



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**ALGUNOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD
RELACIONADOS AL CONOCIMIENTO Y CONDUCTA PARA
PREVENIR EL VIH/SIDA EN MUJERES DEL PERÚ EN EL AÑO
2017**

**PRESENTADA POR
JENNIFER MADELINE VERA SANTA MARIA**

**ASESORA
DRA. MIRTHA ELIZABETH, MUÑOZ HIDROGO**

**DOCUMENTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA.**

LIMA – PERÚ

2019



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA


**ALGUNOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD
RELACIONADOS AL CONOCIMIENTO Y CONDUCTA PARA
PREVENIR EL VIH/SIDA EN MUJERES DEL PERÚ EN EL AÑO
2017**

**PRESENTADA POR
Jennifer Madeline Vera Santa María**

**DOCUMENTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

LIMA – PERÚ

2019



ALGUNOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD RELACIONADOS AL
CONOCIMIENTO Y CONDUCTA PARA PREVENIR EL VIH/SIDA EN MUJERES
DEL PERÚ EN EL AÑO 2017

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor (a): Dra. Obsta. Mirtha Elizabeth. Muñoz Hidrogo

Miembros del jurado

Presidente	:	Dr.Obst. Bustios Rivera, Pedro
Vocal	:	Dra. Obsta. Moreno Gutiérrez, Nelly Yrene
Secretaria	:	Mg. Obsta. Aliaga Bravo, Victoria Del Consuelo

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a mis amados padres gracias por su amor, enseñanzas y por lograr formar en mi la tenacidad e ímpetu para lograr alcanzar mis objetivos y nuestros sueños como familia; porque mis logros son vuestros



AGRADECIMIENTOS

A mi profesora Marlene Magallanes, me es de gran inspiración, gracias a usted conocí el amor por la investigación, gracias a la oficina de investigación de la FOE por la oportunidad la confianza y calor de hogar que me hicieron sentir, son un excelente grupo humano que inspira a investigar, es un privilegio ser parte de su equipo de trabajo. A mis mejores amigos ustedes son autores de mi fortaleza y empuje sin ustedes me hubiera sido casi imposible lograrlo, gracias por sus diversas maneras de demostrar que familia va más allá de un vínculo consanguíneo



ÍNDICE DE CONTENIDO

TITULO.....	ii
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	ix
ABSTRACT.....	x
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	7
2.1. Diseño metodológico.....	7
2.2. Población y muestra	7
2.3. Criterios de selección.....	7
2.4. Técnicas de recolección de datos.....	8
1.5. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información.....	9
1.6. Aspectos éticos.....	10
III. RESULTADOS.....	11
IV. DISCUSIÓN.....	21
V. CONCLUSIONES.....	26
VI. RECOMENDACIONES.....	27
FUENTES DE INFORMACIÓN	28
VII. ANEXOS	33

ÍNDICE DE TABLAS

N° de la tabla	Nombre de la tabla	N° de pagina
TABLA 01	Conocimiento de VIH/SIDA de las MEF. ENDES, Perú, 2017	11
TABLA02	. Conducta para prevenir el VIH/SIDA de las MEF. ENDES, Perú, 2017	12
TABLA 03	Grado de conocimiento sobre el VIH/ SIDA relacionado al empleo y condiciones de trabajo en mujeres en las MEF. ENDES, Perú, 2017	13
TABLA 04	Grado de conocimiento sobre el VIH/ SIDA relacionado a la educación en mujeres en las MEF. ENDES, Perú, 2017	15
TABLA 05	Grado de conocimiento sobre el VIH/ SIDA relacionado a la gradiente social y servicios de salud en mujeres en las MEF. ENDES, Perú, 2017	16
TABLA 06	Conducta para prevenir el VIH/ SIDA con los determinantes sociales de la salud Empleo y condiciones de trabajo en mujeres en las MEF. ENDES, Perú, 2017	17
TABLA 07	Conducta para prevenir el VIH/ SIDA con los determinantes sociales de la salud Empleo y condiciones de trabajo en mujeres en las MEF. ENDES, Perú, 2017	18
TABLA 08	Conducta para prevenir el VIH/ SIDA con los determinantes sociales de la salud relacionados a la vivienda en mujeres en las MEF. ENDES, Perú, 2017	19
TABLA 09	Conducta para prevenir el VIH/ SIDA con los determinantes sociales de la salud	20

	relacionados a la educación en mujeres en las MEF. ENDES, Perú, 2017	
--	--	--



RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre conocimiento y conducta para prevenir el VIH/SIDA con algunos determinantes sociales de la salud en mujeres en edad fértil del Perú durante el 2017. **Método:** Estudio cuantitativo, transversal y analítico. Diseño no experimental con alcance correlacional. La muestra provino de la ENDES-2017, la cual permite efectuar inferencias a nivel nacional. El análisis estadístico fue bietápico: descriptivo e inferencial, para la relación binomial se utilizó la prueba de χ^2 . Los datos se analizaron utilizando SPSS 25 y considerando la opción para muestras complejas. El nivel de significación estadística fue de $p < 0,05$ e intervalos de confianza calculados al 95%. **Resultados:** El nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA equivale a 52,6%, las conductas preventivas frente al VIH/ SIDA en las mujeres en edad fértil es 47,6%. Las características positivas relacionadas a los determinantes sociales de la salud fueron Empleo y condiciones de trabajo, educación, gradiente social. Las mujeres con un mejor nivel educativo condiciones de trabajo y estrato socioeconómico alto presentan una mejor conducta preventiva. **Conclusiones:** El nivel de conocimiento y las conductas en prevención del VIH/SIDA son inadecuadas.

Palabras clave: VIH/SIDA; conocimiento; determinantes sociales de la salud, conducta sexual de riesgo, prevención.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between knowledge and behavior to prevent HIV / AIDS with some social determinants of health in women of childbearing age in Peru during 2017. Method: Quantitative, transversal and analytical study. Non-experimental design with correlational scope. The sample came from the ENDES-2017, which allows making inferences at the national level. The statistical analysis was two-stage: descriptive and inferential, the chi2 test was used for the binomial relationship. The data was analyzed using SPSS 25 and considering the option for complex samples. The level of statistical significance was $p < 0.05$ and confidence intervals calculated at 95%. **Results:** The level of knowledge about HIV / AIDS equals 52.6%, the preventive behaviors against HIV / AIDS in women of childbearing age is 48.0%. The positive characteristics related to the social determinants of health were Employment and working conditions, housing, education, health services, and social gradient. Women with a better educational level present a better preventive behavior. **Conclusions:** The level of knowledge and behaviors in HIV / AIDS prevention are inadequate.

Keywords: HIV / AIDS; knowledge; social determinants of health, sexual risk behavior, prevention.

I. INTRODUCCIÓN

“El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un retrovirus no oncogénico, su receptor específico de la superficie celular es la molécula CD4 que se localiza principalmente en los linfocitos T cooperadores”¹. “Ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de defensa contra las infecciones y contra determinados tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias e impide el normal funcionamiento de la inmunidad”².

Según Mongrut³ “esta infección producirá una compleja enfermedad denominada Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)”. “Siendo esta la fase más avanzada de la infección por el VIH que en función de la persona, puede tardar de 2 a 15 años en manifestarse”¹.

Existen diversas maneras en las que alguien puede infectarse con el VIH y estas vías de transmisión están bien definidas: la sexual no protegida, la sanguínea o parenteral y la llamada transmisión vertical o perinatal².

“A nivel mundial 1,8 millones de personas contrajeron la infección del VIH en el 2017 y 76,1 millones de personas lo contrajeron desde el comienzo de la epidemia. En el 2016, 1,8 millones de personas vivían con el VIH en América Latina y se produjeron aproximadamente 97.000 nuevas infecciones por el VIH en la región”⁴.

