

El derecho a la salud en el Perú: cambio de paradigmas a partir de la emergencia sanitaria covid-19

The right to health in Peru: paradigm shift from the covid-19 health emergency

 Christian Janderson Quiroz Angulo
Universidad César Vallejo
cquiroza84@ucvvirtual.edu.pe

Aceptado: noviembre de 2022

Recibido: setiembre de 2022

Julio - Diciembre
Vol. 1 Núm. 2 – 2022

<https://doi.org/10.56275/fitovida.v1i2.10>

RESUMEN

La salud internacionalmente es considerada un derecho humano, (OMS) sin embargo, en el Perú el acceso a la salud en tiempos de pandemia es discriminatorio, en muchos casos los ciudadanos luchan contra el sistema por sus derechos. Se evidencia como problemática que existen carencias en el ingreso al sistema sanitario infringiendo el derecho constitucional a la salud y se justifica porque la cobertura sanitaria no se suministra de manera oportuna e igualitaria, teniendo como objetivo que las teorías respecto al tema apoyan este análisis que evidencia la vulneración del derecho a la salud establecida en la constitución política del Perú. La metodología es descriptiva exploratoria, basada en una visión crítica de artículos respecto al tema publicados en revistas especializadas. La conclusión principal es el incumplimiento de las leyes establecidas para el acceso a la salud convirtiéndola en una política discriminatoria y desigual.

Palabras clave: *Derecho a la salud, pluralidad social, discriminación, desigualdad.*

ABSTRACT

Internationally, health is considered a human right, (WHO) however, in Peru access to health care in times of pandemic is discriminatory, in many cases citizens fight against the system for their rights. It is evident as problematic that there are deficiencies in entering the health system in violation of the constitutional right to health and it is justified because health coverage is not provided in a timely and egalitarian manner, with the objective that the theories on the subject support this analysis that evidences the violation of the right to health established in the political constitution of Peru. The methodology is descriptive and exploratory, based on a critical view of articles on the subject published in specialized journals. The main conclusion is the failure to comply with the laws established for access to health, making it a discriminatory and unequal policy.

Keywords: *Right to health, social plurality, discrimination, inequality.*

INTRODUCCIÓN

El acceso a los servicios de salud es una percepción que se define y explica, en posibles términos operantes, su aparato funcional muestra la entrada a los sistemas de salud, sin importar el tipo de administración que esta pueda tener (pública, privada o mixta), así como todo paciente que requiere atenciones en salud en los diferentes servicios que ofertan los establecimientos sanitarios. El derecho de acceso a la salud se constituye como un ente referente de una amplia investigación compleja y empírica en distintos escenarios a lo largo de nuestro país y del mundo. En este contexto de amplia complejidad, la academia científica muestra en las diversas investigaciones mucha evidencia sobre las características complejas que puede tener el derecho de acceso a la salud, en países y regiones con diversas culturas e ideologías que aplican políticas discriminatorias en época de pandemia.

Huamaní et al. (2020), refiere que, desde el punto de vista conceptual, casi todos los modelos que se emplean para tratar el tema referente al problema del derecho de acceso a la salud se fundamentan básicamente en la teoría de mercado, esto se relaciona a factores y son dimensionados a indicadores de oferta y demanda que involucran los servicios de salud dentro del territorio nacional, centrándose de manera prioritaria a la atención médica. Los modelos basados en esta índole son los que han servido como referencia conceptual casi en todas las investigaciones realizadas en los diferentes contextos de la salud.

En el Perú frente a la pandemia covid-19, según las estadísticas oficiales sobre el derecho de acceso a los servicios de salud es bastante condicionada y restrictiva enmarcado a cifras de cobertura de aseguramiento e indicadores de camas hospitalarias por 1000 habitantes, así como la tasa de profesionales médicos por 10000 habitantes, cantidad de consultas en los establecimientos públicos, población asegurada a algún plan de aseguramiento ya sea público o privado, indicadores porcentuales de partos institucionales, cantidad de reclamos por respuestas discriminatorias al momento de solicitar atención medica por enfermedades prevalas o control de tumoraciones (CIE 10: CA) Lozada y Núñez (2020).

Para Huarcaya (2020) el ente normalizador emana la reglamentación respectiva orientada a garantizar el adecuado desempeño de la organización y la defensa del atributo a la sanidad de los pacientes y beneficiarios de los sistemas de acceso a la salud.

La problemática está referida a que el ente supervisor sanitario en el Perú, SuSalud, utiliza controles a nivel de campo y observación con el fin de verificar la ejecución de la reglamentación vigente respecto al acceso integral sanitario para todos los ciudadanos, Lozada y Núñez (2020), a pesar de ello, se presentan carencias en las instituciones responsables de supervisar la ejecución de esta normatividad y se ha evidenciado en el Perú que en periodos de crisis sanitaria no se ha conseguido asegurar el ingreso al sistema integral sanitario a la ciudadanía, infringiendo facultades que la constitución otorga, Velásquez (2009).

Se justifica porque esta revisión pone de manifiesto circunstancias en las cuales el derecho que la constitución provee, respecto a la protección de la vida no se está cumpliendo apropiadamente, ya sea por obra o por olvido. Esta situación se evidencia en las instituciones sanitarias donde el derecho de acceder a los servicios de salud es restringido por cumplimiento de mandato político en el marco del covid-19, en donde la población en general acude como usuario o demandantes de atención sanitaria y no encuentran un servicio de calidad que les brinden atención rápida, apropiada y optima, los servidores sanitarios que los admiten en los establecimientos no tienen sensibilidad humana y no se desempeñan debidamente preparados, y la garantía sanitaria que se les ofrece no se encuentra suministrada de manera oportuna, igualitaria y con imparcialidad, Ferrajoli (2006).

Como objetivo se busca analizar de qué manera las teorías revisadas respecto a diversos autores, apoyan el criterio valorativo respecto a un acceso libre y oportuno a los sistemas integrales de salud pública.

Todas las investigaciones sobre el derecho de acceso a los servicios de salud en épocas de pandemia defienden la tesis que el gobierno peruano aplico una política de salud discriminatoria, que como resultado ha puesto en evidencia la vulneración de los derechos de la población dificultando el acceso a atenciones de enfermedades diferentes al covid-19, en especial de la población más pobre. En América Latina la responsabilidad de reglamentar y supervisar en temas sanitarios está a cargo de las Instituciones especializadas, las cuales están facultadas para decretar normas que administran la interrelación a través de subvenciones, servidores y beneficiarios, Oliveira y Mangeon (2012). A excepción de Colombia, que presenta un sistema sanitario judicializado, Copetta y Barrera (2011) no se han hallado valoraciones de instituciones supervisoras y penalizadores en asuntos sanitarios en las naciones a nivel Latinoamérica.

