VIII. Referencias	54
IX. Anexos	60

Índice de tablas

Tabla 1. Matriz de operacionalización de la variable determinantes sociales de salud.....	34
Tabla 2. Matriz de operacionalización de la variable propuesta de gestión según inequidades ...	36
Tabla 3. Estadísticos de fiabilidad	37
Tabla 4. Características sociodemográficas en Cruz de la Esperanza Chiclayo – Año 2020	40
Tabla 5. Determinantes sociales-biológico de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020.....	42
Tabla 6. Determinantes sociales-estilos de vida de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020.....	44
Tabla 7. Determinantes sociales-sistema sanitario de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020	46
Tabla 8. Determinantes sociales-medio ambiente de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020	48
Tabla 9. Matriz de consistencia	60

Índice de figuras

Figura 1. Características sociodemográficas en Cruz de la Esperanza Chiclayo – Año 2020.....	40
Figura 2. Determinantes sociales-biológico de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020.....	42
Figura 3. Determinantes sociales-estilos de vida de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020	44
Figura 4. Determinantes sociales-sistema sanitario de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020	46
Figura 5. Determinantes sociales-medio ambiente de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020	48
Figura 6. Determinantes sociales de la salud	79

Resumen

La investigación tuvo como objetivo proponer un modelo de gestión según inequidades para mejorar los determinantes sociales de salud en pobladores de Cruz de la Esperanza. La investigación fue observacional y exploratoria. La población se constituyó de 150 familias y una muestra de 75. Se utilizó la encuesta y el instrumento fue el cuestionario, de 38 ítems y fue construido por Jícaro y Oblea, con validación de juicio de expertos y confiabilidad con Alfa de Cronbach de 0,7. Los resultados más resaltantes en el aspecto sociodemográfico son que, el 46,7% son familias compuestas, el 46,7% poseen ingresos menores a S/ 500 y el 66,7% no son asegurados. En determinantes social-biológico, el 70,7% no tienen horario fijo para sus comidas; 61,3% nunca tiene ingresos económicos suficientes y 80,0% nunca usan bloqueadores solares. En determinantes social-estilos de vida el 69,3% no consumen regularmente agua; 70,7% nunca practican higiene dental; 69,3% no visitan al odontólogo anualmente y 80,0% se automedican. En determinantes social-sistema sanitario el 53,3% afirman a veces hay personal disponible; 49,3% a veces pueden comprar los medicamentos prescritos y 66,7% nunca siguen controles de prevención. En determinante social-medio ambiente el 53,3% a veces recicla la basura; 46,7% siempre bota la basura a la acequia alledaña; 48,0% siempre bota la basura al campo abierto; 46,7% a veces ahorra el agua y 46,7% a veces utiliza aerosoles. Se concluye que los predominantes fueron los determinantes sociales-estilos de vida y medio ambiente; en base a ello, se construyó el Modelo de Gestión según Inequidades.

Palabras clave: modelo de gestión, teoría de inequidades, determinantes sociales de salud, pobladores, comunidad.

Abstract

The objective of the research was to propose a management model based on inequities to improve the social determinants of health in the inhabitants of Cruz de la Esperanza. The research was observational and exploratory. The population consisted of 150 families and a sample of 75. The survey was used and the instrument was the questionnaire, with 38 items and was constructed by Jícaro and Oblea, with validation by expert judgment and reliability with Cronbach's Alpha of 0.7. The most outstanding results in the sociodemographic aspect are that 46.7% are compound families, 46.7% have incomes less than S/ 500 and 66.7% are not insured. In social-biological determinants, 70.7% do not have a fixed schedule for their meals; 61.3% never have sufficient income and 80.0% never use sunscreen. In social-lifestyle determinants, 69.3% do not regularly consume water; 70.7% never practice dental hygiene; 69.3% do not visit the dentist annually and 80.0% self-medicate. In social determinants-health system, 53.3% say that sometimes there is staff available; 49.3% can sometimes buy the prescribed medicines and 66.7% never follow preventive controls. In social determinants-environment, 53.3% sometimes recycle garbage; 46.7% always throw garbage into the nearby ditch; 48.0% always throw garbage in the open field; 46.7% sometimes save water and 46.7% sometimes use aerosols. It is concluded that the predominant determinants were social determinants-lifestyles and environment; based on this, the Management Model according to Inequalities was built.

Keywords: management model, theory of inequities, social determinants of health, residents, communit.

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo titulado “Propuesta de modelo de gestión según inequidades para determinantes sociales de salud en pobladores cruz de la esperanza Chiclayo 2020”, busca fundamentalmente plantear una propuesta de cambio basada en la gestión de las inequidades en los determinantes sociales en salud en una comunidad de pobreza del norte del Perú.

Los capítulos I y II, están orientados a describir la realidad del objeto en estudio, así como los problemas y objetivos para el presente trabajo; de igual modo se presenta un sólido marco teórico de las variables componentes de la investigación.

El capítulo III, enfoca de manera clara el planteamiento metodológico aplicado en la investigación: desde el tipo de investigación, hasta las técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Los capítulos IV y V están abocados hacer un cuidadoso Análisis; para pasar con ésta amplia información, a formular las conclusiones y recomendaciones para la presente investigación.

1.1. Planteamiento del problema

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011)

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

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas.

En Europa, Marmot et al. (2012), encontró enormes disparidades en salud entre los países, especialmente con una desigual situación entre las regiones del este y el oeste, a lo cual llamó “gradiente social”. Es decir, inclusive en los países más pobres las inequidades en salud siguen un patrón de gradiente a medida que se asciende o desciende en la escalera social determinado por factores como el ingreso, el empleo, la posición social, entre otros. Países como España e Inglaterra han desarrollado recomendaciones de acción que aplican para sus sistemas de salud.

En América Latina, el liderazgo ha sido asumido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009). En su plan de acción 2008-2012 definió como uno de sus objetivos estratégicos

Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos. (2009, p.72)

La vida familiar en Cuba está marcada por problemas habitacionales, bajas entradas en el presupuesto de las familias, dificultades con los recursos y servicios, pero también por la seguridad social y de salud, la educación gratuita garantizada en todos los niveles de enseñanza, la cultura y el deporte para todos. (Berenguer, 2017)

Los conflictos en la familia son generados por la pobreza, pero estos no incluyen el miedo al desamparo social; la escasa marginalidad no tiene causas comunes con las de otros países pobres ni ricos; la violencia social es algo extravagante y los padres no tienen que preocuparse de que les

roben a sus hijos, y estos no duermen en las calles y les está prohibido trabajar, por lo que la explotación de la niñez es algo muy alejado de la vida cotidiana en Cuba.

1.2. Descripción del problema

En el Perú, “Los problemas de la salud física o mental de un miembro de la familia, afectan no solo a las personas que las padecen sino al resto de sus integrantes, es decir, a toda la familia”, señaló Ramiro Abril, especialista de Medicina Familiar del Policlínico Juan José Rodríguez Lazo de la Red Asistencial Rebagliati, a propósito de la celebración del Día Internacional de la Familia.

Abril agrega que este tipo de situaciones desequilibra muchas veces la funcionalidad de la familia o la empeora en el caso de las familias disfuncionales. Por ello, es importante que se acceda a información adecuada sobre cada etapa de la vida, considerando que el ser humano atraviesa diversos momentos durante su desarrollo, cada uno con características propias.

Debemos conocer que las dificultades de índole física o mental generan consecuencias en todos los integrantes de la familia como ansiedad en sus diferentes formas, depresión, problemas en las relaciones familiares, síntomas inespecíficos varios, entre otras.

Pero, ¿cómo evitar problemas de salud en la familia? El doctor Ramiro Abril, destaca la importancia de estar informados de manera adecuada y oportuna sobre cuáles son estos problemas, los cuidados que hay que tener y qué cosas debemos superar en cada etapa del ciclo vital familiar.

“Las personas deben conocer, por ejemplo, el proceso de formación de la pareja, el nacimiento y crecimiento de los hijos, el despegue de los hijos para su independencia, la posibilidad de que uno de los integrantes de la pareja se quede solo o el fallecimiento de uno de ellos. Y no hay mejores informantes y consejeros que los profesionales de la salud”, aseguró el médico.

Por ese motivo, los médicos de familia de los centros asistenciales de la Seguridad Social orientan permanentemente a nuestra comunidad asegurada, al público en general y a los usuarios de los centros de adultos mayores de Es Salud y de la Municipalidad de Chorrillos.

Según la información del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2018), informó que los hogares con menores de 18 años de edad durante el trimestre octubre-noviembre-diciembre 2017, el 57,2% de los hogares del país tiene entre sus miembros al menos una persona menor de 18 años. Este porcentaje, de hogares con alguna niña, niño y/o adolescente residente habitual, disminuyó significativamente en el área rural (2,9 puntos porcentuales), mientras que aumentó en Lima Metropolitana (2,1 puntos porcentuales).

En el determinante social sistema sanitario el INEI informó que el trimestre octubre-noviembre-diciembre 2017, el 83,6% de las mujeres y el 83,0% de los hombres de 60 y más años cuentan con algún tipo de seguro de salud. Comparado con similar trimestre del año 2016, se incrementó en las mujeres y hombres en 0,3 y 0,7 punto porcentual, respectivamente.

En nuestro país, el 08 de enero del 2013. Se publicó la R.S. No 001-2013-SA (2013), donde se indica:

Encargar, dentro del marco de sus competencias, al Consejo Nacional de Salud la tarea de formular y proponer las medidas y acciones necesarias que permitan la reforma del Sector Salud y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, conducentes asegurar el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud y la cobertura progresiva de atenciones de salud. (p.3)

Por lo que en julio del 2013 se publica el documento: “Lineamientos y medidas de reforma del sector salud”, donde en la propuesta de mandato de política 1.6 se indica según el Ministerio de Salud [MINSA], 2013: “El MINSA deberá liderar e impulsar una agenda para la gestión de los

determinantes sociales de la salud en la comisión interministerial de asuntos sociales, para su implementación multisectorial y en los diferentes niveles de gobierno”. (p.40) (Lineamientos y medidas de reforma del sector salud – julio 2013), aspectos que hasta la fecha no se canalizan adecuadamente, en este contexto, esta investigación, busca formular una propuesta de gestión, según modelo de inequidades, de los determinantes sociales de salud que pudieran encontrarse en Cruz de la Esperanza-Chiclayo.

En el asentamiento humano Cruz de la Esperanza de Chiclayo se cuenta con un Centro de Salud, implementado con instrumental médico, equipos y mobiliario con apoyo de la cooperación técnica internacional, en el cual se ha observado, según los registros, que las familias adolecen de diversas enfermedades entre ellas gripes, enfermedades dérmicas, problemas nutricionales y en muchas de ellas anemias en mujeres y niños menores de 5 años.

Asimismo, a la entrevista con los dirigentes comunales ellos manifestaron que tienen problemas con el saneamiento ambiental debido a la mala disposición de las basuras y a la demora del recojo de la misma por la municipalidad originando que haya roedores, moscas entre otros animales producto de la exposición en las calles de los desperdicios.

Se ha encontrado también en los registros del centro de salud problemas de estrés y violencia familiar en la zona entre los miembros de la familia predominando los conflictos de pareja y entre hermanos que conlleva a discusiones y muchas veces a agresiones que terminan en atenciones médicas.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cómo la propuesta de modelo de gestión según inequidades contribuye a mejorar los determinantes sociales de salud en pobladores del asentamiento humano cruz de la Esperanza Chiclayo 2020?

1.3.2. Problemas específicos

¿Cuáles son las características sociodemográficas en el asentamiento humano Cruz de La Esperanza Chiclayo 2020?

¿Cuáles son los determinantes sociales-biológico de las familias en el asentamiento humano Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020?

¿Cuáles son los determinantes social-estilos de vida de las familias en el asentamiento humano Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020?

¿Cuáles son los determinantes social-sistema sanitario de las familias en el asentamiento humano Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020?

¿Cuáles son los determinantes social-medio ambiente de las familias en el asentamiento humano Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020?

1.4. Antecedentes

1.4.1. Antecedentes internacionales

Tamayo et al. (2018), en su trabajo titulado “Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación”, señalan que los determinantes sociales de la salud (DSS) son las condiciones en las que las personas se desarrollan. Dichas condiciones impactan en sus vidas, condición de salud y nivel de inclusión social. Acorde a la evolución conceptual y de comprensión de la discapacidad, resulta importante actualizar los DSS por sus amplias implicancias en la ejecución de intervenciones de salud en la población. Esta propuesta fundamenta la incorporación de la discapacidad en el modelo como un determinante estructural, dado que produciría el mismo fenómeno de inclusión/exclusión social de las personas, descrito en otros DSS estructurales. Esta propuesta promueve un espacio relevante en el diseño y la implementación de políticas públicas con el fin de mejorar las condiciones de la población y

contribuir a la equidad social. Esto será un acto de reparación, justicia y cumplimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Salinas (2018), en su investigación denominada “El cubo de la promoción de salud. Un enfoque integrado para el diseño de intervenciones efectivas”, el objetivo de este artículo es presentar el Cubo de la Promoción de Salud, recurso pedagógico que facilita una visión estratégica, con integración de enfoques para la formulación y análisis de las intervenciones de promoción de salud y nutrición, considerando la trayectoria de pensamiento desde la Primera Conferencia Mundial de Promoción de Salud celebrada en Ottawa 1986, hasta la Novena Conferencia Mundial de Shangai 2016. Se describen las seis dimensiones del Cubo con cinco componentes cada una, en base a la actualización conceptual y metodológica realizada mediante revisión bibliográfica de la literatura disponible. Los lados del Cubo responden las preguntas del ¿Qué hacer?, ¿Dónde?, ¿Cómo?, ¿Con quiénes? y ¿A qué nivel trabajar? Se plantea que, para el logro de intervenciones efectivas en promoción de salud y nutrición, se requiere superar el paradigma de fragmentación, actuar con múltiples estrategias y visión interdisciplinaria, en coherencia con el diagnóstico de la realidad local y la situación epidemiológica social a nivel nacional.

Berenguer et al. (2017), en su estudio titulado “Determinantes sociales en la salud de la familia cubana”, señalan que la medicina incrementa continuamente su enfoque social, donde la familia, como célula fundamental de la sociedad, resulta un objeto de trabajo esencial para el equipo de salud, pues posee una incidencia importante en el desarrollo del proceso salud-enfermedad. Sin embargo, los determinantes sociales en la salud indican la existencia de inequidades sanitarias, o sea, de las diferencias injustas y evitables observadas en este ámbito. A tales efectos, se exponen algunos aspectos relacionados con la repercusión de dichos determinantes sociales en el funcionamiento de la familia cubana y su salud.

