

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
ESCUELA DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN DERECHO CONSTITUCIONAL



**DERECHO A LA SALUD Y POLÍTICAS DE INCLUSIÓN EN EL
SISTEMA DE SALUD PERUANO, DE ACUERDO CON OPERADORES
DE DERECHO DEL DISTRITO JUDICIAL DE MOQUEGUA, 2024**

TESIS

Presentada por:

Br. Lía Angélica Velásquez Chacón

ORCID: 0009-0009-3271-5047

Asesor:

Dra. Herminia Sarmiento Chambi

ORCID: 0000-0003-1704-3966

**Para obtener el grado académico de:
MAESTRO EN DERECHO CONSTITUCIONAL**

TACNA – PERÚ

2026

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
ESCUELA DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN DERECHO CONSTITUCIONAL



**DERECHO A LA SALUD Y POLÍTICAS DE INCLUSIÓN EN EL
SISTEMA DE SALUD PERUANO, DE ACUERDO CON OPERADORES
DE DERECHO DEL DISTRITO JUDICIAL DE MOQUEGUA, 2024**

TESIS

Presentada por:

Br. Lía Angélica Velásquez Chacón

ORCID: 0009-0009-3271-5047

Asesor:

Dra. Herminia Sarmiento Chambi

ORCID: 0000-0003-1704-3966

**Para obtener el grado académico de:
MAESTRO EN DERECHO CONSTITUCIONAL**

TACNA – PERÚ

2026

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
ESCUELA DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN DERECHO CONSTITUCIONAL
TESIS

**“DERECHO A LA SALUD Y POLÍTICAS DE INCLUSIÓN EN EL
SISTEMA DE SALUD PERUANO, DE ACUERDO CON OPERADORES
DE DERECHO DEL DISTRITO JUDICIAL DE MOQUEGUA, 2024”**

Presentado por:

Br. Lía Angélica Velásquez Chacón

ORCID: 0009-0009-3271-5047

**Tesis sustentada y aprobada el 09 de Julio del 2026; ante el siguiente jurado
examinador:**

PRESIDENTE: Dr. Edgar Gonzalo PARIHUANA TRAVEZAÑO

SECRETARIO: Mag. Juan Enrique SOLOGUREN ÁLVAREZ

VOCAL : Mag. Edward Percy VARGAS VALDERRAMA

ASESOR : Dra. Herminia SARMIENTO CHAMBI

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo Br. **Lía Angélica Velásquez Chacón**, en calidad de: Estudiante de la MAESTRÍA EN DERECHO CONSTITUCIONAL de la Escuela de Posgrado de la Universidad Privada de Tacna, identificado (a) con DNI 71252018.

Soy autor (a) de la tesis titulada:

“DERECHO A LA SALUD Y POLÍTICAS DE INCLUSIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD PERUANO, DE ACUERDO CON OPERADORES DE DERECHO DEL DISTRITO JUDICIAL DE MOQUEGUA, 2024”; con asesor (a): Dra. Herminia Sarmiento Chambi

DECLARO BAJO JURAMENTO

Ser el único autor del texto entregado para obtener el grado académico de MAESTRO EN DERECHO CONSTITUCIONAL, y que tal texto no ha sido entregado ni total ni parcialmente para obtención de un grado académico en ninguna otra universidad o instituto, ni ha sido publicado anteriormente para cualquier otro fin.

Así mismo, declaro no haber trasgredido ninguna norma universitaria con respecto al plagio ni a las leyes establecidas que protegen la propiedad intelectual.

Declaro, que después de la revisión de la tesis con el software Turnitin se declara 03% de similitud, además que el archivo entregado en formato PDF corresponde exactamente al texto digital que presento junto al mismo.

Por último, declaro que para la recopilación de datos se ha solicitado la autorización respectiva a la empresa u organización, evidenciándose que la información presentada es real y soy conocedor (a) de las sanciones penales en caso de infringir las leyes del plagio y de falsa declaración, y que firmo la presente con pleno uso de mis facultades y asumiendo todas las responsabilidades de ella derivada.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a LA UNIVERSIDAD cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del

contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra o invención presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y a terceros, de cualquier daño que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar como causa del trabajo presentado, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontrasen causa en el contenido de la tesis, libro o invento.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Tacna.

Lugar y fecha: Tacna, 09 de Julio del 2026



Br. Lía Angélica Velásquez Chacón
71252018

DEDICATORIA

A Dios, por guiarme en cada paso académico y brindarme la fuerza que se necesita para ser perseverante. A mi pareja Joel Ortoguerin Pare, tu amor, apoyo y comprensión han sido la base de nuestro hogar.

Para mi compañero fiel peludo Princesa, gracias por tu amor incondicional y sin conocernos te quedaste en mi vida para no estar sola en largas noches de estudio.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero expresar mi sincero agradecimiento a mis suegros Sra. Reyna Isabel Pare Chambilla, su esposo el Sr. Francisco Ortoguerin Solorzano, por abrirme las puertas de su hogar y de su familia. Su cariño y su constante ánimo me proporcionaron la estabilidad y el refugio que tanto necesité en los momentos de mayor presión. Su apoyo ha sido un regalo invaluable. Gracias por considerarme como una hija más en su vida.

Mi más profunda gratitud a mi asesora de tesis, Dra. Herminia Sarmiento Chambi, por su guía incondicional, su paciencia, sabiduría, experiencia y sus valiosos comentarios fueron fundamentales para dar forma a este trabajo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD.....	v
DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTOS.....	viii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	ix
ÍNDICE DE TABLAS	xii
ÍNDICE DE FIGURAS	xvi
ÍNDICE DE APÉNDICES	xix
RESUMEN	xx
ABSTRACT	xxi
INTRODUCCIÓN.....	22
CAPÍTULO I EL PROBLEMA	24
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	26
1.2.1. Interrogante principal.....	26
1.2.2. Interrogantes secundarias.....	26
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	26
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	29
1.4.1. Objetivo general.....	29
1.4.2. Objetivos específicos	29
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	30
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	30

2.1.1.	Antecedentes internacionales	30
2.1.2.	Antecedentes nacionales	31
2.1.3.	Antecedentes regionales	33
2.2.	BASES TEÓRICAS	33
2.2.1.	Normativa nacional e internacional del derecho a la salud.....	33
2.2.2.	Derecho a la salud.....	34
2.2.3.	Normativa nacional e internacional de las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano	37
2.2.4.	Políticas de inclusión en el sistema de salud peruano.....	38
2.3.	DEFINICIÓN DE CONCEPTOS.....	41
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO		43
3.1.	HIPÓTESIS	43
3.1.1.	Hipótesis general	43
3.1.2.	Hipótesis específicas	43
3.2.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	43
3.2.1.	Identificación de la variable independiente	43
3.2.2.	Identificación de la variable dependiente	43
3.3.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	45
3.4.	NIVEL DE INVESTIGACIÓN	45
3.5.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	45
3.6.	ÁMBITO Y TIEMPO SOCIAL DE LA INVESTIGACIÓN	46
3.7.	POBLACIÓN Y MUESTRA	46
3.7.1.	Unidad de estudio	46

3.7.2.	Población	46
3.7.3.	Muestra	46
3.8.	PROCEDIMIENTO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	47
3.8.1.	Procedimiento	47
3.8.2.	Técnicas	47
3.8.3.	Instrumentos	48
CAPÍTULO IV RESULTADOS.....		49
4.1.	DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO	49
4.2.	DISEÑO DE LA PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	49
4.3.	RESULTADOS	50
4.4.	PRUEBA ESTADÍSTICA.....	97
4.5.	COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.....	98
4.6.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	99
CONCLUSIONES		104
RECOMENDACIONES		105
REFERENCIAS		106
APÉNDICE		113

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	<i>Operacionalización de variables.....</i>	44
Tabla 2	<i>Confiabilidad por Alfa de Cronbach.....</i>	48
Tabla 3	<i>Análisis de la variable Derecho a la salud.....</i>	50
Tabla 4	<i>Análisis de las dimensiones de la variable Derecho a la salud.....</i>	52
Tabla 5	<i>Análisis de la variable Políticas de inclusión en el sistema de salud peruano</i>	54
Tabla 6	<i>Análisis de las dimensiones de la variable Políticas de inclusión en el sistema de salud peruano</i>	56
Tabla 7	<i>¿Qué tan de acuerdo estás con que la implementación de políticas públicas ha sido suficiente para asegurar que todos los grupos vulnerables tengan acceso equitativo a los servicios de salud?</i>	58
Tabla 8	<i>¿En qué grado concuerdas con que las iniciativas de inclusión en el sistema de salud han fallado en garantizar una adecuada atención a las personas en situaciones de vulnerabilidad?</i>	60
Tabla 9	<i>¿Cómo evalúas tu conformidad con que los esfuerzos del sistema de salud para ampliar la cobertura no han sido efectivos en reducir las barreras de acceso para las poblaciones más desprotegidas?</i>	62
Tabla 10	<i>¿Hasta qué punto coincides en que las políticas de salud actuales no logran proteger de manera adecuada a los grupos vulnerables frente a los riesgos sanitarios?</i>	64
Tabla 11	<i>¿En qué medida aceptas que el sistema de salud peruano sigue presentando fallas considerables en la cobertura universal, afectando principalmente a los sectores más vulnerables de la población?</i>	66

- Tabla 12** *¿En qué grado consideras que la cantidad de centros médicos en zonas rurales es insuficiente para cubrir la demanda de servicios de salud de la población más vulnerable? 68*
- Tabla 13** *¿Qué tan conforme estás con que la distancia entre los centros de atención sanitaria y los lugares de residencia de las personas en áreas rurales dificulta su acceso oportuno a la atención médica?..... 70*
- Tabla 14** *¿Hasta qué nivel coincides con que la falta de infraestructura médica adecuada en determinadas regiones limita la capacidad del sistema de salud para atender eficazmente a la población? 72*
- Tabla 15** *¿Cómo evalúas tu conformidad con que el sistema de salud no ha garantizado una distribución equitativa de los centros de atención primaria, lo que incrementa las dificultades para el acceso rápido de las comunidades remotas? 74*
- Tabla 16** *¿En qué medida aceptas que la cantidad actual de centros de salud disponibles en zonas urbanas marginales no es suficiente para satisfacer las necesidades básicas de atención médica de sus habitantes? 76*
- Tabla 17** *¿Hasta qué nivel coincides con que el conocimiento general sobre las políticas de salud inclusivas es insuficiente para garantizar que toda la población acceda adecuadamente a los servicios de salud? 78*
- Tabla 18** *¿En qué grado concuerdas con que la difusión de información relacionada con las políticas de inclusión en salud no ha sido lo suficientemente efectiva para llegar a los grupos más vulnerables? 80*
- Tabla 19** *¿Qué tan conforme estás con que las campañas informativas sobre los derechos de acceso a la salud no han logrado un impacto significativo en la comprensión de las políticas públicas entre la ciudadanía? 82*

Tabla 20	<i>¿Hasta qué punto estás de acuerdo con que la falta de acceso a información clara sobre las políticas de inclusión en salud limita la capacidad de las personas para exigir sus derechos en el sistema de salud?</i>	84
Tabla 21	<i>¿En qué medida aceptas que el conocimiento limitado sobre los programas de inclusión en el sistema de salud es uno de los factores que más afecta el acceso equitativo a los servicios de salud en las zonas rurales?</i>	86
Tabla 22	<i>¿En qué medida aceptas que la ejecución de las estrategias sanitarias actuales no ha logrado integrar eficazmente a las comunidades más vulnerables en el acceso a los servicios de salud?</i>	88
Tabla 23	<i>¿Hasta qué punto coincides en que las políticas médicas desarrolladas recientemente no han sido lo suficientemente inclusivas para abordar las necesidades de las poblaciones que enfrentan mayores barreras de acceso al sistema de salud?</i>	90
Tabla 24	<i>¿Cómo valorarías tu acuerdo con que las estrategias implementadas para fortalecer la salud pública no han garantizado una atención equitativa en todas las regiones del país?</i>	92
Tabla 25	<i>¿Qué tan de acuerdo estás con que el desarrollo de políticas médicas en el país ha sido insuficiente para reducir las desigualdades en la atención sanitaria entre los distintos sectores de la población?</i>	94
Tabla 26	<i>¿En qué grado consideras que la ejecución de los planes de salud pública no ha priorizado adecuada</i>	96
Tabla 27	<i>Prueba de normalidad</i>	97
Tabla 28	<i>Relación entre “Derecho a la salud” y “Políticas de inclusión en el sistema de salud peruano”</i>	98

Tabla 29	<i>Relación entre “Personas vulnerables” y “Políticas de inclusión en el sistema de salud peruano”</i>	98
Tabla 30	<i>Relación entre “Acceso a servicios de salud” y “Políticas de inclusión en el sistema de salud peruano”</i>	99

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	<i>Diagrama de relación.....</i>	45
Figura 2	<i>Análisis de la variable Derecho a la salud.....</i>	50
Figura 3	<i>Análisis de las dimensiones de la variable Derecho a la salud.....</i>	52
Figura 4	<i>Análisis de la variable Políticas de inclusión en el sistema de salud peruano</i>	54
Figura 5	<i>Análisis de las dimensiones de la variable Políticas de inclusión en el sistema de salud peruano</i>	56
Figura 6	<i>¿Qué tan de acuerdo estás con que la implementación de políticas públicas ha sido suficiente para asegurar que todos los grupos vulnerables tengan acceso equitativo a los servicios de salud?</i>	58
Figura 7	<i>¿En qué grado concuerdas con que las iniciativas de inclusión en el sistema de salud han fallado en garantizar una adecuada atención a las personas en situaciones de vulnerabilidad?</i>	60
Figura 8	<i>¿Cómo evalúas tu conformidad con que los esfuerzos del sistema de salud para ampliar la cobertura no han sido efectivos en reducir las barreras de acceso para las poblaciones más desprotegidas?</i>	62
Figura 9	<i>¿Hasta qué punto coincides en que las políticas de salud actuales no logran proteger de manera adecuada a los grupos vulnerables frente a los riesgos sanitarios?</i>	64
Figura 10	<i>¿En qué medida aceptas que el sistema de salud peruano sigue presentando fallas considerables en la cobertura universal, afectando principalmente a los sectores más vulnerables de la población?</i>	66

- Figura 11** *¿En qué grado consideras que la cantidad de centros médicos en zonas rurales es insuficiente para cubrir la demanda de servicios de salud de la población más vulnerable? 68*
- Figura 12** *¿Qué tan conforme estás con que la distancia entre los centros de atención sanitaria y los lugares de residencia de las personas en áreas rurales dificulta su acceso oportuno a la atención médica? 70*
- Figura 13** *¿Hasta qué nivel coincides con que la falta de infraestructura médica adecuada en determinadas regiones limita la capacidad del sistema de salud para atender eficazmente a la población? 72*
- Figura 14** *¿Cómo evalúas tu conformidad con que el sistema de salud no ha garantizado una distribución equitativa de los centros de atención primaria, lo que incrementa las dificultades para el acceso rápido de las comunidades remotas? 74*
- Figura 15** *¿En qué medida aceptas que la cantidad actual de centros de salud disponibles en zonas urbanas marginales no es suficiente para satisfacer las necesidades básicas de atención médica de sus habitantes? 76*
- Figura 16** *¿Hasta qué nivel coincides con que el conocimiento general sobre las políticas de salud inclusivas es insuficiente para garantizar que toda la población acceda adecuadamente a los servicios de salud? 78*
- Figura 17** *¿En qué grado concuerdas con que la difusión de información relacionada con las políticas de inclusión en salud no ha sido lo suficientemente efectiva para llegar a los grupos más vulnerables? 80*
- Figura 18** *¿Qué tan conforme estás con que las campañas informativas sobre los derechos de acceso a la salud no han logrado un impacto significativo en la comprensión de las políticas públicas entre la ciudadanía? 82*

- Figura 19** *¿Hasta qué punto estás de acuerdo con que la falta de acceso a información clara sobre las políticas de inclusión en salud limita la capacidad de las personas para exigir sus derechos en el sistema de salud? 84*
- Figura 20** *¿En qué medida aceptas que el conocimiento limitado sobre los programas de inclusión en el sistema de salud es uno de los factores que más afecta el acceso equitativo a los servicios de salud en las zonas rurales?86*
- Figura 21** *¿En qué medida aceptas que la ejecución de las estrategias sanitarias actuales no ha logrado integrar eficazmente a las comunidades más vulnerables en el acceso a los servicios de salud?88*
- Figura 22** *¿Hasta qué punto coincides en que las políticas médicas desarrolladas recientemente no han sido lo suficientemente inclusivas para abordar las necesidades de las poblaciones que enfrentan mayores barreras de acceso al sistema de salud?90*
- Figura 23** *¿Cómo valorarías tu acuerdo con que las estrategias implementadas para fortalecer la salud pública no han garantizado una atención equitativa en todas las regiones del país?92*
- Figura 24** *¿Qué tan de acuerdo estás con que el desarrollo de políticas médicas en el país ha sido insuficiente para reducir las desigualdades en la atención sanitaria entre los distintos sectores de la población? 94*
- Figura 25** *¿En qué grado consideras que la ejecución de los planes de salud pública no ha priorizado adecuada96*

ÍNDICE DE APÉNDICES

APÉNDICE 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL INFORME FINAL DE TESIS	114
APÉNDICE 2: INSTRUMENTO UTILIZADOS	116
APÉNDICE 3: MATRIZ DE DATOS	119
APÉNDICE 4: BASE DE DATOS PRUEBA PILOTO	120
APÉNDICE 5 FICHA TÉCNICA DE INSTRUMENTO	122

RESUMEN

El presente estudio buscó determinar la relación entre el derecho a la salud y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano, de acuerdo con operadores de justicia del Distrito Judicial de Moquegua, 2024. La metodología planteada fue de nivel relacional, manteniendo un grupo muestral conformado por 86 abogados, en donde se hizo uso del instrumento cuestionario para el proceso de obtención de información. Los resultados indicaron que la relación entre el derecho a la salud y las políticas de inclusión alcanzó un valor de 0.767, mientras que las dimensiones personas vulnerables y acceso a servicios registraron 0.683 y 0.745 respectivamente. Estos hallazgos evidenciaron que las estrategias orientadas a garantizar condiciones sanitarias adecuadas, priorizar a grupos vulnerables y eliminar barreras de acceso contribuyeron a mejorar la equidad, cobertura y calidad de las atenciones dentro del sistema de salud peruano. Se ha alcanzado a concluir que, las políticas de inclusividad en cuanto a la salud cuentan con el potencial de promover una atención equitativa, en coherencia con el fortalecimiento del acceso y de la cobertura hacia diferentes sectores que cuenten con mayores necesidades, en donde llega a ser fundamental el hecho de optimizar la disponibilidad de recursos y los servicios dentro de condiciones más justas.

Palabras clave: Derecho, salud, políticas, inclusión, sistema de salud.

ABSTRACT

This study sought to determine the relationship between the right to health and inclusion policies in the Peruvian health system, according to justice operators of the Judicial District of Moquegua, 2024. The proposed methodology was relational, maintaining a sample group of 86 lawyers, where the questionnaire instrument was used for the process of obtaining information. The results indicated that the relationship between the right to health and inclusion policies reached a value of 0.767, while the dimensions of vulnerable people and access to services registered 0.683 and 0.745 respectively. These findings showed that strategies aimed at guaranteeing adequate sanitary conditions, prioritizing vulnerable groups, and eliminating barriers to access contributed to improving equity, coverage, and quality of care within the Peruvian health system. It has been concluded that health inclusivity policies have the potential to promote equitable care, in coherence with the strengthening of access and coverage to different sectors that have greater needs, where it is essential to optimize the availability of resources and services under fairer conditions.

Keywords: Law, health, policies, inclusion, health system.

INTRODUCCIÓN

La limitada incorporación de grupos vulnerables dentro de los sistemas de salud ha dejado en evidencia una marcada desigualdad en cuanto al acceso a los servicios fundamentales, inclusive dentro de contextos en donde hay prevalencia de políticas y tratados que deben de garantizar dicha inclusión (Medina, 2024). Esto se debe a la brecha existente entre las normativas que existen suscritas y la aplicación práctica de estas (Finco, 2021).

La ineficacia en la ejecución de políticas que se encuentran destinadas hacia ofrecer garantías de acceso equitativo a la atención médica ha conllevado a que se generen marcadas desigualdades en cuanto a la cobertura sanitaria, a pesar de la existencia de marcos legales y programas como el PEAS y el SIS (Rodríguez, 2024).

El acceso a la atención médica en Moquegua presenta serias limitaciones, especialmente para la población adulta mayor, donde persisten amplias brechas a pesar de programas como los CIAM (Solano, 2022). Una parte considerable de este grupo permanece fuera del sistema por deficiencias en los procesos de evaluación y afiliación, evidenciando la falta de coordinación entre instancias locales y regionales. Asimismo, la carencia de recursos, infraestructura insuficiente, personal especializado escaso y distribución inadecuada de medicamentos restringen la cobertura y calidad del servicio, perpetuando la exclusión de sectores vulnerables y afectando la equidad en el acceso a la salud. Lo establecido ha expuesto la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la relación entre el derecho a la salud y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano, de acuerdo con operadores de justicia del Distrito Judicial de Moquegua, 2024?

La investigación ha destacado el grado de importancia que se llega a tener al visibilizar las desigualdades en cuanto al acceso y la calidad de la atención sanitaria, demostrando de esta forma la clara necesidad de un marco jurídico y

políticas públicas que puedan impulsar estrategias que se encuentren centradas en una sociedad equitativa que ponga como punto de partida a la inclusión y el derecho a la salud.

Dentro de la estructura interna de investigación, se ha planteado lo siguiente:

En el capítulo I, el problema sobre el cual se desarrolló la totalidad del estudio, siendo coherente su fundamentación teórica, a través del planteamiento del problema, formulación de interrogantes, justificación y los objetivos.

En el capítulo II, en donde se ha planteado el marco teórico sobre el que se ha valorado a cada una de las variables de estudio, involucrando de este modo a las bases teóricas, antecedentes y definición de conceptos.

En el capítulo III, la exposición del marco metodológico, está inserta las hipótesis, operacionalización de variables, tipo, nivel y diseño de la investigación, la población y muestra, ámbito y tiempo social del estudio; asimismo, se ha hecho posible la demostración de confianza y validez; también, la forma de procesamiento y análisis de datos, permitiendo que se pueda hacer uso de la estadística descriptiva e inferencial.

En el capítulo IV. Está referido a los resultados de la investigación; ha tenido que ver con la descripción del trabajo de campo, en coherencia con la posibilidad de dar respuesta hacia cada uno de los objetivos de estudio, mediante el uso de la estadística descriptiva e inferencial. Así mismo, no se ha dejado de lado la comparación que ha sido realizada con los demás antecedentes de estudio.

Finalmente, las conclusiones han permitido brindar respuesta hacia cada objetivo planteado, en congruencia con las recomendaciones, referencias y apéndices.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La insuficiente integración de poblaciones vulnerables en los sistemas de atención médica globales revela una clara disparidad en el acceso a servicios esenciales. A pesar de la adhesión a tratados internacionales y la creación de políticas específicas, muchas naciones enfrentan dificultades para garantizar que los grupos marginados, como los migrantes, puedan recibir atención médica de calidad. En el caso de países que participan en acuerdos regionales, como las plataformas de migración, se observa que la brecha entre las normativas ratificadas y su implementación efectiva sigue siendo significativa, lo que refleja un desafío persistente en la protección de los derechos fundamentales de estos colectivos (Medina, 2024).

Así mismo, el crecimiento exponencial de la movilidad humana en las últimas décadas ha generado tensiones significativas en los sistemas nacionales de atención médica. A medida que aumentan las cifras de desplazados, como lo demuestra el incremento del 49% de migrantes internacionales en dos décadas, muchos países no logran desarrollar políticas inclusivas que aseguren el acceso adecuado a atención sanitaria. Esta situación se ve intensificada por la carencia de coordinación en regiones donde cada nación gestiona de manera independiente el flujo migratorio, lo que deriva en disparidades en la atención, especialmente en países con mayor presión migratoria, donde las barreras burocráticas limitan el acceso a una atención integral y continua (Finco, 2021).