Por otra parte, Brasil reglamenta el derecho de acceso a los servicios de salud a través de la dependencia Sanitaria Suplementaria Nacional (ANS), en tiempos de pandemias estas instituciones fueron claves para garantizar el acceso de los servicios de salud Barrera (2011), respecto a Chile, las instituciones especializadas en temas de acceso a los servicios de salud son las que cuidan y verifican la realización del reglamento, supervisando a establecimientos estatales y particulares de los sistemas sanitarios, Benavides (2013).

En Argentina, las instituciones especializadas en temas de salud disminuyeron los índices de casos judiciales en aproximadamente 10% en un lapso bianual. Respecto a Colombia, a lo largo del 2007, un 70% de las solicitudes (demandas de facultades primordiales) estuvieron referidos a políticas sanitarias discriminatorias. En dicha nación, las instituciones especializadas en temas de salud aplican penas y amonestaciones con el fin de ejecutar eficientemente las leyes sanitarias, Copetta y Barrera (2011).

MARCO TEORICO

Esta pandemia del coronavirus, en el Perú, afectó significativamente los servicios en salud restringiendo todas las atenciones en consulta externa a casos Covid-19, los cuales hasta la actualidad no se han reaberturado en un cien por ciento dichas atenciones a las demás enfermedades, generando incomodidad a la población y que siente que sus derechos de atención en salud están siendo mermados, Huamaní et al. (2020). De acuerdo con la OMS (Organismo Sanitario Mundial, 2020), durante el periodo anual 2019, específicamente en el transcurso del mes de diciembre se detectaron brotes neumológicos de causa indeterminada en la provincia de Wuhan, situado en el país asiático de China. Posteriormente a la situación detectada, dicha enfermedad se propaga hacia muchas otras naciones vecinas, como son Tailandia, Japón y Corea. Además, los estudios de Zhu et al. (2020) y Lam, Cham y Wong. (2004) manifiestan que diversos tipos de virus provocaron la aparición de neumonías relacionados a síntomas crítico profundo respiratorio, denominado SARS por sus iniciales en inglés para el Síndrome Agudo Respiratorio Grave, en el periodo de los años 2002 al 2003, que produjo como consecuencia 774 víctimas fatales y 8098 contagiados, de igual manera Azhar et al. (2019) refieren que los síntomas respiratorios de Oriente Medio, conocido como Mers por sus iniciales en inglés, que tuvo su aparición en el país de Arabia Saudita es el causante de 848 víctimas fatales en 27 naciones en el periodo de los años 2012 al 2019. Lauer et al. (2020) afirman que el ciclo de desarrollo respecto al Sars-cov-2 corresponden a cinco días aproximadamente, muy similar al del Sars-cov-1 responsable de su manifestación en el 2003, (Wong y Tam, 2004), pero siendo superior respecto a la influenza H1N1 del año 2009, (Yang et al. 2009). Los estudios realizados por Liu et al. (2020), expresan que la velocidad básica reproductiva (RO), un factor que se acerca el nivel medio de incidentes recientes originados por una persona contagiada a lo largo del ciclo de infección, oscila entre 1,4 y 2,5.

Según Lozada y Núñez (2020) a raíz de la pandemia COVID 19 se logró que trabajen juntos Essalud, Minsa, la sanidad y las clínicas particulares para la atención a pacientes que sufren de este mal, este tipo de acciones se tiene que repetir con todos los servicios pertenecientes al sistema integral sanitario respecto a las demás dolencias, para el bienestar de todos los ciudadanos de la población.

Respecto a las estrategias a seguir Ainslie et al. (2020) aseguran que existen tres políticas de dirección para hacer frente a esta emergencia sanitaria: 1) Permanecer sin actuar con el fin de que la curvatura de la enfermedad infecciosa alcance su pico más alto, deteniéndose al infectar a la totalidad de individuos con mayor sensibilidad al virus; 2) tranquilizar; 3) procurar erradicar la enfermedad infecciosa. Ciertos patrones de cálculo operativo a nivel internacional advierten que de no adoptar alguna acción orientada a contrarrestar el avance de la pandemia, en un periodo aproximado de 12 semanas se alcanzará el contagio del 80% de los habitantes, y puede causar el fallecimiento de 510 000 personas en el Reino Unido, y casi 2,2 millones de personas

en USA, (Canadian Institute for Health Information, 2015) causando estragos en la estructura organizativa del servicio sanitario. Por el contrario, si se pone en marcha un programa dirigido a combatir el avance del contagio, disminuirán considerablemente los fallecimientos a 255 000 y 1,2 millones, correspondientemente, sin embargo, la organización del servicio sanitario se encontraría desbordados. A pesar de ello, si se utilizan políticas sanitarias orientadas a la erradicación de la enfermedad, los requerimientos de servicios médicos en el punto más alto de la pandemia disminuirían en dos terceras partes, tomándose esta acción como la manera más acertada para hacer frente a la problemática sanitaria.

El acceso al sistema integral sanitario como acceso al sistema integral sanitario, este se entiende como una atribución inherente a la persona humana, al respecto Carpizo (2011), expresa que las atribuciones humanas se han nombrado de muchas maneras a lo largo de los tiempos: privilegios del hombre, salvaguarda individual o colectivo, atribución de índole natural, facultad connatural, potestad fundamental, privilegio popular, atribución del individuo como ser humano, competencia pública personal y atribuciones elementales básicas, la ONU (Organización de las Naciones Unidas, 1948) sostiene que: las atribuciones o derechos se especifican conforme a sus fundamentos: universales, históricos, de progreso, protección, integridad y eficiencia inmediata. Asimismo, un factor que perjudica en gran magnitud el poder acceder a los sistemas integrales sanitarios es la carencia de igualdad, provocado por causas económico-financieros, así como por causas regionales, raciales, de cultura, comunitario, profesionales y de reglamentación. Por lo tanto, un problema primordial en la estructura sanitaria es encontrar la manera de disminuir la inequidad en los sistemas integrales sanitarios, asegurando la admisión y el óptimo servicio de atención sanitaria, tanto de forma previsional, así como de tratamiento especializado, a toda la comunidad sin restricción alguna, Who (2011). En concordancia con la Proclamación Internacional de las Atribuciones, los individuos, en su totalidad, poseen la potestad de acceder a una calidad de vida apropiado que le garantice, de igual manera a su familia, la salud y la tranquilidad, y de manera particular el sustento alimenticio, la vestimenta, el domicilio, el auxilio médico y el acceso a los sistemas de servicio público que requiera... Acuerdo Universal de Competencia Financiera, Comunitaria y de Cultura. Velásquez (2009) indica que hay muchas normas en el Perú referidos a la admisión y cobertura sanitaria, a pesar de ello, se presentan carencias en las instituciones responsables de supervisar la ejecución de esta normatividad y se ha evidenciado en el Perú que en periodos de crisis sanitaria no se ha conseguido asegurar el ingreso al sistema integral sanitario a la ciudadanía, infringiendo facultades que la constitución otorga, las cuales se contraponen frente a la normativa procedimental del Tribunal Constitucional Peruano (2004). Hernandez (2014) manifiesta que la facultad de acceso sanitario se debería contemplar como una atribución individual universal y que la admisión a este sistema es responsabilidad de los estados, sustentando estrategias incluyentes, otorgando esta facultad a todos los ciudadanos

sin discriminación de ningún tipo. En el Perú se puede evidenciar que, a pesar de emitirse leyes adecuadas, estas leyes en periodos de crisis sanitaria no garantizan una óptima cobertura sanitaria a la comunidad, por el contrario, existe un alto índice de fallecimientos por causa de no ser atendidos por patologías que no configuren covid-19, entre ellos: enfermedades degenerativas graves, neoplasias malignas, VIH, infantes con patologías extrañas que requieren de evaluación continua.