Ventres et al. (2017), en su trabajo denominado “De los determinantes sociales a la interdependencia social: teoría, reflexión y aplicación”, manifiestan que los académicos y profesionales de la medicina y la salud pública han dedicado mucho tiempo y esfuerzo para definir lo que significa los determinantes sociales de la salud e identificar las desigualdades en los efectos. Desafortunadamente, los profesionales de la salud pueden creer erróneamente que el origen de los malos resultados de la salud no está relacionado con las formas por las cuales los factores sociales, económicos, políticos y ambientales se establecen y se mantienen. Introducimos el concepto de interdependencia social de la salud y la enfermedad para: (1) reforzar la necesidad de considerar las causas fundamentales de los determinantes sociales, y (2) ser consciente de la responsabilidad comunal y personal para ayudar a reducir sus efectos. El desarrollo de una comprensión profunda de la interdependencia social en la práctica clínica, en la investigación de la salud pública y en la promoción de salud implica un proceso repetitivo de observación, reflexión y acción. Efectuar este cambio positivo dentro de esas áreas es una obligación compartida. Conclusión: Desarrollando y aplicando un abordaje de interdependencia social significa ser consciente de nuestra interconexión humana. Este abordaje demuestra cómo vivimos en un mundo en el que no estamos tan separados unos de los otros para que no podamos beneficiarnos solo con imaginarnos y desear para los demás lo que deseamos para nosotros mismos, lo cual puede motivarnos a considerar nuestro trabajo como profesionales de la salud como una fuerza positiva, no solamente para atender a las enfermedades, sino también para promover la buena salud.

Berenguer (2015), en su investigación titulada “Determinantes sociales de la salud asociados a la salud familiar”, menciona que la medicina incrementa continuamente su enfoque social, y la familia, como célula fundamental de la sociedad, es un objeto de trabajo esencial para el equipo de salud. La familia tiene una incidencia importante en el desarrollo del proceso salud-

enfermedad. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en lo que respecta a la situación sanitaria. A tales efectos, en el presente trabajo se exponen algunos aspectos relacionados con la repercusión de los determinantes sociales de la salud en el funcionamiento de la familia y la salud familiar.

Vélez et al. (2014), en su investigación titulada “Determinantes Sociales De La Salud y Discapacidad”, tienen por finalidad establecer la relación entre los Determinantes Sociales de la salud y la Discapacidad en Tunja a partir del Registro para la Localización, Caracterización de las personas con Discapacidad según Departamento Administrativo Nacional de Estadística 2010. Materiales y Métodos: Estudio descriptivo trasversal con fase correlacional, utilizó 2093 registros actualizados a septiembre 2010, el Registro, incluye factores personales, deficiencias en estructuras o funciones corporales, causas de discapacidad, características demográficas, actividades y participación. Resultados: las mayores frecuencias se encuentran en mujeres, el grupo etario de mayor proporción son menores de 14 años y mayores de 60 años, no tienen educación, residen en el área urbana, pertenecen a estratos 1 y 2 y al régimen subsidiado, carecen de trabajo. Presentan alteraciones permanentes en los sistemas corporales que limitan actividades para pensar, ver y moverse y restringen la participación social, encuentran barreras físicas inaccesibles. Estadísticamente se encontró asociación.

Silberman et al. (2013), en su trabajo titulado “Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal”, manifiestan que desde hace más de 20 años se ha hecho énfasis cada vez con más insistencia en los determinantes sociales de la salud, (DSS), al referirse a las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, que influyen positiva o negativamente en la salud; actualmente se reconocen al estilo de vida, el ambiente, así como la

biología humana y la organización de servicios de salud como los principales determinantes de la salud de los individuos. Este trabajo se realizó en la jurisdicción sanitaria de Álvaro Obregón, Distrito Federal, con objeto de conocer las condiciones socioeconómicas de los hogares y la situación de salud de cada persona que habita en dicho hogar; se realizaron encuestas durante 3 semanas a 1,331 hogares. Los principales datos encontrados fueron: 19.4% de los hogares tienen techo de lámina, en 11.8% se encontró hacinamiento, y el 2.7% de los hogares no tiene acceso a agua potable en la vivienda. En relación con educación, el 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. Se encontraron 41 mujeres embarazadas, 6 sin atención médica, 283 diabéticos, 33 sin atención médica, 307 hipertensos (52 de ellos sin atención), 109 discapacitados (94 sin atención), 138 adictos al alcohol y 115 adictos a las drogas. Con estos datos se clasificaron los hogares en función del riesgo que tienen para su salud. Se inició un programa de reorganización de los servicios de salud, que permitió mejorar, discreta pero efectivamente, el riesgo de los hogares estudiados y sus habitantes. Se concluye que es indispensable incluir la valoración de las condicionantes sociales de la salud en todo programa que pretenda mejorar las condiciones de salud de una comunidad.

Álvarez (2013), en su estudio denominado “Determinantes sociales de la salud”, revela que este pensamiento ha sido, por lo general, ajeno al médico, tanto en su formación como en su práctica diaria; en las escuelas de medicina aprendemos a ver individuos enfermos, conocer las causas de su enfermedad, sus consecuencias y los métodos para tratarlas y recuperar la salud, pero poco o nada analizamos del medio ambiente en el que está inmerso el paciente. Por eso fue grato conocer la respuesta que tuvo en nuestro número anterior la publicación del trabajo "Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal", no sólo entre los

alumnos sino entre algunos funcionarios importantes de la Organización Panamericana de la Salud, lo que estimula a que publiquemos más artículos de este tema. Al mismo tiempo, nuestra vocación social no se puede limitar a la práctica diaria en el consultorio o el hospital, sino que podemos — y debemos—, participar activamente en todas las propuestas que tiendan a mejorar nuestro medio ambiente, sea apoyando la eliminación del humo en nuestro entorno, la eliminación y control de emisiones contaminantes en el aire, la denuncia y eliminación de desechos contaminantes en nuestros ríos y lagos, y todas las acciones que de una forma u otra contribuyen a generar enfermedad en nuestro medio. Y para lograrlo, podemos comenzar con el medio más inmediato: nuestra familia, nuestros amigos y compañeros, y si nuestro ambiente íntimo y personal se transforma favorablemente, contribuirá a que todo nuestro medio mejore y vivamos mejor. Después de todo, eso es lo que tanto médicos como sanitaristas deseamos para nosotros y para todos, porque eso que llamamos humanismo nos atañe por igual.

García y Vélez (2013), en su investigación titulada “América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas”, buscaron identificar las políticas públicas que se han desarrollado en los países latinoamericanos frente a la intervención de los Determinantes Sociales de la Salud. Para esto se realizó una revisión temática de artículos científicos a partir de bases de datos y de documentos oficiales de organismos multilaterales y de los Ministerios de Salud de los 22 países latinoamericanos. Se hace un recuento del concepto e historia de los determinantes sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud y del trabajo desarrollado en el ámbito mundial en regiones como Europa, así como en Latinoamérica. Posteriormente se describen como ejemplos los casos de ocho países (Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, México y Venezuela) y las políticas públicas desarrolladas en el área de estudio. Se concluye que en Latinoamérica hay un panorama desigual de aplicación de políticas

de abordaje hacia los determinantes sociales de la salud, así como una intervención segmentada principalmente hacia los determinantes intermedios de la salud, sin tener en cuenta la intervención integral desde diferentes puntos de entrada, según el marco conceptual.

Fernández et al. (2012), en su trabajo denominado “Determinantes individuales y sociales de salud en la medicina familiar”, señalan que los determinantes individuales y sociales de salud juegan un papel de primera importancia en el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles. La atención médica a estos determinantes va más allá de su promoción a través de los medios de difusión masiva. Se requiere de un procedimiento sistemático e individualizado que provea a los individuos de los conocimientos necesarios para modificar su estilo de vida mediante una actitud consciente ante las situaciones que a menor o mayor plazo pueden contribuir al desarrollo de estas enfermedades. La introducción de estos conceptos en la práctica social podría llegar a constituir un sustancial aporte al bienestar de la población y al logro de una salud pública más efectiva y económicamente sustentable. El objetivo propuesto es introducir en la práctica social un instrumento metodológico mediante un proyecto de investigación, que permita inducir la necesidad de cambios en el estilo de vida de cada individuo en la comunidad para mantener e incrementar su salud y que, además, permita evaluar de forma confiable, precisa y periódicamente, el nivel de conciencia alcanzado y los resultados derivados de los cambios en el estilo de vida. La viabilidad de tal instrumento metodológico pasa por un período de constatación en la práctica. Los resultados de este trabajo muestran la factibilidad del instrumento, a un año de su puesta en práctica en el Policlínico Universitario "Tomás Romay" en el municipio de la Habana Vieja.

Álvarez (2009), en su estudio titulado “Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo”, advierte que, el análisis de los problemas de salud con el denominado enfoque de los determinantes sociales y económicos es un tema central en la agenda de la

Organización Mundial de la Salud (OMS) y de algunos ministerios de Salud. A pesar de los avances teóricos y de la evidencia recogida sobre la influencia de la estructura social en el estado de salud de los individuos, los grupos y las naciones, para algunos se trata de un campo de estudio en construcción, todavía no suficientemente delimitado, que en ocasiones tiende a confundirse con el tradicional enfoque de factores de riesgo. En este artículo se plantean las principales perspectivas teóricas disponibles para analizar los determinantes de la salud y algunas particularidades de su estudio en el caso colombiano.

1.4.2. Antecedentes nacionales

García (2018), en su estudio titulado “Determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado San Nicolás – sector “C”, desarrollaron un estudio tipo cuantitativo descriptivo, una sola casilla. Su objetivo fue describir los determinantes de salud de los adultos del distrito de San Nicolás- Huaraz. Universo muestral de 120 adultos aplicando el cuestionario sobre los determinantes de la salud. El análisis y procesamiento de datos fue mediante el Software SPSS versión 20.00. Las conclusiones fueron: Los determinantes biosocioeconómicos: menos de la mitad no tienen ocupación; más de la mitad son de sexo femenino y con ingreso menor a 750 soles. Determinantes de salud del entorno físico: menos de la mitad disponen la basura en un pozo; más de la mitad duermen 2 a 3 miembros/habitación, cuentan con letrina; la mayoría tienen vivienda unifamiliar, cuentan con energía eléctrica permanente; casi todos cuentan con paredes de adobe, conexión de agua domiciliaria, cocinan con leña/carbón; todos tienen techo de eternit. Determinantes de los estilos de vida: caminan/más de 20 minutos, consumen fruta 3 o más/semana; más de la mitad se bañan 4 veces/semana, no se realizan exámenes médicos, consumen carne 1 o 2 veces/semana, huevos a diario; la mayoría consumen bebidas alcohólicas ocasionalmente, fideos, pan, cereales, verduras, hortalizas a diario, todos duermen 6 a 8 horas diarias. Determinantes de

las redes sociales y comunitarias: menos de la mitad se atendió en puesto de salud; más de la mitad no reciben apoyo social de familiares, reciben apoyo social organizado del vaso de leche; la mayoría tiene Seguro Integral de Salud-MINSA; casi todos no reciben pensión 65; no hay pandillaje cerca de casa.

Mariños (2016), en su investigación titulada “Efecto de riesgo de los determinantes sociales y la accesibilidad a la atención de salud en el Perú en 2016”, señala que la presente investigación tiene como objetivo identificar determinantes sociales que tienen efecto de riesgo sobre el acceso a la atención institucional de salud en el Perú en 2016. Metodológicamente es una investigación básica, correlacional, no experimental cuantitativa, transversal y explicativo-predictiva; con diseño transeccional correlacional causal y de método hipotético deductivo. Los datos son de la encuesta ENAHO (INEI). La muestra es de 38296 viviendas particulares. Tipo de muestreo probabilístico, de áreas, estratificado, multietápico e independiente por departamento. La técnica utilizada es encuesta, y el método entrevista. Todas las variables fueron dicotomizadas, se identificaron asociaciones usando análisis de contingencia, chi cuadrado, regresión logística multinivel binaria y múltiple para muestras complejas usando STATA 14.2. Los resultados se resumen en un modelo constituido por determinantes del nivel individual, hogar y entorno geoeconómico del hogar como explicativos del riesgo de no acceder a atención institucional de salud. El perfil de riesgo identificado es: individuo con lengua materna quechua, aymara (OR=1.27) o lenguas amazónicas (OR=1.51), migrante (OR=1.13); trabajador del hogar (OR=1.39), trabajador familiar no remunerado (OR=1.21), empleo informal (OR=1.37); su hogar localizado en la Costa norte rural (OR=1.43), Sierra norte rural (OR=1.61), Sierra centro rural (OR=1.69) o en Selva alta rural (OR=1.37); según su capacidad de gasto pertenece al quintil 1 (OR=1.30) y pobre según línea de pobreza (OR=1.69), asimismo padecer de una discapacidad (OR=1.51) o enfermedad crónica,

(OR=1.10). En conclusión, existe evidencia que el riesgo de no acceder a atención institucional de salud está asociado a determinantes de riesgo de vulnerabilidad e inequidad social.

Castañeda (2017), en su trabajo titulado “Determinantes sociales de la calidad de vida de los habitantes de Vista Alegre del Distrito de Víctor Larco Trujillo”, busca analizar la influencia de los determinantes sociales en los niveles de la calidad de vida de los habitantes de Vista Alegre del Distrito de Víctor Larco-Trujillo-Perú. El material de estudio estuvo constituido por los determinantes sociales asociados a la calidad de vida de los habitantes del Pueblo Joven de Vista Alegre del Distrito de Víctor Larco Trujillo-Perú; para la obtención de la muestra se usó el muestreo por conglomerados bietápico. En Vista Alegre solo 2.1% de familias no alcanzan el ingreso mínimo Vital, el ingreso promedio familiar es de S/. 1149.31, con 9% de desempleo, con una salud de regular a buena, la morbilidad más acentuada es el asma bronquial, servicio básico regular y poco presupuesto a la educación por lo tanto esto permite tener entre regular y buena Calidad de Vida.

Jícaro y Oblea (2016), en su estudio denominado “Determinantes sociales de la salud familiar de la comunidad de san Francisco Corrales-Tumbes”, su objetivo fue identificar los determinantes sociales que influyen en la de la salud familiar de la comunidad de San Francisco Corrales-Tumbes. 2016. Fue una investigación aplicativa del tipo descriptivo simple de corte transversal. La muestra la conformo 50 familias de la comunidad de San Francisco Corrales - Tumbes. Para el recojo de los datos se empleó el cuestionario de encuesta para identificar las determinantes de la salud. Los resultados fueron sometidos a pruebas estadísticas para contrastar las hipótesis. Se concluye que: a) El determinante social biológico influye en la salud de la comunidad de San Francisco- Corrales de manera regular, siendo su puntuación global de 11 puntos. b) El determinante social estilos de vida influye regularmente en la salud de la comunidad

de San Francisco Corrales, siendo su puntuación global de 11 c) El determinante social sistema sanitario de salud su influencia es deficiente, siendo su puntuación global 8. d) El determinante social Medio ambiente su influencia es regular, siendo su puntuación 9.