La carencia de eficiencia en la ejecución de políticas institucionales dirigidas a asegurar la disponibilidad igualitaria de los servicios médicos genera profundas brechas en la cobertura sanitaria, a pesar de que el derecho a la salud está respaldado por el artículo 7 de la Carta Magna de 1993. A pesar de la existencia de programas como el SIS y las políticas mediante el Plan Esencial de Aseguramiento

en Salud (PEAS), su aplicación no ha logrado una cobertura universal debido a la insuficiencia de recursos y a la desigual distribución geográfica de los servicios. Estas deficiencias, sumadas a la falta de coordinación interinstitucional, limitan el acceso a una atención de calidad, afectando principalmente a las poblaciones rurales y económicamente vulnerables (Rodríguez, 2024).

De igual forma, la alta fragmentación del sistema de salud en el país y la insuficiencia en su financiamiento han dejado a un considerable porcentaje de los habitantes sin disponibilidad adecuada de atención médica esencial. Aunque existen leyes que buscan garantizar una cobertura universal, como la Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud, los progresos han sido limitados. Más del 30% de la población, especialmente en áreas rurales, enfrenta dificultades para acceder a atención de calidad debido a la carencia de personal médico, infraestructura y medicamentos. Esta situación ha generado tasas de mortalidad infantil y neonatal considerablemente superiores respecto a otras naciones de la región (Gonzales, 2023).

Además, la provisión de servicios sanitarios en Moquegua enfrenta serias dificultades, especialmente entre la población adulta mayor, que representa el 11.2% de los habitantes. A pesar de la existencia de iniciativas orientadas a optimizar el bienestar de este sector, como los CIAM, persisten brechas significativas. Aproximadamente 38 mil adultos mayores aún no son beneficiarios del sistema, debido a deficiencias en la evaluación y afiliación. Esta situación refleja una falta de coordinación efectiva entre los encargados locales y regionales, lo que agrava la exclusión de una parte vulnerable de la población que depende de servicios esenciales para garantizar su bienestar (Solano, 2022).

El Distrito Judicial de Moquegua enfrenta un conjunto de desafíos significativos relacionados con la disponibilidad real del derecho a la atención sanitaria. Entre las causas que afectan este acceso se contemplan las limitaciones en la ejecución de políticas de inclusión, así como la carencia de medios adecuados en los organismos responsables de asegurar la cobertura de prestaciones de salud. Estas dificultades tienen consecuencias directas en la calidad de atención que

reciben ciertos grupos de la población, generando inequidades en el acceso y perpetuando la exclusión de sectores vulnerables. A raíz de esta problemática, surgen diversas deficiencias en el sistema de salud, tales como la insuficiencia de infraestructura médica, personal especializado limitado y carencias en la distribución de medicamentos. Estos problemas afectan tanto la capacidad de reacción del sistema como la apreciación de justicia en la atención recibida.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Interrogante principal

¿Cuál es la relación entre el derecho a la salud y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano, de acuerdo con operadores de justicia del Distrito Judicial de Moquegua, 2024?

1.2.2. Interrogantes secundarias

- ¿Cuál es la relación entre la dimensión personas vulnerables y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano, de acuerdo con operadores de justicia del Distrito Judicial de Moquegua, 2024?
- ¿Cuál es la relación entre la dimensión acceso a servicios de salud y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano, de acuerdo con operadores de justicia del Distrito Judicial de Moquegua, 2024?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Justificación social – ODS

En la investigación evidenció su grado de potencial en la necesidad de sensibilizar las desigualdades que se pueden percibir en cuanto al acceso y la calidad de la atención sanitaria. De acuerdo con ello, es que se requiere de considerar un entorno jurídico y de políticas públicas que puedan brindar contribuciones directas hacia la formulación de estrategias que beneficien a alcanzar una sociedad de carácter equitativo. La relevancia de la presente valoración brindó perspectivas críticas y constructivas en cuanto a las políticas de inclusión y

el efecto que se puede percibir en cuanto a garantizar el derecho a la salud. De este modo, es que la indagación se posicionó como una base directa en cuanto a conectar con necesidades comunales con acciones de los responsables de políticas de salud incluyentes.

El presente estudio se encontró relacionado de manera directa con el **ODS 3**, buscando garantizar una vida sana y promover con ello, el bienestar de las personas de cualquier edad. El apoyo que se esperó brindar hacia el conocimiento en cuanto a las políticas de inclusión vigentes facilitó la identificación de desafíos y oportunidades para que se garantice el acceso igualitario hacia los servicios sanitarios. Con ello, se esperó fortalecer la toma de decisiones de carácter informado, favoreciendo la adopción de medidas que puedan permitir eliminar obstáculos estructurales, permitiendo que el derecho de salud sea respetado a cabalidad, en contribución hacia un acceso eficiente y equitativo.

Justificación metodológica

Para la obtención de información de calidad, se optó por una metodología que permita el recojo de datos de forma estructurada por medio del cuestionario, orientado hacia operadores de justicia. Este tipo de estrategia pudo facilitar el recojo de valoraciones y experiencias en base a la aplicación de normatividad en salud, brindando información cuantitativa que posibilite un análisis de alta calidad y detalle, promoviendo un enfoque que permita obtener una visión amplia respecto a la situación actual, garantizando la objetividad y una base del conocimiento que fundamente futuras investigaciones.

Generar información respecto a la forma en la que los derechos de salud se relacionan con las políticas de inclusión dentro del sistema de salud peruano, demostró elevada importancia en términos del desarrollo del presente estudio, debido al impacto que se puede generar en la población. Mediante el desarrollo de un análisis detallado, fue posible que se identifiquen limitaciones en cuanto a la aplicación de dichas normativas, permitiendo que se genere información que conlleve hacia la orientación de esfuerzos relacionados con la optimización de los

recursos disponibles y la reducción de barreras de acceso hacia una salud integral de alta calidad, con ello, es que se espera brindar aportes directos hacia la conformación de políticas públicas que conformen un sistema de salud inclusivo y eficiente.

Justificación teórica

Desde el ámbito teórico, la investigación ofreció un aporte directo hacia un análisis detallado en cuanto a la permisión de amplitud de comprensión respecto a la forma en la que se materializan las políticas de inclusión en la práctica. Por medio del recojo de datos actualizados, se generó un marco referente que permita contrastar disposiciones normativas en referencia con su empleo real, identificando de esta forma, posibles discrepancias que no han llegado a ser abordadas de forma clara por demás literatura. Este tipo de contribuciones teóricas resultó esencial para que se enriquezca el nivel de conocimiento en la materia y de este modo, poder sentar las bases para demás investigaciones que ahonden en un mayor grado de profundidad respecto a las políticas de salud inclusivas.

Justificación práctica

Disponer de datos precisos en cuanto a la percepción y la aplicación de las políticas inclusivas dentro del entorno sanitario, permitió que demás investigadores, entidades gubernamentales y actores sociales puedan contar con información sólida que conlleve a que estos puedan formular una serie de iniciativas que se encuentren orientadas hacia la mejora de cobertura de los servicios de salud actuales. El carácter sistemático de la información obtenida benefició hacia la conformación de una referencia práctica clara que beneficie la optimización de normativas y ajustarlas hacia necesidades reales de la población en estudio, en clara contribución hacia una planificación efectiva y con ello, reducir todo tipo de desigualdades en el acceso hacia la atención médica.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el derecho a la salud y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano, de acuerdo con operadores de justicia del Distrito Judicial de Moquegua, 2024.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar la relación entre la dimensión personas vulnerables y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano, de acuerdo con operadores de justicia del Distrito Judicial de Moquegua, 2024.
- Identificar la relación entre la dimensión acceso a servicios de salud y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano, de acuerdo con operadores de justicia del Distrito Judicial de Moquegua, 2024.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes internacionales

Seca (2024), México, en su artículo científico titulado: “*Integración de políticas públicas de salud interculturales en México para garantizar el derecho a la salud de las comunidades indígenas*”. Estableció un modelo de políticas de salud que han beneficiado la integración efectiva hacia la salud tradicional de indígenas, buscando un enfoque intercultural de este servicio. La metodología fue de enfoque cualitativa, en donde se recolectaron datos mediante la guía documental, proveniente de documentos legales e informes de políticas públicas. Los resultados han establecido que las políticas públicas no han contado con una integración adecuada dentro del sistema de salud tradicional, conllevando a que se establezcan desigualdades dentro del sistema actual, principalmente por la existencia de barreras culturales, estructurales y económicas. Se concluyó que, toda garantía de derecho a la salud de las comunidades indígenas corresponde a adoptar un enfoque intercultural que se base en la valoración de prácticas y conocimientos asequibles para cada ciudadano.

Vargas (2023), en su artículo de investigación titulado “*Sistema de salud: garantía institucional del derecho a la protección de la salud en México*”. Su finalidad analizó el sistema de salud mexicano como un elemento de garantía institucional del derecho de protección hacia la salud. La metodología fue cualitativa, basándose en un análisis legislativo, con diseño no experimental, en donde se incurrió en el uso de la guía bibliográfica para obtener datos de documentos legislativos e informes de políticas públicas. Los resultados han establecido que las reformas realizadas en el sistema de salud en el año 2019 no han sido suficientes como para establecer la mejora del sistema de salud actual, conllevando a demostrar limitantes debido a factores políticos y coexistiendo con

la fragmentación del sistema. La conclusión dejó en exposición que el sistema mexicano requirió de un enfoque integral, el cual pueda beneficiar a la totalidad de la población, generando que se promueva la disponibilidad de recursos financieros y coordinación institucional que beneficieren ello.

Soto et al. (2024), Colombia, “*Acceso a los servicios de salud en las personas con discapacidad de las comunas 6, 7 y 8 del municipio de San José de Cúcuta (Colombia), año 2022*”; caracterizaron las condiciones de ingreso y calidad de los servicios sanitarios en población con discapacidad. Las características metodológicas expusieron un enfoque cuantitativo, recolectando la información mediante el cuestionario y revisión documental, con un total de 99 personas y documentación técnica. Los hallazgos han evidenciado que el 42.40% de los encuestados fueron mujeres, en donde las barreras de acceso fueron percibidas por el 61.60% de los participantes, principalmente encontrando limitantes en términos de las consultas médicas y especializadas en un 60.60%. Se concluyó que, las deficiencias han estado centradas en la facilidad de acceso, calidad y oportunidad de los servicios sanitarios, enfocando el análisis en personas con alguna discapacidad.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Rivera (2024), Lima, en la investigación titulado “*Percepción de las políticas públicas en el derecho de la salud del trastorno del espectro autista en un centro de salud 2024*”; examinó la percepción del personal especializado en salud en cuanto a las políticas estatales vinculadas al derecho a la atención sanitaria de pacientes con TEA. En la metodología, el nivel de estudio fue cualitativo, de diseño no experimental, donde el grupo estuvo conformado por 5 profesionales de la salud, siendo obtenida la información mediante la utilización de la guía de entrevistas. Los hallazgos han indicado que, las políticas públicas se han caracterizado por haber sido ineficaces e insuficientes principalmente por la carente capacitación de los profesionales acerca de la forma de atender o abordar toda problemática relacionada con pacientes con problemas específicos como el TEA, conllevando a que no se cuente con la infraestructura, ni la coordinación interinstitucional suficiente. Las

conclusiones han dejado en evidencia la urgencia de disponer de mejoras directas en lo referente a la capacitación continua del personal especializado en salud, infraestructura y promoción de coordinación intersectorial.

Vásquez (2023), Tarapoto, en su investigación denominado “*Derecho a la salud y la inclusión de personal médico bilingüe, en las comunidades nativas, provincia de Lamas, año 2022*”. Analizó la garantía del derecho a la atención sanitaria en cuanto a la incorporación del personal de salud dentro de poblaciones originarias. En la metodología, el diseño fue no experimental, con nivel descriptivo, en donde la información fue obtenida en base a la aplicación de la entrevista semiestructurada, aplicada hacia operadores de justicia. Los resultados han expuesto que los problemas principales han tenido que ver con la falta de personal de salud en comunidades originarias, conllevando a que se requiera no solo de una comunicación efectiva entre los diferentes involucrados, como el personal médico y administrativo, sino que los pacientes gozaron de diferente idioma, impidiendo de una comunicación continua para conocer sus dolencias. La conclusión ha manifestado que el personal médico no se ha encontrado preparado en el dialecto de las comunidades en las que atienden, siendo un claro factor limitante en cuanto a asegurar el acceso a la atención sanitaria de la ciudadanía.

Apaza (2024), Puno, en la investigación titulado “*Derecho a la salud mediante el acceso a la telemedicina*”. Determinó el vínculo legal entre el ingreso a la telemedicina y el derecho a la atención sanitaria de acuerdo con el marco normativo peruano. Las características metodológicas pusieron en exposición un enfoque cualitativo, en donde el nivel fue el descriptivo, siendo representada por una muestra de 10 artículos de investigación científica y recuperando los datos mediante fichas documentales. Los hallazgos han indicado que el marco legal nacional ha contado con un esfuerzo progresivo que ha requerido de beneficiar la disponibilidad equitativa de los servicios sanitarios en cuanto al uso de la telemedicina; sin embargo, a la Constitución Política y a la Ley General de Salud no llega a ofrecer aportes, al no considerar este tipo de atención. De acuerdo con lo expuesto, se ha manifestado la existencia de un vacío normativo que ha impedido

la regulación de implementación de nuevas metodologías para beneficiar el ingreso hacia un sistema de atención sanitaria equitativo y de óptima calidad.

2.1.3. Antecedentes regionales

Melgarejo (2024), Moquegua, investigación denominada “*Derechos sociales y políticas públicas, de acuerdo con expertos en derecho del Distrito Judicial de Moquegua, 2024*”. Determinó el vínculo entre los derechos sociales y las políticas estatales según especialistas en derecho. La metodología fue de enfoque cuantitativa, manteniendo un diseño no experimental, nivel correlacional, con una muestra conformada por 74 abogados especialistas y recuperando la información en base al uso del cuestionario. Los hallazgos han verificado la presencia de una conexión significativa entre las variables analizadas, con un valor de 0.489, en donde se ha confirmado que la desnaturalización del derecho fue el que confirmó un mayor comportamiento relacional en cuanto a las políticas públicas, con un valor representativo de 0.502. Se determinó que las políticas estatales han cumplido una función indispensable en la protección de todo derecho social, conllevando a que se espere ofrecer garantías de acceso equitativo y minimizar todo tipo de desnaturalización.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Normativa nacional e internacional del derecho a la salud

Se reconoce el derecho a la salud como un derecho humano de tipo vinculante, en donde este queda enfatizado por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual insta a que todo estado pueda formular leyes, políticas y programas que se encuentren centrados en poder garantizar un acceso de carácter universal, equitativo y sin ningún tipo de discriminación hacia el hecho de brindar servicios de salud de alta calidad, además de poder abordar de este modo a determinantes sociales que sean subyacentes por medio de un enfoque de derechos humanos (OMS, 2023).

El Estado peruano formalizó la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País Saludable” mediante Decreto Supremo N° 026-2020-SA, cuyo Plan Estratégico Multisectorial, aprobado en 2021, establece mecanismos integrales para garantizar el derecho a la salud, promoviendo intervenciones articuladas entre entidades públicas y la sociedad civil con enfoque inclusivo y equitativo (Ministerio de Salud del Perú, 2024).

La normativa peruana además, ha centrado importancia en la posibilidad de afianzar la protección del derecho a la salud en coherencia con la Constitución Política de 1993, encomendando al artículo 7, en donde se puede consagrar el derecho de que toda persona cuenta con la posibilidad de tener protección de salud y en complemento con el artículo 9, el cual se ha centrado en encomendar al Estado, el desarrollo de políticas nacionales en coherencia con la salud, en claro refuerzo por la Ley General de Salud y su reglamentación reciente (Amnistía Internacional, 2024).

2.2.2. Derecho a la salud

El derecho a la salud conforma un principio fundamental en cuanto a garantizar que cada individuo pueda tener el acceso hacia servicios de calidad, permitiendo que se pueda garantizar el bienestar mental y físico de cada individuo. Este concepto aborda no solo el hecho de requerir de una atención médica oportuna, sino que se incide en garantizar el acceso a servicios básicos, dentro de los que se considera al agua potable, alimentación y condiciones ambientales. De igual modo, su reconocimiento aborda la obligación que el estado tiene para que cuente con políticas públicas que sean coherentes con el desarrollo de entornos que benefician el desarrollo de la población y comunidad en sí misma (Finco, 2021).

A su vez, dicho precepto jurídico cuenta con una relación directa con los demás derechos humanos, en coherencia con la dignidad y la vida, implicando un enfoque integral que garantice su protección. De esta forma, es que se requiere de la adopción de diferentes medidas que puedan abordar todo tipo de desigualdades sociales, garantizando y poniendo como prioridad el acceso hacia los recursos

sanitarios; así como, el poner como prioridad a las comunidades con mayor índice de vulnerabilidad. El empleo de estrategias de prevención y promoción resulta fundamental para que se garantice una cobertura sostenida con el tiempo y equitativa (Barbosa, 2024).

Sumado a esto, el reconocimiento de este tipo de prerrogativas dentro de los marcos normativos internacionales ha promovido la adopción de diferentes estándares mínimos que los estados deben de brindar a la sociedad, con la finalidad de que se pueda compensar toda brecha en relación con las políticas sanitarias actuales. De esta forma, es que se busca la promoción de estrategias de mejora que permitan la optimización de los servicios prestados en el área de salud, buscando que todo ciudadano de una comunidad pueda gozar del acceso hacia la salud, sin existir cualquier tipo de discriminación (Barcelona y Dempsey, 2024).

2.2.2.1. Personas vulnerables

Las personas vulnerables son aquellos individuos o colectivos que, debido a condiciones socioeconómicas, de salud, discapacidad u otros factores estructurales, enfrentan mayores barreras para ejercer plenamente sus derechos fundamentales. Esta condición de vulnerabilidad puede ser resultado de circunstancias como la pobreza, la discriminación o la carencia de acceso a servicios básicos, lo que limita sus oportunidades de desarrollo. Por lo tanto, es fundamental la implementación de medidas específicas que permitan reducir dichas desigualdades y garantizar su protección integral (González, 2023).

De igual forma, la identificación de estos grupos requiere un análisis multidimensional que considere aspectos como la exclusión social, la falta de autonomía y la dificultad para acceder a recursos esenciales. A través de este enfoque se pueden diseñar intervenciones dirigidas a mitigar riesgos, fomentar su integración en la sociedad y fortalecer sus capacidades. La participación activa de estos grupos en la elaboración de políticas es crucial para asegurar que las soluciones respondan a sus necesidades reales (Black y Cameron, 2025).

Cabe destacar que los marcos normativos nacionales e internacionales han reconocido la necesidad de brindar atención prioritaria a estos sectores, estableciendo principios orientados a la equidad y la justicia social. Las acciones implementadas deben estar alineadas con un enfoque de derechos humanos, promoviendo la no discriminación y la igualdad de oportunidades en áreas como la educación, la atención sanitaria y el trabajo, con el propósito de asegurar su inclusión efectiva en la sociedad (Desille y Lacroix, 2025).

2.2.2.2. Acceso a servicios de salud

La disponibilidad de los servicios sanitarios hace referencia a la capacidad de que todos los individuos puedan hacer uso de forma oportuna, continua y equitativa de los recursos sanitarios de calidad, en coherencia con la preservación de su bienestar. Este concepto aborda no solo la disposición de infraestructura, sino que el personal médico capacitado de estar disponible para todo ciudadano, sin distinción alguna, compensando cualquier limitante geográfica, cultural o económica. Por ello, es que la eliminación de barreras es indispensable para que se garantice una cobertura integral que pueda responder hacia las necesidades activas de la población (Medina, 2024).

Por otro lado, la excelencia de los servicios proporcionados juega un papel preponderante en la efectividad del acceso hacia la atención sanitaria, debido a que no basta con la existencia de centros de atención, sino que se requiere de recursos materiales y humanos que sean coherentes con la necesidad de la población atendida (Zang et al., 2024). Por este motivo, es que resulta interesante entender que la capacitación constante del personal de salud es indispensable, yendo en conjunto con la modernización de procesos y contribuyendo hacia la optimización de la provisión de esta clase de atenciones, en donde se pueda compensar la demanda de la población (Fraccari y Kerrigan, 2024).

En dicho escenario, es que el ingreso hacia la atención sanitaria debe de ser universal, sin que se cuente con discriminación alguna en la atención médica, en donde el objetivo primordial del sistema sanitario radica en que se establezcan

estrategias que permitan asegurar la igualdad en cuanto a la repartición de los insumos (Webster y Zhang, 2025). La descentralización de estas prestaciones y el uso de tecnologías digitales en salud puede ser considerado como una alternativa clara para minimizar las brechas existentes y con ello, mejorar la cobertura que se tiene hacia zonas alejadas o que carezcan de infraestructura (Gilby y Koivusalo, 2024).

2.2.2.3. Teoría de la variable en estudio

La teoría de la justicia como equidad, formulada por John Rawls, propone un enfoque normativo que tiene que estar centrado en la distribución justa de todo bien primario dentro de una sociedad. Esta teoría permite que se establezca que toda persona cuente con acceso justo hacia los servicios básicos que benefician a su calidad de vida, basándose en los principios de igualdad y equidad. Esto resulta fundamental para que se garantice un entorno en donde todo servicio básico pueda ser accesible sin que se cuente con discriminación alguna, asegurando que ningún grupo social pueda ser excluido de este tipo de servicios (Fuenmayor, 2021).

2.2.3. Normativa nacional e internacional de las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) en su artículo 12 alcanza a reconocer el derecho al más alto nivel posible en cuanto a salud mental y física, en donde se debe de incorporar la consideración de contar con un acceso equitativo hacia determinantes fundamentales como la vivienda, el agua o la nutrición, en donde se requiere de contar con la adopción de una serie de medidas específicas que sirvan para la reducción de tipo de desigualdad en salud por medio de un sistema sanitario que sea accesible y que evite todo tipo de discriminación (OHCHR, 2025).

La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, más allá de promover el acceso universal, define objetivos prioritarios orientados a asegurar la atención integral, equitativa, oportuna y culturalmente sensible; estos lineamientos guiaron la implementación del Plan Estratégico Multisectorial en 2021, articulándose con

diversas instituciones para favorecer la inclusión social en los servicios de salud (Ministerio de Salud del Perú, 2020).

Así mismo, organismos como la Defensoría del Pueblo han sido importantes en la promoción de la inclusión dentro del sistema de salud en el Perú, por medio de la supervisión en cuanto a la implementación de políticas sanitarias, medios de atención hacia reclamos en el SIS y a la protección especial para aquellas poblaciones que cuentan con claro riesgo hacia la vulneración, ejerciendo un rol fiscalizador clave en la eliminación de barreras de acceso (Defensoría del Pueblo del Perú, 2024).

2.2.4. Políticas de inclusión en el sistema de salud peruano

Las normas de inclusión en el sistema sanitario peruano buscan garantizar que todos los ciudadanos, en especial aquellos en situación de vulnerabilidad, puedan acceder a servicios médicos de calidad sin restricciones económicas o sociales. Estas estrategias se fundamentan en principios de equidad, universalidad e integralidad, con el propósito de eliminar las brechas existentes y promover el bienestar general de la ciudadanía. La implementación de programas dirigidos a grupos marginados resulta esencial para consolidar un sistema más justo y accesible (Mendoza, 2022).

Adicionalmente, la formulación de dichas políticas requiere un enfoque participativo que involucre a diversos sectores de la sociedad, incluyendo organismos gubernamentales, actores privados y la sociedad civil (Vidal y Ortega, 2024). De esta manera, se pueden diseñar soluciones ajustadas a las demandas concretas de la población, promoviendo la sostenibilidad del sistema y garantizando su efectividad en el largo plazo. La evaluación continua de los programas implementados es clave para identificar posibles deficiencias y realizar los ajustes pertinentes (Hanass et al., 2024).

En este contexto, la normativa vigente en el país ha establecido mecanismos que buscan garantizar la inclusión sanitaria, a través de estrategias como la expansión de la cobertura del seguro social, la elaboración de planes de salud

comunitaria y el fomento de hábitos salubres (Vargas et al., 2024). Sin embargo, persisten desafíos relacionados con la gestión óptima de recursos y la igualdad en la repartición de los mismos, lo que exige una supervisión constante para optimizar los resultados obtenidos (Kalliomäki et al., 2024).