En el Perú los casos acumulados de vía de transmisión reportados desde 1983 hasta octubre del 2017 fueron en un 97.50% por la vía sexual, 2.03% vertical, 0.48% parenteral⁵. En 1986 la razón de Hombre/Mujer los casos de reportados de SIDA fue 16:2 (H: 88.8%, M: 11.2%) y en marzo del 2017 fue 147:36 (H: 80.4%, M: 19.6%)⁶.

“Si bien existen diferencias basadas en el género, en el acceso y la recepción de atención, también existen diferencias biológicas”⁷. El mayor porcentaje de nuevos casos de VIH se deben a la transmisión sexual de hombres a mujeres, esto podría explicarse debido a que existe una ventana de vulnerabilidad durante el ciclo menstrual, en donde se puede evidenciar que el VIH evade la protección inmune de la mucosas del tracto reproductivo femenino dándose una ventana de vulnerabilidad de 7 a 10 días después de la ovulación, siendo el sistema inmunitario del tracto reproductivo femenino cómplice de este retrovirus⁸.

Por otro lado, los sistemas de salud por lo general sólo centran sus estrategias en la recuperación de la salud, pero no busca identificar el origen de las causas y por ello; la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2005 conformó un equipo de expertos para realizar un diagnóstico y la propuesta de acción que recogiera los debates contemporáneos sobre el proceso salud-enfermedad. Es aquí donde se define por primera vez a los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) como las condiciones que generan impacto en el organismo, que pueden ser estructurales o intermedios^{7,9}. Los DSS estructurales los que generan estratificación social, jerarquización e inequidad; estos establecen el estado de salud mediante las oportunidades de las poblaciones, sometidas por las jerarquías socioeconómicas y de poder, estas abarcan las categorías de ingresos, educación, género, raza y/o etnia y clase social, la base de estos determinantes es la relación entre capital social y cohesión social⁶⁻⁷. Según Montaigner el SIDA es un síndrome multifactorial y este influye no solo en la perspectiva biomédica sino en el enfoque biopsicosocial en el que interviene los determinantes sociales de la salud⁹.

Debido a eso mediante la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) el estado Peruano logra obtener información de la salud a nivel familiar y a nivel individual de grupos más vulnerables. Gracias a esto se puede diseñar y orientar las políticas y programas para la población peruana. La ENDES viene desde el año 2005 contribuyendo a una de las principales fuentes de información para los programas estratégicos nacionales los cuales miden el bienestar de la población¹⁰.

Es por esta razón que el presente trabajo busca identificar ¿Cuál es la relación existente entre conocimiento y conducta para prevenir el VIH/ SIDA con algunos determinantes sociales de la salud en mujeres en edad fértil del Perú durante el 2017? Para lograr determinar la relación entre conocimiento y conducta para prevenir el VIH/ SIDA con algunos determinantes sociales de la salud en mujeres en edad fértil del Perú durante el 2017. De esta manera se sustentará que los determinantes sociales de la salud tienen relación estadísticamente significativa con el conocimiento y las conductas para prevenir el VIH / SIDA en mujeres en edad fértil del Perú en el año 2017.

Siendo el Perú, miembro de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2014 se comprometió a cumplir con la recomendación 3 de la comisión de determinantes sociales de la salud; ésta recomendación señala que los países miembros deben “medir y comprender el problema (de los determinantes sociales) y evaluar el impacto de la acción”. Motivación del presente estudio que servirá como evidencia de nuestra realidad nacional y brindará información que servirá para elaborar estrategias sanitarias de gran impacto.

Y desde el primer caso de VIH/SIDA reportado en el Hospital Cayetano Heredia hace 36 años; la incidencia de contagio del VIH, sigue siendo la vía sexual, 12 años

después de la determinación del análisis las causas de las causas por la comisión de los Determinantes Sociales de la Salud; ésta sigue siendo la conducta sexual⁷. Cifras que reflejan que 36 años son insuficientes para establecer una estrategia sanitaria enfocada en el origen de las causas para el beneficio de la población. La mayoría de los estudios científicos sugieren “intervenciones en el VIH/SIDA limitados a los determinantes más proximales del individuo”. Escasos estudios analizan los determinantes de tipo estructural. El VIH/SIDA es un proceso que no solo se limita a espacios biológicos y “se debe desligar del rigor biomédico y epidemiológico para adentrarse hacia direcciones políticas y científicas”¹¹.

Por otro lado, las bases de datos secundarios producto de Encuestas Nacionales, brindan oportunidades extraordinarias de investigación que hasta el momento no han sido aprovechadas en la facultad de Obstetricia y Enfermería. Sin embargo, investigadores nacionales e internacionales las usan para realizar estudios de gran escala, pues la amplitud de la información que en ellas se encuentran, brindan un mejor análisis del objeto de estudio y una mayor significancia para el investigador y la comunidad científica. Esta investigación con análisis de base de datos secundarios abre camino a investigaciones futuras que servirán como precedente en la facultad y que busca se publiquen en revistas científicas de corte nacional e internacional tal y como las que se mencionan a continuación.

Así como Pernaz G, 2015, en un estudio hecho con base de datos secundarias utilizando la data ENDES 2007 obtuvo como resultados que el 47,8% de las mujeres encuestadas obtuvo buen nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH, y el 50,7% de ellas presentaron actitudes adecuadas respecto a la enfermedad y a las personas afectadas, mientras que el

ejercicio de prácticas sexuales seguras se observó en un 48,8% de las mismas.” El mayor nivel educativo, alto índice de bienestar socioeconómico, haber vivido en la capital durante la infancia, trabajar como profesional, técnica, empresaria u oficinista y acceso frecuente a medios de comunicación se relacionaron con mayor conocimiento, actitudes adecuadas y prácticas seguras”. Concluyeron que los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas frente a las infecciones transmitidas sexualmente de la mujer peruana de 15 a 49 años no son adecuados¹².

Liscano YD y colaboradores en el 2015, Colombia, Concluyeron que los determinantes estructurales (género y condición socioeconómica) ocasiona alta expectativa de ejercer mayor adaptación sobre el comportamiento del VIH, por tanto, se requiere de ingentes esfuerzos en este campo para combatir la pandemia¹³.

Pons-Duran C en el 2016, España, en su investigación con base de datos secundarios obtuvo como resultados que los quintiles de riqueza cuarto y quinto, los menos pobres, se asociaron con una menor probabilidad de infección por VIH en comparación con el primer quintil. La probabilidad de infección por VIH tuvo su punto máximo a los 36 años, luego disminuyó y siempre fue más alta para las mujeres independientemente de su edad y Situación Socio Económica. Concluyendo que en la alta prevalencia de VIH en toda la población de Manhiça, los más pobres corren el mayor riesgo de contraer el VIH¹⁴.

Ward-Peterson M y colaboradores en el 2017, África Sub-sahariana publicó un estudio con el propósito evaluar la influencia de factores contextuales sobre VIH / SIDA, infecciones de transmisión sexual (ITS) y riesgos sexuales comportamiento (RSB) .Se concluyó que los estudios que utilizan modelos multinivel indican que varios factores contextuales, incluidos las medidas comunitarias de nivel socioeconómico y

nivel de educación se asocian con número de resultados relacionados con VIH / SIDA y RSB¹⁵.

Arévalo R, 2017, Jaén-Perú, obtuvo como resultados que la mayoría de mujeres en edad fértil tienen un conocimiento bajo con tendencia a medio sobre las ITS y una gran cantidad acopla prácticas de prevención no saludables, lo que pone en manifiesto la necesidad de fortalecer las acciones de información en el grupo de conocimiento “bajo” con tendencia a “medio” sobre ITS, relativos al agente causal, signos y síntomas, formas de transmisión y prácticas de prevención¹⁶.



II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Diseño metodológico

El diseño es no experimental, cuantitativo, descriptivo correlacional, analítico, transversal y retrospectivo.