Alcántara. (2008) define como acceso a los sistemas integrales sanitarios: es toda acción en común, en sociedad, de forma sustancial como intangible, por lo tanto es multifacético y multifundamental, sobrepasando de esta manera la capacidad de servicio médico, según Ferrajoli (2006), las atribuciones básicas configuran tres principios axiológicos: la relación respecto a las atribuciones humanas y la paz (asegurando las facultades elementales para preservar la armonía en sociedad), la relación respecto a competencias y equidad (valorización equivalente respecto al total de individuos), y la función de la normativa legal del más inofensivo en alternancia a la normativa legal del más energético. De acuerdo con Lozada y Núñez (2020) la facultad del acceso a la salud aparece como una potestad de inferior nivel, una atribución común de índole sistemático; los que se constituyen como atribuciones de índole económica y social teniendo consistencia con lo determinado constitucionalmente. La admisión a los sistemas integrales sanitarios ha resultado ser un asunto estudiado aproximadamente partir de la última mitad del siglo veinte Aday y Andersen (1974), al presentar un contexto con el fin de estudiar la admisibilidad, establecieron la importancia de evidenciar la admisión desde la perspectiva de considerar si las personas con requerimiento sanitario acudían a los programas sanitarios, teniendo en cuenta la discrepancia respecto a los solicitantes de los servicios y aquellos que lo suministran. Se establecen como responsabilidad atribuida al Estado, que requieren de un procedimiento de cumplimiento de estrategias sociales con el objetivo de que el individuo pueda beneficiarse de estas o hacer uso de ellos de forma absoluta. Las facultades sistemáticas no permiten a los individuos solicitar mediante un proceso judicial su cumplimiento de manera instantánea, puesto que ello no tendría amparo jurisdiccional; a pesar de ello, estas atribuciones si pueden ser exigidos a nivel político y pueden hallar atención en conformidad a la circunstancia gubernamental presente. Esto se reafirma con la característica particular del Código Procesal del Tribunal Constitucional del Perú (2004), que determina el área de administración de los procedimientos de protección solamente a las facultades directas de las potestades elementales directa o incluida tácitamente, o también debido a infracciones a su entorno amparado por la constitución.

Para Oliveira y Mangeon (2012) la definición sistemática del privilegio de acceso a la salud es aceptado actualmente por casi todas las constituciones a nivel mundial; en Brasil, su Constitución de Republica Federal contempla el acceso a los sistemas integrales sanitarios en calidad de atribución comunitaria; en cuanto a la nación Colombiana, su Carta

Magna toma en cuenta que la salud es un privilegio en comunidad y el ingreso a los sistemas sanitarios de salud es una atención con carácter público; con respecto a México, Muñoz et al. (2000), afirman que su Constitución de Querétaro expresa lo siguiente: Las personas en su totalidad están facultadas al acceso de los sistemas destinados al cuidado de la sanidad; en el sistema español, la Carta Magna de España respeta la atribución a que todo ciudadano dispone con respecto de salvaguardar el acceso al sistema sanitario; también para Italia, su Carta Magna como Republica establece los cuidados de la salud como una atribución elemental e importancia primordial de la comunidad, por lo que se puede entender que la importancia de admisibilidad a los sistemas sanitarios se encuentra en los ideales de excelencia, Oliver y Mossialos (2004). En nuestro país, la Constitución Política del Perú (1992) comprende leyes semejantes de nivel sistemático. En su artículo séptimo establece: Toda persona tiene la facultad sin restricción alguna de cualquier índole de salvaguardar su salud, la de su familia y la de la colectividad, así como también la obligación de apoyar a su fomento y protección y el Estado es quien establece las estrategias nacionales de salud. En el artículo nueve se establece que: El Ejecutivo reglamenta y controla su puesta en práctica. Tiene a su cargo el planeamiento y la dirección con un enfoque de pluralidad social y descentralizada para favorecer el ingreso igualitario de todas las personas sin distinción alguna a los sistemas de asistencia a la integridad sanitaria.

Para garantizar el acceso total a los sistemas de salud Mascaró (2018) afirma después de 4 décadas de la proclamación de Alma Ata, el Minsa está orientada a obtener los cuatro propósitos en relación a su organización de servicio a la salud; pretendiendo el perfeccionamiento del sistema sanitario de la comunidad, la excelencia de la prestación de la salud, la eficacia y la complacencia profesional de los empleados del sistema sanitario.

De acuerdo con las Naciones Unidas (2015) el reto de la garantía mundial en temas sanitarios (CUS), conforma un propósito integral registrado en los logros a cumplir hacia el 2030, en esta se conceptualiza a la integridad sanitaria de la siguiente manera: promotor, indicativo y producto del progreso sustentable. Para la OMS (2019) la toma de decisión del gobierno central, el planteamiento y la puesta en funcionamiento de las estrategias, el traslado de bienes aprovechables, la participación y el entusiasmo a partir del núcleo social comunitario, consiste en respaldar las metas de la protección internacional en temas sanitarios, a modo de mecanismo y finalidad para el progreso y satisfacción de toda la comunidad, pero no obstante alcanzar este beneficio no lograría llenar las expectativas requeridas, a menos que se tengan en consideración el ingreso sin restricciones, pertinente y perfecto al sistema integral de servicios sanitarios que las personas exigen. Actualmente, en una verificación acerca de los aspectos de admisibilidad, se pone mayor interés en la importancia de tomar en cuenta que las acciones referidas con la admisión abarcan factores externos al ámbito sanitario, Sanchez y Ciconelli (2012). Con respecto al Perú las metas propuestas a ser cumplidas, las cuales han sido establecidas en la ponencia Alma-Ata,

por las naciones que forman parte del organismo Sanitario Mundial (OMS), que solicitaban el acceso al sistema sanitario integral de todo individuo sin restricción alguna para el año 2000, lo cual representaba un fundamental acontecimiento en el contexto de la concertación a nivel nacional acordado en el 2002, orientando el rumbo del país respecto a los últimos años. Este acuerdo tuvo intervención de las organizaciones políticas y portavoces de agrupaciones, grupos de la comunidad social, representantes de colectivos religiosos y funcionarios del Estado, establece a modo de 13^o estrategia nacional el ingreso de todo ciudadano sin restricción alguna a los sistemas integrales de servicios sanitarios y a la cobertura comunitaria en tema sanitario, especificando que debe realizarse de manera pertinente, sin costo, constante y de excelente servicio, atendiendo de manera primordial en aquellos sectores económicamente deprimidos y en las localidades de mayor vulnerabilidad. (Nepo & Velásquez, 2016).

