

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

**ESCUELA DE POST GRADO**



**DOCTORADO EN CIENCIAS**

**MENCIÓN: SALUD**

**TESIS:**

**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**

**Por:**

**Ms. Cs. Santos Angélica Morán Dioses**

**Asesora:**

**Dra. Marina Violeta Estrada Pérez**

**Cajamarca – Perú**

**2015**

**COPYRIGHT © 2015 by**  
**SANTOS ANGÉLICA MORÁN DIOSES**  
Todos los derechos reservados

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

## ESCUELA DE POST GRADO



### DOCTORADO EN CIENCIAS

#### MENCIÓN: SALUD

### TESIS:

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

Presentada por: Ms Cs. Santos Angélica Morán Dioses

#### Comité Científico:

.....  
Dra. Marina Estrada Pérez  
Asesora

.....  
Dra. Rosa Carranza Paz

.....  
Dra. Martha Abanto Villar

.....  
Dr. Carlos Rosales Loredó

.....  
Dr. Elfer Miranda Valdivia  
(Accesitario)

Cajamarca – Perú  
2015

A:

Mi amado esposo, por su grande apoyo, incentivo y ánimo que siempre recibí de él.

Mis queridos hijos: Jorge, Rebeca y Ruth por el tiempo que tomé de ellos para cumplir con esta meta, muchas gracias hijitos lindos por su comprensión y su amor.

Juan Carlos, mi estimado yerno, y a mi princesita Dania Sofía mi amada nietita, quienes han venido a aumentar la alegría en nuestra familia, gracias Dios.

Mi preciosa y amada madre, por su amor y sus consejos.

Dios les bendiga abundantemente.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mi Señor y Dios, por su presencia, fortaleza, guía y salvación de nuestras almas, gracias Señor por su grande amor y misericordia, gracias, sin usted no hubiera podido llegar a la meta.

A las madres de familia que han sido parte del trabajo de investigación, quienes participaron desinteresadamente, brindando información, a la vez reuniéndose en diferentes horarios en grupos focales y por permitirme entrar a sus casas.

Al personal de salud de los establecimientos designados por su valioso apoyo. También agradezco al Lic. Roger Barba por su valioso apoyo en el aspecto estadístico.

Mi agradecimiento y reconocimiento a la Dra. Marina Estrada Pérez, por su amistad, consejo valioso, asesoramiento científico e intelectual y sus permanentes sugerencias durante todo el desarrollo del trabajo de investigación.

A los miembros del Comité Científico, por sus aportes y sugerencias para el mejoramiento de la investigación.

A todos los docentes de la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca, Doctorado en Ciencias, mención Salud, por sus valiosas enseñanzas y contribución durante mi formación académica.

## ÍNDICE GENERAL

Ítem	Página
AGRADECIMIENTO .....	iv
ÍNDICE DE CUADROS .....	vii
RESUMEN .....	ix
ABSTRACT .....	x
INTRODUCCIÓN.....	xi
<b>CAPÍTULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
<b>1.1.</b> Planteamiento del problema .....	1
<b>1.2.</b> Formulación del problema.....	6
<b>1.3.</b> Justificación de la investigación .....	7
<b>1.4.</b> Objetivos de investigación.....	10
<b>CAPÍTULO II. ESCENARIO DEL ESTUDIO</b>	
<b>2.1.</b> Características geográficas de la región Cajamarca .....	12
<b>2.2.</b> Características demográficas de la región Cajamarca .....	13
<b>CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO</b>	
<b>3.1.</b> Antecedentes de la investigación.....	16
<b>3.2.</b> Base teórico-científica .....	19
3.2.1. Antecedentes históricos del proceso salud-enfermedad .....	19
3.2.2. Proceso salud-enfermedad.....	21
3.2.3. Medicina Occidental y Medicina Tradicional.....	23
3.2.4. Cultura .....	25
3.2.5. Actitud.....	27
3.2.6. Actitud en relación al proceso salud-enfermedad.....	31
3.2.7. Determinantes sociales de la salud .....	34
3.2.8. Teoría y modelo de la investigación.....	46
<b>3.3.</b> Definición de términos básicos.....	50
3.3.1. Madre de familia.....	50
3.3.2. Actitud .....	50
3.3.3. Determinantes sociales de la salud .....	50
3.3.4. Proceso salud-enfermedad.....	51
3.3.5. Cultura .....	51

<b>CAPÍTULO IV MARCO METODOLÓGICO</b>	
<b>4.1.</b>	Referencial Teórico-Metodológico..... 52
<b>4.2.</b>	Hipótesis ..... 53
<b>4.3.</b>	VARIABLES, CATEGORÍAS DE ESTUDIO Y SU OPERACIONALIZACIÓN ..... 54
<b>4.4.</b>	Tipo de estudio ..... 59
<b>4.5.</b>	Población. .... 59
<b>4.6.</b>	Muestra. .... 59
4.6.1.	Tamaño de la muestra representativa ..... 60
4.6.2.	Comunidades en estudio del distrito de Cajamarca..... 60
<b>4.7.</b>	Unidad de análisis..... 61
<b>4.8.</b>	Diseño y contrastación de la hipótesis..... 61
4.8.1.	Descripción del diseño: Enfoque cuali-cuantitativo ..... 61
4.8.1.1.	Investigación cuantitativa ..... 61
4.8.1.2.	Investigación cualitativa ..... 63
<b>4.9.</b>	Técnicas e instrumentos de recolección de datos ..... 64
4.9.1.	Técnica cuantitativa ..... 64
4.9.2.	Técnicas cualitativas..... 66
<b>4.10.</b>	Técnicas de procesamiento ..... 67
<b>4.11.</b>	Aspectos éticos de la investigación ..... 67
<b>CAPÍTULO V RESULTADOS</b>	
<b>5.1.</b>	Determinantes sociales de la salud ..... 70
5.1.1.	Condiciones socioeconómicas ..... 70
5.1.2.	Condiciones de vida y de trabajo..... 74
<b>5.2.</b>	Actitud de la madre de familia frente al proceso Salud-Enfermedad... 84
<b>5.3.</b>	Determinantes sociales de la salud y la actitud de las madres de familia en relación al proceso salud-enfermedad ..... 89
<b>CAPÍTULO VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</b>	
<b>6.1.</b>	Condiciones de inequidad ..... 95
6.1.1.	Situación económica y productiva ..... 97
6.1.2.	Situación social..... 99
6.1.3.	Rol de género..... 102
6.1.4.	Vivienda y disponibilidad de los servicios ..... 103
6.1.5.	Condiciones de trabajo dentro del hogar y en otro tipo de trabajo. 105
6.1.6.	Alimentación ..... 106
6.1.7.	Servicios de salud. .... 107
<b>6.2.</b>	Diversidad y cultura en el proceso salud-enfermedad..... 109
6.2.1.	Sistemas de creencias y salud ..... 110
6.2.2.	Tendencias al uso en la atención de salud ..... 117
<b>6.3.</b>	Los determinantes sociales de la salud en relación con la actitud de la madre de familia relacionados al proceso salud-enfermedad..... 127
<b>CAPÍTULO VII.</b>	
	CONCLUSIONES ..... 131
	RECOMENDACIONES ..... 132
	LISTA DE REFERENCIAS ..... 133
	APÉNDICE ..... 144
	ANEXO ..... 156

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1	Distribución de las madres de familia según factores económicos, distrito Cajamarca, 2010.....	71
Cuadro 2	Distribución de las madres de familia según características educativas, distrito Cajamarca, 2010.....	72
Cuadro 3	Distribución de las madres de familia según rol de género, prácticas familiares, distrito Cajamarca, 2010.....	74
Cuadro 4	Distribución de las madres de familia según características de la Vivienda y acceso a servicios básicos, distrito Cajamarca, 2010.....	75
Cuadro 5	Distribución de las madres de familia según factores de riesgo dentro de los quehaceres del hogar, como ama de casa, distrito Cajamarca, 2010. ....	77
Cuadro 6	Distribución de las madres de familia según factores de riesgo en otros trabajos extra domésticos, distrito Cajamarca, 2010. ....	79
Cuadro 7	Distribución de las madres de familia concerniente a la Seguridad Alimentaria Nutricional, distrito Cajamarca, 2010.....	81
Cuadro 8	Utilización y satisfacción de los servicios de salud por las madres de familia, distrito Cajamarca, 2010.....	83
Cuadro 9	Condiciones socioeconómicas de las madres de familia, distrito de Cajamarca 2010. ....	84
Cuadro 10	Condiciones de vida y de trabajo de las madres de familia, distrito Cajamarca 2010. ....	84
Cuadro 11	Características de las madres de familia respecto a la salud-Enfermedad, concerniente a la medicina tradicional distrito Cajamarca, 2010. ....	85
Cuadro 12	Características de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad referente a la medicina occidental, distrito Cajamarca, 2010. ....	87

Cuadro 13	Actitud de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad distrito Cajamarca, 2010.....	89
Cuadro 14	Relación entre la actitud de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad referente a la medicina tradicional y las condiciones socioeconómicas, distrito Cajamarca, 2010.....	90
Cuadro 15	Relación entre la actitud de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad referente a la medicina tradicional y las condiciones de vida y de trabajo, distrito Cajamarca, 2010.....	91
Cuadro 16	Relación entre la actitud de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad referente a la medicina occidental y las condiciones socioeconómicas, distrito Cajamarca, 2010. ....	92
Cuadro 17	Relación entre la actitud de las madres de familia frente al proceso Salud-enfermedad referente a la medicina occidental y las condiciones de vida y de trabajo, distrito Cajamarca, 2010. ....	93
Cuadro 18	Actitud de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad y la condición socioeconómica, distrito Cajamarca, 2010 .....	94
Cuadro 19	Actitud de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad, y las condiciones de vida y de trabajo, distrito Cajamarca, 2010 .....	95

## RESUMEN

La investigación titulada “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” tuvo como objetivos:

- a. Identificar los determinantes sociales de la salud en las madres de familia de nueve comunidades de la zona rural del distrito de Cajamarca.
- b. Describir la actitud de las madres de familia respecto al proceso salud – enfermedad.
- c. Establecer la relación entre los determinantes sociales de la salud y la actitud de las madres de familia en relación al proceso salud-enfermedad.

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.

Palabras Claves: **Determinantes Sociales de la Salud, Actitud, Proceso Salud-enfermedad.**

## ABSTRACT

Entitled research "determinants of health and attitude towards the process health of mothers in communities in the rural area of the District of Cajamarca, 2010" had as its objectives:

- a. Identify the social determinants of health in mothers of nine communities in the rural area of the District of Cajamarca.
- b. Describe the attitude of mothers regarding the process health - disease.
- c. The relationship between the social determinants of health and the attitude of mothers in relation to the health-disease process.

The hypothesis was: the social determinants of health expressed through poor socio-economic conditions and bad conditions of life and work, are linked in a meaningful way with the negative attitude of mothers regarding the health-disease process (approached from the traditional and Western medicine) of nine communities in the rural area of the District of Cajamarca 2010.

The research work is descriptive, transversal and correlational design not experimental, qualitative and quantitative. The unit of analysis was it each of mothers selected in nine communities in the rural area of the Northern, southern and Eastern District of Cajamarca and that formed the show, being a total of 184 mothers, whose sample is a non-probability.

The results show that the social determinants of health across socio-economic conditions and the conditions of life and work, predominates the regular condition. The attitude of the mother's family from the health-disease process, is dominated by the positive attitude, reflected in acceptance for both traditional medicine and Western medicine. The relationship between the social determinants of health and the attitude of mothers in relation to the health-disease process is not significant according to the statistical test; being necessary to cover in greater depth the values, beliefs and customs of mothers.

Key words: **Social determinants of health, attitude and process health disease**

## INTRODUCCIÓN

El derecho a la salud abarca no solo la atención de la salud sino también los Determinantes Sociales de la Salud, (DSS) como: el agua y saneamiento, nutrición, vivienda, ingreso económico, empleo, condiciones de trabajo, provisión de educación, equidad de género, participación en la salud, donde los servicios deberán ser de buena calidad y ser provistos sin discriminación, ser confidenciales, éticos y cultural, científica y médicamente apropiados (Frenz 2008).

Considerando estas declaraciones se plantean perspectivas epidemiológicas sobre el proceso salud-enfermedad. Una de las más importantes por su carácter integrador y repercusión internacional en las políticas de salud pública es la identificación de los Determinantes Sociales de la Salud considerados como factores condicionantes de la salud en la población.

Es un derecho a la salud como refiere Frenz no solo abarcar la atención de salud sino también abarcar los determinantes de la salud, así como considerar el factor cultural que conlleva a percibir y usar medidas de prevención de acuerdo a las creencias y percepciones de la realidad los cuales inducen a la población a percibir la salud y enfermedad de diversos criterios, considerando el uso de la medicina tradicional, la medicina occidental o la mezcla de ambos.

Según Alderete (2004), el bienestar y la salud son el reflejo del equilibrio con la naturaleza donde la intermediación del mundo de creencias y la percepción de la realidad

están presentes. La salud y enfermedad no son hechos aislados, ni se relacionan únicamente con los aspectos biológicos. Las enfermedades, ya sean físicas, emocionales o mentales pueden tener origen en una variedad de desbalances sufridos por el cuerpo. La enfermedad se presenta cuando hay una ruptura del equilibrio cósmico, por lo que la medicina deberá dirigirse a recuperar la armonía y equilibrio. Estos desequilibrios pueden provenir de factores asociados o aislados. Si en la vivencia de la realidad intervienen muchos elementos: medio ambiente, relaciones con la comunidad, creencias, modo de alimentación, cansancio/descanso, funcionamiento del organismo, hora del día, grado de conciencia de influencias diversas, el exceso de unos implicará la deficiencia de otros, lo que llevará al desbalance y la consiguiente enfermedad.

Es importante reconocer que existe todo un sistema de salud indígena andina basada en los principios indicados que se dirige a mantener o restablecer la salud, con terapeutas indígenas y personal especializado que goza de reconocimiento y prestigio dentro de las comunidades. “Los sistemas de salud son las prácticas fundadas en los conocimientos que utilizan los pueblos indígenas para mantener la armonía de los individuos con sus comunidades y con el universo que los rodea. Estas prácticas responde a la lógica interna de cada pueblo y son un producto de su visión singular del universo (cosmovisión)” (Alderete 2004, 73).

Los Determinantes Sociales de la Salud generan desigualdades en salud produciéndose una brecha en las personas por las condiciones en que nacen, se desarrollan, trabajan, crecen y envejecen. Esta perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud de las personas y sociedades, está influenciada por un conjunto de causas políticas, sociales y económicas que influyen en el curso de la vida de las personas, las cuales se

irán desarrollando en el presente trabajo, así como analizar la actitud de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad concerniente a la medicina tradicional y la medicina occidental.

Teniendo en cuenta que el distrito de Cajamarca se caracteriza por ser mayormente rural y por la forma donde y como viven las familias, así como el comportamiento que tienen las madres de familia frente a la salud y enfermedad, donde muchas veces se desconoce como a pesar de la educación brindada por el personal de salud y los conocimientos que tienen las madres de familia, ellas se niegan a adoptar algunos cambios de actitudes para prevenir ciertas enfermedades, observándose algunas contradicciones entre lo que saben y lo que practican, es por esa razón que se lanzaron algunas interrogantes: ¿Cuáles son los Determinantes Sociales de la Salud en nueve comunidades de la zona rural del distrito de Cajamarca?, ¿Cuál es la actitud de las madres de familia en relación al proceso Salud-Enfermedad en nueve comunidades de la zona rural del Distrito de Cajamarca?, ¿Cuál es la influencia de los determinantes de la salud sobre la actitud de las madres de familia en relación al proceso salud-enfermedad de nueve comunidades de la zona rural del distrito de Cajamarca?

Desde un inicio se propuso indagar si 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).

El proceso de la presente investigación se ha realizado en el área rural, seleccionando nueve comunidades distribuidas entre los sectores norte, sur y este del distrito de Cajamarca, tomando como muestra y unidad de análisis a 184 madres de familia.

El presente trabajo de investigación es descriptivo, transversal y correlacional con enfoque cuali-cuantitativo.

Estructuralmente esta investigación consta de siete capítulos:

En el primer capítulo: Se presenta el planteamiento y formulación del problema, asimismo se considera la justificación y objetivos de la investigación.

El segundo capítulo: Trata acerca del escenario del estudio, donde se considera las características geográficas y demográficas de la región de Cajamarca.

El tercer capítulo: Contiene el marco metodológico, se describe los antecedentes de la investigación, las bases teórico-científicas, así como la definición de términos básicos.

En el cuarto capítulo: Se presenta el marco metodológico, donde se describe el referencial teórico-metodológico, la hipótesis, las variables y su operacionalización, el tipo de estudio, la población, la muestra, la unidad de análisis, así mismo se especifica el diseño y contrastación de la hipótesis, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, las técnicas de procesamiento y los aspectos éticos de la investigación.

En el quinto capítulo: Se presentan los resultados obtenidos en la investigación.

En el sexto capítulo: Se presenta el análisis y la discusión de los resultados obtenidos.

Y en el séptimo capítulo: Van las conclusiones y las recomendaciones.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. Planteamiento del Problema**

A través del tiempo el proceso salud-enfermedad, ha sido explicado de formas diversas, como las mágico-religiosas, las causales, las ecológicas e inclusive como un fenómeno social. Las explicaciones mágico-religiosas conciben la enfermedad como un castigo divino, las causales la explican desde una perspectiva biológica, la explicación ecológica de la enfermedad resulta de un desequilibrio entre el huésped (individuo) y el agente (microorganismo u otro), dependiendo de su interacción con el medio, existen otras teorías del proceso salud-enfermedad, donde consideran lo social en la enfermedad, por cuanto la forma de vivir de la gente, la manera de enfermarse y morir, son diferentes según el grupo al que pertenece.

La salud, como objeto de estudio ha estado restringida al campo de la medicina tradicional, surgiendo con fuerza desde hace dos décadas el concepto de Determinantes Sociales de la Salud, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervención dirigidas a los riesgos individuales de enfermarse, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras, patrones sociales y culturales forman u orientan las percepciones, decisiones y oportunidades de ser familias saludables.

Según Laurell (1982), refiere “que el proceso salud-enfermedad es un estado de equilibrio entre los seres humanos y el ambiente físico, biológico y social compatible con sus actividades funcionales”.

Frenz (2008), refiere que “la salud de todos los pueblos es una condición fundamental de la paz mundial y de la seguridad y depende de la cooperación más estrecha posible entre los estados y los individuos”. El derecho a la salud abarca no solo la atención de la salud sino también "determinantes de la salud": como el agua y saneamiento, nutrición, vivienda, ingreso económico, empleo, posición social, condiciones de trabajo, provisión de educación, equidad de género, participación en la salud, donde los servicios deberán ser de buena calidad y ser provistos sin discriminación, ser confidenciales, éticos y cultural, científica y médicamente apropiados.

Considerando estas declaraciones se plantean nuevas perspectivas epidemiológicas sobre el proceso salud-enfermedad. Una de las más importantes por su carácter integrador y repercusión internacional en las políticas de salud pública fue la perspectiva canadiense de Marc Lalonde y Laframboise (1974), que definió un marco conceptual comprehensivo para el análisis de la situación de salud y la gestión sanitaria. Bajo el modelo de Lalonde, se identifican los Determinantes Sociales de la Salud considerados como factores condicionantes de la salud en la población ubicándose en cuatro grandes dimensiones de la realidad, denominadas "campos de la salud": la biología humana, el ambiente, los estilos de vida y organización de los sistemas de salud. Es a partir del modelo de Marc Lalonde que se plantea el modelo de Dahlgren y Whitehead (1991), que

presenta los principales Determinantes Sociales de la Salud como capas de influencia.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS-OMS), plantea también un marco conceptual para actuar sobre ellos, a partir del contexto social y político, incluyendo las instituciones políticas y los procesos económicos, dando origen a posiciones socioeconómicas desiguales. Esta estratificación de los grupos sociales por ingreso, educación, ocupación y género llevan a la creación de inequidades sociales en condiciones de vida y de trabajo. Los mecanismos de estratificación socioeconómica son los denominados determinantes estructurales de inequidad en salud, donde la influencia de la posición socioeconómica del individuo sobre su salud no es directa sino producto del actuar de factores intermediarios, como las condiciones materiales, considerando la calidad de vivienda, circunstancias psicosociales, incluyendo el estrés y los comportamientos (Frenz 2008).

También la Organización Mundial de la Salud, se encuentra intentando aclarar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales actúan en el proceso salud-enfermedad, considerando que los determinantes estructurales más las condiciones de vida y de trabajo representan los Determinantes Sociales de la Salud (Organización Mundial de la Salud 2009).

Los problemas de salud según la Organización Mundial de la Salud los atribuye a los determinantes sociales estructurales, como es la posición social y los determinantes sociales intermedios, como son las condiciones de vida y de trabajo. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones

centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre los determinantes de la salud, manteniéndose las inequidades en salud y atención sanitaria, realizándose intervenciones en salud centradas en lo curativo, siendo insuficiente, lo cual no permite alcanzar las metas de salud de los objetivos para el Milenio.

Es la familia el núcleo fundamental de la organización social y como organización primaria, ejerce una influencia poderosa y muchas veces decisiva sobre la personalidad de sus integrantes, constituye el primer vínculo de socialización del individuo, es la madre de familia quien desempeña un papel preponderante y decisivo en la supervivencia y búsqueda del bienestar familiar, transmite a los hijos las primeras nociones de la moral y los primeros aportes culturales aceptados por la comunidad, su participación es muy importante a pesar de las grandes formas de exclusión en la sociedad, aún dentro de la misma familia por el fuerte machismo existente en la zona.

Sobre la salud de las familias repercuten los factores sociales, económicos, culturales y ambientales en que las familias viven y trabajan, “siendo este hogar el primero y más recorrido lugar de atención de los problemas de salud, aplicando las mujeres los cuidados y remedios que ellas conocen, aprendidos de sus madres y/o vecinas” (Francke y Reynoso 2007).

En el Perú existen diversos sistemas de creencias y prácticas en la atención de los problemas de salud-enfermedad y son mayormente las madres de familia de hogares pobres, quienes cumpliendo con el triple rol que la sociedad les atribuye, como son: rol productivo, reproductivo y de gestión comunal, tienen

que decidir entre la atención de salud brindada por ella misma, por su comunidad y/o por los servicios del Ministerio de Salud.

Francke y Reynoso (2007), expresan “que existen conflictos que se generan a la hora de tomar decisiones, interviniendo los mensajes que se difunden desde los servicios públicos de salud, educación, las creencias de su cultura de origen y el sentido común heredado por sus padres, siendo necesario incluir la opinión de la población y encontrar formas de recoger sus percepciones y anhelos, los pensamientos y conocimiento sobre la salud”.

Estrada (2008), refiere: “la visión de la salud es categorizada como un fenómeno social, estructurada bajo los patrones culturales heredados, que dan la vitalidad al comportamiento particular del individuo, en lo físico o biológico, en lo psíquico y en lo social”. Se suele formular políticas de salud, influenciadas por gobiernos internacionales, excluyendo la realidad e idiosincrasia variada de nuestra población, destruyendo culturas propias del lugar, generadas en el transcurso de la historia, imponiéndose culturas alienadas, las cuales se contraponen, dando estas políticas resultados de poco impacto en la sociedad.

Dentro del proceso Salud-Enfermedad se considera la enfermedad como una dolencia personal y también una construcción social y cultural, ya que cada sujeto vive la enfermedad según las características individuales y la construcción sociocultural particular del padecimiento, siendo su conducta respecto al cuidado o recuperación de la salud, singular y dinámica, cada sociedad y grupo familiar resuelven cotidianamente como cuidar la salud y como recuperarla cuando se ha deteriorado, siendo este un proceso dinámico no solo desde la propia experiencia

personal sino también en relación al contexto que la determina (Gómez y Rabanaque 2000).

“Considerar dentro de la cultura las percepción y explicaciones que las madres de familia tienen del proceso salud-enfermedad es necesario, para poder llegar con el mensaje efectivo, no imponiendo lineamientos, sin considerar las bases. A través de la historia vemos como el ser humano va transformándose y asumiendo actitudes que muchas veces no entendemos por estar disgregados como profesionales de la realidad percibida por la familia campesina” (Ministerio de Salud 2007).

Es así que el presente trabajo de investigación surge de la inquietud por conocer y comprender la influencia de los Determinantes Sociales de la Salud, sobre las actitudes populares frente al proceso salud-enfermedad en las madres de familia, abarcado desde el campo de la medicina tradicional y occidental, información importante para mejorar el actuar de los profesionales de la salud, frente a la salud-enfermedad en las madres de familia y lograr así un trabajo eficiente y sostenible con las familias.

## **1.2. Formulación del Problema**

Considerando el contexto de esta problemática, el presente trabajo de investigación pretende responder las siguientes preguntas:

### 1.2.1. Pregunta Principal

- ¿Cómo influyen los determinantes de la salud sobre la actitud de las madres de familia en relación al proceso salud-enfermedad en nueve comunidades de la zona rural del Distrito de Cajamarca, 2010?

### 1.2.2. Preguntas Secundarias

- ¿Cuáles son los Determinantes Sociales de la Salud en nueve comunidades de la zona rural del distrito de Cajamarca?
- ¿Cuál es la actitud de las madres de familia en relación al proceso Salud-Enfermedad en nueve comunidades de la zona rural del Distrito de Cajamarca?
- ¿Cuál es la influencia de los determinantes de la salud sobre la actitud de las madres de familia en relación al proceso salud-enfermedad de nueve comunidades de la zona rural del distrito de Cajamarca?

## 1.3. Justificación de la Investigación

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en nueve comunidades de la zona rural del distrito de Cajamarca a fin de establecer cuáles son los Determinantes Sociales de la Salud en la zona de estudio, identificando la influencia de estos determinantes sociales sobre la actitud de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad, incorporando las experiencias, percepciones respecto a la salud-enfermedad desde la medicina tradicional y occidental, así como las consideraciones que intervienen al decidir por una u otra forma de atención.

Es fácil encontrar en archivos y bibliotecas, hazañas médicas notables de profesionales de la salud, pero pocas veces sabemos qué piensa, como actúa frente al proceso salud-enfermedad, la persona común, dentro del contexto de los Determinantes Sociales de la Salud. Muchas organizaciones nacionales y privadas intentan realizar trabajos en la sociedad en busca de cambios saludables de conducta, encontrándose con barreras y resistencia al cambio para vivir mejor, dejando de lado los factores que determinan la salud e ignorando realmente hechos fundamentales para explicar las actitudes populares sobre salud-enfermedad en Cajamarca.

El presente Trabajo de Investigación es de gran importancia, para profesionales de la salud, Instituciones de salud, la Organización Mundial de la Salud también está muy interesada en investigaciones acerca de los Determinantes Sociales de la Salud y evaluar cuáles son los Determinantes Sociales de la Salud que son más importantes de abordar, para proyectar niveles de intervención y puntos de acceso de implementación de políticas para la acción en torno a los Determinantes Sociales de la Salud.

Para los profesionales de enfermería, medicina y autoridades de la Dirección Regional de Salud Cajamarca, es importante porque servirá para ampliar la visión de la atención integral en los puestos de salud, no basta solo tener acceso a los servicios de salud de manera oportuna con profesionales capacitados técnicamente, sino también considerar dentro de los lineamientos de la atención en salud, los Determinantes Sociales de la Salud, las actitudes de las madres de familia respecto al proceso salud-enfermedad, actitudes que muchas veces se desconocen o se descartan, para lograr impacto en el desarrollo y la calidad de

vida de la población. Es de gran valor, rescatar las percepciones acerca del proceso salud-enfermedad para lograr realizar una atención adecuada a la realidad de la población, rescatando la cultura de los pueblos. Actualmente se busca intervenciones que tengan impacto en la salud de la población, pero los profesionales de la salud y autoridades pertinentes se chocan con barreras para el logro eficiente de los objetivos trazados, o se obtienen logros temporales sin sostenibilidad por sí mismos; se plantean políticas de salud con logros limitados, sin considerar la realidad de la población, es así que identificar los Determinantes Sociales de la Salud de la población Cajamarquina y las actitudes de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad desde el campo de la medicina tradicional y occidental, son claves para una eficiente intervención de salud en la población dejando de esta manera el divorcio entre la población sobre todo de la zona rural y los profesionales de la salud.

El proceso salud-enfermedad no excluye el factor biológico sino que lo sitúa adecuadamente. Esto se evidencia al considerarse al hombre como ser social, así su vida y su salud serán determinadas, en última instancia, por los factores sociales (De Infante y Álvarez 1991).

Brindar atención de salud sin considerar los Determinantes Sociales de la Salud y las actitudes frente al proceso salud-enfermedad es realizar un trabajo de poco impacto en la sociedad.

Se pretende visualizar la actitud frente al proceso salud-enfermedad desde la perspectiva de la medicina tradicional y occidental en las madres de familia de la zona rural, a partir de su relación con los Determinantes Sociales De La Salud,

considerando las condiciones socioeconómicas y las condiciones de vida y de trabajo. Una buena, regular o mala condición socioeconómica y condiciones de vida y de trabajo, darán lugar a un determinado actuar frente al proceso salud-enfermedad.

