

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
ESCUELA DE POSGRADO
DOCTORADO EN DERECHO



TESIS

**Factores socio-políticos y derecho a la salud por la pandemia,
Lima- 2020**

Para Optar : El Grado Académico de Doctora en Derecho

Autor : Maestra Caroline Isabelle Tapia Flores

Asesor : Dr. Gaston Jorge Quevedo Pereyra


Línea de Investigación : Desarrollo Humano y Derechos

Fecha de Inicio y Término de la Investigación : Enero del 2021 / Octubre del 2021

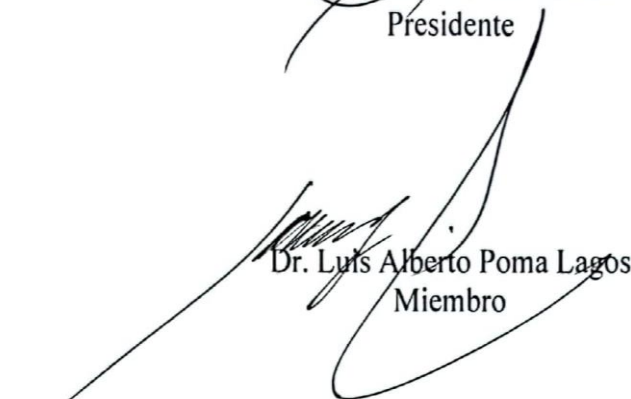
HUANCAYO – PERÚ

2023

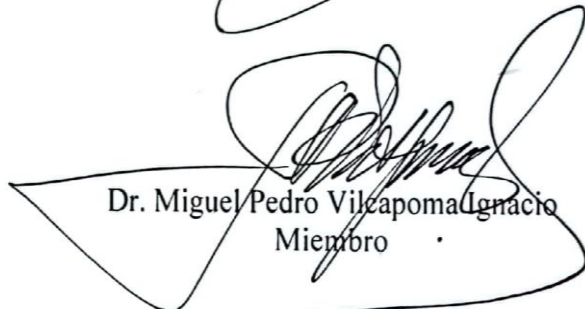
JURADO DE SUSTENTACIÓN DE TESIS



Dr. Manuel Silva Infantes
Presidente



Dr. Luis Alberto Poma Lagos
Miembro



Dr. Miguel Pedro Vilcapoma Ignacio
Miembro



Dra. Stephanie Rosa Mercedes Pozo Espejo
Miembro



Dr. Héctor Arturo Vivanco Vasquez
Miembro



Dr. Jaime Humberto Ortiz Fernández
Secretario Académico

ASESOR DE LA TESIS:

DR. GASTÓN JORGE QUEVEDO PEREYRA

DEDICATORIA

A mi estimada hija por su apoyo constante e incansable en mi progreso profesional en el campo del Derecho que hicieron posible hacer realidad este logro académico.

AGRADECIMIENTO

Elevo un profundo agradecimiento a Dios por guiar mis pasos y a todos los docentes de mi alma mater por impartir sus valiosos conocimientos jurídicos.

CONSTANCIA DE SIMILITUD



NUEVOS TIEMPOS
NUEVOS DESAFÍOS
NUEVOS COMPROMISOS

CONSTANCIA DE SIMILITUD

N ° 0002 - POSGRADO - 2024

La Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones, hace constar mediante la presente, que la **TESIS**, titulada:

FACTORES SOCIO-POLÍTICOS Y DERECHO A LA SALUD POR LA PANDEMIA, LIMA - 2020

Con la siguiente información:

Con Autor(es) : **MG. TAPIA FLORES CAROLINE ISABELLE**

Asesor(a) : **DR. QUEVEDO PEREYRA GASTON JORGE**

Fue analizado con fecha **05/01/2024**; con **141 págs.**; con el software de prevención de plagio (Turnitin); y con la siguiente configuración:

Excluye Bibliografía.

Excluye Citas.

Excluye Cadenas hasta 20 palabras.

Otro criterio (especificar)

X
X

El documento presenta un porcentaje de similitud de **20 %**.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el artículo N° 15 del Reglamento de uso de Software de Prevención Version 2.0. Se declara, que el trabajo de investigación: **Si contiene un porcentaje aceptable de similitud.**

Observaciones:

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 05 de Enero de 2024.



MTRA. LIZET DORIELA MANTARI MINCAMI
JEFA

Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones

CONTENIDO

	N° Pág.
CARÁTULA	i
ASESOR DE LA TESIS:	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
CONTENIDO	vi
CONTENIDO DE TABLAS	xii
CONTENIDO DE FIGURAS	xv
RESUMEN	xviii
ABSTRACT	xix
RESUMO	xx
INTRODUCCIÓN	xxi
CAPÍTULO I	23
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	23
1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	25
1.2.1. Delimitación temporal	25
1.2.2. Delimitación espacial	25
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	26
1.3.1. Problema general	26
1.3.2. Problemas específicos	26
1.4. JUSTIFICACIÓN	26
1.4.1. Epistemológica	26
1.4.2. Social	27

1.4.3. Teórica	27
1.4.4. Metodológica	28
1.5. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	28
1.5.1. Objetivo general	28
1.5.2. Objetivos específicos	28
CAPÍTULO II	29
MARCO TEÓRICO	29
2.1. ANTECEDENTES	29
2.2.1. Antecedentes nacionales	29
2.2.2. Antecedentes Internacionales	40
2.2. BASES EPISTEMOLÓGICAS	47
2.3. BASES TEÓRICAS	49
2.3.1. Marco jurídico	49
2.3.1.1. La Salud en el derecho internacional	49
2.3.1.1.1. La ONU	50
2.3.1.1.2. La Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas	51
2.3.1.1.3. El Pacto Internacional de Derechos sociales, económicos y culturales, de las Naciones Unidas	51
2.3.1.1.4. La Organización de Estados Americanos	52
2.3.1.1.5. Carta de la Organización de Estados Americanos relativas a los derechos humanos	53
2.3.1.1.6. La Organización Mundial de la Salud	53
2.3.1.2. El derecho a la salud en Latinoamérica	54
2.3.1.2.1. Derecho a la salud en Argentina	54
2.3.1.2.2. Derecho a la salud en Bolivia	55

2.3.1.2.3. Derecho a la salud en Colombia	57
2.3.1.2.4. Derecho a la salud en México	58
2.3.1.2.5. Derecho a la salud en Chile	59
2.3.1.2.6. Derecho a la salud en el Perú	60
2.3.2. Vulneración al derecho a la salud en tiempos de pandemia	62
2.3.2.1. Baja calidad de atención médica	62
2.3.2.2. Negativa a la accesibilidad a una vacuna por entes privados	65
2.3.3. Políticas sanitarias	66
2.3.3.1. Definición	66
2.3.3.2. Niveles de actuación de las políticas sanitarias	66
2.3.3.3. Fuentes para las decisiones en las políticas sanitarias	67
CAPÍTULO III	70
HIPÓTESIS	70
3.1. HIPÓTESIS GENERAL	70
3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	70
3.3. VARIABLES (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONALIZACIÓN)	70
3.3.1. Variable Independiente	70
3.3.2. Variable Dependiente	71
CAPÍTULO IV	73
METODOLOGÍA	73
4.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	73
4.1.1. Métodos generales	73
4.1.2. Métodos particulares de la investigación	73
4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	74
4.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	74

	x
4.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	74
4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA	75
4.5.1. Población	75
4.5.2. Muestra	75
4.5.3. Muestreo	76
4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	76
4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	77
4.8. ASPECTOS ÉTICOS DEL PLAN	77
CAPÍTULO V	78
RESULTADOS	78
5.1. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	78
5.1.1. Primera Hipótesis Específica	78
5.1.2. Segunda Hipótesis Específica	85
5.1.3. Hipótesis General	93
5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	103
5.2.1. Primera Hipótesis Específica	103
5.2.2. Segunda Hipótesis Específica	104
5.2.3. Hipótesis General	105
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	106
CONCLUSIONES	117
RECOMENDACIONES	118
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	124

ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA	125
ANEXO 2. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	126
ANEXO 3. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DEL INSTRUMENTO	127
ANEXO 4 – CUESTIONARIO	130
ANEXO 5. CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	133
ANEXO 6 - DATA DEL PROCESAMIENTO DE DATOS	134
ANEXO 7. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN	141

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1 La baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud debido a un diagnóstico inexacto	78
Tabla 2. La baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud debido a los errores en la medicación	79
Tabla 3. La baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud debido a los tratamientos inapropiados	80
Tabla 4. La baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud debido a las instalaciones inadecuadas	81
Tabla 5 La baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud debido a las prácticas clínicas inadecuadas o inseguras	82
Tabla 6 La baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud debido a la falta de capacitación de los prestadores	83
Tabla 7. La baja calidad de atención médica y el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima	84
Tabla 8. La ineficaz política sanitaria del estado debido a la mala planificación de las políticas	85
Tabla 9. La ineficaz política sanitaria del estado debido a que el estado no proporciona los recursos necesarios al sistema sanitario	86
Tabla 10 La ineficaz política sanitaria del estado debido a que éste no asegura a los ciudadanos al acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social ...	87
Tabla 11 La ineficaz política sanitaria del estado debido a que el éste no es eficiente ni transparente en materia de salud	88

Tabla 12 La ineficaz política sanitaria del estado debido a que el estado no tiene la visión de un desarrollo sostenible y una adecuada gestión sanitaria	89
Tabla 13 La ineficaz política sanitaria del estado debido a que el estado no tiene una política de prevención de enfermedades	90
Tabla 14 La ineficaz política sanitaria del estado debido a que el éste no tiene una política de mejora de la salud de la población.....	91
Tabla 15 La ineficaz política sanitaria del estado y el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima.....	92
Tabla 16 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha proporcionado un adecuado acceso a los servicios de cuidado médico	94
Tabla 17 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha asegurado una buena salud de los peruanos	95
Tabla 18 . El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha proporcionado una garantía al disfrute de un buen estado de salud de los peruanos	96
Tabla 19 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho a un sistema de protección de la salud	97
Tabla 20 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho a la prevención y a tratamientos preventivos para luchar contra la propagación de la pandemia	98
Tabla 21 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho al acceso a los medicamentos esenciales	99

Tabla 22 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho al acceso a los servicios de salud apropiados.....	100
Tabla 23 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho a la educación y la concienciación sobre la salud	101
Tabla 24 Los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima.....	102
Tabla 25 Estadísticos de contraste de la Primera Hipótesis Específica.....	103
Tabla 26. Estadísticos de contraste de la Segunda Hipótesis Específica.....	104
Tabla 27 Estadísticos de contraste de la Hipótesis General	105

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1 La baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud debido a un diagnóstico inexacto	79
Figura 2 La baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud debido a los errores en la medicación	80
Figura 3 La baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud debido a los tratamientos inapropiados	81
Figura 4 La baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud debido a las instalaciones inadecuadas	82
Figura 5 La baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud debido a las prácticas clínicas inadecuadas o inseguras	83
Figura 6 La baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud debido a la falta de capacitación de los prestadores.....	84
Figura 7 La baja calidad de atención médica y el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima	85
Figura 8 La ineficaz política sanitaria del estado debido a la mala planificación de las políticas	86
Figura 9 La ineficaz política sanitaria del estado debido a que el estado no proporciona los recursos necesarios al sistema sanitario	87
Figura 10 La ineficaz política sanitaria del estado debido a que éste no asegura a los ciudadanos al acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social ...	88

Figura 11 La ineficaz política sanitaria del estado debido a que el éste no es eficiente ni transparente en materia de salud	89
Figura 12 . La ineficaz política sanitaria del estado debido a que el estado no tiene la visión de un desarrollo sostenible y una adecuada gestión sanitaria.....	90
Figura 13 La ineficaz política sanitaria del estado debido a que el estado no tiene una política de prevención de enfermedades	91
Figura 14 La ineficaz política sanitaria del estado debido a que el éste no tiene una política de mejora de la salud de la población.....	92
Figura 15 La ineficaz política sanitaria del estado y el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima.....	93
Figura 16 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha proporcionado un adecuado acceso a los servicios de cuidado médico	94
Figura 17 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha asegurado una buena salud de los peruanos	95
Figura 18 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha proporcionado una garantía al disfrute de un buen estado de salud de los peruanos	96
Figura 19 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho a un sistema de protección de la salud	97
Figura 20 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho a la prevención y a tratamientos preventivos para luchar contra la propagación de la pandemia	98

Figura 21 . El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho al acceso a los medicamentos esenciales	99
Figura 22 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho al acceso a los servicios de salud apropiados.....	100
Figura 23 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho a la educación y la concienciación sobre la salud	101
Figura 24 Los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima.....	102

RESUMEN

Se abordó el **Problema:** ¿Cuáles son los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020? Se formuló el **Objetivo:** Establecer cuáles son los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020. El **Tipo** de investigación fue Básico, el **Nivel** Explicativo y diseño no experimental transeccional; se utilizaron los siguientes métodos: el científico; así como el analítico y el sintético. Para la recolección de Información se utilizaron los instrumentos: cuestionario y ficha de análisis documental; llegándose a **la conclusión** que el derecho a la salud dada su importancia y trascendencia es considerado un derecho fundamental de las personas, más aún cuando se atraviesa momentos riesgosos como el de la pandemia por el Covid 19 donde a causa de factores como la baja calidad de atención médica y la ineficaz política sanitaria del estado, han incidido de forma negativa en el respeto y cumplimiento del derecho a la salud de los ciudadanos limeños durante el año 2020, en el sentido que el estado fue incapaz de liderar y coordinar de manera efectiva las estrategias y políticas para mitigar los contagios por el virus.

Palabras clave: factores socio-políticos, derecho a la salud, pandemia por el Covid 19, baja calidad, atención médica, ineficaz política sanitaria

ABSTRACT

The Problem was addressed: What are the socio-political factors that influenced the right to health during the Covid 19 pandemic in the city of Lima, 2020? The Objective was formulated: To establish which are the socio-political factors that influenced the right to health during the pandemic by Covid 19 in the city of Lima, 2020. The Type of research was Basic, the Explanatory Level and non-experimental design transectional; The following methods were used: the scientific; as well as the analytical and the synthetic. For the collection of information, the instruments were used: questionnaire and document analysis file; reaching the conclusion that the right to health given its importance and significance is considered a fundamental right of people, even more so when going through risky moments such as the Covid 19 pandemic where due to factors such as the low quality of medical care and the ineffective health policy of the state, have had a negative impact on the respect and fulfillment of the right to health of Lima citizens during 2020, in the sense that the state was unable to effectively lead and coordinate strategies and policies to mitigate virus infections.

Keywords: socio-political factors, right to health, Covid 19 pandemic, low quality, medical care, ineffective health policy

RESUMO

O problema foi abordado: Quais são os fatores sociopolíticos que influenciaram o direito à saúde durante a pandemia de Covid 19 na cidade de Lima em 2020? O Objetivo foi formulado: Estabelecer quais são os fatores sociopolíticos que influenciaram o direito à saúde durante a pandemia de Covid 19 na cidade de Lima, 2020. O Tipo de pesquisa foi Básico, o Nível Explicativo e o Desenho não-experimental transversal ; Foram utilizados os seguintes métodos: o científico; assim como o analítico e o sintético. Para a coleta de informações, foram utilizados os instrumentos: questionário e arquivo de análise documental; chegando à conclusão que o direito à saúde pela sua importância e significado seja considerado um direito fundamental das pessoas, ainda mais quando passam por momentos de risco como a pandemia de Covid 19 devido a fatores como a baixa qualidade do atendimento médico e a ineficaz política de saúde de O estado, teve um impacto negativo sobre o respeito e cumprimento do direito à saúde dos cidadãos de Lima durante 2020, no sentido de que o estado foi incapaz de liderar e coordenar efetivamente estratégias e políticas para mitigar as infecções por vírus.

Palavras-chave: fatores sociopolíticos, direito à saúde, pandemia de Covid 19, baixa qualidade, assistência médica, política de saúde ineficaz

INTRODUCCIÓN

La emergencia generada por la pandemia del Covid 19 en el Perú ha comprobado las grandes deficiencias en la gestión de los servicios de salud pública que tiene nuestro país desde hace bastante tiempo, así como la necesidad de su articulación comenzando con el Ministerio de Salud conjuntamente con los diferentes organismos que componen los servicios sanitarios en el Perú; la constante controversia a las gestiones de las autoridades regionales acerca de su labor frente a la emergencia. Los impactos en los sectores económicos, de salud, etc., que ha ocasionado el denominado Covid 19 son diversos, estos han desencadenado diferentes conductas sociales de las que los peruanos han sido testigos en los medios de comunicación, tales como la compra desmedida de productos que conforman la canasta básica, colas interminables para poder comprar aire medicinal para familiares infectados, personas muriendo en plena vía pública por falta de atención médica, la negativa de algunos médicos a atender a sus pacientes por no contar con los equipos de protección adecuados, entre otras; aspectos estos fueron estudiados mediante la presente investigación

Se planteó como problema general ¿Cuáles son los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020?, así como el objetivo fue: Establecer cuáles son los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020. La hipótesis demostrada y contrastada fue: Los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020 fueron la baja calidad de atención médica y la ineficaz política sanitaria del estado.

La presente investigación se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, por lo que se ha recolectado información de la realidad, la misma que se procesado y analizado para explicar las relaciones existentes entre las variables de investigación y demostrar la valides de las hipótesis. El tipo de investigación fue Básico, el nivel explicativo y con un diseño no experimental transeccional; se utilizaron los siguientes métodos: el científico; así como el analítico y el sintético. Para la recolección de información se utilizaron los instrumentos: cuestionario y ficha de análisis documental.

El presente informe está dividido en cinco capítulos:

Capítulo I: Planteamiento de la investigación.

Capítulo II: Marco teórico.

Capítulo III: Hipótesis.

Capítulo IV: Metodología.

Capítulo V: Resultados.

Y finalmente se presenta el Análisis y Discusión de Resultados.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La emergencia generada por la pandemia del Covid 19 en el Perú ha comprobado las grandes falencias existentes dentro de la gestión de los servicios de salud pública que tiene nuestro país desde hace bastante tiempo, del mismo modo, hemos podido comprender la urgente necesidad de tener una correcta articulación de estos servicios, comenzando con el Ministerio de Salud conjuntamente con los diversos organismos que componen los servicios sanitarios en el Perú; así mismo, pudimos denotar la constante controversia de las gestiones de las autoridades regionales acerca de su labor frente a la emergencia. Los impactos en los sectores económicos, de salud, educación, etc., que ha ocasionado el denominado Covid 19 son diversos y estos han desencadenado diferentes conductas sociales que la sociedad peruana han sido testigos fieles a través de los medios de comunicación de señal abierta y pagada. Las conductas repetitivas que se pudo apreciar a lo largo y ancho eran como la compra desmedida de productos que conforman la canasta básica familiar ocasionando el alza de precio como la especulación, otra actitud relevante que cabe mencionar son colas interminables en diferentes puntos de venta con el único propósito de poder comprar oxígeno medicinal necesario para aquellos familiares infectados que les urgía su abastecimiento diario, por otro lado, se apreció personas muriendo en plena vía pública por falta de atención médica y si apreciamos la conducta del personal médico, se evidenció la negativa de algunos galenos a atender a sus pacientes por no contar con los equipos de protección adecuados, entre otras.

Ante este escenario abrumador el desarrollo de nuevas vacunas contra el coronavirus se había mostrado como una solución para este gran problema, pero también se evidenció la completa ineficiencia del Estado, dado que las dosis adquiridas fueron aplicadas con lentitud sin poder completar con el esquema cronogramado el cual supuestamente cubriría a la mayoría del equipo médico en primera línea.

En primera instancia se observó que la vacunación a la población peruana fue un proceso lento llevado por el Estado, a pesar que hubo sugerencias del ámbito privado para agilizar las compras, distribución y ventas de las vacunas no se tomó en cuenta. Como prueba de ello, se puede colegir del presidente de la república Francisco Sagasti, que en varias de sus entrevistas manifestó ante tal propuesta, el mandatario aseguró que la posición del Gobierno es que “Lo que no queremos es que el que tiene plata se vacune y el que no la tiene no se vacune, es lo que queremos evitar en primer lugar”. Todos estos escenarios presentados demuestran como se vulneró el derecho fundamental a la salud en el Perú consagrado en nuestra carta magna.

Citando a O'Donnell, G (2001), podemos afirmar que vivimos en “un Estado de Derecho truncado en el que los derechos políticos, civiles y sociales” en este caso el derecho a salud se vive en forma incompleta. Alineando al problema que vivimos, el derecho a la salud se negocia permanentemente entre la legalidad teórica y la “legalidad realmente existente” y mayormente este derecho se ejerce a medias. Se puede evidenciar que la sociedad peruana a lo largo de su historia ha destinado relativamente escasos recursos a salud, por ejemplo, se tiene un total de 4.4% del PBI en 1998 y un per cápita de 100 dólares, cifras que se encuentran por debajo del promedio mundial que normalmente es de un 5.5% e incluso del promedio de los países latinoamericanos de análogas características los cuales destinan entre un 7% a 8% y revisando el informe para la transferencia de gestión del Ministerio de Salud se destinó del PBI a un 5.1% en

el año 2012 pero este bajo en el año 2016 destinando para el gasto público un 3%, mientras que en países de América Latina y el Caribe se destinaba un 4%. Guerra de Macedo (2001) ha expuesto que “el volumen de la riqueza nacional predestinado a salud es el indicador de la prioridad que da el Estado a la salud y por tanto, expresa cuanta importancia se da al tema en la agenda nacional. Asimismo, se sabe que un Estado que no establece un presupuesto importante a la salud, en el fondo asume una estimación devaluada a la vida puesto que tolera como normal un nivel de muertes y enfermedades que pueden ser evitables. Estos antecedentes manifiestan la ineficiencia y escasa efectividad de nuestros sistemas de salud y el Estado. Se tiene el conocimiento de que los países consiguen efectos distintos de sus sistemas de salud conforme al nivel del gasto y la gerenciabilidad en salud. Se observa cuatro tipos de países en cuanto a esa variante: países de gasto alto y gerenciabilidad baja; otros, de gasto bajo y alta gerenciabilidad; unos terceros, de alto gasto y alta gerenciabilidad; y finalmente, los de baja inversión en salud y baja gerenciabilidad. Se concluye según las cifras anteriormente expuestas que el Perú quedaría ubicado en el último tipo de variante” (Macedo, 2001).

1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Delimitación temporal

La investigación se ejecutó durante el año 2021.

1.2.2. Delimitación espacial

La investigación se desarrolló en la ciudad de Lima.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. Problema general

¿Cuáles son los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020?

1.3.2. Problemas específicos

- a. ¿De qué manera la baja calidad de atención médica incidió en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020?
- b. ¿De qué manera la ineficaz política sanitaria del estado incidió en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020?

1.4. JUSTIFICACIÓN

1.4.1. Epistemológica

Partiendo de los alcances que el objeto del derecho es “ordenar la vida del grupo social, estableciendo lo que se puede hacer o impidiendo hacer lo que no se puede hacer” esto es establecer las condiciones para las relaciones jurídicas; y del mismo modo, considerando a la seguridad jurídica como aquella “certeza del derecho, donde se conoce, o puede conocerse, lo previsto como prohibido, ordenado o permitido por el poder público” se ha observado que en esta etapa de pandemia que no solo atraviesa el país sino casi todos los países de nuestro planeta, pero en particular en nuestro país hemos identificado que por parte del Estado no ha cumplido con ordenar correctamente a nuestra sociedad, ni ha cumplido con prever una seguridad jurídica, esto plasmado en el cumplimiento del derecho a la salud que no solo está reconocido en nuestra constitución sino es

un derecho universal; por lo tanto, a través de la investigación se realizó un abordaje filosófico del derecho a la salud y como este está concatenado con el objetivo del derecho y la seguridad jurídica que el Estado debe proporcionar a los ciudadanos peruanos; siendo este aspecto la contribución epistemológica de la investigación.