Con el propósito de poner en marcha programas eficaces se implementa el Seguro de Salud Integral, fundamentado en los programas sanitarios, seguridad gratuita para escolares, además del programa seguridad maternal infantil; que de acuerdo con la Institución de Informática y Estadística del Perú (2018) el SIS respecto al año 2004, logro una cobertura del 14,9% de los habitantes, que incrementado al 17,4% de las personas agregadas a los programas del seguro de salud y 5% pertenecientes a diferentes coberturas sanitarias; tal como Sánchez (2014) afirma que durante el 2009 se publica la norma de Cobertura total sanitaria, determinando como meta que el 100% de los individuos debían acceder progresivamente a la cobertura sanitaria que los amparen contra los altos precios que demanden un eventual padecimiento, lo que originó importantes modificaciones de la forma de ingresar y financiar la asistencia en la atención en los sistemas integrales sanitarios de carácter estatal. Pavone (2018) refiere que es en el 2012 hacia adelante que se fomenta por parte del Minsa, un sustancial afán de implementar con bienes esenciales al SIS con la finalidad de lograr con lo dispuesto exigido por la normativa, posibilitando multiplicar por tres su partida presupuestal en el periodo correspondiente a cuatro años; para Gutiérrez et al. (2018) estos procedimientos permitieron que las dependencias sanitarias y los usuarios consideraran al seguro integral de salud como una entidad que garantizaba el subencionamiento de la asistencia sanitaria de elevado precio, constituyéndose de esta manera en un importante motivo para la existencia de los sistemas de atención de carácter estatal en beneficio de los más necesitados.

Las perspectivas de desarrollo conforme al Organismo Panamericano Sanitario y el Organismo Sanitario Mundial (2016), se estima para el 2012, la evaluación de metas planteadas en los propósitos de crecimiento hacia el milenio y la determinación de próximos retos a definirse para el periodo 2015-2030, se planteó la exigencia de reconocer y absolver interrogantes respecto a la exigencias óptimas referidas a un ingreso óptimo a los sistemas integrales sanitarias, y que debido a su importancia fundamental, fue incluida en los propósitos de crecimiento sustentable.

En cuanto al acceso a los sistemas sanitarios de salud, Penchansky y Thomas (1981) debatían acerca de la relevancia de determinar los diversos factores que permitan el ingreso al sistema de salud, este es un privilegio sistemático y no es considerado primordial de los individuos, el gobierno estatal no asigna amparo de acción judicial en asuntos de salud. Diversas respuestas se han planteado a este cuestionamiento a partir del derecho constitucional, contemplando dos puntos de vista fundamentalmente distintos. Nombraremos perspectiva conservadora a la postura que controla el cuidado ajustado a la constitución del privilegio del acceso al sistema de salud al cual se encuentre vinculado con diferentes atribuciones primordiales, según este enfoque el organismo constitucional español (1996) sostiene: acceso a la salud, es decir, el privilegio a evitar el deterioro o se resquebraje el estado de sanidad individual, está incluido en la facultad de mantener el total de sus capacidades individuales.

De lo expresado por Huarcaya (2020), los privilegios prioritarios simbolizan el soporte del procedimiento jurídico, no hay privilegios que se ubique sobre ellos, conviven sosteniblemente con distintos privilegios elementales en circunstancias equitativas; dependiendo de una situación en particular, un privilegio prioritario es posible que predomine respecto a otro, sometiéndolo antes a una prueba de valoración o de conformidad. Con respecto a lo expresado por Lozada y Núñez (2020), en contraposición la perspectiva conservadora defiende la legitimidad de la defensa constitucional al privilegio prioritario a la salud por su relación con otro privilegio prioritario, como es el derecho a vivir. Por lo tanto, somete el privilegio a la salud al derecho a vivir o a otro distinto con el cual se desee vincular para accionar su protección. Al respecto Huamaní et al. (2020) en relación a este punto de vista el privilegio a la salud no representa un privilegio prioritario de manera autónoma solo en la proporción en que se relacione con otro privilegio o derecho fundamental.

Con respecto al Perú, el privilegio de acceso a los servicios de salud se evidencia en ciertas jurisprudencias del Organismo Constitucional independiente del Estado Peruano, TC (2006), en la resolución número 2002-2006-PC/TC litigio entre Pablo F. Martínez se dispone que el MINSa ponga en funcionamiento un procedimiento de urgencias para la asistencia en salud de los individuos afectados por la emisión del plomo en la Oroya; de la misma el Tribunal Constitucional (2003 y 2006) en la resolución de sentencia 2945-2003-AA/TC y 2016-2004AA/TC, litigio entre Azanca Meza Garcia y José Correa Condori, en la cual manda cumplir al Minsa con proporcionar a los recurrentes procedimiento medico terapéutico según protocolo contra el Vih/Sida. De la misma manera el Tribunal Constitucional (2008) en su resolución número 02480-2008-PA/TC, litigio que presenta Ramón Medina, manda: a EsSalud (Seguro Social del Perú) conceder al recurrente asistencia sanitaria e internamiento hospitalario perpetuo e indeterminado, y dar inicio a un programa de entrega continua de los fármacos indispensables en su procedimiento facultativo sanitario para su afección psicológica, de la misma manera, realizarle las

correspondientes pruebas médicas de forma periódica. De la misma manera, el Tribunal Constitucional (2016), respecto a la sentencia 2016-2004-AA/TC determina: En la reglamentación jurídica de nuestro país, el atributo de acceso a la salud no está considerado dentro de las atribuciones primordiales oficialmente determinados en el texto segundo de la Carta Magna, sin embargo es considerado en el sección de las facultades económico-sociales que mencionan los textos séptimo y noveno, no obstante, toma en cuenta que en el momento de una trasgresión de la atribución a la salud involucra otras facultades esenciales como es el derecho a vivir, la total protección física o el autónomo afianzamiento de la personalidad, tal privilegio enfatiza su naturaleza elemental y, por consiguiente, su repercusión exige una defensa por medio de un proceso jurídico legal de protección. Finalmente, el Tribunal Constitucional (2005) en la resolución número 7231-2005-PA/TC, litigio presentado por Javier G. Cárdenas, ordena al Seguro Social del Perú seguir brindando asistencia médica de diálisis al recurrente mientras no se disponga la suspensión emanada por mandato de funcionario especialista y competente, mediante resolución de sentencia apropiadamente motivada.

