



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN
GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

COVID-19 y los Determinantes Médico-Sociales de Salud
relacionados a Anemia en Niños Menores de 3 Años. Puesto de Salud
Buldibuyo-2020.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

AUTORA:

Araujo Avila, Kaitel Gilder (ORCID: 0000-0003-4578-258X)

ASESORA:

Dra. Lora Loza, Miryam Griselda (ORCID: 0000-0001-5099-1314)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de los servicios de la salud y gestión de riesgos en salud

TRUJILLO – PERÚ

2020

DEDICATORIA

A Dios,

Por permitirme llegar hasta este momento tan especial y haberme dado la salud para cumplir esta Meta en mi vida, además de su Infinita bondad y sabiduría.

A mis padres,

Quienes guiaron mis pasos con mucho amor, me enseñaron a continuar Luchando para vencer los obstáculos, sin perder la esperanza de conseguir las metas Propuestas, a pesar de los tropiezos y dificultades que se han presentado en el difícil sendero de mi vida.

A mí amada esposa y Compañera, Yesenia Marisol Ysla Cueva,

Por su apoyo incondicional y ánimo que me brinda día a día para alcanzar Nuevas metas, tanto profesionales como Personales.

KAITEL GILDER ARAUJO AVILA

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora

Dra. Miryam Griselda Lora Loza; por su apoyo incondicional, paciencia necesaria, por su orientación y ayuda durante la realización de este trabajo de investigación.

A la Universidad César Vallejo

Por permitirme formar parte de su prestigiosa institución y de la escuela de posgrado, a los docentes por guiarnos, inculcarnos a ser cada día profesionales competentes y a todos los compañeros de la maestría, quienes con su apoyo hicieron que logre un objetivo más en mi vida profesional.

A la Gerencia Regional De Salud La Libertad y a la Red de Salud Pataz

*A las autoridades de la Gerencia Regional de Salud y de la Red de Salud Pataz, que me permitió el permiso y las facilidades para realizar esta investigación.
A los usuarios y compañeros de trabajo que participaron voluntariamente en esta investigación con sus experiencias, sentimientos y emociones; que permitieron obtener estos resultados.*

KAITEL GILDER ARAUJO AVILA

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	15
3.1 Tipo y diseño de Investigación	15
3.2 Variables y Operacionalización	16
3.3 Población (criterios de selección), muestra, muestreo, unidad de análisis	16
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	17
3.5 Procedimientos	18
3.6 Método de análisis de datos	18
3.7 Aspectos éticos.	19
IV. RESULTADOS	20
V. DISCUSIÓN	25
VI. CONCLUSIONES	32
VII. RECOMENDACIONES	33
REFERENCIAS	34
ANEXOS	39

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 1	La relación entre los determinantes del entorno socioeconómico con la anemia en niños menores de 3 años de edad atendidos en el Puesto de Salud Buldibuyo, bajo el contexto del COVID-19.	22
Tabla 2	La relación entre los determinantes del entorno físico con la anemia en niños menores de 3 años de edad atendidos en el Puesto de Salud Buldibuyo, bajo el contexto del COVID-19.	23
Tabla 3	La relación entre los determinantes de los estilos de vida con la anemia en niños menores de 3 años de edad atendidos en el Puesto de Salud Buldibuyo, bajo el contexto del COVID-19.	24
Tabla 4	La relación entre los determinantes de las interacciones con las redes sociales y comunitarias con la anemia en niños menores de 3 años de edad atendidos en el Puesto de Salud Buldibuyo, bajo el contexto del COVID-19.	25

RESUMEN

Con el objetivo de relacionar los determinantes médico-sociales de la salud con la anemia en niños menores de 3 años de edad atendidos en el Puesto de Salud Buldibuyo, bajo el contexto del COVID-19, se realizó una investigación descriptiva correlacional involucrando para el análisis documental 108 historias clínicas. Se encontró y concluyó que existe relación significativa e inversa (Spearman $R = -0,241$ y $-0,323$ respectivamente) entre la anemia con los determinantes del entorno socioeconómico como la edad de la madre (mayoritariamente entre los 19 a 35 años con 66,7%) y el ingreso familiar (>950-4400 en un 60,2%). Los determinantes del entorno físico que se relacionan significativamente ($p < 0,05$ y Spearman $R = 0,208$ y $0,291$ respectivamente) con la anemia son el contar con servicios básicos incompletos (52,8%) y no contar con ningún tipo de saneamiento ambiental (42,6%). Los determinantes de los estilos de vida que se relacionan significativamente con la anemia ($p < 0,05$ y Spearman $R = 0,519$, $0,541$ y $0,213$ respectivamente) son el tipo de alimentación (Poco saludable en 60,2%), los hábitos nutricionales (no balanceados en 43,5%) y la poca práctica de actividad física (A veces en 54,6%). El determinante de las interacciones con las redes sociales y comunitarias que se relaciona significativamente con la anemia ($p < 0,05$ y $X^2 = 22,358$ y $CC = 0,414$) es el acceso a los servicios de salud (Siempre en 82,4%).

Palabras clave: Anemia, determinantes de la salud.

ABSTRACT

In order to relate the medico-social determinants of health with anemia in children under 3 years of age treated at the Buldibuyo Health Post, under the context of COVID-19, a correlational descriptive investigation was carried out, involving for the analysis documentary 108 medical records. It was found and concluded that there is a significant and inverse relationship (Spearman $R = -, 241$ and $-, 323$ respectively) between anemia with the determinants of the socioeconomic environment such as the age of the mother (mostly between 19 to 35 years with 66.7 %) and family income ($> 950-4400$ in 60.2%). The determinants of the physical environment that are significantly related ($p < 0.05$ and Spearman $R =, 208$ and $, 291$ respectively) with anemia are having incomplete basic services (52.8%) and not having any type of sanitation environmental (42.6%). The determinants of lifestyle that are significantly related to anemia ($p < 0.05\%$ and Spearman $R = 0.519, 0.541$ and 0.213 respectively) are the type of diet (Unhealthy in 60.2%), nutritional habits (unbalanced in 43.5%) and the little practice of physical activity (Sometimes in 54.6%). The determinant of interactions with social and community networks that is significantly related to anemia ($p < 0.05$ and $X^2 = 22,358$ and $CC =, 414$) is access to health services (Always at 82.4%).

Keywords: Anemia, determinants of health.

I. INTRODUCCIÓN

El hombre desde tiempos remotos aprendió a convivir con la anemia, fenómeno médico social que en muchas etapas de la historia humana se caracterizó, principalmente, por estar presente entre las familias más empobrecidas identificándosele, especialmente, desde el siglo pasado por la carencia de consumo de hierro entre los alimentos, lo que provoca la disminución de la hemoglobina en la sangre. La Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO) en 1965 en su libro "Nutrición humana en el mundo en desarrollo.", ya señalaba que también había otros factores que contribuirían con ella, la anemia, porque el hombre "...aunque no sufra de una carencia de consumo absoluto de hierro alimentario, las deficiencias de folatos (o ácido fólico), vitamina B12 y proteínas pueden provocar la anemia. El ácido ascórbico, la vitamina E, el cobre y la piridoxina, también se necesitan para producir glóbulos rojos (eritrocitos). La carencia de vitamina A también se asocia con la anemia." (Cap.13-pag. 137)

En la actualidad, aún prevalecen muchas de estas características médicos sociales para referirse a la anemia, pero son tres los parámetros principales para identificarla: nivel de hemoglobina, hematocritos o número de glóbulos rojos en la sangre. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016; en López 2017: pág. 29), por su parte, habla de anemia cuando "...existe una disminución de la masa eritrocitaria y de la concentración de hemoglobina (Hb) circulantes en el organismo por debajo de unos límites considerados normales para un sujeto, teniendo en cuenta determinantes médicas sociales del entorno socioeconómico, entorno físico, de los estilos de vida y las interacciones en las redes sociales y comunitarias."

Debido a las malas condiciones de existencia material y espiritual, de pobreza y pobreza extrema de la mayoría de las personas en el mundo, los reportes epidemiológicos más recientes señalan que más del 70% de la población mundial sufre de anemias y, de ella, entre 40 a 68% son niños menores de tres años con deficiencia, sobre todo, de hierro. Se podría decir que gran parte de la humanidad nacieron y nacen con esa condición a los que se suman los malos hábitos y costumbres nutricionales y alimenticias de esta población (OMS/OPS, 2017).

Los países en vía de desarrollo de África, Asia y América Latina y el Caribe, siempre han sido los que han reportado las mayores tasas de anemia en niños menores de tres años (entre 60.0% al 78% de la población menor de tres años). Liderando los picos más altos están los países sub africanos como Angola, Botsuana, Camerún, Gambia, Ghana, Kenia y Maputo, y, en América Latina países como Bolivia, Perú, Ecuador y Venezuela (OMS/OPS, 2017).

En nuestro país la prevalencia de la anemia en zonas alto andinas como Patáz en La Región La Libertad está estimada, según el INEI (ENDES, 2017; 2018) en entre 50 a 65%. Las consecuencias de esta condición médica social la encontramos en el escaso desarrollo emocional, cognitivo y motor de los niños, aspectos que bajo condiciones circunstanciales o coyunturales extremas, como la presencia del fenómeno COVID-19, se exacerban marcando hitos nunca vistos en la historia de la humanidad.

Muchos responsabilizan de esta situación directamente al mismo hombre, por sus malos hábitos y costumbres alimenticias y sus malos estilos de vida, otros, atribuyen gran responsabilidad a las características biológicas y genética del ser humano. Pero, las condiciones extraordinarias que el COVID-19 le ha presentado a las personas del mundo entero, aumentando exponencialmente la pobreza y pobreza extrema y descubriendo el real rostro de este mal endémico en todas las sociedades y pueblos del mundo, hace que sea una obligación mirar este fenómeno en su real dimensión fundamentalmente por la pérdida del trabajo y el escaso soporte o ayuda gubernamental que se precisa para paliar la situación de emergencia sanitaria (Rasmussen y Thopson, 2020).

La perspectiva actual es que no habrá marcha atrás y jamás volveremos a vivir en el mundo que hemos conocido antes del COVID-19. Todo determinante médico-social de la salud relacionada a la anemia, se ha convertido en mera circunstancia en que las personas nacieron crecieron se desarrollaron, envejecieron y murieron, y hoy, estas mismas condiciones están marcadas por mayor pobreza y miseria. Es decir, al cambiar la vida como la conocíamos, cambiaran las circunstancias en donde, como es lógico, no vamos a tener la oportunidad de mejorar nuestras condiciones de vida materias y espiritual en plazos cortos, por lo tanto, es importante hacer juicios de valor sobre cómo determinar mejor la extensión del problema y contar con mejores herramientas para

analizar la efectividad de las medidas de control (Xia et al. 2020; OMS, 2019a). De allí la importancia del presente estudio, ya que su objeto es mostrar que estos cambios en la epidemiología de la anemia en poblaciones vulnerables, menor de tres años de edad, si estarían determinadas por factores como la edad media de los padres, la situación laboral familiar, la carga familiar, el grado de instrucción de los padres y/o miembros de la familia, el nivel de ingreso medio de la familia, etc...

El Distrito de Buldibuyo, ubicado a más de 3,000 metros de altura su población está rodeada de un entorno familiar que tradicionalmente practica malos hábitos y costumbres alimenticias y/o nutricionales, así como estilos de vida no saludables, con falta de servicios básicos y que viven principalmente del trabajo en las minas y/o agricultura. Al paralizarse el trabajo en la mina y no recibir sueldos por casi ya 2 meses debido a las medidas de confinamiento y aislamiento social dictados por el Gobierno y no haberles llegado bonos económicos y ayuda directa de soporte, sus condiciones de sobrevivencia han empeorado habiendo deteriorado sus condiciones de existencia social.

Si ya antes del COVID-19 la anemia en niños menores de tres años de edad era un problema de salud pública, cuya prevalencia sobrepasaba el 60% de dicha población, podemos decir que el riesgo actual de presentar anemia es total, lógicamente bajo las condiciones de vida material y espiritual que han impuesto las medidas de confinamiento y aislamiento social obligatorio para detener el avance del COVID-19. Estamos frente a un problema de magnitudes insospechadas, porque el, 95% de la población del distrito de Buldibuyo estaría ubicada ya entre los quintiles 4 y 5, es decir: de pobreza y pobreza extrema (MIDIS, 2018).