El profesional de la salud al trabajar directamente con la población de la zona rural, es indispensable entonces que conozca y considere la importancia de los Determinantes Sociales de la Salud, así como la actitud frente al proceso salud-enfermedad abordado desde la percepción de la medicina tradicional y occidental, para lograr un trabajo de impacto favorable en la salud de la población, motivo por el cual considero de suma importancia el presente trabajo de investigación, para los estudiantes y profesionales de la salud, así como para las autoridades que emiten políticas de salud, incorporando en estas políticas la voz del poblador de la zona rural.

#### **1.4. Objetivos de investigación**

##### 1.4.1. General

- Determinar y explicar la relación existente entre los Determinantes Sociales de la Salud y la actitud de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad, en nueve comunidades de la zona rural del distrito de Cajamarca 2010.

#### 1.4.2. Específicos

- Identificar los Determinantes Sociales de la Salud, en las madres de familia de nueve comunidades de la zona rural del distrito de Cajamarca.
- Describir la actitud de las madres de familia respecto al proceso salud-enfermedad en nueve comunidades de la zona rural del distrito de Cajamarca.
- Establecer la relación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la actitud de las madres de familia en relación al proceso salud-enfermedad en nueve comunidades de la zona rural del distrito de Cajamarca.

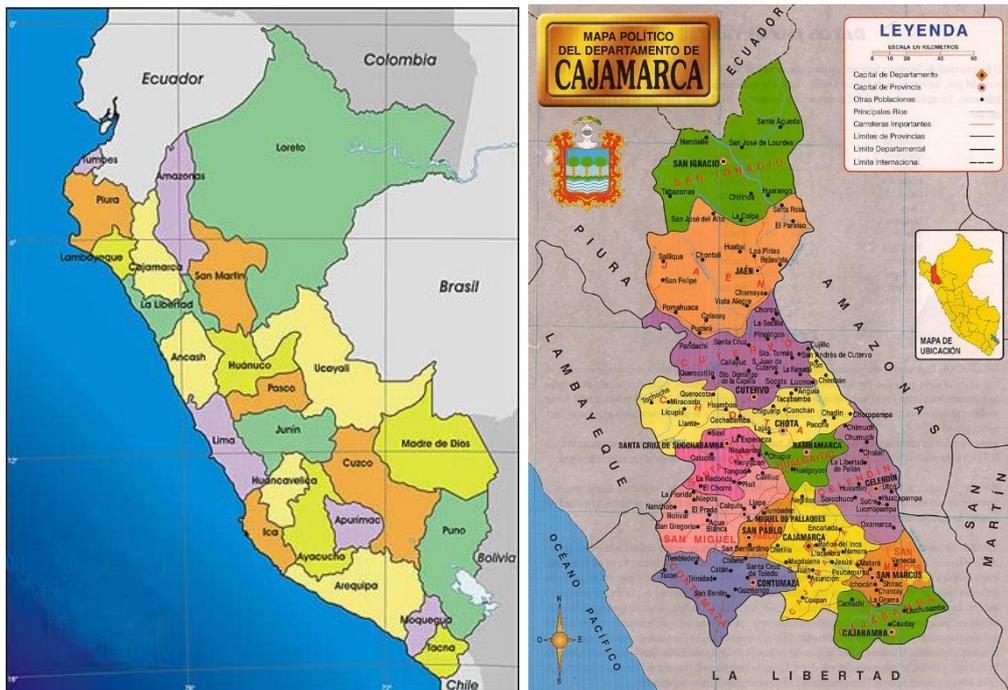
## CAPÍTULO II

### ESCENARIO DEL ESTUDIO

#### 2.1. Características Geográficas de la Región Cajamarca

Ubicación: La Región Cajamarca está ubicada en la zona nor andina del Perú, a una distancia de 856 Km. de la ciudad de Lima, capital del Perú. Cuenta con 13 provincias y 127 distritos, sus provincias son: Cajabamba, Cajamarca, Celendín, Contumazá, Cutervo, Chota, Hualgayoc, Jaén, San Ignacio, San Miguel, San Marcos, San Pablo y Santa Cruz.

Gráfico N°01. Mapa Político del Perú y Departamento de Cajamarca, 2010.



## **2.2. Características Demográficas de la Región Cajamarca:**

Extensión: La Región Cajamarca tiene una extensión de 33,317.54 Km<sup>2</sup>, representa el 2.6% del total del país. Las 4 provincias del norte de la Región, Jaén, San Ignacio, Chota y Cutervo, son las más extensas y ocupan cerca del 50% del territorio de la región; las provincias menos extensas son San Pablo y Hualgayoc.

Clima - Temperatura: La Región Cajamarca presenta una gran diversidad de climas y microclimas, frío en las cordilleras, templado en las cimas y laderas montañosas, cálido en las laderas bajas y fondos de valle, con temperaturas, que van desde cero grados (Hualgayoc), hasta 36 °C (Jaén). La ciudad de Cajamarca, capital de la región, tiene un clima semiseco y templado, su temperatura anual máxima es de 22°C (71°F) y mínima de 5°C (42°F).

El clima y la temperatura está influenciado por la topografía, en la región Cajamarca se denotan 3 zonas agroecológicas: Jalca (más de 3500 m.s.n.m.), ladera (3000 a 3500 m.s.n.m.) y Valle (500 a 3000 m.s.n.m.). Esto origina cuatro pisos ecológicos, Jalca, Quechua, Yunga y Ceja de Selva, predominando el piso ecológico quechua, que es el más poblado, con una población que se dedica principalmente a la agricultura (maíz, trigo, cebada, papa, y frutales) y a la ganadería. (Análisis Situacional de Salud 2010)

En el periodo intercensal 1993 - 2007 (14 años), la población total del departamento de Cajamarca, se incrementó en 157 mil 366 habitantes, equivalente a 11 mil 240 habitantes por año, es decir, un aumento de 12,2% respecto a la población total de 1993, que fue 1 millón 297 mil 835 habitantes y para el 2007 de 1 millón 455 mil habitantes.

Crecimiento de la población: El incremento de la población medido por la tasa de crecimiento promedio anual, indica que la población del departamento de Cajamarca ha presentado un crecimiento promedio anual para el periodo 1993–2007 de 0,8%, lo cual confirma la tendencia decreciente observada en los últimos 26 años. Entre los censos de 1981 y 1993, el crecimiento poblacional fue de 1,7% por año; este nivel fue mayor en el periodo intercensal 1972–1981 (1,4% anual). Esta tendencia declinante del ritmo de crecimiento poblacional, se explica fundamentalmente por la reducción de los niveles de fecundidad; comportamiento que se confirma con los resultados de las encuestas demográficas y de salud familiar realizadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática.

El departamento de Cajamarca está conformado por 13 provincias y 127 distritos: la provincia de Cajamarca cuenta con 12 distritos.

Pirámide Poblacional. En el departamento de Cajamarca, la evolución de la población en las últimas décadas se refleja en la forma que ha adoptado la pirámide poblacional; así, de haber presentado una base ligeramente más ancha y vértice angosto, en la actualidad se observa una base más reducida y un ensanchamiento progresivo en el centro, lo que refleja un menor número de nacimientos y mayor población en edad activa. Asimismo, se visualiza mayor proporción de población adulta mayor, que indica el inicio del proceso de envejecimiento.

La diferencia relativa del grupo de edad de 0 a 4 años de los censos 1993 y 2007, responde a la reducción de la natalidad; asimismo, los gráficos revelan la

disminución de la importancia relativa de los dos siguientes grupos quinquenales (5 a 14 años de edad) en hombres y mujeres, que es consecuencia de la reducción progresiva de la base piramidal. Por otro lado, en general a partir de los grupos de 15 años de edad, se observa una mayor proporción relativa en hombres y mujeres, siendo mayor la proporción de mujeres que sus pares hombres entre los 20 años de edad.

Esperanza de Vida. En la Región Cajamarca la esperanza de vida de sus pobladores en el quinquenio 1995-2000 se calculó en 67 años, para el quinquenio 2000-2005 se estimó que la población llegaría a los 69 años y para el siguiente quinquenio se calculó que los pobladores llegarían a los 70 años en promedio. Para ese mismo periodo, las mujeres presentarían una mayor esperanza de vida (73 años) en comparación a los hombres (68 años). (Análisis Situacional de Salud 2010)

## CAPÍTULO III

### MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Antecedentes de la Investigación

Mendoza M. (2001), en el trabajo de Investigación “Familia y Toma de decisiones en el Caserío La Victoria-Otuzco”, cuyo objetivo es Identificar a que se debe la desigualdad en la toma de decisiones familiares y la influencia que esta ejerce al interior de la familia en el Caserío La victoria-Otuzco, determinaron que: La mujer desempeña el rol productivo (tareas agrícolas: selección de semillas, siembra y cosecha), reproductivo (crianza y cuidado de los hijos) y de gestión comunal (asistencia a reuniones comunales, desempeña cargos algunas veces).

Así mismo se concluyó que, la actitud sumisa de la mujer se debe a patrones socioculturales, fortalecidos por desiguales oportunidades educativas en relación con el sexo: desde el nacimiento de los hijos, se les tiene asignado algún tipo de rol; el hijo tendrá muchas oportunidades de surgir, en cambio la hija no recibe ningún tipo de apoyo, ya que a temprana edad se embaraza, se casa o abandona el estudio.

Vega Franco L. (2002), en el trabajo de investigación “Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica”, refiere el autor que según Aristóteles de la salud no resultan efectos contrarios, sino solamente saludables;

refiere que la salud nunca fue vista (entre los griegos) al margen de la armonía y de "la gran salud del universo", de su orden secreto, de los fines primordiales de la naturaleza", de tal manera que conservar o restablecer la interacción armónica entre las fuerzas de la materia y el espíritu, son tareas imprescindibles para su salud.

Una de las particularidades de la medicina helénica es considerar el cuerpo humano de manera integral: relaciona el todo con cada una de sus partes y con el entorno mismo; parece que esta percepción daba sentido a los conceptos de salud y enfermedad. Consideraban la salud como un fenómeno de armonía y proporción, no como producto de las cualidades de la materia, sino como equilibrio de las fuerzas y por la mezcla de los componentes corporales, y sus interrelaciones, y todo esto como respuesta del organismo a los estímulos del ambiente. Contemplaba al hombre dentro de su entorno físico y social, lo que explica porque ubicaban la salud y la enfermedad en este ámbito, pero sin desatender las situaciones particulares, siempre cambiantes".

En esta perspectiva histórica parece que desde la antigüedad predomina la idea de que la salud es una condición que traduce el "equilibrio dinámico" entre el hombre y su ambiente. Hay ahora cabal convicción que desde antes de la etapa embrionaria el hombre sostiene una perenne confrontación con innumerables factores: unos favorables, otros adversos; su salud depende del ajuste dinámico de su organismo al entorno (Vega 2002).

Francke y Reynoso (2007), en el trabajo de Investigación "Salud y Enfermedad en los Márgenes" tiene como propósito contribuir al desarrollo del

Perú mediante la producción y disseminación de conocimientos vinculados al derecho a la salud y promover el debate público en el ámbito comunitario, regional y nacional sobre las políticas, económicas y Sociales.

Se concluye que el derecho humano a la salud no se traduce solo en tener acceso a servicios de manera oportuna y con adecuada capacidad humana y técnica, sino que comprende también factores que impactan en el desarrollo y la calidad de vida de la población, tales como el acceso al agua limpia y potable, condiciones sanitarias adecuadas, la salud en el trabajo, la prevención de accidentes y de la violencia, un ambiente saludable, una vivienda digna, el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, y la participación de la ciudadanía en el proceso de toma de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en el ámbito local, regional y nacional.

Rojas y Romero (2008), en el trabajo de Investigación “Análisis de la Realidad Socioeconómica de Chile – La Pobreza” donde manifiesta que no existe una diferencia significativa entre el sector rural y el urbano, sólo es del 1,7% muy distinta a la situación que se vivió en 1996 donde la diferencia era de 8,3% presentando mayores cifras de pobreza la zona rural.

Esta evolución podría ser producto de que con el tiempo se ha roto las barreras existentes en estos sectores, ya sea a través de avances tecnológicos que han permitido mejor comunicación, políticas públicas que han buscado distribuir los recursos a todas las zonas, migración desde ciudad a zona rural, etc.

El significativo aumento de las exportaciones agrícolas, ha mejorado los ingresos económicos de los sectores rurales, además la línea de pobreza aplicada

para sectores rurales es menor, pues se supone que en parte son autosustentables, como contar con sus propios cultivos (Rojas y Romero 2008).

### **3.2. Base Teórico-Científica.**

#### 3.2.1. Antecedentes históricos del proceso salud- enfermedad

El análisis histórico del proceso salud-enfermedad tiene que ver directamente con la comprensión de las transformaciones ocurridas en el concepto de causalidad, así se pueden resaltar dos concepciones: la “Ontológica” concepción antigua, quien considera que la enfermedad tenía una causa única y externa al ser humano con existencia propia (el mal), estuvo vigente en los modos de producción antiguos y esclavista. La concepción “Dinámica”, que se opone a la ontológica en la medida que es naturalista. La naturaleza tanto interna como externa al ser humano es armónica, no en tanto el ser humano desempeña un papel activo tanto en el proceso como en las causas de la enfermedad, las cuales al igual que la ontológica son también externas. Lo importante es que las causas son naturalizadas perdiendo su carácter mágico religioso.

Surge así la teoría unicausal, basada en la teoría bacteriológica, pero que no llega a explicar las enfermedades no transmisibles que comienzan a amenazar a la población productiva por las nuevas formas de trabajo y de vida. Se crea entonces la teoría multicausal que trata de explicar el proceso Salud-Enfermedad a través de la interacción del agente con el huésped en un ambiente compuesto por elementos físicos, biológicos y sociales, así como para aclarar y explicar las enfermedades infecciosas, las enfermedades no

transmisibles o las enfermedades ocupacionales que son bastante complejas para la visión de la teoría unicausal. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, ayuda a entender este aspecto, el enfoque de los determinantes de la salud, que persigue la equidad en salud, siendo uno de los primeros en identificarlos, Lalonde 1974, indicando como determinantes claves de la salud: los estilos de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios de salud.

En base al modelo de Lalonde, los autores Dahlgren y Whitehead (1991) establecieron otro modelo que luego fue adoptado por Acheson, en el que los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) se presentan como capas de influencia. En el centro se encuentra el individuo con los determinantes que no pueden ser cambiados como la edad, sexo, biología humana y alrededor están los determinantes que se pueden modificar como los estilos de vida, las redes sociales y las condiciones en las cuales un individuo se desarrolla (Prigogine 1994).

En 1978, se llevó a cabo la Conferencia Internacional de Alma Ata, la cual se considera un hecho bastante relevante en la historia de los Determinantes Sociales de la Salud y de la Salud Pública.

Es aquí donde se sentaron las bases de la Atención Primaria de la Salud y se declaró la atención integral de salud que no sólo preste servicios de salud sino que también aborde causas sociales, económicas y políticas subyacentes.

En el 2005, según refiere el Informe de la Organización Mundial de La Salud (2009) esta organización puso en marcha la Comisión de los

Determinantes Sociales de Salud (CDSS) con la finalidad de centrar el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud mediante datos científicos y así modificar las intervenciones en Salud Pública que favorezca la equidad sanitaria.

El principal mensaje de esta comisión fue que la atención de salud no es el principal responsable de la salud de las personas, sino que se conceptualiza como un determinante más, considerando de mayor importancia a los factores denominados como Determinantes Sociales de la Salud que permiten mantener una buena salud (Organización Mundial de la Salud 2009).

### 3.2.2. Proceso salud-enfermedad

Desde tiempos remotos el proceso salud-enfermedad ha sufrido una serie de transiciones según como el hombre lo concibe dentro de su entorno, recientemente la salud humana ha sido conceptualizada como la ausencia de la enfermedad y de malestar o sufrimiento, pero la salud implica muy diferentes dimensiones, de bienestar, de ajuste psico-social, de calidad de vida, de protección hacia ciertos riesgos de enfermedad, desarrollo personal etc., según la Organización Panamericana de la Salud (2000), define la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades siendo cuestionada hasta la actualidad, la Organización Mundial de la Salud define “Salud es la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente”.

La salud de las poblaciones no se puede considerar aisladamente sino que está determinada por diversos factores entre los que se pueden citar el acceso a los servicios de salud, el ambiente en el que viven las personas, la infraestructura, los recursos humanos entre otros, es decir, la salud y la enfermedad se encuentran íntimamente relacionadas, así como las acciones que se generan ante la enfermedad. Las características de la atención, por tanto, forman parte del eje salud-enfermedad que se construyen a partir de respuestas socioculturales. Esto amplía el marco de observación al estudio de las relaciones entre los datos biológicos, sociales y culturales que se expresan en el ámbito de la salud y la enfermedad y en la consideración de que su objeto de estudio está constituido por un proceso dinámico, social y cultural.

Godoy (1993), refiere que la salud y enfermedad son fenómenos multidimensionales, implicando importantes componentes tales como: personales (biofísicos, cognitivo-afectivo-emotivo-motivacionales, conductuales y psicosociales), ambientales (agentes patógenos, salubridad ambiental etc.), sociales (estilo de relaciones grupales, apoyo social, etc.), culturales (ideas, percepciones y valores sobre la salud, educación para la salud. etc.), económicos (pobreza, promoción de la salud), políticos (legislación protectora, políticas de salud) e institucionales (asistencia sanitaria). En resumen, es importante el papel que juegan los aspectos comportamentales y socio ambientales, junto a los biomédicos, en la salud y enfermedad.

Dentro del proceso Salud-enfermedad, la concepción de salud y enfermedad depende de las definiciones que las personas tengan sobre su

padecimiento, las que condicionarán los tipos de ayuda a buscar, existe un complejo mundo de creencias, valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud, siendo su comportamiento para el cuidado o recuperación de su salud, singular y dinámico (Komblit y Mendes 2000).

Se observa que la oferta terapéutica de la medicina maya coexiste con la oferta institucional, representada por la clínica o el centro de salud. Se ha demostrado que esta coexistencia la mayoría de las veces no es conflictual, sino que los enfermos y sus familias recurren a itinerarios terapéuticos mixtos en donde lo que se considera importante no es el apego ideológico a un modelo o al otro, sino de manera pragmática la curación/sanación. (Ortega 2006).

### 3.2.3. Medicina Occidental y Medicina Tradicional

La Medicina Occidental es un sistema por el cual los médicos y otros profesionales de la atención de la salud (médicos, enfermeros, farmacéuticos y terapeutas) tratan los síntomas y las enfermedades por medio de medicamentos, radiación o cirugía. La curación es con drogas realizadas a base de productos químicos en dosis ponderables.

La medicina tradicional es la suma total de conocimientos, habilidades y prácticas basadas en teorías, creencias y experiencias oriundas de las diferentes culturas, sean o no explicables, y usadas en el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, diagnosis o tratamiento de las enfermedades físicas o mentales. (Berdonces 1994).

La premisa de que la medicina occidental es un atributo del primer y segundo mundo mientras el tercer mundo se tiene que contentar con prácticas “atrasadas” indígenas ya no se considera de esa manera.

Es de caracterizar la situación de millones de personas en todo el mundo cuya degradación de las funciones fisiológicas les conduce a un estado permanente de dependencia a los medicamentos. La miseria fisiológica ya no es exclusividad de las personas desnutridas, sino también de las malnutridas.

La iatrogenia o consecuencias dañinas de las prácticas médicas alcanzan cifras increíblemente altas. Por ejemplo el 50% de los ancianos tienen alguna complicación debida a tratamientos anteriores, mostrando que la práctica médica moderna genera altos costos sociales y económicos. La medicina occidental llega a costos abismales que los mismos países desarrollados no pueden costear. Los seguros médicos se vuelven cada día más restringidos en sus servicios descartando las poblaciones de riesgo que van creciendo y rechazando asumir muchas veces las patologías crónicas que saben incurables por la terapéutica moderna (las enfermedades degenerativas, toxicomanía, patología mental, *etc.*).

La población de los países desarrollados empezó hace unos 30 años a desconfiar de las promesas del sistema médico, especialmente por las expectativas no cumplidas frente a ciertas enfermedades como el cáncer que mata una de cada 4 personas. La propaganda oficial anuncia cada 5 o 10 años la cura inminente pero la mortalidad general por cáncer aumentado, numerosos pacientes solicitan a su médico tratamientos menos agresivos. Ello

indujo a la búsqueda de medicinas “suaves”. En 2002, la Organización Mundial de la Salud señala que la mitad de la población de Francia o Australia acudió por lo menos una vez a una medicina complementaria mientras esta cifra alcanza 70% en Canadá.

La demanda en plantas medicinales está retomando un gran vigor cuando se pretendió hace poco eliminar las herboristerías. Así, renace el interés de los usuarios occidentales para la fitoterapia: el comercio Sur-Norte de plantas medicinales creció de 100 millones de US\$ en 1979 a 6.000 millones en 1994 y a 35.000 millones en el 2003, los grandes laboratorios farmacéuticos ya anticiparon este movimiento y se han dotado todos de filiales de medicamentos de fitoterapia (Jacques Mabit 2004).

#### 3.2.4. Cultura

La cultura considera el conjunto total de actos humanos en una comunidad dada, ya sean éstos: prácticas económicas, artísticas, científicas u otras. Toda práctica humana que supere la naturaleza biológica es una práctica cultural. Implica una concepción respetuosa de los Seres Humanos. Primero, impide la discriminación entre "hombres cultos" y "hombres incultos" que el término podía tener desde el romanticismo; en todo caso se habla de diferencias culturales. Segundo, también evita la discriminación de pueblos que, como los nativos de América, fueron vistos por los europeos como "salvajes" por el solo hecho de tener" cultura" distinta.

Dentro de la cultura, el conjunto total de las prácticas humanas incluye: prácticas económicas, políticas, científicas, jurídicas, religiosas, discursivas,

comunicativas, sociales en general. Algunos autores prefieren restringir el uso de la palabra “Cultura” a los significados y valores que los hombres de una sociedad atribuyen a sus prácticas (Sastre 2009).

Los humanos tenemos la capacidad de ir amoldando y transformando no sólo la naturaleza, sino nuestras propias relaciones con el mundo y nuestra propia forma de vivir. A través de nuestra historia, hemos ido creando y modificando nuestra relación con el mundo en un proceso acumulativo hecho posible porque lo que creemos y aprendemos lo transmitimos también a nuestra descendencia sin necesidad de modificación genética.

La relación con el mundo implica la relación con la naturaleza, con los demás, consigo mismo, con la trascendencia; nos relacionamos con el mundo con formas de mirar, de sentir, de expresarnos, de actuar, de evaluar. Lo central de la cultura no se observa, se encuentra en el mundo interno de quienes la comparten; son todos los hábitos adquiridos y compartidos con los que nos relacionamos con el mundo. Por esta razón, podemos afirmar que la cultura, a la vez que se internaliza individualmente, es un hecho eminentemente social, puesto que es compartida y se socializa permanentemente en todas las interacciones de la sociedad, y en forma muy particular en los procesos educativos.

La cultura no tiene existencia en sí misma, sino que se refiere a actitudes acostumbradas y a maneras de ser compartidas (dimensión social) de las personas en concreto (dimensión individual).

Interculturalidad, como señala Campos (2007), es un puente, un enlace o una estrategia que toma en cuenta las variables étnico-culturales de la población indígena en el proceso de atención de la salud y por ello, las acciones emprendidas deben responder a un proceso de comunicación intercultural donde la validación y negociación cultural hayan sido desarrolladas. Por validación cultural se entiende aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del paciente, considerando el contexto cultural del cual éste modelo emerge, el cual a su vez es congruente con las explicaciones aprendidas en su grupo social (Alarcón 2003); y esto no implica que el trabajador de la salud comparta el sistema de creencias y prácticas del paciente, pero sí lo respete, tolere y comprenda. Por negociación cultural se quiere expresar el conjunto de interacciones que surgen entre los usuarios y el personal de salud para llegar a mutuos acuerdos relativos al servicio que se brinda, o al tratamiento que se requiere (lo que se ha denominado ahora como adherencia terapéutica) (Ortega 2006).

### 3.2.5. Actitud

Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo, con opiniones o creencias, y sentimientos, factores que a su vez se interrelacionan entre sí, predisponiendo en forma organizada a pensar, percibir, sentir y comportarse ante un referente en forma de rechazo, aceptación e indiferencia.

### 3.2.5.1. Estructura de las actitudes:

Las actitudes están compuestas por tres elementos o componentes básicos; el elemento cognoscitivo, conformado por el conocimiento (parcialmente verdadero) que el sujeto tienen sobre el objeto de la actitud; toda actitud incorpora algún conocimiento de modo directo a través de una creencia; el elemento afectivo, constituido por los aspectos emocionales que acompañan a la motivación y/o formas como el objeto de la actitud afecta a las personas; y el elemento motivacional, constituido por la predisposición del sujeto a actuar respecto al objeto, este elemento comprende tanto el aspecto de la energía como el desencadenante acto conductual (Allport 2000).

### 3.2.5.2. Características de las actitudes:

Entre las principales características de las actitudes tenemos: Son aprendidas ya que se forman a través de la experiencia y representan cambios potenciales en nuestro comportamiento, por lo tanto no son innatas; son dinámicas porque cumplen un papel importante motivacional vinculando al sujeto con los objetos de la realidad y son susceptibles de modificación o sustitución, es decir pueden abarcar o comprender múltiples objetos; se interrelacionan debido a que las actitudes presentan una vinculación entre sí constituyendo conjuntos consistentes o sin contradicción; tienen una dirección u orientación frente a los objetivos este puede ser favorable (aceptación), desfavorable [rechazo], o neutral [indiferente] (Allport 2000).

### 3.2.5.3. Medición de las actitudes:

Las actitudes pueden medirse directa o indirectamente según sean o no advertidas, usándose técnicas para obtener información sobre las dimensiones de direccionalidad e intensidad.

Según Linogrin (1994), manifiesta que la tendencia de las actitudes está dado por medio de dos propiedades. La dirección de la actitud (positiva o negativa) y la intensidad (grado del sentimiento esperado).

- **Dirección:** Señala el modo de sentir de las personas hacia el objeto, es decir puede ser positiva si hay tendencia de acercamiento o aceptación hacia el objeto al cual se expresa determinada actitud, mientras que es negativo o con tendencia de rechazo cuando hay predisposición a evitar el objeto, o indiferencia.
- **Intensidad:** Indica la fuerza de los sentimientos que entraña la actitud, determina el grado de intensidad con que reacciona frente al objeto de las actitudes, es decir el grado de sentimiento representado (favorable, medianamente favorable o desfavorable). Es preciso señalar que “la dirección y la intensidad entrañan el componente afectivo (Linogrin 1994).
- **Actitud de aceptación:** La actitud es positiva cuando se organiza, la propia conducta en pro del establecimiento de una relación en la que predomina la aceptación, estimación, apoyo, ayuda y cooperación. Las manifestaciones principales de esta actitud se traducen en comportamientos que se describen como: ir hacia; buscar el

contacto, respuestas que se presentan como actos de aproximación, como resultado de un estilo cognoscitivo abierto que obedece a un conjunto de rasgos más o menos estructurales de la personalidad y se cristaliza en un sistema total que sirve al hombre no solo para conocer sino también para valorar y actuar sobre la realidad física social y sobre sí mismo.

- Actitud de rechazo: Cuando una actitud es negativa se presenta el recelo que aleja a las personas y las predispone en contra suya. El recelo es opuesto a la cooperación, por el distanciamiento que suscita y genera aislamiento, desconfianza y agresión, siendo mecanismo de defensa con que responde la persona que se encuentra en tensión. Los mecanismos de defensa se utilizan generalmente para anticipar y detener la intensidad provocada por un estímulo frustrante.
- Actitud de indecisión o indiferencia: Es la predisposición aún no definida que traduce ambivalencia entre la aceptación y el rechazo (Pinilla 2001).

#### 3.2.5.4. Evaluación de las actitudes:

Evaluar consiste en asignar un valor a algo. Las actitudes no son susceptibles de observación directa sino se evaluarán considerando la intensidad de las expresiones verbales o de la conducta observada. Esta medición indirecta se realizará por medio de escalas en las que partiendo de una serie de funciones, proporcionan un juicio sobre lo que manifiestan los individuos, a partir de los cuales se deducen o infieren las actitudes.

La escala de Lickert toma un número de proposiciones consideradas pertinentes a la actitud que se ha de medir, los sujetos deben indicar para cada una de ellas, si aprueban, están indecisos, o desaprueban, el resultado es la suma final de las categorías que se registran, el proceso siguiente es ver en qué medida los juicios por cada proposición están en correlación con el resultado final y eliminar aquellas que no manifiesten un acuerdo sustancial.

### 3.2.6. Actitud en relación al proceso salud-enfermedad.

Con respecto a la salud y a la enfermedad, esto se expresa no solamente en la manera como las personas otorgan significados al hecho de estar enfermos (el mundo de las ideas, de las representaciones, de las concepciones), sino también en cómo las personas construyen sus propios itinerarios terapéuticos y las relaciones con sus terapeutas (el mundo de las prácticas sociales, de las acciones, de las conductas) (Laplantine 1999).