2.2. Población y muestra

2.2.1. Población

La población para este estudio está constituida por todas las mujeres en edad fértil (MEF) que participaron en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES) continua del año 2017 realizada por Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)

2.2.2. Muestra

La muestra fue tomada de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES) 2017 realizada por Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Esta muestra es probabilística de tipo equilibrado, estratificada, de áreas, bietápica, autoponderada sin reemplazo. El tipo de muestreo es complejo, por lo que la variable de ponderación es considerada para los análisis estadísticos. Para los archivos que corresponden al cuestionario de las MEF, la variable es la V005 "Sample Weight" (en el archivo RECO111). La muestra está constituida por 33 168 entrevistas completas. La muestra seleccionada representa la totalidad de la población del país (Anexo N° 5).

2.3. Criterios de selección

- Criterios de Inclusión: Mujeres en edad fértil entre 15 a 49 años que hayan contestado las encuesta ENDES 2017.

- Criterios de exclusión: Mujeres no hayan contestado la encuesta ENDES 2017,

2.4. Técnicas de recolección de datos

En la ENDES 2017, se aplican tres cuestionarios, uno al Hogar y sus miembros, el segundo, a todas las Mujeres en edad fértil, es decir, de 15 a 49 años de edad y el Cuestionario de Salud que es aplicado a una persona de 15 años a más. Para la presente investigación sólo se tomarán los datos obtenidos de la encuesta de las MEF.

Para la presente investigación se han seleccionado 2 variables principales (dependientes):

Grado de conocimiento sobre VIH/SIDA; variable construida a partir de 9 preguntas de la sección “Conocimiento de SIDA y uso de condón” de la ENDES 2017. (Anexo 01 y 02)

Conductas en prevención del VIH/SIDA; variable construida a partir de 6 preguntas de la sección “Conocimiento de SIDA y uso de condón” de la ENDES 2017. (Anexo 03)

La sección “Conocimiento del SIDA y uso del condón” de ENDES 2017 tiene 40 preguntas relacionadas a conocimiento sobre VIH/SIDA. Para la construcción de las dos variables dependientes se tomó en consideración la misma clasificación hecha por Pernazi^{Error! Marcador no definido.}, la cual se realizó dándole un peso específico (según importancia asignada), cuyo valor depende de la suma de puntajes atribuidos a 9 variables para conocimiento y 5 para conducta para prevenir VIH, las cuales a su vez fueron elaboradas

a partir de las preguntas realizadas en la sección 8 del Cuestionario Individual de la ENDES 2017.

A las preguntas originales de la encuesta se le dio un peso específico a aquellas que a juicio del autor brindan más información respecto al nivel de conocimiento y prevención del VIH. El puntaje asignado (peso específico) fue de 10, 20 y 30 según la relevancia que consideró el autor.

La suma de los puntajes asignados a cada una de las variables otorga un puntaje total para cada dimensión de la variable “Grado de conocimiento sobre VIH/SIDA” y “Conductas en prevención del VIH/SIDA”.

Se elaboró una variable dicotómica cuyos valores fueron “0” para “sin adecuado conocimiento” y “sin adecuada conducta” (correspondientes a la mitad inferior del promedio) y “1” para “con adecuado conocimiento” y la “con adecuada conducta” (correspondiente a la mitad superior del promedio).

(Anexos 01, 02 y 03)

Las variables independientes que hacen alusión a los determinantes sociales de la salud consisten de 5 dimensiones tomadas de la encuesta a las mujeres en edad fértil; algunas variables han sido construidas por la propia investigadora en base a la ENDES 2017. (Tabla 04)

1.5. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

El análisis estadístico tuvo dos momentos: un análisis descriptivo de la prevalencia de características positivas de algunos determinantes sociales de la salud, los conocimientos y conductas para prevenir el VIH/SIDA. Estos serán presentados en tablas de distribución de frecuencias y porcentajes.

En un segundo momento, se hizo el análisis inferencial para la relación binomial de cada una de las variables dependientes con cada una de las variables independientes, utilizando la prueba de χ^2 .

Todos los análisis se hicieron utilizando la opción para muestras complejas. Los datos se analizaron utilizando el programa SPSS 25. Se consideró estadísticamente significativo los valores de $p < 0,05$ e intervalos de confianza calculados al 95%.

1.6. Aspectos éticos

La presente investigación tiene la aprobación del comité de ética e investigación de la Facultad de Obstetricia y Enfermería, utiliza una base de datos secundarias de propiedad del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); cuya información de dominio público, es decir, libre acceso a la población en general puesto que las identidades de la población participante en dicha encuesta está protegida bajo el anonimato y se proporcionó el consentimiento verbal previo a su participación. Asimismo cumple con los cuatro principios bioéticos internacionales que son autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia principios fundamentales de bioética.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Conocimiento de VIH/SIDA de las MEF. ENDES, Perú, 2017.

Grado de conocimiento	N	%
Con adecuado conocimiento	17093	52,6
Sin adecuado conocimiento	15395	47,4
Total	32488	100,0

Nota: 680 valores perdidos por el sistema.

El 52.6% de las mujeres en edad fértil, participantes en la encuesta presenta un adecuado conocimiento de la infección por VIH/ SIDA, utilizando el método de Pernaz descrita en la sección Metodología de esta tesis. (Anexo 1 y 2).

Tabla 02. Conducta para prevenir el VIH/SIDA de las MEF. ENDES, Perú, 2017.

Conducta para prevenir	N	%
Con adecuada conducta	14976	47,6
Sin adecuada conducta	16477	52,4
Total	31453	100,0

Nota: 1715 valores perdidos por el sistema.

El 47,6% de las mujeres en edad fértil, participantes en la encuesta presenta una adecuada conducta para prevenir la infección por VIH/ SIDA, utilizando el método de Pernaz descrita en la sección Metodología de esta tesis. (Anexo 1 y 2).

Tabla 03 Características de los Determinantes Sociales de la Salud en las MEF.
ENDES, Perú, 2017.



DETERMINANTE SOCIAL	VARIABLE Y VALORES	N	%
Condiciones de trabajo	Ocupación Actual		
	No trabaja/No sabe	9834	29,6
	Agricultora	5373	16,3
	Manual/Servicio doméstico	3783	11,4
	Profesional/Oficinista/Ventas	14178	42,7
	Ingresos		
	No trabaja/No le pagan/Le pagan en especies	12912	38,9
Le pagan en dinero o en dinero y especies	20256	61,1	
Educación	Nivel Educativo		
	Primaria o menos	7170	21,6
	Secundaria o más	25998	78,4
	Frecuencia de lectura de periódicos y revistas ^a		
	De vez en cuando/Nunca	23946	72,2
	Una vez por semana o más	9222	27,8
	Literalidad ^a		
No puede leer la frase/Lee una parte/No hay tarjeta ^a	2176	6,6	
Puede leer la frase	30992	93,4	
Gradiente Social	Estrato Socioeconómico		
	Nivel bajo y rural	14785	44,6
	Nivel medio bajo	5516	16,6
	Nivel medio	6053	18,2
	Nivel medio alto	4405	13,3
	Nivel alto	2409	7,3

Pobre	8649	26,1
Medio	6950	21,0
Rico	5483	16,5
Muy rico	3807	11,5
TOTAL	33168	100,0 □

a: Número de casos válidos: 32488 (Valores Perdidos: 680)

- **Empleo y condiciones de trabajo** El 57,3% de mujeres encuestadas no trabaja o realiza empleos menores (agricultura, manual, servicio doméstico). De ellas el 42.7% no recibe paga o le pagan en especies, es decir, no reciben remuneración por un trabajo efectivo.
- **Educación:** El 78.4% de las mujeres encuestadas tienen un nivel educativo adecuado, es decir, secundaria o más. Al mostrarse las tarjetas escritas, el 93,4 % no tiene dificultad para leer con claridad la frase. Sin embargo, el 72,2 % refiere no leer habitualmente o hacerlo de vez en cuando.
- **Gradiente Social:** Un poco más de la mitad de las MEF participantes en la pertenecen a estrato socioeconómico de nivel bajo y con un quintil de bienestar pobre o muy pobre.

Tabla 04 Conocimiento sobre el VIH/ SIDA relacionado al empleo y condiciones de trabajo en mujeres en las MEF. ENDES, Perú, 2017.