2.2.4.1. Información sobre política pública de salud

La información respecto a las políticas estatales de salud aborda un conjunto de datos, lineamientos y normativas que permitan una coherente planificación, evaluación y ejecución de estrategias que se encuentren destinadas hacia el perfeccionamiento de las condiciones higiénico-sanitarias de la ciudadanía. Su grado de disponibilidad y acceso son fundamentales para que se pueda garantizar la transparencia en la gestión dentro del sector salud, lo que permite que la población y las entidades puedan conocer sus derechos y obligaciones, en donde es importante destacar que toda información obtenida fortalece la intervención comunitaria y la rendición de cuentas (Rodríguez, 2024).

En adición, contar con fuentes de carácter confiable y actualizada permite que todo responsable pueda tomar decisiones informadas que puedan tener un impacto directo en la identificación de áreas críticas y establecimiento de prioridades de intervención (Valk, 2024). Los sistemas de información sanitaria desempeñan un papel de alta relevancia en cuanto a la facilidad de monitoreo, cobertura del servicio y control de enfermedades, lo que genera contribuciones hacia la planificación de los recursos públicos (Keene et al., 2024).

En esta coyuntura, los avances tecnológicos han beneficiado el perfeccionamiento en la recopilación y el examen de información dentro del sistema de salud pública actual, favoreciendo hacia la implementación de políticas que sean eficientes y basadas en la evidencia (Ullman et al., 2024). De acuerdo con ello, es que resulta fundamental garantizar la protección de información de carácter sensible, cumpliendo con la confidencialidad y basándose en el uso ético en términos de la formulación de políticas sanitarias (Machado et al., 2024).

2.2.4.2. Estrategias de las políticas públicas de salud

Las tácticas de las políticas sanitarias comprenden el conjunto de acciones coordinadas y planificadas que buscan optimizar el acceso, la calidad y la equidad en la atención de salud, respondiendo a las demandas concretas de la ciudadanía. Estas medidas incluyen el fomento de hábitos de vida saludables, la prevención de afecciones y el fortalecimiento del sistema sanitario mediante inversiones en infraestructura y capacitación del personal (Solano, 2022).

Igualmente, es importante la implementación de dichas estrategias requiere una adecuada articulación entre los diferentes niveles de gobierno, garantizando que los recursos disponibles sean empleados de forma eficiente (Stavrinaki, 2024). La descentralización de los servicios y la colaboración con entidades privadas y comunitarias resultan fundamentales para expandir la cobertura y asegurar la continuidad de los programas implementados (Mohammed et al., 2024).

Encima de eso, el monitoreo y evaluación de las tácticas adoptadas permiten ajustar las acciones en función de los resultados obtenidos, asegurando que las medidas respondan de manera efectiva a las necesidades cambiantes de la ciudadanía (Plotkin et al., 2024). La incorporación de herramientas tecnológicas y la digitalización de la atención sanitaria han demostrado ser elementos clave para mejorar la gestión y optimizar la atención, especialmente en contextos de alta demanda (Nnamani y Lomer, 2024).

2.2.4.3. Teoría de la variable en estudio

La Teoría de los Derechos Fundamentales, desarrollada por Robert Alexy, establece que estos deben de ser concebidos como normas de optimización; es decir, que todo principio requiere que se plantee su máxima realización dentro de toda posibilidad jurídica y fáctica en coherencia con cada contexto societario. Desde esta perspectiva, es que se llega a sostener que la satisfacción de las necesidades de un grupo de estudio es indispensable y vinculante con la protección de los derechos humanos, requiriendo que los estados puedan establecer obligaciones positivas o negativas (Alexy, 2021).

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

- a) **Accesibilidad a servicios médicos:** Es la posibilidad de recibir atención sanitaria sin limitaciones geográficas, económicas o administrativas, facilitando el acceso oportuno a tratamientos y procedimientos necesarios (Solís, 2023).
- b) **Atención primaria integral:** Es una serie de servicios que permiten garantizar la salud de la población, contando con un centralismo basado en la persona y promoviendo el enfoque comunitario (Seca, 2024).
- c) **Cobertura universal de salud:** Se refiere a la garantía de acceso a servicios médicos de calidad para toda la población, sin que el costo represente una barrera, asegurando la equidad en la atención sanitaria (Vargas, 2023).
- d) **Derechos de los pacientes:** Es todo tipo de garantía legal que incorpora el acceso hacia la información, dignidad y privacidad, en donde todo paciente debe de contar con este tipo de trato durante su atención en cualquier sistema de salud (Soto et al., 2024).
- e) **Determinantes sociales de la salud:** Son los factores económicos, ambientales y socioculturales que influyen en el bienestar de la población, condicionando las oportunidades de acceso a servicios médicos adecuados (Rivera, 2024).
- f) **Equidad en la salud:** Se basa en que todo individuo pueda acceder hacia servicios sanitarios de calidad, en donde se acceda de forma equitativa y justa (Vásquez, 2023).
- g) **Financiamiento del sector salud:** Consiste en la asignación de recursos económicos para la sostenibilidad de los servicios médicos, asegurando la provisión de infraestructura, insumos y personal calificado (Apaza, 2024).
- h) **Políticas de inclusión sanitaria:** Es una serie de estrategias que se encargan de minimizar las desigualdades en cuanto al acceso hacia la atención médica, en donde se asegure en todo momento un servicio adecuado (Melgarejo, 2024).

- i) **Red de servicios de salud:** Hace referencia a la organización estructurada de establecimientos sanitarios que ofrecen distintos niveles de atención, promoviendo la continuidad del cuidado médico (Fuenmayor, 2021).
- j) **Sistema de aseguramiento universal:** Es un mecanismo que permite que todo ciudadano pueda acceder a un servicio de salud que pueda ser garantizado por el ente estatal (Alexy, 2021).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. HIPÓTESIS

3.1.1. Hipótesis general

Existe relación significativa entre el derecho a la salud y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano, de acuerdo con operadores de justicia del Distrito Judicial de Moquegua, 2024.

3.1.2. Hipótesis específicas

- Existe relación significativa entre la dimensión personas vulnerables y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano, de acuerdo con operadores de justicia del Distrito Judicial de Moquegua, 2024.
- Existe relación significativa entre la dimensión acceso a servicios de salud y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano, de acuerdo con operadores de justicia del Distrito Judicial de Moquegua, 2024.

3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.2.1. Identificación de la variable independiente

Derecho a la salud

3.2.2. Identificación de la variable dependiente

Políticas de inclusión en el sistema de salud peruano

Tabla 1*Operacionalización de variables*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala	Instrumento
Variable 1	La disponibilidad de los servicios de atención médica, tanto preventiva como curativa, debe ser universal, asegurando que todos los individuos puedan acceder a ellos sin enfrentar discriminación alguna.	Por medio del uso del cuestionario, se contó con la valoración de la realidad de las personas vulnerables y acceso que se llega a tener a los servicios de salud, en coherencia con la	Personas vulnerables	Cobertura sanitaria Protección de grupos vulnerables	Ordinal	Cuestionario
	Es imperativo que el gobierno asegure el bienestar físico, psicológico y mental de cada ciudadano, evitando cualquier forma de exclusión en el acceso a estos servicios (Mendoza, 2022).	problemática existente en cuanto a la inclusión, desde la perspectiva de profesionales del derecho.		Disponibilidad		
			Acceso a servicios de salud	centros médicos Proximidad atención sanitaria		
Variable 2	Las políticas y directrices establecidas por el gobierno tienen como objetivo asegurar que todos los sectores poblacionales, en particular los más desprotegidos, tengan acceso a los servicios sanitarios. Estas	En base al uso del cuestionario se pudo establecer la comprensión integral acerca de la problemática de las políticas de inclusión, no	Información sobre política pública de salud	Conocimiento de políticas de salud	Ordinal	Cuestionario
	medidas están diseñadas para garantizar que no haya barreras que obstaculicen el uso de la atención sanitaria por parte de quienes más la necesitan (Solís, 2023).	solo desde las políticas empleadas, sino desde los datos que se obtienen acerca de las políticas públicas actuales.		Información		
			Estrategias de las políticas públicas de salud	Ejecución de estrategias sanitarias Desarrollo de políticas médicas		

3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación fue el básico, contando con la necesidad de poder entender o valorar un determinado contexto o problema para generar conocimiento. Vizcaíno et al. (2023), lo exponen como aquella necesidad que el investigador tiene de poder analizar un determinado contexto de estudio para que este sea expuesto en razón de un problema a comprender.

3.4. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

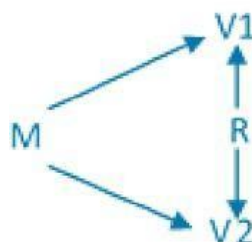
El nivel fue el correlacional, debido a que se expuso el grado de relación alcanzado entre los elementos comparados. Vizcaíno et al. (2023), lo sustentan como aquella interacción que se puede tener entre los elementos de estudio, en donde se puede esperar que estos cuenten con un comportamiento conjunto dentro de un contexto en estudio.

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño fue no experimental y transversal, siendo obtenido los datos en una sola oportunidad en razón del diseño transversal, evitando sesgos relacionados con la variabilidad del tiempo de recojo de datos. Además, fue no experimental, debido a que el investigador no alteró el contexto de donde se obtuvieron los datos y siendo correlacional, al buscar el grado de relación encontrado en los elementos comparados (Vizcaíno et al., 2023).

Figura 1

Diagrama de relación



Nota: M, muestra, R, relación, V1, V2, variables

3.6. ÁMBITO Y TIEMPO SOCIAL DE LA INVESTIGACIÓN

Ámbito de la investigación

El ámbito de estudio correspondió al Distrito Judicial de Moquegua.

Tiempo social de la investigación

El proceso de recojo y análisis de datos fue durante el periodo anual 2024.

3.7. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.7.1. Unidad de estudio

Fue representada por medio de operadores de justicia, en donde una unidad de estudio corresponde a un grupo de participantes sobre los cuales se espera obtener información del problema (Vizcaíno et al., 2023).

3.7.2. Población

El análisis se enfocó en examinar las perspectivas de 86 abogados disponibles para interacción directa, quienes ejercen dentro del ámbito del Distrito Judicial de Moquegua. La elección de estos profesionales se fundamentó en la accesibilidad del investigador para contactarlos y su conocimiento en la materia. De acuerdo con lo indicado por Vizcaíno et al. (2023), la población se compone de participantes sobre los que se conoce el potencial de conocimiento acerca de un determinado tema de investigación.

3.7.3. Muestra

En la muestra se aplicó una metodología censal, que abarcó al 100% de la población; es decir, a los 86 operadores jurídicos (abogados y/o fiscales) de la zona en estudio. Dicho enfoque aseguró la inclusión completa del grupo objetivo, facilitando una interacción constante entre el investigador y los participantes, de acuerdo con lo señalado por Vizcaíno et al. (2023).

Muestreo: La investigación empleó una técnica de selección intencional, donde únicamente aquellos que satisfacían ciertos parámetros definidos fueron incluidos. Vizcaíno et al. (2023) señalan que este tipo de selección muestral enfocada se basa en la habilidad del investigador para no solo identificar, sino también evaluar a los individuos más adecuados, lo que permitirá obtener conclusiones valiosas en el marco del análisis.

Criterios de inclusión

Abogados que deseen formar parte de la investigación y que hayan tenido experiencia en casos de inclusión y con conocimiento en la problemática del sistema de salud actual.

Criterios de exclusión

Abogados con menos de 3 años de experiencia y aquellos que no puedan completar de forma directa el cuestionario empleado.

3.8. PROCEDIMIENTO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.8.1. Procedimiento

Para reflejar adecuadamente las características del estudio y las variables incluidas, se utilizaron representaciones gráficas y/o tablas que mostraron frecuencias y porcentajes. El estudio llevó a cabo análisis tanto exploratorios como inferenciales, permitiendo el desarrollo de correlaciones y la comprobación de la significancia estadística. La hipótesis fue validada si el nivel de significancia es inferior a 0.05. Asimismo, se utilizaron herramientas como Excel y la edición 26 de SPSS con el propósito de asegurar precisión en la gestión de los datos.

3.8.2. Técnicas

Con el fin de realizar una recolección eficiente de información relevante, se empleó la técnica denominada **encuesta**.

Vizcaíno et al. (2023), señalan que este recurso consiste en la elaboración de un conjunto de interrogantes estructuradas de manera ordenada para poder recabar información relevante acerca de un tema en específico.

3.8.3. Instrumentos

El instrumento que se utilizó fue el **cuestionario**. El mismo que sirvió para la recolección de información, constó de 10 ítems relacionados con la primera variable, centrada en el derecho a la salud. De forma análoga, la segunda variable, enfocada en las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano, incluyó 10 preguntas. La escala empleada fue del tipo ordinal.

Vizcaíno et al. (2023), sustentan que este instrumento tiene como objetivo esclarecer los aspectos esenciales del contexto investigado, con la finalidad de que por medio de las dudas se pueda comprender la realidad percibida por los participantes.

Validez

En coherencia con el proceso de validación, este correspondió a que se cuente con una ficha técnica de instrumento (Apéndice 5), en donde se ha demostrado la validez de tipo concurrente, siendo la responsable de confirmar la existencia de una fuente que sirva como base directa para la distribución y construcción de un instrumento (Vizcaíno et al., 2023).

Confiabilidad

La confiabilidad fue demostrada por haber realizado el cálculo del Alfa de Cronbach ante un grupo piloto representado por 10 participantes, en donde al contar con una representación que se ha encontrado por encima de 0.70, se ha podido demostrar el grado de fiabilidad de la información. Vizcaíno et al. (2023), lo definen como un método estadístico que tiene como finalidad la generación y demostración de confianza de la información procesada.

Tabla 2

Confiabilidad por Alfa de Cronbach

Variable	Valor	Condición
Variable 1	0.903	Confiable
Variable 2	0.928	
Ambas variables	0.954	

Nota: Procesado en Excel

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

La información fue consecuencia de mantener comunicación directa con cada uno de los participantes, en donde la intención de ello radicó en que se pueda conversar los tiempos libres de cada participante, con la finalidad de que se pueda aplicar el instrumento de forma fiable y sin premuras. Ello tomó un tiempo de entre 1 a 2 meses, considerando un tiempo de respuesta del instrumento de entre 10 a 15 minutos por cada individuo.

4.2. DISEÑO DE LA PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Una vez obtenida la información de los datos, se ha contado con la conformación de la base de datos en el programa Excel, en donde dicha información ha servido para que se pueda organizar la información y posteriormente exportarla hacia el programa SPSS V 26.00. Una vez realizado ello, la información fue distribuida en dos estadísticas, la descriptiva y la inferencial, siendo la primera de estas la responsable de poder caracterizar a cada variable y dimensión de estudio, en compatibilidad con la estadística inferencial, siendo esta la que permitió demostrar la relación entre cada variable de estudio.

4.3. RESULTADOS

Tabla 3

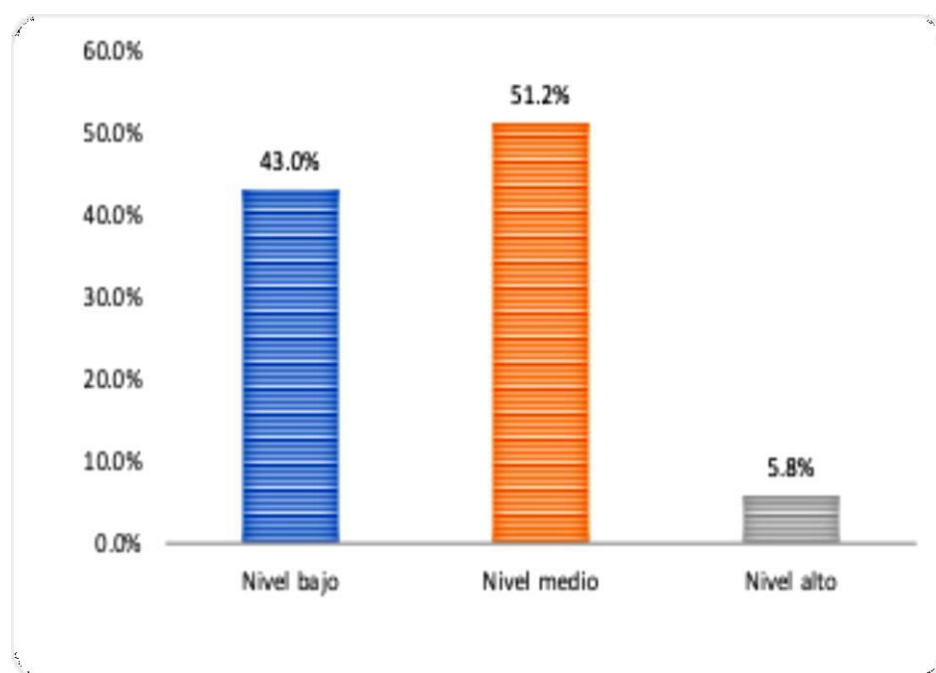
Análisis de la variable: Derecho a la salud

	F	%
Nivel bajo	37	43.0%
Nivel medio	44	51.2%
Nivel alto	5	5.8%
Total	86	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 2

Análisis de la variable: Derecho a la salud



Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

En tabla 3 y figura 2, se aprecian que, en el análisis, la mayoría de los participantes se ubicó en un nivel medio con un 51.2%, lo que evidenció una

percepción intermedia respecto al ejercicio pleno de esta condición. Un 43.0% manifestó un nivel bajo, reflejando limitaciones significativas en el cumplimiento de esta garantía en su entorno profesional y social. Solo un 5.8% alcanzó un nivel alto, lo que indicó que para una minoría se reconocieron y aplicaron de manera adecuada las disposiciones y medidas vinculadas a este ámbito. Estos resultados sugirieron que, aunque existe un sector que reconoce parcialmente el cumplimiento de las garantías en cuestión, persisten desafíos que requieren atención, particularmente en lo que respecta a la reducción de brechas en la aplicación normativa y en la cobertura de servicios esenciales, lo que plantea la necesidad de fortalecer el marco de acción para alcanzar estándares más equitativos y sostenibles dentro del contexto judicial y social.

Tabla 4

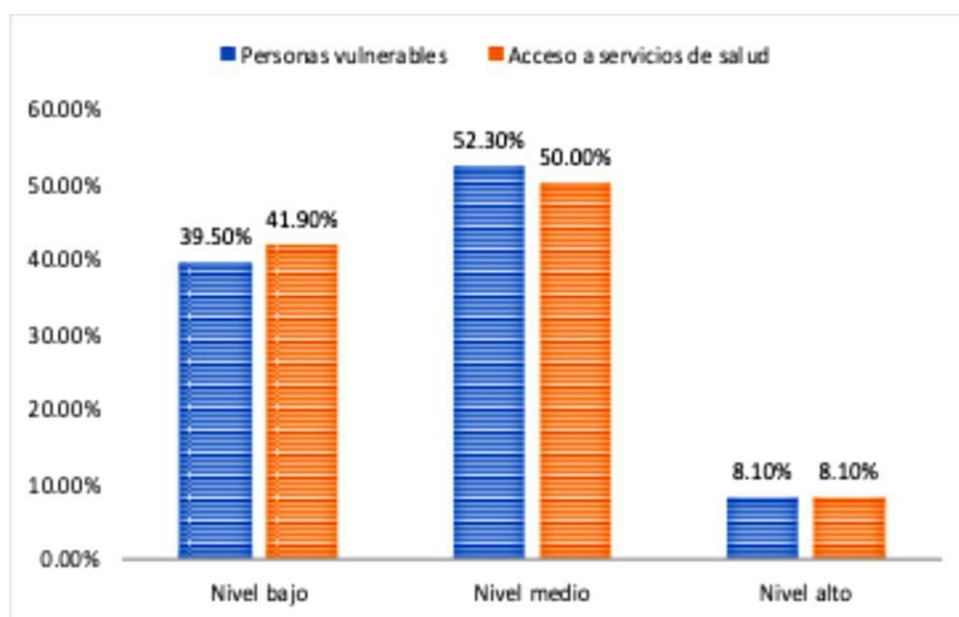
Análisis de las dimensiones de la variable: Derecho a la salud

	Personas vulnerables		Acceso a servicios de salud	
	F	%	F	%
Nivel bajo	34	39.5%	36	41.9%
Nivel medio	45	52.3%	43	50.0%
Nivel alto	7	8.1%	7	8.1%
Total	86	100.0%	86	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 3

Análisis de las dimensiones de la variable: Derecho a la salud



Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

En tabla 4 y figura 3, se aprecian que, en relación con las dimensiones, en “personas vulnerables” predominó el nivel medio con un 52.3%, seguido por un 39.5% en el nivel bajo, mientras que solo un 8.1% se situó en el nivel alto. En cuanto a “acceso a servicios de salud”, el 50.0% indicó un nivel medio, el 41.9% se

encontró en el nivel bajo y únicamente el 8.1% presentó un nivel alto. Esto evidenció que en ambos aspectos la mayoría reconoció un desarrollo intermedio, aunque persisten sectores con percepciones desfavorables que reflejan barreras estructurales y operativas. La baja proporción en el nivel alto resaltó que son pocos quienes consideran que los mecanismos de protección y acceso funcionan de manera óptima, lo cual plantea la necesidad de acciones articuladas que garanticen una cobertura más efectiva y una atención diferenciada hacia los grupos en situación de mayor riesgo.

Tabla 5

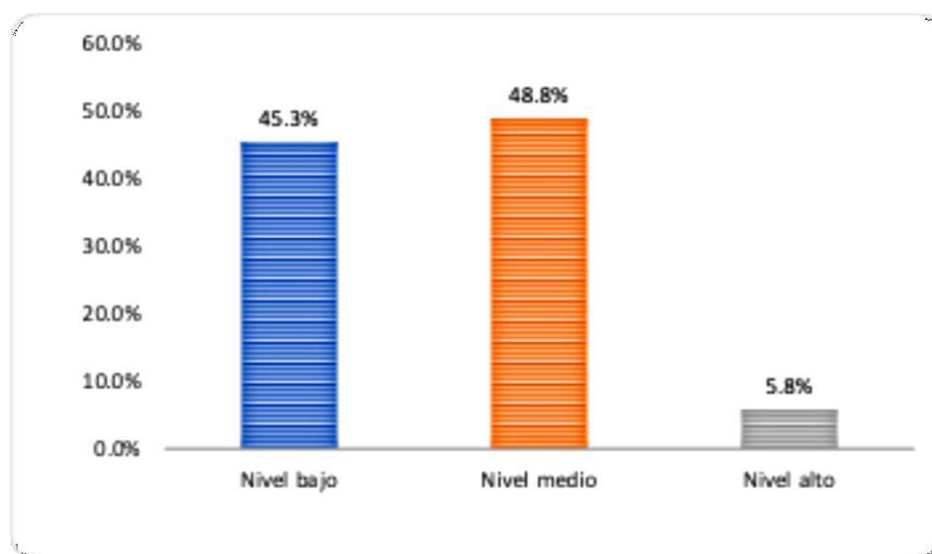
Análisis de la variable: Políticas de inclusión en el sistema de salud peruano

	F	%
Nivel bajo	39	45.3%
Nivel medio	42	48.8%
Nivel alto	5	5.8%
Total	86	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 4

Análisis de la variable: Políticas de inclusión en el sistema de salud peruano



Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

En tabla 5 y figura 4, se aprecian que, en el análisis, el 48.8% de los operadores manifestó un nivel medio, lo que denotó un reconocimiento parcial del alcance y la efectividad de las medidas establecidas. Un 45.3% se ubicó en el nivel bajo, lo que indicó una percepción crítica frente a la suficiencia y aplicación de dichas disposiciones en el ámbito evaluado. En contraste, solo un 5.8% evidenció un nivel alto, lo que sugiere que para una minoría las políticas en mención se desarrollaron de forma adecuada y alineada con las necesidades existentes. Esta

distribución porcentual señaló que la mayoría se mantuvo en una posición intermedia, lo que refleja que, si bien existen avances, persisten vacíos en la implementación y en el alcance de las estrategias, lo que podría limitar la efectividad de las acciones destinadas a garantizar un servicio más inclusivo y equitativo para toda la población.