Eiser J. R. (1989), refiere que la actitud es una predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un determinado objeto, siendo un sentimiento a favor o en contra de un objeto personal, social o cualquier producto de la actividad humana, estas actitudes pueden cambiar debido a la educación o influencia recibida desde el medio social. Es importante considerar que las actitudes forman parte de la conducta.

Es así que la actitud que asume la persona frente a la salud-enfermedad, es adquirida de acuerdo a determinados contextos culturales, considerando la organización duradera de las creencias y conocimientos que se traen acerca de

la salud-enfermedad, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de las medidas de cuidado, promoción, prevención y de la atención de salud-enfermedad en general.

"La conducta es una característica que nos distingue, todos tenemos un conjunto de creencias de las cuales inclusive no tenemos conciencia pero que nos orientan a actuar a favor o en contra de un determinado objeto o circunstancia" (TECSUP 1998).

Dentro del proceso salud-enfermedad se hace referencia a los estilos de vida, los cuales se definen como el modo general de vivir que tiene la persona, basándose en la interacción entre las condiciones socioeconómico, culturales y sus características personales, esta interacción estimula pautas individuales de conducta, abarcando un grupo heterogéneo de factores, como preocupación por la salud, conductas de riesgo para la salud, carencias acerca de la salud-enfermedad entre otros, uniéndose a los determinantes biológicos a la hora de actuar frente al proceso salud-enfermedad del individuo.

Los estilos de vida son "el conjunto de pautas de conducta y hábitos cotidianos de una persona", los estilos de vida pueden tener consecuencias beneficiosas o perjudiciales para la salud, son elecciones individuales discretionales y la responsabilidad en las decisiones que adopten ciertas conductas son de carácter personal, es importante contextualizar a las personas en el entorno social, económico e individual a fin de explicar las relaciones entre estilos de vida y salud, dependen entre otros factores, la edad, género, sexo, grupo social junto con la idea y la cultura, no se puede olvidar los

aspectos psicológicos que determinan que una persona adopte o no ciertos hábitos, se han relacionado los estilos de vida con los grupos sociales, destacando aspectos como la educación y la ocupación de las personas relacionadas con la conducta de la salud (Headapohl 1993).

Una persona, para poner en marcha una conducta de salud, debe percibir una amenaza porque siempre implica un esfuerzo la conducta de salud, en esa amenaza está la susceptibilidad y gravedad percibida. La amenaza puede relacionarse con variables.

Puede observarse que en la actitud, entra a tallar las opiniones, creencias y sentimientos de las personas, los cuales se interrelacionan entre sí, predisponiendo a pensar, percibir, sentir y comportarse ante algo ya sea con rechazo, aceptación o indiferencia. La cultura son patrones adquiridos de valores creencias, costumbres y comportamientos, compartidas por un grupo de individuos, por lo que es necesario considerar las creencias transmitidas de generación en generación, autores como Superior y Chenhall refieren que a los determinantes sociales les falta considerar cuestiones relacionadas con la subjetividad y la relación con el comportamiento de toma de decisiones en salud, por lo que es necesario considerar además de los determinantes sociales de la salud el bagaje cultural de las madres de familia y abarcar en mayor amplitud la realidad que involucra a las madres de familia con respecto al proceso salud-enfermedad.

La influencia cultural que las personas o grupos reciben son muy importantes en la adopción al asumir un estilo de vida, la cultura con sus

valores y costumbres determinan de forma explícita o implícitamente valores para determinar aspectos de salud-enfermedad, la conducta de enfermedad hace referencia a la forma particular en que una persona responde a sus signos corporales y a las condiciones bajo las cuales percibe esos signos como anormales.

### 3.2.7. Determinantes Sociales de la Salud

Son las circunstancias donde las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; éstas son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen, a su vez, de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales explican la mayor parte de las inequidades en salud (Vega 2010).

A nivel mundial, últimamente dentro del aspecto político y socioeconómico, se ha incrementado el temor de los inversionistas por los recientes acontecimientos económicos y políticos en Europa, lo que evidencia una eventual crisis sistémica a corto plazo, que podría terminar por romper la débil hegemonía del euro.

Preocupa el nivel de endeudamiento de la economía estadounidense, lo cual podría limitar la estrategia para reducir el gasto gubernamental. Por su parte la economía China, mantiene sus índices de crecimiento bastante sólidos, con una proyección anualizada de 9%. Ello, a pesar de las medidas para restringir su crecimiento, debido a la reducida demanda de bienes y servicios.

Esta situación viene impactando positivamente al mercado de metales, aunque con una ligera tendencia al alza, se espera que, salvo los metales preciosos, la situación continúe estable. En el caso particular del oro, su consolidación como activo de refugio, le da fundamentos sólidos a largo plazo (Análisis Situacional de Salud 2011).

En la actualidad, somos testigos de una compleja red de conflictos políticos, que tienen una posterior expresión en movilizaciones sociales que incluso han cobrado vidas. El ambiente político en el Perú está cambiando de composición al integrarse grupos nuevos, radicales, dentro del cálculo político de los grupos tradicionales, todo ello influenciado por las elecciones presidenciales, pues es una tendencia que observamos desde el año 2001, además de la tendencia que el candidato perdedor en una elección es el ganador en la elección siguiente, a lo anterior tiene que sumarse el hecho del desarrollo económico del país, donde se crean, espacios que buscan ser controlados por los diferentes grupos políticos.

Debido a que los nuevos espacios se dan en las regiones del país, se genera al mismo tiempo una fragmentación de las fuerzas políticas regionales en grupos de interés concretos que buscan controlar ciertos recursos económicos. Se pueden observar conflictos políticos de connotación social, existencia de discrepancias entre el gobierno a nivel central y el gobierno a nivel regional, generando trabas y reducción en la capacidad institucional de gestión, repercutiendo en el ámbito social y económico, al no generarse un adecuado umbral de productividad, provocando inestabilidad política y divorcio entre el nivel central y el nivel regional. Los empresarios buscan seguir aumentando

sus capitales pero con una clara separación de los fundamentos económicos del país, a efectos de captar las mayores inversiones externas y mantener la economía en su tendencia de crecimiento. Existen actualmente acontecimientos de agitación política, que juegan roles determinantes a nivel político y social como es el fallo de la Haya, MOVADef, así mismo un gran desafío del Gobierno será su posición final frente al terrorismo y su ya inseparable enemigo el narcotráfico. La posición que tome el gobierno incidirá enormemente en la estabilidad política y productiva del país (Salas 2014).

La ideología política y la actitud del gobierno son determinantes del éxito de las iniciativas que pretenden abordar los Determinantes Sociales de la Salud. La voluntad política lamentablemente es a menudo limitada a pesar del compromiso ejercido por los políticos entrantes a gobernar con la participación del pueblo, en realidad la participación es a menudo manipulada. Los donantes internacionales han sido y siguen siendo una gran influencia en la dirección de estrategias, políticas y en la adopción de la descentralización de los procesos de planificación locales participativos de los gobiernos. Es evidente que hay una brecha entre lo que se pretende y la práctica real. Niveles más altos del gobierno, tanto político como administrativo, a menudo son renuentes a entregar el poder a los gobiernos locales, es difícil comprometerse con las bases. Aquí también la voluntad política es esencial y otra vez a menudo limitada.

La descentralización a menudo no ha implicado la mayor asignación de recursos. El límite de los recursos financieros existentes disponibles para

los presupuestos participativos es un tema clave. Los bajos ingresos en los hogares, es necesario un enfoque integrado y global de salud pública.

A diferencia de posiciones que siguen la tradición clásica en la investigación en salud, que postulan, que lo que ocurre en la salud individual y colectiva se rige por leyes universales, ahora sabemos que individuos y grupos sociales somos actores y espectadores de un proceso vital que no está mecánicamente condicionado por el pasado, sino que hay un futuro abierto a lo que construyamos (Prigogine 1994).

#### 3.2.7.1. Propuesta de la Organización Mundial de la Salud para el desarrollo de la implementación de la Comisión de Determinantes Sociales de la salud.

Las Pobres circunstancias sociales y económicas afectan la salud durante toda la vida. La gente perteneciente a los grupos sociales más bajos, desarrollan una doble probabilidad de riesgo de enfermedad grave y muerte prematura.

La Organización Mundial de la Salud, según Jeanette Vega (2010), refiere algunos determinantes claves que influyen sobre la salud de la población:

##### A. Condiciones socioeconómicas

- Factor económico.

Generalmente las personas que tienen mayores ingresos viven más tiempo y gozan de una mejor salud que las personas de bajos

ingresos. Esta relación persiste independiente del sexo, la cultura o la raza, aunque las causas de la enfermedad y muerte pueden variar, parece ser que el ingreso económico es el factor determinantes más importantes de la salud (Organización Mundial de la Salud 2000).

La pobreza se ha definido como resultado de un ingreso familiar bajo o ausente, y los indicadores más usados han sido el producto bruto interno per cápita (PBI per cápita) y el ingreso comparado a una cifra referencial (un dólar por día), el indicador de salud más utilizado es la tasa de mortalidad infantil TMI, incluyendo todas las defunciones en menores de un año que ocurren en la población de 1000 nacidos vivos en un período de un año, la mortalidad infantil muchas veces es tratada como el indicador del estado de salud de una población, considerándola como un indicador de desarrollo socioeconómico o de la exitosa aplicación de políticas sociales, otro indicador de los últimos tiempos es la esperanza de vida al nacer. En el Perú se muestra una marcada asociación entre la TMI y niveles decrecientes de ingreso (Organización Mundial de la Salud 1998).

Según estudios realizados por Marmot en 1986, los datos permiten escapar de muchas versiones de deterministas mecánicas que pretenden explicar una situación de salud dada solo por el status socioeconómico, (los pobres enferman debido a la ausencia de precondiciones materiales de la salud, como dieta deficiente, malas condiciones de la vivienda, hacinamiento, exposición a la violencia, contaminantes medioambientales) no se trata de negar a la pobreza

como explicación, sino entenderla como una condición compleja, con múltiples dimensiones entre las cuales la económica es una de ellas, seguramente con un alto índice relativo respecto a las dimensiones de la vida, pero no es de ninguna manera la única. Estar en los escalones inferiores de la jerarquía social afecta negativamente la salud, la exclusión social resulta absolutamente negativa, considerando la pobreza como “la privación de capacidades básicas” privación de la cual reconoce que la falta de renta es una de las principales causas, más no la única (Sen 2000, 114).

- Educación.

El estado de salud aumenta con el nivel de educación, contribuyendo con la salud y prosperidad en la medida que promueve a las personas con conocimientos y aptitudes para solucionar problemas, otorgándoles un sentido de control y dominio en las circunstancias de su vida, aumentando las oportunidades de seguridad en materia laboral y de ingresos, además de la satisfacción en el trabajo, asimismo, mejora el acceso y manejo de información para mantener una vida saludable. (Organización Mundial de la Salud 2000)

- Género.

Conjunto de diferencias sociales entre los sexos mujer y hombre, abarcando los roles, creencias y valores que a cada uno de los sexos

se les asignan culturalmente diferenciados entre sí, considerando los aspectos sociales, psicológicos y culturales de femineidad y masculinidad.

La equidad de género busca que mujeres y hombres, independientemente de sus diferencias biológicas, tienen derecho a acceder con justicia e igualdad al uso, control y beneficio de los mismos bienes y servicios de la sociedad, así como a la toma de decisiones en los ámbitos de la vida social, económica, política, cultural y familiar. Es la aceptación de las diferencias entre hombres y mujeres, y la aceptación también de derechos, buscando el ideal de un equilibrio en el que ninguno de ambos sexos se beneficie de manera injusta en perjuicio del otro. La equidad de género está muy presente en la humanidad desde los inicios de la vida social, económica y política. Desde aquel entonces la mujer no tenía derecho a ser escuchada, ni a opinar, ni mucho menos a ser parte de una familia y sociedad (Real Academia Española 2001).

No solo los hombres son considerados importantes como agentes en la toma de decisiones sino también la mujer con sus potencialidades para mejorar la producción y calidad de vida del medio rural debido a su agudo conocimiento de las estrategias de alimentación, cuidado de la salud, costumbres, creencias, y conocimiento sobre especies animales y vegetales.

Las mujeres enfrentan una serie de obstáculos dentro y fuera del hogar, afrontando una serie de tareas que tienen que cumplir por su triple rol como mujer (Mendoza *et al.*, 2001).

Dentro del triple rol de la mujer, se identifican las funciones: productivas, reproductivas y de gestión comunal, así tenemos:

- **Actividades Productivas.**- Abarcan todas las tareas que contribuyen económicamente al hogar y a la comunidad, por ejemplo, cultivo y cría de ganado, fabricación de artesanía, empleo remunerado, transformación de materia prima, producción de bienes y servicios para el autoconsumo y/o la comercialización.
- **Actividades Reproductivas.**- Es el conjunto de actividades que comprende el cuidado y el mantenimiento del hogar, incluyendo embarazo y parto, crianza y educación de los hijos, atención de la salud, preparación de los alimentos, recolección de agua y leña, compra de provisiones, quehaceres domésticos y cuidado de la familia. Estas actividades se consideran no económicas, generalmente no tienen una compensación monetaria y por lo general se excluyen de las cuentas nacionales de ingresos.
- **Actividades Comunitarias.**- Incluyen organizaciones colectivas de eventos sociales y servicios: ceremonias y celebraciones, actividades para el mejoramiento de la comunidad, participación en grupos y organizaciones en actividades de la política local y de otra índole. Este tipo de trabajo no es considerado en los análisis económicos de las comunidades. Sin embargo, implica una

considerable cantidad de tiempo voluntario y es importante para el desarrollo cultural y espiritual de las comunidades siendo además un vehículo para la organización de la comunidad y su autodeterminación.

## B. Condiciones de vida y de trabajo

- Vivienda, acceso a servicios básicos y condiciones de trabajo.

La preocupación por el alto nivel de desempleo es ampliamente compartida no solamente en los países andinos sino en toda América Latina y otras regiones.

La tasa de desempleo de los jóvenes de 15-24 años es el doble o triple de la tasa de adultos. Esto no es un fenómeno reciente, sino una característica visible desde hace varios años.

La precariedad de la inserción laboral, sobre todo de hogares pobres (alto desempleo, o empleos precarios por el ingreso, la duración y el tipo de contrato laboral y las condiciones de trabajo) suele convertirse en un problema social.

El desempleo se asocia con un estado de salud deficiente. La organización mundial de la salud mostró que los niveles altos de desempleo y la inestabilidad económica causan problemas de salud mental significativos y efectos adversos sobre la salud física de las personas desempleadas, sus familias y comunidades (Wescott 1985)

Las aptitudes de adaptación, cuando son efectivas, permiten a las personas ser autosuficientes, resolver sus problemas y tomar decisiones que mejoran las condiciones de su salud. Los conocimientos, las intenciones y las aptitudes de adaptación de la persona son importantes para adoptar y mantener comportamientos sanos, pero sus ambientes sociales y laborales son también de gran importancia (Organización Mundial de la Salud 2000).

Las condiciones de vida son uno de los elementos centrales en la caracterización de cualquier tipo de población máxime si se tiene en cuenta que tiende a asociarse con situaciones de pobreza o precariedad económica, considerándose para ello población que tiene acceso a servicios como agua potable y electricidad, además de analizar las condiciones de habitabilidad de las viviendas (Tokman y Souza 1995).

- Alimentación

La nutrición es el factor más fuertemente relacionado para determinar el estado de salud de la población, interviene en las esferas, biológica, psicológica y social; en la esfera social se relaciona con el aspecto de economía, puesto que la población bien alimentada tiene capacidad de incrementar las actividades productivas y desarrollo de las naciones, el hambre perpetúa la pobreza al impedir que las personas desarrollen sus potencialidades y contribuyan al progreso de sus sociedades, estimaciones, en el año

2002, el 44 % de la población de América Latina vivía en situación de pobreza y que las personas pobres eran poco más de 220 millones. De estas, algo más de 97 millones, el 19.4% de la población de la región, se encontraban en situación de indigencia o pobreza extrema.

El hambre no es un problema básicamente de disponibilidad alimentaria, es decir a la capacidad que tiene la persona en base a sus ingresos para adquirir alimentos y que en algún momento lo situaría en inseguridad alimentaria, sino la falta de alimentos se debe más a la dificultad en la accesibilidad que a la producción ya que en muchos países la producción de alimentos ha crecido, sin embargo el número de personas hambrientas ha aumentado debido al rápido crecimiento de la población y la carencia de una distribución efectiva de alimentos llevando con ello a la inseguridad alimentaria.

Dentro de la Seguridad Alimentaria Nutricional se considera:

➤ *La producción y disponibilidad de alimentos*, obtenida por medio de la producción interna a nivel local, regional y nacional, se complementa con los producidos en otras partes del mundo con importaciones y almacenamiento, poniendo a disposición una amplia variedad de alimentos incluyendo ayuda de programas alimenticios, uno de los instrumentos más utilizados para estimar la disponibilidad son las hojas de balance de alimentos, cuyo propósito consiste en proporcionar el marco

para el régimen continuo de parámetros cuantificables de la situación de la oferta y la demanda de alimentos, a partir de la cual se pueden realizar evaluaciones objetivas de los déficit o excedentes de alimentos, se han de tener en cuenta las pérdidas post cosecha y las exportaciones.

➤ *Acceso a los alimentos, o capacidad para adquirirlos*, los alimentos deben estar disponibles a toda la población, física y económicamente en el momento oportuno, si no se pueden producir los alimentos, la población debe tener ingresos o medios de cambio para obtenerlos.

➤ *Consumo*, se considera la calidad de los alimentos consumidos y el riesgo para la salud, la forma de preparar los alimentos y como se distribuyen dentro de la familia.

- Servicios de salud.

Los servicios de salud, en particular aquellos diseñados para mantener y promover la salud y prevenir las enfermedades, contribuyen a la salud de la población, el número de establecimientos de salud ha aumentado a nivel nacional, sin embargo, la disponibilidad de un servicio no necesariamente indica su utilización.

Los Servicios de Salud, son organismos descentralizados, que poseen personalidad jurídica y patrimonio propio, cada servicio está a cargo de un Director, que es un funcionario de confianza del

Presidente de la República, entre las funciones de los servicios de salud, están la supervisión, coordinación y control de los establecimientos y servicios del sistema, ubicados en su territorio, para el cumplimiento de las políticas, normas, programas y directivas, en general, emanadas del Ministerio de Salud. La red asistencial de los servicios está constituida por hospitales, consultorios generales, urbanos y rurales; postas rurales de Salud y estaciones médico-rurales.

Existe en el Perú un alto porcentaje de personas que reportan estar enfermas y no consultan un servicio de salud, si bien ha aumentado la utilización de los servicios en todos los grupos, la mayor utilización sigue correspondiendo a los no pobres (Ministerio de Salud 2003).

### 3.2.8. Teorías y modelo de la investigación

#### 3.2.8.1. Teorías sobre formación de las actitudes:

Las actitudes se van formando de distintas maneras: la conformidad, medida a través del comportamiento, es decir ante una práctica común por la presión social del grupo donde tendrá una conformidad permanente; la identificación, se establece cuando la persona define y responde de una manera predeterminada a partir de una persona o grupo por la experiencia lograda en una determinada situación; la internalización, es la aceptación absoluta de una actitud convirtiéndose en parte integral del individuo, se produce cuando una actitud es congruente con sus creencias y valores

básicos, adoptando una nueva actitud porque piensa que es correcta o porque quiere parecerse a alguien, se pueden distinguir tipos de teorías sobre la formación de las actitudes, estas son: la teoría del aprendizaje, teoría de la consistencia cognitiva y la teoría de la disonancia cognitiva.

- Teoría del aprendizaje:

Esta teoría se basa en que al aprender recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar unas ideas, unos sentimientos, y unas conductas asociadas a estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables.

- Teoría de la consistencia cognitiva:

Esta teoría se basa o consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así tratamos de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí.

- Teoría de la disonancia cognitiva:

Esta teoría se creó en 1962 por León Festinger, consiste en hacernos creer a nosotros mismos y a nuestro conocimiento que algo no nos perjudica pero sabiendo en realidad lo que nos puede pasar si se siguiese manteniendo esta actitud, tras haber realizado una prueba y fracasar en el intento. Esto nos puede provocar un conflicto, porque tomamos dos actitudes incompatibles entre sí que nosotros mismos

intentamos evitar de manera refleja. Esto nos impulsa a construir nuevas actitudes o a cambiar las actitudes ya existentes (Krech 1995).

3.2.8.2. Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud propuesto por el equipo de equidad de la Organización Mundial de la Salud.

Esta estratificación de los grupos sociales por ingreso, educación, ocupación, género y etnia, lleva a la creación de inequidades sociales en condiciones de vida y de trabajo. Los mecanismos de estratificación socioeconómica son los denominados determinantes estructurales de inequidades en salud. Son estos mecanismos los que configuran mejores o peores oportunidades para la salud, según diferencias en vulnerabilidades, exposiciones a agentes y acceso a servicios básicos. Es decir, la influencia de la posición socioeconómica del individuo sobre la salud no es directa, sino producto del actuar de factores intermediarios, condiciones materiales, tales como la calidad de vivienda, condiciones de trabajo y la disponibilidad alimentaria. El marco conceptual incorpora al sistema de salud como un determinante social más, porque, por una parte el deterioro o mejora del estado de salud tienen un efecto de retroalimentación respecto a la posición socioeconómica (Frenz 2008).

Es así que la Organización Mundial de la Salud puso en marcha en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad sanitaria y promover un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo.

Según la Organización Mundial de la Salud (2009), en la IV Conferencia Nacional de Salud, se determina que sin salud no hay desarrollo, especificando que:

- La salud es un derecho humano fundamental y no una mercancía sujeta al libre mercado.
- El derecho a la salud implica no solo el derecho a la atención de salud sino también a los Determinantes Sociales De La Salud (DSS).
- Sin un abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud, no es posible alcanzar la equidad en salud.
- Lograr solo crecimiento económico sin atacar las inequidades no conduce al desarrollo humano.
- Sin equidad en salud no es posible el desarrollo humano.
- Se requiere un movimiento social para abordar los Determinantes Sociales de la Salud.
- El derecho a la salud abarca no solo la atención de la salud sino también a los "determinantes subyacentes": agua y saneamiento, alimentación, nutrición, vivienda, condiciones de trabajo, educación e información, equidad de género.
- Productividad económica del trabajador.
- Rendimiento educativo de niños y adultos.
- Participación social y política activa.
- Reducción posible de la pobreza.

### **3.3. Definición de Términos Básicos**

#### 3.3.1. Madre de Familia

Mujer que se dedica al cuidado de los hijos y trabajos de la casa, es quien ejerce una influencia poderosa a veces decisiva, sobre la personalidad de los integrantes de la familia. Trasmite a los niños las primeras nociones de la moral y los primeros aportes culturales aceptados por la comunidad (Mendoza *et al.*, 2001).

#### 3.3.2. Actitud

La actitud es una predisposición organizada para sentir, percibir y comportarse hacia un referente, en cierta forma es una estructura estable de creencias que predisponen al individuo a comportarse selectivamente ante el referente o el objeto cognoscitivo, las actitudes se componen de 3 elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual) (Krech 1995).

#### 3.3.3. Determinantes Sociales de la salud

Según la Organización Mundial de la Salud, “los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los Determinantes Sociales de la Salud» (Organización Mundial de la Salud 2009).

Entendiéndose así que los Determinantes Sociales de la Salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen

incluido el sistema de salud. Estas 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, dando lugar a la inequidad, pobreza, exclusión y marginación (Nino 2012).

#### 3.3.4. Proceso salud-enfermedad

Es un proceso dinámico, continuo e indisoluble, constituyendo un universal de tipo social que opera de forma diferencial en toda sociedad, la salud es considerada como un proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones y competencias individuales (biopsicosociales) y características ambientales (biofísicas, sanitarias, socioeconómico y culturales) cuyo resultado es un estado caracterizado por el equilibrio y el correspondiente bienestar biopsicosocial, y la enfermedad es considerada como la pérdida momentánea o duradera de dicho equilibrio dinámico, acompañada de los correspondientes trastornos, síntomas discapacidades o necesidades físicas psíquicas o sociales.

#### 3.3.5. Cultura

La cultura está constituida por los modos de vivir de un grupo humano, entendidos como patrones aprendidos de valores, creencias, costumbres y comportamientos que son compartidos por un grupo de individuos que se relacionan entre sí, siendo un conjunto de reglas o guía de comportamiento, aprendidas, compartidas y simbólicamente transmitidas (Sastre 2009).

## CAPÍTULO IV

### MARCO METODOLÓGICO

#### 4.1. Referencial Teórico-Metodológico

En el presente estudio se ha buscado aplicar un referencial teórico metodológico basado en una visión cuanti-cualitativa, permitiendo que las madres de familia sujeto del estudio participen discutiendo acerca de la actitud que ellas tienen frente al proceso salud-enfermedad desde la perspectiva de la medicina tradicional y occidental.

Para explicar los Determinantes Sociales de la Salud, es necesario considerarlas como condiciones sociales en que las madres de familia viven y trabajan y que impactan sobre su salud, para esto el presente trabajo considera las condiciones socioeconómicas y las condiciones generales de vida y de trabajo de las madres de familia.

La Organización Mundial de la Salud (2009), está orientando los esfuerzos para actuar reduciendo las diferencias en los niveles de salud, buscando alcanzar más allá del fortalecimiento de los servicios de atención de salud, al abarcar a los Determinantes Sociales de la Salud.

Es así que el objetivo del estudio va a permitir analizar fenómenos biopsicosociales, que configuran patrones típicos de salud-enfermedad, conformando procesos singulares propios de la realidad social.

Este estudio reconoce la importancia de la problemática de la comprensión de la población respecto al marco del proceso salud-enfermedad que circunda en la población de las madres de familia de la zona rural, resaltando la influencia de los Determinantes Sociales de la Salud, siendo que son los espacios donde viven y se desarrollan las madres de familia.

#### **4.2. Hipótesis**

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.

