

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
ESCUELA DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN DERECHO CONSTITUCIONAL



DESABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES
CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN ESSALUD Y LA
VULNERACIÓN DEL DERECHO CONSTITUCIONAL DE
PROTECCIÓN A LA SALUD EN TACNA, PERIODO 2014-2019.

TESIS

Presentado por:

Bach. René Alejandro Velásquez Blanco

Asesor:

Dr. Mario César Gálvez Marquina

Para obtener el grado de:

MAESTRO EN DERECHO CONSTITUCIONAL.

TACNA – PERÚ

2021

Agradecimientos

A mis docentes y compañeros de aula, quienes pusieron todos sus conocimientos y experiencia en nuestra formación profesional.

Dedicatoria

A mi amada familia, quienes me han guiado a lo largo de todas las decisiones que he tomado, mostrándome que con esfuerzo se llega muy lejos.

Índice de contenidos

Agradecimientos	iii
Dedicatoria	iv
Índice de contenidos	v
Índice de tablas	viii
Índice de figuras	x
Resumen	xii
Abstract	xiii
Introducción	14
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	16
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
1.2.1 Interrogante principal	17
1.2.2 Interrogantes secundarias	18
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.4.1 Objetivo general	19
1.4.2 Objetivos específicos	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	20
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	20
2.1.1 Antecedentes nacionales	20
2.1.2 Antecedentes internacionales	22
2.2 BASES TEÓRICAS	25
2.2.1 El estado	25
2.2.2 El derecho constitucional	26
2.2.3 La constitución Política	28
2.2.4 El derecho a la vida	30

2.2.5 El sector público de salud en el Perú	32
2.2.6 La política Nacional de Salud prestada por el Estado	34
2.2.7 Análisis normativo de la Constitución política referida a la salud	36
2.2.8 La Ley General de la Salud	38
2.2.9 El Rol fiscalizador de derecho en salud	39
2.2.10 Los medicamentos.	40
2.2.11 Los medicamentos genéricos y los de marca.	42
2.2.12 Clasificación de establecimientos farmacéuticos	46
2.2.13 Productos farmacéuticos vitales	49
2.2.14 Desabastecimiento de los medicamentos.	51
2.2.15 El derecho constitucional a la protección de la salud.	52
2.2.16 Definición de Salud.	54
2.2.17 El derecho fundamental a la salud	55
2.2.18 Historia del derecho fundamental a la salud	57
2.2.19 El Derecho a la protección de la salud en la Constitución Política.	59
2.2.20 El derecho a la protección de la salud desde el TC.	61
2.2.21 Dimensiones del derecho fundamental a la salud	62
2.2.22 Fuentes normativas del derecho a la salud	66
2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS	68
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	69
3.1 HIPÓTESIS	69
3.1.1 Hipótesis general	69
3.1.2 Hipótesis específicas	69
3.2 VARIABLES	70
3.2.1 Identificación de la variable dependiente	70
3.2.2 Identificación de la variable independiente	70
3.3 TIPO y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	71
5.3. Tipo de Investigación	71
5.4. Diseño de la Investigación	71
3.4 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	71
3.5 AMBITO Y TIEMPO SOCIAL DE LA INVESTIGACIÓN	71

3.6 POBLACIÓN Y MUESTRA	72
3.6.1 Unidad de estudio	72
3.6.2 Población	72
3.6.3 Muestra	72
3.7 PROCEDIMIENTO, TECNICAS E INSTRUMENTOS	73
3.7.1 Procedimiento	73
3.7.2 Técnicas	73
3.7.3 Instrumentos	73
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	74
4.1 DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO	74
4.2 DISEÑO DE LA PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	74
4.3 RESULTADOS	75
4.3.1 Análisis descriptivo de las variables	75
4.3.2 Categorización de las variables	103
4.4 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	109
4.4.1 Comprobación de la hipótesis general	109
4.4.2 Comprobación de la primera hipótesis específica.	111
4.4.1 Comprobación de la segunda hipótesis específica.	113
4.4.1 Comprobación de la tercera hipótesis específica.	115
4.4.1 Comprobación de la cuarta hipótesis específica.	117
4.5 DISCUSIÓN	119
4.5.1 Discusión con los objetivos específicos de la investigación.	119
4.5.2 Discusión con la hipótesis de la investigación.	122
4.5.3 Discusión con los antecedentes de la investigación.	123
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	125
5.1 CONCLUSIONES	125
5.2 RECOMENDACIONES O PROPUESTA	127
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	128
ANEXOS	134