DETERMINANTES SOCIALES	CONOCIMIENTOS VIH/SIDA MEF PERU 2017						P VALOR
	SIN ADECUADO CONOCIMIENTO		CON ADECUADO CONOCIMIENTO		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	
Ocupación							,000
No trabaja, no sabe	4884	50,7	4741	49,3	9625	100	
Agricultora	2825	56,6	2168	43,4	4993	100	
Manual, servicio domestico	1781	47,6	1958	52,4	3739	100	
Profesional, oficinista y ventas	5905	41,8	8226	58,2	14131	100	
Ingreso por trabajo							,000
No trabaja, no le pagan, le pagan en especies	6486	51,9	6005	48,1	12491	100	
Le pagan en dinero o en especies y dinero	8909	44,6	11088	55,4	19997	100	
Total					32488	100,0	

Número de casos válidos: 32488 (Valores Perdidos: 680)

En esta tabla se puede observar que las variables que tuvieron relación estadísticamente significativa ($P < 0,05$) fueron ocupación e ingreso por trabajo de las cuales indican, que un poco más del 50% las mujeres en edad fértil con ocupación agricultora y las que no trabajan son las que presentan un mal conocimiento sobre VIH/SIDA; contrario a esto las mujeres que se desempeñan una ocupación de mayor peso intelectual y con reconocimiento monetario, tienen un adecuado conocimiento.

Tabla 05 Conocimiento sobre el VIH/ SIDA relacionado a la educación en mujeres en las MEF. ENDES, Perú, 2017.

DETERMINANTES SOCIALES	CONOCIMIENTOS VIH/SIDA MEF PERU 2017						P VALOR
	SIN ADECUADO CONOCIMIENTO		CON ADECUADO CONOCIMIENTO		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	
Nivel Educativo							,000
Primaria o menos	3944	59,9	2638	40,1	6582	100	
Secundaria o más	11451	55,2	14455	55,8	25906	100	
Leer Frases (literalidad)							,000
No puede leer la frase/ lee una parte / no hay tarjeta	1310	71,2	529	28,8	1839	100	
Puede leer la frase	14085	46,0	16564	54,0	30649	100	
Frecuencia de Lectura							,000
De vez en cuando / Nunca	11494	49,4	11795	50,6	23289	100	
Una Vez/ semana/ o más	3901	42,4	5298	57,6	9199	100	
Total					32 488	100,0	

Número de casos válidos: 32488 (Valores Perdidos: 680)

En esta tabla se puede observar que las variables nivel educativo, leer frases y frecuencia de lectura, tuvieron relación estadísticamente significativa ($P < 0,05$) las cuales expresan que, a mayor nivel educativo, mayor es el conocimiento sobre VIH / SIDA.

Tabla 06 Conocimiento sobre el VIH/ SIDA relacionado a la gradiente social y servicios de salud en mujeres en las MEF. ENDES, Perú, 2017.

DETERMINANTES SOCIALES	CONOCIMIENTOS VIH/SIDA MEF PERU 2017						P VALOR
	SIN ADECUADO CONOCIMIENTO		CON ADECUADO CONOCIMIENTO		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	
Quintil de Bienestar							,000
Muy Pobre	4457	57,7	3263	42,3	7720	100	
Pobre	4007	46,8	4547	53,2	8554	100	
Medio	3137	45,2	3796	54,8	6933	100	
Rico	2348	42,9	3128	57,1	5476	100	
Muy Rico	1446	38,0	2359	62,0	3805	100	
Estrato Socioeconómico							,000
Nivel Bajo y Rural	7355	51,9	6804	48,1	14159	100	
Nivel Medio Bajo	2559	46,6	2938	53,4	5497	100	
Nivel Medio	2686	44,5	3347	55,5	6033	100	
Nivel Medio Alto	1847	42,1	2544	57,9	4391	100	
Nivel Alto	948	39,4	1460	60,6	2408	100	
Total					32488	100,0	

Número de casos válidos: 32488 (Valores Perdidos: 680)

En esta tabla se puede observar que las variables quintil de bienestar y estrato socioeconómico que tuvieron relación estadísticamente significativa ($P < 0,05$). Las cuales al igual que en el cuadro anterior, a mayor gradiente social, mayor conocimiento sobre VIH/SIDA.

Tabla 07 Conducta para prevenir el VIH/ SIDA con los determinantes sociales de la salud Empleo y condiciones de trabajo en mujeres en las MEF. ENDES, Perú, 2017.

DETERMINANTES SOCIALES	CONDUCTA EN PREVENIR EL VIH/SIDA MEF PERU 2017						P VALOR
	SIN ADECUADA CONDUCTA		CON ADECUADA CONDUCTA		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	
<i>Ocupación</i>							,000
No trabaja, no sabe	5435	58,4	3874	41,6	9309	100	
Agricultora	3513	74,0	1234	26,0	4747	100	
Manual, servicio domestico	1814	50,4	1788	49,6	3602	100	
Profesional, oficinista y ventas	5715	41,4	8080	58,6	13795	100	
<i>Ingreso por trabajo</i>							,000
No trabaja/No le pagan/Le pagan en especies	7491	62,2	4546	37,8	12037	100	
Le pagan en dinero o en dinero y especies	8986	46,3	10430	53,7	19416	100	
TOTAL					31453	100	

En esta tabla se puede observar que las variables ocupación e ingresos por trabajo tuvieron relación estadísticamente significativa ($P < 0,05$). Las cuales indican, mujeres en edad fértil que se desempeñan una ocupación de mayor peso intelectual y con reconocimiento monetario, tienen una adecuada conducta preventiva de VIH/SIDA.

Tabla 08 Conducta para prevenir el VIH/ SIDA con los determinantes sociales de la salud relacionados a la educación en mujeres en las MEF. ENDES, Perú, 2017.

DETERMINANTES SOCIALES	CONDUCTA EN PREVENIR EL VIH/SIDA MEF PERU 2017						P VALOR
	SIN ADECUADA CONDUCTA		CON ADECUADA CONDUCTA		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	
Nivel Educativo							,000
Primaria o menos	4756	76,0	1498	24,0	6254	100	
Secundaria o más	11721	46,5	13478	53,5	25199	100	
Leer Frases							,000
No puede leer la frase/ lee una parte / no hay tarjeta	1440	84,2	271	15,8	1711	100	
Puede leer la frase	15037	50,6	14705	49,4	29742	100	
Frecuencia de lectura							,000
De vez en cuando / nunca	12604	56,1	9872	43,9	22476	100	
Una vez/ semana o más	3873	43,1	5104	56,9	8977	100	
TOTAL					31453	100	

En esta tabla se puede observar que las variables de educación, literacidad y frecuencia de lectura tuvieron relación estadísticamente significativa ($P < 0,05$). Estas describen que, a mayor nivel educativo, literacidad y frecuencia de lectura mayor es la frecuencia de las adecuadas conductas preventivas.

Tabla 09 Conducta para prevenir el VIH/ SIDA con los determinantes sociales de la salud relacionados a la gradiente social y servicio de salud en mujeres en las MEF. ENDES, Perú, 2017.

DETERMINANTES SOCIALES	CONDUCTA EN PREVENIR EL VIH/SIDA MEF PERU						P VALOR
	2017						
	SIN ADECUADA CONDUCTA		CON ADECUADA CONDUCTA		TOTAL		
N	%	N	%	N	%		
Quintil de Bienestar							,000
Muy Pobre	5587	76,0	1764	24,0	7351	100	
Pobre	4485	53,8	3848	46,2	8333	100	
Medio	2977	44,2	3752	55,8	6729	100	
Rico	2102	39,2	3256	60,8	5358	100	
Muy Rico	1326	36,0	2356	64,0	3682	100	
Estrato Socioeconómico							,000
Nivel Bajo y Rural	8777	64,5	4830	35,5	13607	100	
Nivel Medio Bajo	2583	48,1	2782	51,9	5365	100	
Nivel Medio	2559	43,7	3299	56,3	5858	100	
Nivel Medio Alto	1706	39,9	2565	60,1	4271	100	
Nivel Alto	852	36,2	1500	63,8	2352	100	
					31453	100	

En esta tabla se puede observar que las variables quintil de bienestar y estrato socioeconómico tuvo relación estadísticamente significativa ($P < 0,05$). Las mujeres presentan una adecuada conducta preventiva a medida que aumenta el quintil de bienestar y el estrato socioeconómico alto.