Sin embargo, la reforma de los sistemas sanitarios ocasiona complicaciones que son factibles de resolver desde muchos puntos de vista. De una parte, la identificación del ambiente o entorno del privilegio o derecho primordial de los individuos al privilegio a la salud, ha originado que se judicialice. Pereira S. (2013) sostiene: este tipo de circunstancias se ha tornado muy complicado en naciones como: Brasil, Colombia y Costa Rica. También es angustiante en Argentina. Respecto a las naciones de Chile y el país de Uruguay, el acontecimiento aún está en sus comienzos, pero de igual manera importante. En Argentina se debaten dos sucesos, el primero relacionado con un infante con afección severa crónica que motivo a que los servicios de salud decidieran no seguir proporcionando fármacos, pero a consecuencia de sentencia judicial, se ordenó que el Estado está obligado a asegurar el suministro de los mismos al niño, por otra parte, el tema de una mamá menesterosa y con ocho vástagos, que presenta una niña con padecimiento cardio patico con necesidad de operar, y que la corte fallo a favor de ser operada; y otras situaciones muy reiterativos de casos médicos prepagos, sujetos al desempeño profesional, en donde se presentan situaciones en que se dejan de recibir atenciones de salud al vencer el compromiso profesional, como ejemplo, un artista diagnosticado con Vih logró, por medio de sentencia judicial, que la compañía medica prepagada le continúe brindando la garantía de tratamiento médico según su plan de salud contratado (Abramovich y Pautassi, 2008)

Actualmente la supervisión en temas sanitarios en países de América del Sur, los trabajos de reglamentación y supervisión en asuntos de la salud están a cargo de instituciones especializadas, las cuales determinan las normas que dirigen las relaciones entre patrocinadores, servidores y beneficiarios, Oliveira y Mangeon (2012) y según Robles (2013) respecto a las seis dimensiones con la

que cuenta la actividad de dirección en temas sanitarios, la importancia de regular y fiscalizar reside respecto a la aptitud y la función que desempeña la Dirección Sanitaria Nacional respecto a plantear, precisar y determinar el contexto lícito y de reglamentación, de la misma manera las estrategias en asuntos de salud; lo cual significa implementar la reglamentación y las referencias formales de ejecución imprescindible.

En cuanto a la salud pública, el papel de supervisión, es decir el control de las actividades en temas de salud, y su efecto sancionador por faltas a las normativas vigentes, son actividades inherentes a la salud pública (numeral 6, Fesp). Se denominan Fesp a niveles operativos que aseguran el cumplimiento de los sistemas de modificación e incorporación del mecanismo estructurado de los sistemas de salud en un contexto de resguardo las facultades de accesibilidad. (Muñoz et al.; 2000), según Carpizo (2011) el derecho a la salud simboliza una atribución inherente al ser humano, según Restrepo y Rodríguez (2005) afirman que los gobiernos están obligados a respaldar y reglamentar el derecho a la salud por medio de sus entidades directoras. El Ministerios de Salud de Chile (2011) en su referencia acerca de la inversión, reglamentación y control de la salud en América Latina, relaciona que funcionalmente, esta actividad se ha puesto en marcha por medio de entidades especializadas: respecto a Colombia el ente rector es la Superintendencia Nacional de Salud, que se distingue por fomentar la acción judicial en asuntos de salud; en la nación Argentina es la la Institucion Supervisora Especializada en temas de salud, también de fomento de la acción judicial en salud; en Brasil es la Agencia de Salud Nacional, quien ejecuta comunicaciones previas y acciona por medio de centros administrativos.

En el Perú, el Ministerio de Salud. (2014) crea la institución especializada en temas de salud nacional SuSalud, que desempeña la supervisión y facultad de penalizar procedimientos factibles de perjudicar a beneficiarios de los sistemas sanitarios de salud respecto a los organismos que manejan los recursos que garantizan la integridad sanitaria, denominadas Iafas, de entidades prestatarias de atención de la integridad sanitaria, también nombrados como Ipress y de la unidad administrativa de entidades que prestan atención y servicio sanitario, designados como Ugipress. La excelencia en la atención sanitaria y la complacencia del usuario se relacionan de manera intrínseca, Minsa, Perú, Documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" (2006). La penalidad se adecua a la magnitud del perjuicio que las trasgresiones puedan generar en los beneficiarios de los servicios del sistema de la salud, que van de lo leve a lo muy perjudicial, Minsa Perú. Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (2011). El procedimiento de administración de la sanción (Pas), determina que se ha producido una falta o transgresión, y si la situación lo amerita dispone la sanción a imponer.

Respecto a la facultad al acceso de la salud como atribución prioritaria de los individuos, en la institución especializada

en temas de salud nacional son aceptadas los reclamos que presentan los beneficiarios y pacientes de los sistemas de los servicios a la salud, respecto de algunas actividades por parte de las entidades que manejan los recursos que garantizan la salud o de entidades prestatarias de atención de la salud que generen o sean capaz de producir un perjuicio, Huamaní et al. (2020). La institución especializada en temas de salud nacional desempeña su labor mediante diversos dispositivos: recepción de reclamos, mediación servicial por convicción; y proyectos de fomento y defensa de las facultades de acceso a los sistemas de salud; así como la formación de asambleas de beneficiarios de los sistemas de salud, Lozada y Núñez (2020). Los reclamos contienen acusaciones efectuadas claramente contra la entidad, llamados de grado 1, y acusaciones correspondientes a reclamaciones que han sido solicitados anticipadamente a la entidad prestadora de servicios de la salud o a las entidades que manejan los recursos que garantizan la salud, y que hasta el momento no se hayan emitido respuesta sobrepasando el tiempo que indica la norma, llamados de grado 2, incluyendo además en este ultimo los procesos y resoluciones insatisfactorias. Otro instrumento destinado a la asistencia de los reclamos es la mediación servicial por convicción o de oficio, que se identifica por ser el propio ente normalizador el que interviene con estrategias propias de su función, sin necesidad de acusación alguna, con la finalidad de establecer averiguaciones frente a supuestas infracciones, dados a conocer por sistemas informativos o intermediarios. De igual manera la Institución Especializada en temas de salud nacional tiene un proyecto de fomento y defensa de las facultades de acceso a los sistemas de salud, que mediante la asistencia de representantes establecidos en las entidades prestatarias de atención de la salud, que decepcionan denuncias, solicitudes y asesoramiento a los beneficiarios del sistema de la salud, en que recinto en el cual se proporciona la atención sanitaria, brindando sus mejores servicios, consiguiendo de esta manera una respuesta rápida a los conflictos o transfiriendo la controversia al departamento de “pronta solución”, en dirección de su respectiva valoración. Por último, para situaciones referidas a acusaciones por desatención indolente o mala práctica médica, se inicia la correspondiente indagación ordinaria de acuerdo a ley, pero también existen usuarios que no informan o hacen las denuncias y sencillamente no continúan con el servicio, y este malestar probablemente sea difundida a compañeros y familiares, generando desprestigio de la entidad o desinterés de posibles usuarios, Kessler (1996).