Tabla 6

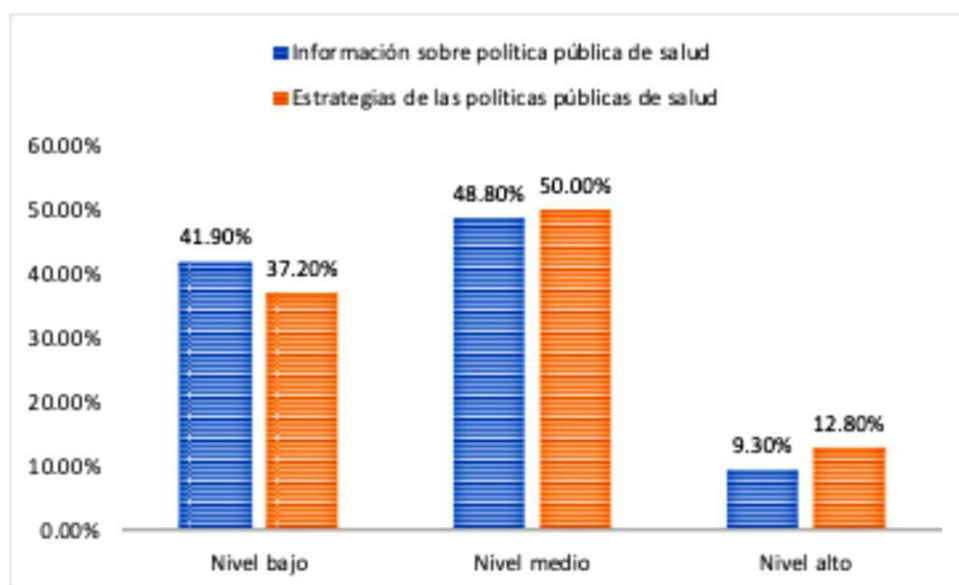
Análisis de las dimensiones de la variable: Políticas de inclusión en el sistema de salud peruano

	Información sobre política pública de salud		Estrategias de las políticas públicas de salud	
	F	%	F	%
Nivel bajo	36	41.9%	32	37.2%
Nivel medio	42	48.8%	43	50.0%
Nivel alto	8	9.3%	11	12.8%
Total	86	100.0%	86	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 5

Análisis de las dimensiones de la variable: Políticas de inclusión en el sistema de salud peruano



Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

En tabla 6 y figura 5, se aprecian que, al detallar las dimensiones, en “información sobre política pública de salud” el 48.8% presentó un nivel medio, seguido del 41.9% en nivel bajo y apenas un 9.3% en nivel alto. En “estrategias de las políticas públicas de salud” el 50.0% se posicionó en nivel medio, el 37.2% en nivel bajo y el 12.8% en nivel alto. Estas cifras reflejaron que, aunque la mayoría

reconoció un avance moderado en la información y estrategias vinculadas, todavía un porcentaje considerable consideró que las acciones no son plenamente efectivas. La reducida proporción en los niveles altos mostró que los esfuerzos de planificación y difusión de las políticas aún no logran una cobertura y aplicación óptimas, lo que demanda un fortalecimiento en la articulación interinstitucional y una mejora en la comunicación de las medidas para que su alcance sea más efectivo.

Análisis por pregunta

Tabla 7

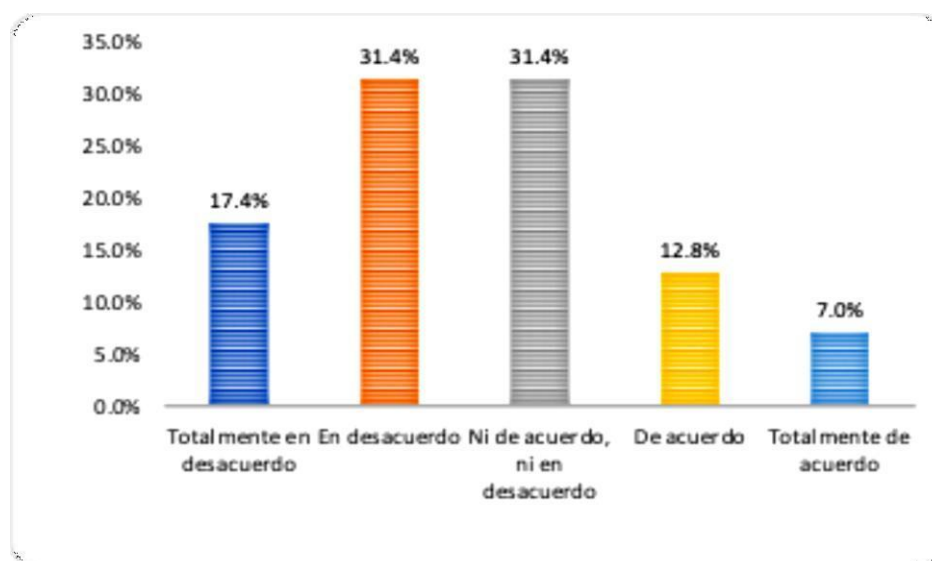
¿Qué tan de acuerdo estás con que la implementación de políticas públicas ha sido suficiente para asegurar que todos los grupos vulnerables tengan acceso equitativo a los servicios de salud?

	F	%
Totalmente en desacuerdo	15	17.4%
En desacuerdo	27	31.4%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	27	31.4%
De acuerdo	11	12.8%
Totalmente de acuerdo	6	7.0%
Total	86	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 6

¿Qué tan de acuerdo estás con que la implementación de políticas públicas ha sido suficiente para asegurar que todos los grupos vulnerables tengan acceso equitativo a los servicios de salud?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

En la tabla 7 y figura 6, se apreció que la mayor parte de los operadores jurídicos, con un 31.4%, se mostró en desacuerdo o mantuvo una postura neutral respecto a la suficiencia de las políticas públicas para garantizar la equidad en el acceso sanitario. Este resultado evidenció una percepción moderada sobre la efectividad estatal en la cobertura de grupos vulnerables, mientras que solo un 7.0% expresó total conformidad, lo cual sugiere persistentes limitaciones en la aplicación práctica de dichas políticas.

Tabla 8

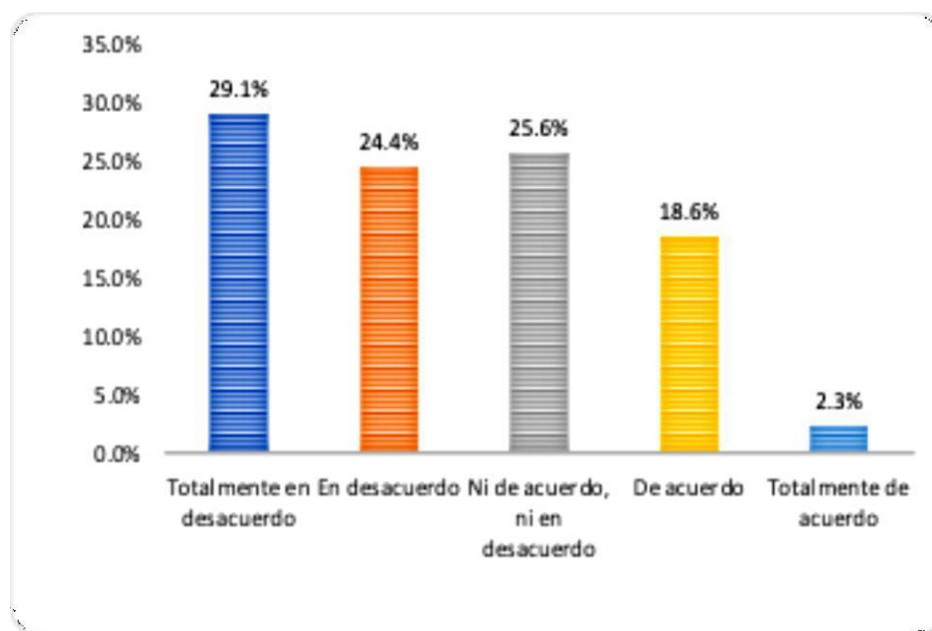
¿En qué grado concuerdas con que las iniciativas de inclusión en el sistema de salud han fallado en garantizar una adecuada atención a las personas en situaciones de vulnerabilidad?

	F	%
Totalmente en desacuerdo	25	29.1%
En desacuerdo	21	24.4%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	22	25.6%
De acuerdo	16	18.6%
Totalmente de acuerdo	2	2.3%
Total	86	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 7

¿En qué grado concuerdas con que las iniciativas de inclusión en el sistema de salud han fallado en garantizar una adecuada atención a las personas en situaciones de vulnerabilidad?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

De acuerdo con la tabla 8 y figura 7, un 29.1% manifestaron total desacuerdo ante la afirmación de que las estrategias inclusivas han fallado en brindar atención adecuada, seguido por un 25.6% con postura neutral. Estos resultados reflejaron opiniones divididas, aunque una proporción importante de participantes evidenció disconformidad con la eficacia institucional, señalando la necesidad de mayor compromiso estatal para asegurar servicios accesibles y sostenibles, especialmente para sectores con mayor riesgo de exclusión sanitaria.

Tabla 9

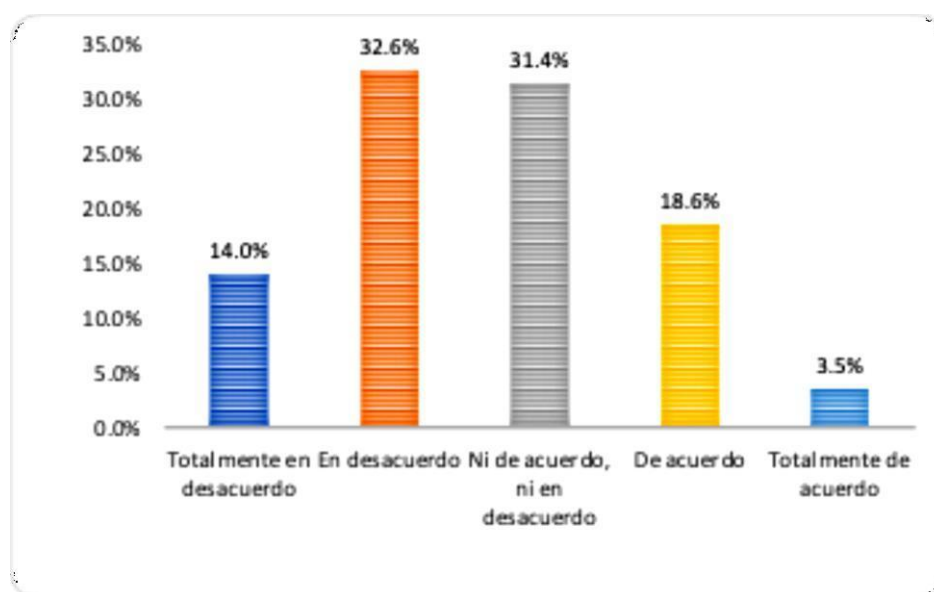
¿Cómo evalúas tu conformidad con que los esfuerzos del sistema de salud para ampliar la cobertura no han sido efectivos en reducir las barreras de acceso para las poblaciones más desprotegidas?

	F	%
Totalmente en desacuerdo	12	14.0%
En desacuerdo	28	32.6%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	27	31.4%
De acuerdo	16	18.6%
Totalmente de acuerdo	3	3.5%
Total	86	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 8

¿Cómo evalúas tu conformidad con que los esfuerzos del sistema de salud para ampliar la cobertura no han sido efectivos en reducir las barreras de acceso para las poblaciones más desprotegidas?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

En la tabla 9 y figura 8, se identificó que el 32.6% expresó desacuerdo con la idea de que la expansión de la cobertura no ha sido eficaz para reducir las limitaciones de acceso. Sin embargo, un 31.4% mantuvo una posición neutral, lo que denotó falta de consenso. Este equilibrio de percepciones sugiere que, pese a los avances estructurales, aún existen desafíos en la reducción de desigualdades en poblaciones con menor disponibilidad de servicios médicos.

Tabla 10

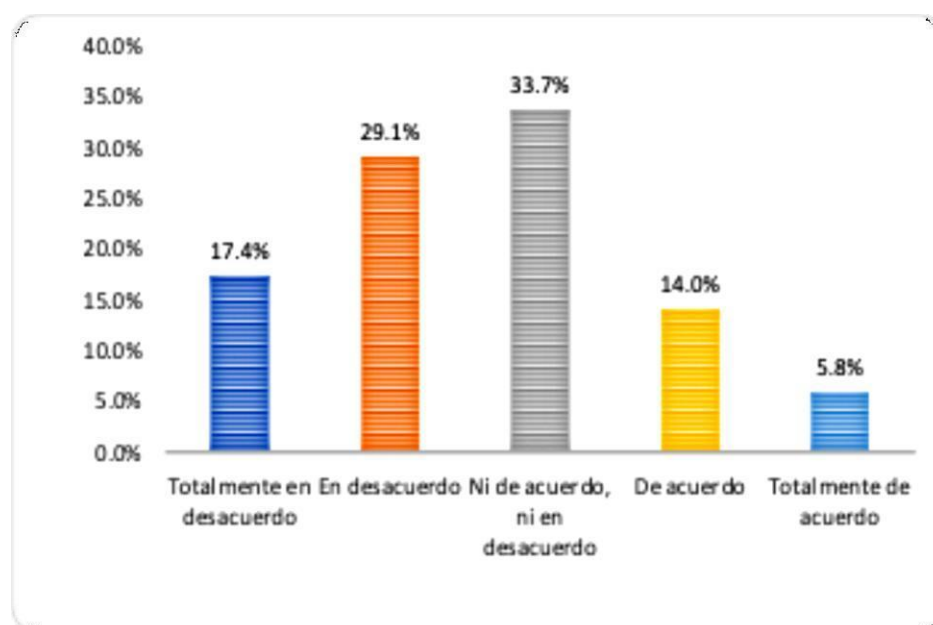
¿Hasta qué punto coincides en que las políticas de salud actuales no logran proteger de manera adecuada a los grupos vulnerables frente a los riesgos sanitarios?

	F	%
Totalmente en desacuerdo	15	17.4%
En desacuerdo	25	29.1%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	29	33.7%
De acuerdo	12	14.0%
Totalmente de acuerdo	5	5.8%
Total	86	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 9

¿Hasta qué punto coincides en que las políticas de salud actuales no logran proteger de manera adecuada a los grupos vulnerables frente a los riesgos sanitarios?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

En la tabla 10 y figura 9, un 33.7% mostraron una posición intermedia frente a la afirmación de que las políticas actuales no protegen de forma adecuada a las poblaciones más vulnerables, mientras que un 29.1% estuvo en desacuerdo. La tendencia reveló percepciones heterogéneas, aunque predominó la duda sobre la efectividad de las medidas sanitarias. Este escenario reflejó que las políticas aún no generan la confianza necesaria en cuanto a su capacidad preventiva frente a los riesgos en salud pública.

Tabla 11

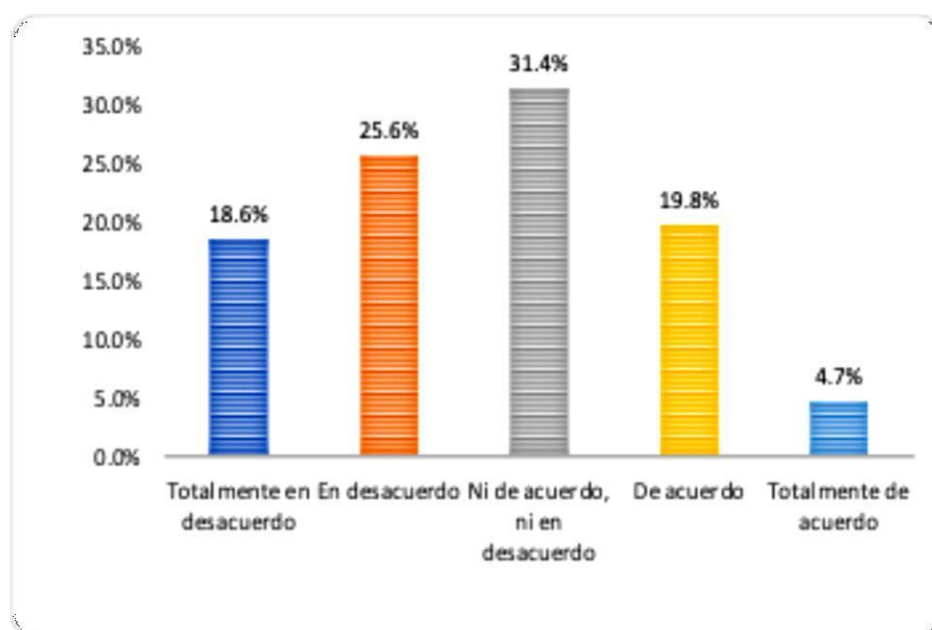
¿En qué medida aceptas que el sistema de salud peruano sigue presentando fallas considerables en la cobertura universal, afectando principalmente a los sectores más vulnerables de la población?

	F	%
Totalmente en desacuerdo	16	18.6%
En desacuerdo	22	25.6%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	27	31.4%
De acuerdo	17	19.8%
Totalmente de acuerdo	4	4.7%
Total	86	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 10

¿En qué medida aceptas que el sistema de salud peruano sigue presentando fallas considerables en la cobertura universal, afectando principalmente a los sectores más vulnerables de la población?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

Según los resultados de la tabla 11 y figura 10, un 31.4% se mantuvo neutral respecto a las deficiencias en la cobertura sanitaria, seguido de un 25.6% que expresó desacuerdo. Esta distribución sugiere percepciones críticas, pero con cierto grado de reserva en las opiniones. La falta de consenso entre los encuestados podría interpretarse como reflejo de una valoración moderada de las acciones emprendidas por el Estado para atender las brechas asistenciales en los sectores más desprotegidos.

Tabla 12

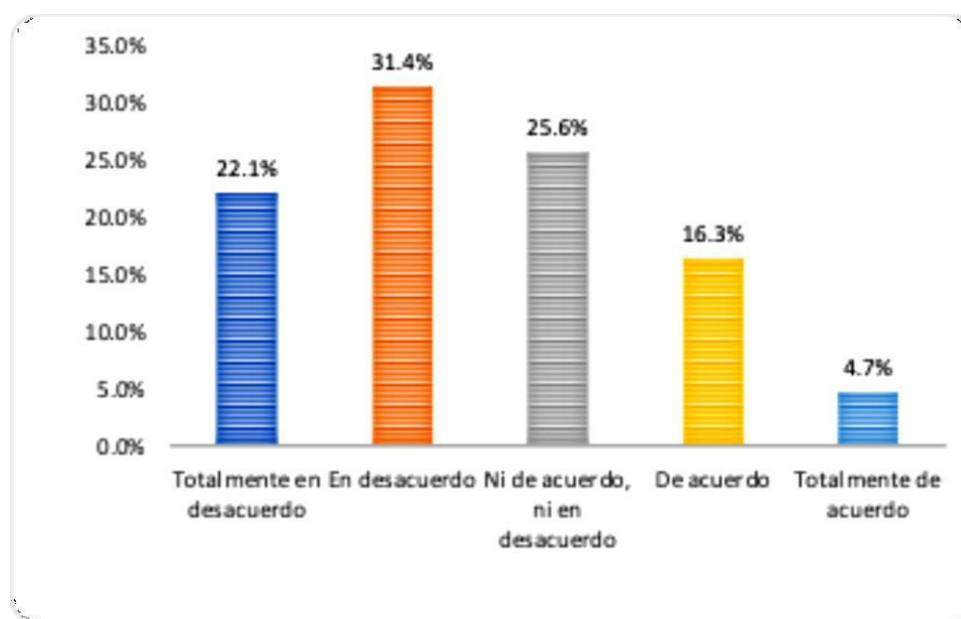
¿En qué grado consideras que la cantidad de centros médicos en zonas rurales es insuficiente para cubrir la demanda de servicios de salud de la población más vulnerable?

	F	%
Totalmente en desacuerdo	19	22.1%
En desacuerdo	27	31.4%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	22	25.6%
De acuerdo	14	16.3%
Totalmente de acuerdo	4	4.7%
Total	86	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 11

¿En qué grado consideras que la cantidad de centros médicos en zonas rurales es insuficiente para cubrir la demanda de servicios de salud de la población más vulnerable?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

En la tabla 12 y figura 11, el 31.4% manifestaron desacuerdo ante la insuficiencia de centros de atención rural, mientras que un 25.6% adoptó una postura neutra. Los datos indicaron percepciones divididas, aunque la proporción que consideró deficiente la cobertura rural fue relevante. Este escenario evidenció una preocupación latente sobre la desigual distribución de infraestructura médica, especialmente en contextos geográficos alejados, donde la demanda sanitaria supera las capacidades disponibles.

Tabla 13

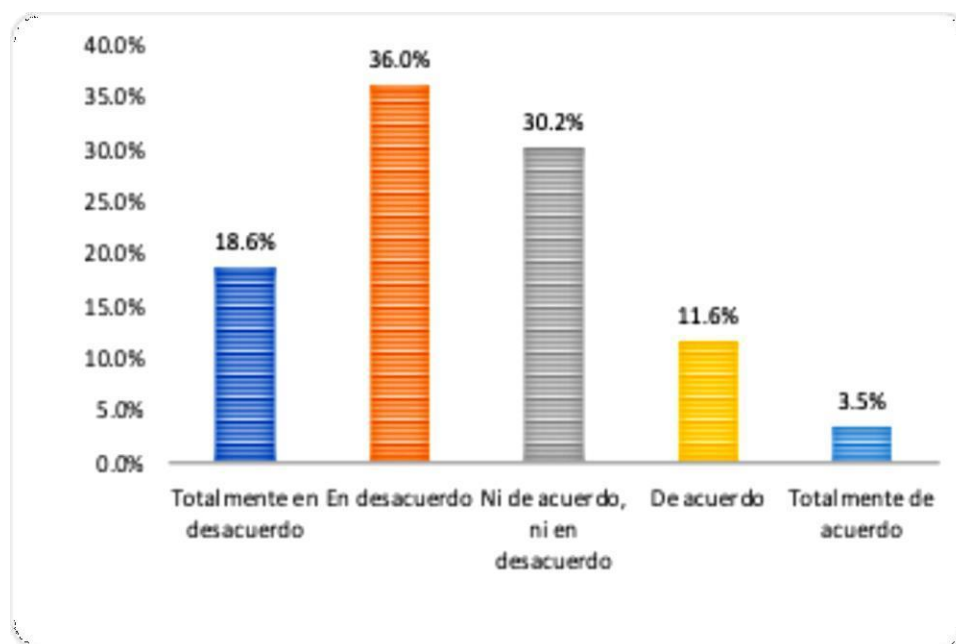
¿Qué tan conforme estás con que la distancia entre los centros de atención sanitaria y los lugares de residencia de las personas en áreas rurales dificulta su acceso oportuno a la atención médica?

	F	%
Totalmente en desacuerdo	16	18.6%
En desacuerdo	31	36.0%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	26	30.2%
De acuerdo	10	11.6%
Totalmente de acuerdo	3	3.5%
Total	86	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 12

¿Qué tan conforme estás con que la distancia entre los centros de atención sanitaria y los lugares de residencia de las personas en áreas rurales dificulta su acceso oportuno a la atención médica?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

De acuerdo con la tabla 13 y figura 12, el 36.0% de los participantes estuvieron en desacuerdo con que la distancia entre los centros sanitarios y los hogares rurales limite el acceso, mientras que un 30.2% mostró neutralidad. Aunque la mayoría no coincidió con la afirmación, la presencia de un porcentaje considerable de acuerdo parcial (11.6%) reveló que la distancia sigue siendo un factor relevante en la oportunidad de atención médica en áreas dispersas.

Tabla 14

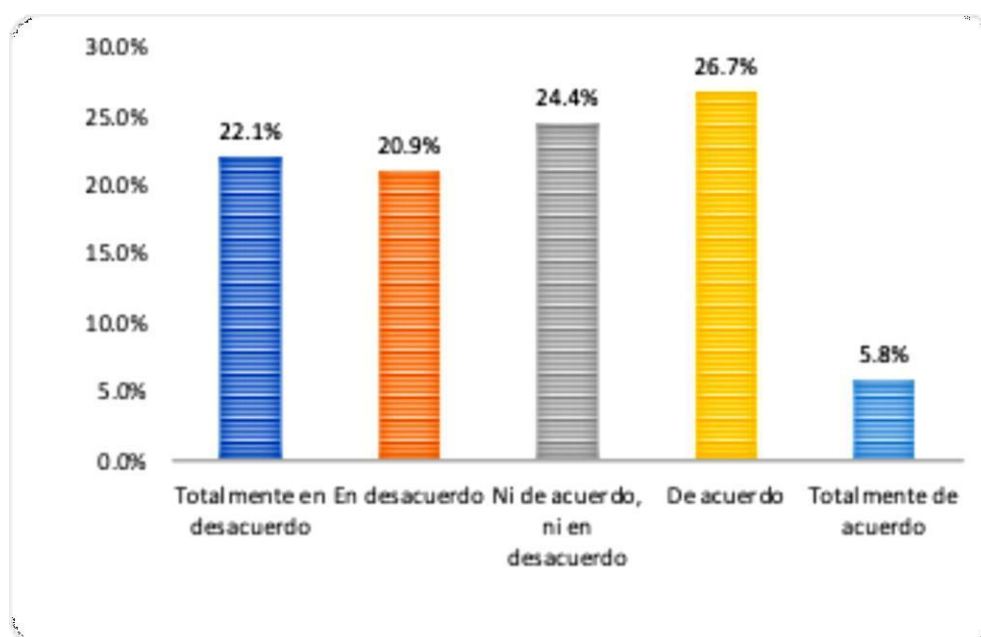
¿Hasta qué nivel coincides con que la falta de infraestructura médica adecuada en determinadas regiones limita la capacidad del sistema de salud para atender eficazmente a la población?