IV. DISCUSIÓN

Desde el arranque de la cadena epidemiológica de VIH/SIDA se han hecho innumerables esfuerzos para lograr erradicar esta enfermedad que tanto dolor causa, se inició enfocándose en descubrir el tratamiento y la cura pero a la fecha solo estos esfuerzos han logrado alcanzar al tratamiento más no la cura, es por esta razón que el enfoque preventivo promocional se convirtió en un pilar de gran importancia para combatir el VIH/SIDA, que mediante el nivel de conocimiento en el tema y las conductas preventivas nos permite medir si estamos enfocando correctamente nuestros esfuerzos.

El nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA de las mujeres en edad fértil del Perú durante el 2017 equivale a 52,6% en este estudio. Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en el año 2017 obtuvo que el 98,3% de las mujeres participantes en dicha encuesta conoce o ha oído hablar del VIH/SIDA^{Error! Marcador no definido.} y los resultados ENDES 2018 fueron que el 98,4% de las mujeres conoce o ha oído hablar del VIH/SIDA¹⁷ esto indicaría que el conocimiento según el reporte de la ENDES incrementó 0.1% entre el año 2017-2018 e incremento 11,1 desde año 2000-2018. Nuestro estudio tiene un resultado con una marcada diferencia al expuesto por la ENDES debido a que utilizamos el modelo de construcción de la variable conocimiento al igual que Pernaz¹², la cual se realizó dándole un peso específico (según importancia asignada), cuyo valor depende de la suma de puntajes atribuidos a 9 variables para conocimiento (variables seleccionadas por la autora). Contrastando los resultados encontrados por Pernaz realizado con la ENDES del 2007, el nivel de conocimiento incremento de 3,4% a lo largo de estos 10 años, siguiendo ésta metodología de análisis. Angarita concuerda con nuestros resultados donde se registró desconocimiento

sobre transmisión del VIH/SIDA en un 47% de los estudiantes, obteniéndose un nivel bajo para la dimensión conocimiento, en contraste con actitudes y prácticas adecuadas¹⁸. En el estudio de Terán y colaboradores se mencionan que se el 67% de la población estudiada en Bolivia presentan conocimientos inadecuado de la transmisión y prevención del VIH/SIDA¹⁹.Alfi y colaboradores obtuvieron un resultado similar, donde ellos describen el puntaje promedio de conocimiento hacia el VIH/SIDA en la población de Jedan Arabia Saudita fue 5.2 de 9 puntos un poco más de la mitad²⁰.

Cada semana alrededor de 7000 mujeres jóvenes entre 15 y 24 años contraen VIH²¹, en américa latina al año 2017 tubo 100 000 nuevas infecciones y nuestra población peruana no se exime de estas cifras, los cuales en Perú fueron 2800²².

La buena conducta preventiva frente al VIH/ SIDA en las mujeres en edad fértil del Perú fue de 47,6% en este estudio (ENDES 2017), comparado con el de Pernaz¹² quien obtuvo el 48.8% de prácticas adecuadas (ENDES 2007) (bajo riesgo de infección y prácticas sexuales seguras). Es decir, en 10 años hubo una disminución del 1.2 % en las prácticas adecuadas para prevenir el VIH/SIDA en las mujeres en edad fértil del Perú.

Lo que se interpreta que a 36 años del primer caso reportado en el Perú de VIH y a los 12 años de la instauración de la comisión de los determinantes sociales de la salud, no hemos alcanzado estrategias sanitarias para enfrentar o mantenernos adecuadamente ante la epidemia. En un estudio realizado por Cobos²³ en adolescentes en Nicaragua se obtuvo como resultados que casi un 59% de alumnos manifiesta no utilizar ningún tipo de método anticonceptivo en sus relaciones sexuales considerado una conducta de riesgo para el contagio de

VIH/SIDA. En otra investigación hecha en Colombia se encontró que su nivel de prácticas preventivas está en un nivel intermedio y que una mayor proporción las buenas prácticas se da en personas que han tenido relaciones sexuales, que planificaron en su primera relación sexual y no consumen psicoactivos, ellos proponen mejorar las estrategias en prevención de conductas preventivas frente a las ITS²⁴. De igual manera Valderrama concluye que las mujeres en edad fértil el 57,8% tiene practicas favorables frente del VIH/SIDA y que esto se intensifica si estamos frente a casos de mujeres mayores de 30 años viven en unión o están casadas²⁵.

Las características positivas de los determinantes sociales de la salud encontrados en el presente estudio son empleo y condiciones de trabajo, vivienda, educación, servicios de salud, gradiente social.

Con relación a la ocupación y condiciones de trabajo El 57,3% de mujeres encuestadas no trabaja o realiza empleos menores (agricultura, manual, servicio doméstico). De ellas el 42.7% no recibe paga o le pagan en especies, es decir, no reciben remuneración por un trabajo efectivo. En un estudio realizado en Perú – Cajamarca por Valderrama EG obtuvo como resultado que las mujeres en un 80% no tienen un empleo remunerado, ésta diferencia puede deberse a que el presente estudio trabaja con una población de 32488 MEF y el del Valderrama solo el 20% de 253 cuentan con alguna ocupación el resto 80% son amas de casa y no reciben remuneración alguna. En el estudio de Pernaz el 64% de las mujeres en edad fértil en estudio presentaban algún tipo de ocupación.

Con relación a la educación obtuvimos que 78.4% de las mujeres encuestadas tienen un nivel educativo adecuado, es decir, secundaria o más. Un poco más que lo encontrado por Pernaz que equivale el 66.3 las mujeres en edad fértil del año

2007 lo cual demuestra el incremento de nivel educativo con el pasar de los años. En el estudio de Carlos Pons en Sur Mozambique se encontró un porcentaje menor encontrándose que el 32,72% presentan una educación de secundaria a más, esto debido a que es una población con mayor pobreza en el mundo. En Cajamarca se encontró que de las mujeres en edad fértil estudiadas presentaban en un 36.6 % secundaria a más.

Con respecto a la gradiente Social obtuvimos que un poco más de la mitad 61.2% de las MEF participantes tuvo asociación con el estrato socioeconómico nivel bajo y 51.1% con un quintil de bienestar pobre o muy pobre. Pernaz encontró que 37.2% de la población presenta un quintil de bienestar pobre o muy pobre.

Las variables dependientes propuestos en el presente estudio relacionados con el conocimiento en VIH/SIDA que obtuvo significancia estadística positiva ($P < 0,05$) fueron ocupación, gradiente social, estrato socioeconómico y nivel educativo; por lo tanto las mujeres que se desempeñan una ocupación de mayor peso intelectual, con reconocimiento monetario, presentan mayor nivel educativo, una mayor gradiente social, tienen mayores porcentajes de adecuado conocimiento sobre VIH/SIDA. Ward-Peterson y Pernaz^{12, 15} llegaron a la conclusión que el nivel de pobreza y educación están asociados con una serie de resultados relacionados con el VIH/SIDA. En este estudio encontramos que el buen nivel educativo y estrato socioeconómico alto, está relacionado directamente al buen conocimiento. Resultados similares se encuentran en la literatura, mencionada en organización panamericana de la salud quienes mencionan que “según factores como etnia y racismo, clase, género, educación, discapacidad, orientación sexual y ubicación geográfica. Estas diferencias tienen consecuencias profundas y representan los efectos de lo que se conoce como determinantes sociales de la salud”⁷.