Índice de tablas

Tabla 1. Desabastecimiento en junio del 2014.	75
Tabla 2. Desabastecimiento en diciembre del 2014.	76
Tabla 3. Desabastecimiento en junio del 2015.	77
Tabla 4. Desabastecimiento en diciembre del 2015.	78
Tabla 5. Desabastecimiento en junio del 2016.	79
Tabla 6. Desabastecimiento en diciembre del 2016.	80
Tabla 7. Desabastecimiento en junio del 2017.	81
Tabla 8. Desabastecimiento en diciembre del 2017.	82
Tabla 9. Desabastecimiento en junio del 2018.	83
Tabla 10. Desabastecimiento en diciembre del 2018.	84
Tabla 11. Desabastecimiento en junio del 2019.	85
Tabla 12. Desabastecimiento en diciembre del 2019.	86
Tabla 13. Desabastecimiento entre los años 2014 y 2019.	87
Tabla 14. Vulneración al Derecho a la Salud en junio del 2014.	89
Tabla 15. Vulneración al Derecho a la Salud en diciembre del 2014.	90
Tabla 16. Vulneración al Derecho a la Salud en junio del 2015.	91
Tabla 17. Vulneración al Derecho a la Salud en diciembre del 2015.	92
Tabla 18. Vulneración al Derecho a la Salud en junio del 2016.	93
Tabla 19. Vulneración al Derecho a la Salud en diciembre del 2016.	94
Tabla 20. Vulneración al Derecho a la Salud en junio del 2017.	95

Tabla 21. Vulneración al Derecho a la Salud en diciembre del 2017.	96
Tabla 22. Vulneración al Derecho a la Salud en junio del 2018.	97
Tabla 23. Vulneración al Derecho a la Salud en diciembre del 2018.	98
Tabla 24. Vulneración al Derecho a la Salud en junio del 2019.	99
Tabla 25. Vulneración al Derecho a la Salud en diciembre del 2019.	100
Tabla 26. Vulneración al Derecho a la Salud del 2014 al 2019.	101
Tabla 27. Nivel de desabastecimiento de medicamentos.	103
Tabla 28. Evita mantener la normalidad orgánica funcional física.	104
Tabla 29. Evita mantener la normalidad orgánica funcional mental.	105
Tabla 30. Evita restituir la normalidad orgánica funcional física.	106
Tabla 31. Evita restituir la normalidad orgánica funcional mental.	107
Tabla 32. Se vulneró alguna vez el derecho constitucional a la salud.	108
Tabla 33. Tabla de contingencia para la hipótesis general.	110
Tabla 34. Prueba de Chi-cuadrado de la hipótesis general.	110
Tabla 35. Tabla de contingencia para la primera hipótesis específica.	112
Tabla 36. Prueba de Chi-cuadrado de la primera hipótesis específica.	112
Tabla 37. Tabla de contingencia para la segunda hipótesis específica.	114
Tabla 38. Prueba de Chi-cuadrado de la segunda hipótesis específica.	114
Tabla 39. Tabla de contingencia para la tercera hipótesis específica.	116
Tabla 40. Prueba de Chi-cuadrado de la tercera hipótesis específica.	116
Tabla 41. Tabla de contingencia para la cuarta hipótesis específica.	118
Tabla 42. Prueba de Chi-cuadrado de la cuarta hipótesis específica.	118