1.4.2. Social

El tema de investigación fue relevante en el ámbito social porque, con su ejecución buscó demostrar la vulneración al derecho estipulado en el artículo 2° de la Constitución Política del Perú, donde señala que “Toda persona tiene derecho a la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar” concordante con el artículo 7° que expone que “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”; por lo tanto, mediante la investigación se propondrá recomendaciones para que los gobernantes observen de manera obligatoria y bajo responsabilidad funcional el cumplimiento del derecho a la salud que es inherente a todos los peruanos, por lo que éste esta propuesta favorecerá a todos los ciudadanos peruanos porque coadyuvará al cumplimiento efectivo de sus derechos fundamentales y constitucionales.

1.4.3. Teórica

El tema de investigación fue relevante teóricamente porque, la presente buscó dar a conocer a través de bases y fundamentos jurídicos más relevantes que reflejen la vulneración del derecho a la salud de los ciudadanos peruanos en la

época de emergencia sanitaria del Covid 19 que atraviesa nuestro país y en especial en la capital de la república siendo un punto crítico de relevancia jurídica analizada.

1.4.4. Metodológica

La justificación metodológica radicó en el empleo de técnicas, métodos, instrumentos y procedimientos de investigación, que contribuyeron con el estudio llevado a cabo, así el empleo de categorías, niveles, y clases de los elementos estructurales de la Carta Magna para demostrar la vulneración de los derechos en época de pandemia en nuestro país.

1.5. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.5.1. Objetivo general

Establecer cuáles son los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020.

1.5.2. Objetivos específicos

- a. Determinar de qué manera la baja calidad de atención medica incidió en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020.
- b. Determinar de qué manera la ineficaz política sanitaria del estado incidió en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.2.1. Antecedentes nacionales

Llerena Lanza (2019) en su investigación titulada “Emergencia, gestión, vulnerabilidad y respuestas frente al impacto de la pandemia Covid 19 en el Perú”. Basó su investigación en: planes, los diversos protocolos, datos que brinda el gobierno, reportes de instituciones del Estado, artículos periodísticos, informes y pedidos de organizaciones de la sociedad civil, y gracias a ello pudo brindar un panorama amplio del contexto dentro de la gestión pública de la emergencia, al revisar esas diversas informaciones se comprueba la existencia de las diversas falencias del sistema de salud en nuestro país, del mismo modo la vulnerabilidad presente en todas las estructuras sociales, situación que se vio agravada durante la vigente emergencia nacional. Dentro de la mencionada investigación se explica que la emergencia generada por la pandemia del Covid 19, ha dejado en evidencia las diversas deficiencias que tiene la gestión de los servicios de salud pública en el Perú, así como la necesidad de articulación entre los diferentes organismos que componen los servicios sanitarios en el Perú, hace un cuestionamiento directo a nuestra legislación laboral y al sector productivo del país y su precariedad, dentro del análisis de este trabajo examinaron algunos de los problemas en el desarrollo de las acciones frente a la emergencia y el impacto en algunos grupos sociales” (Llerena, 2019).

Así mismo el trabajo citado ofrece datos sumamente importantes sumamente relevantes para esta investigación, la cual es referente al Ministerio de Economía y Finanzas, entidad que: “de acuerdo con el Decreto de Urgencia N° 026- 2020, de fecha 15 de marzo del 2020, determina establecer mecanismos de excepcionalidad temporal hacia la prevención de la propagación del coronavirus o Covid 19 en el país por medio del Decreto Supremo N° 044-2020-PCM, de fecha martes 21 de abril de 2020, en el que se expresa el Estado de Emergencia Nacional, formando los procesos imprescindibles para que los Gobiernos Regionales y Locales en fundamento a los lineamientos de prevención, control, análisis y tratamiento de Covid 19 en sus territorios logren adoptar acciones a fin de generar un gasto priorizado para actividades relacionadas a:

1. Diagnóstico y tratamiento de coronavirus.
2. Vigilancia epidemiológica e investigación de casos y contactos.
3. Vigilancia laboratorial y soporte diagnóstico.
4. Sensibilización y comunicación del riesgo.
5. Medidas de control de infecciones y bioseguridad en los servicios de salud”

(Llerena, 2019).

Por otro lado, Arroyo Laguna et al. (2015) en su trabajo “*La Salud Hoy: Problemas y Soluciones*”; realizan un análisis de cómo es el acceso a la atención y financiamiento en salud en el Perú, también se refieren al acceso a la salud como forma de equidad en sociedad a la cual todos tenemos derecho. Informan que para tener conocimiento sobre las barreras de acceso al sistema de salud se debe clasificar en los cuatro tipos de accesibilidad definidos, donde se tiene como “primera característica la geográfica que está relacionada a las variables de distancia y el tiempo de viaje; como segundo clasificación se encuentra a la

económica o financiera, concerniente a la facultad de pago de los beneficiarios y el subsidio público; como tercera característica se considera la accesibilidad cultural, que tiene que contemplar el respeto y adecuación a los modelos culturales de la población y por último la funcional u organizacional, que vislumbra las maneras de atención conforme a las necesidades de salud, en términos de horarios, turnos, espera y otros. Existen otros modelos, que consideran las barreras de la demanda y de la oferta, estos los clasifican en disponibilidad donde se encuentran las personas con la facilidad de adquirir los servicios de salud; luego está la accesibilidad, en el que las personas que pueden usar los servicios; posteriormente se tiene la aceptabilidad, en el que personas que están dispuestas a usar el servicio; utilización, personas que usan el servicio; y por último la efectividad, personas que reciben cuidados satisfactorios” (Arroyo Laguna et al., 2015).

En la investigación aludida, los autores indican que; “según estadísticas del INEI entre los años 2004 y 2014 hubo un cambio significativo en las razones por las que muchas personas, a pesar de necesitar atención, no acceden a los servicios de salud. En el año 2004 la principal razón por la cual muchas personas no podían acudir a realizar consultas en un 24.7% era debido a la falta de dinero, este porcentaje en los próximos diez años es decir en el año 2014, se redujo a un 8.5%. Esto podría manifestarse por el desarrollo de la economía y los mayores ingresos, simultáneamente por la expansión del financiamiento público y privado en salud en el país. No obstante, crecieron otras barreras al acceso a la salud, como la distancia geográfica, la falta de confianza en el personal médico y las demoras. Equivalentemente, las barreras como la no tenencia de un seguro, la falta de tiempo y el maltrato del personal de salud, desarrollaron su presencia en un 11%

al 23.9%. En otras palabras, se tendría un desplazamiento en la problemática del acceso a la atención de la salud, en que las barreras principales habrían pasado de ser problemas económicos a un tema de la calidad del servicio” (Arroyo Laguna et al., 2015).

Detallan también que “otro problema es la diferencia entre el financiamiento público del aseguramiento y el acceso real a los servicios, tema que también tiene años de debate, porque las personas afiliadas no acceden o utilizan los servicios de salud. La tenencia del seguro no es sinónimo de tener el acceso, el porcentaje menor de utilización de los servicios tiene que ver con el desfase de la infraestructura, falta de equipamiento, falta los recursos humanos, los medicamentos o insumos. Esto hace que coexista una brecha entre el aseguramiento y el acceso real a la atención, lo que promueve la ampliación del gasto de bolsillo en salud” (Arroyo Laguna et al., 2015).

La revisión de este trabajo fue de ayuda porque además de los autores dan sus puntos de vista antes estas brechas existentes en nuestro sistema de salud citando entre estas opiniones se tiene que “Nadie debería correr el riesgo de ruina financiera por necesitar atención a la salud y a nadie deberían negársele el derecho a la salud por no pagarlos” p 30. Esto es algo que debería tomarse en cuenta y aún más en la época de pandemia en el que se ha visto que muchos ciudadanos peruanos no pudieron tener acceso a una atención oportuna por falta de recursos económicos llegando en muchos casos a la muerte.

Destacan que “también hay la necesidad de entender que el acceso a la atención y financiamiento en salud planteados para la atención de salud en su conjunto tienen que ser un proceso progresivo y en cuanto a las brechas de financiamiento afirman que se debería aumentar y mejorar el financiamiento con

equidad y eficiencia para así poder avanzar hacia una solución contra la barrera para el acceso en el momento de la prestación de salud. Esto quiere decir, que existe la necesidad de financiamiento público. En los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos llega a dirigir el 8% del PBI para el sector salud. Mientras que, en América Latina, se destina alrededor del 3.8%, en promedio. Uno de los planteamientos dentro del trabajo es el aumento de la recaudación para poder financiar el gasto fiscal, así como también la necesidad de buscar fuentes innovadoras de impuestos, que algunos países han implementado y tuvieron resultados positivos, como por ejemplo en la India” (Arroyo Laguna et al., 2015).

Valdez Huarcaya (2015) en su investigación titulada “*Análisis de situación de salud del Perú*”, realiza un análisis de las funciones inherentes al Ministerio de Salud y determina que: “es responsable de delimitar los lineamientos y políticas del sector en el país, en el desarrollo del trabajo trata de resaltar que se necesita tener conocimiento de la realidad sanitaria en nuestro país, a través de los análisis de situación de salud. Muestra también que, en los últimos años, se han manifestado diversos casos de fenómenos demográficos y sociales que están afectando el estado de salud del país, determinando además que es preciso hacer cambios en el servicio del sector salud; lo cual traza desafíos interesantes al sistema de salud. La metodología de análisis de situación de salud utilizada para este trabajo fue una herramienta valiosa para demostrar las implicancias de los determinantes en el estado de salud. El documento muestra además las dificultades del estado de salud y sus determinantes, identificando importantes brechas y desigualdades, con el fin de que se planifiquen investigaciones más específicas que permitan tener una lectura más profunda de

los orígenes de los problemas del sector salud asimismo diseñar las intervenciones más apropiadas” (Valdez, 2015).

En cuanto al Sistema de Salud Peruano lo define como “Sistema que tiene como objetivo que las instituciones que lo complementan cumplan roles sistematizados y complementarios administrados por una política y estrategia común que asegure una atención de las prioridades sanitarias del país, y que en conjunto operen dentro de una racionalidad global que garantice eficiencia a la inversión y al gasto social para favorecer la salud de todos los peruanos” (Valdez, 2015), la cual está conformada por dos importantes sectores: el estatal y el privado.

También gracias a este trabajo se pudo denotar que si bien es cierto dentro de nuestra carta magna se especifica que el acceso a este servicio es de carácter primordial, sin importar la condición de quien lo necesite se encuentra que no es así y existen aspectos de la exclusión en salud. Precizando que “este fenómeno de la exclusión en salud, se da en medio de la interacción entre las necesidades del acceso a salud y la capacidad de respuesta del Sistema de Salud frente a dichas necesidades. En el marco de pandemia que se estuvo viviendo la principal función del Sistema de Salud era garantizar que las personas puedan satisfacer sus necesidades percibidas y no percibidas de salud, cumpliendo apropiadamente los parámetros de acceso, cobertura, eficiencia, equidad, calidad, seguridad y sostenibilidad, lo cual se ha podido evidenciar que no se da” (Valdez, 2015).

Soto, A. (2019) en su investigación titulada “*Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: Atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX*”. Realizó un estudio descriptivo señalando que: “en los hospitales del Ministerio de Salud

peruano atienden a pacientes con patologías complejas. Opina también que esta atención debería ser de calidad algo que involucra no sólo el buen trato, la calidez y el humanismo en el cuidado, sino recursos, materiales y capacidad de resolver problemas en el tiempo que es requerido. Desdichadamente la realidad de los hospitales del Ministerio de Salud peruano difiere mucho de los modelos de calidad recomendados, nuestro sistema de salud cuenta con notables deficiencias en la facultad resolutive a causa de la falta de métodos de ayuda diagnóstica, falta de equipamiento y deficiencia en la adquisición de medicamentos e insumos. Es inaceptable que un hospital de nivel referencial no cuente con estudios de imagen como resonancia magnética nuclear o angiografías; estudios de medicina nuclear, pruebas inmunohistoquímicas, estudios de biología molecular, genéticos, y un largo etc. En este trabajo el autor presenta algunos problemas hallados en la práctica diaria que todos nosotros podemos constatar, desde la perspectiva del autor como prestador de salud examina los hallazgos de la evaluación de la calidad de atención elaborada por la Contraloría General de la República el 2018 en hospitales de referencia. Propone también algunas medidas inmediatas de acción y acentúa la necesidad de abordar de forma inmediata las grandes carencias de infraestructura y capacidad resolutive para el diagnóstico y tratamiento, así como impulsar los concursos públicos para gestores de hospitales que permitan un ejercicio transparente y meritocrático no sujeto a vaivenes políticos” (Soto, 2019).

El análisis de esta investigación fue de ayuda y resaltando una de las informaciones brindadas por esta es que nos dio a conocer que “el déficit de recursos humanos del MINSA, con una brecha de más de 47 000 profesionales estimada para en el año 2016, contando con mayor deficiencia en centros de zonas con mayores niveles de pobreza, donde cabe resaltar se denota la alta necesidad

de atención médica. Las deficiencias en personal técnico son posiblemente mayores, aunque muy poco enfatizadas. En diversos hospitales, la carencia de técnicos que puedan asistir pertinentemente a los pacientes en sus necesidades básicas, exige, muchas veces, a la cooperación de familiares para poder atender este problema. Esta falta de recursos humanos coexiste además con la reproducción de atenciones innecesarias en las que se utiliza al personal para atenciones que no incumben al nivel de un centro de referencia. No puede ser sensato que un hospital de referencia cuente con servicios de control prenatal de gestantes sanas o que se realice control de niño sano. Estos casos evidentemente deben ser realizados en los centros de atención de nivel primario” (Soto, 2019).

Otro aspecto que es importante resaltar de esta investigación, es cuando señala que: “es común encontrar que pacientes independientemente de la enfermedad que tengan, esperar hasta tres meses para acceder a una atención en consultorios. Conjuntamente, mientras la falta de recursos humanos en salud sigue siendo un enorme problema evidente. A pesar de que en países como Paraguay, Canadá y Uruguay existen cinco o tres médicos por cada trabajador administrativo; por el contrario, en Perú, esta correspondencia incluso se invierte, teniendo en nuestro país tres administrativos por cada médico. Otro problema significativo es la subutilización de los espacios físicos de consulta, los cuales podrían emplearse para la atención de pacientes durante la mañana y la tarde. Pero, por regla general, sólo son usados durante seis horas diarias. La consulta externa que se hace muchas veces” (Soto, 2019). Finalmente, menciona el autor “la necesidad de optimizar los salarios, fomentar la meritocracia y demandar el cumplimiento eficaz de las responsabilidades del personal de salud para fomentar un sistema más equitativo con un mejor clima laboral y con una mayor calidad de

atención para los peruanos. Una de las soluciones que se ofrece dentro de la investigación es hacer cambios en cuanto a la atención ofrecida hacia los pacientes en donde tanto los doctores como ellos puedan disfrutar de herramientas necesarias para la atención, así como un lugar propicio e implementado. Además, asegura que la pobreza, la falta de acceso equitativo a la salud y los obstáculos burocráticos no deberían ser motivos para morir en pleno siglo XXI en un país de recursos medios a altos como el Perú” (Soto, 2019).

Hussman (2011) en su investigación “*Vulnerabilidades a la corrupción en el sector salud: Perspectivas de América Latina en los subsistemas para los pobres (con un enfoque especial en el nivel subnacional)*”. Da a conocer que casos en Perú proporcionan, lecciones interesantes, ofrece una comprensión más honda sobre las formas de corrupción en diferentes sistemas de salud. Dentro de esta investigación se habla sobre el subsistema peruano, dirigido por el Ministerio de Salud y que debería servir y satisfacer las necesidades de los pobres. La administración de medicamentos y suministros, además de la gestión de activos en los establecimientos de salud presenta casos de abusos y corrupción. Con base en el análisis documental presentada dentro de este trabajo además de sus estudios de casos, se plantearon como problemas; el primero que existen gran falta de diagnósticos de corrupción y de riesgos de corrupción fundamentados apropiados en los sistemas nacionales de salud. Esto obstaculiza los rumbos que aspiran a aplicar, así como la optimización para poder lograrlo.

El estudio en su desarrollo utilizó una revisión documental y el estudio de casos exploratorios fundamentados en entrevistas a expertos renombrados peruanos. Ese análisis permitió examinar las vulnerabilidades provocadas por la corrupción ante dos dimensiones diferentes de los sistemas de salud: la

descentralización y combinación de los sectores público y privado. El objetivo principal de la autora es el de proporcionar una perspectiva de los sistemas de salud en el Perú, el documento expone por qué la corrupción en el sector salud debe ser discutido, enmarca la corrupción y los conflictos de corrupción en el sector salud, examina evidencias sobre corrupción en los sistemas de salud del país, la autora pone a disposición una síntesis de casos en el país, estudia los temas surgidos de los hallazgos de la investigación, y concluye con ideas.

Afirma que existen áreas de los sistemas de salud que tienden a afrontar vulnerabilidades como la poca o escasa adquisición de medicamentos, bienes y servicios, entre otros, aunque esta hipótesis no ha sido es útil como punto de partida para examinar qué tipos de corrupción son más importantes en un sistema particular, en especial en nuestro país.

Uno de los puntos importantes obtenidos en la investigación de este trabajo es: “como la corrupción en el sector de salud tiene graves consecuencias en el calidad, acceso, efectividad y equidad de los servicios de salud. Y en cuanto prestación de servicios, los pagos extraoficiales de usuario conocido como pagos informales algunas veces exigidos por parte del personal médico, desalientan a los pobres a utilizar estos servicios o los exigen a vender pertenencias valiosas acarreándolos aún más a la pobreza debido a que estos pagos informales son contraproducentes y constituyen muchas veces en una carga importante en los escasos recursos de los hogares. Es necesario recalcar también que la corrupción en la administración financiera de las instituciones del sector salud, igualmente tiene un efecto perjudicial directo en la calidad y acceso de los servicios de salud puesto que los recursos provienen de los presupuestos de salud a través de la malversación y fraude en las adquisiciones. En conclusión, la corrupción tiene

serias secuelas en los resultados de salud y son mayormente los pobres y marginados los más afectados. La conducta poco ética y fraudulenta en el sector salud pone en riesgo los derechos humanos fundamentales” (Hussman, 2011).

Por otro lado, Montañez Ginocchio (2018) en “*Análisis del gasto de bolsillo en salud en Perú*”. Realizó un estudio abocado al “análisis del comportamiento del gasto de bolsillo en salud en Perú, en especial de los grupos pobres, distinguiendo los determinantes que obligan a que los hogares opten por el gasto de bolsillo antes que el aseguramiento e identificar aquellos puntos de vista de las recientes reformas que no generan la respuesta positiva de la población hacia un mayor aseguramiento” (Montañez, 2018). La autora utilizó “una base de datos que le permitió el seguimiento de hogares durante cinco años, para poder interpretar su comportamiento frente a los problemas de salud según las condiciones de los distintos hogares. Dentro de los resultados de su estudio muestran que la incorporación al seguro público o Seguro Integral de Salud ayudó a reducir la inequidad en el acceso a salud y el porcentaje de pobres y pobres extremos con cobertura se incrementó, así como el amparo a grupos vulnerables como son los adultos mayores y niños. En cuanto a los hogares que no cuentan con un SIS no perciben opciones para su aseguramiento, se pudo evidenciar además que la seguridad social o EsSalud ha sido poco activa en la política de aseguramiento” (Montañez, 2018). Todos estos hechos han demostrado una escasa capacidad para ofrecer protección social y planes de salud, aunque “los avances en la cobertura de aseguramiento en salud de la población han sido notables, para mejorar el acceso de los más pobres y vulnerables vía subsidios sigue existiendo un grupo de factores que limitan la cobertura universal en algunos sectores de la población como por ejemplo para las poblaciones indígenas

que residen en zonas apartadas, así como del grupo que sale de la pobreza, que tiende a tener un progresivo gasto de bolsillo y un nivel de aseguramiento inferior. Los datos apuntan a que el nivel de ingreso y la regularidad del mismo determinan la decisión de asegurarse y no la inseguridad en salud” (Montañez, 2018).

El trabajo mencionado fue de ayuda porque proporciona información importante entre las más sobresalientes cabe resaltar el de la equidad en el financiamiento, respecto a la cual hace entender que “está vinculada a la capacidad de pago de los ciudadanos independientemente del sistema de salud que posean. Para aclarar sobre los sistemas de salud se tiene conocimiento que estos se establecen en la igualdad en el bienestar como la base para distribuir los recursos. Por ejemplo, Vargas et al. (2002) *Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica* describen que Las políticas de salud cuyos objetivos de equidad están expresados en términos igualitarista se dirigen a la eliminación de las desigualdades en los niveles de salud de la población. De igual modo, plantean que los que se basan en este tipo de políticas refieren generalmente con sistemas de salud que son financiados públicamente y que se orientan a lograr cobertura universal por ser este un derecho fundamental” (Montañez, 2018).

2.2.2. Antecedentes Internacionales

Font Sierra (2012) en su trabajo para obtener el grado de Doctor, titulado “*Evaluación del Sistema De Información de Salud en el Distrito de Kilombero Tanzania*”. Sostiene que “Una buena gestión es un estado *sine qua non* para acrecentar la eficiencia y eficacia de todos los servicios de salud. Al sector salud se le muestra el dilema de cómo hacer frente al aumento de demandas por parte

de los usuarios, cuando por otro lado está recibiendo proporcionalmente cada vez menos recursos” (p.10).

Hay suficientes pruebas para poder indicar que las mediaciones del gobierno pierden un gran potencial de su teórica eficacia si los servicios de salud están mal gestionados (Tanner Lengeler, et al.1993). A modo de ejemplo, en este tiempo de coronavirus y emergencia sanitaria desde el punto de vista de la Salud Pública, donde se está haciendo un esfuerzo global para la erradicación de esta pandemia mundial, el principal desafío de los servicios de salud debe ser optimizar la gestión de estos servicios que ahora son más requeridos que antes pero lamentablemente esto se da lentamente y muchas veces con deficiencias.

Desgraciadamente, los Sistemas de Salud en países latinoamericanos como en el Perú son inadecuados para proveer apoyo a las necesidades sanitarias que se presentan, a comparación de diversos sistemas de salud en países en vías de desarrollo que equiparan con equipos necesarios tanto a los hospitales, a los profesionales que trabajan en estos y para los pacientes. Al mismo tiempo, cuentan con un sistema de información sobre los pacientes donde rellenan registros con nombres y direcciones de estos, para así poder compilar información semanal, mensual y anual sobre enfermedades y posteriormente enviar informes.

En contraste, en países subdesarrollados como el nuestro estas informaciones muchas veces no son recolectadas o sino los datos recibidos a menudo son insuficientemente útiles a la hora de tomar decisiones ya que en muchos casos estos son parciales, obsoletos o de poca fiabilidad y no son relacionados con las prioridades de los trabajadores de salud a nivel local y nacional.

Analizando el trabajo para obtener el título de doctor de Sánchez Islas, A. (2015) cuyo objetivo fue “identificar los factores que influyen en la satisfacción de salud recibidos y su relación con la calidad de la atención en hospitales públicos del Municipio de Ixquilpan, En su investigación utilizo un método observacional, transversal, analítico y comparativo. Utilizo una estadística descriptiva, medidas de tendencia central y dispersión. Lo que cabe a resaltar acerca de este trabajo es la información sobre cómo es que el ofrecer una buena calidad siempre ha sido una meta que todos los proveedores de salud. Uno de los principios básicos de cualquier estrategia para el continuo mejoramiento continuo de la salud es el cumplimiento de metas de calidad” (Islas, 2015).

Pero la necesidad de evaluar la calidad no es solo actual, el autor señala que: “estas datan desde antes de Cristo, en India y China donde ya existían incluso estándares que determinaban la calidad de los servicios de la salud. Es en 1917 en Estados Unidos donde se inician los estudios para evaluar la calidad en el campo de la salud, cuando el Colegio Estadounidense de cirujanos agrupo el primer conjunto de estándares para que los hospitales en su país identificaran y separaran de los servicios eficientes a los deficientes” (Islas, 2015).

Por otro lado, Ochoa Moreno (2017) en su trabajo *“Principales logros y deficiencias del sistema de salud. Describe como es desenvolvimiento del Sistema de salud en México”*. Señala que “dentro de los más importantes logros que se tuvo en el sistema del país fue el de mantenerse como un sistema predominantemente público, basado mayoritariamente en brindar servicios de seguridad social, refleja esto en los datos mostrados en el quinto informe de gobierno en los años 2016 y 2017 en el que la población total en el 2016 ascendía a 122.3 millones de mexicanos y de ellos, 97.2 millones de los cuales 79.5%

fueron usuarios al menos una vez al año de algún servicio de salud del sector público. Pero también se tienen deficiencias, por ejemplo, la insuficiencia de recursos financieros para satisfacer las necesidades de los centros de salud del país. Actualmente en México se destina tan solo un 3.3% del PBI” (Ochoa, 2017).