Las variables dependientes propuestos en el presente estudio relacionados con la conducta para prevenir el VIH/SIDA que obtuvo significancia estadística positiva ($P < 0,05$) fueron ocupación e ingresos por trabajo, estrato socioeconómico y nivel educativo. Obteniéndose que a mayor nivel educativo, estrato socioeconómico y ejerciendo un trabajo peso intelectual alto además de ser remunerado son quienes presentan una adecuada conducta preventiva. Al igual que Ward-Peterson y Pernaz el nivel educativo tiene una relación significativa en conductas sexuales de riesgo de VIH/SIDA respectivamente a mejor nivel educativo mejor las conductas preventivas. Peterson y colaboradores mencionan en su estudio que la pobreza a nivel comunitario y la educación, que son asociado con una serie de resultados relacionados con el VIH / SIDA y conducta sexual de riesgo¹⁵.

Liscano y Estrada llegaron a la conclusión en su estudio que los determinantes estructurales (género y condición socioeconómica) reportan una alta probabilidad de ejercer mayor condicionamiento sobre el comportamiento del VIH, por tanto se requiere de ingentes esfuerzos en este campo para combatir la pandemia¹³

V. CONCLUSIONES

- El nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA equivale a un poco más de la mitad en las mujeres en edad fértil del Perú durante el 2017.
- La buena conducta preventiva frente al VIH/ SIDA equivale a un poco menos de la mitad en las mujeres en edad fértil del Perú.
- Las características positivas de los determinantes sociales de la salud encontrados en el presente estudio son empleo y condiciones de trabajo, vivienda, educación, servicios de salud, gradiente social. Más de la mitad de mujeres encuestadas no trabaja o realiza empleos menores y de ellas un poco menos de la mitad no reciben remuneración por un trabajo efectivo. Las tres cuartas partes tienen un nivel educativo adecuado secundaria o más. Casi en su totalidad no tiene dificultad para leer con claridad la frase, las mismas que refiere no leer habitualmente o hacerlo de vez en cuando. Un poco más de la mitad de las MEF participantes en la presente investigación pertenecen a estrato socioeconómico de nivel bajo y con un quintil de bienestar pobre o muy pobre.
- Las mujeres que se desempeñan una ocupación de mayor peso intelectual y con reconocimiento monetario, que presentan mayor nivel educativo, una mayor gradiente social, tienen mayores porcentajes de adecuado nivel conocimiento sobre VIH/SIDA.
- Las mujeres con un mejor nivel educativo, con condiciones de trabajo óptimas y remuneradas, que cuentan con un quintil de bienestar y estrato socioeconómico alto presentan una adecuada conducta preventiva.

VI. RECOMENDACIONES

Visto que en ambas variables independientes “conocimiento y conducta para prevenir el VIH/SIDA” comparten la misma asociación con el nivel educativo y estrato socioeconómico, se recomienda:

1. Al ministerio de Salud potenciar las estrategias en prevención VIH/SIDA mediante la vitalización de información apoyado en innovación tecnológica orientada a la generación milenial.
2. Al INEI, se recomienda cambiar o mejorar la metodología de recojo de información ENDES, que profesionales de la salud lideren y capaciten en temas de salud al personal encargado de la recolección de datos.
3. Al Colegio e Obstetras del Perú, proponer estrategias innovadoras en prevención del VIH/SIDA con enfoque a las mujeres en edad fértil.
4. A las universidades, motivar a los alumnos a la innovación de estudios de investigación con base de datos complejos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Harvey R. Champe P.Fisher B. Microbiología 2a Edición. Barcelona: ISBN edición española; 2008.p.293-360.
2. Organización Mundial de la Salud [Internet].Ginebra: OMS; c2019.VIH/ SIDA datos y cifras; 19 julio 2018[citado el 15 de julio 2019]; [1 pantalla]. Disponible en : <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
3. Mongrut A. Tratado de Obstetricia Normal y Patológica.5a Edición, Perú: Atenea; 2011.
4. Onusida [Internet].Ginebra: UNAIDS. © 2019.Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida.2018. [Fecha de consulta 05 julio 2019]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
5. Instituto Nacional de Estadística e informática. [internet.]Perú.ENDES.c2017. Boletín VIH octubre 2017.[consultado el 10 julio 2019] Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index1.html
6. MINSA. [Internet]. Centro nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades: Perú; MINSA; marzo 2017[consultado el 10 julio 2019]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2017/marzo.pdf
7. OPS. [Internet].Salud en las Américas. Determinantes e inequidades en salud. Ginebra; OPS; c2012. [consultado el 10 julio 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-

2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en

8. Charles R. Wira, John V. Fahey. A new strategy to understand how HIV infects women: identification of a window of vulnerability during the menstrual cycle. AIDS [Internet].c2009 [consultado el 12 julio 2019]2008;22(15):1909-1917 Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2647143/pdf/nihms93346.pdf>
9. Liscano YD, Prieto-Suárez E, Estrada JH. Determinantes estructurales de países con decrecimiento en la prevalencia por la infección VIH/SIDA en el periodo 2001-2011. Rev. Salud Pública (Bogotá). [Internet].2014 [consultado el 15 julio 2019]; 16(6):924-n/a. Disponible:<https://search.proquest.com/docview/1775790628?accountid=14747>.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Internet]. Jesús María Lima-Perú: INEI; 2016. ENDES importancia [consultado el 15 julio 2019] Disponible en : <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/importancia.asp>
11. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Determinantes Sociales de la Salud Enfermedad. Ginebra: OMS, 2000; [consultado el 15 julio 2019] Disponible en: http://www.paho.org/dor/images/stories/archivos/dominicana_determinantes.pdf
12. Pernaz G, Cárcamo César. Conocimientos, actitudes y prácticas de la mujer peruana sobre la infección por VIH/SIDA. Rev. Perú Med Exp Salud Pública.

[Internet] 2015 ;[consultado el 20 julio 2019], 32(4): 667:72 Disponible en:
<https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/1756>

13. Liscano Pinzón Y., Estrada Montoya J. Exploración y análisis a los determinantes sociales estructurales e intermedios de la pandemia del VIH-SIDA. Acta odontológica colombiana [Internet].2015 [consultado el 20 julio 2019]5(1), 117-131.
Disponible:<https://search.proquest.com/docview/1819146679?accountid=14747>
14. Pons-Duran C., Gonzales R., Quinto L., Munguambe k., Tallada J.Naniche D. et al. Association between HIV infection and socio-economic status: evidence from a semirural area of southern Mozambique. Trop Med Int Health [Internet]. 2016; [consultado el 13 julio 2019] 12; 21(12):1513-1521.
Disponible en: <https://doi.org/10.1111/tmi.12789>.
15. Water-Peterson M, Fennie K., Mauck D., Shakir M.,Cosner C.,Bhoite P.,et al. Using multilevel models to evaluate the influence of contextual factors on HIV/AIDS, sexually transmitted infections, and risky sexual behavior in sub-Saharan Africa: a systematic review . Ann Epidemiol Public Health [Internet].2017; [consultado el 20 julio 2019], Volumen 28, Issue 2, 119 - 134.
Disponible en : <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2017.11.006>
16. Arévalo R. Nivel de conocimientos en mujeres en edad fértil sobre infecciones de transmisión sexual. Jaén-Perú, 2016. [Tesis Licenciatura]. ; [citado 08 septiembre 2018], Cajamarca (PE): Universidad Nacional de Cajamarca; 2017 Disponible en:
<http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/953>.