Índice de figuras

Figura 1. Diseño de presentación de resultados	74
Figura 2. Desabastecimiento en junio del 2014.	75
Figura 3. Desabastecimiento en diciembre del 2014.	76
Figura 4. Desabastecimiento en junio del 2015.	77
Figura 5. Desabastecimiento en diciembre del 2015.	78
Figura 6. Desabastecimiento en junio del 2016.	79
Figura 7. Desabastecimiento en diciembre del 2016.	80
Figura 8. Desabastecimiento en junio del 2017.	81
Figura 9. Desabastecimiento en diciembre del 2017.	82
Figura 10. Desabastecimiento en junio del 2018.	83
Figura 11. Desabastecimiento en diciembre del 2018.	84
Figura 12. Desabastecimiento en junio del 2019.	85
Figura 13. Desabastecimiento en diciembre del 2019.	86
Figura 14. Desabastecimiento en diciembre del 2019.	88
Figura 15. Vulneración al Derecho a la Salud en junio del 2014.	89
Figura 16. Vulneración al Derecho a la Salud en diciembre del 2014.	90
Figura 17. Vulneración al Derecho a la Salud en junio del 2015.	91
Figura 18. Vulneración al Derecho a la Salud en diciembre del 2015.	92
Figura 19. Vulneración al Derecho a la Salud en junio del 2016.	93
Figura 20. Vulneración al Derecho a la Salud en diciembre del 2016.	94

Figura 21. Vulneración al Derecho a la Salud en junio del 2017.	95
Figura 22. Vulneración al Derecho a la Salud en diciembre del 2017.	96
Figura 23. Vulneración al Derecho a la Salud en junio del 2018.	97
Figura 24. Vulneración al Derecho a la Salud en diciembre del 2018.	98
Figura 25. Vulneración al Derecho a la Salud en junio del 2019.	99
Figura 26. Vulneración al Derecho a la Salud en diciembre del 2019.	100
Figura 27. Vulneración al Derecho a la Salud del 2014 al 2019.	102
Figura 28. Nivel de desabastecimiento de medicamentos.	103
Figura 29. Evita mantener la normalidad orgánica funcional física.	104
Figura 30. Evita mantener la normalidad orgánica funcional mental.	105
Figura 31. Evita restituir la normalidad orgánica funcional física.	106
Figura 32. Evita restituir la normalidad orgánica funcional mental.	107
Figura 33. Se vulneró alguna vez el derecho constitucional a la salud.	108

Resumen

La investigación buscó establecer si el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud vulnera el derecho constitucional de protección a la salud en Tacna, periodo 2014-2019. Para ello se desarrolló una investigación cuantitativa, no experimental, de diseño longitudinal de tipo panel, que analizó 12 informes de desabastecimiento correspondiente al periodo 2014 al 2019 utilizando una ficha de recojo de datos como instrumento. La recolección de los datos permitió establecer que el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita mantener la normalidad orgánica funcional física de los pacientes en el 21.84% de los casos analizado, evita mantener la normalidad orgánica funcional mental de los pacientes en el 2.53% de los casos, evita restablecer la normalidad orgánica funcional física de los pacientes en el 36.08% de los casos y evita restablecer la normalidad orgánica funcional mental de los pacientes en el 3.48% de los casos. Así también se halló, con la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, que el desabastecimiento se relaciona con la vulneración al derecho constitucional de protección a la salud ($p=.00$), evitar que se mantenga la normalidad física de los pacientes ($p=.00$), evitar que se mantenga la normalidad mental de los pacientes ($p=.00$), evitar que se restituya la normalidad física de los pacientes ($p=.00$) y evitar que se restituya la normalidad mental de los pacientes ($p=.00$).