Bajo este contexto y desde el punto de vista teórico la presente investigación tuvo como objeto analizar el corpus teórico del área temática bajo las nuevas condiciones de existencia que impone el fenómeno del COVID-19. Desde el punto de vista práctico la investigación determinara la relación entre los determinantes sociales de la salud bajo las condiciones de confinamiento y aislamiento social que impone el COVID-19, con la anemia en niños menores de tres años de edad. Metodológicamente, la investigación sigue las técnicas descriptivas correlacionales, cuyo objeto es marcar el camino para que otras investigaciones puedan constatar y contrastar sus resultados empíricamente. Desde

el punto de vista médico social la investigación permitirá evaluar la anemia como un problema médico-social en condiciones extraordinarias que exacerban las condiciones reales de pobreza y pobreza extrema de la población.

Bajo las condiciones investigativas expuestas se planteó como problema: ¿Cuál es la relación entre los determinantes médico-sociales de la salud con la anemia en niños menores de 3 años de edad atendidos en el Puesto de Salud Buldibuyo, bajo el contexto del COVID-19?. Y, la hipótesis inicial fue que “Bajo el contexto del COVID-19 existe relación significativa entre los determinantes médico-sociales de la salud con la anemia en niños menores de 3 años de edad atendidos en el Puesto de Salud Buldibuyo.”

Consecuentemente, la investigación se orientó por el objetivo General: Relacionar los determinantes médico-sociales de la salud con la anemia en niños menores de 3 años de edad atendidos en el Puesto de Salud Buldibuyo, bajo el contexto del COVID-19. Los objetivos específicos fueron: a) Establecer la relación entre los determinantes del entorno socioeconómico con la anemia en niños menores de 3 años de edad atendidos en el Puesto de Salud Buldibuyo, bajo el contexto del COVID-19; b) Establecer la relación entre los determinantes del entorno físico con la anemia en niños menores de 3 años de edad atendidos en el Puesto de Salud Buldibuyo, bajo el contexto del COVID-19; c) Establecer la relación entre los determinantes de estilos de vida con la anemia en niños menores de 3 años de edad atendidos en el Puesto de Salud Buldibuyo, bajo el contexto del COVID-19 d) Establecer la relación entre los determinantes de las interacciones con las redes sociales y comunitarias con la anemia en niños menores de 3 años de edad atendidos en el Puesto de Salud Buldibuyo, bajo el contexto del COVID-19

II MARCO TEÓRICO

El tema de los determinantes médicos-sociales de la salud y la anemia en niños menores de 3 años de edad no es nuevo, se desprenden de los conceptos de los “determinantes de salud de Laframboise (1973) y Lalonde (1974), planteando un nuevo enfoque positivista que resalta el valor lineal de la causalidad (causa-efecto) atribuida de posturas multicausales, ecológicas y sistémicas. Muchas de ellas trabajadas bajo distintos criterios

de evaluación y cuyo objetivo siempre ha sido el contribuir a mejorar las estrategias de atención sanitaria de la salud nutricional de los niños menores de 3 años de edad.

En esa perspectiva se reportan las investigaciones internacionales: Dragon et al (Uganda, 2017) cuyo objetivo fue identificar la prevalencia de anemia infantil y sus factores de riesgo en un entorno urbano de Uganda. La investigación descriptiva involucro a 342 niños encontrándose que la prevalencia general de anemia fue del 34,4%. Hubo una correlación positiva entre el tamaño del hogar y el ingreso (Pearson $X^2 = 22.96$; $P = .001$), lo que implica que las familias numerosas tenían un nivel socioeconómico más alto. Concluye que la anemia es más frecuente en menores de 5 años. Los factores de riesgo son retraso en el crecimiento y baja paridad materna.

También, Domínguez (Chile, 2017), cuyo objetivo fue establecer y analizar los determinantes médico-sociales de la salud en primera infancia perteneciente a pueblos indígenas Chile. La investigación analizó, de manera exploratoria, a 2 grupos de la población, niños y niñas de 0 a 5 años pertenecientes a pueblos indígenas (primera infancia indígena) y no pertenecientes a pueblos indígenas (primera infancia no indígena). Los resultados muestran que la primera infancia indígena nace y se desarrolla en condiciones de vida más desfavorables, por cuanto existe un mayor porcentaje de la población indígena versus la no indígena, que vive en situación de carencia de servicios básicos en el hogar o bien, en situación deficitaria respecto al acceso agua, higiene y saneamiento. Concluye, que la falta de acceso a agua potable y saneamiento contribuye significativamente a la mortalidad infantil.

Desde una mejor perspectiva Álvarez, Salinas, Rodero et al., (España, 2016), describieron la relación del estado socioeconómico y su impacto sobre en la salud a partir del Barómetro de la Salud de 2010 y 2011. Todos Los datos del empleo indicaron que, a pesar de que España es un país que goza de ciertos privilegios en la atención de la salud personal y de salud general, las desigualdades en salud están justificadas a nivel general, ya que los efectos de la diversificación económica en España así lo permiten. Concluye en que los países con diferentes niveles de ingresos y situación laboral tienen un claro impacto en el desarrollo de la desigualdad en la salud de sus ciudadanos.

Por su parte Ngimbudzi E., Lukumay A., et. Al (Tanzania, 2016), cuyo objetivo fue identificar el conocimiento, las actitudes, las creencias y las prácticas sobre la anemia y las causas. El estudio de casos y controles se realizó en el Hospital del Distrito de Mkuranga, en el servicio de pediatría, entre diciembre de 2014 y abril de 2015. La investigación descriptiva transversal involucró a 40 madres y niños con un diagnóstico confirmado de anemia. Más de un tercio (35%) de las madres informaron antecedentes de anemia en sus otros hijos, y la mayoría (55%) había escuchado sobre anemia antes de la hospitalización de sus hijos. La anemia materna fue reportada por el 67.5% de las madres. Las madres informaron que la anemia materna (17.5%) y las prácticas de alimentación (32.5%) son factores que contribuyen a la anemia en los niños. Las madres informaron que la anemia podría prevenirse (55.0%) y curarse con preparaciones a base de hierbas (47.5%). Se concluye, que la anemia severa es alta entre la población de pacientes con su estado de hospitalización. Los hallazgos sugieren posibles lagunas en el control y manejo de la anemia en niños con baja conciencia de la anemia materna e infantil.

Así mismo, Armijos, Feijo y Juela (Ecuador, 2015), cuyo objetivo fue Identificar y determinar la influencia de los determinantes sociales en el estado nutricional de los de niños menores de 5 años de edad que acuden al centro de salud de Biblián 2015. La investigación descriptiva transversal, involucró a 220 niños encontrándose que el 71.4% de los niños presentaron un estado nutricional normal. Existe influencia de los determinantes sociales estudiados sobre el estado nutricional de los niños. Se concluye, que los determinantes sociales estudiados (ruralidad, tenencia de vivienda, acceso a servicios básicos, ingresos, ocupación, estado civil, número de miembros de la familia, instrucción materna, frecuencia y tipo de alimentación) demostraron influir en la presencia de alteraciones nutricionales en los niños menores a 5 años que acudieron al centro de salud de Biblián.

A nivel nacional encontramos el trabajo de Barja (Peru, 2018) cuyo objetivo fue describir los factores socioeconómicos y niveles de anemia en niños de 3 años y gestantes, puesto de salud Yumingkus, Nieva. La investigación no experimental, Transaccional, descriptiva involucró a 50 niños y gestantes, de la comunidad nativa de yumingkus utilizó un cuestionario encontrando anemia leve en un 48%, seguido de un 14% de moderada y un 4% de niños con anemia severa. Concluye, que los niveles de anemia están asociados a

factores nutricionales, en los niños menores de 3 años y gestantes de las comunidades nativas del puesto de salud de yumingkus, provincia de Condorcanqui, debido a la falta de una cultura alimenticia nutricional en las familias.

También tenemos los reportes de Herrera (Perú, 2018), cuyo objetivo fue determinar la influencia de los factores socioculturales en la prevalencia de Anemia Ferropénica en niños y niñas menores de 36 meses Establecimiento de Salud Agua Blanca. La investigación descriptiva transversal encontró que los factores socioculturales que influyen en la prevalencia de anemia se encuentran el grado de instrucción más predominante de los padres y madres de familia es primaria 22 (61.1%), la ocupación actual es Ama de casa 32 (88.9%), el ingreso económico es menos de un mínimo vital en un 100%, el (78%) de los niños (as) presentan anemia leve y 8 (22%) de los niños (as) moderada. Se concluye, que los factores socioculturales influyen en la prevalencia de Anemia Ferropénica.

Igualmente, Choquehuanca y Falcon (Perú, 2018), se propuso determinar la relación entre las prácticas alimentarias y la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses del Centro de salud Perú 3ra zona, Lima – 2018. La investigación correlacional, de corte transversal, involucró a 130 madres de niños de 6 a 24 meses, encontrándose un 63.8% con prácticas alimentarias no saludables y un 56.9% presentaron anemia. Concluyó en que existe relación entre las prácticas alimentarias y la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses Centro de salud Perú 3ra zona, Lima – 2018.

Desde un enfoque evaluativo Nole y Timoteo (Perú, 2017), se propusieron evaluar las determinantes sociales de salud relacionadas con anemia en niños menores de 3 años que acuden al establecimiento de salud de Pampa Grande. Tumbes - 2017. La investigación correlacional de corte transversal, involucró a 78 madres de niños menores de 3 años, que asistieron al control CRED en el centro de salud Pampa Grande. Utilizó un cuestionario encontrando que el 58 % de niños presentaron anemia leve y el 42% moderada. Concluyen en que la ocupación de la madre guarda relación estadística significativa con la prevalencia de anemia ferropénica. Entre los determinantes Estilo de vida en relación con anemia en niños menores de 3 años, el factor recibió tratamiento contra la anemia presentando relación estadística significativa. Entre los determinantes del

Entorno en relación a anemia en niños menores de 3 años, no se encontró relación estadística significativa.

En todos estos trabajos citados, la anemia por deficiencia de hierro se presenta como multifactorial y en el desarrollo de la misma intervienen la salud alimentaria en términos de prácticas y actitudes nutricionales, la condición física (fisiológica) y la carga de los genes coincidiendo con los criterios de la (UNICEF, et al, 2012) y por otro lado, con el papel de los alimentos, que es relevante en estos estudios, considerando la importancia relativa del hierro en las prácticas y actitudes alimentarias. Por otro lado, la suplementación dietética con hierro es tocada desde la perspectiva de su suficiencia para mantener la homeostasis, dependiendo de la edad, la condición y el género, coincidiendo en esta parte con los criterios de Das et al., 2013.

Pero, la OMS / OPS describen a los determinantes médico sociales de salud como las condiciones de vida material y espiritual de las personas que actúan como factores predisponentes del estado de la salud humana y su desarrollo. Entre los determinantes más importantes se incluyen a aquellas que tienen que ver con el entorno socioeconómico (Edad familiar, sexo del niño, grado de instrucción de los integrantes de la familia, ingreso económico familiar, ocupación familiar, condiciones de trabajo), el entorno físico (Tipo de vivienda familiar, servicios básicos, condiciones del saneamiento ambiental); los estilos de vida (alimentación, hábitos nutricionales, práctica de actividad física, hábitos familiares de tabaquismo/alcoholismo) ; y las interacciones con las redes sociales y comunitarias (acceso a los servicios de salud, apoyo social) (OMS/OPS, 2017).

Se descarta la teoría de la etiología de la enfermedad asumiendo una postura anti clínica-educativa para identificarse con los dictámenes cartesianos-newtonianos que definían a los determinantes médico sociales como la causa de la causa de la enfermedad. Es uno de los pilares del desarrollo de la salud pública, aunque, como nueva perspectiva global sobre el tema de la salud –enfermedad, suscita inquietudes al describir dentro de ellas desigualdades en salud e injusticia social, y, orientarse por conseguir sistemas de salud más participativos, que no discriminen en el cómo abordar a los interesados en salud desde y asumiendo una perspectiva de bienestar social (Mac Donald, 2010).

Para otros autores como Irwin y Scali (Citado por OMS, 2005), el enfoque de informar sobre los determinantes médico-sociales de la salud puede dar forma a las iniciativas de cambio en la prestación de servicios de la salud, de una forma u otra. Por esta razón, la perspectiva de la historia es más relevante que el nivel general de sus propuestas, pero también la forma en se asumen posturas al respecto hacen que los políticos, los administradores y el público en general respondan como si estos fueran estímulos o herramientas para generar procesos diferenciados en la asistencia y/o el tratamiento de la salud-enfermedad.