Morán (2015), en su trabajo titulado “Determinantes de la salud y actitud frente al proceso salud-enfermedad de las madres de familia en comunidades de la zona rural del distrito de Cajamarca, 2010”, la hipótesis fue: Los determinantes sociales de la salud expresados a través de malas condiciones socioeconómicas y malas condiciones de vida y de trabajo, están relacionadas de manera significativa con la actitud negativa de las madres de familia respecto al proceso salud-enfermedad (enfocado desde la medicina tradicional y occidental) de nueve comunidades de la zona rural del distrito de Cajamarca 2010. El trabajo de investigación es de tipo descriptivo, transversal y correlacional con un diseño no experimental, cuanti-cualitativo. La unidad de análisis la constituyó cada una de las madres de familia seleccionadas en las nueve comunidades de la zona rural del sector norte, sur y este del distrito de Cajamarca y que conformaron la muestra, siendo un total de 184 madres de familia, cuya muestra es de tipo no probabilístico. Los resultados demuestran que los determinantes sociales de la salud a través de las condiciones socioeconómicas y las condiciones de vida y de trabajo, predomina la condición regular. Respecto a la actitud de la madre de familia frente al proceso salud enfermedad, predomina la actitud positiva, reflejada en aceptación tanto para la medicina tradicional y la medicina occidental. La relación entre los determinantes sociales de la salud y la actitud de las madres de familia en relación al proceso salud-enfermedad no es significativa según la prueba estadística; siendo necesario abarcar con mayor profundidad los valores, las creencias, costumbres y comportamientos que abarcan el aspecto cultural de las madres de familia.

1.5. Justificación de la investigación

1.5.1. Justificación teórica

La presente investigación nos permitirá revisar aspectos teóricos de diferentes autores relacionados de determinantes sociales de salud, con el fin de aceptar o rechazar las teorías propuestas.

1.5.2. Justificación práctica

Se justifica esta investigación, en el campo de la salud pública, porque permitirá conocer datos y estadísticas actualizadas relacionados a determinantes sociales de salud en Cruz de la Esperanza Chiclayo, lo cual permitirá establecer una propuesta de gestión según inequidades para el desarrollo de estrategias de mejora de estos determinantes, lo que será un proceso complejo, debido al hecho de que generalmente presentarán múltiples causas en común.

1.5.3. Justificación metodológica

La investigación se justifica metodológicamente porque se utilizarán instrumentos validados por juicio de expertos buscando desarrollar métodos rigurosos para obtener resultados válidos y confiables en relación al objeto de estudio.

1.5.4. Justificación científica

Se justifica de manera científica porque busca identificar los determinantes más predominantes y poder plantear soluciones a la comunidad en aras de mejorar la calidad de vida de los pobladores desde la perspectiva holística.

1.5.5. Justificación gnoseológica

Tendrá justificación gnoseológica porque estará orientada a fortalecer el conocimiento específico acerca de los determinantes de la salud familiar en ese asentamiento humano.

1.6. Limitaciones de la investigación

La investigación tendrá su limitación porque no existe un registro actualizado sobre el número de familias que se encuentran viviendo en el asentamiento humano, motivo por el cual se

ha optado recoger información a través de la municipalidad y representantes del asentamiento humano en estudio.

La disponibilidad de tiempo del investigador para llevar a cabo el presente estudio, limitación que fue superada a través de la reestructuración de un cronograma de actividades.

Inseguridad existente en la toma de recolección de datos la cual se superó con una reprogramación y planificación previo comunicado a las familias del Asentamiento Humano Cruz de la Esperanza – Chiclayo.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo general

Proponer un modelo de gestión según inequidades para mejorar los determinantes sociales de salud en pobladores de Cruz de la Esperanza Chiclayo 2020

1.7.2. Objetivos específicos

Determinar las características sociodemográficas de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo

Identificar los determinantes sociales-biológico de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020

Identificar los determinantes social-estilos de vida de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020

Identificar los determinantes social-sistema sanitario de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020

Identificar los determinantes social-medio ambiente sanitario de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020

1.8. Hipótesis

1.8.1. Hipótesis general

La propuesta del modelo de gestión según inequidades contribuye a mejorar los determinantes sociales de salud en pobladores cruz de la esperanza Chiclayo 2020

1.8.2. Hipótesis específicas

Las características sociodemográficas más predominantes en el asentamiento humano Cruz de La Esperanza Chiclayo 2020 son que hay familias compuestas y no tienen seguro de salud.

Los determinantes sociales-biológico predominantes de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020, no tienen ingresos económicos suficientes ni siguen completamente los tratamientos médicos

Los determinantes social-estilos de vida que más predominan en las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020, es su mala alimentación

Los determinantes social-sistema sanitario más predominantes de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020, son que nunca practican medidas preventivas

Los determinantes social-medio ambiente sanitario de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020, más predominantes es que la mayoría arroja las basuras a campo abierto

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco conceptual

Los determinantes sociales de la salud son, la expresión combinada de la estructura de poder existente y la resultante de las políticas públicas sean éstas económicas, sociales o medioambientales que, más allá de sus intenciones, terminan por reforzar o modificar tal distribución de poder en una sociedad concreta y en un momento dado. (Zurro et al., 2016)

Los determinantes de salud de una sociedad se dan a través de factores: biología humana (Carga genética, envejecimiento), medio ambiente (Contaminación física, química, biológica, social) estilos de vida y conductas de salud (Drogas, sedentarismo, nutrición, estrés, violencia y el sistema de asistencia sanitaria. (MINSA, 2006)

Los determinantes biológicos de la salud son inherentes a la fisiología del organismo y menos susceptibles de modificación que los demás factores. En las sociedades desarrolladas, estos factores influyen de forma muy relevante en la mortalidad de los niños menores de un año, pues, al estar muy controladas las enfermedades infecciosas, las causas más frecuentes de mortalidad infantil son las alteraciones congénitas y las hereditarias; pero a partir de cierta edad la importancia de estos factores como causantes de enfermedades disminuye de forma importante.

Desde un punto de vista médico-biológico, las enfermedades se pueden clasificar según su localización (hueso, corazón, hígado y otros); historia natural (aguda o crónica), curso (progresivo o intermitente), o con otros criterios. Dos de las formas más útiles de clasificación son aquellas que se realizan atendiendo a la causa (etiología) o al proceso biológico que se afecta. (MINSA, 2011)

Estilos de vida, definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las

necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

En esta forma podemos elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida como prefiero llamarlos, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales - espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.

La asistencia sanitaria encaminada a diagnosticar y tratar a la persona individualmente, no tiene demasiado efecto sobre la salud de la población. Sin embargo, los programas de salud dirigidos a un grupo social más amplio elevan el nivel de salud de la sociedad. Por ello debe ser amplia, de calidad, ofrecer cobertura suficiente y accesibilidad desde todos los puntos de vista (económico, de situación, etc.) a toda la sociedad.

Los recursos que un país destina a la salud, y los resultados de éstos, pueden medirse mediante diversos indicadores (índices y valores numéricos), cuyo estudio y correcta interpretación es fundamental para una adecuada política sanitaria. Describir el nivel de salud de una población significa medir todos los aspectos que aporten información sobre cómo se distribuye el proceso salud - enfermedad entre sus habitantes. Existen una gran cantidad de indicadores.

Los más utilizados son aquellos que indican falta de salud de una población, como la mortalidad y morbilidad. El hombre no es un ser aislado, sino inmerso en un medio ambiente, y no puede vivir ajeno a él. Los factores que afectan al entorno del hombre influyen también decisivamente en su salud. No sólo el ambiente natural, sino también el semi natural y artificial que el hombre ha creado, pueden verse alterados por distintos factores: físicos (temperatura,

ruidos, radiaciones y otros), químicos (contaminación por plaguicidas, metales pesados y otros), biológicos (presencia de bacterias, virus y otros microorganismos patógenos) y psicológicos, sociales y culturales (como drogadicción, estrés, etc.).

Se conocen numerosas causas no infecciosas de enfermedad, muchas de ellas ocupacionales. Por ejemplo, la exposición prolongada al polvo del carbón predispone a los mineros a padecer una enfermedad respiratoria denominada neumoconiosis, y de la misma forma, la exposición al polvillo del algodón predispone a las personas que lo manipulan a padecer problemas futuros. En ambas situaciones se sabe que los trabajadores que fuman presentan un riesgo más elevado de padecer una alteración de la función respiratoria. Esto mismo es cierto en la enfermedad pulmonar causada por la exposición al asbesto (asbestosis), un mineral (variedad del amianto utilizado para fabricar tejidos y materiales incombustibles).

Más recientemente, se ha observado que la exposición ocupacional a finas partículas de polvo o a sustancias químicas orgánicas produce alergias. Los científicos que se ocupan de las enfermedades profesionales están estudiando la causa de que algunos trabajadores padezcan dificultades respiratorias y crisis severas de estornudos, mientras que otros que trabajan en las mismas áreas no presentan estos síntomas.

2.1.1. Propuesta de gestión según modelo de inequidades

El término inequidad hace referencia a una desigualdad en la comparación de dos sujetos o sociedades. Esta tiene algunas características particulares. Intuitivamente, se entiende como algo injusto y negativo. Es una situación que la sociedad en su conjunto quiere modificar y que puede hacerlo ya que las causas que la originan no son naturales. Son variados los intentos por definir qué se considera inequidad y, en particular, ¿qué son las inequidades en salud? Quizá la definición más extendida es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que señala que

son: “desigualdades evitables entre grupos de personas dentro de un país o entre países [...] que surgen de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades”. (OMS, como se citó en Risso, 2020, párr.2)

En las últimas décadas, aunque con notorios altibajos en énfasis y amplitud, la determinación social de la salud es un concepto que va ganando adeptos entre las personas que deben tomar decisiones respecto a la salud poblacional. Es, ahora, indiscutible que se pueden prevenir muchas enfermedades desde el principio si se promueven las condiciones sociales que sostienen una vida saludable. A pesar de que este concepto ya viene siendo la base, en magnitud y profundidad muy variadas, para la formulación de políticas y diseños de estrategias orientadas a la recuperación de la salud y a la prevención de las enfermedades, aún no es parte central del modelo que enmarca los esfuerzos de construcción de políticas de salud pública y condiciones de vida, ni de los aspectos operativos para las diferentes tareas de la salud pública. (Lip y Rocabado, 2005)

2.1.1.1. Modelo conceptual de Dahlgren y Whitehead. El modelo de Dahlgren y Whitehead explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde aquel que corresponde al individuo y a las comunidades hasta el nivel correspondiente a las condiciones generales, socioeconómicas, culturales y medioambientales. (Dahlgren y Whitehead, 1991)

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. Y todo esto tiene

como finalidad promover la equidad social en salud. Este modelo, además, 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. (Dahlgren y Whitehead, 1991)

2.1.1.2. Supuestos de intervención de las inequidades en salud. El modelo de Diderichsen y Hallqvist subraya la manera en la que la organización de las sociedades genera y refuerza la gradiente social de estratificación social imperante, y que asigna a las personas distintas posiciones sociales. La posición social de las personas determina, por tanto, sus oportunidades de salud a través de los supuestos de intervención, como el contexto social, económico y político, la exposición diferencial, la vulnerabilidad diferencial y las consecuencias diferenciales. Para cada uno de estos supuestos de intervención se identifican los puntos de partida de políticas públicas. En las secciones siguientes, se analizarán por turno cada uno de los componentes. (Diderichsen y Hallqvist, 1998)

2.1.2. Salud familiar

La familia es el elemento de la estructura de la sociedad responsable de la reproducción biológica y social del ser humano. Constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana y en ese sentido es el elemento que sintetiza la producción de la salud a escala micro-social. En ella se satisfacen las necesidades que están en la base de la conservación, fomento y recuperación de la salud.

Cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del individuo, encargada de la formación y desarrollo de la personalidad y asegura, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación.

De este para su inserción en la vida social y la transmisión generacional de valores culturales, ético-morales y espirituales. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración

emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud. La vivencia de problemas familiares precipita respuestas de estrés, entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad crónica o su inicio. La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social. (Louro, 2003)

En casi dos siglos de vida republicana, el Perú ha alcanzado importantes logros en lo que se refiere a la salud pública. Y los más destacables se consiguieron durante los periodos de bonanza económica.

En las últimas dos décadas, sin embargo, a pesar del relativamente eficiente control macroeconómico monetario y fiscal, existen aún brechas sociales que agudizan las diferencias de clases sociales.

Si bien la salud ha sido considerada un derecho universal de todos los peruanos, para el año 2016 se encuentran paradojas que agigantan las brechas económicas y sociales en el país. Un ejemplo de ello es el caso del aseguramiento universal: según el INEI, de cada diez ciudadanos peruanos, cuatro no gozan de los beneficios que otorgan los seguros de salud, sean estos públicos o privados. (INEI, 2015)

En vista de ello, la política supranacional de abordaje de los determinantes sociales en salud (DSS), propuesta por la OMS, coadyuva a entender la importancia de focalizar la salud en todas las políticas, además de explicar metodológicamente las paradojas y contradicciones de las brechas sociales.

Asimismo, en el mundo académico, el concepto de los DSS ha llegado a ocupar un lugar destacable, no solo por explicar las brechas de equidad que existen entre las clases sociales con relación a las condiciones de vida, salud o bienestar, sino también para proponer políticas públicas eficaces y eficientes de intervención gubernamental.

En este sentido, las brechas de equidad y la relación entre las desigualdades socioeconómicas y el actual proceso de reforma del Estado evidencian la falta de estándares de calidad adecuados para la formulación de políticas públicas y programas presupuestales. La inexistencia de instrumentos de monitoreo y evaluación de impacto incrementan exponencialmente los factores de ineficacia en la creación de valor público, lo que genera condiciones negativas en la gestión pública y un panorama ideal para la implementación del modelamiento causal para el abordaje de los DSS.

Por ello, la investigación planteada por Cárdenas et al. (2017) incluye la institucionalización de intervenciones intersectoriales e intergubernamentales eficientes y eficaces. Con esta finalidad, se proponen instrumentos de gestión con mecanismos sostenibles que respaldan la cooperación de las instituciones gubernamentales en la búsqueda de soluciones integradas.

Así también, dentro del marco de la reforma del Estado, esta investigación propone la implementación del modelamiento causal para el abordaje de los DSS, ya que este guarda estrecha relación con la Política Nacional de Modernización del Estado al 2021. Estos instrumentos se encuentran alineados con el fortalecimiento de la gobernanza y son, además, instrumentos de gestión a través de los cuales se incluyen los lineamientos supranacionales propuestos por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS.