Para el reconocimiento y resolución de reclamos participa también otro conducto conformado por agrupación de beneficiarios de los servicios de salud, dirigido por la Institución Especializada en temas de salud nacional, quien simboliza un sistema intermediario y de comunicación respecto a los beneficiarios de los servicios de salud y la Institución Especializada en temas de salud a nivel nacional, con el objetivo de orientar proyectos de perfeccionamiento de las prestaciones de salud. La situación en que un beneficiario opte por el uso privado de atención médica, teniendo cobertura estatal, indica la existencia de obstáculos

que le impiden su cobertura oportuna, pudiendo ser de naturaleza individual, financiera, administrativos, comunitarios y relacionados a la cultura, Levesque et al. (2013). Respecto a otros mecanismos que fomentan la acción judicial en asuntos de salud, la Institución Especializada en temas de salud a nivel nacional cuenta con la facultad de sancionar respecto a la totalidad de los actos u omisiones que perjudiquen la facultad de libre acceso a los servicios de salud de los ciudadanos y la garantía de su afianzamiento, o los requisitos mínimos para su servicio, accesibilidad, pertinencia, utilidad y admisibilidad de la asistencia en salud. Esto queda atribuido a las entidades que manejan los recursos que garantizan la salud, las entidades prestatarias de atención de la salud y de la unidad de gestión de entidades que prestan atención de la salud, centralizando de esta manera una competencia anteriormente delegada en las administraciones provinciales de salud, las administraciones en temas de salud, superintendencia nacional de salud y el organismo público de protección a los consumidores.

MÉTODO

Esta indagación científica corresponde a una revisión bibliográfica, de manera descriptiva exploratoria, que abordó el derecho de acceder a la salud en el Perú en razón de la crisis de salud generada por la propagación del coronavirus a nivel mundial, comúnmente denominada Covid-19 con una visión crítica, este estudio pretende realizar un análisis conceptual de este derecho, siendo este un trabajo fidedigno. La búsqueda de la información científica se desarrolló utilizando diferentes revistas científicas como Scielo, Google académico páginas Web de organismos institucionales como de la OMS u otras instituciones ligadas a la salud, así también se buscó información en el ministerio de Salud tanto de Perú como Chile y de otros países de Sudamérica; siendo las palabras de búsqueda “facultad del acceso a la salud”, “sanidad y coronavirus” y “asistencia en salud”. Se analizaron los estudios cuyo título es similar a nuestra investigación leyendo los respectivos resúmenes, después de depurar los artículos que no tenían que ver con el tema se pasa a leer el artículo por completo para luego realizar una síntesis y de la investigación y tomar algunos puntos de referencia para nuestro trabajo. Para escoger dichas investigaciones tienen que tener un mínimo de 5 años y que estos trabajos ayuden a responder nuestro problema de investigación.

RESULTADOS

La información registrada para el territorio Latinoamericano expresa que para el periodo del 2013 al 2014 se pudieron haber evitado el fallecimiento de alrededor de 1,2 millones de ciudadanos, si los procedimientos de los programas sanitarios pudieran haber brindado facilidades para el acceso a los sistemas de salud, óptimos y apropiados, OPS (2014). Asimismo, la información presentada con respecto a Perú, Colombia, Brasil y Argentina evidencian un bajo uso de sistemas sanitarios orientados a la prevención, presentando un 15% a

20% de los ciudadanos que al menos hizo una visita de carácter preventivo al consultorio por año. Se afirma que dicha proporción es más reducida en las comunidades que presentan quintiles de salario muy inferiores, Dmytraczenko (2015). El no poder ingresar a los programas integrales de atención y servicio sanitario perjudica sustancialmente a los individuos que habitan en situación de alto grado de desamparo. Permanecen las desigualdades con respecto al ingreso a los sistemas integrales sanitarios fundamentales para mitigar los fallecimientos y los procesos graves que conllevan a la muerte de gestantes y población de infantes en las comunidades más deprimidas y las más pudientes. Estas diferencias generan como consecuencia un retroceso en los índices de desarrollo a nivel regional, OPS (2014). La información disponible acerca de la inequidad financiera en relación al aseguramiento de la atención sanitaria de las gestantes e infantes para los países de América del Central como Haití y República Dominicana; y América del Sur como Perú, Colombia y Bolivia, demuestran que todavía subsiste un significativo distanciamiento. Así, en Perú podemos citar a modo de ejemplo, que la proporción de asistencia de estos programas de atención sanitaria representa ser inferior para el género femenino en estado de pobreza, presentando una atención de nacimientos por institución de 69%, frente al 99% al tratarse de gestantes más pudientes, Hidalgo (2015)

Con respecto a las naciones correspondientes al área latinoamericana, los sistemas de servicios sanitarios no garantizan de manera óptima los requerimientos selectivos de sanidad de los individuos y la población. La proporción y fraccionabilidad de las atenciones sanitarias existentes en muchas de las naciones del área, agravan la problemática de poder ingresar al sistema integral sanitario y de servicio óptimo, presentando un grado inicial de asistencia con baja habilidad de respuesta, lo cual se considera como incapacidad. De acuerdo a la información determinada se puede establecer que solamente se evalúa al 50% de individuos que presentan afecciones graves no contagiosas. De este porcentaje, solamente es considerado la mitad para acceder al procedimiento médico, estimándose que solo es eficiente en 1 de cada 10 tratamientos médicos, Saksena (2011).

La probabilidad de aumentar el ingreso fortaleciendo el grado inicial con una perspectiva de servicio de primer orden sanitario está bloqueado por las desigualdades en la disposición, conformación y optimización de las capacidades humanas en bien de la sanidad. Para mostrar una idea, tomando como referencia 10 naciones del área, se puede observar que existe una insuficiencia total de empleados sanitarios, casi 25 profesionales médicos por 10 000 pobladores, así también críticas diferencias en el uso de recursos respecto de las áreas ciudadanas y campestres, lo que generan incremento en la problemática de accesibilidad, OPS (2016). Asimismo, naciones ubicadas en el área sudamericana como Perú, Paraguay y Bolivia y también las ubicadas en Centroamérica como Panamá y El Salvador, hicieron frente a problemas tan complicados como el empleo de recursos y suministro de recursos humanos en el periodo 2012 al 2013, OPS (2013). La información referida

a estas naciones del área latinoamericana, incluyendo además USA y Canadá, de igual manera evidencia que la empleabilidad de profesionales de la salud en las regiones de ámbito ciudadano es de 80% más alto que en las regiones campestres, OPS (2013), Agency for Healthcare Research and Quality (2012), Canadian Institute for Health Information (2015).