Para ello, se requiere un conocimiento de la forma en que se presentan los fenómenos médico sociales y cómo funcionan como determinantes médico-sociales de la salud. Estos determinantes no pueden tener sus bases en una realidad inventada, menos si se refieren a fenómenos médicos-sociales específicos, tampoco en la construcción de relaciones sociales estrechamente vinculadas a la política. Estos presupuestos guían nuestra visión del contexto en el que se forman los eventos de salud-enfermedad, distorsionando el mundo social. Durante mucho tiempo esto ha sido una característica histórica de la concepción médica de la salud y que lo llevó a separarse de ellas para pasar a la formulación de políticas de salud basadas en los análisis de los procesos de salud-enfermedad desde posturas más técnicas y profesionales en el campo médico-social (Dever, 1976).

Los determinantes médico-sociales del entorno socioeconómico (Edad familiar, sexo del niño, grado de instrucción de los integrantes de la familia, ingreso económico familiar, ocupación familiar, condiciones de trabajo), son componentes circunstanciales relativas a las desigualdades etarias, de género, estudios realizados, nivel de ingresos y ocupación familiar, considerados capaces de afectar la salud de las personas y/o su estado de bienestar médico-social en general. Se sustenta en el hecho que las diferencias en ellas se encuentran claramente relacionados a los estados de salud de las personas, por lo mismo que no se respetan ni representan problemas de salud por igual (OMS/ORPE, 2019).

Estos determinantes bien y pueden tener un impacto directo en nuestra calidad de vida como en nuestro estado de salud. Las diferentes edades, el mismo sexo o grado de

instrucción o la situación laboral ubican a las personas en diferentes niveles de riesgo, ya que cada una de dichas diferencias, sea directa o indirectamente, pueden afectar nuestro estado de salud. Estudios como el de Hanibuchi et al. (2012), buscando llenar este vacío en la literatura, se centró en examinar la relación entre varias medidas de SES (ingresos, educación, situación laboral y costos sociales) y Salud individual en cuatro países asiáticos: China, Japón, Corea del Sur y Taiwán. Este trabajo muestra que la influencia de estos indicadores varía según las condiciones socioeconómicas de los diferentes países y, en particular, demuestra el poder de explicar las condiciones médico-sociales de manera más efectiva que otras variables, que se han utilizado más ampliamente en la literatura.

Los determinantes médico-sociales del entorno físico (Tipo de vivienda familiar, servicios básicos, condiciones del saneamiento ambiental), son aquellas que, de acuerdo a su calidad, accesibilidades y gratuidad, adquieren importancia en la medida en que son los responsables de propiciar estados de bienestar saludables mejorando del nivel de la calidad de vida o contribuir con ello de forma más intensa. Las paupérrimas condiciones en que se puedan presentar estos determinantes propician distintos tipos de crisis sanitarias o desequilibrios en el estado de bienestar de las personas (Álvarez, 2016).

Muchos estudios al respecto, como el de Stuckler y Sanjay (2013) o el de Roelfs, Shor, Davidson y Schwartz (2011), llegaron a la conclusión que el estado de bienestar de las personas dependen muchos de estas determinantes médicos-sociales, ya que han llevado a la modificación positiva o negativa de los mismos sistema sanitario público en el mundo, condicionando su competitividad y sustento económico-financiero. Es decir, estos determinantes médico-sociales son básicos para la salud pública y el bienestar social.

Por su parte, los determinantes de los estilos de vida (alimentación, hábitos nutricionales, práctica de actividad física, hábitos familiares de tabaquismo/alcoholismo), pueden definirse como el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo y son fruto básicamente de la interacción entre las reacciones aprendidas durante el proceso de socialización y las condiciones de vida de ese individuo o grupo (Álvarez, 2016).

Se crea un estilo de vida saludable al mantener una dieta equilibrada, eliminar el tabaquismo, el consumo moderado de alcohol, desarrollar el ejercicio físico regular, el descanso diario y la recreación personal y social. Puede ser necesario agregar que la población tiene conocimiento de hábitos saludables y de prevención de enfermedades solo si es consciente de lo que hace y/o deja de hacer para tener una mejor calidad de vida y un buen estado de salud (Álvarez, Salinas y Rodero, 2016).

La era actual nos ha llevado a adoptar una nueva forma de vida que no es muy saludable. Es por eso que se sabe que la propagación de enfermedades infecciosas como el COVID-19, que ahora está muy extendida, es la principal causa de enfermedad y muerte en el mundo. La progresión de estas enfermedades, incluidas las enfermedades cardíacas, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes está aumentando exponencialmente en todo el mundo, poniendo en riesgo la estabilidad de todas las economías del mundo (OMS, 2019b).

Respecto a los determinantes médico-sociales de las redes sociales y comunitarias, estas están basadas en la construcción permanente de colectivos sociales, abiertos a la reciprocidad y dejando en libertad el cambio de roles para la asistencia sanitaria de acuerdo a una dinámica grupal que se genera bajo circunstancias muy variadas. De acuerdo a estas características los grados de participación de las personas en ellas son diferenciales de acuerdo al compromiso que libremente puedan o asuman. Los principios de beneficencia y asistencia mutua, de cooperación y compañerismo son los que priman y las redes sociales y comunitarias. Las que más se presentan como sólidas y viables y son los que se construyen en bases a los lazos familiares o amicales dentro de un espacio demográfico determinado (FAO/OPS/WFP/UNICEF, 2019).

Existen grupos familiares que son asistidos por la beneficencia pública u otros programas de ayuda social. Estos grupos participan en estas redes sociales organizando para sus miembros diferentes emprendimientos en la perspectiva de generar cambios en las condiciones de vida material y espiritual de las personas. Muchas veces representan espacios para abordar cuestiones relacionadas con la adicción a drogas, alcohol y otros. Se manejan aspectos para no rebasar los límites que el hogar y la familia le permiten, de allí que están en constante contacto con nuevas experiencias, aciertos y frustraciones en

la aplicación de sus estrategias de comportamiento y consecución de logros institucionales y empresariales (FAO/OPS/WFP/UNICEF, 2019).

Las redes de asistencia social derivadas de las instituciones del Estado, son muy importantes como herramientas que proporcionan una salida a situaciones extremas en la que puede caer un ser humano. El tema siempre será de asistencia y socorro humanitario, basado en el trabajo de articulación con los municipios y otras instituciones públicas y privadas relacionadas a la asistencia y atención médica y social (FAO/OPS/WFP/UNICEF, 2019).

Por su parte la Anemia, definida por la OMS como la disminución de la masa eritrocitaria y de la concentración de hemoglobina (Hb) circulantes en el organismo por debajo de unos límites considerados normales para un sujeto, teniendo en cuenta determinantes médicas sociales del entorno socioeconómico, entorno físico, de los estilos de vida y las interacciones en las redes sociales y comunitarias (OMS, 2016), representa un problema sanitario en todo el mundo.

Desde la perspectiva biomédica se sostiene que el cuerpo humano necesita de hierro, puesto que participa en procesos biológicos que son esenciales para la vida, pero su abundancia es perjudicial para la vida, por lo que requieren un sistema de procesamiento e inmunitario activo para satisfacer la demanda y evitar la acumulación excesiva (Álvarez, Salinas y Rodero, 2016).

Cuando el suministro de este mineral (hierro) es insuficiente en nuestra alimentación diaria, se produce la anemia. Desde este punto de vista se supone que las condiciones nutricionales no suficientes colocan a las personas en una condición en la que disminuye el aporte de hierro en el cuerpo y disminuye la contribución natural nutrientes a los tejidos. El desequilibrio nutricional puede conducir a una deficiencia de hierro, a la falta de glóbulos rojos, y el suministro de oxígeno a las células se ve comprometido (OMS, 2011).

Entonces, la anemia se define como una representación de las deficiencias en las condiciones de vida material y espiritual caracterizadas por la malnutrición o desnutrición. Representa el hambre y la miseria en todo el mundo. Como problema puramente bio-

médico, según datos de la (OMS), la anemia es igual a deficiencia de hierro, que afecta su salud y la calidad vida. Se le ha asociado a la anemia con una disminución de la fuerza física y la fatiga, lo que ha llevado a una disminución del rendimiento laboral y personal, así como a la vulnerabilidad a las enfermedades. Además, estudios recientes han relacionado la presencia de deficiencia de hierro con ciertos trastornos, como insuficiencia cardíaca u osteoporosis (OMS, 2011).

Esto nos permite señalar que la biodisponibilidad del hierro no hemo, se debe a la presencia de varios componentes en él; mientras que el hierro hemo, que se encuentra solo en alimentos de origen animal (10-15%), es menos adaptable y mejora la circulación sanguínea. La presencia de otros componentes alimenticios, como el ácido ascórbico y para los animales, aumenta el riesgo de hierro no hemo. En contraste, los ácidos fítics y los polifenoles son los principales inhibidores de su síntesis, mientras que el calcio es el único nutriente que inhibe el hierro hemo y no hemo (Sermba, 2012). Por cada razón, se ha observado que las personas con mejores estados de hierro tienden a absorber menos hierro que aquellas con peor hierro, que se ven favorecidas por la absorción (De Onis, Blössner y Borghi, 2012).

En el caso del metabolismo del hierro, recientemente se han desarrollado estudios de secuenciación múltiple de genes (GWA) que incluyen genes involucrados en el metabolismo del hierro, como el gens de la transferrina (Tf), el de la hemocromatosis (HFE), el de la matriptasa (TMPRSS6) y el receptor de transferrina (TfR2), junto con características hematológicas como el nivel de hemoglobina, el volumen corpuscular, la ferritina sérica, la liberación y saturación de transferrina (Herrador, et, al. 2014; Goshu, Kassa y Ketema, 2013; Viswanath, 2012). Todos estos estudios revelan deficiencias genéticas que algunas personas pueden predecir que producen minerales defectuosos o anemia por deficiencia de hierro.

Por último, respecto del contexto médico social del COVID-19, éste es originario de Wuhan, provincia de Hubei, China. Se ha extendido a más de 401 países y regiones de todo el mundo. Desde Singapur, Japón, Corea, Italia y Tailandia hasta EE.UU de Norteamérica y Canadá pasando por todos los países de la Comunidad europea. Los

casos pediátricos son, principalmente, casos grupales familiares, y la mayoría de ellos tenía vínculos epidemiológicos con pacientes adultos (Dong, et al., 2020).

Las manifestaciones por infección en los niños por COVID-19 pueden ser asintomáticas o tener fiebre, tos seca y fatiga, en algunos casos síntomas de vías respiratorias superiores, como congestión nasal y secreción nasal, algunos pacientes presentan síntomas gastrointestinales. Como molestias abdominales y molestias, náuseas, vómitos. Los datos de adultos mostraron que los casos graves tienden a tener dificultad para respirar 1 semana después del inicio de la enfermedad. Los casos graves pueden progresar a síndrome de dificultad respiratoria aguda, shock séptico, acidosis metabólica refractaria y disfunción de la coagulación, pero dicha gravedad es rara en los niños. El primer paciente pediátrico críticamente enfermo fue reportado desde el Hospital de Niños de Wuhan. (Hong et al, 2020)

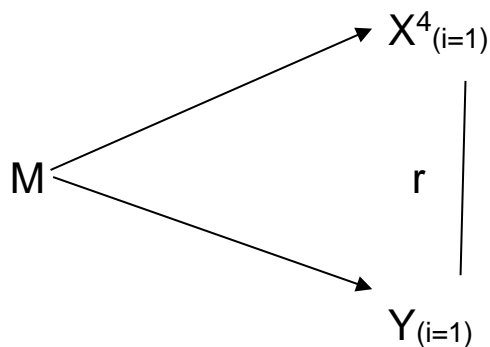
En nuestro país ya sobrepasan los 40 mil casos de COVID-19 y más de 1,000 muertos. Ha hecho colapsar los sistemas de atención de salud y está llevando a la gran mayoría de la población a la pobreza y pobreza extrema. Las estrategias de confinamiento y aislamiento social obligatorio decretados por el gobierno a raíz del COVID-19 ha hecho que inmediatamente el 70 de la población económicamente activa pierda su condición laboral de dependencia o independencia. Sus ingresos en casi dos meses han sido nulos o insuficientes para que las familias puedan mantenerse. Esto ha generado una caída brusca de la condición social de pobreza que peleaba por salir adelante para pasar a una condición de riesgo total de caer en pobreza extrema. Los programas sociales de soporte no han podido cambiar esta tendencia encontrándonos en situaciones en la que todo migrante interno que buscaba y encontraba trabajo en las principales urbes de nuestro país tenga que regresar a solicitar el auxilio o la solidaridad de sus familias más cercanas en los pueblos donde comenzaron a emigrar originariamente (BMJ Publishing Group, 2020).