2.1.3. Características sociodemográficas

El perfil demográfico peruano ha variado notablemente en los últimos treinta años, y esto ha modificado los estilos de vida de los peruanos. Los riesgos y condiciones identificados son los siguientes:

Inadecuada alimentación y nutrición

Exposición al humo de tabaco

Consumo excesivo de bebidas alcohólicas

Ingesta de agua contaminada

Inadecuada disposición de excretas

Sedentarismo, hacinamiento

Sexo no seguro

Inadecuada práctica de lavado de manos

Publicidad engañosa

Escasa cultura de prevención de riesgos (por ejemplo: control médico anual, uso de cinturón de seguridad, uso de casco por personas que se trasladan en motocicletas y bicicletas, uso de protección personal para determinadas labores ocupacionales, evitar la automedicación, lectura del etiquetado de productos, uso de escaleras peatonales, respeto a la normatividad vial, proliferación de ruidos molestos, sobrecarga de los horarios de trabajo según ocupación, construcción de viviendas sin adecuados parámetros técnicos y en zonas de alta vulnerabilidad, etc.). (Consejo Nacional de Salud, 2013)

2.1.4. Determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud son, la expresión combinada de la estructura de poder existente y la resultante de las políticas públicas sean éstas económicas, sociales o

medioambientales que, más allá de sus intenciones, terminan por reforzar o modificar tal distribución de poder en una sociedad concreta y en un momento dado. (Berenguer, 2015)

La salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la misma, en la dinámica interna, en el cumplimiento de funciones para el desarrollo de los integrantes, y en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa de vida. (Berenguer, 2015)

Lo agendado en la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de algunos ministerios de Salud, es un tema central y frecuente el análisis de los problemas de salud con el denominado enfoque de los determinantes sociales y económicos. Sin embargo, teniendo en cuenta esta creciente importancia concedida actualmente al enfoque de los Determinantes Sociales de Salud (DSS), para muchos es aún una perspectiva poco conocida y profundizada; por lo que los procesos reflexivos, investigativos y de intervención en salud pública, no deben verse limitados a reconocer y explicar los DSS, sino integra principalmente a la búsqueda de una manera de actuar sobre ellos en la consecuente estimulación de los procesos de organización y de movilización que coadyuven y apoyen al proceso de transformación social. (Vinces y Campos, 2019)

Por su complejidad, sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que deben ser considerados dentro del concepto de salud, ya que están relacionado de forma múltiples; biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. Acorde al avance de la ciencia, la medicina, la tecnología los conocimientos en su generalidad la inmensa mayoría de estos factores se modifican incluyendo supuestamente muchos de los biológicos. La gran coincidencia

de unos sobre otros es tal horizontal que no pueden disociarse, sin caer en una concepción demasiado simplista del complejo binomio salud-enfermedad. (Ávila, 2009)

Varios estudiosos expresan que el amplio espectro de los determinantes sociales de la salud es posible que sea uno de los más complejos y desafiantes dentro de la salud ya que son referidos a los aspectos claves de la vida y sus circunstancias laborales de las personas y de sus estilos de vida que demuestran gran proporción la diferencia en muchos de los indicadores de salud. (Vinces y Campos, 2019)

2.1.5. Determinantes social-biológico

Son los resultados o las oportunidades de salud de los grupos sociales, individuo o familias en relación a lo biológico u orgánico, conceptualizada por la amplia carga genética y los factores evidentemente hereditarios, adquiriendo importancia, partiendo de los valiosos avances en la ingeniería genética alcanzando en el curso de los recientes años que abren unas perspectivas no conocidas hasta ahora; que en los aspecto positivos y certeros previenen enfermedades genéticamente conocidas; planteando grandes interrogantes en el terreno de la bioética y las potenciales desigualdades observadas en la salud determinados por los cuantiosos costos que estas prácticas demandarían. (Acevedo et al., 2014)

2.1.6. Determinantes social-estilos de vida

Son los resultados o las oportunidades de salud de los grupos sociales, individuo o familias en relación a sus comportamientos referente a alimentación, ejercicio, hábitos, entre otros.

Recientes investigaciones han provocado y manifiestan certeras evidencias que los comportamientos y hábitos de vida podrían condicionar negativamente la salud; asumiendo que la conducta se forma por las decisiones personales y por las influencias de nuestro entorno y grupo social, mencionamos la inadecuada alimentación, consumo de sustancias nocivas, el sedentarismo,

conductas de riesgo en sexualidad. Los hábitos de vida sanos o insanos son uno de los principales condicionantes en el proceso de salud- enfermedad. La mejora de los mismos debe conducir a una mejora en el estado de salud de los individuos y por ende de la población (Vinces y Campos, 2019).

2.1.7. Determinantes social-sistema sanitario

Son los resultados o las oportunidades de salud de los grupos sociales, individuo o familias en relación a conductas de salud que deben cumplir para preservar la calidad de vida de las personas.

Es el conjunto de centros, recursos humanos, medios económicos y materiales, tecnologías, etc., viene condicionados por variables como: accesibilidad, eficacia y efectividad, centros y recursos, buena praxis, cobertura, y otros. En relevantes países desarrollados el crecimiento del sector ha sido notable en las últimas décadas teniendo una influencia directa en los niveles de salud de las poblaciones; sin embargo, estudios aluden y opinan que preocupaciones e intereses mucho mayores en estos importantes determinantes aportaron logros evidentes en la salud. (Vinces y Campos, 2019)

2.1.8. Determinantes social-medio ambiente

Son los resultados o las oportunidades de salud de los grupos sociales, individuo o familias en relación a su entorno o medio ambiente. Existen factores que afectan al entorno del hombre influyen decisivamente en su salud y son, conforme los resultados de las más recientes investigaciones, los de mayor impacto sobre la misma. En el medio ambiente se identifican factores relativos no sólo al ambiente natural, sino también y muy especialmente el social. En el ambiente natural los de mayor repercusión sobre la salud se derivan de la contaminación ambiental, sea esta por factores biológicos (microorganismos), físicos (radiaciones, ruidos), químicos (plaguicidas, metales pesados) y los cambios climáticos. Entre los Sociales se destacan las

condiciones de vivienda y trabajo; el nivel de escolaridad; el nivel de ingresos económicos y las pautas culturales. (Vinces y Campos, 2019)

2.2. Marco filosófico

En un mundo globalizado e interconectado como en el que vivimos, los servicios de salud están obligados a cambiar sus enfoques y con lentes nuevos y novedosos analizar la salud como un componente más, condicionado por las leyes económicas y de mercado. Los sistemas de salud están enfrentados a cambiar de mirada en salud, empezando por el análisis de la propia conceptualización de salud dada por la OMS en 1948, donde define la salud como: “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” (p.1). Esta definición es criticada y calificada de utópica, dado que, el completo bienestar físico, mental y social es una falacia; esta afirmación puede ser explicada a través del análisis filosófico que se hace del riesgo, el que se considera está siempre presente en la vida de los seres vivos. En este caso de la definición de salud es un imposible, debido a que el riesgo está siempre presente. Aunque el logro de la definición de salud es un imposible, si podemos apuntar a la disminución de probabilidades de que los elementos físicos sociales y espirituales se vean afectados. Los servicios de salud se ven enfrentados a observarla de manera más amplia y compleja, con múltiples componentes actuando sobre ella. Es aquí donde encajan los determinantes sociales, de la inequidad, en salud como claves e influyentes para el logro del contexto, que aminore los efectos sobre los tres elementos de la amplia definición de salud. (Paredes, 2014)

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Según la intervención del investigador, el presente estudio es observacional y exploratorio ya que analizó e investigó aspectos concretos de la realidad, en este caso los determinantes sociales de la salud pública.

Según la planificación de la toma de datos, el estudio es prospectivo porque se planificó la recolección de datos en un tiempo estimado en el cronograma de actividades.

Según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio la investigación es transversal porque las características de los diferentes sujetos fueron medidas en un momento concreto, compartiendo todos los sujetos la misma temporalidad. Las variables fueron medidas en una sola ocasión y en un tiempo determinado. (Hernández et al., 2014)

El enfoque de la investigación es cuali-cuantitativo (mixto) y tuvo un diseño epidemiológico en su variante descriptiva.

El presente estudio corresponde a una investigación de nivel aplicativo, dado que, plantea intervenir en los determinantes sociales de salud al establecer una propuesta de gestión según inequidades. (Hernández et al., 2014)

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población (N) a trabajar en la investigación son las familias del asentamiento humano Cruz de la Esperanza, que se han cuantificado en 150 familias según estadísticas reportadas en la municipalidad provincial de Chiclayo (enero 2019).

3.2.2. Muestra

Conociendo el tamaño de la población podemos calcular la muestra (n) como sigue:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{(N-1)E^2 + Z^2 pq N}$$

n= 75 familias

Donde:

n es el tamaño de la muestra;

Z es el nivel de confianza;

p es la variabilidad positiva;

q es la variabilidad negativa;

N es el tamaño de la población;

E es la precisión o el error.

3.2.2.1. Criterios de inclusión. Familias que deseen participar voluntariamente en la presente investigación. Familias que residan en el Asentamiento Humano Cruz de la Esperanza durante el tiempo de estudio. Familias que autoricen a través del consentimiento informado su participación-

3.2.2.2. Criterios de exclusión. Familias que no deseen participar en la presente investigación. Familias que no residan en el Asentamiento Humano Cruz de la Esperanza. Familias que no autoricen y no presenten consentimiento informado.

3.3. Operacionalización de variables

Tabla 1*Matriz de operacionalización de la variable determinantes sociales de salud*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Valor / índice	Escala de medición
VD: Determinantes sociales de salud.	Los determinantes sociales de la salud familiar son, la expresión combinada de la estructura de poder existente y la resultante de las políticas públicas sean éstas económicas, sociales o medioambientales	La variable será medida a través de un cuestionario tomado de la investigación de Jícaro y Oblea (2016)	Determinante social-biológico	1. Enfermedades en la familia 2. Tratamiento médico completo 3. Controles médicos 4. Controles de otros profesionales de salud 5. Recuperación con el tratamiento médico	Siempre	Nominal
				6. Rendimiento físico bueno 7. Horario fijo para sus comidas 8. Consumo de agua hervida o cloro 9. Ingresos económicos suficientes 10. Uso de bloqueadores solares 11. Protección de enfermedades infectocontagiosas	A veces	
			Determinantes social-estilos de vida	1. Actividad física diaria 2. Manejo de estrés y la tensión 3. Tiempo libre 4. Consumo de agua 5. Comida balanceada 6. Evitar comer comida chatarra 7. Higiene de dientes 8. Visita al odontólogo anual 9. Evitar adicciones 10. Evitar automedicarse 11. Familia optimista	Nunca	Nominal
			Determinante social-sistema sanitario	1. Atención de salud oportuna 2. Horario adecuado 3. Personal disponible 4. Personal de salud amable 5. Tratamiento prescrito 6. Costo de la atención		

Determina nte social- medio ambiente	7. Costo de los medicamentos prescritos
	8. Controles de prevención
	1. Cuidado del entorno
	2. Recicla la basura
	3. Quema la basura
	4. Bota la basura al río o mar
	5. Bota la basura al campo abierto
	6. Ahorra la energía
	7. Ahorra el agua
	8. Utiliza aerosoles

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2*Matriz de operacionalización de la variable propuesta de gestión según inequidades*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
VI: Propuesta de gestión según inequidades.	La construcción de un modelo integral de los determinantes sociales de la salud debe tratar de lograr: a) aclarar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan inequidades de salud; b) indicar cómo los determinantes se relacionan entre sí; c) proporcionar un marco para evaluar cuáles son los Determinantes Sociales de Salud que es más importante abordar; y d) proyectar niveles específicos de intervención y puntos de acceso de implementación de políticas para la acción en torno a los Determinantes Sociales de Salud.	Proyectar niveles específicos de abordaje y puntos de acceso de implementación de políticas para la acción en torno a los Determinantes Sociales de Salud.	Factores de estilo de vida individual	– Edad – Sexo – Factores Hereditarios
			Redes sociales y comunitarias	– Factores de estilo de vida individual
			Condiciones generales, socioeconómicas, culturales y medioambientales	– Producción agropecuaria y alimentaria – Educación – Ambiente laboral – Condiciones de vida y de trabajo – Desempleo – Agua y servicios sanitarios – Servicios de atención de salud – Vivienda

Nota. Fuente: Elaboración propia.

3.4. Instrumentos

El instrumento de recolección de datos, es una encuesta que consta de 38 ítems y fue construido por las investigadoras Jícaro y Oblea en el año 2016, y contaron con la validación de juicio de expertos. Para la confiabilidad fue sometido al cálculo por el coeficiente de Alfa de Cronbach y se obtuvieron el siguiente resultado:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right)$$

Donde:

α : Coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach.

k: Número de ítems.

V_i : Varianza de cada ítem.

V_t : Varianza total.

Obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 3

Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos de Fiabilidad	
Alfa de Cronbach	Nº de elementos
0.73	15

Nota. Fuente: Software estadístico.

El instrumento fue aplicado a una muestra piloto de 15 madres del C. S. Pampa Grande, Tumbes. La confiabilidad es un valor que oscila entre 0 y 1. Se dice que el instrumento tiene alta confiabilidad y validez cuando el resultado de su análisis da un mayor de 0.70. Por lo tanto, el valor obtenido fue de 0.73, el instrumento del presente estudio es confiable y válido.

La propuesta del modelo de gestión basado en inequidades, estará basado en el Modelo propuesto por el equipo de equidad de la Organización Mundial de la Salud, el cual será elaborado

una vez se obtengan los determinantes sociales de salud, que es necesario abordar, en Cruz de la Esperanza-Chiclayo.

3.5. Procedimientos

Se solicitó el permiso correspondiente a los dirigentes comunales de la zona y se procedió a encuestar a las familias al azar visitándola a cada una en sus respectivas casas en los horarios que sean más pertinentes para cada una de ellas.

Con el fin de detectar ausencia de datos o registrar valores erróneos, se realizó una primera revisión general de los mismos mediante distribución de frecuencias para variables categóricas y determinación de mínimos y máximos y presencia de pérdidas para las cuantitativas, con la posterior comprobación de los datos discordantes y la consiguiente corrección de los errores detectados. Las variables continuas se describen con la media, la mediana, el percentil 25 y 75. Para las variables discretas se determinaron las frecuencias absoluta y relativa.

Los datos, se transformaron los datos en códigos numéricos, de acuerdo a la respuesta esperada en el Formulario ad hoc, según el dominio de la variable.

Los datos fueron analizados con el software SPSS versión 25 y se planteó el número de tablas en blanco, las cuales sirvió para confeccionar las tablas definitivas y los gráficos respectivos para la presentación de datos del estudio.