### 4.3. Variables, Categorías de Estudio y su Operacionalización

#### 4.3.1. Operacionalización de las variables

##### 4.3.1.1. Variable independiente

##### A. Determinantes Sociales de la Salud.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ITEMS
<p>Son las condiciones en las que viven y trabajan las personas, las cuales impactan sobre la salud de las mismas. La OMS refiere que las condiciones socioeconómicas, las condiciones de vida y de trabajo, constituyen los determinantes sociales de la salud, los cuales repercuten sobre la salud y enfermedad de los individuos, grupos y colectividades.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condiciones socio económico (factor económico, Educativo, Género.)</li> <li>• Condiciones de vida y de trabajo: Vivienda y Acceso a Servicios básico,</li> <li>• Riesgo de trabajo dentro de los quehaceres del hogar, riesgos en otros trabajos, alimentación y servicios de salud</li> </ul>	<p>I. CONDICIÓN SOCIO ECONÓMICA.</p> <p>A. Factor Económico</p> <p>B. Factor Educativo</p>	<p>A. El trabajo, como actividad remunerada, es ejecutado por cuenta de un empleador o por cuenta propia, cumpliendo un papel particular dentro de la organización social del trabajo. La economía es percibida en forma de dinero, a cambio de la venta de productos o prestación de un servicio.</p> <p>B. La educación es un proceso de socialización a través del cual se desarrollan y cultivan capacidades físicas e intelectuales, habilidades, destrezas, técnicas de estudio y formas de comportamiento (valores, jerarquía, trabajo en equipo etc.) con el fin de lograr el máximo desarrollo posible de su personalidad, de modo que pueda aportar una contribución positiva a la sociedad en la que vive. La repetición y el abandono escolar sigue siendo un problema en la sociedad y sobre todo en el área rural.</p>	<p>A.1 Oficio, ocupación o profesión y rama de la actividad económica.</p> <p>A.2 Nivel de ingreso individual y familiar-promedio mensual, suficiente insuficiente</p> <p>A.3 Fuente de ingreso.</p> <p>B.1 Nivel instrucción</p> <p>B.2 Asistencia de los niños por sexo en edad escolar, a una Institución Educativa.</p> <p>B.3 Nivel de repetición y deserción escolar</p>	<p>A.1 ¿Cuál es la ocupación actual de la madre de familia? Solo trabaja como ama de casa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ama de casa y tiene otra ocupación profesional.</li> <li>• Es ama de casa y tiene otra ocupación no profesional.</li> </ul> <p>A.2 ¿Quiénes trabajan dentro de la familia de la entrevistada?</p> <p>A.2 ¿Cuál es el ingreso económico promedio individual y familiar al mes?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de un mínimo vital.</li> <li>• De uno a dos mínimos vitales.</li> <li>• De tres a más mínimos vitales.</li> </ul> <p>A.3 El ingreso económico ¿es por salario, por jornal, o por negocio particular?</p> <p>B.1 Escolaridad: Analfabeto, Primaria Incompleta, Primaria Completa, Secundaria Incompleta, Secundaria Completa, Superior Incompleta, Superior Completa.</p> <p>B.2 Por edad y sexo especificar el nivel de instrucción de los hijos.</p> <p>B.3 Por edad y sexo especificar el nivel de repetición y deserción escolar</p>

### A. Determinantes Sociales de la Salud.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ITEMS
<p>Son las condiciones en las que viven y trabajan las personas, las cuales impactan sobre la salud de las mismas. La OMS refiere que las condiciones socioeconómicas, las condiciones de vida y de trabajo, constituyen los determinantes sociales de la salud, los cuales repercuten sobre la salud y enfermedad de los individuos, grupos y colectividades.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condiciones socioeconómicas (factor económico, Educativo, Género)</li> <li>• Condiciones de vida y de trabajo: Vivienda y Acceso a Servicios básico, riesgos de trabajo, alimentación.. y servicios de salud</li> </ul>	C. Género	C. Mujeres y hombres tienen iguales condiciones para ejercer sus derechos y potencial para estar saludables, contribuir al desarrollo de la salud y beneficiarse de los resultados, existe equidad de género cuando existe una distribución justa de los beneficios y las responsabilidades entre mujer y hombre la desigualdad entre géneros es simplemente la discriminación de una mujer hacia un hombre, o viceversa.	<p>C.1 Ingreso económico según sexo del jefe del hogar</p> <p>C.2 Toma de decisiones relacionados con la salud individual y familiar</p> <p>C.3 Distribución de responsabilidades</p>	<p>C.1 ¿Cuál es la ocupación y ingreso económico según jefe del hogar?</p> <p>C.2 ¿Su esposo participa del cuidado de los hijos?</p> <p>C.3 ¿Su esposo le ayuda en los quehaceres de la casa sin tomar en cuenta que sean actividades consideradas para hombres o para mujeres?</p>

## A. Determinantes Sociales de la Salud.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ITEMS
<p>Son las condiciones en las que viven y trabajan las personas, las cuales impactan sobre la salud de las mismas. La OMS refiere que las condiciones socioeconómicas, las condiciones de vida y de trabajo, constituyen los determinantes sociales de la salud, los cuales repercuten sobre la salud y enfermedad de los individuos, grupos y colectividades.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condiciones socioeconómicas (factor económico, Educativo, Género)</li> <li>• Condiciones de vida y de trabajo: Vivienda y Acceso a Servicios básico, riesgos de trabajo, alimentación.. y servicios de salud</li> </ul>	<p>II. CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO.</p> <p>E. Vivienda y acceso a servicios básicos.</p> <p>F. Condiciones de trabajo:</p>	<p>E. Las características del entorno físico de la vivienda y los lugares por donde usualmente transita la población, son importantes determinantes de la salud, es importante que las viviendas reúnan condiciones adecuadas de habitabilidad así como los servicios de saneamiento rural básico</p> <p>F. Características del centro de trabajo que puedan tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores. Se deben considerar medidas o precauciones para garantizar la seguridad y evitar accidentes de trabajo</p>	<p>E.1 Vivienda.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Material de construcción</li> </ul> <p>E.2 Acceso a servicios básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disponibilidad de agua potable.</li> <li>▪ Luz</li> <li>▪ Eliminación de basura</li> <li>▪ Tipo de sistema de eliminación de excretas</li> </ul> <p>F. Características de riesgos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo dentro de los quehaceres del hogar como ama de casa y en otro tipo de trabajo</li> </ul>	<p>E.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Material de construcción de la vivienda: Adobe, quincha, material noble, otros</li> </ul> <p>E.2 Tipo de agua que se consume: Potable, no potable, acequia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Luz eléctrica, mechero, vela, lámpara de kerosene, lámpara gas.</li> <li>• Eliminación de basura: Carro recolector, campo abierto, la quema, la entierra, al río.</li> <li>• Eliminación de excretas: baño, letrina, pozo séptico, campo abierto.</li> </ul> <p>F. Características del trabajo</p> <p>La entrevistada ¿tiene además del de su hogar otro trabajo?</p> <p>Riesgos dentro de los quehaceres del hogar</p> <p>Riesgos en otro tipo de trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalaciones y equipos peligrosos</li> <li>• Procesos físicos derivados de la condición del trabajo.</li> <li>• Procesos emanados de la transformación de la materia.</li> <li>• Procesos derivados de la exigencia laboral física.</li> <li>• Procesos derivados de la organización del trabajo.</li> </ul>

A. Determinantes sociales de la salud.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ITEMS
<p>Son las condiciones en las que viven y trabajan las personas, las cuales impactan sobre la salud de las mismas. La OMS refiere que las condiciones socioeconómicas, las condiciones de vida y de trabajo, constituyen los determinantes sociales de la salud, los cuales repercuten sobre la salud y enfermedad de los individuos, grupos y colectividades.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condiciones socios económicos (factor económico, Educativo, Género</li> <li>• Condiciones de vida y de trabajo: Vivienda y Acceso a Servicios básico, Riesgos de trabajo, alimentación.. y servicios de salud</li> </ul>	G) Alimentación	<p>G). Actos dirigidos a la elección, preparación e ingestión de los alimentos relacionados con el medio socio-cultural, ambiental y económico, considerándose los hábitos dietéticos, según la FAO la alimentación se maneja dentro de la Seguridad alimentaria considerando:</p> <p>G.1 Producción y disponibilidad de alimentos: Se obtiene por medio de producción interna cuya responsabilidad recae en los productos agropecuarios del nivel local, regional y nacional, se complementa con los productos de otras partes del mundo, poniendo a disposición del consumidor una amplia variedad de alimentos, apoyada por la capacidad de almacenamiento y movilización</p> <p>G.2 Acceso a los alimentos: No solo por la producción de los mismos, sino además por la adquisición, jugando un rol importante el nivel de ingreso económico familiar.</p> <p>G.3 Consumo: Utilización de los alimentos disponibles, sobre la base de las tradiciones culturales, respecto a lo que se come, la calidad, la preparación, riesgos para la salud, y como se distribuyen los alimentos dentro de la familia.</p>	<p>G.1 Producción y disponibilidad de alimentos</p> <p>G.2 Acceso a los alimentos</p> <p>G.3 Consumo</p>	<p>G.1 ¿De dónde adquiere la entrevistada los alimentos?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mercado</li> <li>• Tienda</li> <li>• Cosechas</li> </ul> <p>¿Integra la entrevistada algún programa de alimentación?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comedor Popular.</li> <li>• Programa de prevención contra la DC infantil. PREDECI</li> <li>• Programa JUNTOS</li> <li>• Vaso de Leche</li> </ul> <p>G.2 El dinero con el que va al mercado ¿le permite comprar todo lo que necesita?</p> <p>G.3 ¿Que comidas consume con mayor frecuencia?:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desayuno</li> <li>• Almuerzo</li> <li>• Cena</li> </ul>
	H. Servicios de salud	<p>H). El sector Salud compuesto por personas e instituciones, públicas y privadas, ejecutan o contribuyen a la realización de actividades destinadas a la promoción, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación en comunidades y personas enfermas.</p>	<p>H.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso a los servicios de salud.</li> <li>• Aceptación de los servicios de salud.</li> </ul>	<p>H. Cuando alguien está enfermo(a) en la familia de la entrevistada, generalmente, ¿dónde buscan primero la atención? ¿Está de acuerdo con la atención brindada en los servicios de salud?</p>

#### 4.3.1.2. Variable dependiente

##### B. Actitud en relación al proceso salud-enfermedad.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ITEMS
<p>La actitud respecto al proceso salud-enfermedad, es una tendencia o predisposición a reaccionar frente a la salud-enfermedad. La actitud que a su vez es adquirida de acuerdo a determinados contextos culturales considerando la organización duradera de las creencias y conocimientos que se trae acerca de la salud-enfermedad. El Proceso Salud-enfermedad se ubica dentro de la medicina tradicional y/o la medicina occidental existiendo diferencias entre ellas.</p>	<p>A. Actitud frente al proceso Salud-enfermedad según la medicina tradicional.</p> <p>B. Actitud frente al proceso Salud-enfermedad según la medicina occidental.</p>	<p>A. Proceso salud-enfermedad según la medicina tradicional. La enfermedad resulta de fuerzas o espíritus. Las fuerzas desconocidas y los espíritus (benignos y malignos) constituyen las variables condicionantes del estado de salud-enfermedad. Se acepta la muerte inminente pero circunscribe la prevención a la obediencia de normas y tabúes y la curación a la ejecución de ritos.</p> <p>B. Proceso salud-enfermedad según la medicina occidental. La salud-enfermedad es consecuencia de las condiciones insalubres que rodean al hombre, en este sentido las condiciones ambientales son los causales introduciendo las medidas de saneamiento y abarca todos los tipos de tratamiento médico convencional.</p>	<p>Medicina tradicional y Medicina occidental :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción y prevención</li> <li>• Signos y síntomas</li> <li>• Causas</li> <li>• Diagnóstico</li> <li>• Tratamiento</li> <li>• Percepción de salud-enfermedad</li> </ul>	<p>A. Actitud favorable o desfavorable frente a la medicina tradicional.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formas de actuar frente a la salud. (promoción forma cotidiana de cuidar la salud y mantenimiento de la salud.</li> <li>• Identificación de signos y síntomas de las enfermedades.</li> <li>• Opinión de las causas de las enfermedades</li> <li>• Formas de diagnóstico</li> <li>• Formas de actuar frente a la enfermedad.,(tipo de ayuda a buscar, tratamiento)</li> <li>• Percepción de estar sana o enferma.</li> </ul> <p>B. Actitud favorable o desfavorable frente a la medicina occidental</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formas de actuar frente a la salud (promoción forma cotidiana de cuidar la salud y mantenimiento de la salud.</li> <li>• Identificación de signos y síntomas de las enfermedades.</li> <li>• Opinión de las causas de las enfermedades</li> <li>• Formas de diagnóstico</li> <li>• Formas de actuar frente a la enfermedad.,(tipo de ayuda a buscar, tratamiento)</li> <li>• Percepción de estar sana o enferma.</li> </ul>

#### **4.4. Tipo de Estudio.**

Es descriptivo, transversal y correlacional, recopilándose datos de los Determinantes Sociales de la Salud y su relación con respecto a las actitudes de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad tal como se presentan en el campo de los hechos, estudiando éste fenómeno en su estado actual y en su forma natural.

#### **4.5. Población.**

Según INEI (2007), la población general de la zona rural del distrito de Cajamarca es de 38 166 habitantes, constituyendo un total de 7 633 familias de la zona rural.

#### **4.6. Muestra.**

Es de tipo no probabilístico, haciendo uso de un muestreo intencional. La zona rural del distrito de Cajamarca cuenta con un total de 7 633 familias, las cuales se encuentran distribuidas en tres sectores: norte, sur y este, eligiéndose una muestra representativa de 184 madres de familia. Considerándose tres comunidades por cada sector de la zona rural, haciendo un total de nueve comunidades intervenidas en el presente trabajo de investigación, considerándose la accesibilidad a la comunidad y la densidad de la población para cubrir la muestra representativa de las madres de familia en cada una de las comunidades estudiadas.

La selección de las madres de familia en cada una de las nueve comunidades en estudio se hizo directamente en la comunidad, realizando una visita casa por

casa, teniendo en cuenta criterios de inclusión como son: Madres de familia que pertenecen a la comunidad en estudio de la zona rural del distrito de Cajamarca, que aceptan voluntariamente participar del estudio y madres de familia en buenas condiciones de salud; los criterios de exclusión a considerar son: Madres con menos de seis meses viviendo en la comunidad, madres que padecen algún síndrome psiquiátrico y madres que hayan recibido capacitación permanente en salud de parte del Ministerio de Salud.

#### 4.6.1. Tamaño de la muestra representativa.

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

Población	=	N	=	7633 familias
Proporción	=	P	=	40%
Error	=	E	=	7% (5 – 10%)
Nivel de confianza	=	Z	=	1.96 (95%)

$$n = \frac{7633 * (1.96)^2 * 0.4 * 0.6}{(7632)(0.07)^2 + (1.96)^2 * 0.4(0.6)}$$

$$n = 183.6$$

$$n = 184 \text{ familias}$$

#### 4.6.2. Comunidades en estudio del distrito de Cajamarca

ZONA	COMUNIDAD	POBLACIÓN	FAMILIA	MUESTRA
ESTE Zona I	HUACARIZ GRANDE	1000	200	25
	SHUDAL	527	105	19
	PACCHA CHICA	1541	308	31
Sub total				75
NORTE Zona II	GRANJA PORCÓN	836	167	18
	EL MILAGRO	3186	637	44
	HUAMBOCANCHA BAJA	1095	219	22
Sub total				84
SUR Zona III	CORISORGONA	249	50	7
	CHAMIS	658	132	13
	URUBAMBA SECTOR II	201	40	5
Sub total				25
TOTAL				184

#### **4.7. Unidad de Análisis**

Está constituida por 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, que conforman la muestra, siendo un total de 184 madres de familia, reuniendo los criterios de inclusión requeridos:

- Madres de familia que pertenecen a la comunidad en estudio.
- Aceptación voluntaria para participar en el estudio.
- Madres de familia en buenas condiciones de salud.

#### **4.8. Diseño y Contrastación de la Hipótesis**

##### 4.8.1. Descripción del diseño: Enfoque cuali-cuantitativo

##### 4.8.1.1. Investigación Cuantitativa

La investigación cuantitativa determina la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de la muestra.

En el presente trabajo de investigación desde una perspectiva positivista, se han recogido y analizado datos cuantitativos sobre aspectos generales de las familias estudiadas. Se ha medido cuantitativamente los determinantes de la salud y la actitud de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad asimismo se ha utilizado datos estadísticos para mostrar el resultado de la muestra.

Las variables se han codificado, considerando puntajes:

A. Determinantes Sociales de la Salud

Condiciones Socioeconómicas.

- *Factor Económico*, de 0 a 2 puntos. Obteniendo un puntaje total: Bueno (4), Regular (1-3), Malo (0).
- *Factor Educación*, de 0 a 2 puntos. Puntaje total: Buena (6), Regular (3-5), Mala (0-2).
- *Factor Género*, de 0 a 2 puntos. Puntaje total: Buen manejo de género (1-2), mal manejo (0).

Condiciones de vida y de trabajo.

- *Vivienda y acceso a servicios básicos*, de 0 a 2 puntos. Puntaje total: Buena (9), Regular (7-8), Malo (menos de 7).
- *Condiciones de Trabajo de la madre.*
  - *Condiciones de riesgo, dentro de los quehaceres del hogar* como ama de casa, de 0 a 2 puntos. Puntaje total; riesgo dentro de los quehaceres del hogar, como ama de casa, si presenta riesgos (1-5), no presenta riesgos (0).
  - *Condiciones de riesgo en otro tipo de trabajo*, de 0 a 5 puntos. Puntaje total: no presenta riesgos (0), si presenta riesgos (1-5).
- *Alimentación*, de 0 a 1 punto. Puntaje total: alimentación adecuada (5), alimentación inadecuada (0-4)

- *Servicios de Salud*, de 0 a 1 punto. Puntaje total: Bueno (1), Malo (0).

B. Actitud de la Madre de Familia frente al Proceso Salud-enfermedad (Medicina tradicional y Medicina Occidental).

- Personal y lugar al que acude para tratar la enfermedad.
- Percepción del trato que recibe al ser atendida.
- Prevención de las enfermedades.
- Diagnóstico de las enfermedades.
- Tratamiento de las enfermedades.

La metodología cuantitativa no es incompatible con la cualitativa, lo que obliga a una reconciliación entre ambas, es recomendada su combinación en aspectos metodológicos que la ameriten. Esta combinación recibe el nombre de triangulación la cual es utilizada cada vez con mayor insistencia (Hernández *et al.*, 2003)

4.8.1.2. Investigación cualitativa.

El presente trabajo de investigación cualitativa, trata de comprender ideas, creencias, opiniones, sentimientos, saberes, motivaciones, explicaciones de las madres de familia respecto al proceso salud-enfermedad en su contexto socio-económico y cultural, las mismas que están generando una determinada actitud frente al proceso salud-enfermedad, no pueden ser estudiadas las madres de familia como realidades aisladas; necesitan ser comprendidas en el contexto de sus

conexiones con la vida cultural, social y económica, se trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades del proceso salud- enfermedad, su sistema de relaciones y su estructura dinámica, desde la perspectiva de la medicina tradicional y occidental.

#### **4.9. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.**

##### 4.9.1. Técnica Cuantitativa: Encuesta

Técnica cuantitativa que consiste en la investigación de la muestra representativa de madres de familia que se llevó a cabo en el contexto de la vida cotidiana, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación con el fin de conseguir mediciones cuantitativas sobre las características objetivas y subjetivas respecto a los determinantes de la salud en los que se desenvuelven las madres de familia de la zona rural de nueve comunidades de la zona rural del distrito de Cajamarca.

Permite obtener información sobre hechos pasados y presentes logrando estandarizar los datos, lo que permite su tratamiento informático y el análisis estadístico. Se evaluó previamente el instrumento, mediante una prueba de validez a un grupo de madres de familia, llevándose a cabo las correcciones necesarias.

Se utilizó para medir la actitud frente al proceso salud-enfermedad, la Escala de Likert, la cual es una escala psicométrica comúnmente utilizada en cuestionarios, al elaborar el cuestionario con la técnica de Likert se hace especificando el nivel de acuerdo o desacuerdo ante una declaración, elemento

o ítem. La escala se llama así por Rensis Likert, quien en 1932, publicó un informe describiendo su uso. (Llanos et al., 2001).

Para elaborar la escala de Lickert se tiene en cuenta:

- Preparación de los ítems iniciales, se elaboran una serie de enunciados afirmativos o negativos sobre la actitud que se pretende medir.
- Administración de los ítems a una muestra representativa de la población cuya actitud se desea medir. Se le solicita a los sujetos que expresen su acuerdo o desacuerdo frente a cada ítem mediante una escala.
- Asignación de puntajes a los ítems; se le asigna un puntaje a cada ítems a fin de clasificarlos según reflejen actitudes positivas o negativas.
- Asignación de puntuaciones a los sujetos, la puntuación de cada sujeto se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de los distintos ítems.
- Análisis y selección de los ítems, mediante la aplicación de pruebas estadísticas se seleccionan los ajustados al momento de efectuar la discriminación de la actitud en cuestión, rechazando aquellos que no cumplan con este requisito (Sánchez y Cañadas 1998).

#### PRUEBA DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

- La Encuesta se evaluó previamente, mediante una prueba de confiabilidad, ejecutando el desarrollo del instrumento a un grupo de madres de familia con semejantes características, llevándose a cabo las correcciones necesarias.
- La encuesta fue evaluada a juicio de experto, para medir la validez del instrumento.

#### 4.9.2. Técnicas Cualitativas:

- Grupo Focal

Dinámica de conversación grupal controlada y dirigida. Proporciona información sobre preferencias, hábitos, opiniones y percepciones de ciudadanos u otros actores sociales. En el presente trabajo de investigación se llevó a cabo tres grupos focales, uno en cada zona del distrito de Cajamarca, con un promedio de 10 madres de familia por grupo.

En los grupos focales se utilizaron técnicas participativas, buscando generar una relación de confianza y de mutua empatía con las madres de familia participantes, recogiendo las percepciones, opiniones, anhelos respecto al proceso salud-enfermedad desde la medicina tradicional y occidental. Las metodologías participativas buscan facilitar a las personas, su participación en la construcción de conocimientos, compartiendo las similitudes, diferencias y debate de las razones que pudieran explicarlas.

- Guía de Observación.

Técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis. La observación es un elemento fundamental de todo proceso investigativo; en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos.

En el presente Trabajo de Investigación, la observación fue directa, haciendo uso de una guía de observación, con madres dispuestas a ser observadas en actividades intradomésticas poniéndonos en contacto con los

Determinantes Sociales de la Salud y las actitudes de las madres de familia respecto a la salud y enfermedad.

#### **4.10. Técnicas de Procesamiento.**

Se utilizó el paquete de análisis estadístico, Epi Info 2008. La digitación se hizo transcribiendo de las fichas codificadas a un medio magnético de almacenamiento de datos (disco duro).

#### **4.11. Aspectos éticos de la investigación.**

Se dio a conocer a las madres de familia, los instrumentos a utilizarse en el desarrollo del Trabajo de Investigación, respetando la decisión de la madre de familia. Igualmente se tuvo cuidado de la total privacidad y anonimato en relación a la información obtenida de las madres de familia.

## **CAPÍTULO V**

### **RESULTADOS**

El presente capítulo comprende la interpretación de los resultados obtenidos del estudio de los determinantes de la salud relacionado con la actitud de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad. El objetivo general es determinar y explicar la relación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la actitud de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad, en nueve comunidades de la zona rural del distrito de Cajamarca 2010. La muestra estuvo conformada por 184 madres de familia que residen en el distrito de Cajamarca y que pertenecen a las comunidades en estudio como son:

- Zona Este, Huacariz Grande, Shudal, Paccha Chica,
- Zona Norte, Granja Porcón, El Milagro, Huambocancha Baja.
- Zona Sur, Corisorgona, Chamis, Urubamba Sector II

Es de gran importancia considerar la actitud de las madres de familia respecto a la salud-enfermedad, abarcando el proceso salud-enfermedad desde la medicina tradicional y occidental, cumpliendo la madre un papel importante en el cuidado de la salud en la familia relacionado con los Determinantes Sociales de la Salud desde los aspectos relacionados con las condiciones socioeconómicas y las condiciones de vida y de trabajo.

Para el análisis de los datos se tuvo en cuenta que es un estudio cuali-cuantitativo.

Para lo cuantitativo se tuvo en cuenta los resultados obtenidos, desde una visión positivista, donde se procesó la información y se sometió a las pruebas estadísticas.

Para lo cualitativo y teniendo en cuenta la necesidad de comprender los fenómenos humanos, respecto a la actitud de la madre de familia frente al proceso salud-enfermedad, desde la perspectiva de la medicina tradicional y occidental, es que se está obteniendo los resultados desde una visión fenomenológica, promoviendo la participación de las madres de familia mediante discusión en grupos bajo la modalidad de grupos focales, así como el uso de la observación directa a la madre de familia.

En el presente trabajo de investigación se identificaron los Determinantes Sociales de la Salud como factores condicionantes de la salud en las madres de familia, considerando el modelo propuesto por el equipo de equidad de la Organización Mundial de la Salud. (Vega 2010)

La concepción del proceso salud-enfermedad se considera como un hecho afectado por una realidad social ,implicando importantes componentes tales como, personales, ambientales, sociales, culturales, políticos e institucionales, la misma que es constructora no solo de un saber sino también de una práctica que determina los diferentes movimientos desde los cuales las comunidades se dirigen hacia modos de entender y manejar su salud, lo cual no quiere decir que los individuos y colectivos no ejerzan de manera autónoma sus propias convicciones y decisiones frente al curso de su vida.

## 5.1. Determinantes Sociales de la Salud

### 5.1.1. Condiciones socioeconómicas

CUADRO 1. Distribución de las madres de familia según factores económicos, distrito Cajamarca, 2010.

FACTORES ECONÓMICOS	N°	%
Ocupación actual de la madre de familia.		
▪ Ama de casa.	158	85,87
▪ Ama de casa y a la vez desempeña otro trabajo.	26	14,13
TOTAL	184	100,00
Persona que sostiene económicamente el hogar.		
▪ Madre de familia	18	9,78
▪ Esposo o conviviente.	148	80,43
▪ Padres.	5	2,72
▪ Suegros.	1	0,54
▪ Otros	12	6,52
TOTAL	184	100,00
Ingreso Económico:		
▪ Menos de un mínimo vital (menos de S/. 600.00)*	112	60,87
▪ De uno a dos mínimos vitales (S/. 600.00 a S/. 1200.00)	67	36,41
▪ Más de dos mínimos vitales (más de S/. 1,200.00)	5	2,72
TOTAL	184	100,00

En el cuadro 1, respecto al sostenimiento económico del hogar se puede observar que es el esposo o conviviente el responsable mayoritario (80,43%) seguido de la madre de familia quien asume la responsabilidad con un 9,78%.

Se puede apreciar que la madre de familia se desempeña mayormente como ama de casa (85,87%), seguida de un menor porcentaje de madres que realizan a la vez otro trabajo (14,13%).

Respecto al ingreso económico, se observa que predomina el relacionado con un salario menor al mínimo vital (60,87%), seguido de uno a dos mínimos vitales (36,41%) por familia, situación que era de esperar por las características socioeconómicas observadas en nuestro país.

CUADRO 2. Distribución de las madres de familia según características educativas, distrito Cajamarca, 2010.

CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS	N°	%
Nivel de instrucción de la madre de familia.		
▪ No asistió a la escuela.	25	13,59
▪ Primaria incompleta.	94	51,09
▪ Primaria completa.	27	14,67
▪ Secundaria incompleta.	19	10,33
▪ Secundaria completa.	13	7,07
▪ Superior incompleta.	3	1,63
▪ Superior completa.	3	1,63
TOTAL	184	100,00
Nivel de instrucción del esposo.		
▪ No asistió a la escuela.	15	8,15
▪ Primaria incompleta.	74	40,22
▪ Primaria completa.	30	16,30
▪ Secundaria incompleta.	34	18,48
▪ Secundaria completa.	24	13,04
▪ Superior incompleta.	4	2,17
▪ Superior completa.	3	1,63
TOTAL	184	100,00
Instrucción de los hijos.		
▪ Deserción.	8	4,35
▪ Repeticencia.	27	14,67
▪ Grado de estudio de acuerdo a la edad	149	80,98
TOTAL	184	100,00
Educación		
▪ Buena	13	7,07
▪ Regular	149	80,98
▪ Mala	22	11,96
TOTAL	184	100,00

En el cuadro 2, respecto a las características educativas de las madres de familia, se observa que predomina el nivel de instrucción de primaria incompleta (51,09 %), seguida de la primaria completa (14,67 %) y el analfabetismo (13,59 %).

Respecto al nivel de instrucción del esposo de la madre de familia, se observa que predomina también la primaria incompleta (40,22 %), siguiendo la secundaria incompleta (18,48 %) y primaria completa (16,30%), siendo menor el analfabetismo (8,15%) en relación con las madres de familia.

En relación a la instrucción de los hijos, se tiene que el 80,98% están estudiando en el grado que les corresponde, sin embargo resaltamos que el porcentaje restante tiene que ver con la repetición (14,67%).

Se observa mayormente (80,98%) que el aspecto educativo es regular en las madres de familia, seguida de una educación mala (11,96%) y una educación buena (7,07 %).

CUADRO 3. Distribución de las madres de familia según rol de género, prácticas familiares, distrito Cajamarca, 2010.

PRÁCTICAS FAMILIARES	N°	%
El esposo ayuda a dar solución a los problemas de salud		
▪ Si	143	77,72
▪ No	41	22,28
TOTAL	184	100,00
El esposo participa en los quehaceres del hogar		
▪ Si	83	45,11
▪ No	101	54,89
TOTAL	184	100,00

En el cuadro 3, respecto a la distribución de las madres de familia según el rol de género, mediante prácticas familiares, se puede observar que predomina (77,72 %) el hecho de que en el hogar, la esposa refiere recibir ayuda de parte del esposo, cuando se trata de solucionar problemas de salud de los hijos enviando a la madre al Puesto de Salud como se puede observar en los establecimientos de salud.

Respecto al apoyo de parte del esposo en los quehaceres del hogar, se puede observar que mayoritariamente (54,89 %), el esposo no ayuda a la madre en los quehaceres de la casa, a pesar de las múltiples ocupaciones que ella tiene en casa.

### 5.1.2 Condiciones de vida y de trabajo

CUADRO 4. Distribución de las madres de familia según características de la vivienda y acceso a servicios básicos, distrito Cajamarca, 2010

VIVIENDA Y ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS	N°	%
La vivienda es:		
▪ Alquilada	13	7,07
▪ Propia, pagándola a plazos	9	4,89
▪ Propia, totalmente pagada	138	75,00
▪ Propia, por invasión.	2	1,09
▪ Cedida por el centro de trabajo	7	3,80
▪ Cedida por otro hogar o institución	4	2,17
▪ Compartida en casa de los suegros	11	5,98
<b>TOTAL</b>	<b>184</b>	<b>100,00</b>
El material predominante en los techos:		
▪ Concreto armado	8	4,35
▪ Madera	6	3,26
▪ Tejas	136	73,91
▪ Planchas de calamina	27	14,67
▪ Caña o estera con barro	6	3,26
▪ Estera	0	0,00
▪ Paja, hojas de palmera	1	0,54
<b>TOTAL</b>	<b>184</b>	<b>100,00</b>
El material predominante en los pisos:		
▪ Parquet o madera pulida	3	1,63
▪ Láminas asfálticas	0	0,00
▪ Vinílicos o similares	0	0,00
▪ Losetas, terraza o similares	4	2,17
▪ Madera (entablados)	9	4,89
▪ Cemento	17	9,24
▪ Tierra	151	82,07
<b>TOTAL</b>	<b>184</b>	<b>100,00</b>
Abastecimiento de agua:		
▪ Red pública dentro de la vivienda	138	75,00
▪ Red pública fuera de la vivienda, pero dentro del edificio	13	7,07
▪ Pilón de uso público	6	3,26
▪ Camión, cisterna u otro similar	0	0,00
▪ Pozo	20	10,87
▪ Río, acequia, manantial o similar	7	3,80
<b>TOTAL</b>	<b>184</b>	<b>100,00</b>
Tipo de alumbrado:		
▪ Electricidad	158	85,87
▪ Petróleo, gas (lámpara)	0	0,00
▪ Vela	24	13,04
▪ No tiene	2	1,09
<b>TOTAL</b>	<b>184</b>	<b>100,00</b>
Tipo de servicio higiénico (wáter, letrina, etc.) con conexión a:		
▪ Red pública, dentro de la vivienda.	26	14,13
▪ Red pública, fuera de la vivienda, pero dentro del edificio.	3	1,63
▪ Pozo séptico.	11	5,98
▪ Pozo ciego o negro/letrina.	138	75,00
▪ Río, acequia o canal	1	0,54
▪ No tiene	5	2,72
<b>TOTAL</b>	<b>184</b>	<b>100,00</b>
Eliminación de basura:		
▪ Carro recolector.	21	11,41
▪ Campo abierto (chacra)	56	30,43
▪ Incineración	50	27,17
▪ Lo entierra	46	25,00
▪ Al río	11	5,98
<b>TOTAL</b>	<b>184</b>	<b>100,00</b>
Vivienda y acceso a servicios básicos:		
▪ Bueno	4	2,17
▪ Regular	65	35,33
▪ Malo	115	62,50
<b>TOTAL</b>	<b>184</b>	<b>100,00</b>

El cuadro 4, concerniente a la vivienda de la madre de familia y el acceso a los servicios básico, encontramos que predomina el hecho de ser la vivienda propia y totalmente pagada (75 %), seguida de vivienda alquilada (7,07%) y un 5,98 % viven con los suegros.