Palabras clave: *Derecho constitucional a la salud, desabastecimiento, medicamentos*

Abstract

The investigation sought to establish whether the shortage of medicines for patients with chronic diseases in EsSalud violates the constitutional right to health protection in Tacna, 2014-2019 period. For this, a quantitative, non-experimental, longitudinal panel-type design study was carried out, which analyzed 12 shortage reports corresponding to the period 2014 to 2019 using a data collection sheet as an instrument. The data collection allowed us to establish that the shortage of medicines for patients with chronic diseases in EsSalud avoids maintaining the physical functional organic normality of the patients in 21.84% of the analyzed cases, avoids maintaining the mental functional organic normality of the patients in the 2.53% of the cases, avoid restoring the physical functional organic normality of the patients in 36.08% of the cases and avoid restoring the mental functional organic normality of the patients in 3.48% of the cases. Likewise, it was found, with Pearson's Chi-square test, that the shortage is related to the violation of the constitutional right to health protection ($p=.00$), to avoid maintaining the physical normality of the patients ($p=.00$), avoid maintaining the mental normality of the patients ($p=.00$), avoid restoring the physical normality of the patients ($p=.00$) and avoid restoring the mental normality of the patients ($p=.00$).

Keywords: *Constitutional right to health, shortages, medicines*

Introducción

Los Estado de Derecho tienen, entre sus principales pilares, el velar por la dignidad de cada individuo, lo cual es un principio y un derecho, que involucra a otros derechos constitucionales, en el que en el que está incluido el derecho constitucional a la salud. El derecho a la salud no sólo es un derecho constitucional sino un derecho fundamental, reconocido por el Tribunal Constitucional peruano y que permite mantener y restituir la normalidad orgánica funcional física y psíquica de nuestros organismos, por ello, el Estado debe garantizar que todos tengamos acceso a medicamentos que permitan esta restitución y mantener la normalidad cuando se presentan enfermedades crónicas.

En Tacna, una de las farmacias con mayor rotación de medicamentos es la farmacia de EsSalud, debido a que son cientos de asegurados los que diariamente acuden con el objeto de surtirse de medicamentos y aliviar sus males, sin embargo, muchas veces, se encuentran con que la farmacia está desabastecida, por lo que al no pueden encontrar los medicamentos allí se ven obligados a comprarlas en farmacias privadas.

Por ello, en la investigación se busca establecer si el desabastecimiento de medicamentos está vulnerando el derecho constitucional a la salud en los pacientes con enfermedades crónicas en Tacna durante los periodos 2014 y 2019. Para ello se realizó una investigación longitudinal de tipo panel, pues, solo se investigó a una institución. Para ello se utilizará una ficha recojo de datos, que permitió analizar los informes de desabastecimiento en el período establecido.

La investigación se divide en cinco capítulos, siendo que en el primero se encuentra el planteamiento del problema, que da origen a las interrogantes a las

interrogantes, tanto principales como secundarias, las cuales, permiten establecer los objetivos. En este capítulo también se encuentra la justificación que complementa los motivos por los cuales se realiza la investigación.

En el segundo capítulo se han desarrollado los antecedentes de la investigación que se han encontrado sobre desabastecimiento de medicamentos y referido a los derechos a la vulneración de los Derechos Humanos, de la misma manera se tiene las bases teóricas que son el sustento del desarrollo de la tesis y que permite presentar la teoría de ambas variables.

En el tercer capítulo se desarrolla el marco metodológico, en el cual se plantea la hipótesis y las variables, así como el tipo, diseño, nivel de investigación, de la misma manera, en este capítulo, se ha establecido cuál es la población que se ha investigado, la cual consta de los informes de desabastecimiento del período 2014 al 2019.

En el cuarto capítulo se tiene los resultados, el cual, ha sido dividido en análisis descriptivo de las variables, la categorización de las variables y la comprobación de las hipótesis. Los resultados son el producto del análisis del investigador apoyados con Software estadístico que permitieron presentarlos en tablas de datos y figuras.

Finalmente, se tiene la discusión de las variables, la conclusión y recomendaciones que son el producto del análisis de la investigación.