3.6. Análisis de datos

La información obtenida se presentó en cuadros y gráficos, a partir de las distribuciones de frecuencias encontradas. Para la prueba de hipótesis se empleó la prueba chi cuadrada. El recurso para el análisis de la información fue el software estadístico SPSS versión 25.0.

3.7. Consideraciones éticas

Para realizar esta investigación se solicitó la aprobación de cada familia mediante un consentimiento informado.

La información fue tratada de forma confidencial, y los familiares fueron identificados mediante un código numérico correlativo de hasta 3 caracteres que permitieron la identificación del participante y su relación con los distintos bloques de la base de datos.

El tratamiento de los datos se realizó de acuerdo a la Ley Orgánica N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, del 2013.

IV. RESULTADOS

Tabla 4

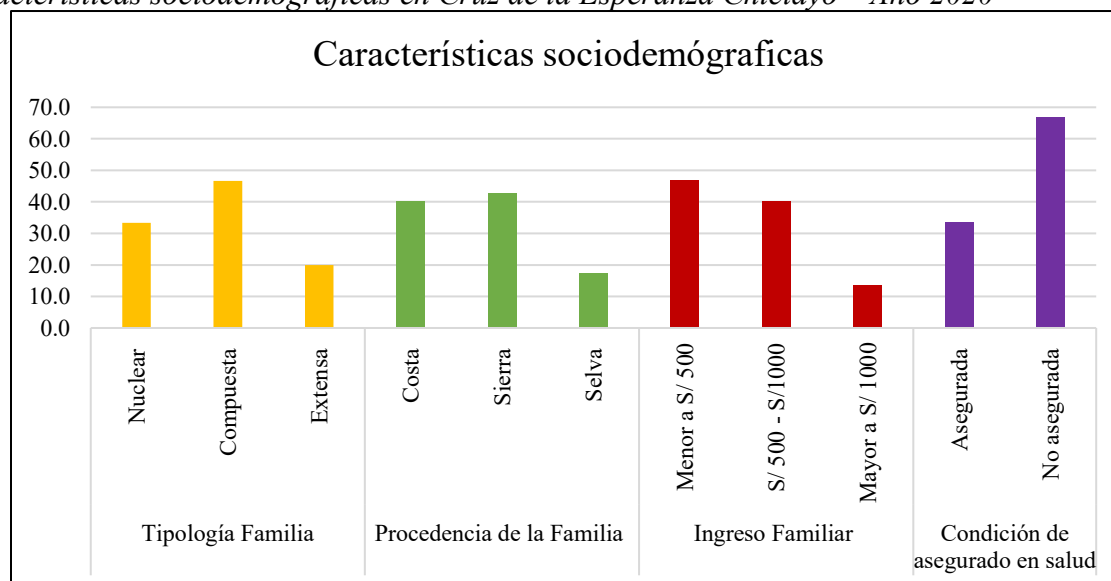
Características sociodemográficas en Cruz de la Esperanza Chiclayo – Año 2020

Características Sociodemográficas		n	%
Tipología Familia	Nuclear	25	33.3
	Compuesta	35	46.7
	Extensa	15	20.0
Procedencia de la Familia	Costa	30	40.0
	Sierra	32	42.7
	Selva	13	17.3
Ingreso Familiar	Menor a S/ 500	35	46.7
	S/ 500 - S/1000	30	40.0
	Mayor a S/ 1000	10	13.3
Condición de asegurado en salud	Asegurada	25	33.3
	No asegurada	50	66.7

Nota. Fuente: Instrumento aplicado a familias de Cruz de la Esperanza – Chiclayo, año 2020.

Figura 1

Características sociodemográficas en Cruz de la Esperanza Chiclayo – Año 2020



Nota. Fuente: Instrumento aplicado a familias de Cruz de la Esperanza – Chiclayo, año 2020.

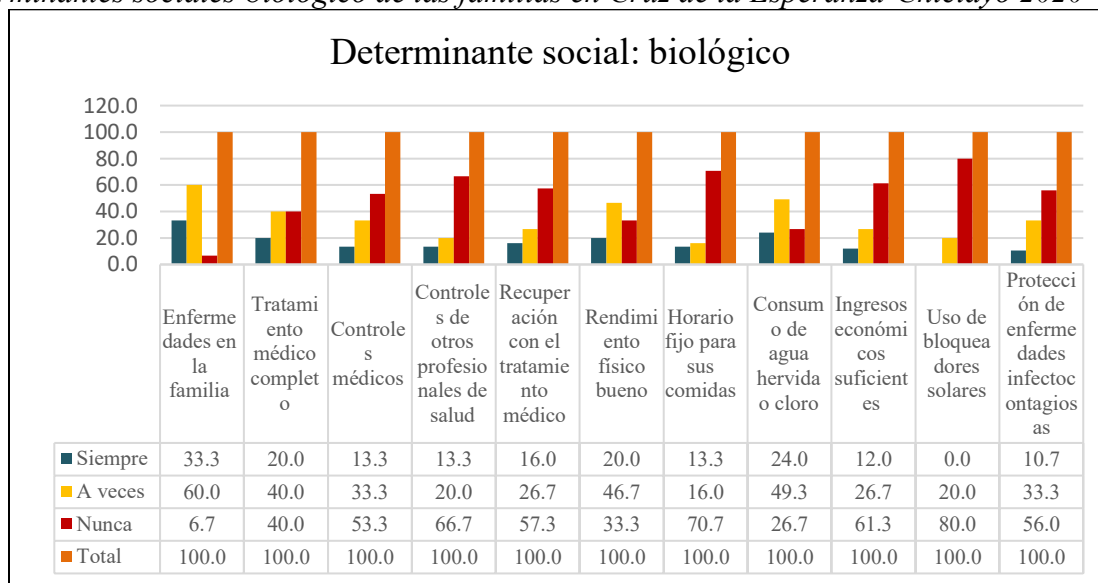
Interpretación

Al observar las características sociodemográficas en Cruz de la Esperanza, se tiene con respecto a la Tipología Familia que 33,3% son familias nucleares, 46,7% son familias compuestas y 20,0% son familias extensas. En cuanto a la procedencia de la familia se tiene que 40,0% proceden de la costa; 42,7% proceden de la sierra; 17,3% proceden de la selva. En cuanto al ingreso familiar se tiene que 46,7% tienen ingresos menores a S/ 500; 40,0% tienen ingresos entre S/ 500 a S/ 1000 y 13,3% tienen ingresos mayores a S/ 1000. Con respecto a la condición de asegurado en salud se tiene que 66,7% no son asegurados y 33,3% son asegurados.

Tabla 5*Determinantes sociales-biológico de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020*

	Determinante social: biológico							
	Siempre		A veces		Nunca		Total	
Enfermedades en la familia	25	33.3	45	60.0	5	6.7	75	100.0
Tratamiento médico completo	15	20.0	30	40.0	30	40.0	75	100.0
Controles médicos	10	13.3	25	33.3	40	53.3	75	100.0
Controles de otros profesionales de salud	10	13.3	15	20.0	50	66.7	75	100.0
Recuperación con el tratamiento médico	12	16.0	20	26.7	43	57.3	75	100.0
Rendimiento físico bueno	15	20.0	35	46.7	25	33.3	75	100.0
Horario fijo para sus comidas	10	13.3	12	16.0	53	70.7	75	100.0
Consumo de agua hervida o cloro	18	24.0	37	49.3	20	26.7	75	100.0
Ingresos económicos suficientes	9	12.0	20	26.7	46	61.3	75	100.0
Uso de bloqueadores solares	0	0.0	15	20.0	60	80.0	75	100.0
Protección de enfermedades infectocontagiosas	8	10.7	25	33.3	42	56.0	75	100.0

Nota. Fuente: Instrumento aplicado a familias de Cruz de la Esperanza – Chiclayo, año 2020.

Figura 2*Determinantes sociales-biológico de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020*

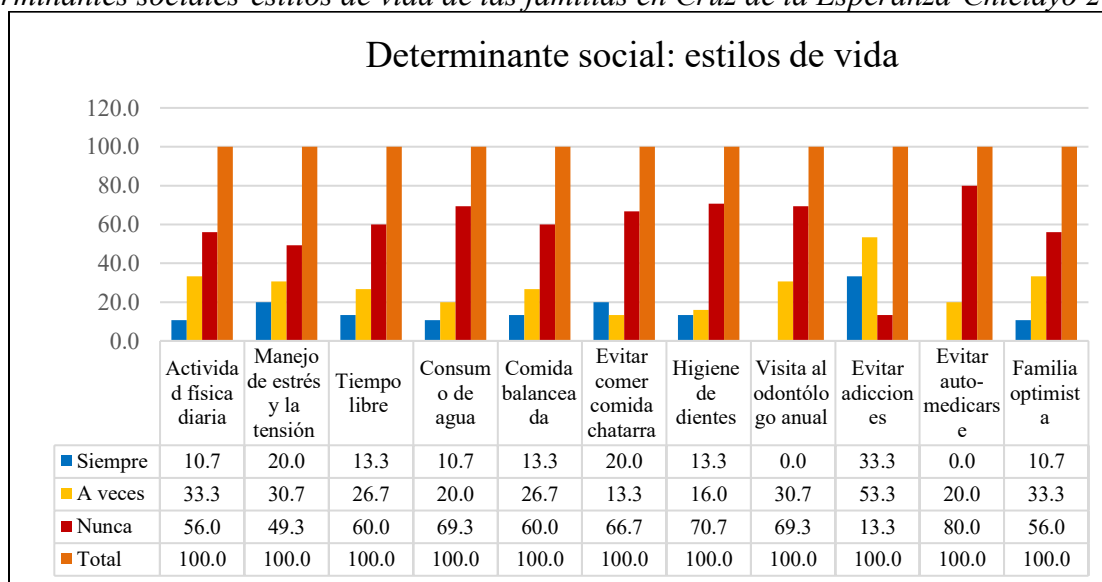
Nota. Fuente: Instrumento aplicado a familias de Cruz de la Esperanza – Chiclayo, año 2020.

Interpretación

Los resultados hallados muestran que el determinante social biológico tienen un impacto malo, esto debido a los altos porcentajes negativos encontrados en este determinante, es así que 60,0% indicaron que sus integrantes a veces sufren de enfermedades; 53,3% indicaron que nunca asisten a controles médicos; 66,7% indicaron que sus integrantes nunca siguen los controles de otros profesionales de salud; 57,3% indicaron que nunca siguen la recuperación con el tratamiento médico; 70,7% indicaron que no tienen un horario fijo para sus comidas; 61,3% indicaron que nunca tiene ingresos económicos suficientes; 80,0% indicaron que nunca usa bloqueadores solares.

Tabla 6*Determinantes sociales-estilos de vida de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020*

	Determinante social: estilos de vida							
	Siempre		A veces		Nunca		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Actividad física diaria	8	10.7	25	33.3	42	56.0	75	100.0
Manejo de estrés y la tensión	15	20.0	23	30.7	37	49.3	75	100.0
Tiempo libre	10	13.3	20	26.7	45	60.0	75	100.0
Consumo de agua	8	10.7	15	20.0	52	69.3	75	100.0
Comida balanceada	10	13.3	20	26.7	45	60.0	75	100.0
Evitar comer comida chatarra	15	20.0	10	13.3	50	66.7	75	100.0
Higiene de dientes	10	13.3	12	16.0	53	70.7	75	100.0
Visita al odontólogo anual	0	0.0	23	30.7	52	69.3	75	100.0
Evitar adicciones	25	33.3	40	53.3	10	13.3	75	100.0
Evitar auto-med icarse	0	0.0	15	20.0	60	80.0	75	100.0
Familia optimista	8	10.7	25	33.3	42	56.0	75	100.0

Nota. Fuente: Instrumento aplicado a familias de Cruz de la Esperanza – Chiclayo, año 2020.**Figura 3***Determinantes sociales-estilos de vida de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020**Nota.* Fuente: Instrumento aplicado a familias de Cruz de la Esperanza – Chiclayo, año 2020.

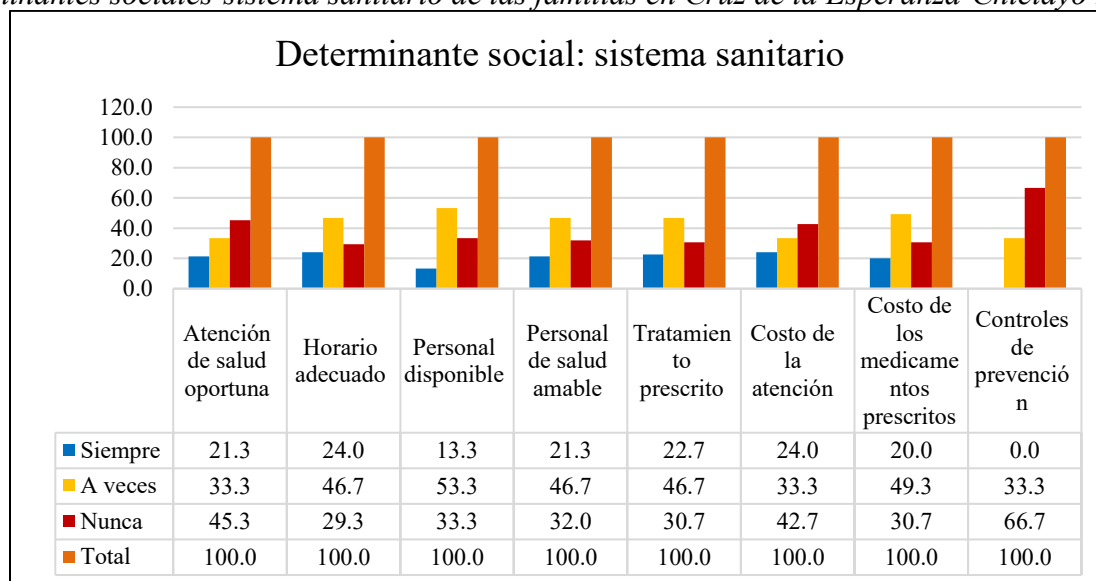
Interpretación

Los resultados hallados muestran que el determinante social: Estilos de Vida tienen un impacto malo, esto debido a los altos porcentajes negativos encontrados en este determinante, es así que, 60,0% indican que no tienen tiempo libre; 69,3% indican que no tienen costumbre de consumir agua; 66,7% indican que no evitan el consumo de comida chatarra; 70,7% nunca practica técnicas de higiene de dientes; 69,3% indican que nunca visitan al odontólogo de manera anual; 80,0% nunca evita auto medicarse.