El material predominante de los techos de las viviendas (73,91%) es de teja, material de la zona.

El piso de las viviendas, predomina de tierra (82,07%), considerándose un problema de salud, sobre todo para los niños, seguido de piso de cemento (9,24 %).

Respecto al abastecimiento de agua, predomina (75 %) la instalación de la red pública dentro de la vivienda para abastecerse de agua de consumo, seguido el uso de pozo para abastecerse de agua (10,87%).

En las viviendas de las madres de familia predomina la electrificación (85,87%), una minoría de las madres de familia utilizan vela (13,07%).

Predomina el uso de pozo ciego/letrina (75%) en las viviendas de las madres de familia, seguido de una minoría (14,13%) de madres de familia cuentan con servicios higiénicos con conexión a red pública dentro de la vivienda

Respecto a la eliminación de la basura, predomina (30,4%) la eliminación de la basura al campo abierto, seguida de incineración de la basura (27,17 %), causando problemas de salud, y un 25 % de las madres refieren que entierran la basura.

Respecto a las condiciones de las viviendas de las madres de familia y el acceso a los servicios básicos predominan las viviendas en malas condiciones (62,50 %), seguida de las viviendas en regulares condiciones (35,33 %).

CUADRO 5. Distribución de las madres de familia según factores de riesgo dentro de los quehaceres del hogar, como ama de casa, distrito Cajamarca, 2010.

FACTORES DE RIESGO DENTRO DE LOS QUEHACERES DEL HOGAR.	Nº	%
Instalaciones y construcciones inadecuadas:		
▪ Eliminación de humo en la cocina y peligro de quemarse.	97	59,51
▪ Viviendas en condiciones precarias, en peligro de caerse.	15	9,20
▪ Malas instalaciones de luz en la vivienda con riesgo de accidentes	22	13,50
▪ Consumo de agua no potable.	29	17,79
TOTAL	163	100,00
Problemas físicos por el trabajo:		
▪ Deterioro físico por exceso de trabajo en la chacra.	36	23,68
▪ Agotamiento físico por insuficiente descanso.	92	60,53
▪ Caminatas extensas llevando almuerzo al esposo hasta su centro laboral.	9	5,92
▪ Levantarse de madrugada a trabajar al campo libre cargando al hijo.	15	9,87
TOTAL	152	100,00
Tiempo para atención de Problemas de salud:		
▪ Escaso tiempo para acudir a recibir atención médica por el trabajo en casa.	154	91,12
▪ Prefiero atender los problemas de salud	15	8,88
TOTAL	169	100,00
Transporte inadecuado:		
▪ Escaso servicio público de transporte.	58	49,15
▪ Uso de otros medios de transporte inseguros	12	10,17
▪ Caminos accidentados y/o peligrosos.	48	40,68
TOTAL	118	100,00
Exposición a la agresión y delincuencia:		
▪ Maltrato físico del esposo.	5	5,38
▪ Maltrato emocional del esposo.	2	2,15
▪ Maltrato físico y/o emocional de otros familiares.	6	6,45
▪ Robo de animales y otras pertenencias.	80	86,02
TOTAL	93	100,00
Presencia de riesgo como ama de casa:		
▪ Si	184	100,00
▪ No	0	0,00
TOTAL	184	100,00

En el Cuadro 5, se observan los factores de riesgo que las madres de familia tienen dentro de los quehaceres del hogar:

Predomina (59,51%) la existencia de las instalaciones y construcciones inadecuadas, por existir eliminación de humo en la cocina y peligro de quemarse, se utiliza la cocina tradicional con piedras y leña, siendo un riesgo en la salud de la madre y su familia, seguido del consumo de agua no potable (17,79%) con las consecuencias de salubridad respiratorias y gastrointestinales respectivamente.

En relación a los problemas físicos por el trabajo intradoméstico, predomina el agotamiento físico en las madres de familia por insuficiente descanso (60,53%).

Respecto al tiempo, predomina el escaso tiempo para acudir a recibir atención médica por el trabajo en casa (91,12%).

Otro factor de riesgo en el hogar es concierne al transporte, donde la mayoría de las madres (49,15 %) refieren existir escasas de servicios de transporte.

Predomina el robo de animales y otras pertenencias (86,02%), siendo un riesgo para la salud familiar.

Se aprecia que el 100% de las madres de familia refieren tener riesgos dentro de la labor doméstica, al desempeñar los quehaceres del hogar.

CUADRO 6. Distribución de las madres de familia según factores de riesgo en otros trabajos extra domésticos, distrito Cajamarca, 2010.

FACTORES DE RIESGO EN OTRO TIPO DE TRABAJO	Nº	%
Instalaciones y equipos peligrosos:		
▪ Instalaciones eléctricas inapropiadas.	1	11,11
▪ Equipos eléctricos peligrosos.	0	0,00
▪ Baños, duchas sin aseo.	4	44,44
▪ Comedor desaseado.	3	33,33
▪ Agua para beber sucia.	1	11,11
TOTAL	9	100,00
Procesos físicos derivados de la condición del trabajo,		
▪ Humedad.	8	53,33
▪ Falta de ventilación.	0	0,00
▪ Mala iluminación.	5	33,33
▪ Ruido fuerte o crónico.	1	6,67
▪ Radiaciones.	1	6,67
TOTAL	15	100,00
Procesos emanados de la transformación de la materia prima:		
▪ Polvo.	8	66,67
▪ Humo.	3	25,00
▪ Vapores.	0	0,00
▪ Líquidos irritantes.	1	8,33
TOTAL	12	100,00
Procesos derivados de la exigencia laboral física:		
▪ Grandes esfuerzos físicos.	12	38,71
▪ Trabajo sedentario (sentada y quieta).	9	29,03
▪ Posturas incómodas o forzadas (Parada, arrodillada, agachada por largo tiempo.	9	29,03
▪ Tiempo largo para trasladarse al trabajo.	1	3,23
TOTAL	31	100,00
Procesos derivados de la organización del trabajo:		
▪ Horas extras excesivas.	4	16,00
▪ Cambios de horario, no respetan los turnos.	0	0,00
▪ Ritmo de trabajo intenso.	11	44,00
▪ Trabajo aburrido o monótono.	3	12,00
▪ Turnos nocturnos y madrugadas.	7	28,00
TOTAL	25	100,00
Riesgos en otros tipo de trabajo:		
▪ Si	16	72,73
▪ No	6	27,27
TOTAL	22	100,00

En el cuadro 6, se observa la presencia de riesgos en los trabajos extra domésticos que realiza la madre de familia.

Con respecto a las instalaciones y equipos peligrosos que existen en los trabajos extra domésticos, predomina la falta de higiene en los baños y duchas (44,44%).

Concerniente a los procesos físicos derivados de la condición del trabajo, predomina el riesgo a la humedad (53,33%).

Respecto a los procesos emanados de la transformación de la materia prima, consideran las madres el polvo como riesgo de trabajo (66,67 %).

Dentro de los procesos derivados de la exigencia laboral física, predomina como riesgo, los grandes esfuerzos físicos que realizan las madres de familia (38,71%).

Respecto a los procesos derivados de la organización del trabajo predomina (44%) como riesgo, el ritmo de trabajo intenso.

Se puede observar que predomina la presencia de riesgos en los trabajos extra domésticos (72,7%), seguida de madres que refieren no presentar riesgos (27,3 %).

CUADRO 7. Distribución de las madres de familia concerniente a la Seguridad Alimentaria Nutricional, distrito Cajamarca, 2010.

A) PRODUCCIÓN Y DISPONIBILIDAD DE ALIMENTOS	N°	%
Abastecimiento de alimentos:		
▪ Mercado.	143	77,72
▪ Tienda.	34	18,48
▪ Cosechas.	7	3,80
TOTAL	184	100,00
Crianza de animales:		
▪ Si	98	53,26
▪ No	86	46,74
TOTAL	184	100,00
Participación a algún programa económico o alimentario:		
▪ Si	52	28,26
▪ No	132	71,74
TOTAL	184	100,00
B) ACCESO A LOS ALIMENTOS		
El ingreso económico familiar permite cubrir la canasta familiar:		
▪ Si	38	20,65
▪ No	146	79,35
TOTAL	184	100,00
C) CONSUMO DE ALIMENTOS		
Consumo de la madre de familia de una dieta balanceada:		
▪ Si	2	1,09
▪ No	182	98,91
TOTAL	184	100,00
Estado nutricional en niños menores de 2 años:		
▪ Buen estado nutricional	20	58,82
▪ Mal estado nutricional	14	41,18
TOTAL	34	100,00
▪ Seguridad Alimentaria Nutricional	15	8,15
▪ Inseguridad Alimentaria Nutricional:	169	91,85
TOTAL	184	100,00

En el cuadro 7, se observa la producción y disponibilidad de los alimentos, predominando el abastecimiento de los alimentos en el mercado (77,72 %), seguido de la tienda (18,48 %) y en menor proporción de las cosechas (3,8 %). Así mismo tienen disponibilidad de alimentos mediante la crianza de animales domésticos (53,56 %) manifestando que parte de la crianza la utilizan para consumo y otra parte para venta, refieren también disponer de alimentos a través de los programas sociales económicos o alimentarios (28,26 %).

Respecto al acceso a los alimentos, predomina el inadecuado acceso a los alimentos, por no contar con el suficiente ingreso económico que le permita cubrir la canasta familiar (79,35 %).

Concerniente al consumo de los alimentos, se puede observar que predomina el consumo de una dieta no balanceada (98,91 %) seguido de un escaso porcentaje (1,09 %) que consumen una dieta balanceada nutricional. El estado nutricional en niños menores de 2 años es bueno (58,82 %) seguido también de un elevado mal estado nutricional (41,18 %). Situación que era de esperarse por las características socioeconómicas en nuestro país, donde predominan los niños menores de 5 años con desnutrición crónica.

Se puede observar que predomina la inseguridad nutricional (91,85 %) seguida de una seguridad nutricional con un limitado porcentaje (8,15 %).

CUADRO 8. Utilización y satisfacción de los servicios de salud por las madres de familia, distrito Cajamarca, 2010

Utilización de los servicios de salud:	N°	%
▪ Si	134	72,83
▪ No	50	27,17
TOTAL	184	100,00
Satisfacción de los servicios de salud:		
▪ Satisfecho	66	49,25
▪ Insatisfecho	68	50,75
TOTAL	134	100,00

En el cuadro 8, se observa que predomina el uso de los servicios de salud por parte de las madres de familia (72,83 %), seguido de la no utilización de los mismos (27,17 %).

Con respecto a la satisfacción del servicio que brindan los establecimientos de salud, las madres mayoritariamente se muestran insatisfechas de la atención que se brinda en los servicios de salud (50,75 %) seguida de satisfacción respecto a la atención brindada por los servicios de salud (49,25 %).

CUADRO 9. Condiciones socioeconómicas de las madres de familia, distrito de Cajamarca, 2010.

Condiciones socioeconómicas:	N°	%
▪ Buena	37	20,11
▪ Regular	140	76,09
▪ Malo	7	3,80
TOTAL	184	100,00

En el cuadro 9, se puede observar que predomina la condición socioeconómica regular (76,09 %), seguida de la condición socioeconómica buena (20,11%) de las madres de familia y en menor proporción las condiciones socioeconómicas malas (3,8 %).

CUADRO 10. Condiciones de vida y de trabajo de las madres de familia, distrito Cajamarca, 2010.

Condiciones de vida y de trabajo	N°	%
▪ Buena	18	9,78
▪ Regular	142	77,17
▪ Malo	24	13,04
TOTAL	184	100,00

En el Cuadro 10, se observa que predomina las condiciones regulares de vida y de trabajo (77,17 %) de las madres de familia seguida de condiciones malas de vida y de trabajo (13,04%) y un menor porcentaje (9,8%) de madres de familia tienen buenas condiciones de vida y de trabajo.

## 5.2. Actitud de la madre de familia frente al proceso salud-enfermedad.

CUADRO 11. Características de las madres de familia respecto a la salud-enfermedad, concerniente a la medicina tradicional distrito Cajamarca, 2010.

CARACTERÍSTICAS	N°	%
La atención que brinda el brujo es buena, sanando las enfermedades que el médico no puede sanar:		
▪ Definitivamente sí.	9	4,89
▪ Probablemente sí.	22	11,96
▪ Indeciso.	55	29,89
▪ Probablemente no.	11	5,98
▪ Definitivamente no	87	47,28
TOTAL	184	100,00
La madre de familia es la primera que atiende a la familia en la casa antes de llevarlo al puesto de salud:		
▪ Definitivamente sí.	149	80,98
▪ Probablemente sí.	24	13,0
▪ Indeciso.	8	4,35
▪ Probablemente no.	1	0,54
▪ Definitivamente no	2	1,09
TOTAL	184	100,00
Se obtiene recuperación de la salud cuando se acude al yerbero, huesero u otro personal de la comunidad :		
▪ Definitivamente sí.	32	17,39
▪ Probablemente sí.	66	35,87
▪ Indeciso.	43	23,37
▪ Probablemente no.	15	8,15
▪ Definitivamente no	28	15,22
TOTAL	184	100,00
El yerbero, huesero u otro personal de la comunidad brinda un buen trato:		
▪ Totalmente de acuerdo.	13	7,07
▪ De acuerdo.	60	32,61
▪ Neutral.	75	40,76
▪ En desacuerdo.	10	5,43
▪ Totalmente en desacuerdo	26	14,13
TOTAL	184	100,00
El uso del cuy y del huevo son efectivos para conocer las enfermedades populares :		
▪ Totalmente de acuerdo.	26	14,13
▪ De acuerdo.	59	32,07
▪ Neutral.	41	22,28
▪ En desacuerdo.	8	4,35
▪ Totalmente en desacuerdo	50	27,17
TOTAL	184	100,00
El uso de plantas son efectivas:		
▪ Totalmente de acuerdo.	68	37,00
▪ De acuerdo.	90	48,90
▪ Neutral.	22	12,00
▪ En desacuerdo.	2	1,10
▪ Totalmente en desacuerdo	2	1,10
TOTAL	184	100,00

En el cuadro 11, se aprecia las características de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad, concerniente a la medicina tradicional.

Respecto a la atención de salud, se observa que las madres de familia prefieren iniciar ellas mismas la atención de salud en sus propias casas (80,98%), manifiestan ser ellas quienes atienden en primera instancia a los hijos cuando estos se enferman, siguiendo el yerbero, huesero o curioso (35,87%) quienes conocen las enfermedades populares, y se puede observar que existen madres de familia (47,28%) que refieren no acudir al brujo para curar las enfermedades que el médico no puede curar, salvo enfermedades por daño.

Respecto al buen trato que brindan el curandero, yerbero, huesero, el 40,76% de las madres son neutrales en su respuesta observándose indecisión al respecto, seguido de madres (32,61%) que refieren recibir buen trato por parte de este personal.

Se puede observar que como medios de diagnóstico, las madres de familia utilizan el cuy y el huevo, refiriendo ser efectivos (32,07%) para diagnosticar enfermedades populares, seguido de madres que refieren estar en total desacuerdo (27,17%).

Respecto al tratamiento de las enfermedades populares, las madres de familia utilizan plantas como medicina (48,9%) refiriendo ser efectivas, y un mínimo grupo de madres niegan (1,10%) su efectividad.

CUADRO 12. Características de las madres de familia frente al proceso salud enfermedad referente a la medicina occidental, distrito Cajamarca, 2010.

Se obtiene recuperación de la salud cuando se acude al puesto de salud:	N°	%
▪ Definitivamente sí.	91	49,46
▪ Probablemente sí.	58	31,52
▪ Indeciso.	24	13,04
▪ Probablemente no.	9	4,89
▪ Definitivamente no	2	1,09
TOTAL	184	100,00
El personal que atiende en el puesto de salud brinda un buen trato:		
▪ Totalmente de acuerdo.	23	12,50
▪ De acuerdo.	82	44,57
▪ Neutral.	39	21,20
▪ En desacuerdo.	26	14,13
▪ Totalmente en desacuerdo	14	7,61
TOTAL	184	100,00
Se debe tomar agua hervida para no enfermar:		
▪ Totalmente de acuerdo.	91	49,46
▪ De acuerdo.	65	35,33
▪ Neutral.	25	13,59
▪ En desacuerdo.	1	0,54
▪ Totalmente en desacuerdo	2	1,09
TOTAL	184	100,00
Tomar agua directo del caño, nos enferma:		
▪ Totalmente de acuerdo	75	40,76
▪ De acuerdo.	67	36,41
▪ Neutral.	35	19,02
▪ En desacuerdo.	5	2,72
▪ Totalmente en desacuerdo	2	1,09
TOTAL	184	100,00
Comer con las manos sin lavarse, nos enferma:		
▪ Totalmente de acuerdo.	78	42,39
▪ De acuerdo.	73	39,68
▪ Neutral.	29	15,76
▪ En desacuerdo.	4	2,17
▪ Totalmente en desacuerdo	0	0,00
TOTAL	184	100,00
El jugar con basura hace que se enfermen:		
▪ Totalmente de acuerdo.	83	45,11
▪ De acuerdo.	71	38,59
▪ Neutral.	27	14,67
▪ En desacuerdo.	3	1,63
▪ Totalmente en desacuerdo	0	0,00
TOTAL	184	100,00
Lavarse las manos después de ir al baño, evita enfermarnos de diarrea:		
▪ Totalmente de acuerdo.	78	42,39
▪ De acuerdo.	68	36,96
▪ Neutral.	37	20,11
▪ En desacuerdo.	1	0,54
▪ Totalmente en desacuerdo	0	0,00
TOTAL	184	100,00
El uso de Rx son efectivas:		
▪ Totalmente de acuerdo.	74	40,20
▪ De acuerdo.	90	48,90
▪ Neutral.	17	9,20
▪ En desacuerdo.	1	0,50
▪ Totalmente en desacuerdo	2	1,10
TOTAL	184	100,00
El uso de medicamentos es efectivo:		
▪ Totalmente de acuerdo.	90	48,90
▪ De acuerdo.	84	45,70
▪ Neutral.	8	4,30
▪ En desacuerdo.	1	0,50
▪ Totalmente en desacuerdo	1	0,50
TOTAL	184	100,00

En el cuadro 12, se aprecia las características de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad, desde el punto de vista de la medicina occidental, considerando como responsable de la atención, al profesional de la salud que atiende en los puestos de salud.

Respecto a la recuperación de la salud, predominan las madres de familia que obtienen recuperación de la salud (49,46%) cuando acuden a atenderse a los puestos de salud.

Predomina el buen trato del personal de salud (44,57%) a las madres de familia cuando acuden a atenderse a los puestos de salud, existiendo también un porcentaje de madres que refieren ser mal tratadas por el personal de salud (21,20%) observándose que algunas de ellas tienen recelo en responder, por temor a no ser atendidas en el puesto de salud.

Se observa que las madres de familia conocen medidas de prevención contra las enfermedades, como el tomar agua hervida para no enfermarse (49,76%), tomar agua directo del caño enferma (40,76%), comer con las manos sin lavarse, enferma (42,39%), enferma el jugar con basura (45,11%), lavarse las manos después de ir al baño, evita enfermarse (42,39%).

Se aprecia que como medios de diagnóstico de las enfermedades, predominan ser efectivas las radiografías como medios de diagnóstico (48,90%).

Respecto al tratamiento de las enfermedades, predomina el uso de medicamentos (48,90%) refiriendo ser efectivas, y un mínimo grupo de madres niegan (0,50%) su efectividad.

CUADRO 13. Actitud de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad, distrito Cajamarca, 2010.

Actitud frente a la medicina occidental:	N°	%
▪ Positiva	178	96,70
▪ Negativa	6	3,30
TOTAL	184	100,00
Actitud frente a la medicina tradicional:		
▪ Positiva	112	60,90
▪ Negativa	72	39,10
TOTAL	184	100,00
Actitud en relación al Proceso Salud-enfermedad		
▪ Positiva	182	98,90
▪ Negativa	2	1,10
TOTAL	184	100,00

En el presente cuadro se observa que predomina la actitud positiva de la madre de familia frente al proceso salud-enfermedad (98,90%), mostrando actitud positiva frente a la medicina occidental (96,70%) así como frente a la medicina tradicional (60,90%)

Las madres de familia hacen uso de la medicina tradicional y/o occidental cuando enferman los niños, teniendo ambas opciones para utilizarlas. Según la clasificación que afirma acerca de la enfermedad, las madres optan por decidir dónde acudir y el tipo de tratamiento a recibir, ya sea por la medicina tradicional y/o occidental, prefiriendo en primera instancia ellas mismas curarles en casa.

### 5.3. Determinantes Sociales de la Salud y la actitud de las madres de familia en relación al proceso salud-enfermedad

CUADRO 14. Relación entre la actitud de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad referente a la medicina tradicional y las condiciones socioeconómicas, distrito Cajamarca, 2010

Actitud frente a la Medicina tradicional	Condiciones socioeconómicas					
	Mala		Regular		Buena	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Positiva	3	42,90	86,00	61,40	23	62,20
Negativa	4	57,10	54,00	38,60	14	37,80
Total	7	100,00	140,00	100,00	37	100,00

Chi cuadrado = 0,998      G.L. = 2      Valor p = 0,607

En el cuadro 14, predominan las madres de familia de condición socioeconómica regular (61,4%) con actitud positiva hacia la medicina tradicional, siguiendo las madres de familia de condición socioeconómica regular con actitud negativa (38,6%) frente a la medicina tradicional.

La prueba nos muestra que no existe relación estadística significativa entre las variables indicadas, ya que el valor de p es de 0,607. Por tanto la actitud de las madres de familia, frente a la medicina tradicional, no está relacionada directamente a las condiciones socio-económicas regulares.

CUADRO 15. Relación entre la actitud de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad referente a la medicina tradicional y las condiciones de vida y de trabajo, distrito Cajamarca, 2010.

Actitud frente a la Medicina Tradicional	Condiciones de vida y de trabajo					
	Mala		Regular		Buena	
	N°	%	N°	%	N°	%
Positiva	15	62,50	86	60,60	11	61,10
Negativa	9	37,50	56	39,40	7	38,90
Total	24	100,00	142	100,00	18	100,00

Chi cuadrado = 0,033      G.L. = 2      Valor p = 0,984

En el cuadro 15, se observa que predominan las madres de familia de condiciones de vida y de trabajo regular, que tienen una actitud positiva (60,6%) concerniente a la medicina tradicional, siguiendo las madres de familia de regular condición de vida y de trabajo que tienen una actitud negativa (39,4 %) frente a la medicina tradicional.

La prueba nos muestra que no existe relación estadística significativa entre las variables indicadas, siendo el valor de  $p = 0,984$ . Por tanto, la actitud de las madres de familia frente a la medicina tradicional, no está relacionada significativamente a las condiciones regulares de vida y de trabajo.

CUADRO 16. Relación entre la actitud de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad referente a la medicina occidental y las condiciones socioeconómicas, distrito Cajamarca, 2010.

Actitud frente a la Medicina Occidental	Condiciones socioeconómicas					
	Mala		Regular		Buena	
	N°	%	N°	%	N°	%
Positiva	6	85,70	135	96,40	11	61.10
Negativa	1	14,30	5	3,60	7	38.90
Total	7	100,00	140	100,00	18	100,00

Chi cuadrado = 3,987      G.L. = 2      Valor p = 0,136

En el cuadro 16, predominan las madres de familia de condición socioeconómica regular (96,4%) con actitud positiva hacia la medicina occidental, siguiendo las madres de familia de condición socioeconómica regular con actitud negativa (3,6%) frente a la medicina occidental.

La prueba nos muestra que no existe relación estadística significativa entre las variables indicadas, ya que el valor de p es de 0,136. Indicando, que la actitud de las madres de familia frente a la medicina occidental, no está relacionada significativamente a las condiciones socio-económicas regulares.

CUADRO 17. Relación entre la actitud de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad referente a la medicina occidental y las condiciones de vida y de trabajo, distrito Cajamarca, 2010.

Actitud frente a la Medicina Occidental	Condiciones de vida y de trabajo					
	Mala		Regular		Buena	
	N°	%	N°	%	N°	%
Positiva	23	95,80	137	96,50	18	100,00
Negativa	1	4,20	5	3,50	0	0
Total	24	100,00	142	100,00	18	100,00

Chi cuadrado = 0,7

G.L. = 2

Valor p = 0,705

En el cuadro 17, se observa que predominan las madres de familia de condiciones de vida y de trabajo regular, que tienen actitud positiva (96,5%) concerniente a la medicina occidental, continuando las madres de familia de regular condición de vida y de trabajo que tienen una actitud negativa (3,5 %) frente a la medicina occidental.

La prueba nos muestra que no existe relación estadística significativa entre las variables indicadas, ya que el valor de p es de 0,705. Denotando que la actitud de las madres de familia frente a la medicina occidental, no está relacionada directamente a las condiciones regulares de vida y de trabajo.

CUADRO 18. Actitud de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad y la condición socio-económica, distrito Cajamarca, 2010

Actitud frente al proceso salud enfermedad	Condiciones socioeconómicas					
	Mala		Regular		Buena	
	N°	%	N°	%	N°	%
Positiva	7	100,00	139	99,30	36	97,30
Negativa	0	0,00	1	0,70	1	2,70
Total	7	100,00	140	100,00	37	100,00

Chi cuadrado = 1,156      G.L. = 2      Valor p = 0,561

En el cuadro 18, predominan las madres de familia de condición socioeconómica regular (99,3%) con actitud positiva frente al proceso salud-enfermedad considerando la medicina tradicional y la occidental, siguiendo las madres de familia de condición socioeconómica regular con actitud negativa (0,7%) frente al proceso salud-enfermedad.

La prueba nos muestra que no existe relación estadística significativa entre las variables indicadas, siendo el valor de p igual a 0,561. Estableciendo que la actitud de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad, no está relacionada directamente a las condiciones socio-económicas regulares.

CUADRO 19. Actitud de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad, y las condiciones de vida y de trabajo, distrito Cajamarca, 2010

Actitud frente al proceso salud enfermedad	Condiciones de vida y de trabajo					
	Mala		Regular		Buena	
	N°	%	N°	%	N°	%
Positiva	24	100,00	141	99,30	17	94,40
Negativa	0	0,00	1	0,70	1	5,60
Total	24	100,00	142	100,00	18	100,00

Chi cuadrado = 3,800      G.L. = 2      Valor p = 0,150

En el cuadro 19, se observa que predominan las madres de familia de condiciones de vida y de trabajo regular, que tienen una actitud positiva (99,3%) referente al proceso salud-enfermedad, siguiendo las madres de familia de regular condición de vida y de trabajo que tienen una actitud negativa (0,7 %) frente al proceso salud-enfermedad.

La prueba estadística nos muestra que no existe relación significativa entre las variables indicadas, siendo el valor  $P= 0,150$ . Implicando, que la actitud de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad, no está relacionada significativamente con las condiciones regulares de vida y de trabajo.

## CAPÍTULO VI

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

#### 6.1. Condiciones de Inequidad

Según la Declaración de Rio, Brasil, 2011, manifiesta: “Las inequidades sanitarias son política, social y económicamente inaceptables, así como injustas y en gran medida evitables; así la promoción de la equidad sanitaria es vital para un desarrollo sostenible, una mejor calidad de vida y el bienestar de todos, lo cual, a su vez, puede contribuir a la paz y a la seguridad” (Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud 2011).

La desigualdad y la concentración de la riqueza son viejos males que de manera estructural han afectado a las sociedades y a los seres humanos, en mayor o menor medida, en todos los tiempos.

La extrema concentración de la riqueza, que se ha dado en las tres últimas décadas, pone en peligro el crecimiento económico de muchos países. Así como también, la reducción de la pobreza, afectando la estabilidad social. Pero, además, conlleva una amenaza para la vigencia de la democracia y la seguridad mundial.