17. Instituto Nacional de estadística e Informática. [internet] Perú .INEI.c2018. Boletín ENDES 2018[fecha de consulta 06 de junio 2019] disponible en : https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html
18. Angarita, T, Leyva, J., Parada, H., Soto, J, Sierra, D. Conocimiento, actitudes y prácticas frente al VIH/SIDA en estudiantes de bachillerato de Cúcuta, norte de Santander, Colombia, 2019. Archivos Venezolanos De Farmacología y Terapéutica [Internet] 2019. [Citado 10 junio 2019]. 38(1), 92-96.Disponible en: <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2052/docview/2215484961?accountid=42404>
19. Terán C, Gorena D, Gonzales C, Alejos B, Ramirez O, Bolumar F, Ed at. Knowledge, attitudes and practices on HIV/AIDS and prevalence of HIV in the general population of Sucre, Bolivia. Braz J Infect Dis. [Internet]. 2015 [citado 10 junio 2019]19(4):369-375. Disponible en : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413867015000860?via%3Dihub>
20. Alwafi H, Meer A, Shabkab A, Mehdawi F, El-haddad H, Bahabri N, Ed. Knowledge and attitudes toward HIV/ADIS Among the general population of Jeddah Arabia Saudita. R Journal of Infection and Public Health [Internet]. 2018[citado 10 junio 2019] 01-01, Vol 11, Número 1, Páginas 80-84, Copyright © 2017 .Disponible en : <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2051/#!/content/journal/1-s2.0-S1876034117301314?scrollTo=%23hl0000494>
21. ONUSIDA [Internet]. Ginebra .OMS.2017.Estadísticas mundiales sobre el VIH sida 2017 [citado 10 junio 2019]. Disponible en

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf

22. ONUSIDA. [Internet]. Ginebra. OMS 2019. Info SIDA .Indicators New HIV infections number of new HIV infections [citado 10 junio 2019]. Disponible en <http://aidsinfo.unaids.org/>
23. Cobos D, López F, Reyes E. Actitudes conocimientos y prácticas de riesgo ante el virus de la inmunodeficiencia humana entre la población universitaria de chontales Nicaragua. Rev. Pedagogía Social [Internet]. 2014 [Consulta 10 junio 2019]. (23), 173-197. Disponible en <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2052/docview/1521709414?accountid=42404>
24. Córdova J, Arboleda P, Rosero C, Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de infecciones de transmisión sexual en adolescentes del Municipio de Caldas Colombia. Rev. de la División de Ciencias de la Salud, Universidad del Norte. [Internet] Mayo2013 [consultado el 11 de junio 2019]. 29(2) Disponible en : <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2052/docview/1464952640?accountid=42404>
25. Valderrama EG. Características Sociodemográficas y actitud frente al VIH/SIDA de las mujeres en edad fértil. Puesto de Salud Cholocal. Cajabamba 2015. [Tesis de Maestría].Cajamarca (PE): Universidad Nacional de Cajamarca; 2017. ; [consultado el 11 de junio 2019], Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/1207>.

VII. ANEXOS

Anexo 01 Preguntas utilizadas para obtener la Variable "Conocimiento" n=33168

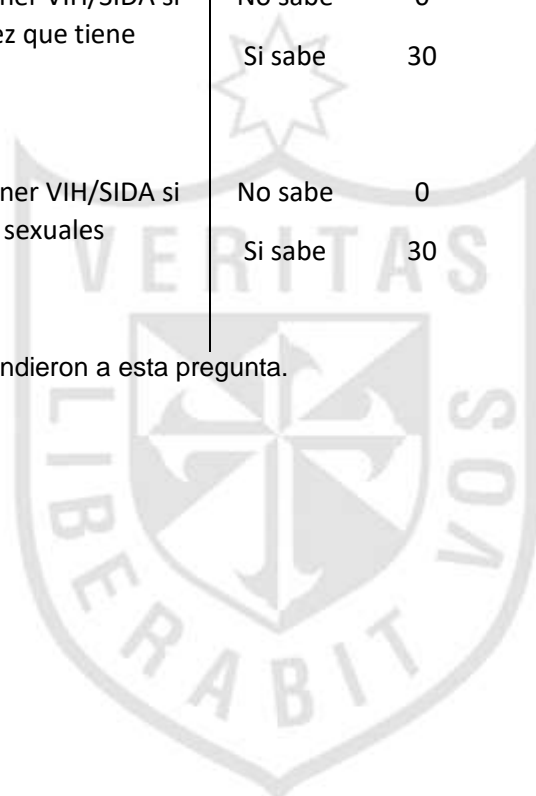
CONOCIMIENTO	PUNTAJE CONOCIMIENTO			
	Índice	Puntaje	N	%
1 Oyó hablar de VIH / SIDA V750	No	0	680	2,1
	Si	20	32488	97,9
2 Conoce las 3 formas recomendadas de evitar contagiarse del VIH*	No	0	11726	36,1
	Si	30	20762	63,9
3 Conoce las tres formas de transmisión madre niño	No sabe	0	32500	98,0
	Si sabe	30	668	2,0
4 Conoce/identifica un lugar donde realizan prueba de Sida*	No	0	532	1,6
	Si	20	31956	98,4
5 Conoce que quien luce saludable puede tener Sida*	No	0	6845	21,1
	Si	20	25643	78,9
6 Conoce donde adquirir/conseguir un condón	No	0	496	1,5
	Si	10	32672	98,5

Nota: *561 MEF no respondieron a esta pregunta.

Anexo 02 Preguntas utilizadas para obtener la Variable Con2: Conoce las 3 formas recomendadas de evitar contagiarse del VIH n=33168

CONOCIMIENTO	PUNTAJE CONOCIMIENTO FORMAS RECOMENDADAS PARA EVITAR CONTAGIARSE			
	Índice	Puntaje	N	%
1 Menos riesgo de tener VIH/SIDA si tienen una sola pareja sexual	No sabe	0	7233	22,3
	Si sabe	30	25255	77,7
2 Menos riesgo de tener VIH/SIDA si usa condón cada vez que tiene relaciones sexuales	No sabe	0	6074	18,7
	Si sabe	30	26414	81,3
3 Menos riesgo de tener VIH/SIDA si no tiene relaciones sexuales	No sabe	0	4139	12,7
	Si sabe	30	28349	87,3

Nota: *561 MEF no respondieron a esta pregunta.



Anexo 03 Preguntas utilizadas para obtener la Variable "Conducta preventiva"
n=33168

CONDUCTA PARA PREVENIR VIH/SIDA	PUNTAJE CONNDUTA			
	Índice	Puntaje	N	%
1 Tuvo sexo con más de una pareja en últimos 12 meses ^b	No sabe	30	29038	88,3
	Si sabe	0	3863	11,7
2 ¿Puede conseguir un condón? ^b	No sabe	0	9929	30,4
	Si sabe	20	22743	69,6
3 ¿Alguna vez se hizo la prueba para VIH? ^c	No conoce	0	16148	48,7
	Si conoce	20	17020	51,3
4 Alguna vez ha usado condón	No conoce	0	7902	24,7
	Si conoce	10	24054	75,3

^a Número de casos válidos: **32901** (Valores Perdidos: 267)

^b Número de casos válidos: **32672**(Valores Perdidos: 496)

^c Número de casos válidos: 31956(Valores Perdidos: 1212)

ANEXO 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLES	DIMENSIONES	CATEGORÍAS	ENDES	ESCALA	VALOR
VARIABLE INDEPENDIENTE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	Empleo y condiciones de trabajo	Trabajo	REC71 : V731	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No
		Ocupación	REC71 : V717	Cualitativa nominal politómica	No trabaja Profesional/Técnico/Gerente Oficinista Ventas y servicios Manual calificado Manual no calificado Servicio doméstico Agricultura No sabe
		Ingresos	REC71 : V741	Cualitativa nominal dicotómica	De vez en cuando/nunca Solo dinero/dinero y especie
	Vivienda	Principal fuente de abastecimiento de agua	REC11 : V113	Cualitativa nominal politómica	Red dentro de vivienda Red fuera de la vivienda, pero dentro de la edificación