Tabla 7*Determinantes sociales-sistema sanitario de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020*

	Determinante social: sistema sanitario							
	Siempre		A veces		Nunca		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Atención de salud oportuna	16	21.3	25	33.3	34	45.3	75	100.0
Horario adecuado	18	24.0	35	46.7	22	29.3	75	100.0
Personal disponible	10	13.3	40	53.3	25	33.3	75	100.0
Personal de salud amable	16	21.3	35	46.7	24	32.0	75	100.0
Tratamiento prescrito	17	22.7	35	46.7	23	30.7	75	100.0
Costo de la atención	18	24.0	25	33.3	32	42.7	75	100.0
Costo de los medicamentos prescritos	15	20.0	37	49.3	23	30.7	75	100.0
Controles de prevención	0	0.0	25	33.3	50	66.7	75	100.0

Nota. Fuente: Instrumento aplicado a familias de Cruz de la Esperanza – Chiclayo, año 2020.

Figura 4*Determinantes sociales-sistema sanitario de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020*

Nota. Fuente: Instrumento aplicado a familias de Cruz de la Esperanza – Chiclayo, año 2020.

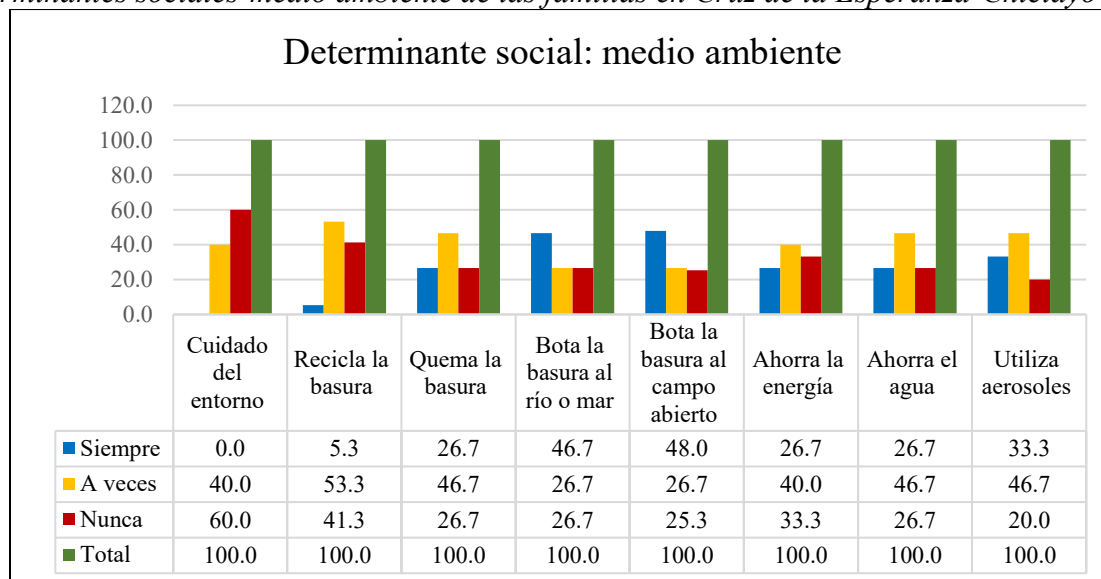
Interpretación

Los resultados hallados muestran que el determinante social: Sistema Sanitario tienen un impacto regular, esto debido, a 45,3% indicaron que nunca hay atención oportuna; 46,7% indicaron que el horario a veces es adecuado; 53,3% indicaron que a veces hay personal disponible; 46,7% indicaron que el personal de salud es amable; 46,7% indicaron que a veces sigue el tratamiento prescrito; 42,7% indicaron que nunca pueden cubrir los costos de atención, 49,3% indicaron que a veces pueden comprar con el costo de los medicamentos prescritos y 66,7% nunca siguen controles de prevención.

Tabla 8*Determinantes sociales-medio ambiente de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020*

	Determinante social: medio ambiente							
	Siempre		A veces		Nunca		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cuidado del entorno	0	0.0	30	40.0	45	60.0	75	100.0
Recicla la basura	4	5.3	40	53.3	31	41.3	75	100.0
Quema la basura	20	26.7	35	46.7	20	26.7	75	100.0
Bota la basura al río o mar	35	46.7	20	26.7	20	26.7	75	100.0
Bota la basura al campo abierto	36	48.0	20	26.7	19	25.3	75	100.0
Ahorra la energía	20	26.7	30	40.0	25	33.3	75	100.0
Ahorra el agua	20	26.7	35	46.7	20	26.7	75	100.0
Utiliza aerosoles	25	33.3	35	46.7	15	20.0	75	100.0

Nota. Fuente: Instrumento aplicado a familias de Cruz de la Esperanza – Chiclayo, año 2020.

Figura 5*Determinantes sociales-medio ambiente de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020*

Nota. Fuente: Instrumento aplicado a familias de Cruz de la Esperanza – Chiclayo, año 2020.

Interpretación

Los resultados hallados muestran que el determinante social: Medio Ambiente tienen un impacto regular, esto debido, a 60,0% indicaron que nunca hay atención oportuna; 53,3% indicaron que a veces recicla la basura; 46,7% indicaron que siempre bota la basura al río o mar; 48,0% indicaron que siempre bota la basura al campo abierto; 40,0% indicaron que a veces ahorra la energía; 46,7% indicaron que a veces ahorra el agua y 46,7% indicaron que a veces utiliza aerosoles.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los determinantes sociales de la salud son aspectos vitales para la calidad de vida de los pobladores, pues es ello lo que implica que hayan enfermedades o se puedan prevenir, la atención primaria de la salud es uno de los niveles del sistema sanitario que ha sido olvidada hace muchos años y es por ello que la salud se ha ido deteriorando produciendo muchas patologías llamadas enfermedades no transmisibles y hasta las infecciosas se han ido propagando en la humanidad, como lo demuestra la pandemia del coronavirus en estos años.

Estas conclusiones se corroboran con Tamayo et al. (2018), quienes afirman que los determinantes sociales de la salud (DSS) son las condiciones en las que las personas se desarrollan. Dichas condiciones impactan en sus vidas, condición de salud y nivel de inclusión social.

En este marco se investigó sobre los determinantes sociales de la salud y en ese sentido se observó las características sociodemográficas en Cruz de la Esperanza, se tiene con respecto a la Tipología Familia que 33,3% son familias nucleares, 46,7% son familias compuestas y 20,0% son familias extensas. En cuanto a la procedencia de la familia se tiene que 40,0% proceden de la costa; 42,7% proceden de la sierra; 17,3% proceden de la selva. En cuanto al ingreso familiar se tiene que 46,7% tienen ingresos menores a S/ 500; 40,0% tienen ingresos entre S/ 500 a S/ 1000 y 13,3% tienen ingresos mayores a S/ 1000. Con respecto a la condición de asegurado en salud se tiene que 66,7% no son asegurados y 33,3% son asegurados.

Los resultados hallados muestran que el determinante social biológico tienen un impacto malo, esto debido a los altos porcentajes negativos encontrados en este determinante, es así que 60,0% indicaron que sus integrantes a veces sufren de enfermedades; 53,3% indicaron que nunca asisten a controles médicos; 66,7% indicaron que sus integrantes nunca siguen los controles de otros profesionales de salud; 57,3% indicaron que nunca siguen la recuperación con el tratamiento

médico; 70,7% indicaron que no tienen un horario fijo para sus comidas; 61,3% indicaron que nunca tiene ingresos económicos suficientes; 80,0% indicaron que nunca usa bloqueadores solares.

Los resultados hallados muestran que el determinante social: Estilos de Vida tienen un impacto malo, esto debido a los altos porcentajes negativos encontrados en este determinante, es así que, 60,0% indican que no tienen tiempo libre; 69,3% indican que no tienen costumbre de consumir agua; 66,7% indican que no evitan el consumo de comida chatarra; 70,7% nunca practica técnicas de higiene de dientes; 69,3% indican que nunca visitan al odontólogo de manera anual; 80,0% nunca evita auto medicarse.

Los resultados hallados muestran que el determinante social: Sistema Sanitario tienen un impacto regular, esto debido, a 45,3% indicaron que nunca hay atención oportuna; 46,7% indicaron que el horario a veces es adecuado; 53,3% indicaron que a veces hay personal disponible; 46,7% indicaron que el personal de salud es amable; 46,7% indicaron que a veces sigue el tratamiento prescrito; 42,7% indicaron que nunca pueden cubrir los costos de atención, 49,3% indicaron que a veces pueden comprar con el costo de los medicamentos prescritos y 66,7% nunca siguen controles de prevención.

Los resultados hallados muestran que el determinante social: Medio Ambiente tienen un impacto regular, esto debido, a 60,0% indicaron que nunca hay atención oportuna; 53,3% indicaron que a veces recicla la basura; 46,7% indicaron que siempre bota la basura al río o mar; 48,0% indicaron que siempre bota la basura al campo abierto; 40,0% indicaron que a veces ahorra la energía; 46,7% indicaron que a veces ahorra el agua y 46,7% indicaron que a veces utiliza aerosoles.

VI. CONCLUSIONES

- 6.1. Sobre las características sociodemográficas el 46,7% son familias compuestas, en la procedencia el 40,0% son de la costa; en cuanto al ingreso el 46,7% poseen ingresos menores a S/ 500 y en la condición de seguro de salud el 66,7% no son asegurados.
- 6.2. En determinantes social-biológico el 53,3% indican que nunca asisten a controles médicos; 57,3% nunca siguen el tratamiento médico; 70,7% no tienen horario fijo para sus comidas; 61,3% nunca tiene ingresos económicos suficientes y 80,0% nunca usan bloqueadores solares
- 6.3. En determinantes social- estilos de vida el 60,0% no tienen tiempo libre; 69,3% no consumen regularmente agua; 66,7% consumen comida chatarra; 70,7% nunca practican higiene dental; 69,3% no visitan al odontólogo anualmente y 80,0% se automedican.
- 6.4. En determinantes social: sistema sanitario el 46,7% indicaron que el horario a veces es adecuado; 53,3% afirman a veces hay personal disponible; 46,7% expresa el personal de salud es amable; 46,7% a veces sigue el tratamiento prescrito; 42,7% no pueden cubrir los costos de atención, 49,3% a veces pueden comprar los medicamentos prescritos y 66,7% nunca siguen controles de prevención.
- 6.5. En determinante social: Medio Ambiente el 53,3% a veces recicla la basura; 46,7% siempre bota la basura a la acequia alledaña; 48,0% siempre bota la basura al campo abierto; 40,0% a veces ahorra la energía; 46,7% a veces ahorra el agua y 46,7% a veces utiliza aerosoles.

VII. RECOMENDACIONES

Al jefe del Centro de Salud de Cruz de la Esperanza:

- 7.1. Implementar el Modelo de gestión propuesto en esta investigación para afrontar los determinantes sociales de salud.
- 7.2. Socializar los resultados del estudio con los dirigentes comunales para una toma de conciencia sobre los problemas de salud que pueden prevenirse con sus cambios de conductas en salud.
- 7.3. Plantear alianzas estratégicas con el sector educación y alimentación para el trabajo intersectorial a favor de la comunidad.
- 7.4. Promover con universidades la formulación de nuevas investigaciones sobre los determinantes sociales de la salud.

VIII. REFERENCIAS

- Acevedo, G., Martinez, D. Y Utz, L. (2014). *La salud y sus determinantes. la salud pública y la medicina preventiva*.
<http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/MPyS-1-Unidad-1-Determinantes-de-la-Salud-V-2013.pdf>
- Álvarez, L. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 69-79.
<https://www.redalyc.org/pdf/545/54514009005.pdf>
- Álvarez, R. (2013). Determinantes sociales de la salud. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México*, 56(5), 3-4.
https://www.researchgate.net/publication/320610236_Health_social_determinants
- Ávila, M. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. *Acta Médica Costarricense*, 51(2), 71-73.
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttextYpid=S0001-60022009000200002Ylng=enYtlng=es.
- Berenguer, M. (2015). Determinantes sociales de la salud asociados a la salud familiar. *Dominio de las Ciencias*, 1(1), 12-17. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5761660.pdf>
- Berenguer, M., Pérez, A., Dávila, M., Y Sánchez, I. (2017). Determinantes sociales en la salud de la familia cubana. *MEDISAN*, 21(1). <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/680>
- Cárdenas, C., Juárez, C., Moscoso, R. Y Vivas, J. (2017). *Determinantes sociales en salud*. ESAN.
- Castañeda, J. (2009). *Determinantes sociales de la calidad de vida de los habitantes de Vista Alegre del distrito de Víctor Larco – Trujillo* [Tesis de doctorado, Universidad Nacional de Trujillo]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional de Trujillo.

<https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/e5b5c9dd-fef8-407f-8e47-3a4709f7a007/content>

Dahlgren, G. Y Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for futures studies.

Diderichsen, F., Y Hallqvist, J. (1998). Social inequalities in health: Some methodological considerations for the study of social position and social context. In B. Arve-Parès (Ed.), *Inequality in health: A Swedish perspective* (pp. 25—39). Swedish Council for Social Research.

Fernández, R., Thielmann, K. Y Bormey, M. (2012). Determinantes individuales y sociales de salud en la medicina familiar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(3), 484-490.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2012/csp123n.pdf>

García, J. Y Vélez, C. (2013). América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas. *Revista de Salud Pública*, 15(5), 731-742.
<https://www.redalyc.org/pdf/422/42230941007.pdf>

García, M. (2018). *Determinantes de salud de los adultos del Centro Poblado San Nicolás – Sector “C” - Huaraz, 2013* [Tesis de pregrado, Universidad Católica Los ángeles de Chimbote]. Repositorio institucional de la Universidad Católica Los ángeles de Chimbote.
https://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/3129/ADULTOS_DET ERMINANTES_DE_SALUD_GARCIA_MALLQUI_MAYRA_KARYN.pdf?sequence=1YisAllowed=y

Hernández, R., Fernández, C. Y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGraw-Hill.

- INEI. (2015). *II Características de la vivienda y el hogar*.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1369/cap02.pdf
- INEI. (2018). *Características de las viviendas, hogares y población*.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index1.html
- Jícaro, E. Y Oblea, S. (2016). *Determinantes sociales de la salud familiar de la comunidad de San Francisco Corrales-Tumbes 2016* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Tumbes]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional de Tumbes.
<https://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/54/TESIS%20-%20JICARO%20Y%20OBLEA.pdf?sequence=1>
- Ley Orgánica N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales (2011, 03 de julio).
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/272360/Ley%20N%C2%BA%2029733.pdf?v=1618338779>
- Lip, C. Y Rocabado, F. (2005). *Determinantes sociales de la salud en Perú*. Organización Panamericana de la Salud.
- Louro, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(1), 48-51. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextYpid=S0864-34662003000100007Ylng=esYtlng=es.
- Mariños, J. (2018). *Efecto de riesgo de los determinantes sociales y la accesibilidad a la atención de salud en el Perú en 2016* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio institucional de la Universidad César Vallejo.

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/11201/Mari%C3%B1os_AJC.pdf?sequence=1

Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E. Y Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*, 380(9846), 1011-1029.