Una de las demandas más sentidas, en los últimos tiempos, es lograr un crecimiento más inclusivo. Sabiendo que el crecimiento inclusivo del que habla

la sociedad civil mundial significa no sólo reducir los indicadores de desigualdad en el ingreso sino también el orientar la política económica hacia los intereses del conjunto de la población. Y también establecer limitaciones y contrapesos a los poderosos, vía la generación de instituciones y procesos de control político y social que sean capaces de representar adecuadamente y hacer prevalecer el interés de la mayoría en la construcción del bien común, el rol que el mercado ha jugado en la economía sólo ha servido para concentrar la riqueza en cada vez más pocas manos.

El informe de OXFAM Internacional nos dice:

- Casi la mitad de la riqueza mundial está en manos de sólo el 1% de la población.
- La riqueza del 1% de la población más rica del mundo asciende a 110 billones de dólares, una cifra 65 veces mayor que el total de la riqueza que posee la mitad más pobre de la población mundial.
- La mitad más pobre de la población mundial posee la misma riqueza que las 85 personas más ricas del mundo.
- Siete de cada diez personas viven en países donde la desigualdad económica ha aumentado en los últimos 30 años.
- El 1% más rico de la población ha visto incrementar su participación en la renta entre 1980 y 2012 en 24 países.
- En Estados Unidos, el 1% más rico ha acumulado el 95% del crecimiento total posterior a la crisis desde el año 2009, mientras que el 90% más pobre de la población se ha empobrecido aún más (Mora 2014).

### 6.1.1. Situación económica y productiva

En Cajamarca, en diciembre 2011, la actividad minera creció 19,6%, en comparación al mismo mes del 2010, sustentado en la mayor producción de plata 36,4% y oro 22,9%, mientras que el cobre, por el contrario, decreció 6,3%.

La producción minera, durante 2011, decreció dos por ciento y se sustenta en la caída que registraron todos los metales por el menor contenido en el mineral extraído.

Respecto a la Producción Agrícola, el crecimiento interanual de 4,1% registrado en la actividad agrícola, se sustentó en la mayor producción tanto de los cultivos destinados a la exportación y agroindustria 110,6 % como para el mercado interno 2,6 %.

En lo referente a la actividad pecuaria, el crecimiento de 4,6% registrado en diciembre 2010, se sustentó principalmente en la mayor producción de huevos 48,9%, carne de ave 29,1% y leche 5,3%.

Al término del 2011, el sector manufacturero acumuló un crecimiento de 6,3%, respecto al 2010, sustentado por la mayor actividad de la industria de productos lácteos 15,4%, particularmente, en la elaboración de quesos en sus diferentes variedades. (Análisis Situacional de Salud 2011)

Muy a pesar de algunas mejoras en la productividad en Cajamarca, se puede apreciar que los resultados obtenidos en el presente Trabajo de Investigación no favorecen en su totalidad a la población, es así que los resultados nos

demuestran que en la zona rural del distrito de Cajamarca, el 60,87% de madres de familia tienen un ingreso económico menor al mínimo vital. Encontrándose que el 76,09% de las madres de familia son de regular condición socioeconómica.

Los resultados encuentran similitud con Chávez, quien manifiesta que el 55,3% de familias del distrito de Cajamarca cuentan como ingreso económico familiar menos de un sueldo mínimo vital (Chávez 2010).

Según la evolución de la incidencia de la pobreza en la región de Cajamarca, tenemos: año 2006 (63,85%), 2007 (64,5%), 2008 (53,4%), 2009 (56,0%), 2010 (49,1%). Siendo a nivel nacional al 2010 la incidencia de la pobreza 31,3%, superando la incidencia de la pobreza a nivel regional.

Para las personas que pertenecen a la categoría más pobre, las oportunidades de empleo son muy reducidas, los servicios sociales son inexistentes o de muy baja calidad y no cuentan con canales para hacer efectiva su participación política como ciudadanos. Por lo general, tampoco tienen un acceso fluido y continuo al transporte y a los medios de comunicación.

El Ministerio de Trabajo estimó en el 2010 que la Población Económicamente Activa (PEA) ascendió a 8 1 5 mil personas (5,2% de la PEA nacional). El 1,6% de la misma se encontró en desempleo y el 68,5%, subempleada. Siendo de por sí, difícil la situación que le toca vivir a las madres de familia.

Se puede observar que a pesar de la afluencia económica en Cajamarca por el movimiento minero, aun así, Cajamarca está considerada entre los tres departamentos de menor crecimiento económico.

En el año 2012, el empleo en Cajamarca disminuyó en 9,6%, mientras que a nivel nacional aumentó en 1,9%.

La pobreza en Cajamarca aumentó en el último año, mientras que a nivel nacional disminuyó, Perú (27,8%), Cajamarca (56%). (Vásquez 2009, 25:303)

#### 6.1.2. Situación Social

##### Actividad Minera

En Cajamarca, esta actividad se inicia en el año 1,993, con la Empresa Minera Yanacocha SRL, explotando el metal máspreciado que es el oro, esta mina se ubica a 14 Km. de la ciudad de Cajamarca, en la Cordillera de los Andes a 4,100 m.s.n.m. El proceso de explotación es a cielo abierto y por el método de lixiviación, usando para ello el cianuro.

Casi el 50% de la región estaba concesionada para la actividad minera. En el proceso de explotación de la mina, se genera movimiento de tierras que contienen minerales y con la lluvia producen los sulfuros y estos discurren por las cuencas hidrográficas alterando la calidad de las aguas superficiales; existe riesgo de accidentes de contaminación de las aguas subterráneas, por la infiltración de soluciones de cianuro y de metales pesados provenientes del proceso de lixiviación, a pesar que la minera Yanacocha extreme las medidas de contingencia al respecto, los riesgos de contaminación son latentes.

También es preocupación de la población de Cajamarca la disminución en la cantidad de agua, por el uso que efectúa la mina el agua de los afluentes superiores de las cuencas. Existen esposos de las madres de familia de la zona rural que realizan trabajo en minería, sobre todo en la zona de Porcón, por ser una comunidad circundante de la minera, las madres de familia se dedican sobre todo a la labor doméstica y dentro de otros trabajos que ejercen son las labores en la Cooperativa Atahualpa. En otras comunidades, algunas de las madres se dedican a las labores agrícolas, venta de productos de alimentos en el mercado o en tiendas pequeñas implementadas en casa y/o empleadas en casas.

#### Características educativas

Los resultados obtenidos en Cajamarca, según el presente Trabajo de Investigación muestran que prevalece la educación regular (80,98%) en las madres de familia de la zona rural del distrito de Cajamarca, predominando en las madres de familia la primaria incompleta (51,09%), así mismo persisten niveles de analfabetismo existiendo mayor porcentaje en la población femenina (13,59%), respecto a la población masculina (8,15%), lo cual muestra todavía diferencias de acceso a servicios por género.

Se observa que va disminuyendo el porcentaje de madres que terminan el nivel secundario (7,07%), existiendo fracaso en la educación al ir dejando de asistir las mujeres a los centros de estudio. Hecho que se muestra aún, al dar prioridad a las labores de pastoreo sobre todo para el sexo femenino.

Coinciden las cifras referidas según ENDES 2012, respecto a que el nivel básico regular es donde se da mayor énfasis al estudio, no así el nivel secundario donde existe mayor fracaso educativo, dando privilegio al sexo masculino.

En la Educación Secundaria, solamente el 56.26% de alumnos(as) representan el éxito del Nivel Educativo. En este Nivel Educativo, existe un fracaso escolar grande y como tal la inversión no está en relación a los parámetros esperados (Flores 2012).

Al comparar con los Censos Nacionales de Población y Vivienda del 2007 del departamento de Cajamarca revela que la población de 15 y más años de edad revelan que el nivel de educación ha mejorado ha comparación del Censo 1993. Cuando se analizaba la incidencia del analfabetismo según género en el departamento de Cajamarca, se observaba que las disparidades aún existían entre hombres y mujeres. Las mujeres mostraban tasas de analfabetismo más altas (25,5%), en comparación al de los hombres (8,5%). No obstante, en el período intercensal de 1993-2007, la tasa de analfabetismo femenino es la que más disminuye, al pasar de 39,0% a 25,5%, lo que significa una disminución de 13,5 puntos porcentuales, en tanto, que la tasa de analfabetismo masculino lo hizo en 6,4 puntos porcentuales (de 14,9% a 8,5%) (Vásquez 2009, p 303).

A pesar de ir disminuyendo el porcentaje de analfabetismo se encuentran cifras al 2011, donde expresan que la tasa de analfabetismo de la población de 15 y más años de edad de la región de Cajamarca es de 14,08%, y a nivel nacional de 7,14%. El analfabetismo es una condición de exclusión que no

sólo limita el acceso al conocimiento sino que dificulta el ejercicio pleno de la ciudadanía. Conocer la magnitud de la población analfabeta en una sociedad es muy importante, pues permite detectar las desigualdades en la expansión del sistema educativo, en especial en el caso de los grupos más vulnerables de la población (ENDES 2012).

### 6.1.3. Rol de género

Los Determinantes Sociales de la Salud establecen desigualdades entre las personas, considerándose dentro de ellos las relaciones de género. Los resultados obtenidos en el presente Trabajo de Investigación a nivel del distrito de Cajamarca muestran que si bien el 77,72% de las madres de familia refieren que sí reciben ayuda de parte del esposo para solucionar los problemas de salud de los hijos, con su opinión, también refieren el 54,89% de las madres, no recibir ayuda en los quehaceres domésticos, a pesar del fuerte cansancio manifestado por las madres.

Esta situación es concordante con el siguiente testimonio:

*“Soy madre de familia de 48 años de edad, conviviente, de religión católica, con cuatro hijos, puedo decir (con aspecto irritable) que para nada mi esposo me ayuda en los quehaceres de la casa, así me vea que estoy muy ocupada y cansada en la casa, no me ayuda”.*

*“Soy madre de familia de 30 años de edad, conviviente, de religión católica, con dos hijos, con respecto al apoyo en los quehaceres de la casa, no recibo ayuda de parte de mi esposo, y más bien recibo insultos de él y de mi suegra”.*

#### 6.1.4. Vivienda y disponibilidad de los servicios.

Las condiciones de vida son Determinantes Sociales de la Salud y están relacionadas con la vivienda y la disponibilidad de los servicios básicos, los resultados obtenidos en la zona rural del distrito de Cajamarca muestran malas condiciones en la vivienda y disponibilidad de los servicios básicos (62,50%), donde más de las tres cuartas partes de las viviendas tienen inadecuadas condiciones en la infraestructura al tener piso de tierra (82,07%), considerándose un problema sanitario sobre todo en los niños menores de edad, Respecto al abastecimiento del agua, predomina con el 75% las madres de familia que cuentan con red pública dentro de la vivienda, pero existe un 10,87% que se abastecen del líquido elemento a partir de un pozo, con las consecuencias sanitarias negativas. Predomina el 75% de las madres de familia que utilizan letrina, pero muchas de ellas en condiciones insalubres. Respecto a la disposición de la basura predominan las madres de familia que siguen echando la basura al campo abierto 30,43% y un 27,17% la incineran, problemas de salud que acarrear por las malas condiciones de vida en las que se desenvuelve la persona, siendo esto motivo de preocupación, por las consecuencias sanitarias en las familias.

Durante el período intercensal 1993-2007, se ha incrementado la proporción de viviendas con acceso a agua potable por red pública tanto dentro (76 mil 294) como fuera (59 mil 161) de la vivienda. Esto se confirma al observar la tasa de crecimiento promedio anual que es de 7,4% para la primera forma de abastecimiento y de 27,1% para la segunda, pero también acceden al agua potable otro grupo de población a través de río, acequia, manantial o

similar (21,5%), así como 51 mil 258 viviendas (15,8%) utilizan el pozo para acceder al agua, con las consecuencias sanitarias negativas.

Según ENDES 2012 refiere que el abastecimiento de agua de red pública dentro de la vivienda es de 73,9%, pilón de uso público 0,1%, electricidad (70,3%), servicio sanitario con desagüe dentro de la vivienda (34,5%), servicio sanitario con desagüe fuera de la vivienda (4,1%), letrina (49,6%) (INEI 2012).

Se puede observar que están mejorando los servicios básicos considerándose que el adecuado acceso a estos servicios, contribuye al mejoramiento de las condiciones de vida. La morbi-mortalidad, ha tenido, en las últimas décadas, un descenso, lo que se asocia en forma particular, al mejoramiento de la cobertura de agua potable y alcantarillado, pero aún persisten malas condiciones en un porcentaje de la población rural.

La falta de agua potable y la inadecuada eliminación de excretas son consideradas como factores principales de las tasas de mortalidad infantil y de las altas incidencias de enfermedades diarreicas y parasitarias, así como una gamma de afecciones a la piel. En el Perú y específicamente en Cajamarca, por décadas estas carencias han constituido y aún constituyen uno de los principales mecanismos de desigualdades geográficas y factores determinantes de la calidad de vida.

#### 6.1.5. Condiciones de trabajo dentro del hogar y en otro tipo de trabajo.

Las condiciones de trabajo como determinante social de la salud es de gran importancia, pues significa considerar el ambiente donde se desarrolla en este caso la madre de familia de la zona rural del distrito de Cajamarca, y el ambiente donde discurre el mayor tiempo de su vida, desarrollando quehaceres domésticos que muchas veces se lo tiene en poco e incluso lo menosprecian las mismas madres de familia al decir que “no trabajan en nada, solo estoy en mi casa”, dentro de los quehaceres del hogar, el 100% de las madres de familia refieren tener algún factor de riesgo al desempeñar las labores intradomésticas, el 59,51% de las madres siguen aún cocinando con leña, conociendo las madres que esto trae problemas respiratorios y aún peligro de quemarse, el personal del Ministerio de Salud capacita al respecto, por lo que las madres conocen las consecuencias, pero no cuentan con la oportunidad de tener una cocina mejorada, a pesar de las campañas de los gobernantes electos. En Cajamarca la mitad de los hogares utilizan leña como combustible para cocinar, además de combinarlo con ramas secas, tusa de maíz, carbón.

Dentro de los problemas físicos por el trabajo, el 60,53% de las madres reconocen el agotamiento físico que acarrea los quehaceres domésticos, aunándose a que no tienen tiempo para ir a recibir atención por motivo de salud, por las fuertes labores domésticas. El 86,02% de las madres de familia perciben como factor de riesgo el constante robo de sus animales, siendo esto motivo de preocupación para ellas (Vásquez 2009, p 303).

Respecto a los resultados de los factores de riesgo en otros tipos de trabajo donde laboran las madres de familia, Chávez A, refiere que en el distrito de Cajamarca el 64,7 % son amas de casa, y el 18,8 % tienen un trabajo independiente.

Se observa que el 72,73% de las madres de familia, tienen factores de riesgo en el otro trabajo, las madres perciben el peligro pero se ven obligadas a persistir en las labores, por ser parte del sustento económico familiar, no contando con beneficios laborales pues son mayormente trabajos independientes.

#### 6.1.6. Alimentación

Respecto a la alimentación los resultados obtenidos muestran que las madres de familia en el 91,85% muestran inseguridad alimentaria mostrando el 41,18% de los niños menores de dos años mal estado nutricional, prevaleciendo la desnutrición crónica.

La desnutrición crónica en menores de 5 años, desde los años 2007-2008 (45,9% en Cajamarca y 27,8% a nivel nacional) ha ido disminuyendo. En Cajamarca para el año 2012, tomando en cuenta el padrón de la Organización Mundial de la Salud, la desnutrición crónica es de 36,1% según información preliminar de ENDES, observándose una disminución de 1,5 puntos respecto al 2011.

Según el Compendio Estadístico Departamental 2012 refiere que en Cajamarca la desnutrición crónica en niños menores de 5 años según patrón NCHS es del 29,9%, y según la Organización Mundial de la Salud es de 37,6%

En la Región Cajamarca, una de las principales amenazas en los niños menores de cinco años es la desnutrición crónica o retraso en el crecimiento, cuyas consecuencias se presentan a lo largo de todo el ciclo de vida. Esta situación incrementa el riesgo de morbilidad e inhibe el desarrollo cognitivo y físico de las niñas y los niños, afectando su estado de salud de manera crónica y su potencial productivo futuro; comprometiendo la situación económica y social de la persona y la familia.

#### 6.1.7. Servicios de salud.

En los últimos años, el Perú ha experimentado cambios sociales, asociados con el crecimiento económico, persistiendo aun así, las desigualdades socio-económicas. El estado busca mejorar la atención de salud para los más pobres, desarrollando el Ministerio de Salud estrategias de atención integral de salud, quedando aún lejos de lograrlo.

Es así que los Determinantes Sociales de la Salud suelen estudiarse asociados al proceso Salud-enfermedad considerando la morbilidad infantil y materna.

Según Bernardini (2012), la mortalidad está asociada con la edad, con bajos niveles de educación en la infancia, pobres condiciones de habitabilidad,

inseguridad en la provisión de alimentos y especialmente, con una pobre educación.

En salud en el año 2008 el gasto de salud fue de 4,5% del PBI, porcentaje que no varía desde el año 2000. A pesar de la baja inversión, las últimas décadas mostraron grandes progresos en la salud pública del Perú. La expansión del acceso a los servicios de salud es uno de ellos. A pesar de esto, entre el 20 y el 30% de la población está excluida del sistema de salud (Alcalde 2011).

Los resultados obtenidos en el presente trabajo muestra que en la zona rural del distrito de Cajamarca, que el 72,83% hacen uso de los establecimientos de salud, pero existe un 50,75% de insatisfacción en los servicios que se brindan.

El estado de salud de una población es el resultado de la interacción de las condiciones y estilos de vida con los niveles de educación, acceso a servicios básicos (agua potable, alcantarillado, eliminación de desechos sólidos, etc.), niveles de ingreso económico, acceso a servicios de salud de calidad y medio ambiente. Se ha observado que al mejorar estos aspectos se logran mejores niveles de salud.

El enfoque fundamental de los servicios de salud está orientado a disminuir el riesgo de enfermar y morir, también a poner al alcance de toda la población la atención primaria de salud, con prioridad a los más excluidos y con mayores necesidades, con ello se lograría que los servicios de salud sean más efectivos y eficientes, busca contribuir para que se logre disminución de

las acciones recuperativas y se logren mejores niveles de promoción y prevención de la salud en todos los niveles de atención de salud, pero la realidad es que el personal de salud encuentra barreras para lograr satisfactoriamente su labor.

Tomar conocimiento de la evolución de la morbilidad y mortalidad en la población nos ayuda a implementar acciones y establecer estrategias para abordarlos en forma más efectiva con un enfoque de integralidad en un medio ambiente saludable. La insatisfacción percibida por las madres de familia respecto a los servicios de salud es un obstáculo para lograr la inclusión de las madres de familia en la atención de salud.

Según el Ministerio de Salud, refiere que ha disminuido la atención de la población en los establecimientos de salud, año 2009 (733, 006 personas), disminuyendo las atenciones para el año 2010 (620,437 personas), sigue en disminución para el año 2011 (538,012 personas), aumentando para el año 2012 a 641,777 personas.

## **6.2. Diversidad y Cultura en el Proceso Salud-Enfermedad.**

Existe un inmenso campo clínico, terapéutico de los conocimientos ancestrales de la medicina tradicional, que va mucho más allá de los elementos extraídos de los remedios botánicos. Las medicinas tradicionales no se reducen solo a un sabio uso de la botánica, queda aún por explorar técnicas que podrían enriquecer enormemente los conocimientos modernos de la ciencia médica de la medicina occidental (Jacques Mabit 2004).

### 6.2.1. Sistemas de creencias y salud.

Durante el desarrollo del Trabajo de Investigación se exploró respecto a la actitud de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad considerando el tipo de atención que busca la madre de familia frente a los problemas de salud, medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento desde la perspectiva de la medicina tradicional y occidental, encontrándose diversidad de formas.

Conviven hoy en el Perú varios sistemas de creencias y prácticas para atender los problemas de salud-enfermedad. Los resultados obtenidos nos muestran que los recursos a los cuales están acudiendo las madres de familia de la zona rural del distrito de Cajamarca, van desde la atención en el propio hogar (93,98%) con prácticas y remedios que se transmiten de generación en generación, hasta la atención en hospitales, clínicas o directo con el farmacéutico, pasando incluso por múltiples recursos propios de sistemas de medicina tradicional, incluyendo la oración. Tenemos algunas referencias:

*“...Tengo 40 años, soy evangélica, y madre de 3 hijos, cuando ellos se enferman, oramos al Señor, pues Dios es el médico de médicos, cuando podemos los curamos con plantas del campo, si no se sanan recién los llevamos a la posta.”.*

Es así que los resultados del presente Trabajo de Investigación, se sustentan en la teoría sobre formación de las actitudes, donde se van formando las actitudes considerando la conformidad, la identificación y la internalización de la actitud convirtiéndola en parte integral del individuo la

cual es congruente con sus creencias y valores. Las madres de familia de las comunidades rurales, muestran una diversidad de recursos a los que acuden para la atención de los problemas de salud.

El primer y más recorrido lugar de atención de los problemas de salud es el propio hogar (93,98 %), afirmando que el gasto es mínimo, y no tienen plata para pagar, ellas ponen en práctica lo que sus madres o vecinas les han enseñado, por eso la casa es el lugar preferido para atender las enfermedades.

**Madre de familia, conviviente, de 30 años de edad,**

*“...cuando nos enfermamos de la gripe primero lo tratamos en casa, utilizando eucalipto, limón caliente con licor, esta curación la realizamos las mujeres y luego acudimos al puesto de salud, pero lo hacemos si en la casa no hemos podido curarnos de la gripe”.*

Los principales argumentos que se recogen, indican que las decisiones sobre cual servicio acudir en cada caso, además de tener en cuenta el tipo de enfermedad y su gravedad, conjugan factores que operan a favor de una u otra alternativa de preferencia por parte de las madres de familia, como tenemos: el costo, el tiempo, el trato y la efectividad del tratamiento (Rodríguez Lilia 2007).

Marfil Francke, Raquel Reynoso (2007) manifiestan que si la enfermedad se muestra resistente y no se logra obtener recuperación en la casa, pueden acudir a los servicios de salud tradicional, o bien acudir a los puestos de salud que ofrece el Ministerio de Salud (Francke y Reynoso 2007, p 133).

Para las madres de familia de la zona rural del distrito de Cajamarca, existen enfermedades que el médico no las puede curar y por el contrario refieren que les hace daño.

**Madre de familia de la comunidad de Urubamba sector II, refiere:**

*“...Cuando mi hijo tiene muchas legañas, está muy lloroso y no duerme, es porque está enfermo del ojo, lo limpian con huevo y luego en un vaso de vidrio con agua, revientan el huevo y sale el ojo, también lo limpian con periódico, luego queman las cuatro esquinas y empieza a sonar como si tronara y sale el ojo. Manifiesta que es por mostrarles, otras personas, mucho cariño al niño y para que no lo ojeen refiere usar el guaylulo”*  
(Grupo focal con madres de familia de Urubamba Sector II).

**Madre de familia de la comunidad de La Tulpuna, manifiesta:**

*“...Hay enfermedades como la Infección, donde el niño tiene vómito, diarrea, frío, calor y no tiene apetito, primero intentamos curar al niño en casa con agua de choclo y llantén, si no mejora, le llevamos al puesto de salud para que le den jarabes o le pongan ampollas, las causas de la infección es porque los niños han comido algo sucio, por comer con las manos sucias o por mala higiene”* (Grupo focal con madres de familia de la Tulpuna).

De acceso más restringido son los servicios privados vinculados a la medicina moderna occidental, como son, la farmacia, el médico particular, la clínica privada, el hospital, sobre todo cuando no hace efecto el tratamiento en

casa, se tiende a acudir a los puestos de salud y/o a los servicios de salud tradicional. Existe el peligro de que las madres demoren en llevarlos a un puesto de salud y que el niño empeore y muera.

Una consideración básica en el momento de tomar decisiones será el tipo de enfermedad, para la mayoría de las madres de familia, con ingresos económicos bajos, hay dos grandes tipos de enfermedades: las que se pueden curar con la medicina occidental y las que no pueden ser curadas por esta medicina; según las madres de familia la medicina occidental no las comprende, ni las puede curar por lo que es necesario recurrir al curioso, huesero, partera, o al brujo en el caso de que le hayan hecho daño.

Para los países con economías débiles, existe una enorme riqueza potencial de la explotación racional de plantas medicinales. Localmente permitiría la reducción de la compra de medicamentos importados y la exportación de productos vegetales transformados cuyo mercado está en crecimiento exponencial. Las regalías por las patentes sobre esos conocimientos y productos requieren sin embargo de una vigorosa política de protección de esas riquezas.

Los estudios farmacológicos de las plantas consideradas sagradas de la medicina tradicional (psicoactivas) han puesto en evidencia que sus principios activos eran similares a los neuro-mediadores del ser humano: la di-metil-triptamina (DMT) está todavía prohibida como estupefaciente (sustancia psicoactiva sin uso terapéutico) por la Convención Internacional de Viena de

1971 mientras los curanderos la usan desde hace milenios a través de numerosas plantas para curar problemas mentales.

Los factores religiosos y espirituales también influyen poderosamente en la experiencia y la representación de la enfermedad. Los estudios científicos sobre esta cuestión coinciden en señalar que por lo menos en 80% de los casos la influencia ha sido positiva (Jacques Mabit 2004).

Según Eiser J. R. (1989), refiere que la actitud que asume la persona frente a la salud-enfermedad, es adquirida de acuerdo a determinados contextos culturales, considerando la organización duradera de las creencias y conocimientos que se traen acerca de la Salud-enfermedad dotada de una carga afectiva a favor o en contra de las medidas de cuidado, promoción, prevención y de la atención de salud en general.

Con respecto a la medicina tradicional, lo concerniente al brujo, refieren no acudir frecuentemente salvo cuando son enfermedades provocadas por daño (16,85 %), pues son los únicos que pueden salvar a las personas que fueron alcanzadas por este mal.

Según la participación de las madres de familia en los grupos focales, ellas diferencian enfermedades que puede atender el médico con la medicina occidental y otras enfermedades que pueden ser atendidas por las madres de familia y/o el curioso, partera y otros personajes de la comunidad, ellas diagnostican, según signos y síntomas a las enfermedades y las caracterizan para ser atendidas por un determinado personal de salud ya sea de la medicina

tradicional y/o occidental, conocimientos transmitidos mayormente de generación en generación.

**Madre de familia de la comunidad de Huambocancha, refiere:**

*“...Cuando el niño tiene diarrea, vómito, dolor de estómago, fiebre, granitos en su lengüita, es porque tiene infección, en casa le damos de tomar té con pepa de palta y pepa de mango, agua de ciprés, arroz tostado con zanahoria y pepa de palta y le frotamos la barriguita con la manteca de pollo, esto sucede porque los niños se llevan cosas sucias a la boca, comen tierra o se prepara el biberón sin lavarse las manos. Para que ya no les de la infección deben ser más limpios los niños y las madres, tomar agua hervida y lavarse las manos con agua y jabón. En casa nosotras inmediatamente le preparamos su medicina, si no se cura lo llevamos a la posta para que le den jarabes y si no se cura lo llevamos al hospital o a la clínica” (Grupo focal de madres de familia de la comunidad de Huambocancha).*

**Madre de familia de la comunidad de La Tulpuna, relata:**

*“...Cuando mi hijo tiene susto yo me doy cuenta rapidito por sus ojos legañosos, no duerme o se despierta asustado, está muy llorón, está rabioso, se empieza a secar, su cuerpo salta, tiene diarrea, y orina sangre. Esto sucede porque se ha caído, o porque ha pasado por un sitio malo, puede ser un cerro, o un duende lo ha asustado. Para protegerlo del susto le coloco ajos en su punta, ajo con cinta roja y en forma de cruz, y la leche también en forma de cruz, busco una persona mayor de la*

*comunidad para que lo rece, el susto no lo puede curar el médico”* (Grupo focal de madres de familia de la comunidad de la Tulpuna).

Esta actitud de reconocimiento de los límites y respeto por el otro sistema de salud no parece ser recíproco, las madres de familia refieren que los médicos y enfermeras no dan apertura a las creencias y prácticas de la medicina tradicional.

Los resultados obtenidos en el presente Trabajo de Investigación muestran que la actitud de las madres de familia frente al proceso Salud-enfermedad es positiva en un 98,9%, dentro del cual se observa que la actitud frente a la medicina tradicional es positiva en un 60,9% frente a la medicina occidental positiva en un 96,7 %, las madres se inclinan a tomar la decisión por la medicina tradicional y/o occidental dependiendo del tipo de enfermedad, su actitud es positiva siempre y cuando esté direccionada al tipo de enfermedad, para esta decisión juega un papel importante el aspecto cultural, los conocimientos y las experiencias adquiridas.

Dentro de las enfermedades más frecuentes, clasificadas por las madres de familia, según preferencia de atención brindada por la Medicina Tradicional o la Medicina Occidental, se resumen a continuación.

El ojo y el susto son las principales enfermedades atendidas exclusivamente por las madres de familia y/o personal de la Medicina Tradicional (Curiosos, yerberos, partera, curandera, brujo).