	F	%
Totalmente en desacuerdo	19	22.1%
En desacuerdo	18	20.9%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	21	24.4%
De acuerdo	23	26.7%
Totalmente de acuerdo	5	5.8%
Total	86	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 13

¿Hasta qué nivel coincides con que la falta de infraestructura médica adecuada en determinadas regiones limita la capacidad del sistema de salud para atender eficazmente a la población?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

En la tabla 14 y figura 13, un 26.7% estuvieron de acuerdo en que la falta de infraestructura limita la capacidad de atención, mientras que un 24.4% mantuvo una postura neutral. Esta distribución refleja la existencia de percepciones críticas hacia la infraestructura sanitaria, que se considera insuficiente para atender eficazmente a la población. Los datos sugirieron que la falta de equipamiento adecuado continúa afectando la equidad en la prestación de servicios.

Tabla 15

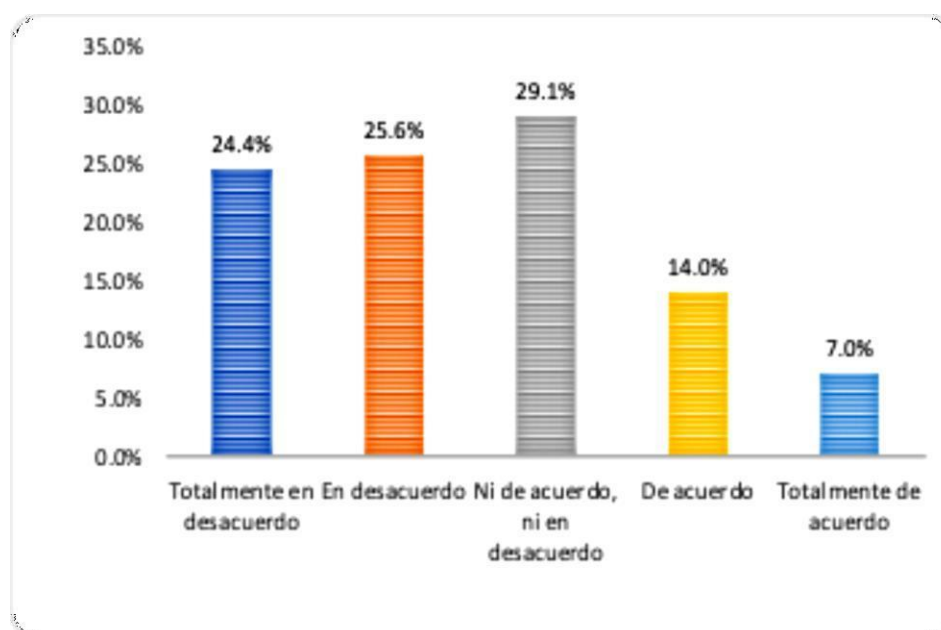
¿Cómo evalúas tu conformidad con que el sistema de salud no ha garantizado una distribución equitativa de los centros de atención primaria, lo que incrementa las dificultades para el acceso rápido de las comunidades remotas?

	F	%
Totalmente en desacuerdo	21	24.4%
En desacuerdo	22	25.6%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	25	29.1%
De acuerdo	12	14.0%
Totalmente de acuerdo	6	7.0%
Total	86	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 14

¿Cómo evalúas tu conformidad con que el sistema de salud no ha garantizado una distribución equitativa de los centros de atención primaria, lo que incrementa las dificultades para el acceso rápido de las comunidades remotas?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

Los resultados de la tabla 15 y figura 14 mostraron que, un 29.1% mantuvo una postura neutral respecto a la equidad en la distribución de centros primarios, seguido de un 25.6% en desacuerdo. Esto reflejó una percepción de desigualdad territorial en la asignación de recursos sanitarios, lo cual genera dificultades para la atención oportuna en comunidades apartadas. La falta de consenso evidencia la necesidad de fortalecer la planificación en la distribución de infraestructura médica.

Tabla 16

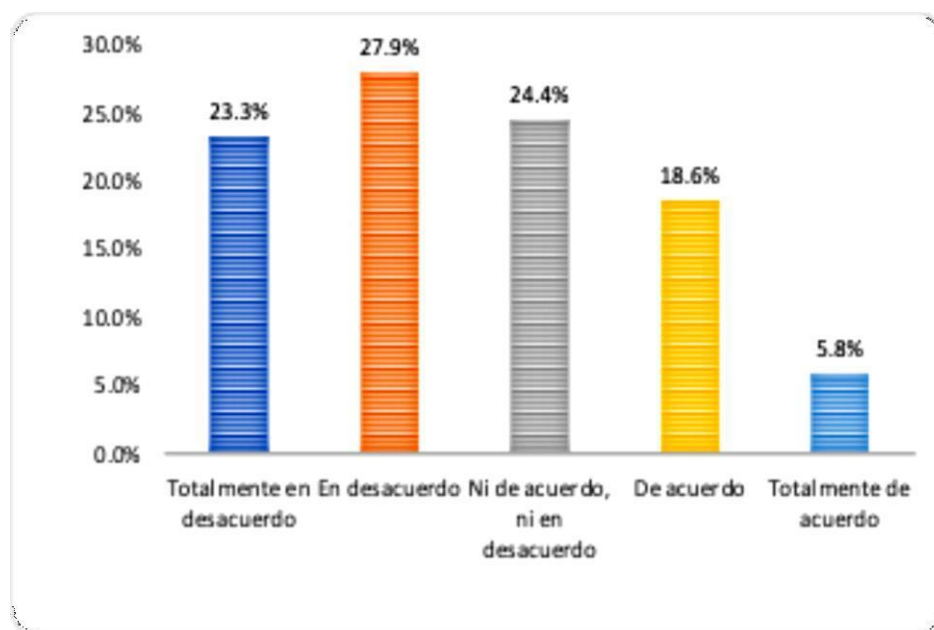
¿En qué medida aceptas que la cantidad actual de centros de salud disponibles en zonas urbanas marginales no es suficiente para satisfacer las necesidades básicas de atención médica de sus habitantes?

	F	%
Totalmente en desacuerdo	20	23.3%
En desacuerdo	24	27.9%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	21	24.4%
De acuerdo	16	18.6%
Totalmente de acuerdo	5	5.8%
Total	86	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 15

¿En qué medida aceptas que la cantidad actual de centros de salud disponibles en zonas urbanas marginales no es suficiente para satisfacer las necesidades básicas de atención médica de sus habitantes?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

En la tabla 16 y figura 15, un 27.9% expresaron en desacuerdo con que los centros médicos en zonas urbanas marginales sean insuficientes, mientras que un 24.4% mantuvo neutralidad. Aunque la percepción general tendió hacia una visión moderada, cerca del 18.6% consideró que la oferta sanitaria resulta limitada, lo cual resalta la persistencia de brechas estructurales que dificultan el acceso pleno a servicios médicos esenciales en sectores urbanos de bajos recursos.

Tabla 17

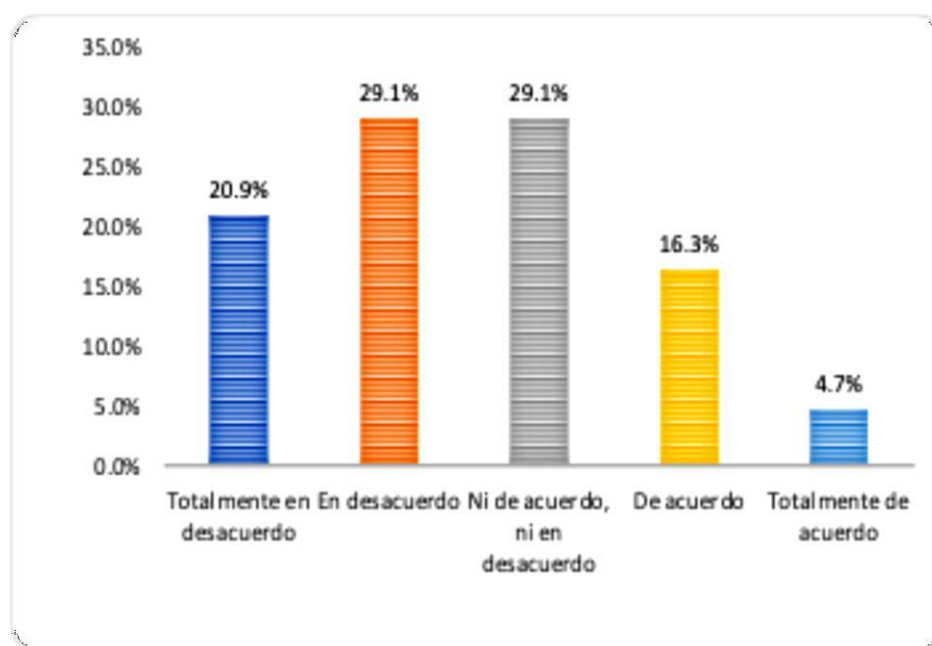
¿Hasta qué nivel coincides con que el conocimiento general sobre las políticas de salud inclusivas es insuficiente para garantizar que toda la población acceda adecuadamente a los servicios de salud?

	F	%
Totalmente en desacuerdo	18	20.9%
En desacuerdo	25	29.1%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	25	29.1%
De acuerdo	14	16.3%
Totalmente de acuerdo	4	4.7%
Total	86	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 16

¿Hasta qué nivel coincides con que el conocimiento general sobre las políticas de salud inclusivas es insuficiente para garantizar que toda la población acceda adecuadamente a los servicios de salud?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

En la tabla 17 y figura 16, el 29.1% de los encuestados se mantuvieron neutral respecto al conocimiento insuficiente sobre las políticas inclusivas, mientras que un porcentaje similar expresó desacuerdo. Este equilibrio reflejó percepciones divergentes sobre la difusión del marco normativo en salud. Sin embargo, la proporción de acuerdo (16.3%) sugiere que una parte de los operadores jurídicos considera limitada la información que llega a la población, afectando su comprensión y aplicación efectiva.

Tabla 18

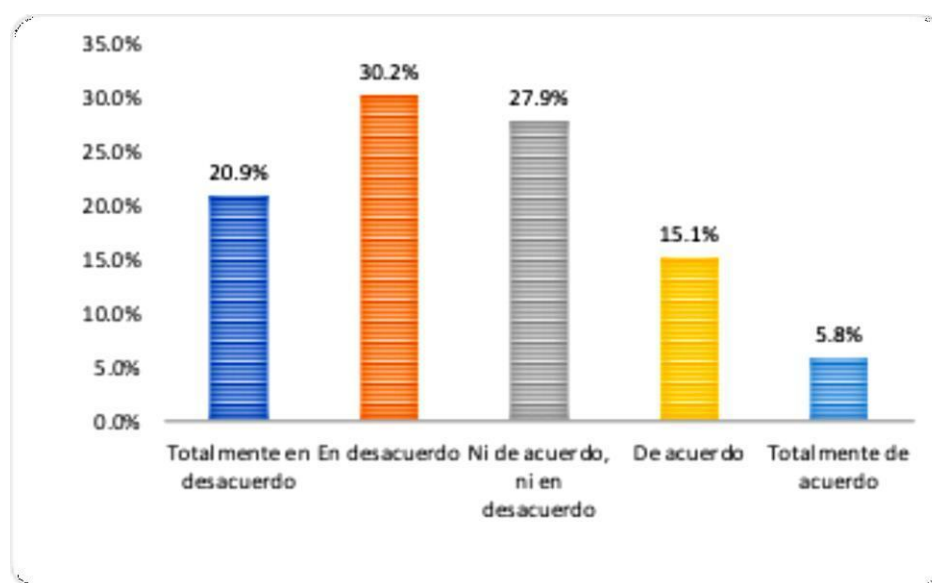
¿En qué grado concuerdas con que la difusión de información relacionada con las políticas de inclusión en salud no ha sido lo suficientemente efectiva para llegar a los grupos más vulnerables?

	F	%
Totalmente en desacuerdo	18	20.9%
En desacuerdo	26	30.2%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	24	27.9%
De acuerdo	13	15.1%
Totalmente de acuerdo	5	5.8%
Total	86	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 17

¿En qué grado concuerdas con que la difusión de información relacionada con las políticas de inclusión en salud no ha sido lo suficientemente efectiva para llegar a los grupos más vulnerables?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

De acuerdo con la tabla 18 y figura 17, el 30.2% mostraron en desacuerdo con que la difusión informativa haya sido inefectiva, aunque un 27.9% mantuvo neutralidad. La ligera inclinación hacia la percepción de deficiencia comunicativa indica que los esfuerzos informativos no alcanzan con suficiente fuerza a los grupos más expuestos a la exclusión sanitaria. Esto pone de manifiesto la necesidad de estrategias comunicacionales más accesibles y culturalmente pertinentes.

Tabla 19

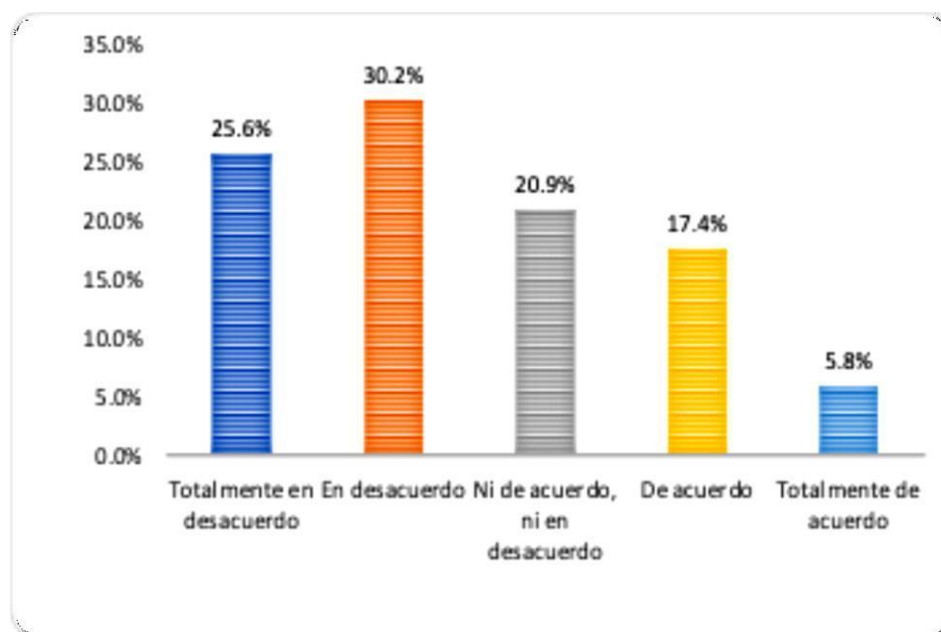
¿Qué tan conforme estás con que las campañas informativas sobre los derechos de acceso a la salud no han logrado un impacto significativo en la comprensión de las políticas públicas entre la ciudadanía?

	F	%
Totalmente en desacuerdo	22	25.6%
En desacuerdo	26	30.2%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	18	20.9%
De acuerdo	15	17.4%
Totalmente de acuerdo	5	5.8%
Total	86	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 18

¿Qué tan conforme estás con que las campañas informativas sobre los derechos de acceso a la salud no han logrado un impacto significativo en la comprensión de las políticas públicas entre la ciudadanía?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

En la tabla 19 y figura 18, se observaron que un 30.2% de los participantes manifestaron en desacuerdo con que las campañas informativas no hayan generado comprensión suficiente, mientras que un 25.6% mostró total desacuerdo. Pese a estas cifras, un 17.4% sí consideraron que dichas acciones han sido ineficientes. Los datos reflejaron una percepción relativamente equilibrada, donde se reconoce el esfuerzo comunicacional, pero también la persistencia de brechas en su efectividad educativa.

Tabla 20

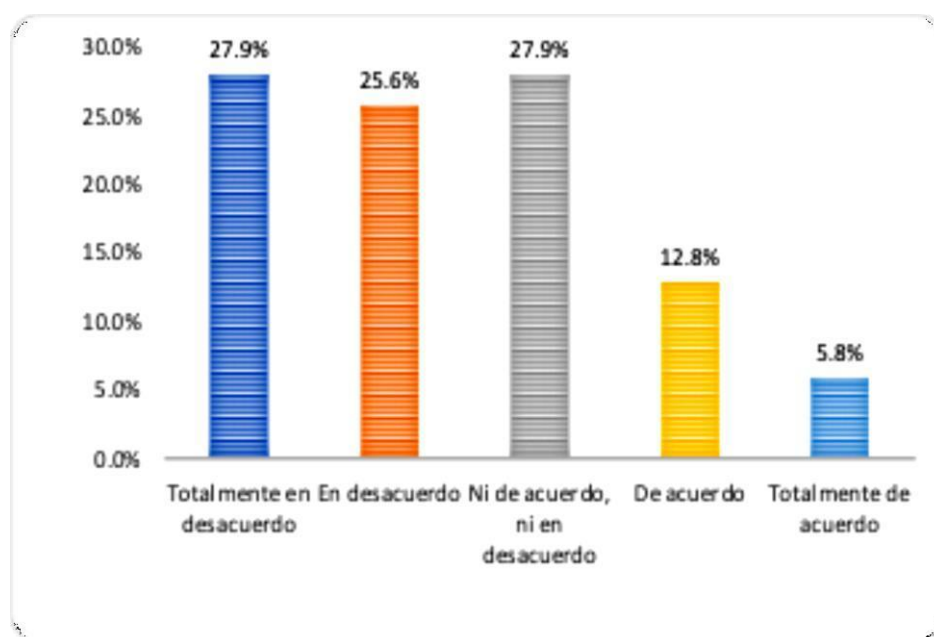
¿Hasta qué punto estás de acuerdo con que la falta de acceso a información clara sobre las políticas de inclusión en salud limita la capacidad de las personas para exigir sus derechos en el sistema de salud?

	F	%
Totalmente en desacuerdo	24	27.9%
En desacuerdo	22	25.6%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	24	27.9%
De acuerdo	11	12.8%
Totalmente de acuerdo	5	5.8%
Total	86	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 19

¿Hasta qué punto estás de acuerdo con que la falta de acceso a información clara sobre las políticas de inclusión en salud limita la capacidad de las personas para exigir sus derechos en el sistema de salud?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

En los resultados de la tabla 20 y figura 19, tanto el desacuerdo como la neutralidad alcanzaron un 27.9%, evidenciando una división de opiniones respecto a la claridad informativa. Sin embargo, un 12.8% expresó acuerdo, lo que denota la persistencia de obstáculos en la transmisión de mensajes comprensibles para el público. Esta tendencia resalta la necesidad de fortalecer los mecanismos de comunicación estatal para garantizar la comprensión y exigencia efectiva de derechos.

Tabla 21

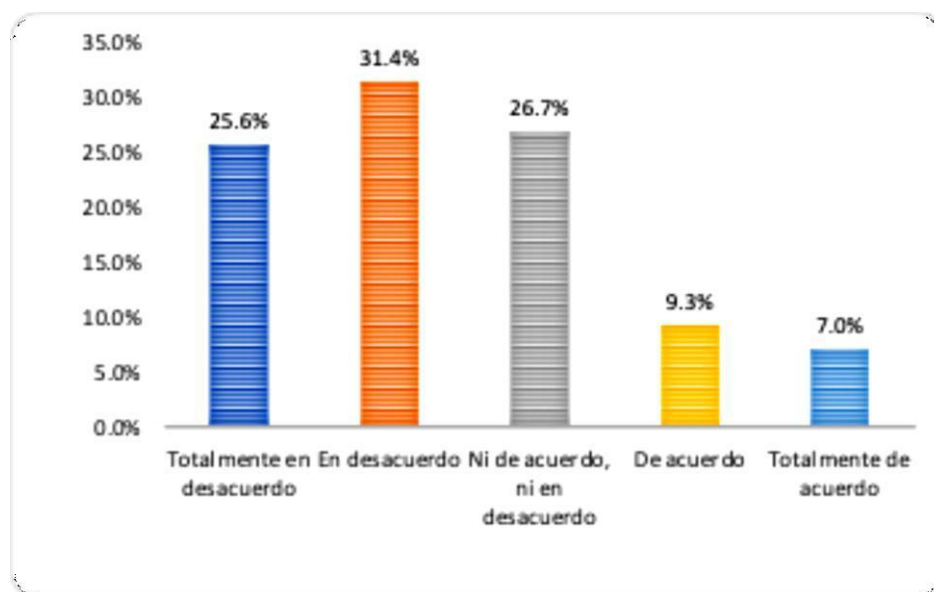
¿En qué medida aceptas que el conocimiento limitado sobre los programas de inclusión en el sistema de salud es uno de los factores que más afecta el acceso equitativo a los servicios de salud en las zonas rurales?

	F	%
Totalmente en desacuerdo	22	25.6%
En desacuerdo	27	31.4%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	23	26.7%
De acuerdo	8	9.3%
Totalmente de acuerdo	6	7.0%
Total	86	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 20

¿En qué medida aceptas que el conocimiento limitado sobre los programas de inclusión en el sistema de salud es uno de los factores que más afecta el acceso equitativo a los servicios de salud en las zonas rurales?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

En la tabla 21 y figura 20, un 31.4% expresaron en desacuerdo con que el limitado conocimiento sobre programas inclusivos afecte el acceso sanitario, mientras que un 26.7% permaneció neutral. Aunque la mayoría minimizó su relevancia, cerca del 16.3% manifestaron algún nivel de acuerdo, lo que evidencia que aún se perciben deficiencias en la difusión y comprensión de los programas dirigidos a comunidades rurales, especialmente aquellas más alejadas del ámbito urbano.

Tabla 22

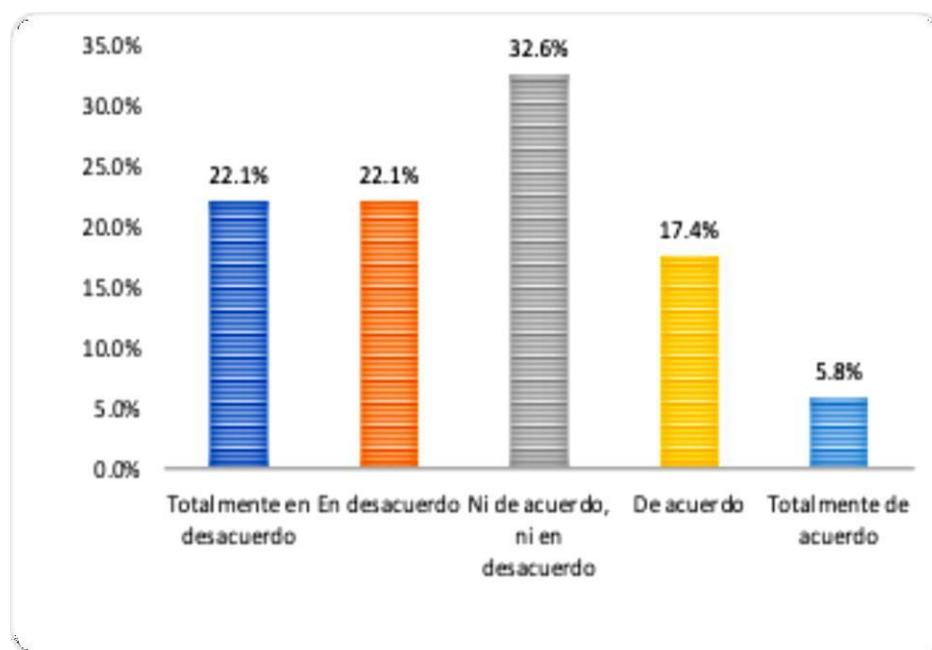
¿En qué medida aceptas que la ejecución de las estrategias sanitarias actuales no ha logrado integrar eficazmente a las comunidades más vulnerables en el acceso a los servicios de salud?