[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)61228-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)61228-8)

MINSA. (2006). *Familias y viviendas saludables. Guía de implementación.*

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/417823/425693793802336963420191106-32001-11cj57l.pdf?v=1573077694>

MINSA. (2011). *Directiva administrativa para el trabajo con el agente comunitario de salud N° 174-MINSA/DGPS-V.01.*

https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/390848/Directiva_administrativa_para_el_trabajo_con_el_agente_comunitario_de_salud_R.M._N%C2%BA_174-MINSADGPS-V.0120191017-26355-1douz2a.pdf?v=1571311745

MINSA. (2013). *Lineamientos y medidas de reforma del sector salud.*

https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/389802/Lineamientos_y_medidas_de_reforma_del_sector_Salud20191016-26158-mvi4rq.pdf?v=1571210302

Morán, S. (2015). *Determinantes de la salud y actitud frente al proceso salud-enfermedad de las madres de familia en comunidades de la zona rural del distrito de Cajamarca, 2010* [Tesis de doctorado, Universidad Nacional de Cajamarca]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional de Cajamarca.

<https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/1422/Tesis%20doc%2c%20Mor%c3%a1n%20Dioses%20Ang%c3%a9lica%20%282%29.pdf?sequence=1YisAllowed=y>

- OMS. (2011). *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud*.
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/rio_political_declaration_spanish.pdf?sfvrsn=891f1a3b_5
- OPS. (2009). *Plan estratégico 2008-2012 de la OPS modificado (proyecto)*.
<https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OD%20328-documento%20completo.pdf>
- Paredes, Y. (2014). *Propuesta de abordaje sobre determinantes sociales de la salud y cambio climático en comunidades dependientes de los desechos sólidos en Managua, Nicaragua* [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Barcelona]. Repositorio institucional de la Universidad Autónoma de Barcelona.
https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2014/hdl_10803_283934/ypg1de1.pdf
- R.S. No 001-2013-SA, Resolución Suprema.
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/270015/241107_RS001_2013_SA.pdf20190110-18386-1pfkwee.pdf?v=1547157625
- Risso, A. (2020). *Inequidad en salud: el desafío de terminar con la pobreza como factor de enfermedad*. <https://movidasana.com/inequidad-en-salud-el-desafio-de-terminar-con-la-pobreza-como-factor-de-enfermedad/#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20OMS%20%28Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud%29%2C,el%20seno%20de%20las%20sociedades%20y%20entre%20sociedades.>
- Salinas, J. (2018). El cubo de la promoción de salud. Un enfoque integrado para el diseño de intervenciones efectivas. *Revista chilena de nutrición*, 45(1), 71-79.
<https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182018000100071>

- Silberman, M., Moreno, L., Kawas, V., Y González, E. (2013). Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal. *Revista de la Facultad de Medicina* (México), 56(4), 24-34.
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttextYpid=S0026-17422013000400004Ylng=esYtlng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttextYpid=S0026-17422013000400004Ylng=esYtlng=es)
- Tamayo, M., Besoain, A. Y Rebolledo, J. (2018). Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación. *Gac Sanit.*, 32(1), 96-100.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.004>
- Vélez, C., Vidarte, J., Hormaza, M. Y Chia, S. (2014). determinantes sociales de la salud y discapacidad, Tunja 2012. *Archivos de Medicina (Col)*, 14(1), 51-63.
<https://www.redalyc.org/pdf/2738/273832164006.pdf>
- Ventres, W., Dharamsi, S., De Wetter, P., Y Ferrer, R. (2017). De los determinantes sociales a la interdependencia social: teoría, reflexión y aplicación / From social determinants to social interdependency: Theory, reflection, and engagement. *Social Medicine*, 11(2), 66–71.
<https://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/941>
- Vinces, M. Y Campos, N. (2019). Determinantes sociales de la salud. Políticas Públicas. *Dominio De Las Ciencias*, 5(1), 477–508. <https://doi.org/10.23857/dc.v5i1.1056>
- Zurro, A., Cano, J. Y Gené, J. (2016). *Compendio de Atención Primaria* (4.^a ed.). Elsevier.

IX. ANEXOS

Anexo A. Matriz de consistencia

Tabla 9*Matriz de consistencia*

Título: “Propuesta de gestión, según inequidades, de determinantes sociales de salud en Cruz de la Esperanza Chiclayo - año 2020”

Problema de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Variable	Metodología
Problema general ¿Cómo la propuesta de modelo de gestión según inequidades contribuye a mejorar los determinantes sociales de salud en pobladores del Asentamiento humano Cruz de la esperanza Chiclayo 2020?	Objetivo general Proponer un modelo de gestión según inequidades para mejorar los determinantes sociales de salud en pobladores del asentamiento humano Cruz de la Esperanza Chiclayo 2020	Hipótesis general La propuesta del modelo de gestión según inequidades contribuye a mejorar los determinantes sociales de salud en pobladores Cruz de la Esperanza Chiclayo 2020	Independiente Propuesta de gestión basada en inequidades	Tipo: Aplicada, Exploratoria, Transversal y Enfoque Cualitativo-Cuantitativo. Diseño: epidemiológica variante descriptiva Nivel: Aplicativo Población y muestra de estudio:
Problemas específicos ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo? ¿Cuáles son los determinantes sociales-biológico de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo? ¿Cuáles son los determinantes social-	Objetivos específicos Determinar las características sociodemográficas de las familias en el asentamiento humano Cruz de la Esperanza-Chiclayo Identificar los determinantes social-biológico de las familias en el asentamiento	Hipótesis específicas Las características sociodemográficas más predominantes en el asentamiento humano Cruz de La Esperanza Chiclayo 2020 son que hay familias compuestas y no tienen seguro de salud Los determinantes sociales-biológico predominantes de las	Dependientes Determinantes sociales de salud pública. - Características sociodemográficas. - Determinantes sociales – biológico. - Determinantes social - estilos de vida. - Determinantes social – sistema sanitario.	La población se ha cuantificado en 150 familias. Siendo la muestra 75 familias. Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario Análisis estadístico: Distribución de

estilos de vida de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo? ¿Cuáles son los determinantes social-sistema sanitario de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo? ¿Cuáles son los determinantes sociales–Medio Ambiente en Cruz de la Esperanza-Chiclayo?	humano Cruz de la Esperanza-Chiclayo Identificar los determinantes social-estilos de vida de las familias en el asentamiento humano Cruz de la Esperanza-Chiclayo Identificar los determinantes social-Sistema sanitario de las familias en el asentamiento humano Cruz de la Esperanza-Chiclayo Identificar los determinantes social-medio ambiente sanitario de las familias en el asentamiento humano Cruz de la Esperanza-Chiclayo	familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020, no tienen ingresos económicos suficientes ni siguen completamente los tratamientos médicos Los determinantes social-estilos de vida que más predominan en las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020, es su mala alimentación Los determinantes social-sistema sanitario más predominantes de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020, son que nunca practican medidas preventivas Los determinantes social-medio ambiente sanitario de las familias en Cruz de la Esperanza-Chiclayo 2020, más predominantes es que la mayoría arroja las basuras a campo abierto	- Determinantes sociales – medio ambiente	frecuencias para variables categóricas Determinación de mínimos y máximos para las variables cuantitativas. Los datos se analizarán con el software SPSS versión 25.
--	---	--	---	--

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Anexo B. Instrumento de determinantes sociales de salud familiar

Instrumento de determinantes sociales de salud familiar

N° Encuesta _____

I. Características Socio Demográficas**A. Tipología Familia**

Nuclear ()

Compuesta ()

Extensa ()

B. Procedencia de la Familia

Costa ()

Sierra ()

Selva ()

C. Ingreso Familiar

Menor a s/.500.00 ()

S/ 500.00 a S /1000.00 ()

Mayor de s/1000.00 ()

D. Condición de asegurado en salud

Asegurada ()

No asegurada ()

Anexo C. Cuestionario Determinantes sociales de salud

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	SIEMPRE (2)	A VECES (1)	NUNCA (0)
DETERMINANTE SOCIAL - BIOLÓGICO			
1. Padecen de enfermedades en la familia			
2. Siguen el tratamiento médico completo cuando enferman			
3. Recurren a los controles médicos			
4. Recurren a los controles de otros profesionales de salud			
5. Con el tratamiento médico que reciben se recuperan			
6. Tenemos un rendimiento físico bueno			
7. Tiene un horario fijo para sus comidas (desayuno, almuerzo y cena).			
8. Se consume el agua hervida o cloro			
9. Sus ingresos económicos les permite cubrir sus necesidades			
10. Se protegen de los rayos solares (usan bloqueador)			
11. Se protege de las enfermedades infectocontagiosas			
DETERMINANTES SOCIAL - ESTILOS DE VIDA			
12. Realizamos actividad física diaria con una intensidad moderada (caminar, bailar, trotar, otros) por lo menos durante 30 minutos			
13. Se maneja el estrés y la tensión			
14. Se disfruta del tiempo libre			
15. consume agua durante el día			
16. Se balancea la alimentación frutas, verduras, proteínas, cereales y lácteos			
17. Se evita consumir bebidas gaseosas, mucha azúcar o sal, comida chatarra o con mucha grasa.			
18. Se cepilla los dientes mínimos dos veces al día			
19. visita al odontólogo por lo menos una vez al año			
20. Se evita fumar cigarrillo, alcohol.			
21. Se evitan auto-med icarse			
22. Nos consideramos una familia optimista			
DETERMINANTE SOCIAL - SISTEMA SANITARIO			

23.La atención que recibe en la institución de salud es oportuna			
24.El horario de atención en la institución está de acuerdo a su disposición de tiempo			
25.El personal de salud se muestra disponible			
26.El personal de salud que lo atiende se muestra amable durante su atención			
27.Pueden adquirir todo el tratamiento prescrito en la institución de salud			
28.Puede pagar el costo de la atención en la institución de salud			
29.Puede pagar el costo de los medicamentos prescritos			
30. La familia recibe controles de prevención: enfermedades crónicas, vacunación, otros.			
DETERMINANTE SOCIAL – MEDIO AMBIENTE			
31.Disfruto y cuido de mi entorno: colabora en actividades comunales			
32.Recicla la basura			
33.Queman la basura			
34. Botan la basura al río o mar			
35. Botan la basura al campo abierto			
36.Ahorra la energía			
37.Ahorra el agua			
38.Utilizan aerosoles			

Anexo D. Fichas de validación del instrumento

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS N° 1

1. INFORMACIÓN DEL EXPERTO

- 1.1.Nombre y apellido: Patricia del Rocío Chávarry Ysla
- 1.2.Profesión: Enfermera
- 1.3.Grado académico: DOCTORA
- 1.4.Institución donde trabaja: Universidad Señor de Sipán
- 1.5.Cargo que desempeña: Docente investigadora
- 1.6.Correo electrónico: pchavarryysla@gmail.com
- 1.7.Título de la investigación: “PROPUESTA DE GESTIÓN, SEGUN INEQUIDADES, DE DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD EN CRUZ DE LA ESPERANZA CHICLAYO: AÑO 2020”

2. APRECIACIONES

2.1. Pertinencia de los ítems con los objetivos

- a. Suficiente: __ __ X
 - b. Medianamente suficiente: __
 - c. Insuficiente: __
- Observaciones
-

2.2. Pertinencia de los ítems con la variable

- a. Suficiente: __ __ X
 - b. Medianamente suficiente: __
 - c. Insuficiente: __
- Observaciones
-

2.3. Pertinencia de los ítems con las dimensiones

- a. Suficiente: __ __ X
 - b. Medianamente suficiente: __
 - c. Insuficiente: __
- Observaciones
-

2.4. Pertinencia de los ítems con los indicadores

- a. Suficiente: __ __ X
 - b. Medianamente suficiente: __
 - c. Insuficiente: __
- Observaciones

2.5. Redacción de los ítems

a. Adecuada: __ __ X

b. Inadecuada: __

Observaciones

3. CONCLUSIONES

El instrumento cuenta con los requisitos para ser aplicado a la comunidad seleccionada

Chiclayo, 26 de enero de 2021



EL TRABAJADOR
CHAVARRY YSLA, PATRICIA DEL ROC
D.N.I. N° 16658907

Dra. Patricia del Rocío Chavarry Ysla
ENFERMERA

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS N° 1

1. INFORMACIÓN DEL EXPERTO

- 1.1.Nombre y apellido: Arbildo Campos Alegría
- 1.2.Profesión: Educador
- 1.3.Grado académico: DOCTOR
- 1.4.Institución donde trabaja: Institución Educativa Carlos Augusto Carlos Salaverri
- 1.5.Cargo que desempeña: Docente de Ciencias Sociales
- 1.6.Correo electrónico: arbildoalegría@hotmail.com
- 1.7.Título de la investigación: “PROPUESTA DE GESTIÓN, SEGUN INEQUIDADES, DE DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD EN CRUZ DE LA ESPERANZA CHICLAYO: AÑO 2020”

2. APRECIACIONES

2.1.Pertinencia de los ítems con los objetivos

- a. Suficiente: __ __ X
 - b. Medianamente suficiente: __
 - c. Insuficiente: __
- Observaciones
-

2.2.Pertinencia de los ítems con la variable

- a. Suficiente: __ __ X
 - b. Medianamente suficiente: __
 - c. Insuficiente: __
- Observaciones
-

2.3.Pertinencia de los ítems con las dimensiones

- a. Suficiente: __ __ X
 - b. Medianamente suficiente: __
 - c. Insuficiente: __
- Observaciones
-

2.4.Pertinencia de los ítems con los indicadores

- a. Suficiente: __ __ X
 - b. Medianamente suficiente: __
 - c. Insuficiente: __
- Observaciones
-

2.5.Redacción de los ítems

a. Adecuada: ___ X

b. Inadecuada: ___

Observaciones

3. CONCLUSIONES

El instrumento cuenta con los requisitos para ser aplicado a la comunidad seleccionada

Chiclayo, 26 de enero de 2021


.....
Dr. Arbaldo Campos Alegria
052-009272

JUEZ- EXPERTO

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS N° 1

1. INFORMACIÓN DEL EXPERTO

- 1.1.Nombre y apellido: Jessica Macalopú Rimarachi
 1.2.Profesión: Estadística
 1.3.Grado académico: MAGISTER
 1.4.Institución donde trabaja: Institución Educativa Santa María Reyna Cargo que desempeña: Docente
 1.5.Correo electrónico: jessy2365@hotmail.com
 1.6.Título de la investigación: “PROPUESTA DE GESTIÓN, SEGUN INEQUIDADES, DE DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD EN CRUZ DE LA ESPERANZA CHICLAYO: AÑO 2020”

2. APRECIACIONES

2.1.Pertinencia de los ítems con los objetivos

- a. Suficiente: __ __ X
 b. Medianamente suficiente: __
 c. Insuficiente: __
 Observaciones
-

2.2.Pertinencia de los ítems con la variable

- a. Suficiente: __ __ X
 b. Medianamente suficiente: __
 c. Insuficiente: __
 Observaciones
-

2.3.Pertinencia de los ítems con las dimensiones

- a. Suficiente: __ __ X
 b. Medianamente suficiente: __
 c. Insuficiente: __
 Observaciones
-

2.4.Pertinencia de los ítems con los indicadores

- a. Suficiente: __ __ X
 b. Medianamente suficiente: __
 c. Insuficiente: __
 Observaciones
-

2.5.Redacción de los ítems

a. Adecuada: __ __ X

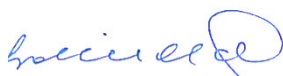
b. Inadecuada: __

Observaciones

3. CONCLUSIONES

El instrumento cuenta con los requisitos para ser aplicado a la comunidad seleccionada

Chiclayo, 26 de enero de 2021



Jessica Macalopú Rimarachi

Estadística

Anexo E. Consentimiento informado

Consentimiento informado

Yo, _____ con D.N.I _____, representante de la familia, declaro haber sido informado sobre el trabajo de investigación: El investigador me han explicado sobre el trabajo que va a realizar y ha respondido las preguntas que he tenido con respecto al mismo. He sido informado que la participación es voluntaria, que se realizará dos encuestas. Comprendo que me puedo retirar del estudio cuando crea conveniente sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis actividades cotidianas y estilo de vida que pudiera estar realizando.