El autor narra que “un problema derivado de esta insuficiente inversión corresponde a la disponibilidad de médicos y enfermeras. A esta deficiencia se añade que alrededor del 70% de los centros de salud rurales se encuentran atendidos por médicos y enfermeras pasantes que aun ni cuentan con un título o licencia para poder ejecutar su profesión. Una consecuencia importante derivada de este escenario de precariedad es que la atención llevada a cabo por el personal becario no supervisado no reúne las básicas características de calidad y seguridad que la población requiere. Pero a pesar de la insuficiencia de persona en el sector salud, coexiste una gran tasa de desempleo de médicos y enfermeras, según una Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo de INEGI de México se estima que, en 2014, 277,000 médicos tenían empleo y los restantes 66,000 se encontraban sin empleo” (Ochoa, 2017).

Este trabajo fue de ayuda porque ayudo a mostrar como un país Latinoamericano como es México cuenta con fortalezas, pero también con debilidades dentro de su sistema, así como la necesidad de un incremento del gasto público en salud al igual que en nuestro país ya que la inversión del PBI de ambos países es inferior a los de otros países como Estados Unidos. Para así poder contar con la infraestructura, personal médico y equipos necesarios para poder brindar un buen servicio y satisfacer las necesidades de salud de la población.

Parra Vera (2013) acerca del Derecho a la salud en la constitución, la jurisprudencia en Colombia describe cuales son las obligaciones del Estado en

materia de Salud. Dentro de estas obligaciones se tiene la Obligación de respeto, protección y cumplimiento dentro expone que:

“Son obligaciones que visibilizan la obligación que sustantivamente debe desarrollar el Estado como obligado principal en torno al derecho a la salud. En efecto, esta clasificación permite delimitar la conducta estatal, de tal forma que su proceder se concentre en una abstención, en la intervención sobre la conducta de terceros y en la asunción directa del compromiso de realizar el derecho. El respeto se dirige hacia la libertad de acción y el uso de los recursos propios de cada individuo o colectividad. Por ejemplo, el Estado debe abstenerse de adoptar políticas discriminatorias que impidan o limiten el acceso de ciertas personas a los elementos esenciales del derecho a la salud. El Estado debe vigilar y controlar la actividad de los particulares encargados de la prestación de servicios de salud, así como de particulares cuya actividad genere efectos perjudiciales para la realización del derecho a la salud” (p.51).

El análisis de este trabajo fue de ayuda debido a que, a lo largo de este se precisa que “actualmente el Estado es el ineludible obligado principal ante el derecho a la salud. Se sabe que el derecho a la salud es un derecho social que demanda de un servicio público correctamente instituido que lo haga posible. Indisputablemente, es necesaria una buena infraestructura para desenvolver las actividades de desarrollo, prevención y cuidado en salud. Si existe carencia de estos, los demás obligados frente a la salud como por ejemplo las personas como las familias no podrían ocupar sus necesidades hacia la realización del derecho. Esto significaría que el Estado no interviene subsidiariamente en correlación a la acción de la familia o del individuo mismo, como en correspondencia al papel de la familia o de la persona, como acontece con otros derechos sociales como el de

alimentación en donde una parte de la diligencia estatal nace ante la insolvencia del individuo o de la familia para abastecer su propio sostén” (Vera, 2013).

Igualmente muestra que “el derecho a la salud es un derecho fundamental reconocido por la Corte Constitucional de Colombia, también lo distingue como un servicio público que genera derechos prestacionales y que este difiere a la ley tener que regular el derecho al sistema de salud. Esta regulación parte desde la organización el estado para responder a las necesidades y demanda de este servicio por parte de comunidad. La prestación de este derecho requiere de un desarrollo político, legislativo, económico y técnico para poder cubrir las necesidades ante este ámbito” (Vera, 2013).

Macereira (2007) en su trabajo “Reforma del Sector Salud: Un análisis sistematizado de modelos y experiencias clave en América Latina y Europa”, da a conocer las peculiaridades de las reformas realizadas a los sistemas de salud en los países en desarrollo durante la década de los noventa, las mismas que aún son objeto de polémicas y discusiones considerando resultados dispares obtenidos. El autor señala que, “esta discusión renueva el reto de diseñar e implementar medidas que accedan a poder aumentar la eficiencia asignativa y la equidad en salud, con el propósito de favorecer una mayor conexión social, optimizando las oportunidades a que la población, libremente de su nivel de ingreso, Dentro de su investigación deja en claro que la organización de un sistema de salud busca proporcionar a la población un oportuno, imparcial acceso a sus servicios de salud. Estos sistemas tienen ciertas particularidades, que demandan de la colaboración del Estado para poder resolverlas, y resguardan un amplio espectro de intervenciones. Esto se desarrolla desde el esclarecimiento de un marco regulatorio para garantizar la eficacia de las prestaciones ocurridas dentro del

sector salud, hasta la prestación directa de servicios en instituciones propias, pasando por la estandarización de paquetes sanitarios y el financiamiento de acciones o insumos generados por terceros” (Macereira, 2007),

El análisis de este trabajo fue de ayuda porque logra detallar como es que los sistemas segmentados en Latinoamérica se distinguen por sus grandes fallas de coordinación entre subsistemas. Se distingue también que en Ministerio de Salud cuenta con presupuestos muy limitados otorgados por el estado, baja eficacia en la provisión de sus servicios.

Roco Pérez et al. (2002) en la investigación titulada *La Salud Pública en América Latina y El Caribe*, analizan y describen la situación de salud en América Latina, señalando que: “las características de la Salud Pública, su progreso y los acontecimientos vividos dentro de esta, cuenta con fuentes teóricas, la manera en que se desarrollan, y muchos de los problemas que afrontan. Se mencionan las particularidades esenciales de Chile, Colombia, Venezuela, México y se especifica el modelo cubano. Se ejecuta una reflexión conclusiva en relación al contexto precario prevaleciente y se analiza su contexto político” (Roco Pérez et al., 2002).

Los autores hacen denotar que prevalece un escenario de contradictoria. Donde “las políticas aplicadas de privatización, descentralización y focalización han existido como una continuación de las políticas globales de ajuste predominantes en las áreas económicas y sociales y que han sido origen de la exacerbación de las iniquidades sociales en acuerdos de libre comercio, apreciadas a su vez como las más pronunciadas en el mundo. Se menciona que: la privatización dejará sin expectativas de atención a los más pobres, la descentralización sin la presencia de un Estado central con disposición política de

corregir desigualdades, dejará a los pobres a su propia suerte; y los intentos de focalización significarán un regreso a las viejas experiencias de la beneficencia que en los hechos representa dar un poquito a muy pocos” (Roco Pérez et al., 2002).

Consideran que: “este escenario no es diferente en los países de Latinoamérica, donde igualmente su situación económica no ayuda significativamente en sus indicadores frecuentes de salud ya que se enfoca solo a tratar de curar enfermos, ofrece básicamente ayuda médica, el estado se destaca por los pocos recursos detonados al área de salud y como esto trae como consecuencia la carencia de recursos humanos y de acceso a servicios de la población. El estado debe entender que los problemas de salud no se resuelven con asistencia médica. Con respecto a esto, el Estado no puede desentenderse de esta definitiva obligación constitucional. El Ministerio de Salud debe ser el eje del sistema, reconocido por la aplicación de las políticas estatales, orientando sus actividades, alertando las tendencias epidemiológicas, regularizando la atención de los eventos catastróficos y articulando acciones en la formación de los recursos humanos, con las calidades imprescindibles, en la cantidad y distribución apropiadas” (Roco Pérez et al., 2002).

2.2. BASES EPISTEMOLÓGICAS

De acuerdo a lo señalado por el Doctor Leonel Pereznieta Castro citado en el Blog de la Universidad UTEL “El Derecho es el conjunto de normas que imponen deberes y que confieren facultades que establecen las bases de convivencia social y cuyo fin es dotar a todos los miembros de la sociedad de los mínimos de seguridad, certeza, igualdad, libertad y justicia” (UTEL, 2013).

También agrega que: “Esta actividad tiene como fin primordial y razón de ser la seguridad jurídica, que es la garantía dada al individuo de asegurar a su persona, sus bienes y derechos, para que no sean objeto de ataques violentos y en el caso de que se produzcan, la sociedad les dé protección y reparación. La justicia, otro fin de esta actividad jurídica, es dar a cada quien lo que le corresponde; la aplicación de esta exige que, situaciones similares sean tratadas de igual forma; esta función correctiva del derecho, es comandada por un Juez. Ulpiano, jurista romano, definió a la justicia como la constante y perpetua voluntad de dar a cada uno lo suyo. Otro de los propósitos de esta actividad es el bien común, que es el conjunto de condiciones, valores, bienes y experiencias que contribuyen al progreso de la comunidad y del bien material, moral e intelectual de los individuos, para tener de manera más fácil e íntegra la perfección en el mantenimiento y desenvolvimiento de la vida en sociedad” (UTEL, 2013).

Asimismo, es importante para la presente investigación considerar a otro principio fundamental del derecho es de la seguridad jurídica la misma que de acuerdo a Rivera (2018) “tiene como principio fundamental la idea de predictibilidad, es decir, que cada uno conozca de antemano las consecuencias jurídicas en sus relaciones con el Estado y los particulares. La seguridad jurídica supone la expectativa razonablemente fundada del ciudadano sobre cuál debe ser la actuación del poder en aplicación del derecho” (Rivera Cervantes, 2018). Asimismo, respecto a la seguridad jurídica agrega que “La seguridad jurídica en el Estado de derecho es una garantía dada al individuo de que su persona, sus bienes y sus derechos no serán objeto de ataques violentos, o que, si estos llegan a producirse, le serán asegurados por la sociedad, protección y reparación” (Rivera Cervantes, 2018).

En tal sentido, si el estado a través del derecho debe otorgar a los ciudadanos peruanos un mínimo de seguridad, certeza, igualdad, libertad y justicia, o sea debe de

proveerles una seguridad jurídica en las relaciones jurídicas que desarrollará, aspecto este que no se ha observado durante esta etapa de pandemia por el Covid 19 que venimos atravesando porque se ha notado una incapacidad gubernamental por parte de los gobernantes, más en el ámbito de la salud a causa de una deficiente e incipiente política sanitaria que ha cobrado muchas vidas de los ciudadanos peruanos y a otros muchos que han sido afectados por este virus y que han podido superarlos pero han quedado con secuelas gravísimas que limitan su salud, en consecuencia se ha observado una clara vulneración del derecho a la salud de los peruanos.

2.3. BASES TEÓRICAS

2.3.1. Marco jurídico

2.3.1.1. La Salud en el derecho internacional

De acuerdo a lo señalado por Díaz (2010) se tiene que “las primeras declaraciones de derechos del hombre del siglo XVIII poseían como destino el estado o nación que las originaba esto como resultado de las revoluciones francesas e inglesas y formaban, en su mayoría logros políticos procedentes de luchas internas o emancipaciones. Posteriormente en el Siglo XX durante tramo de la segunda posguerra, estas declaraciones se tornan comunes para los cincuenta y ocho Estados miembros de las Naciones Unidas, que en ese entonces la conformaban. Estos sucesos marcan un hito que favoreció a la creación de otras organizaciones estatales y cívicas de índole internacional que de acuerdo a las finalidades por las que luchan y sus diversas causas, comprendiendo entre ellas los Derechos económicos, sociales y culturales” (Díaz Ricardo, 2010).

Del mismo el autor agrega que: “es a partir del Siglo XX, que la salud inicia el desarrollo de su reconocimiento y disposición como derecho humano fundamental en el marco internacional. Todo eso logrado gracias a la conformación de organizaciones de estados mundiales o continentales para expresar su compromiso ante los derechos del hombre. A finales de la Segunda Guerra Mundial, la presencia de un ordenamiento jurídico internacional se fortalece como representación del consenso de naciones y el carácter sumamente necesario del diálogo para la convivencia pacífica de las sociedades contemporáneas de esa época y para generaciones futuras, y para la solución de sus naturales y habituales problemas jurídicos, políticos, morales y económicos” (Díaz Ricardo, 2010).

Finalmente, Díaz (2010) señala que, “en cuanto a las principales organizaciones que desarrollaron las cartas o constituciones internacionales más destacadas e influyentes que incluso predominan en la actualidad, en materia de protección del derecho a la salud como derecho humano fundamental mundial” (Díaz Ricardo, 2010).

2.3.1.1.1. La ONU

La ONU es el pilar de un sistema integrado por organismos especializados y órganos propios. En cuanto al derecho a la salud para la ONU es un elemento fundamental de la identidad del individuo, igualmente es el elemento principal de máxima prioridad. Afirman al mismo tiempo que toda persona debe tener acceso a los diferentes servicios de salud que necesite, sin tener que hacer frente a problemas financieros porque nadie debería enfermar o morir solo por ser pobre.

2.3.1.1.2. La Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas

Según Díaz (2010), “la Declaración Universal de Derechos Humanos se aprobó un 10 de diciembre del año 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Dentro de esta, en su artículo 256 se identifica a la salud como un derecho humano fundamental. En su definición se observa que se distingue la salud como un componente de un nivel de calidad de vida para cualquier ser humano. Esta declaración vincula el derecho a la salud como impulso de la noción de dignidad humana” (Díaz Ricardo, 2010).

2.3.1.1.3. El Pacto Internacional de Derechos sociales, económicos y culturales, de las Naciones Unidas

Se señala que este organismo, “fue creado por parte de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 16 de diciembre del año 1966 y su entrada en vigencia fue desde el 3 de enero de 1976. Establece en su artículo 128 la importancia del concepto salud, desde un enfoque muy amplio e integral. Las naciones Unidas crearon un comité institucional que se responsabiliza del cumplimiento del pacto por todos los estados adheridos, dentro declaran además “Los Estados partes en el presente Pacto, Considerando que, conforme a los principios enunciados en la Carta de las Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad inherente a todos los miembros de la familia” Se distingue como un elemento común a la legislación internacional que se relaciona al derecho a la salud con el concepto de

dignidad y bienestar humano, y estos se establecen como los sustanciales argumentos de su existencia como derecho autónomo e individual” (Díaz Ricardo, 2010).

2.3.1.1.4. La Organización de Estados Americanos

De acuerdo a lo señalado por Díaz (2010), “en el artículo 3° de la Carta de la OEA se adjudica como principios esenciales de la Organización, que la eliminación de la *pobreza crítica* es una parte esencial del afianzamiento y la promoción de la democracia, que la justicia y la seguridad social son las bases para tener una paz duradera, que es necesario la consideración y disfrute de los derechos fundamentales de la persona humana. En cuanto la pandemia se encuentra la resolución 4/2020 titulada Derechos Humanos de las Personas con Covid 19. En la parte considerativa estipula que: *Considerando que toda persona con Covid 19 tiene derecho a la salud integral con el mejor cuidado y tratamiento posible, y que los Estados asumen una posición especial de garante con respecto a las personas que requieran atención de salud y se encuentran bajo el control de instituciones públicas de salud y cuidado.* Destaca además que todos los Estados deben adoptar todas las medidas precisas con el propósito de garantizar la atención apropiada y oportuna de la salud y de la protección de las personas, específicamente para aquellas en situación de vulnerabilidad, y que toda degradación a los derechos humanos atribuibles al ejercicio u omisión de cualquier autoridad pública compromete la responsabilidad internacional de los Estados” (Díaz Ricardo, 2010).

2.3.1.1.5. Carta de la Organización de Estados Americanos relativas a los derechos humanos

Esta carta se realiza de acuerdo con la Resolución IX de la Conferencia sobre “Problemas de la Guerra por los Estados de América, emparejados en la Ciudad de México, y Resueltos a perseverar en la noble empresa que la Humanidad ha confiado a las Naciones Unidas, cuyos principios y propósitos reafirman solemnemente; Convencidos de que la organización jurídica es una condición necesaria para la seguridad y la paz, fundadas en el orden moral y en la justicia”.

Este documento desarrolla de forma rotunda la obligación de regular la seguridad social, de igual manera atribuye su salvaguarda a órganos específicos de la organización.

2.3.1.1.6. La Organización Mundial de la Salud

Referente a la OMS, Díaz (2010) precisa que, “en el año 1892 en Europa se estableció la primera convención Sanitaria Internacional como primer antecedente de instrumento al derecho a la salud, condicionada a combatir y controlar el cólera. La Organización Mundial de la Salud se constituyó en el año 1946 en la ciudad de Nueva York por aprobación de la Conferencia Sanitaria Internacional, actualmente tiene presencia en todo el orbe y desde su constitución ha protegido la presencia de un derecho humano a la salud, con una de las definiciones más innovadoras de la salud que hasta el momento se haya constituido” (Díaz Ricardo, 2010).

La OMS dicta en su constitución del año 1946 que “El derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr”, esta declaración del derecho a la salud se ratificó en Alma Ata en el año 1978 y en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea de la Salud en el año 1998. El derecho a la salud implica, en la práctica, que se deben poner a su disposición una serie de normas, leyes, instituciones y un entorno propicio, de modo que se certifique de la mejor manera su beneficio por parte de cada individuo y su comunidad. El derecho a la salud es, de la misma manera, un derecho inclusivo, esto significa que no sólo abarca el cuidado de la salud de los individuos apropiada y oportuna, sino también los trascendentales determinantes de la salud, como es el acceso al agua potable y limpia, a también ambientes sanitarios adecuados, al acceso de alimentos sanos, una vivienda adecuada, a una buena nutrición adecuada, condiciones saludables en el trabajo y un buen medio ambiente; acceso a la educación e información sobre cuestiones de salud actuales, incluida la información sobre salud sexual y reproductiva, todo esto brindado por el estado.

2.3.1.2. El derecho a la salud en Latinoamérica

Ahora que sabemos que el derecho a la salud es un derecho fundamental que goza de un reconocimiento jurídico internacional. En cuanto a Latinoamérica se puede presentar casos de diferentes países, como, por ejemplo:

2.3.1.2.1. Derecho a la salud en Argentina

A nivel jurídico y constitucional, la Constitución de 1994 en Argentina consolidó el derecho a la salud en su artículo 42 con una

perspectiva solamente consumista de bienes y servicios. Pero es hasta la Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que dictamina: “un marco interesante significativo de la noción de la salud. Aunque aún seguía existiendo entonces en el país la falta de decisión política referente a su efectivo cumplimiento. Casi una década después se llevó a cabo la promulgación de la Ley Básica de Salud, pero a pesar de la existencia de esta aún se registra una tendencia al cobro de aranceles en los efectores estatales de salud, aparentemente indirectos, que en conclusión reflejan barreras al acceso a la salud. Si bien es una ley nacional que promueve garantizar la gratuidad de la atención de la salud, lamentablemente sus efectos son pocos casi nulos” (Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 1999).

2.3.1.2.2. Derecho a la salud en Bolivia

El derecho a la salud en Bolivia está estipulado en la Constitución Política del Estado además de otras disposiciones fundamentales, se encuentran también el Código Nacional de Salud, el código de Familia, el Código de Seguridad Social, el Código de Familia, el Código del Niño, Niña y Adolescente, La Ley del Seguro Universal Materno Infantil, y en otras disposiciones ligadas como la Ley de Descentralización Administrativa la Ley de Participación Popular, la Ley del Diálogo 2000 y la ley del medio ambiente.

Se puede mencionar también la Constitución Política del Estado del año 1938, la cual reconoce “la obligación del Estado de proteger la salud de toda la población. Se confieren además al Estado el poder regular el Seguro

obligatorio de la fuerza de trabajo, así como la protección de la salud y la vida de los trabajadores, la defensa de la salud física, mental y moral de la familia” (Presidencia de la República de Bolivia, 1938).

Encontramos también en su artículo 124° que “el Estado debe establecer medidas protectoras a favor de la salud y de la vida de las personas, empleados y trabajadores campesinos; asimismo velar porque estos tengan viviendas salubres, promover la edificación de casas baratas, velar igualmente por la educación técnica de los trabajadores manuales. Las autoridades tienen que controlar todas las condiciones de seguridad y salubridad públicas dentro de las que deberán ejercer las profesiones o los oficios, así como las labores en el campo y las minas” (Presidencia de la República de Bolivia, 1938).

Revisando el artículo 134° se encuentra también que “uno de los deberes primordiales del estado es la defensa de la salud física, mental y moral de la infancia. El Estado defiende los derechos del niño al hogar; la educación y a la amplia asistencia cuando se halla en situación de abandono, de enfermedad o de desgracia” (Presidencia de la República de Bolivia, 1938)

El Decreto Ley N° 15629 del 18 de julio del año 1978, aprueba el Código de Salud. En la cual se establece “la regulación jurídica de las acciones para la conservación y cuidado de la salud de la población a través del control del comportamiento humano y de ciertas prestezas, con el único objetivo de tener resultados favorables en el cuidado integral de la salud de los habitantes de la República de Bolivia. En ella además definen la salud

como un bien de interés público, del cual el Estado tiene la obligación de velar en su totalidad” (Presidencia de la República de Bolivia, 1978).

2.3.1.2.3. Derecho a la salud en Colombia

El derecho a la salud en el país de Colombia está protegido por el Estado con base en la Constitución que es considerada una norma superior. Este derecho se encuentra también estipulado en su artículo 93°, dentro narra que “los tratados y los convenios internacionales realizados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno” (Corte Constitucional, 2015).

Colombia se encuentra suscrita a diversas normas internacionales relacionadas con el derecho a la salud, entre ellas se tiene la Declaración Universal de los Derechos Humanos, Sociales y Culturales mediante la Ley N° 74 de 1968, el Pacto Internacional de Derechos Económicos; la Convención Internacional contra absolutamente todas las formas de discriminación racial a través de la Ley N° 22 de 1981; la Convención sobre los Derechos de los Niños mediante la Ley N° 12 de 1991; el Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo acerca de la protección de pueblos indígenas y tribales, mediante la Ley N° 21 de 1991 y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos sociales y culturales.

En cuanto a la base jurídica hacia en el plano nacional se tienen las normas constitucionales referidas al tema de salud y seguridad social como son los artículos 48°, 49° y 50°, entre las principales. Asimismo, se cuenta

con la Ley N° 100 del año 1993 y normas que la reglamentan, y la jurisprudencia de la Corte Constitucional en componente del derecho a la salud. En la Constitución Política de 1991 se dictaminó que “la salud y la seguridad social son servicios públicos regulados por el Estado, que además pueden ser prestados por actores públicos o privados. En su artículo 49°, se establece el derecho a la atención en salud para todas las personas, y que la asistencia de estos servicios debe hacerse conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad” (Corte Constitucional, 2015).

2.3.1.2.4. Derecho a la salud en México

México está suscrito al Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales que bajo el lineamiento del artículo 133 constitucional, entrando en vigor el 23 de junio del año 1981. En el marco nacional mexicano existen ordenamientos legales en cuanto al Derecho a la Salud se puede mencionar entre estas la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo 4° que establece que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”. Después se cuenta también con la Ley General de Salud en el cual podemos encontrar “el derecho a la protección de la salud, así como también, el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan las necesidades de la población. Menciona, además, que los servicios públicos de salud deben ser prestados bajo los criterios de universalidad y gratuidad. Asegura también que el Sistema Nacional de Salud deberá prestar servicios a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, dando prioridad a las acciones preventivas” (Presidencia de la República de México, 1984).

2.3.1.2.5. Derecho a la salud en Chile

En cuanto al marco jurídico del derecho a la salud en el país vecino se sabe que cuentan con la Constitución de 1980, la cual fue impuesta por la dictadura militar. En su artículo 19° estipula que se “asegura a todas las personas el derecho a la protección a la salud”. El Estado está obligado a proteger el acceso libre e igualitario a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Dentro de las acciones que le corresponde cumplir al estado se encuentra la coordinación y el control de las acciones relacionadas con la salud, Es deber del Estado también el tener que garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se proporcionen a través de instituciones privadas o públicas, en las condiciones que determine la ley.