	F	%
Totalmente en desacuerdo	19	22.1%
En desacuerdo	19	22.1%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	28	32.6%
De acuerdo	15	17.4%
Totalmente de acuerdo	5	5.8%
Total	86	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 21

¿En qué medida aceptas que la ejecución de las estrategias sanitarias actuales no ha logrado integrar eficazmente a las comunidades más vulnerables en el acceso a los servicios de salud?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

Según la tabla 22 y figura 21, un 32.6% mantuvieron una posición neutral respecto a la integración de comunidades vulnerables mediante estrategias sanitarias, mientras que un 22.1% coincidió parcialmente en que no han sido eficaces. Estas cifras revelaron un nivel de incertidumbre generalizado entre los encuestados, reflejando que las políticas actuales aún no han alcanzado la inclusión plena de las poblaciones más afectadas por la desigualdad asistencial.

Tabla 23

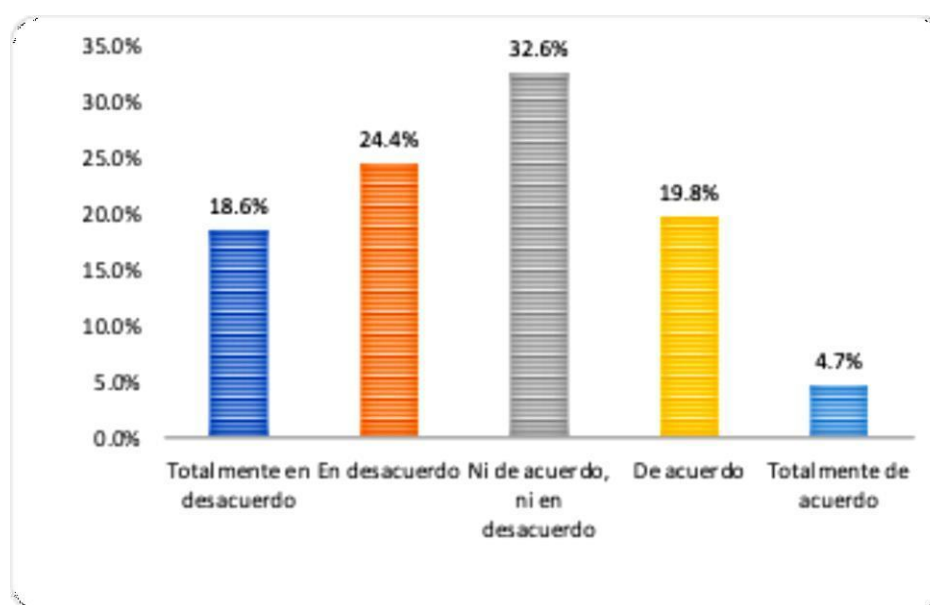
¿Hasta qué punto coincides en que las políticas médicas desarrolladas recientemente no han sido lo suficientemente inclusivas para abordar las necesidades de las poblaciones que enfrentan mayores barreras de acceso al sistema de salud?

	F	%
Totalmente en desacuerdo	16	18.6%
En desacuerdo	21	24.4%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	28	32.6%
De acuerdo	17	19.8%
Totalmente de acuerdo	4	4.7%
Total	86	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 22

¿Hasta qué punto coincides en que las políticas médicas desarrolladas recientemente no han sido lo suficientemente inclusivas para abordar las necesidades de las poblaciones que enfrentan mayores barreras de acceso al sistema de salud?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

En la tabla 23 y figura 22, el 32.6% manifestaron neutralidad ante la afirmación de que las políticas médicas recientes no son lo suficientemente inclusivas, seguido de un 24.4% en desacuerdo. Pese a la falta de unanimidad, la proporción de acuerdo (19.8%) muestra que existe una percepción persistente de limitaciones en la atención de sectores que enfrentan mayores barreras estructurales dentro del sistema sanitario nacional.

Tabla 24

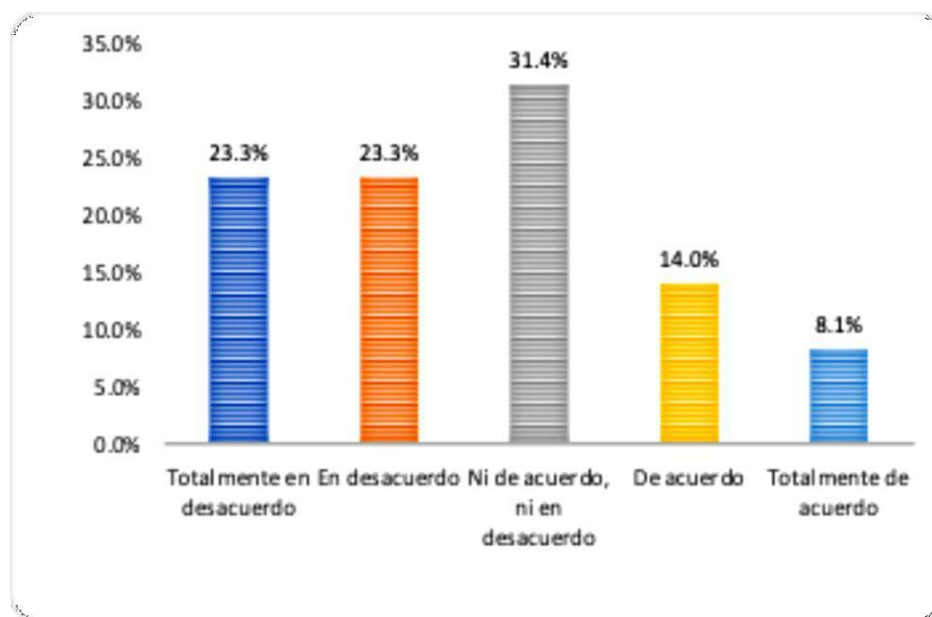
¿Cómo valorarías tu acuerdo con que las estrategias implementadas para fortalecer la salud pública no han garantizado una atención equitativa en todas las regiones del país?

	F	%
Totalmente en desacuerdo	20	23.3%
En desacuerdo	20	23.3%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	27	31.4%
De acuerdo	12	14.0%
Totalmente de acuerdo	7	8.1%
Total	86	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 23

¿Cómo valorarías tu acuerdo con que las estrategias implementadas para fortalecer la salud pública no han garantizado una atención equitativa en todas las regiones del país?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

De acuerdo con la tabla 24 y figura 23, un 31.4% adoptó una postura neutral frente a la equidad en la atención regional, mientras que un 23.3% expresó desacuerdo y la misma proporción total desacuerdo. Estas cifras sugirieron percepciones mixtas, aunque con predominio de la crítica moderada. La falta de uniformidad en las respuestas reveló que la equidad territorial en materia sanitaria sigue siendo un desafío pendiente en la gestión pública.

Tabla 25

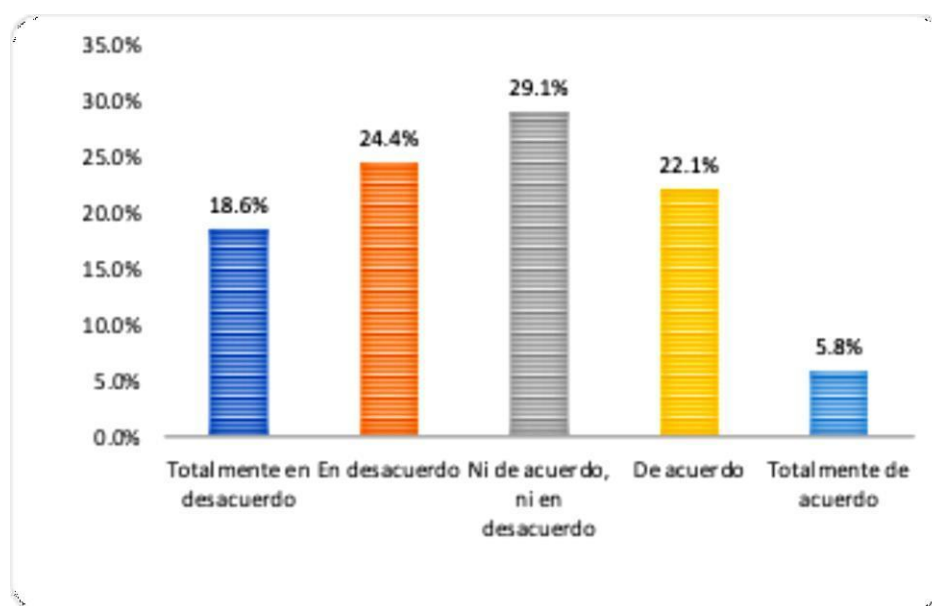
¿Qué tan de acuerdo estás con que el desarrollo de políticas médicas en el país ha sido insuficiente para reducir las desigualdades en la atención sanitaria entre los distintos sectores de la población?

	F	%
Totalmente en desacuerdo	16	18.6%
En desacuerdo	21	24.4%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	25	29.1%
De acuerdo	19	22.1%
Totalmente de acuerdo	5	5.8%
Total	86	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 24

¿Qué tan de acuerdo estás con que el desarrollo de políticas médicas en el país ha sido insuficiente para reducir las desigualdades en la atención sanitaria entre los distintos sectores de la población?



Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

En la tabla 25 y figura 24, se evidenció que un 29.1% se mostró neutral respecto a la insuficiencia de políticas médicas para reducir desigualdades, mientras que un 24.4% manifestó desacuerdo. Sin embargo, un 22.1% afirmó estar de acuerdo, lo que indicó que una parte considerable de los encuestados percibe que las medidas estatales aún no logran disminuir las brechas entre distintos sectores sociales en cuanto al acceso y la calidad del servicio médico.

Tabla 26

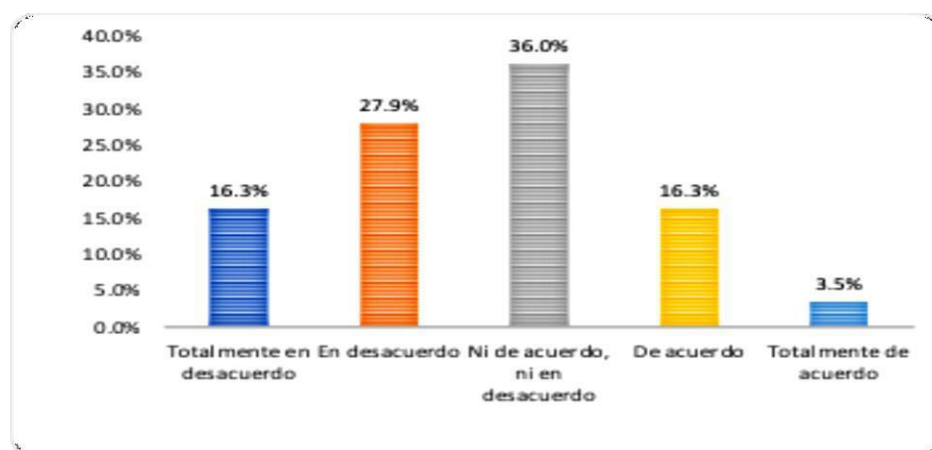
¿En qué grado consideras que la ejecución de los planes de salud pública no ha priorizado adecuada

	F	%
Totalmente en desacuerdo	14	16.3%
En desacuerdo	24	27.9%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	31	36.0%
De acuerdo	14	16.3%
Totalmente de acuerdo	3	3.5%
Total	86	100.0%

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Figura 25

¿En qué grado consideras que la ejecución de los planes de salud pública no ha priorizado adecuada



Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

Finalmente, en la tabla 26 y figura 25, el 36.0% expresó una postura neutral frente a la priorización deficiente en los planes de salud pública, seguido por un 27.9% en desacuerdo. Este predominio de posiciones intermedias evidenció una percepción de incertidumbre sobre la eficacia de la gestión sanitaria. Los datos sugirieron que las políticas ejecutadas no han sido consideradas suficientes para atender de forma estratégica las necesidades más urgentes de la población.

4.4. PRUEBA ESTADÍSTICA

Tabla 27

Prueba de normalidad

	Kolmogorov Smirnov			Shapiro Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
Derecho a la salud	0.304	86	0.000	0.741	86	0.000
Políticas de inclusión en el sistema de salud peruano	0.297	86	0.000	0.740	86	0.000

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

La normalidad, en la tabla 27, ha demostrado la existencia de un comportamiento no paramétrico en los datos valorados, siendo una condición que fue consecuencia de la lectura del coeficiente Kolmogorov Smirnov, principalmente en cuanto a su valor de sigma, en donde al haber sido inferior a 0.050, se ha demostrado la existencia de este comportamiento. Cabe reconocer que este estadístico fue escogido para la normalidad por contar con un tamaño de muestra por encima de los 50 individuos. En conclusión, ante los resultados obtenidos, el estadístico empleado para el cálculo relacional fue de Rho de Spearman, siendo un estadístico no paramétrico.

4.5. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Hipótesis general

Tabla 28

Relación entre “Derecho a la salud” y “Políticas de inclusión en el sistema de salud peruano”

		Políticas de inclusión en el sistema de salud peruano
	Correlación	0.767
Derecho a la salud	Sigma	0.000
	N	86

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

La relación, en la tabla 28, que ha sido demostrada en cuanto a la comparación de los datos fue de 0.767, siendo considerable y directamente proporcional, en donde este comportamiento ha sido corroborado por alcanzar un valor de sigma menor a 0.050.

Hipótesis específica 1

Tabla 29

Relación entre “Personas vulnerables” y “Políticas de inclusión en el sistema de salud peruano”

		Políticas de inclusión en el sistema de salud peruano
	Correlación	0.683
Personas vulnerables	Sigma	0.000
	N	86

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

La relación, en la tabla 29, que ha sido demostrada en cuanto a la comparación de los datos fue de 0.683, siendo considerable y directamente proporcional, en donde este comportamiento ha sido corroborado por alcanzar un valor de sigma menor a 0.050.

Hipótesis específica 2

Tabla 30

Relación entre “Acceso a servicios de salud” y “Políticas de inclusión en el sistema de salud peruano”

		Políticas de inclusión en el sistema de salud peruano
Acceso a servicios de salud	Correlación	0.745
	Sigma	0.000
	N	86

Nota: Procesado en SPSS V26.00

Interpretación:

La relación, en la tabla 30, que ha sido demostrada en cuanto a la comparación de los datos fue de 0.745, siendo considerable y directamente proporcional, en donde este comportamiento ha sido corroborado por alcanzar un valor de sigma menor a 0.050.

4.6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En lo que concierne estudio del **objetivo general**, se evidenció que existe vinculación entre el derecho a la salud y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano; la cual fue confirmada mediante un valor de significancia <0.05 y una correlación de 0.767. Los hallazgos mostraron que, a pesar del reconocimiento hacia el cumplimiento de las garantías en cuestión, persisten desafíos que requieren atención, por lo que es necesario fortalecer el marco de acción mediante nuevas políticas de inclusión para alcanzar estándares más equitativos y sostenibles dentro del sistema de salud.

De igual forma, de manera acorde, el estudio realizado por Rivera (2024), ha evidenciado que existe la urgencia de disponer de mejoras directas en lo relativo a la capacitación continua del personal sanitario, infraestructura y fomento de coordinación intersectorial, además indicó que, las políticas públicas se han caracterizado por haber sido ineficaces e insuficientes principalmente por la carente

capacitación de los profesionales acerca de la forma de atender. Los hallazgos de este método guardan relación con los resultados alcanzados, dado que los componentes examinados se vinculan directamente. Por otra parte, Soto et al. (2024), estos han indicado que, las deficiencias han estado centradas en la accesibilidad, calidad y oportunidad de la atención sanitaria, centrando el análisis en personas con alguna discapacidad.

Según lo expuesto anteriormente, dicho precepto jurídico cuenta con una relación directa con los demás DD. HH, en coherencia con la dignidad y la vida, implicando un enfoque integral que garantice su protección. De esta forma, es que se requiere de la adopción de diferentes medidas que puedan abordar todo tipo de desigualdades sociales, garantizando y poniendo como prioridad el acceso hacia los recursos sanitarios; así como, el poner como prioridad a las comunidades con mayor índice de vulnerabilidad.

En relación con el tema, Barbosa (2024), ha revelado que, el derecho a la salud comprende un principio crucial en cuanto a garantizar que cada sujeto pueda tener el acceso hacia servicios de calidad, permitiendo que se pueda garantizar el bienestar psicológico y físico de cada individuo. Igualmente, Hanass et al. (2024), han indicado que, las políticas de inclusión dentro del sistema sanitario peruano avalan que los ciudadanos, en especial aquellos en situación de vulnerabilidad, puedan acceder a servicios médicos de calidad sin restricciones económicas o sociales. Además, la Doctrina de los Derechos Fundamentales, propuesta por Robert Alexy, establece que todo principio requiere que se plantee su máxima realización dentro de toda posibilidad jurídica y fáctica en coherencia con cada contexto societario (Alexy, 2021).

En lo que respecta al análisis del **objetivo específico 1**, se indica que hay relación entre la dimensión personas vulnerables y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano, con un valor de significancia <0.05 y una correlación de 0.683. Los hallazgos evidenciaron que, esta condición de vulnerabilidad limita que las personas tengan mejores oportunidades de desarrollo, resultando crucial la

aplicación de medidas específicas que permitan reducir dichas desigualdades y garantizar su protección integral, principalmente en el sector salud.

Lo indicado, coincidió con lo expuesto en la investigación presentada por Vásquez (2023), este ha revelado que, el personal médico examinado no se ha encontrado preparado en el dialecto de las comunidades en las que atienden, siendo un claro factor limitante en cuanto a garantizar el acceso a la atención sanitaria de la ciudadanía, también expresó que, los pacientes con otros dialectos o idioma impiden una comunicación clara con el personal de salud, más aún si estos no están capacitados. Las conclusiones de este método se vinculan con los hallazgos adquiridos, debido a que los componentes evaluados tienen correspondencia. Por otro lado, Apaza (2024), este ha establecido que, la carencia de un vacío normativo que ha impedido la regulación de implementación de nuevas metodologías para beneficiar el acceso hacia un sistema sanitario equitativo y de óptima calidad.

En concordancia con lo exhibido, la identificación de estos grupos vulnerables requiere de un análisis multidimensional que considere aspectos como la exclusión social, la falta de autonomía y la dificultad para acceder a recursos esenciales. A través de este enfoque se pueden diseñar intervenciones dirigidas a mitigar riesgos, fomentar su integración en la sociedad y fortalecer sus capacidades.

En correspondencia con el tema, Black y Cameron (2025), han revelado que, las personas vulnerables corresponden a aquellos sujetos o colectivos que, debido a condiciones socioeconómicas, de salud, discapacidad u otros factores, enfrentan significativas barreras para ejercer plenamente sus derechos. Asimismo, Vidal y Ortega (2024), han señalado que, las políticas de inclusión se basan en principios de equidad, así como de universalidad e integralidad, a fin de eliminar las brechas existentes y promover el bienestar de la población en su conjunto. Además, la Teoría de la Justicia como Equidad, de John Rawls, quien señala que esta teoría permite que se establezca que toda persona cuente con acceso justo hacia los servicios básicos que benefician a su calidad de vida, basándose en los principios de igualdad, así como el de equidad (Fuenmayor, 2021).

En la presentación del **objetivo específico 2**, se indica que hay relación entre la dimensión acceso a los servicios de salud y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano, con un valor de significancia <0.05 y una correlación de 0.745. Estos hallazgos evidencian que, la eliminación de barreras es indispensable para que se garantice una cobertura integral que pueda responder hacia las necesidades activas de la población.

En concordancia con el tema, se identificó coincidencia con la investigación de Melgarejo (2024), este determinó que, las políticas públicas han cumplido un papel esencial en la protección de todo derecho social, conllevando a que se espere ofrecer garantías de acceso equitativo y minimizar todo tipo de desnaturalización. Los resultados de este método presentan relación con los hallazgos obtenidos, debido a que los componentes examinados muestran conexión. Por otro lado, Seca (2024), ha expresado que, toda garantía del derecho a la atención sanitaria de las comunidades originarias corresponde a adoptar un enfoque intercultural que se base en la valoración de prácticas y conocimientos asequibles para cada ciudadano.

Según lo mencionado anteriormente, la excelencia de los servicios brindados juega un papel preponderante en la efectividad del ingreso hacia la atención sanitaria, debido a que no basta con la existencia de centros de atención, sino que se requiere de recursos materiales y humanos que sean coherentes con la necesidad de la población atendida. Además, es crucial entender que la capacitación constante del personal de salud es indispensable, yendo en conjunto con la modernización de procesos y contribuyendo hacia la optimización de la provisión de esta clase de atenciones.

En analogía con el tema, Fraccari y Kerrigan (2024), han indicado que, el acceso a los servicios de salud corresponde a la posibilidad de que todas las personas puedan hacer uso de forma oportuna, continua y equitativa de los recursos sanitarios de calidad, en coherencia con la preservación de su bienestar. Igualmente, Kalliomäki et al. (2024), han expresado que, la formulación de dichas políticas requiere un enfoque participativo que involucre a diversos sectores de la sociedad, incluyendo entes gubernamentales, actores privados y la sociedad civil. Además, la

Teoría de los Derechos Fundamentales, de Robert Alexy, establece que todo principio requiere que se plantee su máxima realización dentro de toda posibilidad jurídica y fáctica en coherencia con cada contexto societario (Alexy, 2021).

CONCLUSIONES

Primera

El derecho a la salud y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano confirmaron una relación de 0.767, encontrando sustento en que, la formulación y el desarrollo de estrategias públicas que se encuentran centradas en garantizar las condiciones sanitarias adecuadas inciden de forma directa en cuanto a la equidad, cobertura y calidad de los servicios, beneficiando de este modo a la correcta protección de la población, la cual debe de ser de forma íntegra.

Segunda

La dimensión personas vulnerables y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano confirmaron una relación de 0.683, encontrando sustento en que, las disposiciones centradas en la inclusión ponen como prioridad a la atención diferenciada para sectores que cuentan con un mayor nivel de vulnerabilidad, conllevando a que se brinde la posibilidad de alcanzar un adecuado respaldo hacia las prestaciones fundamentales de salud.

Tercera

La dimensión acceso a servicios de salud y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano confirmaron una relación de 0.745, encontrando sustento en que, el diseño y la ejecución de normativas que busquen la eliminación de barreras administrativas, geográficas y económicas, permiten que se pueda ampliar y mejorar las atenciones disponibles para la población vulnerable, conllevando a que el vínculo pueda encontrarse asegurado en términos de la distribución equitativa de los recursos.

RECOMENDACIONES

Primera

Resulta pertinente aconsejar al director general de la Dirección Regional de Salud de Moquegua la promoción de un estudio técnico jurídico que sea integral, el cual permita la identificación con alto grado de precisión de los vacíos normativos y los procedimientos que pueden generar complicaciones en la cobertura equitativa de atenciones de salud. Dicha acción permitirá que se encuentre un fortalecimiento claro de coherente entre las acciones regionales y las directrices nacionales, asegurando que se produzcan programas que pongan como prioridad a la reducción de las desigualdades y mejorar con ello, la eficiencia en cuanto a la asignación de recursos.

Segunda

Resulta conveniente que el director general de la Dirección Regional de Salud de Moquegua pueda impulsar un sistema de seguimiento especializado que se centre en el monitoreo de la atención destinada hacia los grupos en situación de riesgo sanitario y social. Dichos mecanismos servirían como medio de identificación de forma temprana de las deficiencias en términos de la prestación del servicio de salud, contribuyendo hacia la adopción de medidas correctivas oportunas que permitan garantizar una cobertura que se encuentre ajustada hacia las particularidades y las necesidades específicas de cada colectivo.

Tercera

Con miras a incrementar la efectividad operativa, convendría que el Coordinador del Programa Nacional de Acceso Universal a la Salud establezca un modelo de distribución del territorio que se encuentre centrado en el análisis georreferencial, poniendo como prioridad a zonas de menor disponibilidad de servicios médicos. Ello puede traer contribuciones hacia la optimización de la ubicación de los recursos materiales y humanos, minimizando de esta forma todo tipo de barrera física y mejorando de esta forma la continuidad de la asistencia en la población con un menor nivel de atención.