Estas expresiones de la realidad actual no son propias de nuestro país, el COVID-19 amenaza con llevar a más de 700 millones de personas en el mundo a la pobreza y otro tanto a la pobreza extrema. Con ello, se retrotraen los avances y el conjunto de aspectos del desarrollo social hasta antes de la década del 90 del siglo pasado.

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

La investigación es de tipo descriptiva-correlacional y diseño transversal (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), tiene por objeto, describir relaciones entre las dimensiones de los determinantes médico-sociales, determinantes del entorno socioeconómico (Edad familiar, sexo del niño, grado de instrucción de los integrantes de la familia, ingreso económico familiar y ocupación familiar), del entorno físico (Tipo de vivienda familiar, servicios básicos, condiciones del saneamiento ambiental), los estilos de vida (alimentación, hábitos nutricionales, práctica de actividad física, hábitos familiares de tabaquismo/alcoholismo) y determinantes de las interacciones con las redes sociales y comunitarias (acceso a los servicios de salud, apoyo social), con la anemia en menores de 3 años de edad atendidos en el Puesto de Salud del Distrito de Buldibuyo durante el mes de mayo del 2020. Su finalidad es explicar las correlaciones entre dichas variables y dimensiones sin manipularlas. Su representación gráfica es



Dónde:

M= Población muestral de estudio.

X= Determinantes médico-sociales de la salud con sus 4 tipos de determinantes: Determinantes del entorno socioeconómico, determinantes del entorno físico, determinantes de los estilos de vida y determinantes de las interacciones de las redes sociales y comunitarias.

Y= La Anemia

3.2 Variables y operacionalización

Variables correlacionales (VC)

VC₁ Determinantes médicos sociales del entorno socioeconómico

- Edad de la familia (Padre y madre)
- Sexo del niño
- Grado de instrucción de los integrantes de la familia (Padre y madre)
- Ingreso económico familiar
- Ocupación familiar (Padre y madre)

VC₂ Determinantes médicos sociales del entorno físico

- Tipo de vivienda familiar
- Servicios básicos
- Condiciones del saneamiento ambiental

VC₃ Determinantes médico sociales de los estilos de vida familiar

- Alimentación
- Hábitos nutricionales
- Práctica familiar de actividad física
- Hábitos familiares de tabaquismo/alcoholismo

VC₄ Determinantes médico-sociales de las interacciones de las redes sociales y comunitarias.

- Acceso a los servicios de salud
- Apoyo social

VC₅ Anemia

3.3 Población (criterios de selección), muestra, muestreo, unidad de análisis

3.3.1 Población

Lo constituyeron 108 niños menores de tres años adscritos en el Padrón Nominal del área de Crecimiento y Desarrollo (CRED) en los meses de abril a junio en el Puesto de Salud Buldibuyo 2020.

3.3.2 Muestreo

Se practicó un muestreo No probabilístico, por asignación estratégica o interés, correspondiente al 100% de la población en estudio. Se practicó este

tipo de muestreo, porque los datos son ubicables e identificables rápidamente y son de carácter público.

3.3.3 Criterios de Selección

Criterios de inclusión:

- Niños menores de 3 años y de ambos sexos sin antecedentes previos de mal estado nutricional o anemia hasta el mes de febrero del 2020.
- Niños con historias clínicas completas.
- Niños con datos familiares completos.

Criterios de exclusión

- Niños con habilidades y condiciones congénitas diferentes (Síndrome de Down o retraso de crecimiento)
- Niños infectados con COVID-19 al momento de realizado el estudio.

3.3.4 Unidad de análisis

- Niños menores de tres años adscritos en el Padrón Nominal del Puesto de Salud Buldibuyo Área de Crecimiento y Desarrollo (CRED).

3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

3.4.1 Técnica

Análisis documental y observación de campo.

3.4.2 Instrumento de recolección de Datos

Ficha de investigación diseñada para registrar datos del niño y sus padres a través de las historias clínicas y del Carnet Crecimiento y Desarrollo del niño (Anemia). Cuenta con 18 reactivos distribuidos entre reactivos de los determinantes médico sociales del entorno socioeconómicos (8); los determinantes médico-sociales del entorno físico con 3 reactivos; los determinantes medico sociales de los estilos de vida familiar con 4 reactivos y; los determinantes médicos sociales de las interacciones con las redes sociales y comunitarias con 2 reactivos; y la Anemia con un reactivo.

Validación y confiabilidad.

Este instrumento por ser una guía de campo para la transferencia de datos de las historias clínicas y el Carnet de Crecimiento y Desarrollo (CRED) de los niños menores de 3 años y sus padres, no necesita ser validada por expertos u otro método, porque no presenta una estructura condicionante para la recolección de la data, es una herramienta de apoyo suplementaria con las cuales no representa peligro de riesgo en la investigación, además, es imposible determinar su confiabilidad cuando los datos no pueden ser ni traslapados ni confundidos, es decir, no interviene opinión alguna para que pueda considerarse algún tipo de riesgo para cambiarlos.

3.5 Procedimientos

Se solicitó autorización para revisar y registrar datos de las historias clínicas y del Carnet de Crecimiento y Desarrollo de niños menores de 3 años y sus padres, atendidos entre abril a junio del 2020.

Obtenidas las autorizaciones se procedió a coordinar con la jefatura del área de Crecimiento y Desarrollo, así como con la jefatura del área de Informática y Estadística del establecimiento de salud, para extraer los datos en horarios que no afecten su labor asistencial o administrativa diaria.

Los datos fueron ubicados y registrados rápidamente sin encontrar obstáculos para hacerlo.

3.6 Métodos de análisis de datos.

Los datos fueron codificados con códigos numéricos excluyentes para su ingreso directo a la computadora según las necesidades de medición de las variables y el cumplimiento de los objetivos específicos del estudio. Para ello se contó con el apoyo del Paquete Estadístico SPSS V22 en español.

Los resultados se presentan en tablas de doble entrada consignándose razones cruzadas entre las categorías en que se midieron las variables para identificar la razón cruzada de mayor peso en la correlación entre las variables. También, se

consignan el valor bruto y la significancia de las correlaciones entre las variables haciendo uso del coeficiente de correlación de Spearman R (con una significancia de $p < 0,05$) (mediciones nominales) por Chi cuadrado X^2 y Coeficiente de Contingencia Eta^2 (Mediciones nominal y ordinal) con niveles de significancia entre baja $< ,250$ moderada a baja $(,250- ,400)$ Moderada $(,400 a ,600)$ de moderada a alta $(> ,600 a ,750)$ y alta $(> ,750)$. A través de ella se pueden observar la validez de la hipótesis general del estudio.

3.7 Aspectos éticos

En la medida en que el proceso de investigación no implicó el trato directo con las personas o niños y solo se revisaron sus historias clínicas y carnet de crecimiento y desarrollo ya registrado, solo se tomaron en cuenta los siguientes principios éticos y / o bioéticos recomendados por el Acuerdo de CIOMS (2005) y el Acuerdo Belmont referenciados por la UNMSM, 2019, para estudio en establecimientos de salud: (UNMSM, 2019): respeto a la identificación de las personas. Por tal motivo, todos los datos en el presente estudio son de carácter anónimo y se pueden seguir a través de los registros oficiales consignados en el establecimiento de salud.

También se siguen las pautas éticas de la UCV de no plagio ateniéndose a los resultados del programa tipográfico e informático "TURNITIN" que identifica entre los párrafos a los autores originales de los mismos indicado su fuente de extracción.

RESULTADOS

Tabla 1

La relación entre los determinantes del entorno socioeconómico con la anemia en niños menores de 3 años de edad atendidos en el Puesto de Salud Buldibuyo, bajo el contexto del COVID-19.

Determinantes del entorno Socioeconómico	Grado de Anemia						Total		Spearman R/Sig.
	Normal		Leve		Moderado		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Edad del Padre									
< 19 años	1	0,9	1	0,9	0	0,0	2	1,9	,008 / ,930
19- 35 años	42	38,9	17	15,7	6	5,6	65	60,2	
> 35 años	25	23,1	13	12,0	3	2,8	41	38,0	
Total	68	63,0	31	28,7	9	8,3	108	100,0	
Edad de la Madre									
< 19 años	7	6,5	3	2,8	1	0,9	11	10,2	,042 / ,665
19- 35 años	46	42,6	21	19,4	5	4,6	72	66,7	
> 35 años	15	13,9	7	6,5	3	2,8	25	23,1	
Total	68	63,0	31	28,7	9	8,3	108	100,0	
Sexo del niño									
Femenino	34	31,5	15	13,9	5	4,6	54	50,0	X ² = ,143 Sig.= ,931 CC = ,36 Sig =,931
Masculino	34	31,5	16	14,8	4	3,7	54	50,0	
Total	68	63,0	31	28,7	9	8,3	108	100,0	
Grado Inst. Padre									
Sin Instrucción	5	4,6	4	3,7	1	0,9	10	9,3	-,160/ ,099
Primaria	11	10,2	6	5,6	4	3,7	21	19,4	
Secundaria	40	37,0	17	15,7	3	2,8	60	55,6	
Superior	12	11,1	4	3,7	1	0,9	17	15,7	
Total	68	63,0	31	28,7	9	8,3	108	100,0	
Grado Inst. Madre									
Sin Instrucción	2	1,9	4	3,7	3	2,8	9	8,3	-,241 / ,012
Primaria	24	22,2	11	10,2	3	2,8	38	35,2	
Secundaria	33	30,6	12	11,1	3	2,8	48	44,4	
Superior	9	8,3	4	3,7	0	0,0	13	12,0	
Total	68	63,0	31	28,7	9	8,3	108	100,0	
Ingreso Familiar									
< 950 n/s	15	13,9	14	13,0	7	6,5	36	33,3	-,323 / 001
>950- 4400 n/s	48	44,4	15	13,9	2	1,9	65	60,2	
> 4,400 n/s	5	4,6	2	1,9	0	0,0	7	6,5	
Total	68	63,0	31	28,7	9	8,3	108	100,0	
Ocup. del padre									
Dependiente	15	13,9	6	5,6	1	0,9	22	20,4	,069 / ,479
Independiente	52	48,1	24	22,2	8	7,4	84	77,8	
No trabaja	1	0,9	1	0,9	0	0,0	2	1,9	
Total	68	63,0	31	28,7	9	8,3	108	100,0	
Ocup. De la madre									
Dependiente	9	8,3	3	2,8	0	0,0	12	11,1	,164 / ,089
Independiente	11	10,2	4	3,7	0	0,0	15	13,9	
No trabaja	48	44,4	24	22,2	9	8,3	81	75,0	
Total	68	63,0	31	28,7	9	8,3	108	100,0	

La Tabla 1 muestra que en niños menores de 3 años atendidos en el Puesto de Salud Buldibuyo, 2020, la edad del padre y de la madre está, en mayor proporción, entre 19-35 años (60,2% y 66,7% respectivamente). El sexo de los niños es proporcional (50% y 50%). El grado de instrucción del padre y la madre es en mayor proporción de nivel de secundaria (55,6% y 44,4% respectivamente), el ingreso familiar esta entre >950,00-4400,00n/s (60,2%), la ocupación del padre es independiente (77,8%) y la madre generalmente no trabaja (75,0%). Un 63,0% fueron encontrados normales respecto a la Anemia, un (28,7%) con anemia Leve y un (8,3%) con anemia moderada. También muestra que solo la edad de la madre y el ingreso familiar tienen relación significativa ($p < 0,05$) con la Anemia, sin embargo, ésta es una correlación inversa y moderada (Spearman $R = -0,241$ y $-0,323$ respectivamente). Lo que significa que a medida que disminuye la edad o el ingreso familiar, existiría mayor proporción de niños con anemia leve o moderada.

Tabla 2

La relación entre los determinantes del entorno físico con la anemia en niños menores de 3 años de edad atendidos en el Puesto de Salud Buldibuyo, bajo el contexto del COVID-19.