Así mismo cada persona tiene el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea este estatal o privado según establece el artículo 12° del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, del cual Chile es parte, se puede citar dentro de este que “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, y para asegurar la efectividad de ese derecho, ordena en el mismo artículo 12° literal del cual hace mención de “La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”. Se debe tener presente también que la Constitución consagra una juicio instrumental del Estado, asignándole a éste un fin definido, disponiéndole también en su articulado 1° inciso 4° que “ El Estado está al servicio de la persona humana y su finalidad es promover el bien común, por lo cual debe contribuir a crear

las condiciones sociales que permitan a todos y a cada uno de los integrantes de la comunidad nacional su mayor realización espiritual y material posible, con pleno respeto a los derechos y garantías que esta Constitución establece” (Cámara de Diputadas y Diputados de Chile, 2005). Dentro de esta constitución en el artículo 5° acuerda “que es obligación de todos los órganos del Estado respetar y promover los derechos garantizados por esta, así como por los tratados internacionales ratificados por Chile, que se encuentren vigentes” (Cámara de Diputadas y Diputados de Chile, 2005).

2.3.1.2.6. Derecho a la salud en el Perú

En nuestro país el derecho a la salud es conocido como un derecho universal de segunda generación clasificado en el conjunto de los derechos sociales, económicos sociales y culturales de la humanidad. Asimismo, en nuestro país surge su carácter programático, es decir, semejante a un derecho fundamental que es deber del estado satisfacer.

En la actual Constitución Política de 1993, el derecho a la salud está ubicado en el capítulo de derechos económicos y sociales. En el campo de salud pública, la Constitución vigente, aún no ha adoptado una forma adecuada a las definiciones acordadas por el Estado peruano con relación a los pactos firmados y eliminó el concepto de integralidad. Por otro lado, se tiene el Código Procesal Constitucional, que en su artículo 37°, inciso 24, adjunta a la salud como derecho protegido por el proceso de amparo, equiparándolo a los derechos de las personas contenidos en el artículo 2° de la Carta Magna peruano; aunque podría afirmarse, también que ya se encontraba implícitamente regulado en su artículo 3°, a pesar de que no

obligatoriamente fuera ese un criterio aceptado en el mundo jurídico y respetado por todos los actores del sistema de salud.

La Constitución Política del Perú, en su artículo 7° dice: “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad” (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2016). El concepto de protección se ha entendido solo como obligaciones de salud pública y no de salud individual, reduciendo el campo de la protección a la prevención y promoción de la salud, buscando vincular la atención de la salud individual al mercado. Esto implica un grave retroceso en materia de las obligaciones del Estado, Sin embargo, en la parte declarativa de acuerdos políticos los movimientos políticos, empresariales y sociales, representados en el Acuerdo Nacional de Gobernabilidad, por consenso en la Decimotercera Política de Estado, se comprometieron a lograr: “el acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social”. Otro aspecto a destacar del nivel de incumplimiento del Estado, es no generar una legislación protectora de los derechos de las personas en los servicios de salud, si bien la Ley General de Salud N° 26842 consagra un conjunto de derechos, éstos no tienen fuerza vinculante y se permite su vulneración. En este plano se ha promovido, desde la Coalición por los Derechos Humanos en Salud, una iniciativa legislativa denominada “Derechos y obligaciones de las personas usuarias de los servicios de salud”, que con el respaldo de más de 100 mil ciudadanos ha ingresado para

debate al Congreso de la República. Esta propuesta normativa tiene como objetivo aplicar los estándares internacionales de derechos humanos a la normativa nacional.

2.3.2. Vulneración al derecho a la salud en tiempos de pandemia

El papel del estado ante la época de pandemia fue de vital importancia, pero esta solo pudo dejar un decepcionante resultado provocado por su ineficacia y acciones tardías, escenarios como los de personas haciendo largas colas para poder conseguir aire medicinal, otras personas fuera de un hospital esperando ser atendidos, hemos sido testigos de todos estos acontecimientos, lamentablemente hasta el día de hoy no se encuentra una posible salida. Una de las principales deficiencias que vulneraron el derecho a la salud de muchos peruanos es la baja calidad de atención médica.

2.3.2.1. Baja calidad de atención médica

Para entender mejor este tema, es imperiosamente necesario esclarecer que es la atención médica, por su lado, Donabedian (1980) detalla que se conoce como atención médica a "Aquel tipo de cuidado en el cual se espera ampliar un determinado beneficio del paciente, luego de haber hecho un balance de las ganancias y pérdidas implicadas en todas las partes del proceso de atención"

La Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos en 1990, propone una definición de calidad de atención médica, en la cual determinan que "La calidad de atención medica es aquel grado en el cual

los servicios de salud incrementan la posibilidad de obtener resultados deseados en salud y consistentes con el conocimiento profesional médico".

La mala calidad de los servicios de salud es un problema existente desde hace muchos años en el Perú, en un estudio sobre la calidad de salud realizado por la OMS posiciono a nuestro país en el puesto 129 de 190 países, esta posición se debió a los problemas de los sistemas administrativos, problemas con el personal, mala infraestructura y falta de insumos.

Dada la creciente demanda de servicios de salud debido al Covid 19, la calidad se convierte en una pieza clave para poder proveer a la población peruana de buena salud, teniendo especial atención hacia las personas mayores de edad y a los pacientes que presentan diferentes síntomas de esta terrible enfermedad causada por el coronavirus, así mismo se requiere de equipos médicos y tratamientos especiales. Pero todos estos implementos que son muy requeridos en estos tiempos de pandemia se ven en escases. Muchos hospitales quedaron a tope, sin camas UCI, las personas tenían que viajar y hacer largas colas para poder comprar oxígeno medicinal para sus familiares.

Evidenciando lo antes mencionado, el diario Perú 21, el 27 de marzo de 2021 publicó en su página web una nota periodística donde informó que el personal médico de un hospital en Ica llamado Félix Torrealva se negó a atender un paciente de 53 años infectado con el virus del Covid 19, argumentando que no contaban con la capacitación para tratar esta enfermedad además de no contar con un equipamiento que se necesitaba para poder atender al paciente. El siguiente día se informó que

se iniciaron protestas por parte de los médicos del hospital Honorio Delgado en Arequipa debido a la falta de equipos médicos esenciales para la lucha en contra del Covid 19, implementos necesarios como mascarillas, protectores faciales y mandiles, estando forzados a atender en esas condiciones a los pacientes que padecen de Covid 19 con la consecuente puesta en riesgo de su salud.

La falta de equipamiento médico para lidiar con la actual pandemia ha sido justamente uno de los muchos reclamos del Colegio Médico al gobierno peruano. Este hecho que, para el 11 de abril, ya existieran un total de 183 galenos infectados con el Covid 19, según menciono el Colegio Médico a través de una nota informativa publicada en su página web.

Episodios como este se hicieron más frecuentes con el transcurso del tiempo, esta enfermedad seguía extendiéndose por el Perú y cada día aumentaban el número de infectados.

Debido a esto por un lado estaban los casos en los que los médicos se veían obligados a prestar atención a pacientes que sufren los síntomas del Covid 19 sin contar con el equipamiento adecuado, lo que pone al personal médico en una alta exposición a un riesgo de contagio que podría terminar de manera fatal.

Por otra parte, acontece que existe gran cantidad de pacientes que padecen con los síntomas del coronavirus ve obstaculizada su atención cuando esta debe ser facilitada de manera urgente, algo que no se da en nuestro país ya que encontramos a muchos peruanos a través de diferentes

medios de comunicación quejándose por demoras en la realización de pruebas de detección como también de la dificultad de hospitalizarse si se presentan síntomas graves. En ambos contextos, la afectación al derecho de los peruanos es evidente. En tal sentido, la tutela procesal que debe brindárseles ha de ser una que, en el caso particular de los médicos, les permita abstenerse de prestar su obligación de brindar tratamiento en aquellos supuestos en los que no cuenten con los equipamientos médicos necesarios para hacer frente a un caso de Covid 19, o que su labor sea redirigida a otras áreas donde no tengan contacto con dicha enfermedad, especialmente de aquellos galenos que presentan determinadas condiciones de riesgo; mientras que, en el de los pacientes, les garantice el acceso a una atención médica adecuada y rápida.

2.3.2.2. Negativa a la accesibilidad a una vacuna por entes privados

El poder tener un acceso a una vacuna para combatir el C19 ha sido principal tarea de muchos países, pero en el transcurso de la adquisición de las mismas se ha evidenciado la ya conocida corrupción de nuestro país. Truncando así el objetivo de detener el avance de la pandemia. Especialistas advierten que, si el Gobierno no prioriza el acceso gratuito a las vacunas, podrían fracasar las estrategias de lucha contra el nuevo coronavirus. Pero algo que ayudaría a esta inmunización sería permitir que entes privados puedan vender estas vacunas, si bien es cierto algunos especialistas dicen que el precio podría no estar al alcance de todos, pero si damos una perspectiva sobre cuánto gasta una familia cuando uno de los miembros padece esta enfermedad el precio de la vacuna comparada con

el gasto de comprar un oxígeno medicinal, el precio de mantener a un paciente en un hospital con una cama UCI pues lo que se gastaría por una vacuna sería mucho menos.

2.3.3. Políticas sanitarias

2.3.3.1. Definición

Según Capdevila (2020) el concepto de las políticas sanitarias, “es muy importante y muy amplio y que sienta las bases de todas las actuaciones sanitarias que se llevan a cabo en un país, en una región o en el mundo entero. De una forma sencilla, podríamos definir las políticas sanitarias como todo el conjunto de medidas que se planifican y se llevan a cabo y que van encaminadas a prevenir la enfermedad y a mejorar la salud de una población” (Capdevila, 2020).

2.3.3.2. Niveles de actuación de las políticas sanitarias

Las políticas sanitarias pueden establecerse en los siguientes niveles:

- “A *nivel mundial*: De estas políticas se encarga la OMS, la Organización Mundial de la Salud (WHO en inglés, que son las siglas de World Health Organization), puesto que en este caso la población (es decir, la población a quien van dirigidas estas políticas) serían todos los países del mundo” (Capdevila, 2020).
- “A *nivel estatal*: En este caso, de estas políticas se encargan los gobiernos de cada país, de cada estado. En nuestro caso sería el

gobierno de Perú a través del Ministerio de Salud. En este nivel, las políticas afectarían a todos los peruanos” (Capdevila, 2020).

- “A *nivel autonómico o regional*: En el caso de Perú, por ejemplo, también los gobiernos con cierta autonomía como los Gobiernos Regionales, pueden tener sus propias políticas sanitarias y estas irán dirigidas a la población de dicha autonomía región” (Capdevila, 2020).

2.3.3.3. Fuentes para las decisiones en las políticas sanitarias

Los gobernantes de cada nación son los que estableces las políticas sanitarias, para lo cual requieren de información cuyas fuentes de forma prioritaria son:

- “Del mismo sistema sanitario del país o de la comunidad. Es decir, se analiza lo que funciona y lo que no en el sistema y se van adecuando las decisiones según los resultados que se van obteniendo. Pongamos un ejemplo: si resulta que en una comunidad determinada hay una lista de espera de un año y medio para un tipo determinado de intervención (por ejemplo para las operaciones de prótesis de rodilla), el objetivo podría ser disminuir estas listas a 6 meses a través de decisiones como aumentar la plantilla de cirujanos y de personal de quirófano o abrir los quirófanos por las tardes para poder realizar más operaciones de este tipo y poder disminuir por lo tanto estas listas de espera en esa región determinada” (Capdevila, 2020).

- “De la información que proporciona el Instituto Nacional de Estadística e Informática, el Ministerio de Salud o las demás organizaciones públicas y privadas relacionadas con el ámbito sanitario. A través de las estadísticas y los informes que puedan dar estas organizaciones también los políticos obtienen mucha información para tomar decisiones determinadas en materia de sanidad” (Capdevila, 2020).
- “De todo tipo de publicaciones científicas y sanitarias que se publican en revistas y libros especializados. Si un estudio científico concluye por ejemplo, que hay una relación directa entre fumar y el cáncer de pulmón (obviamente deben ser estudios serios y que puedan ser validados publicados en publicaciones científicas), una política sanitaria podría ser disminuir el consumo de tabaco en la población a través de distintas actuaciones como por ejemplo aumentar los impuestos sobre el tabaco, hacer campañas publicitarias de información y concienciación de la relación que hay entre tabaco y cáncer de pulmón, prohibir la venta de tabaco a menores de 18 años, restringir la venta de tabaco a establecimientos especializados, etc.” (Capdevila, 2020).

2.4. MARCO CONCEPTUAL

Vulneración al derecho

Cuando se habla de vulneración concierne a la transgresión de los derechos establecidos, cualquier vulneración al derecho es considerada grave, por lo cual es

necesario realizar todas las acciones para poder solucionar y a la vez prevenir que estos hechos vuelvan a suceder.

Vulneración al derecho a la salud

“El derecho a la salud, abarca el derecho a poder acceder a atención médica, derecho a la información y la prohibición de la discriminación ante la prestación de servicios médicos. Cualquier persona sin importar su condición, origen étnico, nacionalidad, situación socioeconómica tienen derecho a poder acceder al cuidado de su salud, así como a las medidas de prevención, atención médica adecuada y oportuna contra el coronavirus” (Defensoría del Pueblo de Colombia, 2013).

Políticas sanitarias

“Es muy importante y muy amplio y que sienta las bases de todas las actuaciones sanitarias que se llevan a cabo en un país, en una región o en el mundo entero. De una forma sencilla, podríamos definir las políticas sanitarias como todo el conjunto de medidas que se planifican y se llevan a cabo y que van encaminadas a prevenir la enfermedad y a mejorar la salud de una población” (Capdevila, 2020).

Calidad de la atención médica

“Es otorgar atención oportuna al usuario, conforme los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución” (González Medécigo & Gallardo Díaz, 2012).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS GENERAL

Los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020 fueron la baja calidad de atención médica y la ineficaz política sanitaria del estado.

3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- a. La baja calidad de atención medica incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020.
- b. La ineficaz política sanitaria del estado incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020.

3.3. VARIABLES (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONALIZACIÓN)

3.3.1. Variable Independiente

Los factores socio-políticos. - los factores socio-políticos son aquellos aspectos, características, relaciones, que influyen (facilitan o afectan) la realización o desarrollo de un grupo social, de una sociedad en particular o de una nación.

V. INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES
X: LOS FACTORES SOCIO-POLÍTICOS	La baja calidad de atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico inexacto • Errores de medicación • Tratamiento inapropiado • Instalaciones inadecuadas • Prácticas clínicas inadecuadas o inseguras • Falta de capacitación de los prestadores
	La ineficaz política sanitaria del estado	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación de las políticas • Recursos del Sistema Sanitario • Acceso Universal a los servicios de salud y a la seguridad social • Estado eficiente y transparente en materia salud • Desarrollo sostenible y gestión sanitaria • Prevención de enfermedades • Mejora de la salud de la población

3.3.2. Variable Dependiente

El derecho a la salud.- “el derecho a la salud constituye un derecho fundamental de todos los seres humanos. El derecho a la salud otorga a las personas el derecho a acceder a los servicios de cuidado médico. Sin embargo, el derecho a la salud no significa el derecho a estar sano. El derecho a tener buena salud supondría que los países deberían asegurar una buena salud a todas las personas (obligación de resultado). Esta hipótesis es inconcebible en la medida en que una buena salud depende, principalmente, de factores biológicos y socioeconómicos que son independientes de la voluntad de los países o de las personas” (Humanium, 2018).

V. DEPENDIENTE	INDICADORES
<p>Y: EL DERECHO A LA SALUD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a los servicios de cuidado medico • Aseguramiento de una buena salud • Garantía del estado al disfrute de un buen estado de salud • El derecho a un sistema de protección de la salud • El derecho a la prevención y a tratamientos preventivos para luchar contra la propagación de enfermedades • El derecho al acceso a los medicamentos esenciales • El derecho al acceso a los servicios de salud apropiados • La educación y la concienciación sobre la salud

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

4.1.1. Métodos generales

El método general de la investigación utilizado fue el método científico. Según Tamayo, M (2012), “El método científico ayuda a los científicos a poder responder una pregunta de manera sistemática que ayuda a llegar a una conclusión verídica sobre cualquier caso” (p.30).

4.1.2. Métodos particulares de la investigación

Los métodos particulares que se utilizaron en el presente estudio son:

- El método analítico, debido a que facilitó a tener una mejor percepción, hacer una mejor localización de las partes más importantes del problema abordado, haciendo así que el desarrollo de esta investigación se dé con la mayor claridad posible. Hurtado León, I (2005) define el método analítico diciendo que “Es aquel que descompone la realidad y busca relaciones y características del problema los cuales son estudiadas por el científico o investigador. Muchas veces estudian sólo partes de la realidad para así poder obtener conclusiones claras acerca de lo que se quiso estudiar”.
- El método sintético, el cual ayudó en la sistematización de información, datos y en el procesamiento de datos de todas las informaciones revisadas a lo largo de la investigación así mismo permitió un correcto ordenamiento y la

clasificación de datos teniendo en cuenta de cómo se encuentra el problema investigado y factores económico y social.

4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

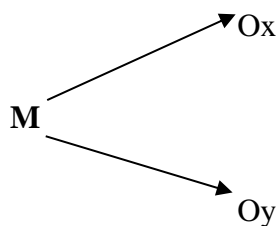
El tipo de investigación desarrollado fue la básica o teórica, donde se realizó un estudio de los fundamentos jurídicos, teóricos y doctrinarios de los *Factores socio-políticos (La baja calidad de atención médica y La ineficaz política sanitaria del estado)* y del *Derecho a la salud*, los mismos que fueron contrastados en el contexto social seleccionado con el objeto de explicar las anomalías sociojuridicas y plantear las soluciones pertinentes.

4.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de la investigación fue el **explicativo**, en el sentido que se realizó un análisis y explicación de cómo los *Factores socio-políticos (La baja calidad de atención médica y La ineficaz política sanitaria del estado)* influye en el *Derecho a la Salud* de los ciudadanos peruanos.

4.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño seguido en la investigación fue el No experimental transeccional, tal como se muestra en la siguiente representación gráfica:



Donde:

M = Muestra conformada por 198 ciudadanos mayores de 18 años que residen en el Distrito de Lima, de la Provincia y Departamento de Lima.

O = Observaciones de las variables a realizar de la muestra.

X = Observación de la variable: Factores socio-políticos.

Y = Observación de la variable: Derecho a la salud

4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA**4.5.1. Población**

Estuvo constituido por ciudadanos mayores de 18 años que residen en el Distrito de Lima, de la Provincia y Departamento de Lima, que de acuerdo al reporte del Jurado Nacional de Elecciones (2020) asciende a 310,694 ciudadanos.

4.5.2. Muestra

La muestra fue conformada por 198 ciudadanos mayores de 18 años que residen en el Distrito de Lima, de la Provincia y Departamento de Lima, de acuerdo al procedimiento para calcular el tamaño de la misma, conforme se describe a continuación:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{S^2 (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

n = **Tamaño de la muestra.**

N = **Población**

z = **Nivel de confianza (95%)**

p = **Probabilidad a favor (0.85)**

q = Probabilidad en contra (0.15)

s = Error de estimación (0.05)

REEMPLAZANDO:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.85) (0.15) (310694)}{(0.05)^2 (310694 - 1) + (1.96)^2 (0.85) (0.15)}$$

$$n = 198$$

4.5.3. Muestreo

El muestreo empleado en la investigación fue el probabilístico a través de la técnica Aleatorio Simple, por lo cual todos los elementos que conformaron la población tuvieron la misma posibilidad de ser escogidos para conformar la muestra de investigación.

4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A. Encuestas

Que permitieron recopilar información de los 198 ciudadanos mayores de 18 años que residen en el Distrito de Lima, de la Provincia y Departamento de Lima respecto a cómo los factores socio-políticos influye en el derecho a la salud, la misma que fue aplicada a través de un cuestionario de preguntas de tipo abiertas y cerradas referentes a los indicadores de las variables de investigación.

B. Análisis Documental

Que permitió analizar las diferentes fuentes escritas para realizar el análisis teórico, jurídico y doctrinario de las variables de investigación, tales como: libros, tratados, ensayos, códigos, revistas científicas, etc.

4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se empleó la estadística descriptiva mediante las distribuciones de frecuencia tales como: la frecuencia absoluta y la frecuencia relativa. Del mismo modo, para presentar los datos se utilizó los cuadros Estadísticos y gráficos de superficie como las circulares.

Para demostrar la asociación estadística entre las variables de investigación se aplicó el estadístico de contraste de χ^2 con un nivel de significación del 95% ($p < 0.05$)

4.8. ASPECTOS ÉTICOS DEL PLAN

Durante el desarrollo de la investigación se consideró y cumplió los siguientes aspectos éticos:

- Protección de la persona y de diferentes grupos étnicos y socio culturales
- Consentimiento informado y expreso
- Beneficencia y no maleficencia
- Protección al medio ambiente y el respeto de la biodiversidad
- Responsabilidad
- Veracidad” (Universidad Peruana Los Andes, 2019).

Así como todas las normas de la Universidad Peruana Los Andes que regulan el proceso de investigación con fines de obtención del Grado Académico de Doctor.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se muestra los resultados de la encuesta formulada a los 198 ciudadanos mayores de 18 años que residen en el Distrito de Lima, de la Provincia y Departamento de Lima respecto a cómo los factores socio-políticos influye en el derecho a la salud.

5.1.1. Primera Hipótesis Específica

“La baja calidad de atención medica incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020”.

Tabla 1 La baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud debido a un diagnóstico inexacto

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
	Muy de acuerdo	79	39,9	39,9	39,9
Válidos	De acuerdo	119	60,1	60,1	100,0
	Total	198	100,0	100,0	

Fuente: encuesta formulada entre el 13 al 17.09.2021

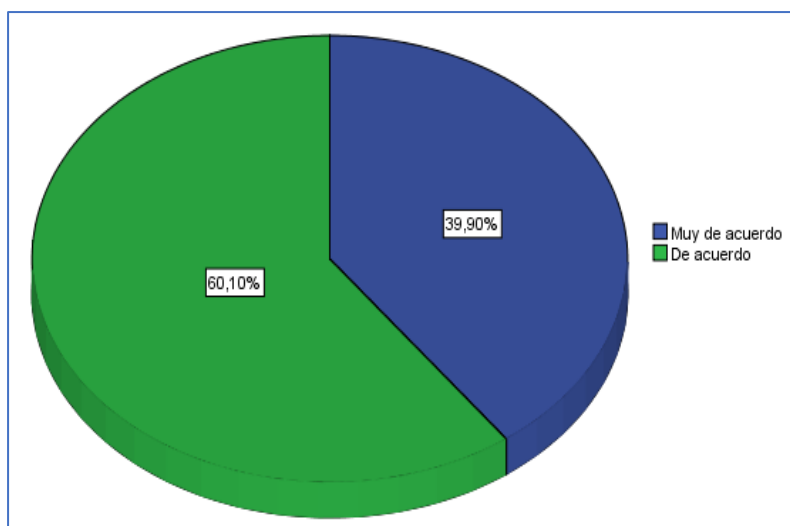


Figura 1 La baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud debido a un diagnóstico inexacto

Se ha formulado la siguiente pregunta: ¿Está de acuerdo Ud. en que la baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a un diagnóstico inexacto?, donde el 39.9% de los encuestados respondieron que están muy de acuerdo en que la baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a un diagnóstico inexacto y el 60.1% están de acuerdo.