La gripe y la infección son las principales enfermedades atendidas prioritariamente por las madres de familia y en segunda opción por el personal de la Medicina Occidental.

#### 6.2.2. Tendencias al uso en la atención de salud.

En el sistema de salud se expresa un modelo monocultural que corresponde a la visión etnocéntrica de la salud y de la medicina, que tiende a percibir la salud desde el patrón cultural occidental. Esta forma de entender la salud se aplica también para juzgar los conocimientos y prácticas de otras culturas, como la indígena. Una es la perspectiva del médico occidental y el personal de salud y otra la de las mujeres indígenas que acuden a los servicios. Sin embargo y pese a las diferencias entre estas dos visiones, no se trata de dos mundos contrapuestos, porque la cultura no es una estructura rígida e impermeable, tanto el personal de salud como la población indígena se influyen recíprocamente (Rodríguez 2007).

Es así que las madres de familia se inclinan al uso de una u otra medicina, considerando que en mayor porcentaje (80,98%) son las madres de familia quienes brindan atención de salud de acuerdo a la categorización de la enfermedad popular identificada donde ellas pueden tratar a sus hijos en primera instancia o referirlos a personas de la comunidad, pero llega un momento en que es necesaria la participación de la medicina occidental o la combinación de ambas medicinas, para lo cual influyen situaciones y aspectos en la toma de decisiones, dentro de las cuales se mencionan las siguientes:

**a) Factores culturales.**

La empatía y otros factores culturales parecen ser muy importantes en zonas rurales donde las patologías no tipificadas como el susto, el ojo, el daño, están más presentes. Las consideraciones culturales son particularmente fuertes.

De acuerdo con las declaraciones de las madres de familia confían en los recursos de la medicina tradicional para ciertas enfermedades, recurriendo a las yerbas para ciertos casos. Con respecto al uso de los brujos refieren no acudir salvo que sean enfermedades que les hayan hecho daño por otro brujo, en el caso de ser evangélicos refieren no acudir al brujo, refieren que su confianza está en Dios. Si la enfermedad es grave y no está catalogada como enfermedad popular mayormente acuden al hospital, pues reconocen que solo ahí van a poder obtener salud.

Según Lilia Rodríguez (2007), la demanda por los servicios del hospital por parte de mujeres indígenas no significa el abandono de sus costumbres y tradiciones relacionadas con la salud. Por el contrario, junto a sus expectativas de acceder a servicios públicos de buena calidad, perviven sus prácticas propias en salud. Consultar al médico y a la partera, usar hierbas medicinales y comprar medicamentos, hacerse el eco en el hospital y preguntar a la partera sobre la posición del bebé, si será hombre o mujer, hacerse un control prenatal y hacerse una limpia de cuy o de huevo con la mamá partera o poblador de la comunidad para alejar las malas energías, son todas prácticas incorporadas en la vida cotidiana de las mujeres indígenas, que dan cuenta de las

transformaciones culturales que se operan junto a procesos de afirmación e identidad.

**b) Consideraciones económicas.**

Las condiciones de vida y restricciones que deben enfrentar las madres de familia de la zona rural del distrito de Cajamarca, no son homogéneas, observándose que en la mayoría de ellas el ingreso económico familiar es precario (60,87%), pero hay un pequeño grupo que las condiciones son buenas observándose que un grupo de madres de la comunidad de Porcón según referencia de la enfermera del Puesto de Salud de Porcón, prefieren acudir directo a la farmacia y no utilizar la medicina que el SIS ofrece, pues refieren que “no les hace nada esa medicina”, e incluso pueden ir a ESSALUD, o a las clínicas, esto se da porque algunos padres de familia trabajan en la mina por ser una comunidad de la jurisdicción de la explotación de la minera Yanacocha y otros trabajan en la Cooperativa Nueva Jerusalén de Porcón, lo que no sucede con otras comunidades de la zona rural, donde la condición económica es regular o mala y pagar una consulta de 3 soles, 5 soles o más y comprar medicamentos es un serio problema, en este contexto para las familias, no es solo la falta de liquidez para pagar en ese momento, sino que mella la economía familiar en su sostenibilidad futura, cuando los costos del tratamiento se ven aumentados con análisis, medicina, etc. de ahí que las madres de familia no solo pongan en consideración cual servicio resulta menos costoso o quien cobra menos caro, sino a quien se le puede pagar en especies.

Por ello en el caso de las madres de familia de mala condición económica, el factor económico, si se puede considerar como una barrera que dificulta mucho o incluso impide el acceso a los servicios no tradicionales de salud, públicos o privados. Esta barrera económica, no sería tan fuerte sino se reforzara con el tema del maltrato y la falta de empatía cultural, que se observa según referencia de las madres de familia.

**c) El costo de las medicinas**

Cuando se elige la medicina occidental (70,82%), surgen otros factores que preocupan y desaniman la compra de los medicamentos por el costo elevado.

**Madre de familia de la comunidad de Corisorgona, expone:**

*“...Cuando se enfermó mi hijo de su barriga lo llevé a la posta para el SIS y me dijeron que el SIS me daba una parte de la medicina para mi hijo, que el resto de la medicina compre en la farmacia, no me alcanzaba para comprar toda la medicina, y compré solo una parte de ella” (Madre de la comunidad de Corisorgona.).*

Este elevado costo se convierte en motivo de desilusión respecto del servicio de salud público, pues las madres al acudir a los puestos de salud esperan que se les entregue todos los medicamentos y cuando esto no sucede se sienten engañadas.

Existen barreras relacionadas al acceso limitado a los medicamentos, todo esto debido a los precios limitados, a la limitada capacidad adquisitiva y la calidad de los mismos.

El acceso limitado a los medicamentos es un serio problema. Solo hay medicamentos básicos. *“El médico a veces nos dice que compremos los medicamentos fuera, pero no adquirimos la totalidad de ellos”* y luego concluyen que el tratamiento es inefectivo.

Observándose que una de las consecuencias del alto costo relativo de la medicina es el abandono del tratamiento antes de completarlo y el descrédito en la efectividad del servicio de salud.

**Madre de familia de 58 años de edad, conviviente, con cinco hijos, de la comunidad de Urubamba sector II, manifiesta:**

*“...me duelen los huesos de mis pies y para atenderme por mis huesos, las yerbas ya no me hacen bien como antes que si me calmaba el dolor, yo no tengo plata para pagar la medicina que me indicó el Dr. Fernando, él me regaló algunas pastillas, pero el resto tenía que comprarlas, las ampollas que me indican solo son calmantes, porque después otra vez empieza el dolor. Al comienzo me fui a la posta para que me atiendan por el SIS pero no hay médico, demoran, me tratan mal y me dicen que tengo que pagar y además no hay toda la medicina o si me dan, no me hace nada esa medicina, ya no voy al seguro, ojala mis hijos me manden dinero”.*

**d) Incidencia de la distancia y el tiempo de espera para la atención.**

Las comunidades estudiadas en el presente trabajo algunas están relativamente accesibles a la movilidad urbana, pero otras es limitado el movimiento de las combis como Chamis, Porcón, La Paccha y en menor proporción Huacariz y Shudal, en otras se tiene que caminar porque no llega aún movilidad hasta la zona, como Urubamba sector II. Las barreras geográficas obstaculizan la participación en los servicios de los puestos de salud, a pesar de que esta atención se está cada vez más descentralizando y llegando a las comunidades más lejanas, cuanto más lejos quedan los servicios, más difícil les resulta a las madres optar por ellos, aún en aquellos casos en que se los considera más efectivos.

Existen madres de familia que hacen esfuerzos y optan por instituciones de salud más rápidas y fáciles, pese a que requieren mayor egreso monetario, como son los servicios privados de la medicina occidental. Ello por la espera en la atención que suele ser muy larga en los servicios de salud, es que las madres de familia empiezan a tener cercanía a los servicios privados, creyendo ser más efectivos que los públicos y donde esperan que el trato sea mejor.

**Madre de familia de la comunidad de Urubamba, sector II, narra:**

*“...Tenía muchísimo dolor en mi barriga, mi esposo consiguió plata y me llevó a la clínica, pensábamos que por pagar me iban a curar, pero me votaron por ahí, y no me atendían, tenía mucho dolor en mi barriga, solo porque me ven pobre, me votan y no me atienden, le pedí a mi esposo que me saque y me lleve a mi casa, ahí moriré, no quería quedarme en esa*

*clínica y no quiero que me vuelvan a llevar ahí nunca más”* (Grupo focal de la comunidad de Urubamba sector II).

**e) El Seguro Integral de Salud (SIS)**

Siendo las consideraciones económicas tan importantes para la toma de decisión respecto al uso de los recursos o servicios de salud, el SIS aparece como un factor que si hace la diferencia para las madres de familia más pobres, especialmente para inclinar la balanza a favor del uso de la medicina occidental.

El SIS fue un programa implementado durante el gobierno de Alejandro Toledo, para ampliar el acceso de las poblaciones en situación de pobreza a los servicios públicos de salud. El programa se inició focalizado en madres gestantes y menores de 0 a 6 años.

Como se puede apreciar, el hecho de tener atención gratuita para los niños y madres gestantes y lactantes, constituye un incentivo fuerte para optar por la atención en los puestos de salud, se puede afirmar que hay una tendencia creciente de parte de las madres de familia a llevar a sus menores hijos directamente al puesto de salud una vez que ya están inscritos en el SIS y sabiendo ellas que no se les cobrará por la consulta.

Refieren existir limitaciones en la atención del SIS, a veces no se les quiere atender, porque no hay quien atienda, se les pide que regresen y otras veces no existe toda la medicina o son medicamentos básicos que a veces ya

no son efectivos sobre la enfermedad. Pero a pesar de ello es una alternativa sobre todo a los más pobres.

Un elemento que se debe tomar en cuenta es que en ambos sistemas de medicina, el tradicional y el occidental, hay jerarquías de saberes concernientes a la persona que atiende y las madres lo reconocen. Por eso las madres de familia prefieren ir avanzando de acuerdo con la jerarquía de saberes.

**Madre de familia de la comunidad de Chamis, sector sur, refiere:**

*“...Primero lo curamos en la casa, si es daño lo hacemos mirar por el brujo, luego recién acudimos a la posta. Si vamos a la posta con esa enfermedad nos moriríamos”* (Grupo focal de sector sur).

En general el conocimiento que despliegan las madres de familia respecto a los recursos de salud disponibles en sus zonas es amplio. Se nutre de diversas fuentes y las madres no cuestionan sus orígenes. Ello se refleja en el carácter aparentemente errático de las rutas que recorren, donde se combinan ambos sistemas, entrelazando los recursos que uno y otro les ofrecen a fin de conseguir la mejor atención, que para ellas es aquella que cura sin mellar la economía familiar ni pasar por un trato que se considere humillante.

**f) Relaciones con los servicios de salud.**

Las políticas públicas y los servicios de salud no toman en cuenta las percepciones y expectativas de las madres de familia en situaciones de pobreza, tampoco reconocen ni valoran las prácticas tradicionales y los

conocimientos de los sistemas culturales preexistentes, ni el rol importante de los especialistas de la medicina tradicional y su potencial. No se incluye en la formación de los profesionales y técnicos de salud contenidos referidos a prácticas tradicionales que ya han sido investigadas científicamente, ni se promueve el desarrollo de actitudes abiertas y comprensivas hacia los sistemas de salud alternativos, de actitudes que le permitirían tender puentes con los curiosos, parteras, yerberos y formar conjuntamente una verdadera red de recursos de salud para las zonas más postergadas.

Recogimos en esta investigación, testimonios del maltrato que sufren las madres de familia cuando acuden a los servicios públicos de salud, los trabajadores de las postas y centros de salud les dicen muy crudamente que huelen mal, que están sucios, que son descuidados e ignorantes, haciendo despliegue de su propia ignorancia respecto a las condiciones cotidianas de vida, la falta de agua, la escasez y el trabajo excesivo al que estas personas están sometidas.

Las madres expresan reservas acerca de asistir a la clínica y ponen en duda la capacidad de la clínica para hacer frente a problemas de salud. Investigaciones demuestran que las personas a menudo perciben diversas barreras para acceder a los centros de salud, como el miedo de reproche, vergüenza, falta de confianza, o las diferencias de idioma. (Superior 2013, p. 155-174)

Respecto a la calidad de la atención de los servicios de salud pública, la calidad de la atención es muchas veces deficiente y esto no solamente se

manifiesta en el trato que brinda a las personas sino también en la efectividad para tratar las afecciones y lograr la curación. Se recogen experiencias negativas con los servicios públicos, cuyas consecuencias, aparentemente no son fáciles de perdonar u olvidar. El problema no es sólo el daño inmediato. Experiencias negativas, muchas de ellas probablemente limitadas a un caso excepcional en las comunidades las cuales se difunden y circulan internamente una y otra vez hasta convertirse en una aparente verdad compartida y aceptada por todos, mucho más aún si en el episodio la víctima fue algún miembro de una de las familias más reconocidas o consideradas de la comunidad.

Según Komblit y Mendes 2000, refiere que la salud / enfermedad depende de las definiciones que las personas tengan de su padecimiento, las que condicionan el tipo de ayuda a buscar, existe un complejo mundo de creencias, valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud, estos interaccionan permanentemente con la medicina oficial. La enfermedad es considerada como una dolencia personal y también una construcción social y cultural, donde cada sujeto vive la enfermedad de acuerdo a sus características individuales y según la construcción sociocultural particular del padecimiento, siendo su comportamiento para el cuidado o recuperación de su salud, singular y dinámico.

Las madres realmente creen en la efectividad de las yerbas y en los conocimientos transmitidos por la mamá, afirman categóricamente que son efectivos, pero también reconocen sus limitaciones, porque existen otras enfermedades que necesitan otro tipo de tratamiento que se encuentran en las

farmacias. Aceptan la eficacia de la medicina popular pero reconocen que tiene limitantes, y ahí es donde ellas determinan ir a recibir atención de la medicina occidental.

Se encuentra que las madres de familia de la zona rural que sufre mayor pobreza y exclusión atendiendo a consideraciones económicas y culturales a experiencias previas y expectativas que se entremezclan, suelen acudir a una gama de servicios dentro de cada uno de los sistemas de la medicina tradicional o medicina occidental, produciéndose una trayectoria donde las madres escogen y concilian en la búsqueda de la curación.

El tratamiento empieza en casa y cuando los remedios caseros no dan resultados se puede optar por acudir al especialista de la medicina tradicional (curioso, yerbera, huesero, brujo) a la farmacia o al sistema público de salud (posta, centro de salud). En un tercer momento indistintamente de la vía elegida antes se puede apelar a alguno de los no elegidos en primera instancia y lo mismo más adelante, sin descartar del todo ninguna de las opciones. En muchos casos se opta por combinar lo que más les convence de los diversos sistemas.

### **6.3 Los Determinantes Sociales de la Salud en relación con la actitud de la madre de familia relacionados al proceso salud-enfermedad**

En el presente trabajo, los Determinantes Sociales de la Salud se sustentan según el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud propuestos por el equipo de equidad de la Organización Mundial de la Salud considerados como las circunstancias donde nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen las personas,

incluido el sistema de salud, siendo el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, dependiendo a su vez de las políticas adoptadas, explicación de la mayor parte de las inequidades en salud.

Dentro de los Determinantes Sociales de la Salud en la zona rural de Cajamarca, prevalecen las condiciones socioeconómica regular (61,4%) y las condiciones regulares de vida y de trabajo (65,5%) de las madres de familia, con una actitud positiva en relación al proceso salud-enfermedad dentro del aspecto de la medicina tradicional y occidental.

Recientemente, los determinantes sociales de los marcos de salud están recibiendo críticas en cuanto a que no se dedican a cuestiones relacionadas con la subjetividad individual y la agencia en su relación con el comportamiento de toma de decisiones de salud. Es necesario examinar las diferentes formas en que las personas que viven en una comunidad asumen la enfermedad. (Superior 2013, p. 155-174)

Ortega 2006 refiere que la oferta terapéutica de la medicina Maya coexiste con la oferta institucional, representada por el centro de salud o la clínica. Esta coexistencia no es conflictual, sino que los enfermos y sus familias recurren a itinerarios terapéuticos mixtos, en donde lo importante es la manera pragmática de la curación/sanación.

Se observa en las madres de familia una actitud positiva frente al proceso salud-enfermedad al decidir utilizar la medicina tradicional y/o la medicina occidental, existe una interrelación entre el uso de ambas medicinas, dependiendo según sus experiencias, conocimientos, creencias, para recurrir a una u otra

atención de salud, quedando claro que la prioridad en la atención de salud empieza en casa, no se descarta el uso de la medicina occidental, viéndose que el nivel educativo está cada vez llegando más a las mujeres, así como el acercamiento del personal de salud con la oferta del SIS, llegándose más a la población necesitada, factores que están obrando para optar actitudes positivas en las madres de familia respecto a la medicina occidental.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo, no muestran una relación significativa, entre los Determinantes Sociales de la Salud, habiéndose obtenido regulares condiciones sociales y regulares condiciones de vida y de trabajo, no así malas condiciones como se había planteado en la hipótesis, con la actitud positiva que se ha obtenido en los resultados de la investigación, diferente a lo que se había trazado en la hipótesis donde se consideraba una actitud negativa de las madres de familia en relación al proceso salud-enfermedad,. Por tanto la actitud positiva de las madres de familia respecto al proceso salud-enfermedad concerniente a la medicina tradicional y occidental no está condicionada mayormente a las regulares condiciones sociales y regulares condiciones de vida y de trabajo, Determinantes Sociales de la Salud. Existen autores como Komblit y Mendes quienes refieren que el proceso salud-enfermedad es también una construcción cultural donde existe un complejo mundo de creencias, valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud, donde reconocen las limitaciones de la medicina tradicional, interactuando con la medicina occidental.

Es necesario considerar la manera en que los seres humanos perciben su entorno físico, social, y la forma cómo viven y se relacionan con él, las cuales están expresas en la cultura, la salud como producto físico y social responde a

códigos culturales. Lo que son conductas saludables, higiénicas en una cultura, no necesariamente son consideradas como tales en otras culturas. La salud y la enfermedad solo pueden ser entendidas en el contexto de la cultura.

Los modos de vivir de un grupo humano constituye la cultura, observándose en el presente trabajo que las madres de familia incluyen prácticas de salud transmitidas de generación en generación e incluyendo otras nuevas dentro de su bagaje cultural, como es la medicina occidental, llevándolas de forma individual o paralelas dentro del proceso salud-enfermedad, tanto la medicina tradicional y la medicina occidental, aceptando o rechazando algunas prácticas de una u otra medicina según la categorización que ella brinda al conjunto de signos y síntomas percibidos dentro del proceso salud-enfermedad.

Es así que, a pesar de tener las madres de familia conocimientos acerca de medidas preventivas dentro de la medicina occidental como es higiene en la manipulación de los alimentos, se pudo observar in situ en madres de familia, algunas contradicciones entre lo que saben y lo que practican, como es el no lavado de manos y de los alimentos antes de consumir la fruta, teóricamente responden correctamente a las medidas preventivas pero en la práctica no se cumple, por lo que se requiere persistir y profundizar en trabajos de investigación concernientes al tema, abarcando la problemática y obtener resultados de impacto en salud en las madres de familia dentro del proceso salud-enfermedad.

## **CAPÍTULO VII**

### **CONCLUSIONES**

A través de la investigación se llegaron a las siguientes conclusiones

- Los Determinantes Sociales de la Salud identificados mediante condiciones socioeconómicas y condiciones de vida y de trabajo, predomina la regular condición socioeconómica y la regular condición de vida y de trabajo en las madres de familia de la zona rural del distrito de Cajamarca, difiriendo de la hipótesis, donde se expresa que son malas las condiciones socioeconómicas y las condiciones de vida y de trabajo de las madres de familia.
- La actitud de las madres de familia frente al proceso salud-enfermedad difiere de la hipótesis, observándose que predomina la actitud positiva, con aceptación hacia la medicina tradicional y la medicina occidental manteniéndose la mayor preferencia a la atención de salud brindada en primera instancia por la madre de familia en el hogar, mediante el uso de la medicina tradicional, seguida de la medicina occidental.
- Respecto a la relación entre las variables, se obtuvieron resultados diferentes a los propuestos en la hipótesis, encontrándose que no existe relación estadística significativa entre los Determinantes Sociales de la Salud y la actitud de las madres de familia en relación al proceso salud-enfermedad, siendo necesario considerar las creencias, los valores y en general la cultura de las madres de familia dentro del proceso salud enfermedad.

## **RECOMENDACIONES**

- A las Escuelas formadoras de Profesionales de la salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, se recomienda enfatizar el estudio del proceso salud-enfermedad de las madres de familia, respetando, reconociendo e incluyendo la actitud de las madres de familia frente a la salud y enfermedad, para una adecuada atención de salud.
- A la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se recomienda continuar con trabajos de investigación cuali cuantitativas.
- Al Ministerio de Salud, para obtener una repercusión real sobre la salud de las madres de familia, se recomienda intervenir sobre las determinantes sociales de la salud, tales medidas exigen procesos profundos de cambio, empezando por los profesionales de la salud, para involucrar el proceso salud- enfermedad de las madres de familia con todo el rico bagaje de experiencias, creencias y su amplia cultura en el proceso salud-enfermedad, para lograr buenos resultados en la salud de la población, buscando consenso social, nacional con compromisos de la sociedad y el personal de salud.

## LISTA DE REFERENCIAS

Alarcón Ana M & all. Citado en: Interculturalidad y Provisión de Servicios para los Adolescentes y Jóvenes; 2003. [Consultado el 17 de julio de 2014].

Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Interculturalidad%20y%20Provisi%C3%B3n%20de%20Servicios%20para%20los%20Adolescentes%20y%20J%C3%B3venes%20Ruzany.pdf>

Alcalde Rabanal JE, OLazo-González, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú Salud Pública Mex 2011; Vol.53 Suppl.2 Cuernavaca Jan. 2011. Scielo Public Health; 2011 [Consultado el 22 de enero de 2014]. Disponible en: <http://realidadeconomicasocialpolitica.Blogspot.com/>

Alderete E. Salud y Pueblos Indígenas. Ediciones Abya-Yala. Quito. Ecuador; 2004.

Allport M. Psicología general. 3<sup>era</sup> edición. Editorial Navarro, México; 2000.

Análisis Situacional de Salud. Dirección Regional de Salud. Dirección de epidemiología. Organización Panamericana de la Salud. 525 23rd St.N.W.- Washington, DC 20037, U.S.A.; 2010 [Consultado el 22 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/ASIS-regiones/Cajamarca/Cajamarca2010.pdf>

Análisis Situacional de Salud. Gobierno Regional de Cajamarca. Dirección Regional de Salud. Oficina de Epidemiología. Cajamarca. Perú; 2011.

Berdonces JL. Principios activos y preparaciones farmacéuticas. 1994 1995; 37 – 38:50 – 53. *Natura medicatrix*. Citado por Marinoff, Mariela A. en las plantas medicinales desde la Biblia a la actualidad. Universidad Nacional del Nordeste. Farmacia, Facultad de Agroindustrias, UNNE. Cdte. Fernández N° 755, H3700LGO Sáenz Peña, Chaco, Argentina; 1994 [Consultado el 20 de enero de 2014] Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt2006/08-Exactas/2006-E-053.pdf>

Bernardini Zambrini DA. El día mundial de la salud, los determinantes sociales y las oportunidades. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2012. Versión impresa ISSN 1726-4634. Vol 29, N° 02. Lima; 2012.

Campos. Citado por Ortega Canto Judith, 2006. Géneros y generaciones: conducta reproductiva de los mayas Centro de Investigaciones Regionales, *Revista Salud Colectiva*. Mérida, Yucatán, México; 2007 [Consultado el 14 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.cirbiomedicas.uady.mx/content.php?op=casdh>

Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro (Brasil), del 19 al 21 de octubre de 2011. Auspiciado por la Organización Mundial de la Salud; 2011.

Chávez Aguilar, Santos. Violencia Familiar: Condicionantes Socioculturales y Económicos Distrito Cajamarca Perú. Tesis para optar el grado de Maestría en Ciencias, Mención Salud, Línea, Salud Pública. Escuela de Post-grado de la Universidad Nacional de Cajamarca; 2010.

Dahlgren y Whitehead. Citados en: Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos; 1991 [Internet] Consultado el 17 de julio de 2014. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/inf/n1512/inf06212.htm>  
De Infante Nohemy Barona, Álvarez Lugardo. Los procesos de trabajo y de salud enfermedad: Una relación dialéctica. Educación médica y salud 1987, 21(2):92-105. Cali. Colombia; 1991.

Eiser JR. Psicología Social. Actitudes, Cognición y Conducta Social. Editorial Pirámide. ISBN=9788436804720. Madrid. España. 424 p; 1989.

ENDES [Encuesta Demográfica y de Salud y de Salud Familiar]. Elaborado por la Oficina de Gestión de la información y Estadística. Dirección General Parlamentaria (DGP). Carpeta Georeferencial Cajamarca. Lima 30 de setiembre 2013. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú; 2012.

Estrada Pérez Marina. La Epidemiología Clásica versus la Epidemiología Crítica. Fiat Lux, revista científica de la escuela de post-grado. Universidad

Nacional de Cajamarca. Vol. 04, N° 01, enero-julio 2008. Cajamarca Perú; 2008.

Flores Berrios C A. Censo escolar - resultados del ejercicio educativo 2010. Dirección Regional de Cajamarca. Plan Operativo Institucional. Director Regional de Educación. Cajamarca. Perú; 2012.

Francke Marfil, Reynoso Raquel. Salud y enfermedad en los márgenes. Diagnóstico participativo en comunidades peruanas que sufren pobreza y exclusión. Edición Nova Print SAC. Lima junio del 2007. 133 Pág. CARE Perú, pág.11; 2007. [Consultado el 17 de julio de 2014]. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/GOB/954\\_CIES-DYP32.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/GOB/954_CIES-DYP32.pdf)

Frenz P. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. Chile; 2008. [Consultado el 19 de mayo de 2012]. Disponible en: [http://www.redsalud.gov.cl/archivos/determinantes\\_sociales.pdf](http://www.redsalud.gov.cl/archivos/determinantes_sociales.pdf).

Godoy J F. Manual de Psicología de la salud. Estrategias de Intervención en neuropsicología. España; 1993.

Gómez López L y Rabanaque Hernández MJ. Concepto de Salud. Promoción de la Salud y Cambio Social. Barcelona, España; 2000.

Headapohl D. Sex, gender, biology and work. En Headapohl D. Ed.: Occupational Medicine: State of the Art Reviews. Oct-Dic 1993; 88(4):685-707. PMID: 8303486; 1993. [PubMed - Medline]. [Retrieved December 15, 2013]. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8303486>

Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos y Baptista Lucio Pilar. Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw-Hill/Interamericana, 4ª edición, Published by: inabominable on Oct 05, 2010. México DF.; 2003.

INEI [Instituto Nacional de Estadística e Informática]. Oficina de Gestión de la Información y Estadística. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Pe. Dirección General Parlamentaria DGP. Carpeta Georeferencial Cajamarca. Lima 30 setiembre 2013. Pág 11; 2012.

INEI [Instituto Nacional de Estadística e Informática]. Censo Nacional 2007. XI de Población y VI de Vivienda. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Cajamarca, Perú; 2007. [Consultado el 23/01/2014]. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:TB5a2gCe3IJ:censos.inei.gob.pe/censos2007/+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe>

Jacques Mabit. Articulación de las Medicinas Tradicionales y Occidentales: El Reto de la Coherencia. Taller regional sobre Políticas y Experiencias en Salud e Interculturalidad. Ministerio de Salud Pública y Unidad de Desarrollo del Norte. Quito; 2004. [Consultado el 22 de enero de 2014]. Disponible en: [http://www.takiwasi.com/docs/arti\\_esp/articulacion\\_medicinas.pdf](http://www.takiwasi.com/docs/arti_esp/articulacion_medicinas.pdf)

Komblit Ana Lia, Mendes Diz Ana María. La Salud y la Enfermedad Aspectos Biológicos y Sociales. Contenidos curriculares. Editorial Aique, Buenos Aires, Argentina; 2000. [Consultado el 01/03/2013]. Disponible en: <http://www.cucaicor.com.ar/datos/kornblit-ana-lia-y-mendes-diz-ana-el-proceso-salud-enfermedad.pdf>

Krech. Investigación del Comportamiento. 8<sup>va</sup> Edición, Editorial Nuevo Mar, México. 69 p.; 1995.

Laframboise HL. Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. PMID: 4691098. [PubMed-indexed for MEDLINE] PMID:PMC194 1185; Can Med Assoc J. 1973 Feb 3;108(3):388-91. Revista Cubana de Salud Pública; 1974.

Lalonde Mark Andre. New perspective on the health of canadians: a working document. Cat. N° H31-1374. ISBN 0-662-50019-9. Ottawa, Department of Health and Welfare. Minister of supply and Services Canada. Government of Canada; 1974.

Laplantine François. Antropología de la Enfermedad. Estudio etnológico de los sistemas de representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea, Ediciones del Sol. 424:336p.; 1999.

Laurell Asa Cristina. La salud-enfermedad como proceso social. Publicación Revista latinoamericana de Salud, N°2. Cuadernos Médicos Sociales N° 19, enero de 1982. México; 1982.