Determinantes del entorno físico	Grado de Anemia						Total		Spearman R/Sig.
	Normal		Leve		Moderado		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Vivienda familiar									
Rústica: Barro	52	48,1	25	23,1	8	7,4	85	78,7	-,082 / ,400
Adobe material nob.	12	11,1	4	3,7	1	0,9	17	15,7	
Material noble	4	3,7	2	1,9	0	0,0	6	5,6	
Total	68	63,0	31	28,7	9	8,3	108	100,0	
Servicios Básicos (Luz, agua y desagüe)									
Completos	31	28,7	8	7,4	1	0,9	40	37,0	,208 / ,031
Incompletos	32	29,6	17	15,7	8	7,4	57	52,8	
Sin Servicios Básico	5	4,6	6	5,6	0	0,0	11	10,2	
Total	68	63,0	31	28,7	9	8,3	108	100,0	
Condiciones Saneamiento Ambiental									
Limpieza Pública	34	31,5	10	9,3	1	0,9	45	41,7	,291 / ,002
Ordenamiento urb.	13	12,0	2	1,9	2	1,9	17	15,7	
Ninguno	21	19,4	19	17,6	6	5,6	46	42,6	
Total	68	63,0	31	28,7	9	8,3	108	100,0	

La Tabla 2 muestra que el tipo de la vivienda familiar de niños menores de 3 años atendidos en el Puesto de salud Buldibuyo, 2020, es en una mayor proporción de material de Barro (78,7%), cuenta con servicios básicos incompletos (52,8%) y no cuenta con ningún tipo de saneamiento ambiental (42,6). Un 63,0% fueron encontrados normales respecto a la Anemia, un (28,7%) con anemia Leve y un (8,3%) con anemia moderada. También muestra que los servicios básicos y las condiciones de saneamiento ambiental se relacionan con la anemia en un nivel moderado (Spearman R = ,208 y ,291 respectivamente)

Tabla 3

La relación entre los determinantes de los estilos de vida con la anemia en niños menores de 3 años de edad atendidos en el Puesto de Salud Buldibuyo, bajo el contexto del COVID-19.

Determinantes de los estilos de vida	Grado de Anemia						Total		Spearman R/Sig.
	Normal		Leve		Moderado		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Alimentación									
Saludable	30	27,8	3	2,8	0	0,0	33	30,6	,519 / ,000
Poco saludable	37	34,3	24	22,2	4	3,7	65	60,2	
No saludable	1	0,9	4	3,7	5	4,6	10	9,3	
Total	68	63,0	31	28,7	9	8,3	108	100,0	
Hábitos Nutricionales de consumo									
Alm. balanceados	25	23,1	0	0,0	0	0,0	25	23,1	,541 / ,000
Alm. no balan.	33	30,6	12	11,1	2	1,9	47	43,5	
Indeterminado	10	9,3	19	17,6	7	6,5	36	33,3	
Total	68	63,0	31	28,7	9	8,3	108	100,0	
Práctica familiar de actividad física									
Siempre	17	15,7	3	2,8	0	0,0	20	18,5	,213 / ,027
A veces	35	32,4	19	17,6	5	4,6	59	54,6	
Nunca	16	14,8	9	8,3	4	3,7	29	26,9	
Total	68	63,0	31	28,7	9	8,3	108	100,0	
Hábitos familiares de tabaquismo /alcohol									
Siempre	13	12,0	8	7,4	1	0,9	22	20,4	-,037 / ,707
A veces	37	34,3	14	13,0	7	6,5	58	53,7	
Nunca	18	16,7	9	8,3	1	0,9	28	25,9	
Total	68	63,0	31	28,7	9	8,3	108	100,0	

La Tabla 3 muestra que la alimentación de los niños menores de 3 años atendidos en el Puesto de salud Buldibuyo, 2020, es para una mayor proporción Poco Saludable (60,2%), los hábitos alimenticios No Balanceados (43,5%), la familia practica a veces la Actividad Física (54,6%) y tiene A veces hábitos de tabaquismo y consumo de alcohol (53,7%). También muestra que el tipo de alimentación, los hábitos nutricionales principalmente no balanceados y la poca práctica de actividad física se relaciona significativamente ($p < 0,001$ y $p < 0,05$ respectivamente), con la anemia en un nivel moderado a bajo (Spearman $R = 0,519$, $0,541$ y $0,213$ respectivamente).

Tabla 4

La relación entre los determinantes de las interacciones con las redes sociales y comunitarias con la anemia en niños menores de 3 años de edad atendidos en el Puesto de Salud Buldibuyo, bajo el contexto del COVID-19.

Determinantes de las interacciones con las redes sociales y comunitarias	Grado de Anemia						Total		Spearman R /Sig.
	Normal		Leve		Moderado		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Acceso a los Servicios de Salud									
Siempre	65	60,2	18	16,7	6	5,6	89	82,4	X ² =22,358
A veces	3	2,8	13	12,0	3	2,8	19	17,6	CC = ,414
Total	68	63,0	31	28,7	9	8,3	108	100,0	Sig ,000
Recibe Apoyo Social									
Siempre	53	49,1	22	20,4	6	5,6	81	75,0	,030 / ,758
A veces	3	2,8	4	3,7	2	1,9	9	8,3	
Nunca	12	11,1	5	4,6	1	0,9	18	16,7	
Total	68	63,0	31	28,7	9	8,3	108	100,0	

La Tabla 4 muestra que el acceso a los servicios de salud es Siempre para una gran mayoría (82,4%) y Siempre Recibe Apoyo social (75,0%) y un 63,0% fueron encontrados normales respecto a la Anemia, un (28,7%) con anemia Leve y un (8,3%) con anemia moderada. También muestra que el acceso a los servicios de salud está relacionado significativamente ($p < 0,001$) con la anemia en un nivel moderado ($X^2 = 22,358$ y $CC = ,414$).

V DISCUSIÓN

Cuando miramos los resultados del presente estudio nos damos cuenta que estamos frente a paradojas y parangones históricos que aparentemente no tienen sentido, pero que, explican con mucha certidumbre lo que está pasando hoy con la salud de nuestros niños menores de tres años, especialmente en comunidades semirurales y rurales como la de Buldibuyo en nuestra sierra Liberteña. Sin duda los resultados dan cabida para todo tipo de enfoques interpretativos pero nos aferramos al sentido de razonabilidad y concurrencia de pensamientos para adquirir coherencia en nuestras afirmaciones. Veamos porqué asumimos esta postura explicativa de los resultados encontrados.

Entre los resultados de la tabla 1 se destaca que solo la edad de la madre, mayoritariamente entre 19-35 años (66,7%) y el ingreso familiar, entre >950- 4400n/s (60,2%), tienen una correlación inversa, de moderada a baja, pero significativa ($p < 0,05$), con la Anemia, (Spearman $R = -,241$ y $-,323$ respectivamente). Lo que significa que a medida que disminuye la edad o el ingreso familiar, existiría mayor proporción de niños con anemia leve o moderada.

Estos resultados son similares a los reportados por Ngimbudzi E., Lukumay A., et al. (Tanzania, 2016) y Herrera (Perú, 2018) quienes reportaron relación significativa con la edad, los ingresos económicos o situación económica familiar y otras determinantes medico sociales como son la procedencia, estado civil, religión y grado de instrucción.

Estos resultados pueden explicarse en la medida en que la composición de la población en nuestro país, a nivel general, responde, desde el punto de vista demográfico, a las dos características individuales más importantes que son la edad y el sexo. Esencialmente, nuestra población de acuerdo a su ciclo vitales se asocian a las condiciones de vida, material (económica y social), de acuerdo a diferentes ciclos vitales, en el caso del sexo, a la evolución que está evidenciándose en torno al papel de la mujer en la sociedad actual. Respecto al ingreso familiar se explica por la capacidad que tiene actualmente la mujer para realizar la actividad económica, especialmente dentro del periodo de su vida reproductiva activa. Esto, posiblemente indique un estilo de vida más práctico, dinámico y

poco saludable para la crianza de niños menores de tres años, como también puede representar un estado de bienestar mayor al que se pueda tener como promedio (Álvarez-Gálvez, 2016).

Desde este último punto de vista, la composición por sexo en la estructura de la población, todavía sigue siendo mayoritariamente femenina y está concentrada en grupos etarios mayores (entre 19 a 35 años). Pero como la anemia en niños no se explica por razones de índole biológico, los resultados pueden ser atribuidos a los hábitos y costumbres alimenticios de la familia y no solo al hecho de ser mujer o no (Álvarez, et al., 2016).

A través de la historia se ha identificado a la mujer como la que está más directamente involucrada con el tipo de alimentación que recibe los hijos, pero en los tiempos actuales, la mujer y el hombre persiguen fines laborales y de desarrollo personal, familiar y social, similares. La tendencia histórica es revertir las carencias alimenticias y culturales que ellas y sus familias tenían incluso antes de formar su propia familia. En consecuencia, la relación inversa que se genera entre el ingreso familiar y la anemia es explicable. Sin embargo, podemos señalar que sobre ella no actúan agentes externos capaces de alterar la composición natural de la familia, pero sí, la forma en que sustancialmente la familia (hombre, mujer e hijos) trata de generar cambios respecto de sus vidas pasadas en el corto y mediano plazo y estos cambios representan una ilusión y una esperanza de hacer que su descendencia tenga un mejor futuro en la vida (Armijos, Feijo y Juela, 2015).

No se trata para ellos de lograr fuertes cambios y ser ricos de la noche a la mañana, se trata posiblemente de brindar una alimentación saludable los niños con la perspectiva que estos no sufran de enfermedades o del hambre que los alejen de mejores y mayores oportunidades para su desarrollo personal y social en el vida. En general, se puede afirmar que estos coeficiente de correlación entre la edad de la madre y el ingreso familiar con la anemia, representan las nuevas formas de vida que va asumiendo evolutivamente la familia y que se convierte en un permanente expulsor de mitos y tabúes del pasado, respecto del trabajo y la tradicionalmente forma de criar a los hijos (Armijos, Feijo y Juela, 2015).

Desde este punto de vista, posiblemente, los resultados se deban a las nuevas formas en que las familias orientan su desarrollo en la situación actual. Desde esta postura encontramos mayor racionalidad para observar los cambios de los resultados respecto de estudios realizados antes del covid-19. La gran interrogante seguirá siendo entonces ¿cuán importante es para la familia, la anemia en niños menores de tres años?, ya que no hay cambios absolutos con relaciona los estudios de la anemia en niños menores de tres años realizados antes del covid-19 (OMS, 2019b).

Entre los resultados de la Tabla 2 se destacan el hecho que los servicios básicos, mayoritariamente incompletos (52,8%) y la mayor No presencia de condiciones de saneamiento ambiental adecuado (42,6%), se relacionan en un nivel de moderado a bajo (Spearman R = ,208 y ,291 respectivamente) con la anemia.

Estos resultados son similares a los reportados por Dragon et al (Uganda, 2017) y Ngimbudzi, Lukumay, et al (Tanzania, 2016) que se explican en la medida que a pesar que la producción bruta interna real de un país crezca significativamente durante años hasta la actualidad. Estos crecimientos no se han trasladado hacia la atención de las necesidades insatisfechas sobre servicios básicos o saneamiento ambiental. Las variaciones ocurridas no responden al efecto neto del crecimiento económico, pudiendo explicar el por qué la población mayoritaria de países como el nuestro tiene que dedicarse a trabajo de subsistencia, con las fluctuaciones que implican las informalidades con que lo hacen. Uno de estos fenómenos se presenta generalmente en periodo de extrema emergencia, en donde se siente el peso de no contar con un saneamiento ambiental, adecuado o incompletos, porque la vida de la familia ya no transcurre entre los centros laborales y las casas, sino en los hogares familiares, ahondando y profundizando las crisis de subsistencia y alta inestabilidad en el comportamiento de la actividad alimentaria de la familia. Obviamente, se observa que las consecuencias de estos fenómenos lo sufren principalmente los niños menores de 3 años de edad (Stuckler y Sanjay, 2013).

Durante periodos de crisis medico social, como el que estamos viviendo, los niños tratan de ser lo más protegidos, pero incluso para ello se necesita romper las magras condiciones en que se estructuro la vida socioeconómica de las familias. Nunca antes se enfrentó a estos contextos de crisis económicas y sobre todo por periodos tan largos y tan

pronunciados, solo son comparables con los fines de la década del 80 y 90 del siglo pasado en nuestro país. Sin embargo, hoy, la vida era más homogénea y las condiciones de los servicios básicos incompletos o completos de saneamiento ambiental no se les consideraban como factores de importancia para la presencia de anemia en niños menores de tres años. Esta pandemia de covid-19 ha demostrado todo lo contrario (Viswanath, 2012).