Tabla 2. La baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud debido a los errores en la medicación

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Muy de acuerdo	75	37,9	37,9	37,9
Válidos De acuerdo	123	62,1	62,1	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fuente: encuesta formulada entre el 13 al 17.09.2021

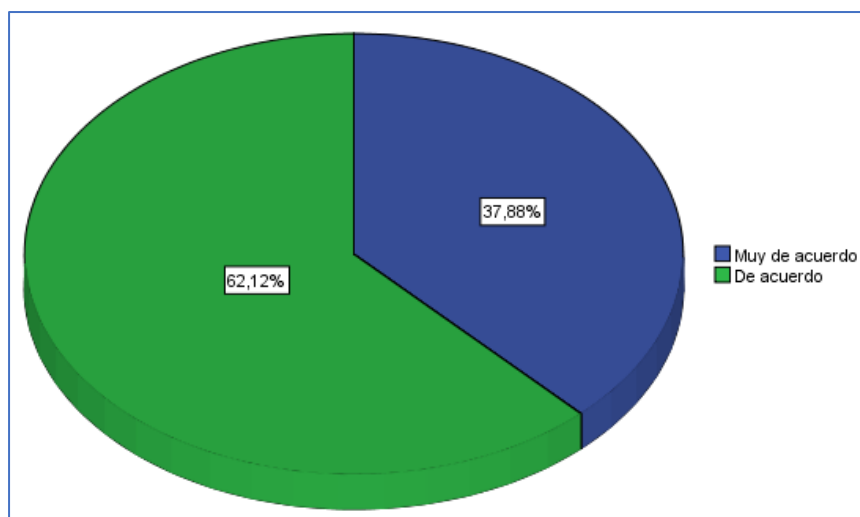


Figura 2 La baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud debido a los errores en la medicación

Se ha formulado la siguiente pregunta: ¿Está de acuerdo Ud. en que la baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a los errores en la medicación?, donde el 37.88% de los encuestados respondieron que están muy de acuerdo en que la baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a los errores en la medicación y el 62.12% están de acuerdo.

Tabla 3. La baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud debido a los tratamientos inapropiados

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Muy de acuerdo	74	37,4	37,4	37,4
Válidos De acuerdo	123	62,1	62,1	99,5
NS / NC	1	,5	,5	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fuente: encuesta formulada entre el 13 al 17.09.2021

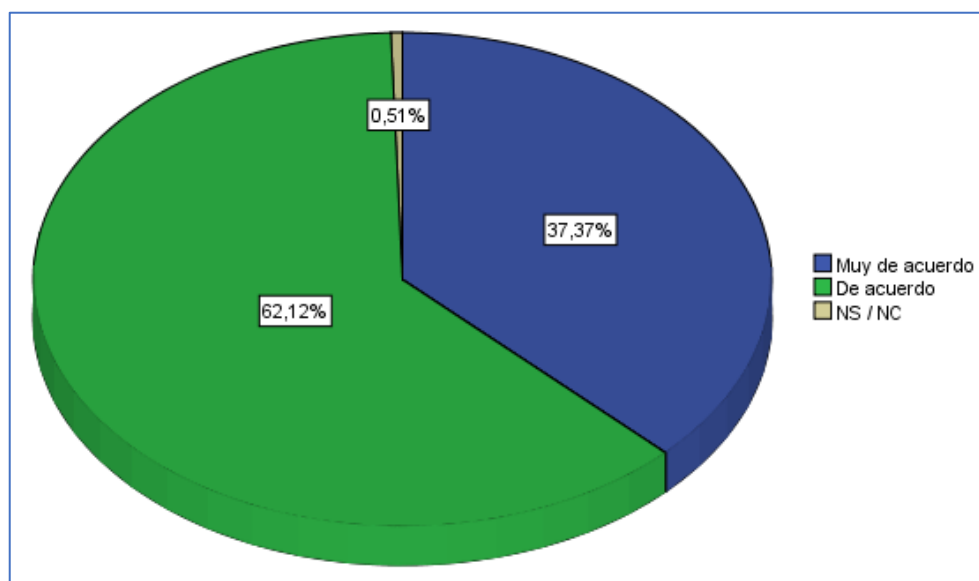


Figura 3 La baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud debido a los tratamientos inapropiados

Se ha formulado la siguiente pregunta: ¿Está de acuerdo Ud. en que la baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a los tratamientos inapropiados?, donde el 37.37% de los encuestados respondieron que están muy de acuerdo en que la baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a los tratamientos inapropiados, el 62.12% están de acuerdo y el 0.51% no contestaron o no saben.

Tabla 4. La baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud debido a las instalaciones inadecuadas

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Muy de acuerdo	79	39,9	39,9	39,9
Válidos De acuerdo	117	59,1	59,1	99,0
NS / NC	2	1,0	1,0	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fuente: encuesta formulada entre el 13 al 17.09.2021

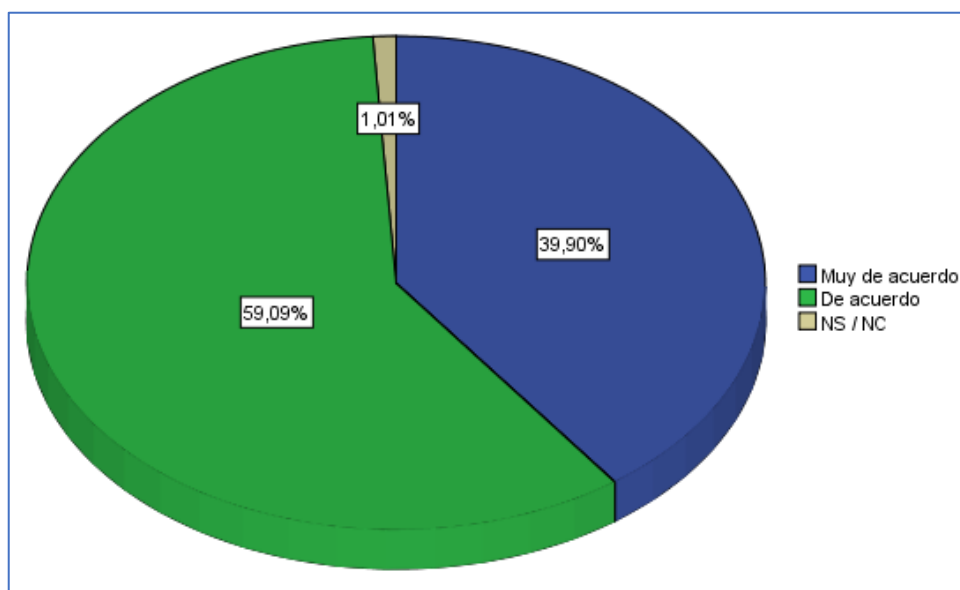


Figura 4 La baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud debido a las instalaciones inadecuadas

Se ha formulado la siguiente pregunta: ¿Está de acuerdo Ud. en que la baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a las instalaciones inadecuadas?, donde el 39.90% de los encuestados respondieron que están muy de acuerdo en que la baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a las instalaciones inadecuadas, el 59.09% están de acuerdo y el 1.01% no contestaron o no saben.

Tabla 5 La baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud debido a las prácticas clínicas inadecuadas o inseguras

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Muy de acuerdo	86	43,4	43,4	43,4
Válidos De acuerdo	111	56,1	56,1	99,5
NS / NC	1	,5	,5	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fuente: encuesta formulada entre el 13 al 17.09.2021

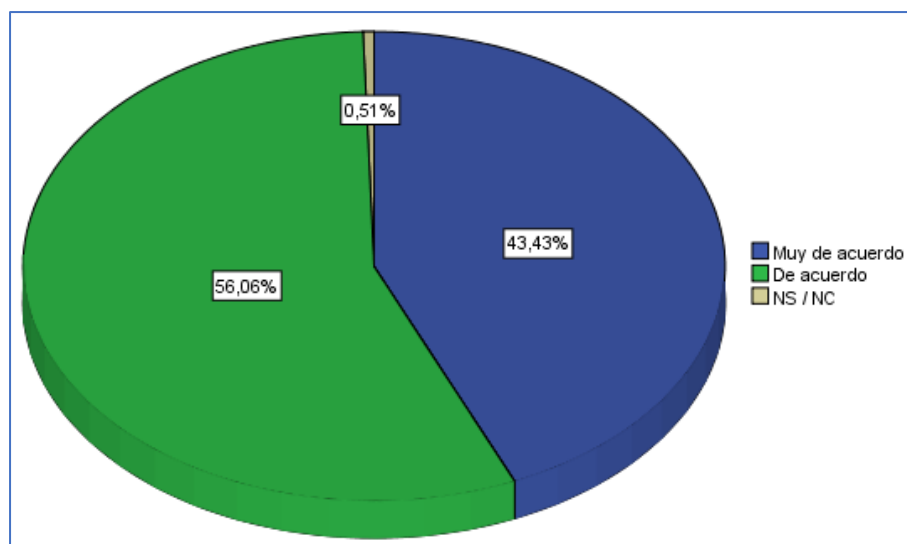


Figura 5 La baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud debido a las prácticas clínicas inadecuadas o inseguras

Se ha formulado la siguiente pregunta: ¿Está de acuerdo Ud. en que la baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a las prácticas clínicas inadecuadas o inseguras?, donde el 43.43% de los encuestados respondieron que están muy de acuerdo en que la baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a las prácticas clínicas inadecuadas o inseguras, el 56.06% están de acuerdo y el 0.51% no contestaron o no saben.

Tabla 6 La baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud debido a la falta de capacitación de los prestadores

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Muy de acuerdo	81	40,9	40,9	40,9
De acuerdo	111	56,1	56,1	97,0
NS / NC	5	2,5	2,5	99,5
En desacuerdo	1	,5	,5	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fuente: encuesta formulada entre el 13 al 17.09.2021

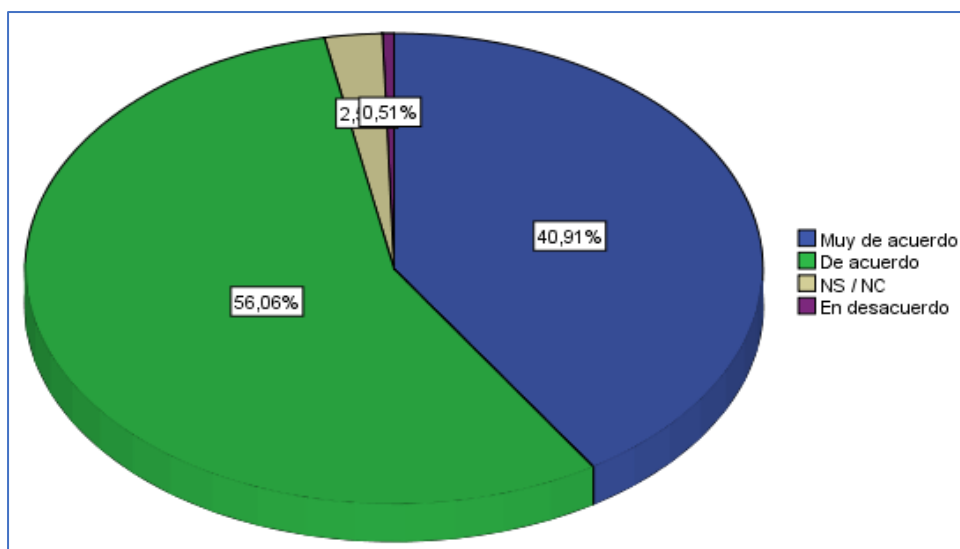


Figura 6 La baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud debido a la falta de capacitación de los prestadores

Se ha formulado la siguiente pregunta: ¿Está de acuerdo Ud. en que la baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a la falta de capacitación de los prestadores?, donde el 40.91% de los encuestados respondieron que están muy de acuerdo en que la baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a la falta de capacitación de los prestadores, el 56.06% están de acuerdo, el 2.50% no contestaron o no saben y el 0.51% están en desacuerdo.

Tabla 7. La baja calidad de atención médica y el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Muy de acuerdo	86	43,4	43,4	43,4
Válidos De acuerdo	106	53,5	53,5	97,0
NS / NC	6	3,0	3,0	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fuente: encuesta formulada entre el 13 al 17.09.2021

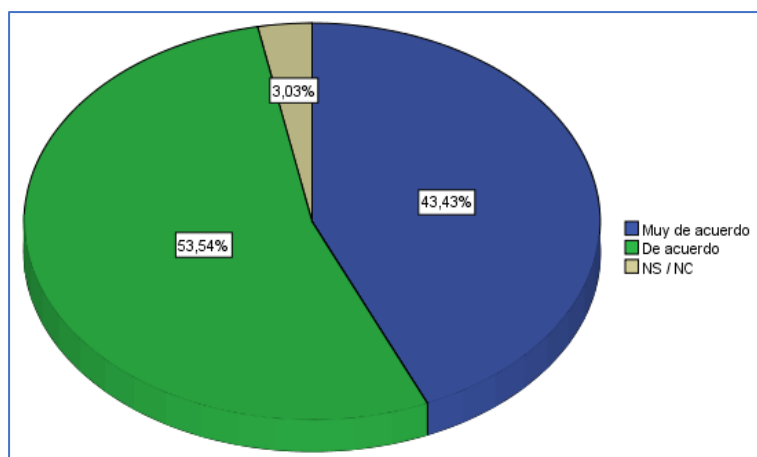


Figura 7 La baja calidad de atención médica y el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima

Se ha formulado la siguiente pregunta: ¿Está de acuerdo Ud. en que la baja calidad de atención medica incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima?, donde el 43.43% de los encuestados respondieron que están muy de acuerdo en que la baja calidad de atención medica incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, el 53.54% están de acuerdo y el 3.03% no contestaron o no saben.

5.1.2. Segunda Hipótesis Específica

“La ineficaz política sanitaria del estado incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020”.

Tabla 8. La ineficaz política sanitaria del estado debido a la mala planificación de las políticas

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
	90	45,5	45,5	45,5
Válidos	99	50,0	50,0	95,5
	9	4,5	4,5	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fuente: encuesta formulada entre el 13 al 17.09.2021

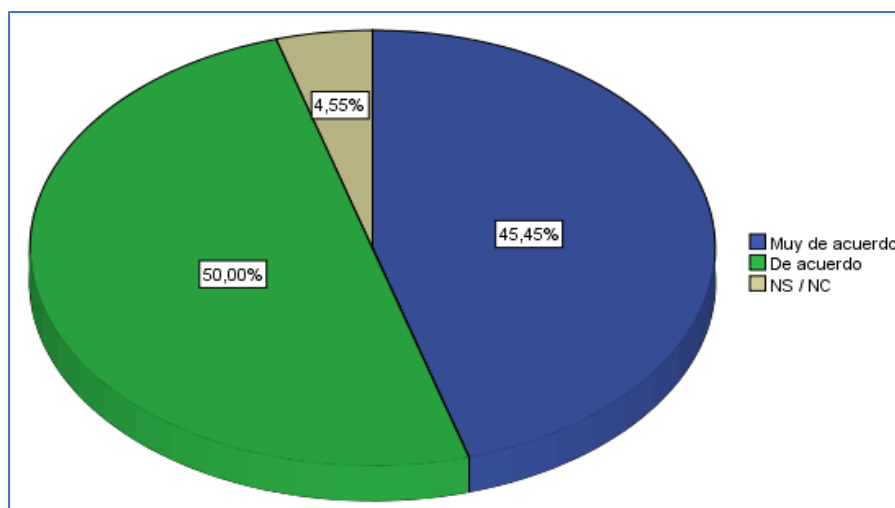


Figura 8 La ineficaz política sanitaria del estado debido a la mala planificación de las políticas

Se ha formulado la siguiente pregunta: ¿Está de acuerdo Ud. en que la ineficaz política sanitaria del estado en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a la mala planificación de las políticas?, donde el 45.45% de los encuestados respondieron que están muy de acuerdo en que la ineficaz política sanitaria del estado en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a la mala planificación de las políticas, el 50% están de acuerdo y el 4.55% no contestaron o no saben.

Tabla 9. La ineficaz política sanitaria del estado debido a que el estado no proporciona los recursos necesarios al sistema sanitario

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Muy de acuerdo	88	44,4	44,4	44,4
Válidos De acuerdo	100	50,5	50,5	94,9
NS / NC	10	5,1	5,1	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fuente: encuesta formulada entre el 13 al 17.09.2021

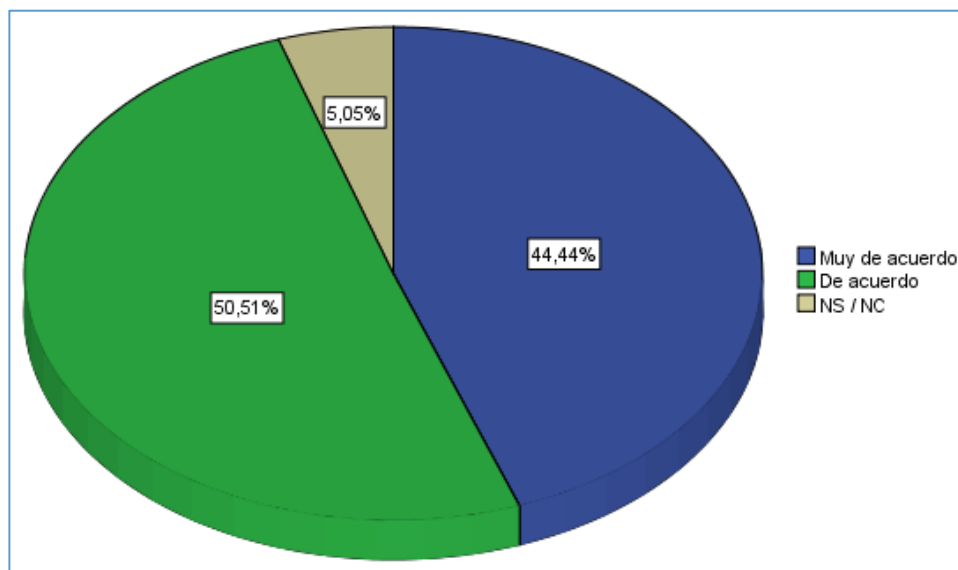


Figura 9 La ineficaz política sanitaria del estado debido a que el estado no proporciona los recursos necesarios al sistema sanitario

Se ha formulado la siguiente pregunta: ¿Está de acuerdo Ud. en que la ineficaz política sanitaria del estado en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a que el estado no proporciona los recursos necesarios al sistema sanitario?, donde el 44.44% de los encuestados respondieron que están muy de acuerdo en que la ineficaz política sanitaria del estado en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a que el estado no proporciona los recursos necesarios al sistema sanitario, el 50.51% están de acuerdo y el 5.05% no contestaron o no saben.

Tabla 10 La ineficaz política sanitaria del estado debido a que éste no asegura a los ciudadanos al acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
	Muy de acuerdo	86	43,4	43,4
Válidos	De acuerdo	101	51,0	94,4
	NS / NC	11	5,6	100,0
	Total	198	100,0	100,0

Fuente: encuesta formulada entre el 13 al 17.09.2021

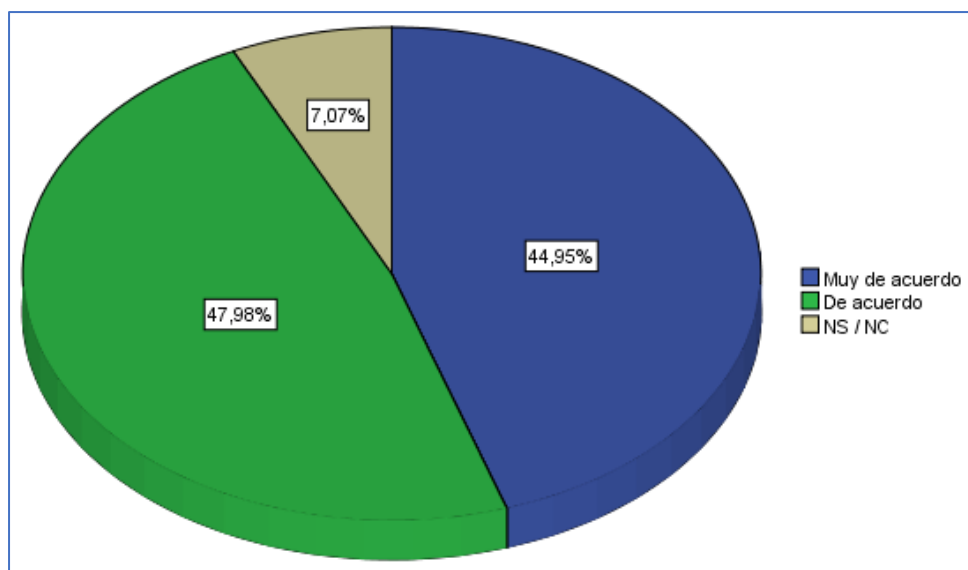


Figura 11 La ineficaz política sanitaria del estado debido a que el éste no es eficiente ni transparente en materia de salud

Se ha formulado la siguiente pregunta: ¿Está de acuerdo Ud. en que la ineficaz política sanitaria del estado en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a que el estado no es eficiente ni transparente en materia de salud?, donde el 44.95% de los encuestados respondieron que están muy de acuerdo en que la ineficaz política sanitaria del estado en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a que el estado no es eficiente ni transparente en materia de salud, el 47.98% están de acuerdo y el 7.07% no contestaron o no saben.

Tabla 12 La ineficaz política sanitaria del estado debido a que el estado no tiene la visión de un desarrollo sostenible y una adecuada gestión sanitaria

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Muy de acuerdo	87	43,9	43,9	43,9
Válidos De acuerdo	100	50,5	50,5	94,4
NS / NC	11	5,6	5,6	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fuente: encuesta formulada entre el 13 al 17.09.2021

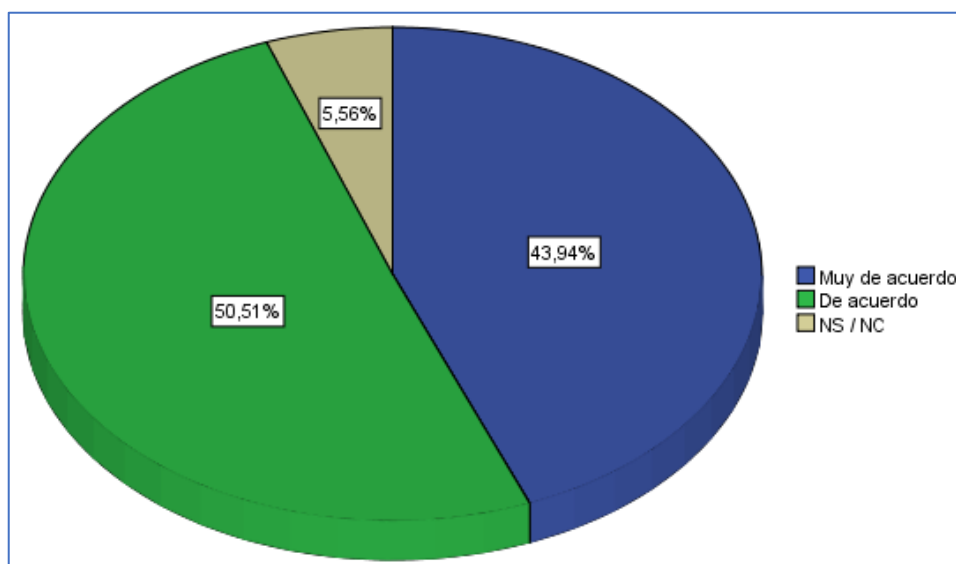


Figura 12 . La ineficaz política sanitaria del estado debido a que el estado no tiene la visión de un desarrollo sostenible y una adecuada gestión sanitaria

Se ha formulado la siguiente pregunta: ¿Está de acuerdo Ud. en que la ineficaz política sanitaria del estado en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a que el estado no tiene la visión de un desarrollo sostenible y una adecuada gestión sanitaria?, donde el 43.94% de los encuestados respondieron que están muy de acuerdo en que la ineficaz política sanitaria del estado en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a que el estado no tiene la visión de un desarrollo sostenible y una adecuada gestión sanitaria, el 50.51% están de acuerdo y el 5.56% no contestaron o no saben.