Esta región también considera como uno de los retos primordiales para aumentar el ingreso igualitario a los sistemas integrales sanitarios, incluir el ingreso y la utilización adecuada de los fármacos y de las ciencias aplicadas al desarrollo sanitario. Este avance, además, está muy condicionado a causa de la carencia de financiamiento apropiado además de la utilización inadecuada de los bienes económicos. La cobertura limitada de los servicios y la permanencia de obstáculos económicos, considerando además otras razones, se constituyen en las esenciales responsables de esta problemática, OPS (2014). Los obstáculos al ingreso, la restricción, así como los requerimientos dinámicos generan problemas prioritarios en los programas integrales sanitarios. Los sistemas de reestructuración y modificación de los últimos años han contribuido muy poco a la solución de la problemática sanitaria. Frente a estas dificultades, las políticas adoptadas para facilitar el ingreso a los sistemas integrales de salud y la atención total sanitaria proponen la obligación inmediata de aumentar el ingreso igualitario a los sistemas integrales sanitarios de excelente atención en toda el área latinoamericana, OPS (2014).

La información recolectada nos posibilita determinar fundamentales avances, evidenciando respuestas muy variadas. Al confrontar esta información de asistencia que garantice la asistencia sanitaria, uso de atención primaria previsional y los obstáculos respecto al ingreso a los sistemas integrales sanitarios dispuestos para los países de la región, estos presentan respuestas de progresos en el nivel de asistencia e ingreso a los sistemas integrales sanitarios y una sustancial reducción en las diferencias respecto a los quintiles de renta económica. Ministerio de Desarrollo Social de Chile (2013 y 2015), Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2010 al 2015), Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2012 y 2014), Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (2010 al 2015) y Agency for Healthcare Research and Quality, Medical Expenditure Panel Survey, (2014).

Sin considerar el acceso a atenciones médicas de prevención, el gran porcentaje de naciones del área lograron la atención total de los tratamientos médicos, 100%, o muy cerca a la totalidad, 93%, de atención de servicios sanitarios respecto a las gestantes y sector infantil, OPS (2016). La información distribuida por quintiles de renta económica para estos países evidencia una clara predisposición a reducir las inequidades, existiendo aun distanciamiento constante respecto a la condición económica deprimida y la pudiente. Como referencia, en el Perú la desigualdad en la atención sanitaria gestante respecto a féminas de quintil salarial alto y bajo tuvo un descenso de 60 a 12,8% para las atenciones de control natal, y de 80 a 30% para nacimientos,

Organización Mundial de la Salud (Endes). A pesar de ello, durante la década 2005 al 2015, la asistencia integral sanitaria de nacimientos en el Perú resultó ser de 69% para las gestantes sin recursos, en relación con un 99% observado respecto a las gestantes más pudientes, Organización Mundial de la Salud (Endes).

CONCLUSIONES

El estado peruano mediante el Minsa, en tiempo de pandemia covid-19, ha demostrado una política de salud pública discriminatoria, prohibiendo el acceso a consultas externas de otras enfermedades prevalentes existentes, vulnerando y poniendo en riesgo la salud pública en toda la población. Las leyes referentes al derecho a la salud en tiempos de pandemia no se cumplen, contradiciendo lo estipulado en la constitución política del Perú. De igual manera, se evidencia debilidad en los organismos que velan por el cumplimiento de las leyes sobre el acceso a la salud como es el Minsa, SuSalud, EsSalud, Sis e Ipress. La primera línea estratégica identifica los siguientes elementos clave para guiar las transformaciones en la organización y gestión de los servicios hacia la salud universal: Reforzar o transformar la organización y gestión de los servicios de salud según la propuesta de Redes Integradas de Servicios de Salud; Avanzar en la definición de los servicios de salud integrales, de calidad, universales y de ampliación progresiva; Incrementar la inversión en el primer nivel de atención, según corresponda, para mejorar la capacidad resolutoria; Ampliar las opciones de empleo, especialmente en el primer nivel de atención; Mejorar la disponibilidad y uso racional de los medicamentos (incluidas las vacunas), así como de otras tecnologías de salud; y Facilitar el empoderamiento de las personas y las comunidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Abramovich, V. y Pautassi, L. (2008). El derecho a la salud en los tribunales. Algunos efectos del activismo sobre el sistema de salud en Argentina. *Salud Colectiva.*, 4(3), 261-382.
- [2] Aday L. y Andersen R. (1974). framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*, 9(3), 208-220.
- [3] Agency for Healthcare Research and Quality. (2012). Primary care workforce facts and stats No. 3. Obtenido de <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/pcwork3.pdf>.
- [4] Ainslie, K., Walters, C., Fu, H., Bhatia, S., Wang, H., Baguelin, M. et al. (2020). Report 11: Evidence of initial success for China exiting COVID-19 social distancing policy after achieving containment. Londres: Imperial College London. Obtenido de <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-11-china-exiting-social-distancing/>
- [5] Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens*, 9(1), 93-107.
- [6] Azhar, E., Hui, D., Memish, Z., Drosten, C. y Zumla, A. (2019). The Middle East Respiratory Syndrome (MERS). *pubMed.gov*, 33(4), 891-905. doi:10.1016/j.idc.2019.08.001.
- [7] Benavides, P. Castro, R. y Jones, I. . (2013.). Sistema público de salud, situación actual y proyecciones fiscales 2013-2050. Santiago: : DIPRES; .
- [8] Canadian Institute for Health Information. . (2015). Scott's medical database. North York, Ontario: CIHI; 2015. North York: Ontario: CIHI.
- [9] Carpizo, J. (diciembre de 2011). Los derechos humanos: naturaleza, denominación y características. *Revista Mexicana de derechos constitucionales - Cuestiones Constitucionales.*, 25, 27. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/cconst/n25/n25a1.pdf>
- [10] Copetta C, Barrera M. (201). *Financiamiento, Regulación y Fiscalización en Latinoamérica: más calidad y derechos en Salud.* . Santiago, Chile: IV Congreso Latinoamericano de Organos Reguladores y de Control de los Sistemas de Salud.
- [11] Dmytraczenko, T. y Almeida, G. (2015.). Toward universal health coverage and equity in Latin America and the Caribbean: evidence from selected countries. *Directions in Development.* Washington, D.C.:. Whashington C.D.: Banco Mundial.
- [12] Ferrajoli, L. (2006). Sobre los derechos fundamentales. 2006. *Revista Mexicana Cuestiones Constitucionales* ., 15(1), 13-36.
- [13] Gutiérrez, C. Romaní, F. Wong, P. y Del Carmen, J. (2018). Brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud: un reto para la reforma de salud en el Perú. *An Fac Med.*, 79(1), 65-70.
- [14] Hernández A. y Vásquez D. (2014). Access to oral health services in children under twelve years of age in Peru, 2014. peru.
- [15] Hidalgo N. . (2015). Encuesta Nacional de Hogares del Perú 2015 (ENAH0). . LIMA: Instituto Nacional de Estadística e Informática, Gobierno del Perú.
- [16] Huamani, Ch., Timana, R. Pinedo, J. Perez, J. y Vasquez L. (2020). Condiciones estimadas para controlar la pandemia de Covid-19 en escenario pre y post cuarentena. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.*, 37(2), 195-202.
- [17] Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2.
- [18] Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). Condiciones de vida en el Perú. Trimestre: Octubre - Noviembre - Diciembre. Lima: INEI: Informe Técnico No 1. .
- [19] Kessler S. (1996). Measuring and managing customer satisfaction: going for the gold. Milwaukee: : ASQC Quality Press.
- [20] Lam, C; Chan, M y Wong, C. (2004). Severe acute respiratory syndrome: clinical and laboratory manifestations. *Clin Biochem Rev.*, 25(2), 121-132.