Otros de los elementos que pueden explicar los resultados del estudio lo podemos encontrar en los desenvolvimientos de acontecimientos económicos y sociales en general y especialmente de la política económica implementada a través de las medidas de emergencia para enfrentar la pandemia del COVID-19. Estas políticas económicas no han sido, sino el de la parálisis total de los sistemas productivos nacionales e internacionales, salvo el área de la gran minería y de la producción de alimento de pan llevar, todo está en quiebra a solo 100 días de pandemia. Nada de ello significó un paliativo para sostener a las familias en sus casas. Al contrario, del reflejo de la política global se lleva las familias a tomar decisiones incluso no económicas, ya que se le exige a la población que viva bajo condiciones de servicios básicos y saneamiento ambiental que nunca contaron y que al observarse los resultados en la salud de los niños los hacen responsables directos de su estado de salud (en este caso de anemia) (Álvarez-Gálvez, 2016; Álvarez, et al., 2016).

Las familias se enfrentan al colapso de su vida financiera y económica y de sus formas de existencia social y económica para sostener a sus niños. En consecuencia, la explicación no es tan difícil señalarla, el gobierno tenía y tiene responsabilidades y la población las necesidades sanitarias insatisfechas que nos son de hoy, pero que, se agudizaron y se expusieron libremente con su peor cara (Álvarez, et al., 2016).

Parangón similar se vivió se vivió en el mundo y especialmente en nuestro país durante la gran depresión que provocó el desastre financiero de 1929 al 45, cuando la segunda guerra mundial paralizó la entrada de la inversión externa cortando los flujos de importación manufactureras a nuestro país, y donde se dio paso a opciones económicas de autonomía (informalidad), las poblaciones sufrieron de hambre miseria bajo una mirada indolente de los gobiernos de turno, con un descuido total sobre las necesidad de saneamiento básico y servicios básicos elementales para una vida saludable. Hubo que

pasar más de 80 años para que la historia nos muestre que poco o nada las condiciones de vida material de nuestra población cambió y nuestros niños siguen sufriendo más las consecuencias directas de esta falta histórica de servicios básicos y saneamiento ambiental (FAO, 1965; OMS/OPS, 2017).

Entre los resultados de la Tabla 3 se muestra que el tipo de alimentación, mayoritariamente Poco Saludables (60,2%), los hábitos nutricionales principalmente No balanceados (43,5%) y la poca práctica de actividad física (54,6%), se relaciona significativamente ($p < 0,001$ y $p < 0,05$ respectivamente), con la anemia en un nivel de moderado a bajo (Spearman $R = 0,519$, $0,541$ y $0,213$ respectivamente).

Estos resultados son similares a los reportados por Armijos, Feijo y Juera (Ecuador, 2015), que explican los mismos no solo por los hábitos y costumbres alimenticios de nuestra población o por las fluctuaciones por la que los ha logrado provocar el covid-19, sino esencialmente, por la ruptura abrupta de las actividades económicas y familiares. La dependencia del tipo de alimentación y hábitos nutricionales de la actividad económica familiar es fundamental para explicar estos resultados. Las familias dejaron de percibir o tener ingreso y vienen tratando de adecuarse al dinamismo de los que les queda, y sufren la constante concurrencia de un posible desastre económico familiar (OMS/ORE, 2019).

El covid-19 provocó la desaceleración y paralización, por completo, la vida económica familiar quitándoles un pan de la boca a los sectores más oprimidos de nuestra población. Si antes esta población consumía principalmente pescado y pollo, hoy ni si quiera eso lo tiene en la mesa. Innegablemente, este periodo coyuntural COVID-19, está agrediendo la configuración social que sostenían los tipos de alimentación familiar y los hábitos nutricionales de la misma (OMS, 2020; OMS/ORE, 2019).

Estamos claros en que los objetivos del gobierno posiblemente fueron los mejores, pero, definitivamente, si quieren cambiar los comportamientos de las personas para evitar la expansión del COVID-19, ya podemos hablar de un fracaso completo del mismo, y un injustificado plan desarticulador de la economía peruana, cuyos signos pueden deducirse de la creciente tasa de hambre y miseria especialmente en sectores más vulnerable de

nuestro país. Si querían parar el avance del COVID-19, solo tenía que reorientar positivamente la actividad económica de la población, mas no destruirla.

Entre los resultados destacados de la Tabla 4 se muestra que el acceso a los servicios de salud, mayoritariamente Siempre (82,4%), está relacionado significativamente ($p < 0,001$) con la anemia en un nivel moderado ($X^2 = 22,358$ y $CC = ,414$)

Estos resultados son similares a los reportados por Nole y Timoteo (Perú, 2017) y es difícil de explicar, ya que describe una situación paradójica, por un lado los establecimientos de salud se cierran a la atención de otras asistencias sanitarias que no sean relacionadas al COVID-19 y, por otro lado, se referencia mayoritariamente que existe el acceso de las poblaciones a esos establecimientos para el servicio que no existen en este periodo. Puede ser que los datos que se referencian en las Historias Clínicas no estén mostrando la realidad, sin embargo, otorgando el favor de la duda, efectivamente esto estaría pasando, ya que sí existe acceso a los servicios de salud y nunca se paralizó la atención a los niños menores de tres años (OMS, 2019a).

Esto merece nuestra atención, ya que nos obliga a tratar de encontrar una razón directa que explique la relación entre el acceso a los servicios de salud con la anemia y lo encontraríamos en un mal trabajo del personal sanitario, especialmente en cuanto a información educación, comunicación sobre las formas como evitar la anemia en niños menores de 3 años de edad o como alimentarlos saludablemente para que no sufran de este mal (Rasmussen y Thompson, 2020).

Este último punto de vista nos obliga, a su vez, a considerar la importancia de factores de las poblaciones asociados a su cultura de alimentación y nutrición familiar, cuyos elementos descriptivos configuran los rasgos culturales en focos de atracción médico social en zonas rurales y semi rurales, dejando expuesto un mal dimensionamiento de la realidad pro quienes están a cargo del trabajo de información, educación y comunicación alimenticia y nutricional. Se agregan a ello otros factores culturales que estructuran las frágiles formas de convivencia social y de la forma como esta estructura la vida económica de la familia (Viswanath, 2012; OMS/ORE, 2019).

No es nuestra intención atribuir causalidad sobre los resultados del presente estudio, solo poner en evidencia a los mismos tratando de brindar una explicación coherente sobre ellos.

VI CONCLUSIONES

1. Los determinantes del entorno socioeconómico que se relacionan significativamente ($p < 0,05$) con la anemia, en niños menores de tres años atendidos en el Puesto de Salud Buldibuyo, 2020, son la edad de la madre y el ingreso familiar, sin embargo, ésta basada en una correlación inversa y moderada (Spearman $R = -,241$ y $-,323$ respectivamente). Lo que significa que a medida que disminuye la edad de la madre o el ingreso familiar, existiría mayor proporción de niños con anemia leve o moderada.
2. Los determinantes del entorno físico que se relacionan significativamente ($p < 0,05$) con la anemia de niños menores de 3 años atendidos en el Puesto de salud Buldibuyo, 2020, son el contar con servicios básicos incompletos (52,8%) y no contar con ningún tipo de saneamiento ambiental (42,6%). Esta relación es moderada (Spearman $R = ,208$ y $,291$ respectivamente).
3. Los determinantes de los estilos de vida que se relacionan significativamente ($p < 0,05\%$) y en un nivel moderado a bajo (Spearman $R = 0,519$, $0,541$ y $0,213$ respectivamente) con la anemia en niños menores de 3 años atendidos en el Puesto de salud Buldibuyo, 2020, son el tipo de alimentación (Poco saludable en un 60,2%), los hábitos nutricionales principalmente no balanceados (43,5%) y la poca práctica de actividad física (A veces 54,6%).
4. Los determinantes de las interacciones con las redes sociales y comunitarias que se relacionan significativamente ($p < 0,05$) en nivel moderado ($X^2 = 22,358$ y $CC = ,414$) con la anemia en niños menores de 3 años atendidos en el Puesto de salud Buldibuyo, 2020, es el acceso a los servicios de salud (82,4%).

VII RECOMENDACIONES

1. Mejorar los procesos de información, educación y comunicación sobre la importancia de una alimentación y nutrición saludable y la forma como una madre puede, de acuerdo a su condición económica, alimentar y nutrir a sus niños menores de tres años. El objeto es que pueda desaparecer los signos de anemia en dicha población.
2. Generar programas de promoción del desarrollo social y sensibilización gubernamental en torno a la importancia de que los servicios básicos y el saneamiento ambiental tienen sobre la salud de las personas, especialmente en niños menores de 3 años.
3. Promover desde las acciones del control de la salud la práctica de la actividad física de la familia y de alimentación balanceada con el objeto de cubrir las necesidades de la población menor de 3 años atendidos en el Puesto de salud Buldibuyo, 2020, para mejorar su estado de salud alimentaria.
4. Prestar atención al desarrollo de las interacciones con las redes sociales y comunitarias para que el acceso a los establecimientos de salud sea productivo o aprovechado para mejorar el estado de salud de las personas y no solo para el control de la misma.

REFERENCIAS

- Álvarez-Gálvez J (2016) Discovering complex interrelationships between socio-economic status and health in Europe: A case study applying Bayesian Networks. *Social Science Research* 56, pp. 133–143.
- Álvarez J, Salinas J y Rodero M, et al. (2016). Determinantes socioeconómicos de la salud en Andalucía: estudio comparado del impacto de la crisis económica en la salud de los andaluces (proyecto IMPACT-A)
- Armijos A, Feijo D y Juela C (2015) influencia de los determinantes sociales sobre el estado nutricional de niños/as menores de 5 años de edad que acuden al centro de salud biblián 2015: Perú: Universidad De Cuenca
- BMJ Publishing Group. (2020). Visión general del nuevo coronavirus 2019 (2019-nCoV) [Internet]. Londres, UK: BMJ Publishing Group; 2020 [citado 28 Ene 2020]. Disponible en: <https://bestpractice.bmj.com/topics/es-s/3000165/pdf/3000165.pdf>
- Barja L (2018) factores socioeconómicos y niveles de anemia en niños de 3 años y gestantes en Puesto de Salud de Yuminkus, Nieva: Perú, UCV.
- Choqwuehuanca M, Falcon W (2018). Prácticas alimentarias y anemia ferropénica en niños de 6 A 24 meses del Centro de Salud Perú 3era Zona, Lima - Peru, 2018. Perú: Nobert Winer.
- Das JK, Salam RA, Kumar R, Bhutta ZA. (2013). Micronutrients food fortification and its impact on woman and child health: a systematic review. *SystRev.* 2013;2: 67. doi:10.1186/2046-4053-2-67.
- De Onis M, Blössner M, Borghi E. (2012). Prevalence and trends of stunting among pre-school children, 1990–2020. *Public Health Nutr.* 2012;15: 142–148.

- Dever G.E. (1976). An Epidemiological Model For Health Policy Analysis. Soc. Ind. Res. 1976; 2: 465.
- Dong Y, Mo X, Hu Y, Qi X, Jiang F, Jiang Z, Tong S (2020) Características epidemiológicas de 2143 pacientes pediátricos. Con la enfermedad por coronavirus 2019 en China. *Pediatría* 2020. DOI: 10.1542 / peds.2020-0702
- Domínguez A (2017) determinantes sociales de la salud en primera infancia indígena en Chile: Universidad De Chile. URI: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/148991>
- Dragon I, Atiku A, Ssenyonga R, Olegang P y Barugahare B (2017). Prevalencia de anemia y factores de riesgo asociados entre niños en el noroeste de Uganda: Legason y col. *BMC Hematología* (2017) 17:10
- FAO, OPS, WFP y UNICEF. 2019. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2019. Santiago. 135. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Goshu D, Kassa B, Ketema M. Measuring diet quantity and quality dimensions of food security in rural Ethiopia. *J Dev Agric Econ.* 2013;5: 174–185. doi:10.5897/JDAE12.141
- Hanibuchi T, Nakaya T, Murata C (2012) Socio-economic status and self-rated health in East Asia: a comparison of China, Japan, South Korea and Taiwan. *Eur J Public Health* 22(1):47–5.
- Herrador Z, Gadisa E, Moreno J, Nieto J, Benito A, Aseffa A, et al. Cross-Sectional Study of Malnutrition and Associated Factors among School Aged Children in Rural and Urban Settings of Fogera and Libo Kemkem Districts, Ethiopia. *PloS One.* 2014;9.
- Herrera K (Perú, 2018). Influencia de los Factores Socioculturales en la prevalencia de Anemia Ferropénica en niños y niñas menores de 36 meses Establecimiento de Salud Agua Blanca 2018: Peru: UCV.

Hong H, Wang Y, Tao H, Chen C (2020) Características clínicas de la nueva enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en recién nacidos, lactantes y niños: China. Vol 61 (2), P131-132 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2020.03.001>

Instituto Nacional de Informática y estadística –Perú (2017). Encuesta ENDES. Perú: INEI.