Tabla 13 La ineficaz política sanitaria del estado debido a que el estado no tiene una política de prevención de enfermedades

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
	Muy de acuerdo	86	43,4	43,4
Válidos	De acuerdo	99	50,0	93,4
	NS / NC	13	6,6	100,0
	Total	198	100,0	100,0

Fuente: encuesta formulada entre el 13 al 17.09.2021

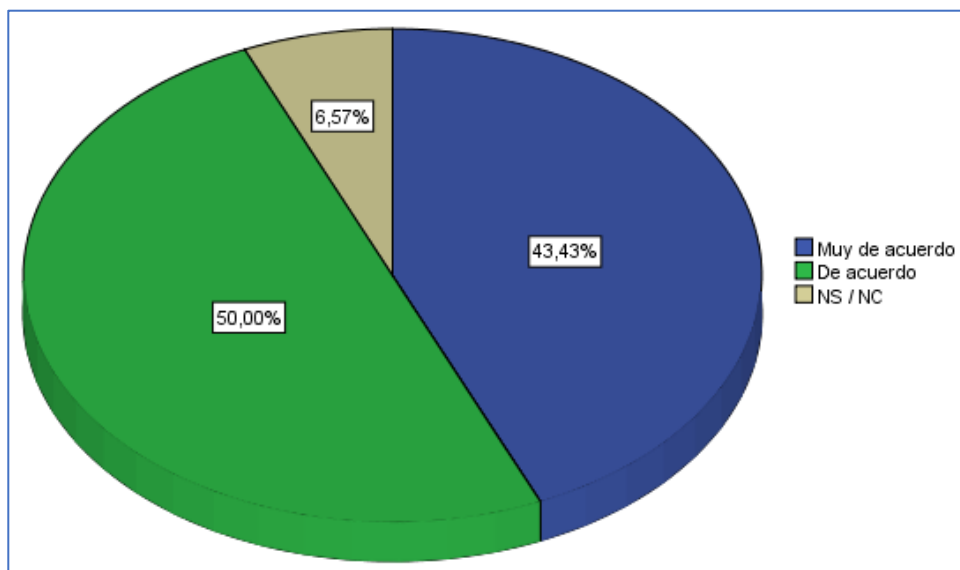


Figura 13 La ineficaz política sanitaria del estado debido a que el estado no tiene una política de prevención de enfermedades

Se ha formulado la siguiente pregunta: ¿Está de acuerdo Ud. en que la ineficaz política sanitaria del estado en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a que el estado no tiene una política de prevención de enfermedades?, donde el 43.43% de los encuestados respondieron que están muy de acuerdo en que la ineficaz política sanitaria del estado en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a que el estado no tiene una política de prevención de enfermedades, el 50% están de acuerdo y el 6.57% no contestaron o no saben.

Tabla 14 La ineficaz política sanitaria del estado debido a que el éste no tiene una política de mejora de la salud de la población

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Muy de acuerdo	84	42,4	42,4	42,4
Válidos De acuerdo	106	53,5	53,5	96,0
NS / NC	8	4,0	4,0	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fuente: encuesta formulada entre el 13 al 17.09.2021

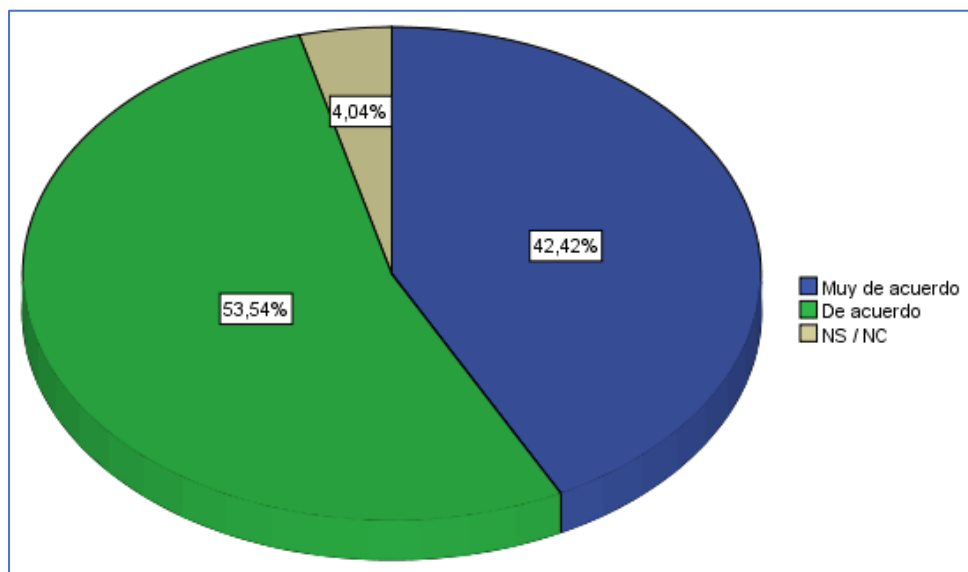


Figura 14 La ineficaz política sanitaria del estado debido a que el éste no tiene una política de mejora de la salud de la población

Se ha formulado la siguiente pregunta: ¿Está de acuerdo Ud. en que la ineficaz política sanitaria del estado en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a que el estado no tiene una política de mejora de la salud de la población?, donde el 42.42% de los encuestados respondieron que están muy de acuerdo en que la ineficaz política sanitaria del estado en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a que el estado no tiene una política de mejora de la salud de la población, el 53.54% están de acuerdo y el 4.04% no contestaron o no saben.

Tabla 15 La ineficaz política sanitaria del estado y el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Muy de acuerdo	67	33,8	33,8	33,8
Válidos De acuerdo	123	62,1	62,1	96,0
NS / NC	8	4,0	4,0	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fuente: encuesta formulada entre el 13 al 17.09.2021

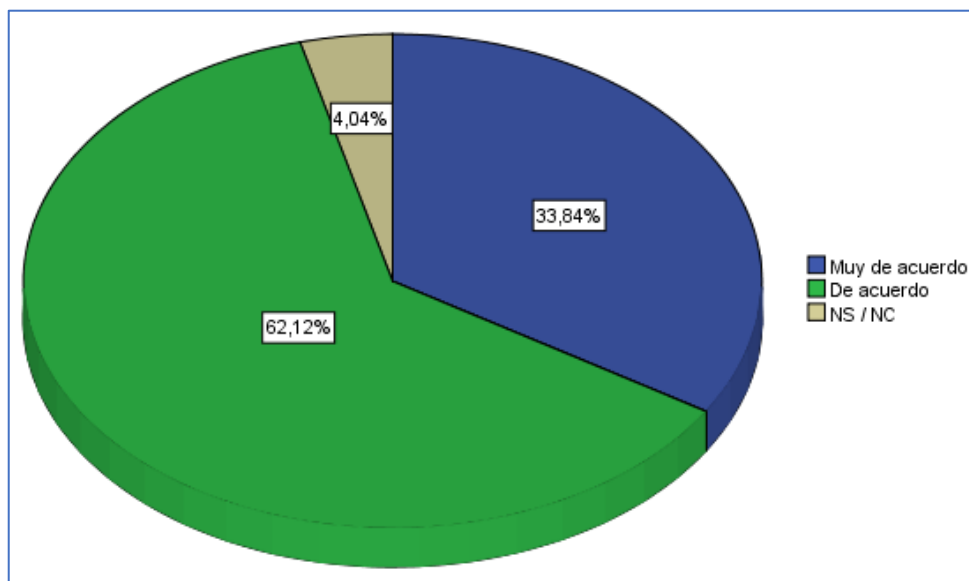


Figura 15 La ineficaz política sanitaria del estado y el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima

Se ha formulado la siguiente pregunta: ¿Está de acuerdo Ud. en que la ineficaz política sanitaria del estado incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima?, donde el 33.84% de los encuestados respondieron que están muy de acuerdo en que la ineficaz política sanitaria del estado incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, el 62.12% están de acuerdo y el 4.04% no contestaron o no saben.

5.1.3. Hipótesis General

“Los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020 fueron la baja calidad de atención médica y la ineficaz política sanitaria del estado”.

Tabla 16 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha proporcionado un adecuado acceso a los servicios de cuidado médico

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Muy de acuerdo	78	39,4	39,4	39,4
Válidos De acuerdo	109	55,1	55,1	94,4
NS / NC	11	5,6	5,6	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fuente: encuesta formulada entre el 13 al 17.09.2021

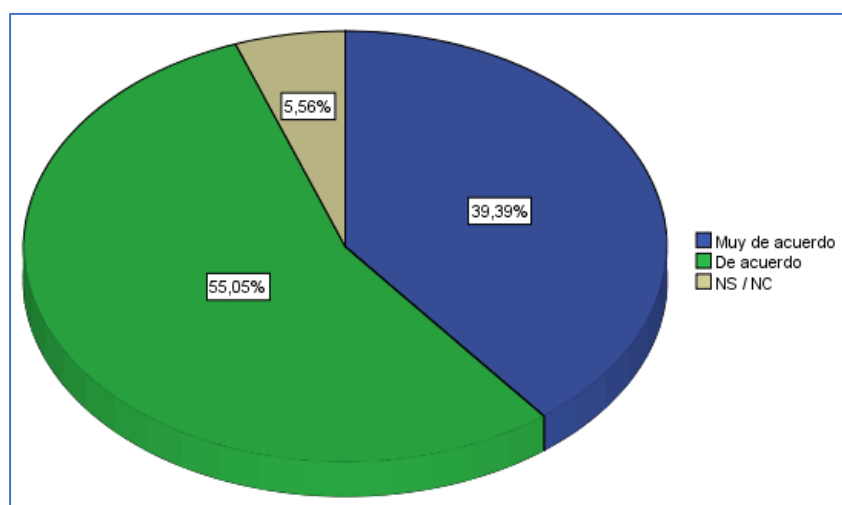


Figura 16 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha proporcionado un adecuado acceso a los servicios de cuidado médico

Se ha formulado la siguiente pregunta: ¿Está de acuerdo Ud. en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha proporcionado un adecuado acceso a los servicios de cuidado médico?, donde el 39.39% de los encuestados respondieron que están muy de acuerdo, el 55.05% están de acuerdo y el 5.56% no contestaron o no saben.

Tabla 17 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha asegurado una buena salud de los peruanos

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Muy de acuerdo	85	42,9	42,9	42,9
Válidos De acuerdo	103	52,0	52,0	94,9
NS / NC	10	5,1	5,1	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fuente: encuesta formulada entre el 13 al 17.09.2021

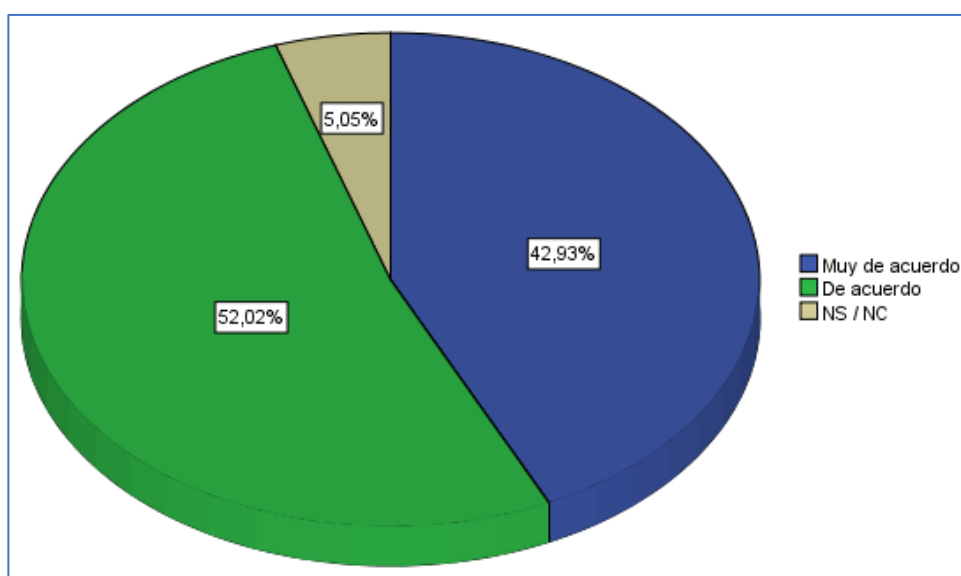


Figura 17 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha asegurado una buena salud de los peruanos

Se ha formulado la siguiente pregunta: ¿Está de acuerdo Ud. en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha asegurado una buena salud de los peruanos?, donde el 42.93% de los encuestados respondieron que están muy de acuerdo que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha asegurado una buena salud de los peruanos, el 52.02% están de acuerdo y el 5.05% no contestaron o no saben.

Tabla 18 . El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha proporcionado una garantía al disfrute de un buen estado de salud de los peruanos

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
	Muy de acuerdo	78	39,4	39,4
Válidos	De acuerdo	115	58,1	97,5
	NS / NC	5	2,5	100,0
	Total	198	100,0	100,0

Fuente: encuesta formulada entre el 13 al 17.09.2021

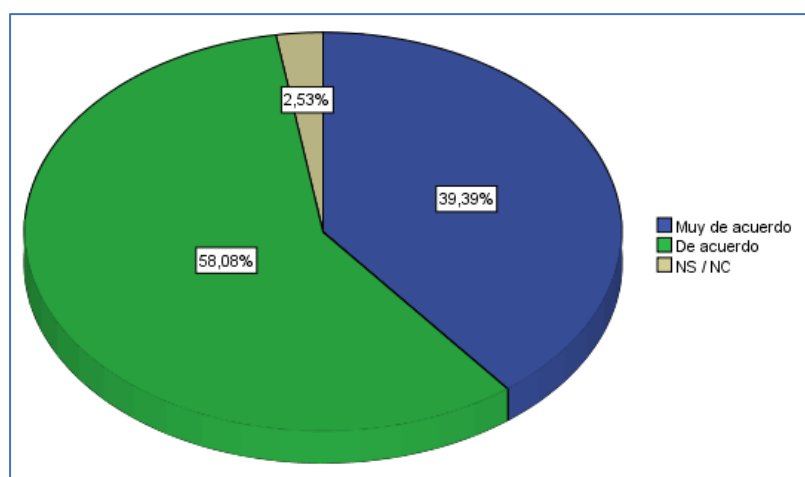


Figura 18 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha proporcionado una garantía al disfrute de un buen estado de salud de los peruanos

Se ha formulado la siguiente pregunta: ¿Está de acuerdo Ud. en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha proporcionado una garantía al disfrute de un buen estado de salud de los peruanos?, donde el 39.39% de los encuestados respondieron que están muy de acuerdo que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha proporcionado una garantía al disfrute de un buen estado de salud de los peruanos, el 55.08% están de acuerdo y el 2.53% no contestaron o no saben.

Tabla 19 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho a un sistema de protección de la salud

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
	Muy de acuerdo	80	40,4	40,4
Válidos	De acuerdo	105	53,0	93,4
	NS / NC	13	6,6	100,0
	Total	198	100,0	100,0

Fuente: encuesta formulada entre el 13 al 17.09.2021

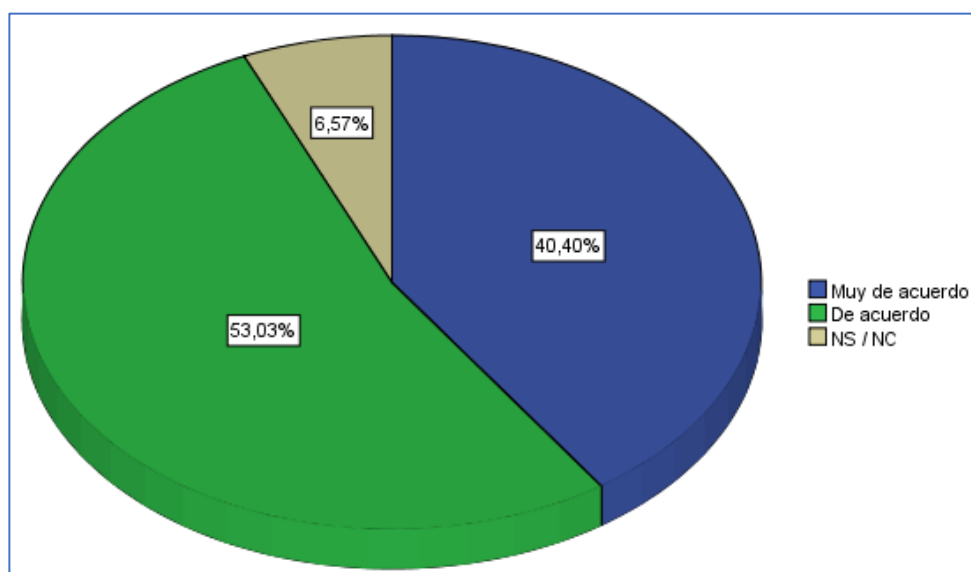


Figura 19 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho a un sistema de protección de la salud

Se ha formulado la siguiente pregunta: ¿Está de acuerdo Ud. en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho a un sistema de protección de la salud?, donde el 40.40% de los encuestados respondieron que están muy de acuerdo en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho a un sistema de protección de la salud, el 53.03% están de acuerdo y el 6.57% no contestaron o no saben.

Tabla 20 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho a la prevención y a tratamientos preventivos para luchar contra la propagación de la pandemia

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
0	1	,5	,5	,5
Muy de acuerdo	84	42,4	42,4	42,9
Válidos De acuerdo	108	54,5	54,5	97,5
NS / NC	5	2,5	2,5	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fuente: encuesta formulada entre el 13 al 17.09.2021

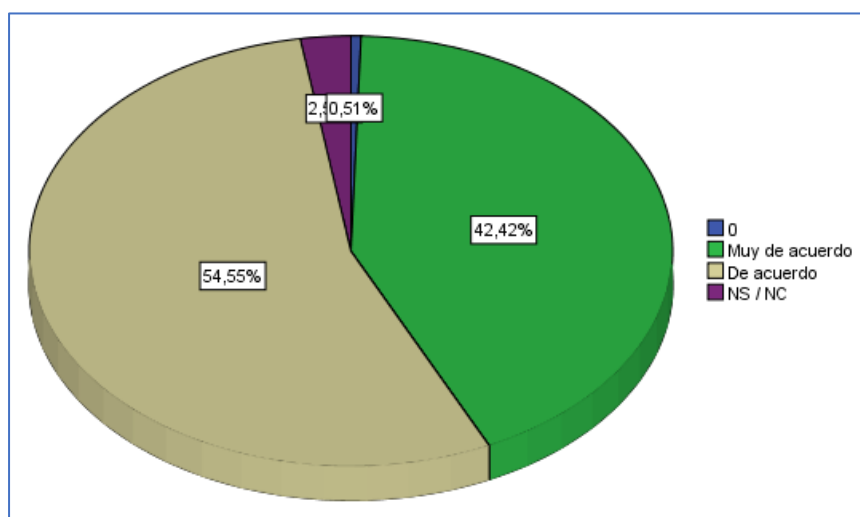


Figura 20 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho a la prevención y a tratamientos preventivos para luchar contra la propagación de la pandemia

Se ha formulado la siguiente pregunta: ¿Está de acuerdo Ud. en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho a la prevención y a tratamientos preventivos para luchar contra la propagación de la pandemia?, donde el 42.42% de los encuestados respondieron que están muy de acuerdo, el 54.55% están de acuerdo y el 2.5% no contestaron o no saben.

Tabla 21 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho al acceso a los medicamentos esenciales

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
	Muy de acuerdo	78	39,4	39,4
Válidos	De acuerdo	116	58,6	98,0
	NS / NC	4	2,0	100,0
	Total	198	100,0	100,0

Fuente: encuesta formulada entre el 13 al 17.09.2021

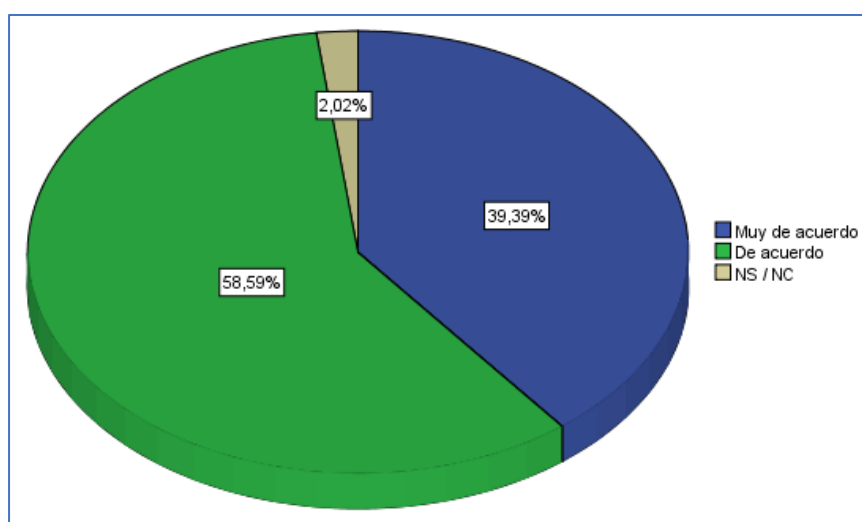


Figura 21 . El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho al acceso a los medicamentos esenciales

Se ha formulado la siguiente pregunta: ¿Está de acuerdo Ud. en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho al acceso a los medicamentos esenciales?, donde el 39.39% de los encuestados respondieron que están muy de acuerdo en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho al acceso a los medicamentos esenciales, el 58.59% están de acuerdo y el 2.02% no contestaron o no saben.

Tabla 22 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho al acceso a los servicios de salud apropiados

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Muy de acuerdo	76	38,4	38,4	38,4
Válidos De acuerdo	118	59,6	59,6	98,0
NS / NC	4	2,0	2,0	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fuente: encuesta formulada entre el 13 al 17.09.2021

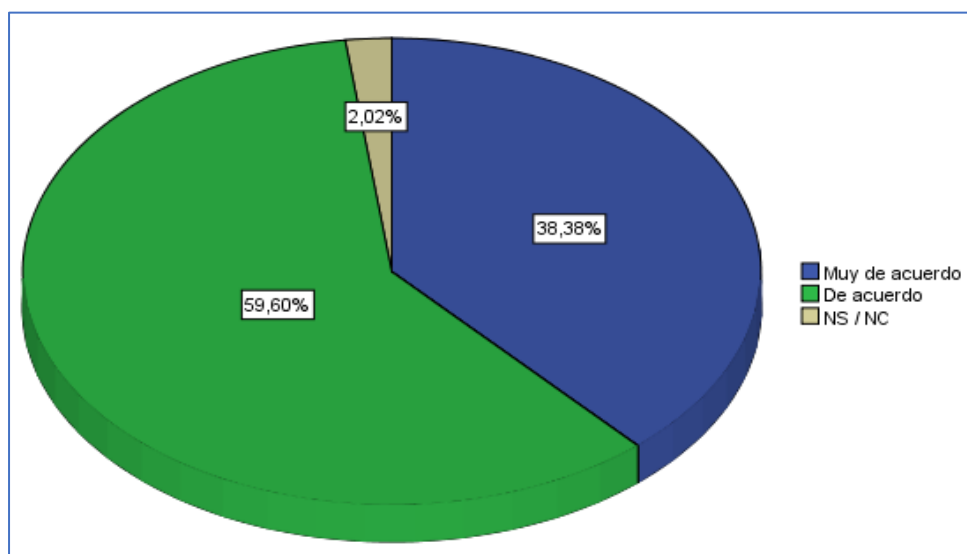


Figura 22 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho al acceso a los servicios de salud apropiados

Se ha formulado la siguiente pregunta: ¿Está de acuerdo Ud. en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho al acceso a los servicios de salud apropiados?, donde el 38.38% de los encuestados respondieron que están muy de acuerdo en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho al acceso a los servicios de salud apropiados, el 59.60% están de acuerdo y el 2.02% no contestaron o no saben.