- [21] Lauer, S. Grantz, K., Bi, K., Jones, F., Zheng, Q., Meredith, H., Azman, A., Reich, N., y Lessler, J. (2020). The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. doi:<https://doi.org/10.7326/M20-0504>
- [22] Levesque JF, Harris M, Russell G. . (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* . PubMed PMID:, 12(1), 18. doi:[doi:10.1186/1475-9276-12-18](https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18)
- [23] Liu Y, Gayle AA, Wilder-Smith A, Rocklöv J. (2020). The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. *Journal Travel Medicine*. 2020;27(2)., 27(2), 1. doi:[10.1093/jtm/taaa021](https://doi.org/10.1093/jtm/taaa021)
- [24] Lozada, I. y Núñez C. (2020). COVID-19: respuesta inmune y perspectivas terapéuticas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 37(2).
- [25] Mascaro, P. (2018). La salud en el Perú a 40 años de la Conferencia de Alma Ata. *Rev. peru. ginecol. obstet.*, 64(3), 317-320. doi: doi.org/10.31403/rpgo.v64i2091
- [26] Ministerio de Salud. (2014). Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud–SUSALUD. Lima: El Peruano.
- [27] Ministerios de Salud de Chile. (2011). Financiamiento, Regulación y Fiscalización en Latinoamérica: más calidad y derechos en Salud. IV Congreso Latinoamericano de Organos Reguladores y de Control de los Sistemas de Salud. superintendencia de salud, 140. Obtenido de <https://www.paho.org/chi/images/PDFs/supersalud.pdf?ua=1>
- [28] Muñoz, F., López-acuña D, Halverson, P., Guerra de Macedo, C., Hanna, W., Larriou, M. et al. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Revista Panama Salud Publica.*, 8(5), 126-134.
- [29] Naciones Unidas. (2015). Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Nueva York. Obtenido de http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E.
- [30] Nepo-Linares E. y Velásquez A. (2016). El Acuerdo Nacional como espacio de consenso para la definición de los objetivos de la reforma de salud y establecer políticas de salud en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.*, 33(3), 540-545.
- [31] Oliveira, R. y Mangeon, P. . (2012). Conceitos de regulação em saúde no Brasil. *Rev Saude Publica.*, 46(3), 571–576.
- [32] Oliver A. y Mossialos E. (2004). Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *J Epidemiol Community Health*;, 58(8), 655-658. doi:[10.1136/jech.2003.017731](https://doi.org/10.1136/jech.2003.017731).
- [33] Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. paris: ONU.
- [34] Organización mundial de la salud. (2011). Closing the gap: Policy into practice on social determinants of health. World conference on social Determinants of Health. Rio de Janeiro: WHO: OMS.
- [35] Organización Mundial de la salud. (2017). salud y derechos humanos. Ginebra: OMS.
- [36] Organización Mundial de la Salud. (2019). Strengthening health systems for universal health coverage and sustainable development. Ginebra: OMS. Obtenido de <http://www.who.int/bulletin/volumes/95/7/16-187476/en/>.
- [37] Organización Mundial de la Salud. (2020). Novel Coronavirus (2019-nCoV) - SITUATION REPORT - 1. Ginebra: OMS. Obtenido de https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4
- [38] Organización Mundial de la Salud. . (2019). WHO Health Equity Monitor. Demographic and Health Surveys for Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES. Lima.
- [39] Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2016). Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. Washington DC. OM. 66.o Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. .
- [40] Organización Panamericana de la Salud. . (2013). Segunda Medición de Metas Regionales en Recursos Humanos en Salud y Evaluación de Programas. Obtenido de <http://www.observatoriorh.org/?q=node/464>.
- [41] Organización Panamericana de la Salud. . (2016). Indicadores básicos: Situación de Salud en las Américas. Washington, D.C. Obtenido de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31288>.
- [42] Organización Panamericana de la Salud. . (2016). Mapa de densidad de recursos humanos en salud por cada 10 mil habitantes. Obtenido de <http://www.observatoriorh.org/?q=node/242>.
- [43] Pavone, P. (2018). El complejo proceso de la inclusión: reforma y seguro integral de salud. . Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Fondo Editorial.
- [44] Penchansky, R. y Thomas, J. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*, 2, 127-140.
- [45] Pereira S. (2013). Los Dilemas que plantea la judicialización del derecho a la salud en relación a medicamentos y otras prestaciones de alto costo Santiago: ICHDP. Santiago de Chile.
- [46] Restrepo, J. y Rodriguez, S. . (2005). Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia. *Rev Econ Inst.*, 7(12), 165-190.
- [47] Robles L. . (2013). Ejercicio de la función de regulación de la autoridad de salud nacional: eje de la rectoría sectorial en salud. *An Fac Med.*, 74, 43-48.
- [48] Saksena, P., Xu, K., Y Evans, D. (2011.). Impact of out-of-pocket payments for treatment of non-communicable diseases in developing countries: a review of the literature. Discussion paper no. 2.

- Ginebra: OMS;. Ginebra: OMS. Obtenido de http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_11_02-ncd_finburden.pdf?ua=1.
- [49] Sánchez, F. (2014). El sistema nacional de salud en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.*, 31(4), 747-753.
- [50] Sanchez, M. y Ciconelli, M. (2012). Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*, 31, 260-268.
- [51] Velásquez A. y Wilson L. (2009). La ley marco de aseguramiento universal en salud en el Perú: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación,. *Rev. perú. med. exp. salud publica*, 26(2).
- [52] Wong, T. y Tam, W. (2004). Estimating SARS incubation period. *Emerging infectious diseases*, 10(8), 1503-1504. doi:10.3201/eid1008.040284
- [53] Yang, Y., Sugimoto, J., Halloran, M., Basta, N., Chao, D., Matrit, L., Potter, G., Kenah, E, y Longini, I. (2009). The transmissibility and control of pandemic influenza A (H1N1) virus. *Science.*, 326(5953), 729-733.
- [54] Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. (2020). A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.*, 382(8), 727-733.