Instituto Nacional de Informática y estadística –Perú (2018). Encuesta ENDES. Perú: INEI.

Lafambrose, H. Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. Can. Med. Assoc. J. 1973; 108: 388-91.

Lalonde M.A. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Canadian Government; 1974

López P. (2017). Características y manejo de los pacientes con anemia en el servicio de urgencias de un hospital general. España: UCM.

Mac Donald J. (2010). Pobreza y precariedad del hábitat en ciudades de América Latina y el Caribe. CEPAL, División de Desarrollo Sostenible y Asentamientos Humanos. Santiago de Chile, noviembre de 2010.

MIDIS/ gobierno del Perú (2018) Plan multisectorial de Lucha Contra la Anemia. <http://www.midis.gob.pe/dmdocuments/plan-multisectorial-de-lucha-contra-la-anemia-v3.pdf>

Ngimbudzi E., Lukumay A., et. al (2016). Mothers' Knowledge, Beliefs, and Practices on Causes and Prevention of Anaemia in Children Aged 6 - 59 Months: A Case Study at Mkuranga District Hospital, Tanzania. Tanzania: UNT.

Nole D y Timoteo J (Perú, 2017) determinantes sociales de salud relacionados con anemia en niños menores de 3 años que acuden al centro de salud - pampa grande. Tumbes - 2017: Perú: Universidad de Tumbes. <http://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/UNITUMBES/210>

Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO) (1965). Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Roma: FAO (Cap.13-pag. 137)

OMS/OPS (2017). Salud en las Américas, resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS; 2017. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>

OMS/Oficina Regional para Europa (OMS/ORE). 2019. Commercial foods for infants and young children in the WHO European Region. A study of the availability, composition and marketing of baby foods in four European countries. Copenhagen: Organización Mundial de la Salud. [Consultado el 10 de septiembre de 2019]. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/406452/CLEAN_Commercial-foods_03July_disclaimer_LV.pdf.

OMS. (2019a). Global Health Observatory (GHO) data. En: Organización Mundial de la Salud [en línea]. <https://www.who.int/gho/en/>.

OMS. (2020). El nobel coronavirus. [en línea]. <https://www.who.int/gho/en/>.

OMS. (2019b). Inocuidad de los alimentos. En: Organización Mundial de la Salud [en línea]. [Consultado el 10 de septiembre de 2019]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/food-safety>.

Rasmussen A y Thompson L (2020). Enfermedad por coronavirus 2019 y niños: lo que los médicos de atención médica pediátrica deben saber. JAMA Pediatr. Publicado en línea el 3 de Abril de 2020.

Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, Schwartz JE (2011) Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. Soc Sci Med 72(6):840–54

Stuckler, D, Sanjay B (2013) Por qué la austeridad mata. El coste humano de las políticas de recorte. Taurus, Madrid.

UNICEF-WHO-World Bank Joint Child Malnutrition Estimates. UNICEF, New York; WHO, Geneva; The World Bank, Washington, DC; 2012. Disponible en: http://www.who.int/nutgrowthdb/jme_unicef_who_wb.pdf.

Viswanath N. (2012). The hierarchy of poor: the tension between favoring smallholder farmers or domestic consumers in Ethiopian agricultural development. Afr Policy J. 2012;8: 30.

World Health Organization (WHO) (2011). Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. Vitamin and Mineral Nutrition Information System. Geneva, Switzerland: WHO; 2011. Disponible en: <http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin.pdf>

World Health Organization (WHO). Commission on Social Determinants of Health. http://www.who.int/social_determinants/en/, 2005.

ANEXO 1

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de medición
Determinantes medico sociales del entorno socioeconómico	Componentes circunstanciales relativas a las desigualdades etarias, de género, estudios realizados, nivel de ingresos y ocupación familiar, considerados capaces de afectar la salud de las personas y/o su estado de bienestar médico-social en general. Se sustenta en el hecho que las diferencias en ellas se encuentran claramente relacionados a los estados de salud de las personas, por lo mismo que no se respetan ni representan problemas de salud por igual (OMS/ORPE, 2019).	Resultados registrados en Historias clínicas de padres e hijos.	Edad de la familia Padre () <19 años () 19-35 años () >35 años	Ordinal
			Madre () <19 años () 19-35 años () >35 años	
			Sexo del niño () Femenino () Masculino	Nominal
			Grado de instrucción Padre () Sin Instrucción () Primaria () Secundaria () Superior Madre () Sin Instrucción () Primaria () Secundaria () Superior	Ordinal
			Ingreso familiar () < 950,00 n/s () 950.00–4400,00 n/s () >4,400.00 n/s	Ordinal
Determinantes medico sociales del entorno físico	Son aquellas que de acuerdo a su calidad, accesibilidades y gratuidad, adquieren importancia en la medida en que son los responsables de propiciar estados de bienestar saludables mejorando del nivel de la calidad de vida o contribuir con ello de forma más intensa (Álvarez, 2016).	Resultados registrados en Historias clínicas de padres e hijos	Vivienda familiar () Rustica: barro, quincha y adobe () Adobe y material noble () Material noble	Ordinal
			Servicios básicos (Luz, Agua y desagüe) () Completos () Incompletos () Sin servicios básicos	Ordinal
			Condiciones del saneamiento ambiental () Limpieza pública () Ordenamiento urbano () Ninguno	Ordinal
Determinantes medico sociales de los estilos de vida familiar	Conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo y son fruto básicamente de la interacción entre las reacciones aprendidas durante el proceso de socialización y las condiciones de vida de ese	Resultados registrados en Historias clínicas de padres e hijos	Alimentación () Saludable () Poco saludable () No saludable	Ordinal
			Hábitos nutricionales de consumo () Alimentos balanceados () Alimentos no balanceados () Poco saludable	Ordinal

	individuo o grupo (Álvarez, 2016).		Práctica familiar de actividad física () Siempre () A veces () Nunca	Ordinal
			Hábitos familiares de tabaquismo/alcoholismo () Siempre () A veces () Nunca	Ordinal
Determinantes médico-sociales de las interacciones de las redes sociales y comunitarias	Construcción permanente de colectivos sociales, abiertos a la reciprocidad y dejando en libertad el cambio de roles para la asistencia sanitaria de acuerdo a una dinámica grupal que se genera bajo circunstancias muy variadas. (FAO/OPS/WFP/UNICEF, 2019).	Resultados registrados en Historias clínicas de padres e hijos	Acceso a los servicios de salud () Siempre () A veces () Nunca	Ordinal
			Recibe Apoyo Social () Siempre () A veces () Nunca	Ordinal
Anemia	Disminución de la masa eritrocitaria y de la concentración de hemoglobina (Hb) circulantes en el organismo por debajo de unos límites considerados normales para un sujeto, teniendo en cuenta determinantes médicas sociales del entorno socioeconómico, entorno físico, de los estilos de vida y las interacciones en las redes sociales y comunitarias (OMS, 2016)	Resultados registrados en Carnet de crecimiento y desarrollo del niño	Grado de Anemia () Normal () Leve () Moderada () severa	Ordinal

ANEXO 2

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO ESCUELA DE POSGRADO EN SALUD

“El COVID-19 y los Determinantes Medido-Sociales de Salud relacionados a Anemia en Niños Menores de 3 Años. Puesto de Salud Buldibuyo-2020”

- FICHA TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Historia Clínica N°.....

Carnet de Crecimiento y Desarrollo N°

1. Determinantes medico sociales del entorno socioeconómico
- Edad de la familia
 - . Padre () <19 años () 19-35 años () >35 años
 - . Madre () <19 años () 19-35 años () >35 años
 - Sexo del niño () Femenino () Masculino
 - Grado de instrucción de los integrantes de la familia (Padre y madre)
 - . Padre
 - () Sin Instrucción () Primaria () Secundaria () Superior
 - . Madre
 - () Sin Instrucción () Primaria () Secundaria () Superior
 - Ingreso económico familiar
 - () ≤ 950,00 n/s () 950.00 – 4400,00 n/s >4,400.00 n/s
 - Ocupación familiar
 - . Padre
 - () Dependiente () independiente () No trabaja
 - . Madre
 - () Dependiente () independiente () No trabaja
2. Determinantes medico sociales del entorno físico
- Tipo de vivienda familiar
 - () Rustica: barro, quincha y adobe
 - () Adobe y material noble
 - () Material noble
 - Servicios básicos (Luz, Agua y desagüe)
 - () Completos () incompletos () sin servicios básicos
 - Condiciones del saneamiento ambiental
 - () Limpieza pública () Ordenamiento urbano () Ninguno
3. Determinantes medico sociales de los estilos de vida familiar
- Alimentación
 - () Saludable () Poco saludable () No saludable
 - Hábitos nutricionales de consumo
 - () Alimentos balanceados () Alimentos no balanceados
 - () Alimentación poca saludable
 - Práctica familiar de actividad física
 - () Siempre () A veces () Nunca
 - Hábitos familiares de tabaquismo/alcoholismo
 - () Siempre () A veces () Nunca
4. Determinantes médico-sociales de las interacciones de las redes sociales y comunitarias.
- Acceso a los servicios de salud
 - () Siempre () A veces () Nunca
 - Recibe Apoyo Social
 - () Siempre () A veces () Nunca
-

5. Anemia () Normal () Leve () Moderada () severa

ANEXO 3

CONSTANCIA DE LA INSTITUCIÓN QUE AUTORIZA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN



GOBIERNO REGIONAL
LA LIBERTAD

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

Juntos por la
Prosperidad

CONSTANCIA

La Obstetra **ANA ESTHER REYES CARRANZA** con COP 13530, Jefe del P.S. BULDIBUYO quien suscribe:

Deja constancia que:

BR. ARAUJO AVILA KAITEL GILDER (ORCID: 0000-0003-4578-258X)

DNI: 43765263

Alumno de la Escuela de Posgrado y Programa académico de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad Cesar Vallejo, Sede Trujillo, ha sido autorizado para realizar el trabajo de Investigación titulado:

COVID-19 y las Determinantes Médico-Sociales de Salud relacionados a Anemia en Niños Menores de 3 Años. Puesto de Salud Buldibuyo-2020.

Por tal motivo se expide la presente a solicitud del interesado para los fines pertinentes



ANA ESTHER REYES CARRANZA
ANA ESTHER REYES CARRANZA
OBSTETRIZ
C.O.P. 13530

ANEXO 4
BASE DE DATOS

Title: El COVID-19 y los Determinantes Medido-Sociales de Salud relacionados a Anemia en Niños Menores de 3 Años. Puesto de Salud Buldibuyo-2020.

Variable labels:

- V 1/ Edad del Padre
- V2/ Edad de la Madre
- V3/ 'Sexo del niño'
- V4/ 'Grado de instrucción del Padre'
- V5/ 'Grado de instrucción de la Madre'
- V6/ 'Ingreso económico familiar'
- V7/ 'Ocupación Padre'
- V8/ 'Ocupación de la Madre'
- V9/ 'Tipo de vivienda familiar'
- V10/ Servicios básicos (Luz, Agua y desagüe)'
- V11/ 'Condiciones del saneamiento ambiental'
- V12/ 'Alimentación'
- V13/ 'Hábitos nutricionales de consumo'
- V14/ 'Práctica familiar de actividad física'
- V15/ 'Hábitos familiares de tabaquismo/alcoholismo'
- V16/ 'Acceso a los servicios de salud'
- V17/ 'Recibe Apoyo Social'
- V18/ 'Anemia'

Value Labels

- V1/ 1 '<19 años' 2 '19-35 años' 3 '>35 años'
- V2/ 1 '<19 años' 2 '19-35 años' 3 '>35 años'
- V3/ 1 'Femenino' 2 'Masculino'
- V4/1 'Sin Instrucción' 2 'Primaria' 3 'Secundaria' 4 'Superior'
- V5/1 'Sin Instrucción' 2 'Primaria' 3 'Secundaria' 4 'Superior'
- V6/ 1 '< 950,00 n/s' 2 '950.00 – 4400,00 n/s' 3 '4,400.00 n/s'
- V7/ 1 'Dependiente' 2 'Independiente' 3 'No trabaja'
- V8/ 1 'Dependiente' 2 'Independiente' 3 'No trabaja'
- V9/ 1 'Rustica: barro, quincha y adobe' 2 'Adobe y material noble' 3 'Material noble'
- V10/ 1 'Completos' 2 'Incompletos' 3 'Sin servicios básicos'
- V11/ 1 'Limpieza pública' 2 'Ordenamiento urbano' 3 'Ninguno'

V12/ 1 'Saludable' 2 'Poco saludable' 3 'No saludable'