Tabla 23 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho a la educación y la concienciación sobre la salud

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
	Muy de acuerdo	83	41,9	41,9
Válidos	De acuerdo	110	55,6	97,5
	NS / NC	5	2,5	100,0
	Total	198	100,0	100,0

Fuente: encuesta formulada entre el 13 al 17.09.2021

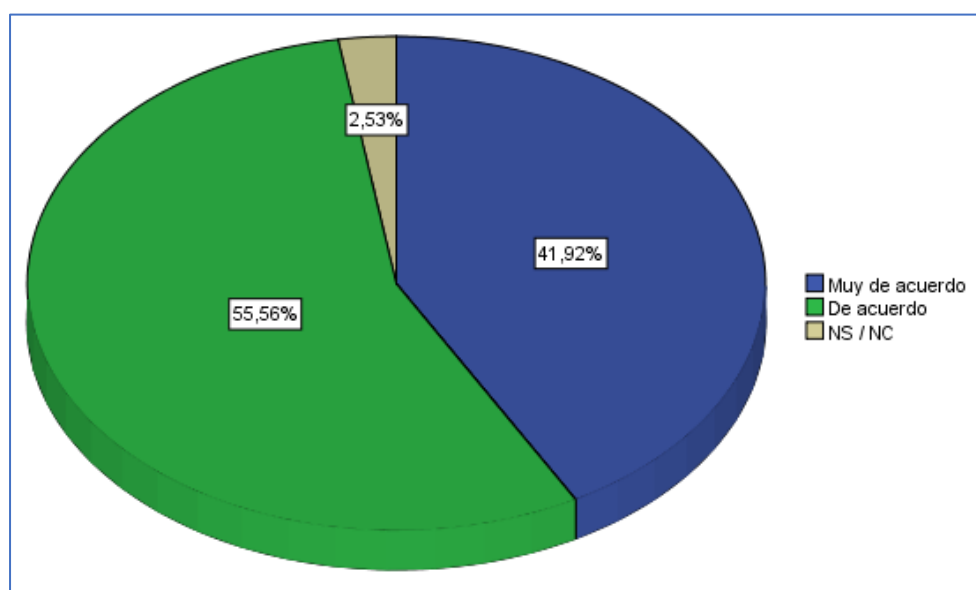


Figura 23 El estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho a la educación y la concienciación sobre la salud

Se ha formulado la siguiente pregunta: ¿Está de acuerdo Ud. en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho a la educación y la concienciación sobre la salud?, donde el 42.92% de los encuestados respondieron que están muy de acuerdo en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho a la educación y la concienciación sobre la salud, el 55.56% están de acuerdo y el 2.53% no contestaron o no saben.

Tabla 24 Los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Muy de acuerdo	86	43,4	43,4	43,4
Válidos De acuerdo	111	56,1	56,1	99,5
NS / NC	1	,5	,5	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Fuente: encuesta formulada entre el 13 al 17.09.2021

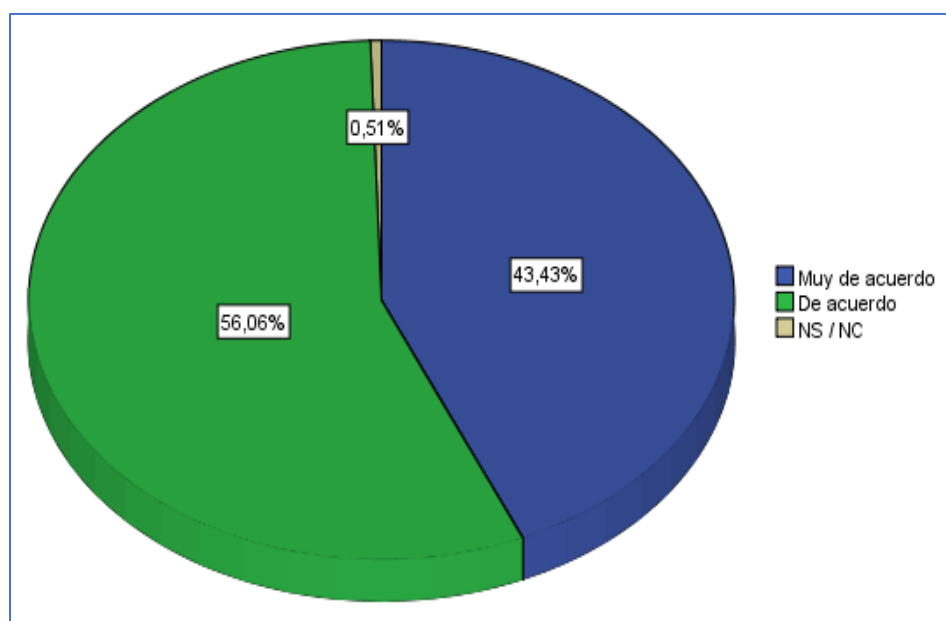


Figura 24 Los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima

Se ha formulado la siguiente pregunta: ¿Está de acuerdo Ud. en que los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, fueron la baja calidad de atención médica y la ineficaz política sanitaria del estado?, donde el 43.43% de los encuestados respondieron que están muy de acuerdo en que los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, fueron la baja calidad de atención médica y la ineficaz política sanitaria del estado, el 56.06% están de acuerdo y el 0.51% no contestaron o no saben.

5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Para la contrastación de las hipótesis de investigación se ha empleado la Chi Cuadrada (χ^2) como estadístico inferencia de contraste mediante pruebas no paramétricas, para lo cual se ha formulado el sistema de hipótesis (H_0 : Hipótesis Nula y H_A : Hipótesis Alternativa) para cada caso y se ha procedido considerando un nivel de confianza del 95% y un p valor = 0.05 llegando a obtener los resultados que a continuación se muestran.

5.2.1. Primera Hipótesis Específica

H_0 : La baja calidad de atención medica NO incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020.

H_A : La baja calidad de atención medica incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020.

Tabla 25 Estadísticos de contraste de la Primera Hipótesis Específica

	¿Está de acuerdo Ud. en que la baja calidad de atención medica incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima?
Chi-cuadrado	84,848 ^a
gl	2
Sig. asintót.	,000

a. 0 casillas (.0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 66.0.

Como se puede apreciar en la tabla precedente de la contrastación estadística de la primera hipótesis estadística se ha obtenido un valor para la $\chi^2 = 84,848$ con 02 grados de libertad y una Significancia Asintótica = 0,000 por lo

que, al ser este valor menor a 0,05 se rechaza la Hipótesis Nula y se acepta la Hipótesis Alterna, entonces validamos la hipótesis de investigación afirmando que:

La baja calidad de atención médica incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020.

5.2.2. Segunda Hipótesis Específica

H₀: La ineficaz política sanitaria del estado NO incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020.

H_A: La ineficaz política sanitaria del estado incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020.

Tabla 26. Estadísticos de contraste de la Segunda Hipótesis Específica

	¿Está de acuerdo Ud. en que la ineficaz política sanitaria del estado incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima?
Chi-cuadrado	100,212 ^a
gl	2
Sig. asintót.	,000

a. 0 casillas (.0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 66.0.

Como se puede apreciar en la tabla precedente de la contrastación estadística de la segunda hipótesis estadística se ha obtenido un valor para la Chi² = 100,212 con 02 grados de libertad y una Significancia Asintótica = 0,000 por lo que, al ser este valor menor a 0,05 se rechaza la Hipótesis Nula y se acepta la Hipótesis Alterna, entonces validamos la hipótesis de investigación afirmando que:

La ineficaz política sanitaria del estado incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020.

5.2.3. Hipótesis General

H₀: Los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020 NO fueron la baja calidad de atención médica y la ineficaz política sanitaria del estado.

H_A: Los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020 fueron la baja calidad de atención médica y la ineficaz política sanitaria del estado.

Tabla 27 Estadísticos de contraste de la Hipótesis General

	¿Está de acuerdo Ud. en que los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, fueron la baja calidad de atención médica y la ineficaz política sanitaria del estado?
Chi-cuadrado	100,758 ^a
gl	2
Sig. asintót.	,000

a. 0 casillas (.0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 66.0.

Como se puede apreciar en la tabla precedente de la contrastación estadística de la hipótesis general se ha obtenido un valor para la $\text{Chi}^2 = 100,758$ con 02 grados de libertad y una Significancia Asintótica = 0,000 por lo que, al ser este valor menor a 0,05 se rechaza la Hipótesis Nula y se acepta la Hipótesis Alterna, entonces validamos la hipótesis de investigación afirmando que:

Los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020 fueron la baja calidad de atención médica y la ineficaz política sanitaria del estado.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A. PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

“La baja calidad de atención medica incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020”.

En nuestro país se reconoce en el marco constitucional el derecho a la salud que se evidencia en la Constitución Política del Perú, en el artículo 7°, pero contrastado con la realidad es indudable que a la aparición de la pandemia en nuestra ciudad capital no hubo una atención inmediata y efectiva notándose una respuesta deficiente en diagnosticar de manera precisa para aislar y atender según la gravedad del caso en el entorno de su hogar o en un establecimiento sanitario para evitar la transmisión que como consecuencias trajo el colapso del sistema sanitario.

El brote de la pandemia a consecuencia del Covid 19 en nuestro país ha sido el motivo para demostrar muy claramente la baja calidad de atención medica observando este hecho en la realidad al obtener el liderazgo en el ranking del millón de infectados en el mes de agosto del 2020, ello demuestra de manera fehaciente que las acciones que deben conllevar a garantizar el servicio del sistema de salud en relación al marco de protección de derechos y en específico el derecho a la salud que representa en todo ser un derecho humano fundamental dado que toda persona tiene derecho a la salud que es un derecho fundamental de carácter autónomo.

En este contexto, se tiene a Arroyo Laguna et al. (2015) quien en su investigación titulada *“La Salud Hoy: Problemas y Soluciones”* asevera que, “crecieron otras barreras al acceso a la salud, como la distancia geográfica, la falta de confianza en el personal médico y las demoras. Equivalentemente, las barreras como la no tenencia de un seguro,

la falta de tiempo y el maltrato del personal de salud. En otras palabras, se tendría un desplazamiento en la problemática del acceso a la atención de la salud, en que las barreras principales habrían pasado de ser problemas económicos a un tema de la calidad del servicio”; de donde compartimos que durante esta época de pandemia creció la desconfianza de la población hacia el personal médico a causa de la mala atención que muchos de ellos brindaban a los pacientes infectados esto complementado con la lentitud en la atención, aspecto este que no solo se experimentaba en la ciudad de Lima sino que fue una problemática experimentada a nivel nacional.

Del mismo modo tenemos a Font Sierra (2012) quien en su trabajo titulado *“Evaluación del Sistema De Información de Salud en el Distrito de Kilombero Tanzania”* señala que “en este tiempo de coronavirus y emergencia sanitaria desde el punto de vista de la Salud Pública, donde se está haciendo un esfuerzo global para la erradicación de esta pandemia mundial, el principal desafío de los servicios de salud debe ser optimizar la gestión de estos servicios que ahora son más requeridos que antes pero lamentablemente esto se da lentamente y muchas veces con deficiencias”; esas deficiencias que señala Font Sierra también se han experimentado en el Perú, deficiencias como: diagnósticos inexactos, errores en la medicación, tratamientos inapropiados, instalaciones inadecuadas, prácticas clínicas inadecuadas o inseguras y la falta de capacitación de los prestadores.

Por lo tanto, considerando que tanto el 43.43% y el 53.54% de los encuestados respondieron que están muy de acuerdo y de acuerdo, respectivamente, en que la baja calidad de atención medica incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima; y que en la contrastación estadística de la presente hipótesis se obtuvo un valor para la $\chi^2 = 84,848$ con 02 grados de libertad y una

Significancia Asintótica = 0,000 y al ser este valor menor a 0,05 se aceptó y validó la hipótesis de investigación afirmando categóricamente que:

La baja calidad de atención medica incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020.

B. SEGUNDA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

“La ineficaz política sanitaria del estado incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020”.

Se denota de manera clara que las políticas sanitarias en nuestro país analizadas teniendo en cuenta la ciudad capital que no cuentan con un enfoque renovador que refleje la capacidad de acción efectiva en salud pública a gran escala que responda a las necesidades básicas en atención a un derecho fundamental a la salud que se ve vulnerado al demostrar la muerte de un sin número de limeños de todas las edades notándose una carencia de estrategias de respuesta ante los diferentes contextos situacionales ante la pandemia, por el contrario como respuesta se tiene la aparición de corrupción de personas ligadas al estado y como también de los particulares siendo palmario la incapacidad de los sectores del gobierno que asuman la responsabilidad y la participación activa en la respuesta ante el Covid 19.

Si analizamos esta situación se pudo denotar la presencia de problemas estructurales ante la alta mortalidad de nuestros compatriotas en la ciudad de Lima, incluso se denotó una información o data oficial y otra que indicaba un porcentaje mucho mayor, ello enfocó errores garrafales de las políticas en salud pública pudiendo citar un sin número de aquellas como en el diagnóstico del Covid 19 que se usó las pruebas serográficas en lugar de usar las pruebas moleculares; otro error sería la aplicación de

rastreo de contactos con la utilización de medios digitales; otra sería la aplicación de un sistema de vigilancia de seguimiento epidemiológico por departamentos con el uso de la tecnológica de esta manera se tendría una información actual y permanente; una política de acompañamiento a cada ciudadano de manera personalizada y de su entorno más cercano para evitar la propagación.

Se conoce que en el mes de agosto del 2020 se unificaron para presentar una solicitud pública de un cambio estrategia rubricado por un total de mil profesionales de la salud como epidemiólogos, científicos biológicos y médicos, infectólogos, indicando lineamientos de las medidas a tomar, pero por parte del gobierno nunca mostro interés de revisar ni mucho menos dialogar con este grupo.

Respecto a lo anteriormente señalado Valdez Huarcaya (2015) en su investigación titulada “*Análisis de situación de salud del Perú*” precisa que “en el marco de pandemia que estamos viviendo la principal función del Sistema de Salud es garantizar que las personas puedan satisfacer sus necesidades percibidas y no percibidas de salud, cumpliendo apropiadamente los parámetros de acceso, cobertura, eficiencia, equidad, calidad, seguridad y sostenibilidad, lo cual se ha podido evidenciar que no se da”; afirmación que es compartida por la investigadora porque en los resultados mostrados en el apartado anterior se ha evidenciado que la política sanitaria que desarrollo el estado peruano durante el estado de emergencia sanitaria ha sido ineficaz evidenciado desde una mala planificación de las políticas, el no haber proporcionado los recursos necesarios al sistema sanitario y no haber asegurado a los ciudadanos al acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social.

Del mismo modo tenemos a Hussman (2011) quien en su investigación titulada “*Vulnerabilidades a la corrupción en el sector salud: Perspectivas de América Latina en los subsistemas para los pobres (con un enfoque especial en el nivel subnacional)*”; ha

señalado que, “existen áreas de los sistemas de salud que tienden a afrontar vulnerabilidades como la poca o escasa adquisición de medicamentos, bienes y servicios, entre otros, aunque esta hipótesis no ha sido útil como punto de partida para examinar qué tipos de corrupción son más importantes en un sistema particular, en especial en nuestro país”, la misma dificultad se ha experimentado en nuestro país toda vez que como es de conocimiento público durante esta etapa de pandemia y sobre todo durante la llamada primera y segunda ola se experimentó una escases de medicamentos especialmente de oxígeno medicinal, ello por la falta de capacidad de gestión de las autoridades del Ministerio de Salud y la corrupción enquistada en el sector público.

Por lo tanto, considerando que tanto el 33.843% y el 62.12% de los encuestados respondieron que están muy de acuerdo y de acuerdo, respectivamente, en que la ineficaz política sanitaria del estado incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima; y que en la contrastación estadística de la presente hipótesis se obtuvo un valor para la $\text{Chi}^2 = 100,212$ con 02 grados de libertad y una Significancia Asintótica = 0,000 y al ser este valor menor a 0,05 se aceptó y validó la hipótesis de investigación afirmando categóricamente que:

La ineficaz política sanitaria del estado incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020.

C. HIPÓTESIS GENERAL

“Los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020 fueron la baja calidad de atención médica y la ineficaz política sanitaria del estado”.

Se colige de la presente investigación que en nuestro país y en específico en la ciudad de Lima, se comprobó que ante la llegada del Covid 19 el estado no lideró y coordinó de manera efectiva una respuesta de acuerdo a la situación que se vino presentando para empoderar a las personas, a las comunidades y las empresas privadas con una comunicación clara, verdadera para educar y solicitar su participación positiva generando una capacidad de respuesta y apoyo positivo, favorable para poder reutilizar y hacer uso de aquellas capacidades generadas que debieron estar disponible en el ámbito público, tanto comunitario y privado para optimizar la gestión de salud evidenciándose en un sistema de salud que detecta, identifica contactos, trata y toma las medias necesarias para la no propagación del virus y para evitar el riesgo ampliado de la afectación a la salud con la no atención oportuna que se ha trastocado al observar los planes de acción flexible, medidas sanitarias y restricciones necesarias para no vulnerar gravemente al derecho a la salud.

Revisando los datos en nuestro país se puede señalar que para diciembre del 2020 un aproximado de 37000 peruanos fallecidos particularmente por el Covid 19 y en relación a la ciudad capital y el Callao correspondía el 25%. Según el Ministerio de Salud que informó en diciembre del 2020 un estudio sobre el porcentaje de desarrollo de anticuerpos probablemente contra el Covid 19 del 39.3% en Lima y Callao, pero estos resultados del estudio de seroprevalencia tienen dos indicadores muy diferentes y marcadas según el sexo de los ciudadanos limeños como el 45.2 % en mujeres y 33.2 % en varones. Por otro lado, tomando en cuenta los estratos socioeconómicos se tiene que en el nivel medio y bajo el porcentaje supera el 50%, en el nivel alto es de 13.1%. Pero debemos tener en cuenta que estos estudios solo se hicieron en base a pruebas serológicas o pruebas rápidas para obtener resultados de seroprevalencia que al final se sabe que se tiene un alto porcentaje de falsos negativos alterando el resultado real de las infecciones

y la respuesta evidente de esto es la muerte de muchos limeños notándose el desastre sanitario más grave en Lima por ello se demuestra de manera categórica que el sistema sanitario no tuvo una respuesta en políticas esenciales por el contrario fueron sumamente deficiente ante la implementación de detección, contención, control, mitigación, entre otros frente a la pandemia.

Lo único rescatable sería la dación del decreto de cuarentena nacional del 16 de marzo del 2020 que paralizó las diversas actividades sociales y productivas y del mismo modo se cerró las fronteras, pero se notó una gran incertidumbre ante la decisión implementada, dado que desencadenó en la ciudadanía peruana desconfianza ante la utilización de las fuerzas del orden y esta situación acompañada con una carencia de información científica para explicar y exponer respecto a la actividad productiva de nuestro país y por ende, en la ciudad de Lima puesto que un buen grupo de ciudadanos que vive en la ciudad capital pertenecen a una situación socioeconómica baja y precaria que trastocaron de manera total este cambio adoptado por el gobierno, dado que sus ingresos se generan con la labor diaria como de aquellos que pertenecen al trabajo informal, por otro lado tenemos el vivir de manera hacinada en un ambiente que no permite cumplir con las medidas necesarias ante la llegada de la pandemia a uno de esos hogares, estos factores influyeron de manera negativa ante el cumplimiento de las medidas de aislamiento.

Por otro lado, cabe señalar que la capacidad del sistema de salud para la atención y para la etapa de aplicación de pruebas masivas era escasa por no decir casi ninguna, de nada sirvió el crecimiento económico de los últimos 30 años para optimizar un sistema sanitario eficaz y adecuado con mecanismos básicos que respondan a una protección social sanitaria justa y equitativa que debió verse reflejada en tener medidas ante la tasa de pobreza existente, en proveer camas hospitalarias prepandemia, el consignar un PBI

optimo a salud, la protección laboral de grupos vulnerables, el incremento de corrupción en sectores del gobierno y privados, y así un innumerable de variables que nos indicaron esta realidad.

Al respecto Llerena Lanza (2019) en su investigación titulada “*Emergencia, gestión, vulnerabilidad y respuestas frente al impacto de la pandemia Covid 19 en el Perú*” ha señalado que “las diversas deficiencias en la gestión de los servicios de salud pública en el Perú, así como la necesidad de su articulación comenzando con el Ministerio de Salud y sus diferentes organismos que componen los servicios sanitarios en el Perú, cuestiona nuestra legislación laboral y el sector productivo del país y su precariedad, la discusión sobre las decisiones que se están tomando para dar un nuevo panorama a la época en donde estamos viviendo, dentro del análisis de este trabajo analizaron además algunos de los problemas en el desarrollo de las acciones frente a la emergencia y el impacto en algunos grupos sociales”, es importante resaltar lo mencionado por Llerena (2019) respecto a las deficiencias en la gestión de los servicios de salud pública en el Perú, lo cual se evidenció en la presente investigación por diferentes aspectos entre los que podemos citar a: que el estado no es eficiente ni transparente en materia de salud, que el estado no tiene la visión de un desarrollo sostenible y una adecuada gestión sanitaria, que el estado no tiene una política de prevención de enfermedades y que el estado no tiene una política de mejora de la salud de la población.

Del mismo se tiene a Montañez Ginocchio (2018) quien en su investigación titulada “*Análisis del gasto de bolsillo en salud en Perú*”, llegó a la conclusión que, “los hogares que no cuentan con un SIS no perciben opciones para su aseguramiento, se pudo evidenciar además que la seguridad social o EsSalud ha sido poco activa en la política de aseguramiento. Todos estos hechos han demostrado una escasa capacidad para ofrecer protección social y planes de salud”, en nuestro país desde años atrás no se visualiza una

adecuada capacidad de parte de los gobernantes y autoridades sanitarias para formular adecuadas políticas que permitan pertinentes y coherentes estrategias de protección social y planes de salud, esta pandemia ha evidenciado el estado calamitoso y deficiente del sistema sanitario peruano, producto del cual se ha cobrado muchas vidas de peruanos que al contagiarse con este terrible virus del Covid 19 se han visto abandonados a su suerte y al no contar con las medicinas, instalaciones y recursos necesarios para enfrentarlo han perdido la batalla fácilmente.

Por lo tanto, considerando que tanto el 43.43% y el 56.06% de los encuestados respondieron que están muy de acuerdo y de acuerdo, respectivamente, en que los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, fueron la baja calidad de atención médica y la ineficaz política sanitaria del estado; y que en la contrastación estadística de la presente hipótesis se obtuvo un valor para la $\text{Chi}^2 = 100,758$ con 02 grados de libertad y una Significancia Asintótica = 0,000 y al ser este valor menor a 0,05 se aceptó y validó la hipótesis de investigación afirmando categóricamente que:

Los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020 fueron la baja calidad de atención médica y la ineficaz política sanitaria del estado.

D. PROPUESTA JURÍDICA CIENTÍFICA

PROPUESTA DE MODIFICATORIA DEL ARTÍCULO 7 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ, CONFORME AL DETALLE

SIGUIENTE:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS:

La Constitución Política del Perú, está constituido por derechos, garantías y valores; en ese sentido, la presente propuesta pretende fortalecer el derecho a la salud ante la ley y preservar el principio de universalidad, indivisibilidad, progresividad, razón por el cual, se propone modificar el artículo 7 de la Constitución Política del Perú con la finalidad de garantizar el derecho a la salud de todo el territorio nacional, por medio del acceso universal e igualitario de manera oportuna.

ARTÍCULO VIGENTE:

Artículo 7°. – “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad” (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2016).

ARTÍCULO PROPUESTO:

Artículo 7°. – “Todos tienen derecho a la protección de su salud garantizado por medio de políticas sociales y económicas con vistas a la reducción del riesgo de enfermedades y otros agravios, el estado definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud para su promoción, protección y recuperación. Todos tiene derecho a la protección del medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad”.

ANÁLISIS, COSTO BENEFICIO:

La presente propuesta fomentará un aumento de lo que se destina al sector salud del producto interno bruto (PIB) para la mejora del servicio y calidad de salud brindado a los ciudadanos. La importancia buscar una mejora continua en la respuesta a las emergencias sanitarias y diversas contingencias en el ámbito de la salud.

CONCLUSIONES

1. El derecho a la salud dada su importancia y trascendencia es considerado un derecho fundamental de las personas, más aún cuando se atraviesa momentos riesgosos como el de la pandemia por el Covid 19 donde a causa de factores como la baja calidad de atención médica y la ineficaz política sanitaria del estado, han incidido de forma negativa en el respeto y cumplimiento del derecho a la salud de los ciudadanos limeños durante el año 2020, en el sentido que el estado fue incapaz de liderar y coordinar de manera efectiva las estrategias y políticas para mitigar los contagios por el virus.
2. Durante esta época de pandemia a causa del Covid 19 en nuestra ciudad capital no hubo una atención inmediata y efectiva notándose una respuesta deficiente de las instrucciones que conforman el sistema sanitario peruano que como consecuencias trajo su colapso y por consiguiente prestar una atención medica de baja calidad materializada en diagnósticos inexactos, errores en la medicación, tratamientos inapropiados, instalaciones inadecuadas, prácticas clínicas inadecuadas o inseguras y la falta de capacitación de los prestadores; los que evidenciaron una clara vulneración del derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima.
3. Las políticas sanitarias en nuestro país no cuentan con un enfoque renovador que refleje la capacidad de acción efectiva en salud pública a gran escala y que responda a las necesidades básicas en atención a un derecho fundamental a la salud, la que se vio vulnerada con la alta tasa de muerte de ciudadanos limeños a causa de una carencia de estrategias pertinentes y coherentes ante la pandemia, sumado a ello la corrupción en las entidades públicas que ocasionó la incapacidad de los sectores del gobierno a asumir la responsabilidad y la participación activa y efectiva en la respuesta ante el Covid 19.