					<p>Pilón/grifo público</p> <p>Pozo dentro de vivienda</p> <p>Pozo público</p> <p>Manantial</p> <p>Manantial desprotegido</p> <p>Río/ presa/ lago/estanque/ arroyo/canal/canal de irrigación</p>
		Tipo de servicio higiénico	REC11 : V116	Cualitativa nominal politómica	<p>Red pública dentro de la vivienda</p> <p>Red pública fuera de la vivienda</p> <p>Letrina exclusiva</p> <p>Letrina común</p> <p>No hay servicio</p> <p>Otro (incluye rio, canal y otros)</p>
Educación		Nivel educativo	REC11 : V106	Cualitativa ordinal dicotómica	<p>Secundaria o más</p> <p>Primaria o menos</p>
		Alfabetización	REC11 : V155	Cualitativa nominal dicotómica	<p>Puede leer la frase</p> <p>No puede leer/lee parte/No hay tarjeta</p>
		Frecuencia de lectura	REC11 : V157	Cualitativa nominal dicotómica	<p>De vez en cuando/nunca</p> <p>Una vez/ semana o más</p>

	Gradiente Social	Estrato socioeconómico	Construida ¹	Cualitativa ordinal politómica	Alto Medio alto Medio Medio bajo Bajo Rural
		Quintil de bienestar	REC11 : V190	Cualitativa ordinal politómica	Muy Pobre Pobre Medio Rico Muy Rico
VARIABLE DEPENDIENTE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS DEL VIH	Conocimiento de VIH	¿Usted ha oído hablar de la infección por VIH?		Cualitativa nominal dicotómica	Sí No
		Conoce las 3 formas recomendadas de evitar contagiarse del VIH	construida	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No
		Conoce donde adquirir/conseguir un condón		Cualitativa nominal dicotómica	Sí No/No sabe
		Conoce que quien luce saludable puede tener Sida		Cualitativa nominal dicotómica	Sí No/No sabe

¹ La ENDES clasifica el estrato socioeconómico de acuerdo con el índice de riqueza, una puntuación que, en última instancia, se basa en las características de la vivienda, el acceso de los hogares a los servicios, propiedad de electrodomésticos y vehículos, tipo de combustible utilizado para cocinar y el hacinamiento.

		Conoce las tres formas de transmisión madre niño	construida	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No/No sabe
		Conoce/identifica un lugar donde realizan prueba de Sida		Cualitativa nominal dicotómica	Si No/No sabe
	Conductas preventivas	¿Usó condón en su última Relación Sexual?		Cualitativa nominal dicotómica	Sí No
		Tuvo sexo con más de una pareja en últimos 12 meses		Cualitativa nominal dicotómica	Sí No
		¿Puede conseguir un condón?		Cualitativa nominal dicotómica	Sí No
		¿Alguna vez se hizo la prueba para VIH?		Cualitativa nominal dicotómica	Sí No
		Alguna vez ha usado condón		Cualitativa nominal dicotómica	Sí No

Variables Dependientes:

Grado de conocimiento sobre VIH/SIDA

Conductas en prevención del VIH/SIDA

Variable Independiente: Determinantes Sociales de la Salud

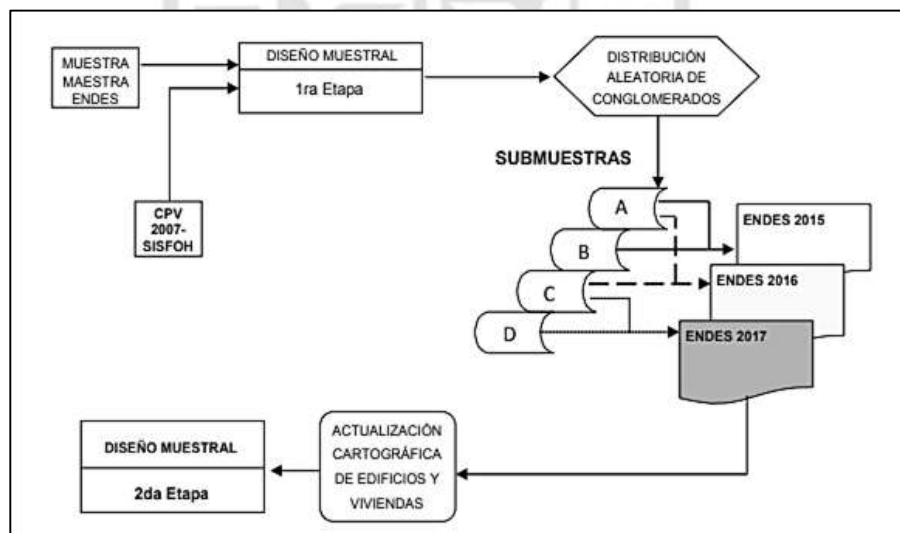
Las variables seleccionadas para la siguiente investigación estuvieron basadas en 18 Bases de Datos originarias pertenecientes a la ENDES 2017, brindadas por el INEI. (Cuestionarios individuales correspondientes a las MEF). A continuación, se presenta el cuadro de operacionalización de variables.



ANEXO 5: UNIDADES DE ANÁLISIS Y MUESTREO

La unidad de análisis fueron las mujeres en edad fértil; y se utiliza un marco muestral en las dos etapas de la selección de las unidades de muestreo.

- Primera etapa: Selección de la Unidad Primaria de Muestreo (UPM), a través de conglomerados, donde se utiliza la información del Censo de Población y Vivienda del 2007 y la Actualización del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH 2012-2013).
- Segunda etapa: Selección de la Unidad Secundaria de Muestreo, a través de viviendas, donde se utiliza información de la actualización cartográfica y registro de edificios y viviendas, obteniéndose un registro actualizado de viviendas y sus residentes habituales con datos de edad y sexo.



En el área Urbana, las unidades de muestreo son:

- La Unidad Primaria de Muestreo (UPM), representada por el conglomerado el cual es el área geográfica conformado por una o varias manzanas que en conjunto tienen 140 viviendas particulares, en promedio.

- La Unidad Secundaria de Muestreo (USM), es la vivienda particular que integra la UPM seleccionada.

En el área rural, las unidades de muestreo son:

- La Unidad Primaria de Muestreo (UPM), es de dos tipos:
 - El conglomerado el cual está conformado por una o varias manzanas que en conjunto tienen 140 viviendas particulares, en promedio.
 - El AER (área de empadronamiento rural) el cual está conformado por uno o varios centros poblados rurales que en conjunto tienen 140 viviendas particulares (por lo general dispersas en la extensión territorial).
- La Unidad Secundaria de Muestreo (USM), es la vivienda particular que integra la UPM (AER seleccionado).

La muestra está constituida por 3 175 conglomerados, distribuidos aleatoriamente en cuatro submuestras de conglomerados para ejecutarse en tres años consecutivos. Para la ENDES 2017 el número de conglomerados por región fue alrededor de 116 a 120, con la excepción de Lima en donde se seleccionaron 397 conglomerados. El número de viviendas fue 35 910, de las cuales 34 194 fueron entrevistadas. En estas viviendas, se encontraron un total de 34 002 mujeres elegibles, de las cuales se obtuvo un total de 33 168 entrevistas completas.

El tamaño de la muestra de la ENDES 2017 (anual) es de 35 mil 910 viviendas, correspondiendo:

- 14 160 viviendas al área sede (capitales de departamento y los 43 distritos que conforman la Provincia de Lima)

- 9 300 viviendas al resto Urbano
- 12 450 viviendas al área rural.

ANEXO5: TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En la ENDES 2017, se aplican tres cuestionarios, uno al Hogar y sus miembros, el segundo, a todas las Mujeres en edad fértil, es decir, de 15 a 49 años de edad y el Cuestionario de Salud que es aplicado a una persona de 15 años a más. Para la presente investigación sólo se tomarán los datos obtenidos de la encuesta de las MEF, que consta de un total de 1043 registros.

Los principales temas indagados en dicha encuesta son: Características sociodemográficas, historia reproductiva, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, embarazo y lactancia, nupcialidad, preferencia de fecundidad, experiencia laboral, conocimientos de ITS VIH/SIDA, mortalidad materna, violencia doméstica.

Su diseño estratificado permite obtener resultados representativos de las zonas urbanas y rurales (24% de la población peruana vive en zonas rurales), las regiones naturales (costa, sierra y selva), Lima Metropolitana (28% de la población nacional) y de cada una de las 25 regiones del Perú.