Además, me garantizan que los datos obtenidos serán de manera anónima.

Lima, ____ de _____ del _____.

“PROPUESTA DE MODELO DE GESTIÓN SEGUN INEQUIDADES PARA DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD EN POBLADORES CRUZ DE LA ESPERANZA CHICLAYO 2020”

1.1.Introducción

La investigación realizada sobre los determinantes sociales de la salud involucra proponer estrategias que promuevan la promoción y prevención de enfermedades en las comunidades vulnerables como es el caso del Pueblo Joven Cruz de La Esperanza, el cual se observa rodeado de problemas sanitarios y de índole social lo cual la convierte en una zona de mucho riesgo para la salud de la población, en las esferas física, mental, social y espiritual.

1.1.1. Fundamentación

La propuesta consiste en plantear un aporte direccionado a mejorar los determinantes sociales de la salud, basada en la Teoría de las inequidades sociales, la cual plantea que son carencias determinadas socialmente, que condicionan la existencia de personas, grupos y poblaciones, las cuales son caracterizadas por desigualdad de acceso o no acceso, a bienes materiales e inmateriales, patrimonios humanos, responsables por proporcionar una base de vida humana digna, y son resultantes de la violación de derechos imputables a la acción del Estado, a los órganos gubernamentales y por la omisión de la sociedad civil.

1.1.2. Construcción del aporte práctico

1.1.2.1. Diagnóstico. Se aplicó un cuestionario para conocer los determinantes sociales de la salud en la población del Pueblo Joven Cruz de la Esperanza, encontrándose que existen varios problemas en relación al sistema sanitario con mayor predominancia que los demás.

1.1.2.2. Planteamiento del objetivo general. Proponer un modelo de gestión según inequidades para mejorar los determinantes sociales de salud en pobladores Cruz de La Esperanza.

1.1.2.3. Planeación Estratégica. En el Modelo de gestión propuesto se plantea las siguientes estrategias:

A. FACTORES DE ESTILO DE VIDA INDIVIDUAL

N°	Estrategias	Responsable
1	A nivel de las Instituciones Educativas: - Habilitar un espacio de clínica o tópico escolar - Impartir educación para la salud en diversas secciones para los estudiantes sobre: ▪ Salud oral ▪ Higiene personal ▪ Alimentación saludable ▪ Saneamiento ambiental ▪ Enfermedades de transmisión sexual ▪ Embarazo juvenil ▪ Vacunación - Realizar jornadas de atención integral para los estudiantes - Coordinar, evaluar y realizar seguimiento a proyectos con los gobiernos regionales y municipios para la mejora en el servicio de agua potable, impulsando el trabajo multisectorial. - Articular el trabajo con las autoridades locales, e instituciones Educativas, promoviendo así la educación en salud sexual y reproductiva. - Implementar programas masivos de difusión de información tanto en radios locales como señales de televisión en temas de salud - Fomentar la unión familiar, fortaleciendo programas como “FAMILIAS FUERTES” y realizar un trabajo continuo y coordinado implicando tanto los sectores de salud, educación y municipalidad. - Búsqueda e identificación de aliados gubernamentales e institucionales, para el desarrollo de programas y talleres educativos sobre: salud mental, salud sexual, consejería nutricional de acuerdo al género, asesoría a los padres de familia. - Desarrollar y aplicar nuevas habilidades de adaptación en áreas como la toma de decisiones,	Autoridades locales e Instituciones Educativas

	solución de problemas y la resolución de conflictos - Crear capacidad y compromiso en los adolescentes hacia su comunidad.	
2	Supervisar todos los establecimientos de salud del primer nivel de atención, para identificar falencias tanto de materiales y equipos, como de recurso humano	
3	Gestionar la adquisición de materiales y equipos que garanticen el diagnóstico de anemia y desnutrición en niños, para todos los establecimientos de salud, desde el nivel I – 1.	
4	Capacitar continuamente al personal para garantizar un diagnóstico y cuidado de calidad en anemia y desnutrición, obteniendo datos reales, que permitan enfocar mejor el trabajo.	
5	Fortalecer el trabajo extramural y guardias comunitarias, orientadas hacia la visita de niños identificados bajo el riesgo de desnutrición y anemia, además de presentar ausencias continuas a las evaluaciones del crecimiento y desarrollo del niño	
6	Supervisar todos los establecimientos de salud del primer nivel de atención, para identificar falencias tanto de materiales y equipos, como de recurso humano	
7	Fortalecer las actividades de promoción de la salud como son las sesiones demostrativas de alimentos, con alternativas que incluyen alimentos propios de la zona, otorgándole valor a los alimentos, además de educar a la población sobre los beneficios de los mismos.	
8	Supervisar y realizar capacitaciones sobre alimentación saludable, lavado de manos e higiene de los alimentos y entornos.	
9	Trabajo coordinado con municipios y sector educación, para la educación en prevención de embarazos en adolescentes, consecuencias y factores de riesgo asociados al aumento de casos de desnutrición.	
10	Reforzar y esclarecer las políticas orientadas al aseguramiento universal, con énfasis en las personas vulnerables y de bajos recursos.	
11	Establecer y reorganizar las políticas referentes a la atención en casos de emergencia.	

12	Supervisar y darle seguimiento al cumplimiento de la atención a todas las personas sin discriminación alguna, en todos los establecimientos de salud.	
13	Acceso a una atención de calidad, con personal capacitado en su área.	
14	Impulsar a los gobiernos regionales y locales a crear e impulsar políticas de trabajo multisectorial, que generen puestos de trabajos productivos, decentes y con oportunidades para la obtención de ingresos económicos.	
15	A nivel de la violencia intrafamiliar: - Establecer coordinaciones con los Centros de Emergencia Mujer Y Centros comunitarios de salud mental para realizar monitoreo e identificación de actos de violencia, conjuntamente con la PNP y la fiscalía. - Coordinar con las autoridades locales para establecer un nexo de comunicación, e identificación oportuna de casos de violencia. - Realizar charlas educativas, a Instituciones Educativas, Club de Madres, Vaso de Leche, promotoras de salud, para fomentar la lucha contra la No Violencia social. - Reforzar el trabajo multisectorial realizado por los Centros de Salud Mental Comunitario, con personal capacitado para la atención de la misma. - Reforzar a las líderes de sector, quienes son capacitadas y forman el nexo entre la comunidad y los CSMC. - Establecer conexiones claras con el CEM para los casos de violencia. - Reforzar y darle seguimiento a los convenios con establecimientos de ayuda comunitaria como los comedores populares, CIAM, INABIF	
16	Evaluación y medición de las inequidades en salud y atención de salud por las autoridades nacionales y locales, como base para la asignación de recursos y definición de programas acorde a las necesidades.	
17	Implementación de servicios de salud ocupacional para todos los trabajadores, especialmente inmigrantes e informales.	
18	Programas integrados de salud y nutrición en las escuelas. Capacitación en salud a comunidades locales.	

19	Intervenciones para superar las barreras de acceso al sistema de salud de los grupos desfavorecidos.	
	Programas de subsidios sociales que vinculen éstos con el cumplimiento de metas en las familias que disminuyan su riesgo social, tales como porcentaje de asistencia de los niños a las escuelas, realización de chequeos médicos sistemáticos y otras medidas de promoción de la salud.	

B. REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

N	Estrategias	Responsable
1	Realizar capacitación a las autoridades, actores sociales y población sobre los beneficios de un adecuado manejo de residuos sólidos, y a su vez sobre las consecuencias de la contaminación ambiental.	Autoridades locales y municipales
2	Unificar a los actores sociales, para solicitar a las autoridades municipales el cumplimiento de la permanencia del carro recolector de basura.	
3	Unir alianzas estratégicas para el cumplimiento de las normas y ordenanzas municipales.	

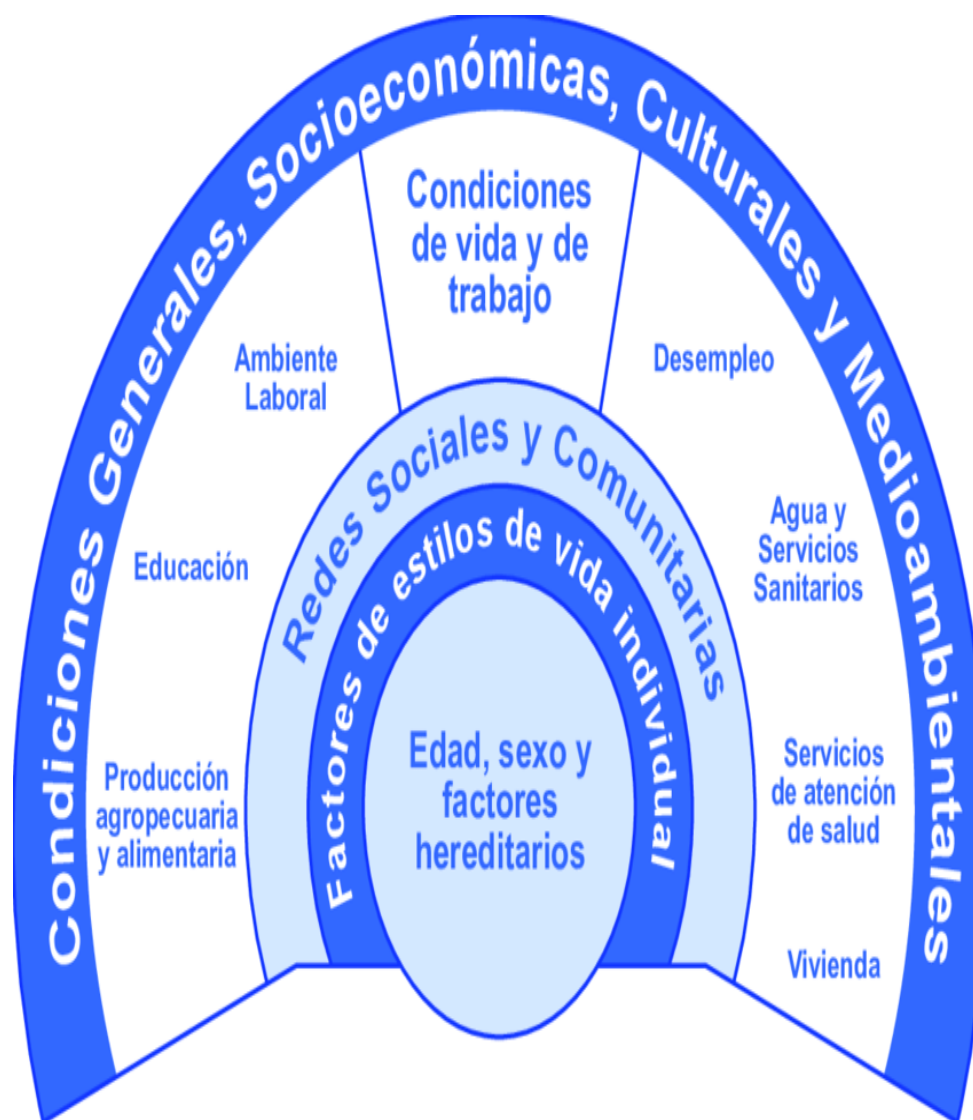
C. CONDICIONES GENERALES, SOCIOECONÓMICAS, CULTURALES Y MEDIOAMBIENTALES

Nº	Estrategias	Responsable
1	- Identificar problemáticas, conocimientos, riesgos a la salud, creencias y actitudes relacionadas con el agua para consumo humano y saneamiento básico, así como las condiciones de las viviendas.	

2	- Fomentar el lavado de manos con agua y jabón de manera frecuente, sobre todo después de entrar al baño, cambio pañales, antes de preparar y consumir alimentos, asimismo tratamientos caseros para potabilización de agua y cuidado del agua al interior de la vivienda como almacenamiento y lavado de tanques.	Autoridades locales y de salud
3	- Identificar condiciones y prácticas donde la población puede estar expuesta a factores de riesgo asociados con la calidad del aire, gestión integral de la zoonosis, vectores y accidentes en el hogar.	
4	- Gestionar con autoridades competentes el desarrollo de programas de gestión integral de residuos sólidos.	
5	- Realizar abogacía con autoridades competentes para el desarrollo de obras de ampliación de coberturas de abastecimiento de agua potable, alcantarillado y tratamiento de aguas vertidas, y tecnologías alternativas de saneamiento individuales.	
6	- Monitorizar el cumplimiento de las acciones de vivienda saludable por parte de los diferentes miembros del equipo y otros relacionados con la estrategia.	
7	- Realizar informes del desarrollo de la Estrategia Vivienda Saludable.	
8	- Participación social que implica el empoderamiento de la ciudadanía y de las organizaciones sociales para incidir sobre las políticas que afectan su salud y calidad de vida, la promoción de la cultura de la salud en los territorios y la promoción del control social sobre las acciones sectoriales.	
9	Búsqueda e identificación de aliados gubernamentales e institucionales, para el desarrollo de programas y talleres educativos sobre: salud mental, salud sexual, consejería	

	nutricional de acuerdo al género, asesoría a los padres de familia.	
10	Desarrollar y aplicar nuevas habilidades de adaptación en áreas como la toma de decisiones, solución de problemas y la resolución de conflictos.	
11	Crear capacidad y compromiso en los adolescentes hacia su comunidad.	

Figura 6. Determinantes sociales de la salud



Nota. Fuente: Álvarez (2013).