Linogrin Henry. Introducción a la Psicología Social. Editorial Interamericana. México; 1994.

Llanos Zavalaga F, Rosas Aguirre A, Mendoza Requena D, Contreras Ríos C. Comparación de las escalas de Likert y Vigesimal para la evaluación de satisfacción de atención en un hospital del Perú. Revista Médica Herediana, versión On-line ISSN 1729-214X. Rev Med Hered Vol.12 N°02 Lima

abr./jun. 2001. Scielo Perú; 2001. [Consultado (internet) el 30 de diciembre del 2014]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018130X2001000200003](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018130X2001000200003)

Marmot M.G., McDowall M.E. Social Inequalities in mortality: Mortality decline and widening Social Inequalities. The lancet, volume 328, issue 8501. Págs. 274-276; 1986. Consultado [internet] el 10 de octubre del 2012. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2874291>

Mendoza Barrantes M, Rodríguez Portal J, Rojas Llanos F. Familia y Toma de Decisiones en el caserío La Victoria. Otuzco. Universidad Nacional de Cajamarca. Escuela Académico Profesional de Sociología. Tesis para optar el título de Licenciado en Sociología. Cajamarca, Perú; 2001.

Ministerio de Salud. Visión del Ministerio de Salud. Ministerio Nacional de Salud. Lima Perú; 2003.

Ministerio de Salud. Propuesta Técnica del Plan Nacional Concertado de Salud. Ministerio Nacional de Salud. Lima, Perú; 2007.

Mora, Juan. Desigualdad y concentración de la riqueza. Viejos males, nuevas realidades. Publicado en la revista electrónica: Realidad económica social y política del Perú; 2014. [Consultado el 02 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://realidadeconomicasocialypolitica.blogspot.com/search?q=GOBERNAR+PARA+LAS+%C3%89LITES.+Secuestro+democr%C3%A1tico+y+desigualdad+econ%C3%B3mica.+OXFAM>

Nino C Alfonso. El abordaje de los Determinantes Sociales. Promoción de la Salud como herramienta de abordaje de los DDSS. Escuela de Post Grado. Universidad del Pacífico. Lima. Perú; 2012. [Internet], [Consultado 14 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/aninog/el-abordaje-de-los-determinantes-sociales>

Organización Mundial de la Salud. La Salud en las Américas. Vol I. # 569. Publicación Científica. OMS. Washington, EEUU; 1998.

Organización Panamericana de la Salud. Programa Especial de Análisis de Salud. Iniciativa de Datos Básicos en Salud y Perfiles de País 2000. Documento de Trabajo. Washington, DC, EEUU; 2000 13 CATFORD J. Op. cit., pp.125-132. 14 Ware J, Brook R, Davies A, Lohr K. citado en el Boletín Epidemiológico Vol. 22 N° 04. [Revista on-line]; 2009 [Consultada 17 febrero 2013]; Disponible en: <http://www.margen.org/investig/curso6/apunt13.html>

Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe Final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la salud. ISBN 978 92 4 356370 1. Producción editorial: Ediciones Journal S.A. Buenos Aires. Argentina. Organización Mundial de la Salud 2009. [Revista on-line]; 2009. [Consultada 17 febrero 2013]; Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008\\_execsumm\\_es.pdf](http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf)

Ortega Canto Judith. Géneros y generaciones: conducta reproductiva de los mayas Centro de Investigaciones Regionales, Revista Salud Colectiva.

Mérida, Yucatán, México; 2006. [Consultado el 14 de enero de 2014].  
Disponible en: <http://www.cirbiomedicas.uady.mx/content.php?op=casdh>

Pinilla Antonio, Gregoire Nicoll. Psicología Social. México. Editorial Trelles.  
1998. Pág 330; 2001.

Prigogine Ilya. La estructura de lo complejo. 2º edición. Alianza Editorial.  
Madrid. España; 1994.

Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Edición 22º.  
Madrid España; 2001. [Consultado el 10 de enero de 2013]. Disponible en:  
<http://www.rae.es/rae.html>

Rodríguez Lilia. Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La  
Cultura como una Fuerza para Incidir en Cambios en Políticas de Salud Sexual  
y Reproductiva. Trabalho apresentado no III Congresso da Associação Latino  
Americana de População, ALAP, realizado em Córdoba - Argentina, de 24 a  
26 de Setembro de 2008. Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA,  
Ecuador; 2007. [Consultado el 08 de enero de 2013]. Disponible en:  
<http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.6.pdf>

Rojas T y Romero C. Análisis de la Realidad Socioeconómica de Chile.  
Trabajo de investigación la pobreza. Chile; 2008.

Salas Kirchhausen, Alex. Escenarios probables e implicancias a nivel de  
políticas y gestión Pública. Mencionado en la Revista: Perú 2013-2014.  
Publicado en la Revista Gestión Pública y Desarrollo; 2014. [Consultado el 22  
de marzo de 2014]. Disponible en: <http://alexsalask.com/author/alexsalask/>.

Sánchez Bruno y Cañadas O. Categorías de Respuestas en Escalas Tipo Likert. *Psicothema*, Vol 10, N° 3, pp 623-631. Universidad de La Laguna, La Laguna. España; 1998.

Sastre Fernando y Navarro Andrea. ¿Qué entendemos por cultura?. e-libro, Corp. Published by : El Cid Editor. Santa Fe, Argentina; 2009. [Consultado el 12 de octubre de 2013]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos13/quentend/quentend.shtml#ixzz2HuIzrQc4>

Sen Amartya. Desarrollo y Libertad. Publicado de acuerdo con Alfred A. Knopf. Traducción de Esther Rabasco y Luis Toharu 1999. Editorial Planeta. 1<sup>ra</sup>. Edición, quinta reimpresión, febrero 2003. Barcelona. España; 2000. [Consultado el 12 de octubre de 2013]. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:wHfLU7fjiKUI:www.ccee.edu.uy/ensenian/catgenyeco/Materiales/2011-12-07%2520III2AmartyaSenCap8LaAgenciadelasMujeresyelCambioSocial.pdf+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=pe>

Superior Kate, Chenhall Richard. Creencias de Salud y Comportamiento. Artículo publicado por primera vez 19 de junio 2013 en *Medical Anthropology Quarterly*. Vol 27, N° 02, pág 155-174. DOI: 10.1111/maq.12021; 2013.

TECSUP. Liderazgo. Educación Satelital Interactiva. 2<sup>a</sup> ed. Madrid España. 1998.

Tokman Victor y Souza Paulo. El sector informal y la pobreza urbana en América. en Víctor Tokman (comp.). El sector informal en América Latina.

Dos décadas de análisis. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México; 1995.

Vásquez, Enrique. ¿Los niños... primero? La situación de la infancia en el Perú antes del impacto de la crisis internacional 2009. Universidad del Pacífico. Centro de Investigación. Perú. 25:303p.; 2009. [Consultado el 22 de marzo de 2014]. Disponible en formato PDF en: [http://resourcecentre.savethechildren.se/sites/default/files/documents/1625\\_g.14\\_original\\_0.pdf](http://resourcecentre.savethechildren.se/sites/default/files/documents/1625_g.14_original_0.pdf).

Vega Franco Leopoldo. Ensayo, Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica. México. Salud Pública de México. Print versión ISSN 0036-3634 9Salud pública México Vol.44 N° 03. Cuernavaca; 2002. [Consultado el 12 de octubre de 2013]. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342002000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Vega Jeanette, Solar Orielle, Alec Irwin. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. Equipo de equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. [Cursos on-line]; 2010 [Consultada 17 febrero 2013]; Disponible en: [http://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/3225/mod\\_resource/content/0/Curso\\_DSS\\_11/equidad\\_DSS\\_conceptos\\_basicos.pdf](http://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/3225/mod_resource/content/0/Curso_DSS_11/equidad_DSS_conceptos_basicos.pdf)

Wescott Gill, Per-Gunnar Svensson, HFK Zöllner. Health Policy Implications of Unemployment. ISBN=9289010290, 9789289010290. World Health Organization, Copenhagen. Dinamarca, Oficina Regional para Europa. 409 Páginas; 1985.

## APÉNDICE

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN. GUÍA DE ENTREVISTA

Buenos días Señora, mi nombre es.....soy (enfermera, profesor, nutricionista) y estoy participando en coordinación con el Puesto de Salud, en un trabajo de investigación, siendo necesario conocer sus opiniones respecto a la salud y enfermedad, preferencias en la atención de salud, tratamiento, entre otros, así como identificar las condiciones en las cuales se desenvuelve cotidianamente.

Para este trabajo de investigación tengo que hacerle algunas preguntas a usted, respecto a las condiciones en las que vive, las condiciones de trabajo, la alimentación, su actitud frente a la medicina tradicional y occidental y el servicio de salud al cual usted acude. Las respuestas tienen por objeto recoger su importante opinión las cuales deben ser contestadas con claridad y total verdad.

Usted no debe preocuparse por las respuestas que me dé, ya que estas son muy confidenciales. Su nombre no aparecerá en ninguna parte, ya que cuando salgan los resultados de investigación, ellos van a contar lo que el conjunto de madres de familia dicen y o lo que cada una dice aisladamente.

Usted no está obligada a participar, no se preocupe, no nos vamos a molestar, ni va a dejar de ser atendida en los servicios de atención de Salud. Claro que si usted participa va a ser muy importante para nosotros, porque así vamos a conocer respecto a la atención de salud-enfermedad de las madres de familia y la percepción de los servicios de salud entre otros.

¿Usted entendió lo que dije? ¿Desea hacer alguna pregunta? (Pausa e inicio de la entrevista)

Al final de la aplicación de la entrevista, la entrevistadora deberá agradecer la participación de la entrevistada y repetir los objetivos del estudio.

#### ***“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”.***

#### **I. ASPECTOS GENERALES DE LA MADRE DE FAMILIA DE COMUNIDADES DE LA ZONA RURAL DEL DISTRITO DE CAJAMARCA**

Encuesta N° ..... Fecha ...../...../2012  
Nombre del<sub>(1a)</sub> entrevistador<sub>(a)</sub> .....

1. Dirección: .....
2. Edad de la madre: ..... años.

3. Estado civil  
 Soltera.  Conviviente.  Casada.  
 Casada separada.  Conviviente separada.  Viuda.  
 Otra, ¿cuál? .....

**II. INFORMACIÓN ACERCA DE LA POSICIÓN SOCIO-ECONÓMICA DE LA MADRE DE FAMILIA DE COMUNIDADES DE LA ZONA RURAL DEL DISTRITO DE CAJAMARCA**

**A) EDUCACIÓN**

1. ¿Cuál es el nivel de instrucción de la madre de familia? :
- No asistió a la escuela.  Primaria incompleta.  
 Primaria completa.  Secundaria incompleta.  
 Secundaria completa.  Superior incompleta.  
 Superior completa.
2. ¿Cuál es el nivel de instrucción del esposo? :
- No asistió a la escuela.  Primaria incompleta.  
 Primaria completa.  Secundaria incompleta.  
 Secundaria completa.  Superior incompleta.  
 Superior completa.
3. ¿Cuál es el nivel de instrucción de sus hijos?

	SEXO	EDAD	GRADO DE INSTRUCCIÓN	REPETICENCIA ESCOLAR	DESERCIÓN ESCOLAR
Hijo 1					
Hijo 2					
Hijo 3					
Hijo 4					
Hijo 5					
Hijo 6					

**B) INGRESO ECONÓMICO**

4. ¿Cuál es su ocupación actualmente?  
 Ama de casa.  
 Ama de casa y a la vez me desempeño en otro trabajo.  
 ¿Cuál? .....

5. ¿Quién es el que sostiene económicamente su hogar?  
 Yo                       Mi esposo o conviviente.                       Mis padres  
 Mis suegros.                       Otros. (Especificar) .....
6. En caso de pagar alquiler. ¿Cuánto paga? S/.....
7. Personas que apoyan económicamente dentro del hogar:

<b>PERSONA</b> (considerar al Jefe de la familia primero)	<b>OCUPACIÓN</b>	<b>SALARIO</b> [ S ] Semanal o [ M ] Mensual .
1. ....		S/.....[ ]
2. ....		S/.....[ ]
3. ....		S/.....[ ]
4. ....		S/.....[ ]

- Menos de un mínimo vital, menos de S/. 600.00
- De uno a dos mínimos vitales, de S/. 600.00 a S/. 1200.00
- Mas de dos mínimos vitales, más de S/. 1,200.00

**C) GÉNERO**

8. ¿Quién manda o toma las decisiones en el hogar?  
 Mi esposo.                       Madre entrevistada.  
 Mi padre.                       Mi madre.                       Mis abuelos  
 Mis suegros.                       Mis hermanos.
9. Cuando se enferman los hijos. ¿El esposo le ayuda a buscar la forma de solucionar el problema de salud?  
 Si.                       No. Especifique .....
10. ¿El esposo participa en el cuidado de los hijos?  
 Si.                       No. Especifique .....
11. Sin considerar que sean actividades de hombre o de mujer. ¿El esposo participa en los quehaceres de la casa?  
 Si.                       No. Especifique .....

**III. INFORMACIÓN SOBRE CONDICIONES DE VIDA DE LA MADRE DE FAMILIA EN COMUNIDADES DE LA ZONA RURAL DEL DISTRITO DE CAJAMARCA:**

**VIVIENDA, ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS**

12. Su vivienda es:
- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alquilada.                        | <input type="checkbox"/> Propia<br>pagándola a plazos        | <input type="checkbox"/> Propia<br>totalmente pagada            |
| <input type="checkbox"/> Propia.<br>por invasión           | <input type="checkbox"/> Cedida, por el<br>centro de trabajo | <input type="checkbox"/> Cedida por otro<br>hogar o institución |
| <input type="checkbox"/> Compartida en casa de los suegros |  |   |
| <input type="checkbox"/> Otro [especifique] .....          |  |   |
13. Según la ubicación de la vivienda, ¿su casa es?:
- Casa independiente.
  - Departamento en edificios
  - Vivienda en quinta
  - Vivienda en casa de vecindad (Callejón solar o corredor)
  - Choza o cabaña.
  - Vivienda improvisada.
  - Local no destinado para Habitación humana.
  - Otro, especifique: .....
14. El material predominante en las paredes exteriores
- Ladrillo o bloque de cemento.
  - Piedra o sillar con cal o cemento.
  - Adobe o Tapial
  - Quincha (caña con barro).
  - Piedra con barro.
  - Madera.
  - Estera.
  - Otro, especifique: .....
15. El material predominante en los techos
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Concreto armado.         | <input type="checkbox"/> Madera.               |
| <input type="checkbox"/> Tejas.                   | <input type="checkbox"/> Planchas de calamina. |
| <input type="checkbox"/> Caña o estera con barro. | <input type="checkbox"/> Estera.               |
| <input type="checkbox"/> Paja, hojas de Palmera   |  |
| <input type="checkbox"/> Otro, especifique: ..... |  |
16. El material predominante en los pisos
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Parquet o madera pulida. | <input type="checkbox"/> Láminas asfálticas.            |
| <input type="checkbox"/> Vinílicos o similares.   | <input type="checkbox"/> Losetas, terrazas o similares. |
| <input type="checkbox"/> Madera (entablados).     | <input type="checkbox"/> Cemento.                       |
| <input type="checkbox"/> Tierra.                  | <input type="checkbox"/> Otro, especifique: .....       |
17. Abastecimiento de agua
- Red pública dentro de la vivienda.
  - Red pública fuera de la vivienda, pero dentro del edificio.
  - Pilón de uso público.
  - Camión, cisterna o otro similar.
  - Pozo.
  - Río, acequia, manantial o similar
  - Otro, especifique: .....

18. Tipo de alumbrado

- Electricidad.  Petróleo, gas (lámpara)  
 Vela.  No tiene.  
 Otro, especifique:.....

19. Tipo de servicio higiénico (wáter, letrina, etc.) con conexión a:

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

20. Eliminación de basura:

- Carro recolector.  Campo abierto (Chacra).  
 Incineración.  Lo entierra.  
 Al río.

**DATOS DEL HOGAR**

21. Además de su esposo e hijos, ¿Viven con usted otros familiares?

- Padres  Suegros  Abuelos  Tíos  
 Cuñados  Nuera  Yerno  Nietos  
 Otros, .....

22. Número de habitaciones que ocupa Ud. (con su esposo e hijos), (sin contar baño, cocina, pasadizos ni garaje) ( )

23. Combustible que más usa para cocinar:

- Electricidad.  Gas.  Carbón.  
 Leña.  Estiércol.  
 Otro, especifique: .....  
 No cocina.

24. Bienes que posee el hogar:

- Equipo de sonido.  Televisor a color.  
 DVD.  Licuadora.  
 Refrigeradora / congeladora.  Cocina.  
 Teléfono fijo.  Celular  
 Plancha eléctrica.  Lavadora.  
 Computadora.  Horno microondas.  
 Internet.  Cable.

**IV. INFORMACIÓN SOBRE LAS CONDICIONES DE TRABAJO DE LA MADRE DE FAMILIA DE COMUNIDADES DE LA ZONA RURAL DEL DISTRITO DE CAJAMARCA**

**A) CONDICIONES DE RIESGO EN EL TRABAJO COMO AMA DE CASA.**

25. Instalaciones y construcciones inadecuadas:

- Eliminación de humo en la cocina y peligro de quemarse.
- Viviendas en condiciones precarias, en peligro de caer.
- Malas instalaciones de luz en la vivienda con riesgo de accidentes.
- Consumo de agua no potable.
- Otros, .....

26. Problemas físicos por el trabajo:

- Deterioro físico por exceso de trabajo en la chacra.
- Agotamiento físico por insuficiente descanso.
- Caminatas extensas llevando almuerzo al esposo hasta su centro laboral.
- Levantarse de madrugada a trabajar al campo libre cargando al hijo.
- Otros, .....

27. Tiempo para atención de Problemas de salud.

- Escaso tiempo para acudir a recibir atención médica por el trabajo en casa.
- No tengo tiempo, por atender los quehaceres de la casa.

28. Transporte inadecuado:

- Falta de servicio público de transporte.
- Uso de otros medios de transporte inseguros
- Caminos accidentados y/o peligrosos.

29. Exposición a la agresión y delincuencia:

- Maltrato físico del esposo.
- Maltrato emocional del esposo.
- Maltrato físico y/o emocional de otros familiares.
- Robo de animales y otras pertenencias.

**B) CONDICIONES DE RIESGO EN OTRO TIPO DE TRABAJO.**

30. Instalaciones y equipos peligrosos:

- Instalaciones eléctricas inapropiadas.
- Equipos eléctricos peligrosos.
- Baños, duchas sin aseo.
- Comedor desaseado.
- Agua para beber sucia.
- Otros (especificar) .....

31. Procesos físicos derivados de la condición del trabajo:

- Cambios bruscos de temperatura.  Humedad.
- Falta de ventilación.  Mala iluminación.
- Ruido fuerte o crónico.  Radiaciones.

32. Procesos emanados de la transformación de la materia prima:  
 Polvo.  Humo.  
 Vapores.  Líquidos irritantes.  
 Otros (especificar) .....
33. Procesos de contaminación biológica relacionados con el trabajo:  
 Contagio de enfermedades (infecciones por bacterias o virus).  
 Hongos en pies y manos.  
 Parasitosis.
34. Procesos derivados de la exigencia laboral física:  
 Grandes esfuerzos físicos.  
 Trabajo sedentario (sentada y quieta).  
 Posturas incómodas o forzadas (parada, arrodillada, agachada por largo tiempo).  
 Tiempo largo para trasladarse al trabajo.
35. Procesos derivados de la organización del trabajo:  
 Horas extras excesivas.  
 Cambios de horario, no respetan los turnos.  
 Atención y ritmo de trabajo intenso.  
 Trabajo aburrido o monótono.  
 Turnos nocturnos y madrugadas.
36. ¿Tiene el tiempo suficiente para cumplir con el trabajo del hogar como con este otro trabajo?:  
 Si.  No.
37. ¿Su esposo está de acuerdo con este trabajo?:  
 Si.  No. Especifique: .....

## V. INFORMACIÓN SOBRE LA ALIMENTACIÓN

### ➤ **PRODUCCIÓN Y DISPONIBILIDAD DE ALIMENTOS**

38. ¿De dónde adquiere usted mayormente los alimentos?  
 Mercado.  Tienda.  Cosechas.  
 Programas Sociales. Otro .....
39. En su chacra, o en su huerto familiar ¿qué alimentos suele Ud. sembrar?  
 .....
40. En su casa, ¿qué animales cría?  
 .....
41. Estos alimentos vegetales y animales, le sirven mayormente para:  
 Consumo  Venta Otros.....

42. ¿Almacena, usted algún alimento? ¿Por cuánto tiempo?

ALIMENTO DE CONSUMO ALMACENADO	TIEMPO DE ALMACENAMIENTO

43. ¿Pertenece usted a algún programa económico o alimentario?

Si.       No. (Si la respuesta es NO, pase a la pregunta 57)

Especificar:

Programa Integral de Nutrición PRONAA – PIN.

Comedor Popular.

Programa de prevención contra la DC infantil. PREDECI.

Programa JUNTOS.

Vaso de Leche.

Otros. Especificar .....

44. En el programa alimentario que usted participa:

	Nombre		Nombre		Nombre		Nombre	
	Tubérculos							
	Cereales							
	Leguminosas							
	Alimentos de origen animal							
	Azucares							
	Aceite							

➤ **ACCESO A LOS ALIMENTOS**

45. El ingreso económico familiar permite cubrir la canasta familiar:

Si.       No.      Especifique: .....

46. ¿Cuánto utiliza mensualmente para la comida?

Menos de S/.100	
Entre S/.100 y S/.300	
Entre S/.300 y S/.600	



- Promotor de salud.  Yerbero.  
 Partera.  Huesero  
 Curandero.  
 53. Se siente satisfecho con la atención brindada por los médicos, enfermeras y obstétrices  
 Sí.  No. ¿Porque? .....

## SEGUNDA PARTE

Madre de familia en esta segunda y última parte se le pide por favor que marque usted con una X el Cuadro que más se aproxime, a qué tan de acuerdo está con la frase que se menciona, el recuadro superior corresponde a estar totalmente de acuerdo y el recuadro inferior a estar en total desacuerdo y los intermedios sugieren distintos grados de respuesta, sírvase por favor responder con la verdad.

### VII. ACTITUD EN RELACIÓN AL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

54. Existen enfermedades que las cura la madre en la casa, el curandero, yerbero, huesero, partera (las llamaremos enfermedades populares) y enfermedades que las tratan los médicos, enfermeras, farmacéuticos u otro profesional (las llamaremos enfermedades occidentales):  
 Totalmente de acuerdo.  De acuerdo.  Neutral.  
 En desacuerdo.  Totalmente en desacuerdo.
55. Existen otras enfermedades que solo las puede atender el brujo.  
 Totalmente de acuerdo.  De acuerdo.  Neutral.  
 En desacuerdo.  Totalmente en desacuerdo
56. Cuando se enferma alguien en la casa, hay indecisión de llevar al enfermo al puesto de salud, o a un personal de la comunidad:  
 Totalmente de acuerdo.  De acuerdo.  Neutral.  
 En desacuerdo.  Totalmente en desacuerdo
57. Las enfermedades populares no las conocen ni las pueden curar los médicos, ni las enfermeras:  
 Totalmente de acuerdo.  De acuerdo.  Neutral.  
 En desacuerdo.  Totalmente en desacuerdo
58. El curandero, yerbero, huesero o curioso, conoce y comprende las enfermedades populares  
 Definitivamente sí.  Probablemente sí.  Indeciso  
 Probablemente no.  Definitivamente no.  
 Cuales?.....
59. La atención que brinda el brujo es buena, sanando las enfermedades que el médico no puede sanar.  
 Definitivamente sí.  Probablemente sí.  Indeciso.  
 Probablemente no.  Definitivamente no.  
 En qué casos Sí:.....  
 En qué casos No:.....

60. La madre de familia es la primera que atiende a la familia en la casa antes de llevarlo al puesto de salud.  
 Definitivamente sí.       Probablemente sí.       Indeciso.  
 Probablemente no.       Definitivamente no.  
 En qué casos Sí:.....  
 En qué casos No:.....
61. Se obtiene recuperación de la salud cuando se acude al puesto de salud.  
 Definitivamente sí.       Probablemente sí.       Indeciso.  
 Probablemente no.       Definitivamente no.  
 En qué casos Sí:.....  
 En qué casos No:.....
62. Se obtiene recuperación de la salud cuando se acude al curandero, yerbero, partera u otro personal de la comunidad.  
 Definitivamente sí.       Probablemente sí.       Indeciso.  
 Probablemente no.       Definitivamente no.  
 En qué casos Sí:.....  
 En qué casos No:.....
63. Se obtiene recuperación de la salud cuando se acude al brujo.  
 Definitivamente sí.       Probablemente sí.       Indeciso.  
 Probablemente no.       Definitivamente no.  
 En qué casos Sí:.....  
 En qué casos No:.....
64. El personal que atiende en el puesto de salud brinda un buen trato:  
 Totalmente de acuerdo.       De acuerdo.       Neutral.  
 En desacuerdo.       Totalmente en desacuerdo.  
 Especificar:.....
65. El curandero, yerbero, huesero u otro personal de la comunidad brinda un buen trato:  
 Totalmente de acuerdo.       De acuerdo.       Neutral.  
 En desacuerdo.       Totalmente en desacuerdo.  
 Especificar:.....
66. Se debe tomar agua hervida para no enfermar:  
 Totalmente de acuerdo.       De acuerdo.       Neutral.  
 En desacuerdo.       Totalmente en desacuerdo.
67. Tomar agua directo del caño, nos enferma:  
 Totalmente de acuerdo.       De acuerdo.       Neutral.  
 En desacuerdo.       Totalmente en desacuerdo.
68. Comer con las manos sin lavarse, nos enferma:  
 Totalmente de acuerdo.       De acuerdo.       Neutral.  
 En desacuerdo.       Totalmente en desacuerdo.

69. El jugar con basura hace que se enfermen:  
 Totalmente de acuerdo.       De acuerdo.       Neutral.  
 En desacuerdo.                       Totalmente en desacuerdo.
70. Lavarse las manos después de ir al baño, evita enfermarnos de diarrea:  
 Totalmente de acuerdo.       De acuerdo.       Neutral.  
 En desacuerdo.                       Totalmente en desacuerdo.
71. Comer carnes, frutas y verduras ayuda a no enfermarnos:  
 Totalmente de acuerdo.       De acuerdo.       Neutral.  
 En desacuerdo.                       Totalmente en desacuerdo.
72. El uso del cuy y del huevo son efectivos para conocer las enfermedades:  
 Totalmente de acuerdo.       De acuerdo.       Neutral.  
 En desacuerdo.                       Totalmente en desacuerdo.
73. El uso de las radiografías, examen de sangre, orina, heces, son efectivas para conocer las enfermedades:  
 Totalmente de acuerdo.       De acuerdo.       Neutral.  
 En desacuerdo.                       Totalmente en desacuerdo.
74. El uso de las plantas, para tratar las enfermedades son efectivas:  
 Totalmente de acuerdo.       De acuerdo.       Neutral.  
 En desacuerdo.                       Totalmente en desacuerdo.
75. El uso de medicamentos de las farmacias, son efectivos para tratar las enfermedades:  
 Totalmente de acuerdo.       De acuerdo.       Neutral.  
 En desacuerdo.                       Totalmente en desacuerdo.

MUCHAS GRACIAS  
DIOS LE BENDIGA

## ANEXO

### POBLACIÓN DE LA ZONA RURAL DEL DISTRITO DE CAJAMARCA

ZONA 1 (Este)		Población	Familias	Muestra programada	M. ejecutada por saturación
1	Cruz Blanca	324	65		
2	Huacariz Chico	541	108		
3	Huacariz Grande	1001	200	25	
4	Aylambo	358	72		
5	Huacariz San Antonio	311	62		
6	Agamarca San Antonio	366	73		
7	Shudal	527	105	19	
8	Paccha Chica	1541	308	31	
9	Paccha Grande	907	181		
10	Amoshulca	251	50		
11	Pariamarca	349	70		
12	Agocucho	246	49		
	otras	8022	1604		
		14744	2949	75	

ZONA 2 (Norte)		Población	Familias	Muestra programada	M. ejecutada por saturación
1	Porcón Alto	450	90		
2	Granja Porcón	836	167	18	
3	Manzanas Capillanea	257	51		
4	Porcón Bajo	517	103		
5	Huambocancha Alta	746	149		
6	Huambocancha Chica	480	96		
7	El milagro	3186	637	44	
8	Huambocancha Baja	1095	219	22	
	Otras	5727	1145		
		13294	2659	84	

ZONA 3 (Sur)		Población	Familias	Muestra programada	M. ejecutada por saturación
1	Corisorgona	249	50	7	
2	Candopampa	399	80		
3	Chamis	658	132	13	
4	Urubamba Alta	237	47		
5	Urubamba Sector II	201	40	5	
6	Barrio Delta	286	57		
7	Calispuquio	164	33		
	Otras	7934	1587		
		10128	2026	25	

Fuente: Oficina de estadística, Red de Servicios de Salud II, Cajamarca, 2010.