REFERENCIAS

- Alexy, R. (2021). Dos objeciones de Luigi Ferrajoli a la teoría principialista de los derechos fundamentales. *Revista Cubana de Derecho*, 39-52.
<https://revista.unjc.cu/index.php/derecho/article/view/64>
- Amnistía Internacional. (2024). *Perú: Derecho a la salud, privilegio de pocos* [Informe técnico]. Amnistía Internacional.
<https://www.amnesty.org/es/documents/amr46/8603/2024/es/>
- Apaza, J. (2024). *Derecho a la salud mediante el acceso a la telemedicina* [Informe de pregrado]. Universidad Privada San Carlos.
https://repositorio.upsc.edu.pe/bitstream/handle/UPSC/1105/Jesus_Jose_A_PAZA_AGUILAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Barbosa, N. (2024). A Ciência Aberta e Aplicação dos Princípios Fair em Políticas Públicas. *Ciência Da Informação*, 53(3), 21–36.
<https://doi.org/10.18225/ci.inf.v53i3.7202>
- Barcelona, L. y Dempsey, P. (2024). Student Life, Diverse Institutional Histories, and Archival Policy: Inclusion of Student Life Archival Material in University Archives' Collecting Statements. *College y Research Libraries*, 85(6), 1–12. <https://doi.org/10.5860/crl.85.6.930>
- Black, D. y Cameron, J. (2025). Civil society and the state in the making of Canadian development policy: the case of maternal, newborn and child health and reproductive rights policy. *Canadian Journal of Development Studies / Revue Canadienne d'études Du Développement*, 1(1), 1–23.
<https://doi.org/10.1080/02255189.2024.2433500>
- Defensoría del Pueblo del Perú. (2024). *Informe anual de la Defensoría del Pueblo 2024* [Informe técnico]. Defensoría del Pueblo del Perú.
https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2025/05/informe_anual_2024-3.pdf

- Desille, A. y Lacroix, T. (2025). City diplomacy of ordinary cities: Harnessing migrant inclusion policies for international engagement in Amadora, Portugal. *Governance*, 38(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/gove.12864>
- Finco, M. (2021). El derecho a la salud y la inclusión de los migrantes: algunas reflexiones sobre las políticas italianas. *Revista de Tirant lo blanch*, 1 (1), 1 – 19. https://iris.uniroma1.it/retrieve/e383532d-67f7-15e8-e053-a505fe0a3de9/Finco-El%20derecho%20a%20la%20salud%20e%20la%20inclusi%20n%20de%20los%20migrantes..._2021.pdf
- Fraccari, R. y Kerrigan, P. (2024). Exclusionary inclusion? Streaming platforms and trans inclusive policies and practices: A case study of Netflix. *Convergence: The International Journal of Research into New Media Technologies*, 30(4), 1425–1441. <https://doi.org/10.1177/13548565241270708>
- Fuenmayor, P. (2021). Teoría de la justicia de John Rawls, desde una perspectiva de la filosofía política. *Revista chilena de derecho y ciencia política*, 12(2), 109-132. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8758445>
- Gilby, L. y Koivusalo, M. (2024). “It’s very much part of this movement to undermine democracy”: A qualitative study of European Union level opposition strategies against reproductive health and rights. *Social Science y Medicine*, 358(1), 117232–117265. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117232>
- Gonzales, M. (2023). *El derecho a la salud en el Perú: Una Visión Político Social* [Informe de posgrado]. Universidad Ricardo Palma. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/6140>
- Hanass, J., Nzuza, A., Padayachee, T., Dunkle, K., Willan, S., Machisa, M. y Carpenter, B. (2024). Access to Sexual and Reproductive Health and Rights Services for Young Women with and Without Disabilities During a

Pandemic. *Disabilities*, 4(4), 972–995.
<https://doi.org/10.3390/disabilities4040060>

Kalliomäki, H., Kalliokoski, J., Woodson, T., Kunttu, L. y Kuusisto, J. (2024). Inclusion as a science, technology, and innovation policy objective in high-income countries: the decoupling dilemma. *Science and Public Policy*, 51(5), 795–807. <https://doi.org/10.1093/scipol/scae019>

Keene, D., Olea, G. y Harper, A. (2024). Tenant right to counsel and health: Pathways and possibilities. *SSM – Qualitative Research in Health*, 6(1), 100464–100498. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2024.100464>

Machado, J., Zalazar, C. y Scola, G. (2024). La salud como bien común de la humanidad: *Revista Eletrônica Direito e Sociedade – REDES*, 12(3), 11973–11999. <https://doi.org/10.18316/redes.v12i3.11973>

Medina, P. (2024). *Desafíos de la legislación colombiana y de la administración de Bello, Medellín e Itagüí, frente a la inclusión de niños, niñas y adolescentes migrantes : una verificación sobre sus derechos a la salud, la nacionalidad y escolaridad* [Informe de pregrado]. Universidad EAFIT. <https://repository.eafit.edu.co/items/4fb24b57-9854-45f3-9e4f-97d9e2d23a01>

Melgarejo, E. (2024). *Derechos sociales y políticas públicas, de acuerdo con expertos en derecho del Distrito Judicial de Moquegua, 2024* [Informe de posgrado]. Universidad José Carlos Mariátegui. https://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12819/2963/Erika_tesis_grad-acad_2024.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Mendoza, L. (2022). *Sustitución de la prisión preventiva a detención domiciliaria y el derecho a la salud de los procesados por el Covid-19, Cajamarca, 2021* [Informe de posgrado]. Universidad César Vallejo. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/80213/Mendoza_JLM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Ministerio de Salud del Perú. (2020). *Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País Saludable”* [Documento normativo]. Ministerio de Salud del Perú. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1127209-politica-nacional-multisectorial-de-salud-al-2030>
- Ministerio de Salud del Perú. (2024). *Informe de evaluación de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País Saludable”* [Informe técnico]. Ministerio de Salud del Perú. <https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/09GestionIns/indicadores/2024/Informe%20de%20evaluacion%20de%20PNMS%202023.pdf>
- Mohammed, F., Elgailani, U., Ibrahim, S., Mohamed, R., Su, E. y Bravo, M. (2024). Defending the right to health in Gaza: a call to action by health workers. *Conflict and Health*, 18(1), 57–68. <https://doi.org/10.1186/s13031-024-00613-5>
- Naciones Unidas / OHCHR. (2025). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR)* [Instrumento jurídico]. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- Nnamani, G. y Lomer, S. (2024). ‘What is the Problem Represented to Be’ in the educational policies relating to the social inclusion of learners with <scp>SEN</scp> in mainstream schools in England? *Journal of Research in Special Educational Needs*, 24(4), 1046–1059. <https://doi.org/10.1111/1471-3802.12692>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Human rights and health* [Informe técnico]. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Plotkin, G., Feniger, Y. y Umansky, Y. (2024). Medicalising agents? Teachers’ uncertainty and emerging expertise in the age of inclusion policy and

- 110istema110zation in Israel. *Sociology of Health y Illness*, 46(8), 1962–1982. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13849>
- Rivera, V. (2024). *Percepción de las políticas públicas en el derecho de la salud del trastorno del espectro autista en un centro de salud 2024* [Informe de posgrado]. Universidad César Vallejo. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/154633/Rivera_GVE-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rodríguez, K. (2024). *Avances constitucionales y su efecto en la universalización del derecho a la salud en el Perú – 2024* [Informe de pregrado]. Universidad Los Ángeles de Chimbote. <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/38156>
- Seca, N. (2024). Integración de políticas públicas de salud interculturales en México para garantizar el derecho a la salud de las comunidades indígenas. *Revista Ciencia Latina Internacional*, 8 (5), 1 – 22. <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/14833/21143>
- Solano, A. (2022). *Impacto en los beneficiarios del programa CIAM en el distrito de El Algarrobal – Moquegua 2022* [Informe de pregrado]. Universidad Nacional del Centro del Perú. https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/9073/T010_20062914_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Solís, E. (2023). Política pública de salud y atención al usuario de la Posta Médica de Rinconada, 2022 [Informe de posgrado]. Universidad César Vallejo. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/115352/Solis_MEG-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Soto, J., Montes, C. y Llanos, A. (2024). Acceso a los servicios de salud en las personas con discapacidad de las comunas 6, 7 y 8 del municipio de San José de Cúcuta (Colombia), año 2022. *Revista salud uninorte*, 40 (1), 1 – 12. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522024000100069&script=sci_arttext

- Stavrinaki, T. (2024). Excluded and left behind: Racial discrimination and structural inequalities in the right to health. *Netherlands Quarterly of Human Rights*, 42(4), 309–318. <https://doi.org/10.1177/09240519241298013>
- Ullman, J., Manlik, K. y Ferfolja, T. (2024). Supporting the inclusion of gender and sexuality diversity in schools: Auditing Australian education departmental policies. *The Australian Educational Researcher*, 51(5), 2049–2068. <https://doi.org/10.1007/s13384-023-00679-9>
- Valk, E. (2024). The CJEU's Unintelligible Impairment of the Financial Health of EU Performers: Ever-Increasing Suspense in Neighbouring Rights. *GRUR International*, 73(9), 850–857. <https://doi.org/10.1093/grurint/ikae077>
- Vargas, I., Cumbe, A. y Marulanda, D. (2024). Aplicación del principio de precaución para amparar los derechos a la salud y a un ambiente sano: análisis de la Sentencia T-1077 de 2012 de la Corte Constitucional. *AyC – Revista de Direito Administrativo y Constitucional*, 24(97), 37–63. <https://doi.org/10.21056/aec.v24i97.1901>
- Vargas, M. (2023). Sistema de salud: garantía institucional del derecho a la protección de la salud en 111istem. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, 1 (35), 391 – 421. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rlds/n35/2448-7899-rlds-35-391.pdf>
- Vásquez, K. (2023). *Derecho a la salud y la inclusión de personal médico bilingüe, en las comunidades nativas, provincia de Lamas, año 2022* [Informe de pregrado]. Universidad César Vallejo. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/136955/Vasquez_TKF-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Vidal, J. y Ortega, L. (2024). Políticas de emprendimiento y estrategias de inclusión laboral para personas con discapacidad. *Revista Venezolana de Gerencia*, 29(1), 939–958. <https://doi.org/10.52080/rvgluz.29.e12.5>

- Webster, N. y Zhang, Q. (2025). Strategic silences for normative work: Inclusions and exclusions of migrant labour in policy foregrounding of the Swedish gig economy. *Geoforum*, 158(1), 104157–104169.
<https://doi.org/10.1016/j.geoforum.2024.104157>
- Zang, E., H. y Wang, Z. (2024). Revisiting the Occupational Health Impact of Right-to-Work Laws: A Research Note. *Demography*, 61(5), 1283–1292.
<https://doi.org/10.1215/00703370-11556182>

APÉNDICE

Apéndice 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL INFORME FINAL DE TESIS

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA	RECOMENDACIONES
1.INTERROGANTE PRINCIPAL ¿Cuál es la relación entre el derecho a la salud y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano, de acuerdo con operadores de justicia del Distrito Judicial de Moquegua, 2024?	1.OBJETIVO GENERAL Determinar la relación entre el derecho a la salud y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano, de acuerdo con operadores de justicia del Distrito Judicial de Moquegua, 2024.	1.HIPÓTESIS GENERAL Existe relación significativa entre el derecho a la salud y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano, de acuerdo con operadores de justicia del Distrito Judicial de Moquegua, 2024.	Variable 1: Derecho a la salud Dimensión 1: Personas vulnerables Indicadores Cobertura sanitaria Protección de grupos vulnerables Dimensión 2: Acceso a servicios de salud Indicadores Disponibilidad centros médicos Proximidad atención sanitaria	Tipo de investigación: Básico Diseño de investigación: no experimental y transversal Ámbito de estudio: Distrito judicial de Moquegua Población: 86 operadores de justicia a los que se tenga acceso que formen parte del Distrito judicial de Moquegua Muestra: Tipo censal, 86 operadores de justicia a los que se tenga acceso que formen parte del	Primero: Resulta pertinente aconsejar al director general de la Dirección Regional de Salud de Moquegua la promoción de un estudio técnico jurídico que sea integral, el cual permita la identificación con alto grado de precisión de los vacíos normativos y los procedimientos que pueden generar complicaciones en la cobertura equitativa de atenciones de salud. Dicha acción permitirá que se encuentre un fortalecimiento claro de coherente entre las acciones regionales y las directrices nacionales, asegurando que se produzcan programas que pongan como prioridad a la reducción de las desigualdades y mejorar con ello, la eficiencia en cuanto a la asignación de recursos. Segundo: Resulta conveniente que el director general de la Dirección Regional de Salud de Moquegua pueda impulsar un sistema de seguimiento especializado que se centre en el monitoreo de la atención destinada hacia los grupos en situación de riesgo sanitario y social. Dichos mecanismos servirían como medio de identificación de forma temprana de las deficiencias en términos de la prestación del servicio de salud, contribuyendo hacia la
2.INTERROGANTES ESPECÍFICAS a) ¿Cuál es la relación entre la dimensión personas vulnerables y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano, de acuerdo con operadores de justicia del Distrito Judicial de Moquegua, 2024? b) ¿Cuál es la relación entre la dimensión acceso a servicios de	2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS a) Identificar la relación entre la dimensión personas vulnerables y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano, de acuerdo con operadores de justicia del Distrito Judicial de Moquegua, 2024 b) Identificar la relación entre la	2.HIPÓTESIS ESPECÍFICAS a) Existe relación significativa entre la dimensión personas vulnerables y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano, de acuerdo con operadores de justicia del Distrito Judicial de Moquegua, 2024 b) Existe relación significativa entre la dimensión acceso a	Variable 2: Políticas de inclusión en el sistema de salud peruano Dimensión 1: Información sobre política pública de salud Indicadores Conocimiento de políticas de salud Información programas sanitarios		

salud y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano, de acuerdo con operadores de justicia del Distrito Judicial de Moquegua, 2024?	dimensión acceso a servicios de salud y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano, de acuerdo con operadores de justicia del Distrito Judicial de Moquegua, 2024	servicios de salud y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano, de acuerdo con operadores de justicia del Distrito Judicial de Moquegua, 2024	Dimensión 2: Estrategias de las políticas públicas de salud Indicadores Ejecución de estrategias sanitarias Desarrollo de políticas médicas	Distrito judicial de Moquegua Técnica de recolección de datos: Encuesta Instrumentos: Cuestionario	adopción de medidas correctivas oportunas que permitan garantizar una cobertura que se encuentre ajustada hacia las particularidades y las necesidades específicas de cada colectivo. Tercero: Con miras a incrementar la efectividad operativa, convendría que el Coordinador del Programa Nacional de Acceso Universal a la Salud establezca un modelo de distribución del territorio que se encuentre centrado en el análisis georreferencial, poniendo como prioridad a zonas de menor disponibilidad de servicios médicos. Ello puede traer contribuciones hacia la optimización de la ubicación de los recursos materiales y humanos, minimizando de esta forma todo tipo de barrera física y mejorando de esta forma la continuidad de la asistencia en la población con un menor nivel de atención.
Relevancia de la investigación CONTRIBUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS): El presente estudio se encontró relacionado de manera directa con el ODS 3, buscando garantizar una vida sana y promover con ello, el bienestar de las personas de cualquier edad. El apoyo que se esperó brindar hacia el conocimiento en cuanto a las políticas de inclusión vigentes facilitó la identificación de desafíos y oportunidades para que se garantice el acceso igualitario hacia los servicios sanitarios. Con ello, se esperó fortalecer la toma de decisiones de carácter informado, favoreciendo la adopción de medidas que puedan permitir eliminar obstáculos estructurales, permitiendo que el derecho de salud sea respetado a cabalidad, en contribución hacia un acceso eficiente y equitativo.					

Apéndice 2:

I. ANÁLISIS JURISPRUDENCIAL PARA LA DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1. Análisis Constitucional del Objetivo General: La Salud como Mandato de Optimización y su Vinculación con las Políticas de Inclusión ($r=0.767$)

El hallazgo estadístico de una correlación alta y significativa ($r=0.767$; $p<0.05$) entre el derecho a la salud y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano encuentra un correlato directo en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional (TC). El TC ha superado la vieja tesis que consideraba a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) como meras declaraciones programáticas u objetivos de buena voluntad del legislador. En la STC N.º 02945-2003-AA/TC y ratificada en la STC N.º 01716-2018-PA/TC, el colegiado ha establecido que la salud posee una doble dimensión:

- Un derecho fundamental inalienable por su conexidad indisoluble con la vida y la dignidad humana (Artículo 1 y 7 de la Constitución).
- Un bien jurídico constitucional que compele al Estado a diseñar e implementar políticas públicas prestacionales.

Desde la perspectiva de la *Doctrina de los Derechos Fundamentales* de Robert Alexy (2021), citada en el cuerpo del estudio, los derechos de naturaleza prestacional como la salud operan como mandatos de optimización. Esto significa que son normas que exigen que algo sea realizado en la mayor medida de lo posible, de acuerdo con las posibilidades jurídicas y fácticas. Las "políticas de inclusión" analizadas constituyen la viabilización fáctica e institucional indispensable para dicha optimización.

Por lo tanto, la correlación de 0.767 demuestra cuantitativamente que la eficacia jurídica del derecho a la salud está condicionada de manera transversal por la eficiencia de las políticas públicas de inclusión.

Sin embargo, al contrastar esto con las evidencias empíricas de Rivera (2024) y Soto et al. (2024) quienes reportan ineficacia por carencia de capacitación técnica, deficiencias en la infraestructura y problemas en la oportunidad de la atención, nos encontramos ante lo que la dogmática constitucional denomina una omisión constitucional fáctica. El Estado peruano cumple con el reconocimiento normativo formal, pero incurre en una desnaturalización en la ejecución, generando una brecha punzante entre el texto constitucional y la realidad material del ciudadano.

2. Análisis Constitucional del Objetivo Específico 1: Personas Vulnerables, Acciones Afirmativas y Justicia Distributiva ($r=0.683$)

El resultado del Objetivo Específico 1 arroja una correlación de 0.683 ($p<0.05$), demostrando la correspondencia empírica entre la protección a poblaciones vulnerables y las políticas de inclusión. En el plano constitucional, esta relación se fundamenta en el Principio Derecho de Igualdad y No Discriminación reconocido en el Artículo 2, inciso 2, de la Constitución Política del Perú.

El TC peruano ha desarrollado extensamente el concepto de "Sujetos de Especial Protección Constitucional" (v.g., STC N.º 02269-2017-PA/TC y STC N.º 02437-2013-PA/TC), precisando que ante situaciones de vulnerabilidad manifiesta (discapacidad, pobreza extrema, barreras geográficas), el principio de igualdad exige el despliegue de acciones afirmativas o medidas de discriminación positiva. No se trata de otorgar privilegios, sino de equilibrar la cancha social para alcanzar una igualdad sustancial o material, rompiendo la barrera de la igualdad meramente formal.

El cruce de este hallazgo con la investigación de Vásquez (2023) sobre las barreras lingüísticas e idiomáticas en los centros de salud es crítico desde el enfoque constitucional. La falta de competencias interculturales y lingüísticas en el personal médico no solo es una deficiencia administrativa; representa una vulneración indirecta por omisión del derecho a la identidad étnica y cultural (Artículo 2, inciso 19 de la Constitución) y un quebrantamiento del Convenio 169 de la OIT. Cuando

el aparato de salud pública es incapaz de comunicarse en la lengua materna del paciente, opera una exclusión sistemática que vacía de contenido el derecho a la salud.

Esta realidad valida la aplicación de la *Teoría de la Justicia como Equidad* de John Rawls (citado por Fuenmayor, 2021), específicamente su *Principio de la Diferencia*, el cual estipula que las desigualdades socioestructurales solo son legítimas si se diseñan para el máximo beneficio de los miembros menos aventajados de la sociedad. El vacío normativo y metodológico advertido por Apaza (2024) vulnera este postulado fundamental, perpetuando barreras de accesibilidad.

3. Análisis Constitucional del Objetivo Específico 2: El Acceso a los Servicios de Salud como Contenido Esencial y el Bloque de Constitucionalidad (r=0.745)

La correlación de 0.745 ($p < 0.05$) valida que el acceso efectivo a las prestaciones de salud está indisolublemente ligado a la formulación de directrices de inclusión y eliminación de barreras administrativas o geográficas.

Para dotar de sustento jurídico a este resultado, es imperativo invocar el Bloque de Constitucionalidad a través de la STC N.º 03330-2004-AA/TC. En dicha sentencia, el TC peruano incorporó formalmente a nuestro ordenamiento la Observación General N.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de la ONU, la cual delimita las cuatro condiciones esenciales e interdependientes del derecho a la salud: Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad.

La discusión de estos componentes frente a tus autores revela lo siguiente:

- **Accesibilidad y Disponibilidad:** Coincidiendo con Melgarejo (2024), las políticas públicas operan como la garantía normativa para que la infraestructura y el recurso humano estén distribuidos equitativamente, impidiendo la "desnaturalización" del derecho por desabastecimiento.

- **Aceptabilidad:** Respalda la postura de Seca (2024) sobre el enfoque intercultural en comunidades originarias. La medicina tradicional y la cosmovisión de los pueblos andinos y amazónicos deben coexistir armónicamente con la medicina alopática dentro del sistema público.
- **Calidad y Oportunidad:** Se ensambla con las premisas de Fraccari y Kerrigan (2024), pues el acceso no se agota con la mera existencia de un puesto de salud (acceso geográfico), sino que exige idoneidad científica, equipamiento idóneo y capacitación continua.

Nuevamente, aplicando a Alexy (2021), si las variables de calidad y aceptabilidad fallan por inacción fáctica del Estado, el principio derecho al acceso se degrada, deviniendo en inconstitucional por vulneración de su contenido esencial.

II. ENFOQUE CONSTITUCIONAL APLICADO A LAS CONCLUSIONES

Fusión con la Primera Conclusión: La correlación de 0.767 no es solo un indicador predictivo asociativo, sino la traducción empírica de la interdependencia e indivisibilidad de los Derechos Humanos. La protección íntegra de la población se logra cuando la política pública asume la salud en su dimensión prestacional como un derecho exigible, vinculando el mandato constitucional con la asignación presupuestaria y estratégica del Estado.

Fusión con la Segunda Conclusión: El índice de 0.683 demuestra que las políticas de inclusión adquieren validez constitucional únicamente cuando operan bajo el enfoque de vulnerabilidad e interseccionalidad. La atención diferenciada a los sectores más desfavorecidos es un imperativo de la dignidad humana (Artículo 1 de la Constitución) y una obligación de tutela preferente que pesa sobre el legislador y el administrador público.

Fusión con la Tercera Conclusión: El valor de 0.745 ratifica que el acceso no es un concepto abstracto, sino un derecho de configuración legal que requiere la remoción activa de barreras (económicas, geográficas y burocráticas). La distribución equitativa de los recursos sanitarios constituye una exigencia del

Estado Social y Democrático de Derecho.

II. ENFOQUE CONSTITUCIONAL APLICADO A LAS RECOMENDACIONES

Recomendación Primera (Análisis de los Artículos 7 y 9)

El estudio técnico jurídico propuesto para evaluar la aplicación de los artículos 7 (Derecho a la salud) y 9 (Política Nacional de Salud) de la Constitución, junto con la Ley General de Salud (Ley N.º 26842), debe incorporar un Control de Constitucionalidad de las omisiones administrativas regionales.

Sustento Constitucional: El TC ha fijado en reiterada jurisprudencia que las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) no pueden escudarse en la descentralización para segmentar o precarizar el acceso. El estudio debe apuntar a erradicar los cuellos de botella procedimentales en Moquegua que violan los estándares mínimos de disponibilidad fijados por el Ministerio de Salud a nivel nacional.

Recomendación Segunda (Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030)

El sistema de seguimiento enfocado en el cumplimiento del Decreto Supremo N.º 026-2020-SA debe justificarse bajo el Principio de Progresividad y No Regresividad de los DESC.

Sustento Constitucional: Los derechos sociales están sometidos a una progresividad según los recursos disponibles, pero existe una prohibición de regresividad. Un sistema de monitoreo en Moquegua es la única herramienta técnica disponible para garantizar que los estándares de equidad alcanzados para los grupos vulnerables no sufran retrocesos debido a cambios políticos u omisiones de gestión.