V13/ 1 'Balanceados' 2 'No balanceados' 3 'Poca saludable'

V14/ 1 'Siempre' 2 'A veces' 3 'Nunca'

V15/ 1 'Siempre' 2 'A veces' 3 'Nunca'

V16/ 1 'Siempre' 2 'A veces' 3 'Nunca'

V17/ 1 'Siempre' 2 'A veces' 3 'Nunca'

V18/ 1 'Normal' 2 'Leve' 3 'Moderada' 4 'Severa'

Beging Data

	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13	V14	V15	V16	V17	V18
1	2	2	2	3	3	2	2	3	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1
2	2	2	2	3	3	2	2	3	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1
3	2	2	1	2	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	1	2	3	2
4	3	3	2	1	1	1	2	3	1	2	3	2	3	3	3	1	1	1
5	3	3	2	1	1	1	2	3	1	3	3	2	3	3	3	2	1	2
6	3	3	1	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2
7	2	2	1	3	3	3	2	2	3	1	1	1	3	2	3	2	2	2
8	2	2	2	3	4	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	3	1
9	2	1	2	3	2	1	1	3	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1
10	2	1	2	3	2	1	2	3	1	2	2	3	3	1	3	1	1	1
11	2	2	1	3	3	2	1	3	1	1	1	2	2	3	1	1	2	1
12	3	3	2	1	2	1	2	3	1	3	3	2	2	3	2	1	1	2
13	3	3	2	4	3	3	2	3	1	1	1	2	2	3	1	1	1	1
14	1	1	2	3	3	2	1	3	1	2	2	1	2	1	3	1	1	1
15	2	2	1	3	3	2	1	2	1	1	1	2	3	2	3	1	3	2
16	3	3	2	4	4	3	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	3	1
17	3	2	2	2	3	2	2	2	1	2	2	2	3	2	3	1	1	1
18	3	3	1	2	2	1	2	3	1	2	2	2	2	3	1	1	1	1
19	2	2	1	3	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1
20	2	2	2	3	2	1	2	3	1	2	2	2	3	1	3	1	1	1
21	2	2	2	3	3	2	2	3	1	2	2	2	2	2	3	1	1	3
22	3	2	1	2	2	1	2	3	1	2	3	2	2	2	1	1	1	2
23	3	2	1	3	3	2	2	3	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1
24	3	3	1	3	3	2	1	3	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1
25	3	3	1	2	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
26	3	2	1	4	2	2	1	3	1	2	3	1	1	2	2	1	1	1
27	2	2	2	3	3	2	2	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
28	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	3	1	1	1	1	1	1	1
29	2	2	1	3	2	2	2	3	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1
30	2	2	1	2	3	2	1	3	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1
31	3	2	2	3	2	2	2	3	1	2	3	2	2	3	2	1	1	1
32	2	2	1	4	4	3	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2
33	3	2	1	3	1	1	2	3	1	2	3	3	3	3	1	1	1	2
34	3	2	1	2	2	1	2	3	1	3	3	2	2	2	2	1	3	1
35	3	2	1	1	2	1	2	3	1	3	3	2	3	3	2	1	1	1
36	2	2	2	4	3	2	1	2	2	2	3	2	2	2	2	1	1	1
37	2	2	2	4	4	2	2	1	3	1	1	1	2	2	2	1	1	2
38	2	2	2	4	3	2	1	3	2	1	2	2	2	2	2	1	1	3
39	2	2	2	3	3	2	2	3	3	1	2	1	1	2	2	1	1	1
40	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	3	3	1	1	1
41	2	2	1	3	3	2	2	3	2	1	1	1	1	3	2	1	1	1
42	2	2	2	3	3	2	1	3	1	2	1	1	1	2	3	1	1	1
43	3	2	2	1	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	3	1	1	1
44	2	3	2	4	4	3	2	1	3	1	1	1	1	1	2	1	3	1
45	2	1	1	2	2	2	2	3	1	3	3	2	3	3	2	1	1	1
46	2	2	2	2	3	2	2	2	1	1	1	2	3	2	1	1	1	2
47	3	2	1	3	2	2	2	3	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1
48	2	2	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	1	2	3	1	1	1
49	2	2	1	3	3	2	2	2	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1
50	3	3	2	1	1	1	2	3	1	3	3	3	3	3	3	2	1	2
51	3	2	2	2	1	2	2	3	1	2	3	2	3	2	2	1	1	2
52	2	1	1	3	2	2	2	3	1	2	3	2	3	1	2	1	1	1
53	3	3	1	3	3	2	2	3	3	1	1	2	2	2	2	1	1	1
54	2	2	2	4	4	2	1	1	2	1	1	1	1	2	3	1	3	1
55	3	3	2	1	1	1	2	3	1	2	2	3	3	3	2	2	3	3

56	2	1	1	3	2	1	2	3	1	2	3	3	3	3	1	2	1	2
57	2	2	1	3	2	1	2	3	1	3	3	2	3	3	2	2	1	1
58	2	1	1	3	2	1	2	3	1	2	3	2	3	2	2	1	1	3
59	2	2	2	3	2	2	2	3	1	2	3	1	2	2	3	1	1	1
60	3	2	2	4	3	2	1	2	2	2	3	1	1	1	2	1	3	1
61	3	2	2	2	1	1	2	3	1	1	1	2	3	3	1	1	1	1
62	2	2	2	3	2	1	2	3	1	2	3	2	3	2	2	1	1	2
63	2	1	2	3	2	2	2	3	1	1	1	2	2	2	3	1	1	1
64	2	2	2	3	3	2	2	3	1	2	3	2	3	1	3	1	3	2
65	3	2	2	3	3	2	2	2	1	2	3	1	2	2	2	1	1	1
66	3	3	2	3	2	2	1	3	1	3	3	2	2	2	2	1	2	2
67	2	2	1	2	3	1	2	3	1	3	3	2	3	2	2	1	1	2
68	3	3	1	2	2	1	2	3	1	3	3	2	3	3	3	2	1	2
69	2	3	2	3	3	2	2	3	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1
70	2	2	1	3	2	2	2	3	1	2	3	2	2	2	3	1	3	1
71	1	1	1	3	2	1	2	3	1	2	3	2	3	1	2	2	1	2
72	2	2	2	3	3	1	2	3	1	2	3	2	3	2	2	1	1	2
73	3	3	1	2	1	1	2	3	1	2	3	3	3	3	2	1	1	3
74	2	2	2	2	1	1	2	3	1	2	3	2	3	3	2	2	2	3
75	2	2	1	3	3	2	2	3	1	2	3	2	2	2	2	1	1	2
76	2	1	2	3	2	2	2	3	1	2	1	2	2	3	2	1	1	1
77	3	2	2	3	3	2	1	3	1	1	1	2	3	2	3	2	3	2
78	3	3	1	4	4	3	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3	1
79	3	2	2	3	3	2	2	3	1	2	1	2	3	3	2	2	1	2
80	2	2	1	2	2	1	2	3	1	2	3	3	3	3	2	1	2	3
81	2	2	1	3	2	2	2	3	1	1	1	2	2	3	2	2	2	1
82	2	1	1	3	2	1	2	3	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2
83	2	2	1	3	3	2	2	3	2	2	1	2	3	1	2	1	2	2
84	2	2	1	4	3	2	1	3	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1
85	3	3	2	3	3	1	3	1	1	2	1	2	2	3	1	1	1	1
86	2	2	2	4	4	2	1	1	1	2	3	2	2	2	2	1	1	2
87	2	2	1	2	2	1	2	3	1	2	3	2	2	1	2	1	1	1
88	2	2	2	4	4	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1
89	3	3	1	4	4	2	1	3	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1
90	2	2	1	3	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	1	2
91	2	2	2	1	2	1	2	3	1	2	3	3	3	3	1	2	3	2
92	3	3	1	3	3	2	2	3	1	2	3	2	2	2	3	1	3	1
93	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	3	1	1	1	1
94	2	2	1	4	4	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	3	1
95	2	2	1	1	2	1	2	3	1	3	3	2	3	3	2	2	1	1
96	3	3	1	3	3	1	2	3	1	2	1	2	3	2	2	1	3	1
97	2	2	1	2	2	1	2	3	1	2	3	3	3	2	2	2	1	3
98	2	2	2	3	4	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	3	1
99	3	3	2	3	3	2	2	3	1	2	3	2	2	2	2	1	1	2
100	2	2	2	3	3	2	2	3	1	2	3	2	2	2	3	1	1	1
101	3	3	1	3	3	1	2	3	1	2	3	3	3	2	1	1	1	3
102	2	2	1	3	3	1	2	3	1	2	3	2	2	2	1	1	1	1
103	3	2	1	1	2	2	2	3	1	2	3	2	2	2	1	1	1	1
104	2	2	2	3	3	2	2	3	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1
105	3	2	2	4	4	2	3	2	1	1	1	2	2	2	3	1	1	2
106	2	2	2	3	3	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1
107	3	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	2	2	2	1	1	1	1
108	2	2	1	3	3	2	2	3	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1

ANEXO 5

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: **El COVID-19 y los Determinantes Medido-Sociales de Salud relacionados a Anemia en Niños Menores de 3 Años. Puesto de Salud Buldibuyo-2020.**

Problema	Hipótesis	Objetivos	Metodología	Resultados y Conclusiones
¿Cuál es la relación entre los determinantes médico-sociales de la salud con la anemia en niños menores de 3 años de edad atendidos en el Puesto de Salud Buldibuyo, bajo el contexto del COVID-19?	Bajo el contexto del COVID-19 existe relación significativa entre los determinantes médico-sociales de la salud con la anemia en niños menores de 3 años de edad atendidos en el Puesto de Salud Buldibuyo.”	<p>Objetivo General: Relacionar los determinantes médico-sociales de la salud con la anemia en niños menores de 3 años de edad atendidos en el Puesto de Salud Buldibuyo, bajo el contexto del COVID-19</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>a) Establecer la relación entre los determinantes del entorno socioeconómico con la anemia en niños menores de 3 años de edad atendidos en el Puesto de Salud Buldibuyo, bajo el contexto del COVID-19;</p> <p>b) Establecer la relación entre los determinantes del entorno físico con la anemia en niños menores de 3 años de edad atendidos en el Puesto de Salud Buldibuyo, bajo el contexto del COVID-19;</p> <p>c) Establecer la relación entre los determinantes de los estilos de vida con la anemia en niños menores de 3 años de edad atendidos en el Puesto de Salud Buldibuyo, bajo el contexto del COVID-19</p> <p>d) Establecer la relación entre los determinantes de las interacciones con las redes sociales y comunitarias con la anemia en niños menores de 3 años de edad atendidos en el Puesto de Salud Buldibuyo, bajo el contexto del COVID-19</p>	Tipo descriptiva-correlacional y diseño transversal. la Investigación documental involucró a 108 niños menores de tres años adscritos en el Padrón Nominal del Puesto de Salud Buldibuyo Área de Crecimiento y Desarrollo (CRED). Se hace uso de uso del coeficiente de correlación de Spearman R (con una significancia de $p < 0,05$) (mediciones ordinales) por y Eta ² (Mediciones nominal y ordinal) con niveles de significancia entre baja $< ,250$ moderada a baja $(,250- ,400)$ Moderada $(,400$ a $,600)$ de moderada a alta $(> ,600$ a $,750)$ y alta $(> ,750)$. A través de ella se pueden observar la validez de la hipótesis general del estudio.	Existe relación significativa e inversa (Spearman $R = -,241$ y $ -,323$ respectivamente) entre la anemia con los determinantes del entorno socioeconómico como la edad de la madre (mayoritariamente entre los 19 a 35 años con 66,7%) y el ingreso familiar ($>950-4400$ en un 60,2%). Los determinantes del entorno físico que se relacionan significativamente ($p < 0,05$ y Spearman $R = ,208$ y $,291$ respectivamente) con la anemia son el contar con servicios básicos incompletos (52,8%) y no contar con ningún tipo de saneamiento ambiental (42,6%). Los determinantes de los estilos de vida que se relacionan significativamente con la anemia ($p < 0,05$ y Spearman $R = 0,519$, $ 0,541$ y $ 0,213$ respectivamente) son el tipo de alimentación (Poco saludable en 60,2%), los hábitos nutricionales (no balanceados en 43,5%) y la poca practica de actividad física (A veces en 54,6%). El determinante de las interacciones con las redes sociales y comunitarias que se relaciona significativamente con la anemia ($p < 0,05$ y $ X^2 = 22,358$ y $ CC = ,414$) es el acceso a los servicios de salud (Siempre en 82,4%)