RECOMENDACIONES

1. Es imprescindible mejorar la seguridad jurídica del país en el ámbito de la salud, por lo cual recomendamos a las autoridades a acoger y tramitar la propuesta de modificatoria del artículo 7 de la Constitución Política del Perú el cual tiene por objeto fortalecer el derecho a la salud ante la ley y preservar el principio de universalidad, indivisibilidad, progresividad, con la finalidad de garantizar el derecho a la salud de todo el territorio nacional, por medio del acceso universal e igualitario de manera oportuna.
2. A las autoridades y funcionarios del Ministerio de Salud desarrollar acciones de fortalecimiento y empoderamiento de capacidades del personal de salud, con la finalidad de estar preparados para afrontar situaciones riesgosas como la etapa de pandemia que venimos atravesando con la finalidad de evitar errores como diagnósticos inexactos, errores en la medicación, tratamientos inapropiados, instalaciones inadecuadas, prácticas clínicas inadecuadas o inseguras y la falta de capacitación de los prestadores.
3. A las autoridades del Gobierno Central, del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales a conformar mesas de trabajo en cada región del país a fin de identificar debilidades y amenazas ante situaciones complicadas como el de la pandemia, a fin de formular y ejecutar estrategias sanitarias que permitan a la población a estar preparados para enfrentar con mayor conocimiento de causa estas situaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arroyo Laguna, J, et al. (2015). *La Salud Hoy: Problemas y Soluciones*. CENTRUM. Católica editorial.
- Cámara de Diputadas y Diputados de Chile. (17 de 09 de 2005). *Constitución Política de la República de Chile*. Obtenido de https://cdn.digital.gob.cl/filer_public/ae/40/ae401a45-7e46-4ab7-b9d3-1f7cc5afa9d6/constitucion-politica-de-la-republica.pdf
- Capdevila, M. (23 de 04 de 2020). Las políticas sanitarias. Obtenido de <https://www.deustosalud.com/blog/gestion-sanitaria/que-consisten-politicas-sanitarias>
- Corte Constitucional. (2015). *Constitución Política de Colombia*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia%20-%202015.pdf>
- Defensoria del Pueblo de Colombia. (2013). *Derecho a la Salud*. Obtenido de <https://www.corteidh.or.cr/tablas/27803.pdf>
- Diaz Ricardo, T. (2015). *Aspectos Internacionales Del Derecho a la Salud*. Universidad de Cartagena. Magister en Derecho de la Universidad Nacional de Colombia.
- Donabedian A. (1980) *Exploration in quality assessment and monitoring*. Health administración Press.
- Font Sierra, F. (2012). *Evaluación del Sistema De Información de Salud en el Distrito de Kilombero Tanzania*. Facultad De Medicina Universidad de Barcelona.
- Gomero Camones, G. (1997). *Proceso de la Investigación Científica*. Editorial FAKI. Lima.

- González Medécigo, L., & Gallardo Díaz, E. (2012). Calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida o la muerte. *Digital Universitaria*, 13(8), 1-15. Obtenido de <https://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art81/art81.pdf>
- Guerra De Macedo, C. (2001). *La extensión de la protección social en salud en el nuevo Estado latinoamericano*.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta ed.). México: Mc Graw Hill.
- Humanium. (18 de 03 de 2018). *Derecho a la Salud*. Obtenido de <https://www.humanium.org/es/derecho-salud/>
- Hurtado León, I (2005). *Paradigmas y métodos de investigación en tiempos de cambio*. Carabobo. Venezuela.
- Hussman, Karen (2011). *Vulnerabilidades a la corrupción en el sector salud: Perspectivas de América Latina en los subsistemas para los pobres (con un enfoque especial en el nivel subnacional)*.
- Jurado Nacional de Elecciones. (2020). *Elecciones Congresales Extraordinarias 2020*. Lima: Jurado Nacional de Elecciones. Obtenido de https://portal.jne.gob.pe/portal_documentos/files/ac65ef41-935c-46c9-86c0-98e392d65d2f.pdf
- Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (25 de 02 de 1999). *Ley 153 - Ley básica de salud de la ciudad de Buenos Aires*. Obtenido de <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley153.html>

- Llerena Lanza, R. (2019). *Emergencia, gestión, vulnerabilidad y respuestas frente al impacto de la pandemia COVID-19 en el Perú*. Universidad Nacional de San Agustín, Perú.
- López, R. (2010). *Interpretación de Datos Estadísticos*. Universidad de Managua, Nicaragua.
- Macereira, D. (2007) *Reforma del Sector Salud: Un análisis sistematizado de modelos y experiencias clave en América Latina y Europa*. Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2016). *Constitución Política del Perú* (Cuarta ed.). Lima: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.
- Montañez Ginocchio, V. (2018). *Análisis del gasto de bolsillo en salud en Perú*.
- Ocampo Rodríguez, M (2013). *Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud*. Universidad Jorge Tadeo Lozano. Bogotá, Colombia.
- Ochoa Moreno, J (2017). *Principales logros y deficiencias del sistema de salud*. Conamed. México.
- O'Donnell, G. (2001). *La irrenunciabilidad del Estado de Derecho*. Revista Instituciones y Desarrollo. Instituto Internacional de Gobernabilidad de Catalunya, Barcelona.
- Parra Vera, O. (2013). *Derecho a la salud en la constitución, la jurisprudencia en Colombia*. Bogotá. Colombia.
- Presidencia de la República de Bolivia. (30 de 10 de 1938). *Constitución política de 1938*.
Obtenido de <https://www.lexivox.org/norms/BO-CPE-19381020.xhtml>

Presidencia de la República de Bolivia. (18 de 06 de 1978). *Decreto Ley N° 15629*. Obtenido de <https://www.lexivox.org/norms/BO-DL-15629.html>

Presidencia de la República de México. (07 de 02 de 1984). *Ley General de Salud*. Obtenido de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984

Rivera Cervantes, F. (09 de 10 de 2018). La seguridad jurídica y la constitución peruana pública garantías a la ciudadanía. Obtenido de <https://elperuano.pe/suplementosflipping/juridica/709/web/pagina02.html>

Roco Pérez, O, et al. (2002). *La Salud Pública en América Latina y El Caribe*. Revista de Humanidades Medicas.

Sánchez Islas, A. (2015). *Satisfacción de los servicios de salud y su relación con la calidad en los hospitales públicos*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Soto, Alonso. (2019). *Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica.

Tamayo, M., (2012), *El proceso de la investigación científica*. México D. F., México: Limusa.

Tanner M, et al. (1993). *Desde la eficacia de las herramientas de control de enfermedades hasta la eficacia comunitaria*. *Transacciones de la Real Sociedad de Medicina e Higiene Tropical*. Real Sociedad de Medicina e Higiene Tropical.

Torres Tovar M. (2015). *Derecho a la salud: Situación en países de América Latina*. Asociación Latinoamericana de Medicina Social – ALAMES.

Universidad Peruana Los Andes. (2019). *Código de Ética para la Investigación Científica en la Universidad Peruana Los Andes*. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes.

Obtenido de <https://upla.edu.pe/nw/wp-content/uploads/2020/01/C%C3%B3digo-de-Etica-para-la-Investigaci%C3%B3n-Cient%C3%ADfica.pdf>

Universidad Peruana Los Andes. (2019). *Reglamento General de Investigación Actualizado*.

Huancayo: Universidad Peruana Los Andes. Obtenido de <https://upla.edu.pe/nw/wp-content/uploads/2020/01/Reglamento-General-de-Investigaci%C3%B3n-2019.pdf>

UTEL. (12 de 07 de 2013). El derecho y sus principales objetivos. Obtenido de <https://www.utel.edu.mx/blog/10-consejos-para/el-derecho-y-sus-principales-objetivos/>

Valdez Huarcaya, W. (2015). *Análisis de situación de salud del Perú*. Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú.

Vargas, I., et al (2002). *Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica*. Cuadernos de salud pública.

Velázquez Valdivia, A. (2016) *Informe para la Transferencia de Gestión del Ministerio de Salud*.

Vidal Ramirez, F. (2011). *El Acto Jurídico* (8va ed.). Lima, Perú: Gaceta Jurídica.

ANEXOS

ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “FACTORES SOCIO-POLÍTICOS Y DERECHO A LA SALUD POR LA PANDEMIA, LIMA- 2020”			
PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuáles son los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Establecer cuáles son los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL:</p> <p>Los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020 fueron la baja calidad de atención médica y la ineficaz política sanitaria del estado.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>X: Los factores socio-políticos</p>
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICOS	
<p>A. ¿De qué manera la baja calidad de atención medica incidió en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020?</p>	<p>A. Determinar de qué manera la baja calidad de atención medica incidió en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020.</p>	<p>A. La baja calidad de atención medica incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020.</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Y: El Derecho a la Salud</p>
<p>B. ¿De qué manera la ineficaz política sanitaria del estado incidió en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020?</p>	<p>B. Determinar de qué manera la ineficaz política sanitaria del estado incidió en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020.</p>	<p>B. La ineficaz política sanitaria del estado incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020.</p>	

ANEXO 2. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
<p style="text-align: center;"><u>V. INDEPENDIENTE</u> X: LOS FACTORES SOCIO-POLÍTICOS</p>	<p style="text-align: center;">La baja calidad de atención médica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico inexacto • Errores de medicación • Tratamiento inapropiado • Instalaciones inadecuadas • Prácticas clínicas inadecuadas o inseguras • Falta de capacitación de los prestadores
	<p style="text-align: center;">La ineficaz política sanitaria del estado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación de las políticas • Recursos del Sistema Sanitario • Acceso Universal a los servicios de salud y a la seguridad social • Estado eficiente y transparente en materia salud • Desarrollo sostenible y gestión sanitaria • Prevención de enfermedades • Mejora de la salud de la población
<p style="text-align: center;"><u>V. DEPENDIENTE</u> Y: EL DERECHO A LA SALUD</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a los servicios de cuidado medico • Aseguramiento de una buena salud • Garantía del estado al disfrute de un buen estado de salud • El derecho a un sistema de protección de la salud • El derecho a la prevención y a tratamientos preventivos para luchar contra la propagación de enfermedades • El derecho al acceso a los medicamentos esenciales • El derecho al acceso a los servicios de salud apropiados • La educación y la concienciación sobre la salud

ANEXO 3. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DEL INSTRUMENTO

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM	ESCALA
<p align="center"><u>V.</u> INDEPENDIENTE X: LOS FACTORES SOCIO- POLÍTICOS</p>	<p align="center">La baja calidad de atención médica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico inexacto • Errores de medicación • Tratamiento inapropiado • Instalaciones inadecuadas • Prácticas clínicas inadecuadas o inseguras • Falta de capacitación de los prestadores 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Está de acuerdo Ud. en que la baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a un diagnóstico inexacto? 2. ¿Está de acuerdo Ud. en que la baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a los errores en la medicación? 3. ¿Está de acuerdo Ud. en que la baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a los tratamientos inapropiados? 4. ¿Está de acuerdo Ud. en que la baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a las instalaciones inadecuadas? 5. ¿Está de acuerdo Ud. en que la baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a las prácticas clínicas inadecuadas o inseguras? 6. ¿Está de acuerdo Ud. en que la baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a la falta de capacitación de los prestadores? 7. ¿Está de acuerdo Ud. en que la baja calidad de atención medica incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima? 	<p align="center">NOMINAL: Muy de acuerdo De acuerdo NS / NC En desacuerdo Muy en desacuerdo</p>
	<p align="center">La ineficaz política sanitaria del estado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación de las políticas • Recursos del Sistema Sanitario • Acceso Universal a los servicios de salud y a la seguridad social • Estado eficiente y transparente en materia salud • Desarrollo sostenible y gestión sanitaria 	<ol style="list-style-type: none"> 8. ¿Está de acuerdo Ud. en que la ineficaz política sanitaria del estado en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a la mala planificación de las políticas? 9. ¿Está de acuerdo Ud. en que la ineficaz política sanitaria del estado en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a que el estado no proporciona los recursos necesarios al sistema sanitario? 10. ¿Está de acuerdo Ud. en que la ineficaz política sanitaria del estado en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a que el estado no asegura a los ciudadanos al acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social? 11. ¿Está de acuerdo Ud. en que la ineficaz política sanitaria del estado en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a que el estado no es eficiente ni transparente en materia de salud? 	<p align="center">NOMINAL: Muy de acuerdo De acuerdo NS / NC En desacuerdo Muy en desacuerdo</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de enfermedades • Mejora de la salud de la población 	<p>12. ¿Está de acuerdo Ud. en que la ineficaz política sanitaria del estado en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a que el estado no tiene la visión de un desarrollo sostenible y una adecuada gestión sanitaria?</p> <p>13. ¿Está de acuerdo Ud. en que la ineficaz política sanitaria del estado en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a que el estado no tiene una política de prevención de enfermedades?</p> <p>14. ¿Está de acuerdo Ud. en que la ineficaz política sanitaria del estado en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a que el estado no tiene una política de mejora de la salud de la población?</p> <p>15. ¿Está de acuerdo Ud. en que la ineficaz política sanitaria del estado incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima?</p>	
<p style="text-align: center;"><u>V.</u> <u>DEPENDIENTE</u> Y: EL DERECHO A LA SALUD</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a los servicios de cuidado medico • Aseguramiento de una buena salud • Garantía del estado al disfrute de un buen estado de salud • El derecho a un sistema de protección de la salud • El derecho a la prevención y a tratamientos preventivos para luchar contra la propagación de la pandemia • El derecho al acceso a los medicamentos esenciales • El derecho al acceso a los servicios de salud apropiados • La educación y la concienciación sobre la salud 	<p>16. ¿Está de acuerdo Ud. en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha proporcionado un adecuado acceso a los servicios de cuidado médico?</p> <p>17. ¿Está de acuerdo Ud. en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha asegurado una buena salud de los peruanos?</p> <p>18. ¿Está de acuerdo Ud. en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha proporcionado una garantía al disfrute de un buen estado de salud de los peruanos?</p> <p>19. ¿Está de acuerdo Ud. en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho a un sistema de protección de la salud?</p> <p>20. ¿Está de acuerdo Ud. en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho a la prevención y a tratamientos preventivos para luchar contra la propagación de la pandemia?</p> <p>21. ¿Está de acuerdo Ud. en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho al acceso a los medicamentos esenciales?</p> <p>22. ¿Está de acuerdo Ud. en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los</p>	<p style="text-align: center;">NOMINAL: Muy de acuerdo De acuerdo NS / NC En desacuerdo Muy en desacuerdo</p>

			<p>peruanos porque no ha garantizado el derecho al acceso a los servicios de salud apropiados?</p> <p>23. ¿Está de acuerdo Ud. en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho a la educación y la concienciación sobre la salud?</p> <p>24. ¿Está de acuerdo Ud. en que los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, fueron la baja calidad de atención médica y la ineficaz política sanitaria del estado?</p>	
--	--	--	--	--

ANEXO 4 – CUESTIONARIO

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS PARA ENCUESTA REFERENTE A LOS FACTORES SOCIO-POLÍTICOS Y DERECHO A LA SALUD POR LA PANDEMIA, LIMA

OBJETO: recabar información que permita establecer cuáles son los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima.

MUESTRA: ciudadanos mayores de 18 años que residen en el Distrito de Lima, de la Provincia y Departamento de Lima.

RECOMENDACIONES: marque la alternativa que crea la correcta para cada pregunta formulada a continuación.

Nro.	PREGUNTA	Muy de acuerdo	De acuerdo	NS / NC	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
	LOS FACTORES SOCIO-POLÍTICOS: La baja calidad de atención médica					
01	¿Está de acuerdo Ud. en que la baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a un diagnóstico inexacto?					
02	¿Está de acuerdo Ud. en que la baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a los errores en la medicación?					
03	¿Está de acuerdo Ud. en que la baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a los tratamientos inapropiados?					
04	¿Está de acuerdo Ud. en que la baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a las instalaciones inadecuadas?					
05	¿Está de acuerdo Ud. en que la baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a las prácticas clínicas inadecuadas o inseguras?					
06	¿Está de acuerdo Ud. en que la baja calidad en la atención médica en los establecimientos de salud en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a la falta de capacitación de los prestadores?					
07	¿Está de acuerdo Ud. en que la baja calidad de atención médica incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima?					

Nro.	PREGUNTA	Muy de acuerdo	De acuerdo	NS / NC	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
	LOS FACTORES SOCIO-POLÍTICOS: La ineficaz política sanitaria del estado					
08	¿Está de acuerdo Ud. en que la ineficaz política sanitaria del estado en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a la mala planificación de las políticas?					
09	¿Está de acuerdo Ud. en que la ineficaz política sanitaria del estado en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a que el estado no proporciona los recursos necesarios al sistema sanitario?					
10	¿Está de acuerdo Ud. en que la ineficaz política sanitaria del estado en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a que el estado no asegura a los ciudadanos el acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social?					
11	¿Está de acuerdo Ud. en que la ineficaz política sanitaria del estado en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a que el estado no es eficiente ni transparente en materia de salud?					
12	¿Está de acuerdo Ud. en que la ineficaz política sanitaria del estado en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a que el estado no tiene la visión de un desarrollo sostenible y una adecuada gestión sanitaria?					
13	¿Está de acuerdo Ud. en que la ineficaz política sanitaria del estado en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a que el estado no tiene una política de prevención de enfermedades?					
14	¿Está de acuerdo Ud. en que la ineficaz política sanitaria del estado en esta época de pandemia por el Covid 19 se debe a que el estado no tiene una política de mejora de la salud de la población?					
15	¿Está de acuerdo Ud. en que la ineficaz política sanitaria del estado incidió vulnerando el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima?					
	EL DERECHO A LA SALUD					
16	¿Está de acuerdo Ud. en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha proporcionado un adecuado acceso a los servicios de cuidado médico?					
17	¿Está de acuerdo Ud. en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha asegurado una buena salud de los peruanos?					

Nro.	PREGUNTA	Muy de acuerdo	De acuerdo	NS / NC	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
18	¿Está de acuerdo Ud. en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha proporcionado una garantía al disfrute de un buen estado de salud de los peruanos?					
19	¿Está de acuerdo Ud. en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho a un sistema de protección de la salud?					
20	¿Está de acuerdo Ud. en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho a la prevención y a tratamientos preventivos para luchar contra la propagación de la pandemia?					
21	¿Está de acuerdo Ud. en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho al acceso a los medicamentos esenciales?					
22	¿Está de acuerdo Ud. en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho al acceso a los servicios de salud apropiados?					
23	¿Está de acuerdo Ud. en que en esta época de pandemia por el Covid 19 el estado ha vulnerado el derecho a la salud de los peruanos porque no ha garantizado el derecho a la educación y la concienciación sobre la salud?					
24	¿Está de acuerdo Ud. en que los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, fueron la baja calidad de atención médica y la ineficaz política sanitaria del estado?					

ANEXO 5. CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

“Todo instrumento de recolección de datos debe reunir dos requisitos esenciales: confiabilidad y validez. *La confiabilidad* de un instrumento para recolectar datos se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales. *La Validez*, en términos generales se refiere al grado en que un instrumento realmente obtiene los datos que pretende obtener” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

Para la validez de los cuestionarios aplicados, se recurrirá a un *Juicio de Expertos*, quienes los evaluarán, corregirán y aprobarán.

Asimismo, para verificar la fiabilidad del instrumento utilizado se aplicó el test de confiabilidad Alfa de Cronbach, cuyo resultado fue:

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,859	14

El resultado obtenido nos indica que los instrumentos utilizados poseen una alta confiabilidad.

ANEXO 6 - DATA DEL PROCESAMIENTO DE DATOS

Num	Preg 01	Preg 02	Preg 03	Preg 04	Preg 05	Preg 06	Preg 07	Preg 08	Preg 09	Preg 10	Preg 11	Preg 12	Preg 13	Preg 14	Preg 15	Preg 16	Preg 17	Preg 18	Preg 19	Preg 20	Preg 21	Preg 22	Preg 23	Preg 24	
1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1
2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	2	2	3	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	
4	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	
5	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	
6	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	3	1	
7	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
8	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	
9	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	
10	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
11	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	
12	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
13	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2
14	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2
15	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
16	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	2	2	1	1
17	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2
18	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	3	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1
19	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1
20	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2
21	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
22	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1
23	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2
24	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
25	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2

27	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	
28	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
29	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	
30	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	
31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
32	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
33	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	
34	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	2	
35	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	
36	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	
37	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1
38	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1
39	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	3	1	1	1	1	1	2	2	1	2	
40	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	
41	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2
42	1	1	1	2	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	
43	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	3	1	1	1	1
44	2	2	2	2	2	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
45	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	3	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1
46	2	2	2	2	2	3	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1
47	2	2	2	1	1	1	2	2	2	3	3	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
48	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1
49	1	1	1	2	2	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2
50	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	3	2	2	2	1	1	1
51	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	3	3	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
52	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1
53	2	2	2	2	1	1	1	3	3	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2
54	1	1	2	2	2	2	3	3	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1
55	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2

85	2	2	2	1	1	2	2	2	3	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1
86	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1
87	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2
88	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
89	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2
90	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	2
91	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	3	3	2	2	1	2	1	2
92	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	3	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1
93	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1
94	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2
95	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	3	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2
96	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	3	1	1	2
97	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	1
98	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2
99	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1
100	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2
101	2	2	1	1	2	2	2	3	1	2	1	1	2	2	3	2	2	2	2	2	1	1	1	2
102	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1
103	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	3	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2
104	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2
105	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2
106	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
107	2	2	2	3	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2
108	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1
109	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1
110	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1
111	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2
112	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	3	2	2	2	2	1
113	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	3	2	2	2	2	1	1	1	2

143	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2
144	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	3	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2
145	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
146	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1
147	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2
148	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2
149	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
150	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1
151	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1
152	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	3	3	3	1	1	1	1	1	1	2
153	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	3	3	2	2	2	2	1	1
154	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	3	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1
155	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2
156	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1
157	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	3	3	3	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
158	1	1	2	2	1	1	3	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	
159	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	3	1	1	2	2	1	2	2	
160	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
161	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	3	3	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	
162	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	3	1	1	1	2	2	2	1
163	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	2	3	2	2	2	1	2
164	2	2	2	2	1	1	1	2	2	3	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1
165	2	2	2	2	1	1	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2
166	1	1	1	1	2	2	2	2	3	1	1	1	3	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2
167	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2	3	2	2	2	2	1
168	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	3	3	1	2	2	2
169	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2
170	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
171	1	1	2	2	1	1	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	3

172	2	2	2	2	2	1	1	1	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	
173	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1	
174	1	1	1	2	2	2	2	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	
175	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	2	3	1	2	2	2	2	
176	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
177	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	
178	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	
179	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	
180	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	3	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	
181	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	
182	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	3	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	
183	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	
184	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	
185	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	3	2	2	2	2	2	
186	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
187	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	1	1	
188	1	1	1	1	2	1	2	2	2	3	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	3	2	2	
189	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2
190	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	3	1	2	2	2	1	1	1	1	
191	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	
192	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	3	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	
193	2	2	1	1	2	3	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	3	2	2	
194	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	3	2	2	2	
195	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	3	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	
196	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	3	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	
197	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	3	3	3	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	
198	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	3	3	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	

ANEXO 7. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN

Yo, _____, de _____ años de edad, identificado con DNI N° _____, acepto voluntariamente mi participación en el trabajo de investigación; el cual tiene como fin: Establecer cuáles son los factores socio-políticos que incidieron en el derecho a la salud durante la pandemia por el Covid 19 en la ciudad de Lima, 2020.

Toda información que se obtenga a través de este cuestionario será usada por el investigador responsable con la finalidad de elaborar un trabajo de investigación.

Se garantiza el anonimato y la confidencialidad en su totalidad de la información obtenida. Habiendo sido informado en forma adecuada sobre los objetivos del estudio, acepto y firmo este documento.

Huancayo _____ de _____, 2021