Recomendación Tercera (Adecuación a los Estándares del PIDESC)

La adecuación de los lineamientos del Programa Nacional de Acceso Universal a la Salud conforme al Pacto Internacional de Derechos Económicos,

Sociales y Culturales encuentra viabilidad obligatoria mediante la Cuarta Disposición Final y Transitoria de la Constitución Política del Perú.

Sustento Constitucional: Esta disposición constitucional obliga a que los derechos fundamentales reconocidos internamente se interpreten de conformidad con los tratados internacionales ratificados por el Perú. Por lo tanto, la aplicación de los criterios de la Observación General N.º 14 (PIDESC) para redistribuir el recurso humano y material no es una facultad discrecional del programa, sino un mandato de control de convencionalidad aplicable a las políticas sanitarias para disolver las barreras físicas en las poblaciones con menor nivel de atención.

Apéndice 3 : PROPUESTA NORMATIVA**ORDENANZA REGIONAL N.º 001-2026-CR/GRM****LA GOBERNADORA REGIONAL DEL GOBIERNO REGIONAL DE MOQUEGUA**

POR CUANTO: El Consejo Regional del Gobierno Regional de Moquegua, en sesión ordinaria de la fecha, ha aprobado la presente Ordenanza Regional;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos 7º y 9º de la Constitución Política del Perú establecen que todos tienen derecho a la protección de su salud y que el Estado determina la política nacional de salud, correspondiendo al Poder Ejecutivo normar y supervisar su aplicación de manera descentralizada y participativa;

Que, de conformidad con la Cuarta Disposición Final y Transitoria de la Constitución y la jurisprudencia vinculante del Tribunal Constitucional (STC N.º 03330-2004-AA/TC), el derecho a la salud se interpreta a la luz de la Observación General N.º 14 del Comité PIDESC, obligando a garantizar los estándares de Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad;

Que, la evidencia científica local e investigaciones aplicadas al sistema de salud de la Región Moquegua demuestran una correlación crítica del 0.767 entre la efectividad del derecho a la salud y las políticas de inclusión, advirtiéndose brechas del 0.683 en la tutela de poblaciones vulnerables por barreras lingüísticas, geográficas y de capacitación del personal sanitario, lo que exige una optimización fáctica y normativa del servicio público;

En uso de las facultades conferidas por el artículo 38º de la Ley N.º 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales; se ha aprobado la siguiente:

ORDENANZA REGIONAL QUE CREA EL "MARCO NORMATIVO REGIONAL PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL ACCESO UNIVERSAL,

INCLUSIÓN E INTERCULTURALIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD DE LA REGIÓN MOQUEGUA"

CAPÍTULO I: DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.- Objeto y Finalidad La presente Ordenanza tiene por objeto establecer los lineamientos jurídicos y procedimentales para garantizar el derecho a la salud bajo los principios constitucionales de equidad, universalidad e inclusión progresiva. Su finalidad es erradicar las barreras administrativas, geográficas y lingüísticas en la Red de Salud de la Región Moquegua, priorizando a los sujetos de especial protección constitucional.

Artículo 2.- Ámbito de Aplicación Las disposiciones de la presente Ordenanza son de cumplimiento obligatorio para todas las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) públicas, bajo la administración o rectoría de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Moquegua, incluyendo centros de salud estratégicos y puestos de salud rurales de las provincias de Mariscal Nieto, Ilo y General Sánchez Cerro.

CAPÍTULO II: DE LA TUTELA A POBLACIONES VULNERABLES E INTERCULTURALIDAD

Artículo 3.- Plan Obligatorio de Bilingüismo y Competencias Interculturales Dispóngase que la DIRESA Moquegua, en un plazo no mayor a sesenta (60) días calendario, implemente el *Programa de Capacitación Continua en Lenguas Originarias y Enfoque Intercultural* para el personal médico, de enfermería y administrativo de las IPRESS ubicadas en zonas con presencia de comunidades andinas.

- **Obligatoriedad:** Todo establecimiento de salud rural deberá contar, de manera permanente en el área de triaje y admisión, con al menos un (1) profesional o técnico de la salud certificado en competencias lingüísticas de la variante regional correspondiente (Aymara/Quechua), a fin de

salvaguardar el derecho a la identidad étnica y cultural (Art. 2.19 de la Constitución).

Artículo 4.- Adecuación Cultural de los Servicios de Salud Las IPRESS de la región deberán adecuar sus protocolos de atención médica y de parto vertical, respetando las prácticas y conocimientos ancestrales de las comunidades originarias, siempre que no pongan en riesgo la vida de los pacientes, logrando la *Aceptabilidad* exigida por el bloque de constitucionalidad.

CAPÍTULO III: DE LAS GARANTÍAS DE ACCESO, DISPONIBILIDAD Y CALIDAD

Artículo 5.- Prohibición de Barreras Administrativas y Burocráticas Queda expresamente prohibido condicionar la atención médica de emergencia o la continuidad del tratamiento de pacientes en situación de vulnerabilidad socioeconómica a trámites burocráticos internos, copagos o carencia de documentos de identidad. El SIS (Sistema Integral de Salud) se activará de oficio y de forma inmediata bajo el principio de informalismo y presunción de vulnerabilidad.

Artículo 6.- Mecanismo de Redistribución Itinerante de Recursos (Equidad Horizontal) Créanse las *Unidades Clínicas Móviles de Inclusión Sanitaria (UCMIS)*, encargadas de trasladar personal especializado, insumos y medicamentos a los distritos con mayores índices de dispersión geográfica y pobreza de la provincia de General Sánchez Cerro, garantizando la condición de *Disponibilidad* del derecho a la salud de forma equitativa (Principio de la Diferencia de Rawls).

CAPÍTULO IV: DEL CONTROL, SEGUIMIENTO Y RENDICIÓN DE CUENTAS

Artículo 7.- Creación del Observatorio Regional de Inclusión en Salud (ORIS) Créase el ORIS como un órgano técnico dependiente de la Gerencia Regional de Desarrollo Social, encargado de fiscalizar semestralmente los indicadores de accesibilidad y calidad en las IPRESS de Moquegua. El ORIS vigilará la correcta

alineación de la red regional con los objetivos de la *Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (D.S. N.º 026-2020-SA)*, bajo sanción de responsabilidad administrativa para los directores de redes que muestren retrocesos injustificados (Principio de No Regresividad de los DESC).

Artículo 8.- Mecanismo de Queja por Vulneración al Acceso Inclusivo Se implementará en todas las IPRESS de la región un canal físico y digital de atención prioritaria de denuncias constitucionales por discriminación, falta de oportunidad en la atención o maltrato debido a condiciones de vulnerabilidad, las cuales serán derivadas directamente a la Defensoría del Pueblo y a la Susalud para las acciones legales correspondientes.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS Y FINALES

Primera.- Financiamiento La implementación de las acciones derivadas de la presente Ordenanza se financiará con cargo al presupuesto institucional aprobado del Gobierno Regional de Moquegua, en las fuentes de financiamiento correspondientes a la función Salud, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público, optimizando los saldos presupuestales de gestión.

Segunda.- Reglamentación Encárguese al Ejecutivo Regional, a través de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Moquegua, la reglamentación de la presente Ordenanza Regional en un plazo máximo de treinta (30) días hábiles contados a partir del día siguiente de su publicación.

Comuníquese a la Señora Gobernadora del Gobierno Regional de Moquegua para su promulgación.

Dado en la Sede del Gobierno Regional de Moquegua, a los xx días del mes de xx del año 2026

Apéndice 4 : INSTRUMENTO UTILIZADOS



DERECHO A LA SALUD Y POLÍTICAS DE INCLUSIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD PERUANO, DE ACUERDO CON OPERADORES DE DERECHO DEL DISTRITO JUDICIAL DE MOQUEGUA, 2024

PRESENTACION:

Buenos días, se está desarrollando un estudio que busca determinar la relación entre el derecho a la salud y las políticas de inclusión en el sistema de salud peruano, de acuerdo con operadores de justicia del Distrito Judicial de Moquegua, 2024.

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente las preguntas y seleccione una respuesta según su apreciación.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

DERECHO A LA SALUD

Nº	Pregunta	1	2	3	4	5
Personas vulnerables						
1	¿Qué tan de acuerdo estás con que la implementación de políticas públicas ha sido suficiente para asegurar que todos los grupos vulnerables tengan acceso equitativo a los servicios de salud?					
2	¿En qué grado concuerdas con que las iniciativas de inclusión en el sistema de salud han fallado en					

	garantizar una adecuada atención a las personas en situaciones de vulnerabilidad?
3	¿Cómo evalúas tu conformidad con que los esfuerzos del sistema de salud para ampliar la cobertura no han sido efectivos en reducir las barreras de acceso para las poblaciones más desprotegidas?
4	¿Hasta qué punto coincides en que las políticas de salud actuales no logran proteger de manera adecuada a los grupos vulnerables frente a los riesgos sanitarios?
5	¿En qué medida aceptas que el sistema de salud peruano sigue presentando fallas considerables en la cobertura universal, afectando principalmente a los sectores más vulnerables de la población?
Acceso a servicios de salud	
6	¿En qué grado consideras que la cantidad de centros médicos en zonas rurales es insuficiente para cubrir la demanda de servicios de salud de la población más vulnerable?
7	¿Qué tan conforme estás con que la distancia entre los centros de atención sanitaria y los lugares de residencia de las personas en áreas rurales dificulta su acceso oportuno a la atención médica?
8	¿Hasta qué nivel coincides con que la falta de infraestructura médica adecuada en determinadas regiones limita la capacidad del sistema de salud para atender eficazmente a la población?
9	¿Cómo evalúas tu conformidad con que el sistema de salud no ha garantizado una distribución equitativa de los centros de atención primaria, lo que incrementa las dificultades para el acceso rápido de las comunidades remotas?
10	¿En qué medida aceptas que la cantidad actual de centros de salud disponibles en zonas urbanas marginales no es suficiente para satisfacer las necesidades básicas de atención médica de sus habitantes?

POLÍTICAS DE INCLUSIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD PERUANO

Nº	Pregunta	1	2	3	4	5
Información sobre política pública de salud						
1	¿Hasta qué nivel coincides con que el conocimiento general sobre las políticas de salud inclusivas es					

	insuficiente para garantizar que toda la población acceda adecuadamente a los servicios de salud?
2	¿En qué grado concuerdas con que la difusión de información relacionada con las políticas de inclusión en salud no ha sido lo suficientemente efectiva para llegar a los grupos más vulnerables?
3	¿Qué tan conforme estás con que las campañas informativas sobre los derechos de acceso a la salud no han logrado un impacto significativo en la comprensión de las políticas públicas entre la ciudadanía?
4	¿Hasta qué punto estás de acuerdo con que la falta de acceso a información clara sobre las políticas de inclusión en salud limita la capacidad de las personas para exigir sus derechos en el sistema de salud?
5	¿En qué medida aceptas que el conocimiento limitado sobre los programas de inclusión en el sistema de salud es uno de los factores que más afecta el acceso equitativo a los servicios de salud en las zonas rurales?
Estrategias de las políticas públicas de salud	
6	¿En qué medida aceptas que la ejecución de las estrategias sanitarias actuales no ha logrado integrar eficazmente a las comunidades más vulnerables en el acceso a los servicios de salud?
7	¿Hasta qué punto coincides en que las políticas médicas desarrolladas recientemente no han sido lo suficientemente inclusivas para abordar las necesidades de las poblaciones que enfrentan mayores barreras de acceso al sistema de salud?
8	¿Cómo valorarías tu acuerdo con que las estrategias implementadas para fortalecer la salud pública no han garantizado una atención equitativa en todas las regiones del país?
9	¿Qué tan de acuerdo estás con que el desarrollo de políticas médicas en el país ha sido insuficiente para reducir las desigualdades en la atención sanitaria entre los distintos sectores de la población?
10	¿En qué grado consideras que la ejecución de los planes de salud pública no ha priorizado adecuada
Gracias por su colaboración	

APÉNDICE 5: MATRIZ DE DATOS

N°	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
1	3	1	3	5	5	4	5	5	5	1	4	4	5	4	3	1	1	5	4	2
2	4	5	4	3	4	5	3	4	5	1	4	5	4	1	2	5	4	1	5	1
3	5	4	1	1	3	1	2	1	1	5	1	1	5	3	3	1	3	4	2	3
4	1	2	3	5	1	3	5	3	1	5	2	4	2	2	1	5	1	3	2	1
5	2	5	3	5	2	1	2	3	1	2	3	5	1	1	5	5	1	1	4	5
6	4	4	5	2	5	3	3	4	2	5	4	2	4	5	5	5	5	5	2	3
7	2	1	2	2	2	4	4	1	1	5	2	1	5	5	2	2	3	2	4	4
8	5	4	3	2	4	5	5	5	5	4	5	4	1	5	5	4	4	5	4	3
9	5	2	4	4	2	2	1	3	3	5	5	3	3	1	1	4	5	5	2	2
10	2	2	2	3	3	2	1	5	1	1	4	5	5	3	2	3	4	5	4	4
11	4	3	5	5	1	2	2	2	5	4	1	2	3	3	5	2	1	2	3	2
12	3	2	2	1	2	3	3	3	5	3	1	1	1	2	4	2	3	3	5	3
13	2	2	5	1	5	4	2	4	2	4	4	2	3	1	1	1	2	3	2	2
14	5	1	4	3	3	1	2	3	4	1	1	2	1	2	3	1	4	4	3	4
15	5	4	3	1	5	5	2	5	1	3	3	2	5	5	1	3	4	2	5	2
16	2	4	3	4	4	2	3	4	5	4	5	3	2	1	3	4	5	1	2	3
17	4	3	4	2	4	4	2	5	1	2	2	3	1	2	4	3	3	4	4	2
18	3	4	2	2	3	3	3	1	4	4	4	3	4	2	2	3	2	3	2	2
19	3	2	4	5	3	3	2	4	4	4	2	2	1	4	3	3	3	1	4	3
20	4	3	3	2	4	2	1	4	3	3	2	1	3	3	3	3	4	2	4	3
21	3	3	2	4	4	4	3	2	3	4	2	2	1	4	3	3	3	2	4	4
22	5	4	4	3	4	5	3	4	3	3	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
24	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	5	5	5	5
25	3	3	3	2	3	1	3	1	1	1	1	1	1	2	3	3	2	3	1	3
26	3	3	2	3	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	3	3
27	1	1	2	2	3	2	1	2	1	2	1	2	1	3	3	1	2	1	3	3
28	3	2	3	3	1	1	3	1	2	1	3	3	3	1	1	1	1	1	1	2
29	3	2	2	2	2	1	2	2	3	2	3	1	1	3	2	2	1	1	1	3
30	1	1	3	2	1	1	1	3	1	1	3	3	2	2	1	3	1	1	1	2
31	3	1	3	3	1	3	1	3	1	1	3	2	1	2	3	1	2	2	2	3
32	3	1	2	1	3	2	2	2	2	3	1	3	3	3	2	2	3	1	3	2
33	3	1	2	2	2	2	1	2	3	1	3	1	1	3	3	1	2	3	3	1
34	1	3	3	2	1	1	2	1	3	1	2	1	3	1	2	2	2	1	3	1
35	2	1	2	1	2	1	3	1	2	1	3	3	2	3	2	2	3	1	3	2
36	2	2	1	3	3	2	3	3	2	2	3	3	2	1	3	1	1	3	3	1
37	1	3	3	3	3	1	2	3	3	1	3	1	3	1	1	2	3	1	1	3
38	3	3	3	3	3	1	1	3	3	3	1	2	1	1	1	3	3	3	1	3
39	2	1	2	1	3	1	1	1	2	1	3	2	3	1	1	1	2	3	3	2
40	1	1	3	1	2	2	3	2	3	2	3	1	3	2	2	1	2	3	1	2
41	2	1	2	2	1	2	1	1	3	3	3	3	2	1	3	2	2	2	1	3
42	3	1	2	3	3	3	3	1	3	2	1	1	1	1	2	3	1	2	1	3
43	1	1	1	1	1	1	3	2	3	3	2	2	3	1	1	3	3	3	1	2
44	1	1	2	3	1	1	3	1	1	2	2	1	1	1	3	2	3	2	2	3
45	1	3	2	2	1	3	2	2	2	1	2	3	2	3	1	1	3	2	3	2
46	2	3	1	3	2	2	2	2	1	2	1	3	2	3	3	3	2	1	1	3
47	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	3	1	1	1	2	3	3	1
48	3	3	2	3	1	3	2	3	1	2	3	2	2	1	1	3	2	3	3	2
49	2	2	1	3	2	2	2	1	1	1	2	3	1	2	3	3	2	3	3	1
50	2	2	2	3	1	2	3	2	2	2	3	3	2	3	2	2	1	3	3	1
51	2	1	3	2	3	1	3	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2
52	1	1	1	2	3	3	1	2	2	3	2	2	2	1	1	3	3	1	2	1
53	2	3	2	1	2	2	2	2	3	2	1	1	1	2	2	2	3	2	3	2
54	1	1	3	3	3	1	2	1	3	2	2	3	1	1	2	1	1	1	3	3
55	2	1	1	1	1	2	3	3	2	3	3	3	2	2	1	1	3	3	2	1
56	2	2	2	1	3	1	1	1	3	2	1	3	2	1	1	3	2	2	2	1
57	2	1	1	2	1	3	1	3	1	1	1	2	1	1	1	2	3	2	3	2
58	2	1	1	3	3	2	3	1	1	1	2	1	2	3	1	2	3	3	1	2
59	3	1	2	1	1	2	2	1	1	3	2	2	2	2	2	3	2	1	1	3
60	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	1	2	1	3	1	2	1	3	1	1
61	1	3	1	1	2	2	1	2	1	3	1	1	2	2	1	1	1	1	3	1
62	3	2	2	4	4	3	4	3	3	4	4	2	2	3	4	2	4	2	4	3
63	2	4	2	4	4	4	2	4	4	2	2	4	3	2	3	3	4	2	4	3
64	4	4	2	2	3	4	3	3	2	3	3	2	4	3	2	3	4	2	4	3
65	2	2	3	4	3	3	2	4	3	4	2	4	4	2	3	4	2	3	3	4
66	3	4	2	3	3	3	4	3	2	4	3	2	4	4	3	3	2	4	2	3
67	2	4	4	2	3	3	4	2	3	3	4	2	2	4	3	2	3	3	4	3
68	3	4	3	3	2	4	3	2	4	3	4	3	2	2	4	2	3	2	3	3
69	4	2	2	2	2	4	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	2	4
70	2	3	3	2	4	3	4	3	4	3	2	4	4	2	2	2	3	3	4	4
71	4	4	3	4	2	4	2	4	2	2	3	2	3	2	2	4	3	3	2	4
72	2	4	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4	3	4	2	3	4	3	4	4
73	2	4	2	4	4	2	2	4	3	3	3	2	2	3	4	3	4	2	3	4
74	3	3	4	4	4	2	4	3	2	3	2	3	2	3	4	3	4	3	2	3
75	2	4	3	2	4	3	2	4	2	4	4	3	2	2	4	4	3	3	4	4
76	3	3	4	3	4	3	3	3	4	2	2	3	2	4	3	3	3	4	2	2
77	3	3	4	3	2	3	2	2	2	4	2	3	4	4	3	4	3	4	4	3
78	3	3	3	3	3	2	2	4	3	2	3	4	2	3	2	3	4	4	4	4
79	2	2	3	2	2	4	2	4	3	4	3	4	4	3	4	4	3	2	4	3
80	3	2	4	4	3	2	2	4	2	2	2	3	4	4	3	2	2	4	2	3
81	4	3	3	4	2	3	2	4	4	4	3	4	4	3	2	3	3	4	4	4
82	3	2	4	3	3	3	4	4	2	2	3	2	4	2	2	4	4	2	3	4
83	3	2	4	3	4	2	3	4	4	3	2	4	4	3	4	3	2	3	2	2
84	4	2	4	3	2	4	2	4	4	2	4	4	2	3	2	4	4	4	2	3
85	3	3	4	3	4	4	4	4	3	2	2	3	3	4	2	4	2	3	2	2
86	4	2	3	3	4	2	3	4	2	2	3	2	3	2	4	3	3	4	3	2

APÉNDICE 6: BASE DE DATOS PRUEBA PILOTO

VARIABLE 1

Nº	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	
1	4	5	5	4	4	4	4	3	5	4	42.00
2	4	5	3	4	4	4	5	4	3	4	40.00
3	5	3	3	4	4	5	5	5	5	3	42.00
4	3	4	4	3	5	5	4	5	3	5	41.00
5	3	4	5	3	3	4	5	5	5	5	42.00
6	3	4	5	5	3	5	4	3	3	3	38.00
7	3	1	1	2	2	1	3	3	1	3	20.00
8	3	3	3	3	3	3	3	2	3	1	27.00
9	2	2	3	2	4	2	2	3	2	4	26.00
10	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	28.00
Varianzas	0.61	1.61	1.45	0.81	0.65	1.64	1.21	1.04	1.61	1.25	63.44

[illegible]

VARIABLE 2

N°	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	
1	4	4	5	4	3	3	3	3	3	4	36.00
2	4	5	3	3	5	3	3	3	3	4	36.00
3	5	3	4	4	4	3	4	5	3	3	38.00
4	5	5	5	4	4	5	3	4	5	3	43.00
5	3	3	4	5	4	5	3	4	4	3	38.00
6	3	4	4	4	4	5	4	5	3	3	39.00
7	3	1	2	2	2	1	3	3	2	2	21.00
8	2	1	1	1	1	2	2	3	1	1	15.00
9	2	3	2	4	4	2	2	3	2	4	28.00
10	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	27.00
Varianzas	1.04	1.89	1.61	1.24	1.41	1.76	0.49	0.64	1.09	0.80	72.49

[illegible]

AMBAS VARIABLES

Nº	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	
1	4	5	5	4	4	4	4	3	5	4	4	4	5	4	3	3	3	3	3	4	78.00
2	4	5	3	4	4	4	5	4	3	4	4	5	3	3	5	3	3	3	3	4	76.00
3	5	3	3	4	4	5	5	5	5	3	5	3	4	4	4	3	4	5	3	3	80.00
4	3	4	4	3	5	5	4	5	3	5	5	5	5	4	4	5	3	4	5	3	84.00
5	3	4	5	3	3	4	5	5	5	5	3	3	4	5	4	5	3	4	4	3	80.00
6	3	4	5	5	3	5	4	3	3	3	3	4	4	4	4	5	4	5	3	3	77.00
7	3	1	1	2	2	1	3	3	1	3	3	1	2	2	2	1	3	3	2	2	41.00
8	3	3	3	3	3	3	3	2	3	1	2	1	1	1	1	2	2	3	1	1	42.00
9	2	2	3	2	4	2	2	3	2	4	2	3	2	4	4	2	2	3	2	4	54.00
10	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	55.00
Varianzas	0.61	1.61	1.45	0.81	0.65	1.64	1.21	1.04	1.61	1.25	1.04	1.89	1.61	1.24	1.41	1.76	0.49	0.64	1.09	0.80	254.21

[illegible]

Apéndice 7 Ficha técnica de instrumento

Variable: Derecho a la salud

Entidad que lo publica: Universidad César Vallejo

Autor: Mendoza Jara, Luis Miguel

Año: 2022

Lugar: Perú

Título: Sustitución de la prisión preventiva a detención domiciliaria y el derecho a la salud de los procesados por el Covid-19, Cajamarca, 2021

Duración: 20 minutos

Valoración: Para la presente investigación, se ha considerado la escala Likert de valoración

Confiabilidad del instrumento: La confiabilidad del presente instrumento, se ha encontrado determinada a través del Alfa de Cronbach, en el que se mantuvo una valoración mayor a 0.70

Profesionales validadores: Dr. Recalde Gracey, Andrés Enrique

Link:

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/80213/Mendoza_JL-M-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Variable: Políticas de inclusión en el sistema de salud peruano

Entidad que lo publica: Universidad César Vallejo

Autor: Solis Matta, Eliana Giselle

Año: 2023

Lugar: Perú

Título: Política pública de salud y atención al usuario de la Posta Médica de Rinconada, 2022

Duración: 20 minutos

Valoración: Para la presente investigación, se ha considerado la escala Likert de valoración

Confiabilidad del instrumento: La confiabilidad del presente instrumento, se ha encontrado determinada a través del Alfa de Cronbach, en el que se mantuvo una valoración mayor a 0.70

Profesionales validadores: Dra. Esquivel Paredes, Lourdes Jossefyne / Mg. Fiestas Flores, Roberto Carlos

Link:

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/115352/Solis_MEG-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y