La vulneración del derecho fundamental a la salud es una preocupación que no solamente le corresponde al Estado, sino a todos los individuos de la sociedad, pues, deben velar porque todos los ciudadanos vivan de manera digna, en ese sentido, toda investigación que busque erradicar la vulneración de los derechos fundamentales contribuye, de manera directa, al bienestar de cada individuo de la comunidad.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una de las preocupaciones que ha logrado el desarrollo de los Estados Constitucionales es lograr que las personas sean consideradas como fin y no como medio. Ante ello, el desarrollo de conceptos como *dignidad* ha sido el norte para la creación de normas, que busquen siempre anteponerla al poder incondicional que era ejercido por los Estados en épocas pasadas.

Ligado a la dignidad han surgido derechos necesarios para poder lograrla en las personas, una de ellos es el derecho a la protección de la salud. Si bien, el Estado no es considerado como un agente contagioso que provoca enfermedades, se puede decir que las políticas y las normas que promulga si las pueden ocasionar. Por ello el Tribunal Constitucional en la sentencia STC 2945-2003-AA/TC ha dejado en claro la obligación del estado en desplegar todos sus esfuerzos presupuestales por lograrla.

Como se sabe, el Perú cuenta con un sistema que garantiza la salud pública que es administrada por el Seguro Social de Salud (EsSalud) al cual aportan los empleadores de manera obligatoria por el personal que tienen contratado de manera formal. El servicio que ofrece es la atención a los trabajadores asegurados los cuales están bajo el amparo constitucional del derecho a la protección de la salud.

Los pacientes entendidos, son recetados y reciben medicamentos de manera gratuita en las farmacias que EsSalud tiene instaladas en sus hospitales. La gran mayoría de los medicamentos que se distribuyen son indispensables para los pacientes que no cuentan con recursos para comprarlas en farmacias privadas,

especialmente cuando el mal que afecta al paciente es crónico. De esta forma, cuando en las farmacias de EsSalud se produce un desabastecimiento, entre los pacientes que más afectan son los que padecen enfermedades crónicas, lo que provoca que la afección afecte otros órganos del paciente, incrementando su mal estado de salud.

Esto genera que el tratamiento no se adecue a lo normado por el Tribunal Constitucional en la sentencia STC 2945-2003-AA/TC que establece que todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser. Para ello, el Estado debe buscar que cada día las personas tengan una mejor calidad de vida, debe invertir en la modernización y fortalecimiento de todas las instituciones encargadas de la prestación del servicio de salud, debiendo adoptar políticas, planes y programas en ese sentido.

En ese sentido se busca través de la presente investigación establecer si el desabastecimiento de medicamentos en EsSalud, vulnera el derecho constitucional de protección a la salud de sus pacientes crónicos al no brindarles los medicamentos oportunamente incrementando su enfermedad y evitando que se mantenga la normalidad orgánica funcional, física y mental de este tipo de pacientes

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Interrogante principal

¿Fue vulnerado el derecho constitucional de protección a la salud por el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud de Tacna, periodo 2014-2019?

1.2.2 Interrogantes secundarias

- ¿El desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita *mantener* la normalidad orgánica funcional *física* de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019?
- ¿El desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita *mantener* la normalidad orgánica funcional *mental* de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019?
- ¿El desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita *restablecer* la normalidad orgánica funcional *física* de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019?
- ¿El desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita *restablecer* la normalidad orgánica funcional *mental* de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El artículo 7 de la Constitución Política del Perú brinda el derecho a la protección de su salud, en ese sentido, es importante investigar si el Estado peruano viene cumpliendo con el ordenamiento constitucional vigente. Es por ello que, el determinar si el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud, evita cumplir con los parámetros señalado por el Tribunal Constitucional según la STC 2945-2003-AA/TC, que es su foja 28 establece que todo ser humano tiene el derecho de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en su ser.

Por ello esta investigación reviste de importancia, pues se podrá establecer si el derecho constitucional viene siendo vulnerado al no recibir, por desabastecimiento, medicamentos para mantener la normalidad orgánica funcional de los pacientes. Los datos recolectados servirán para que las entidades correspondientes puedan corregir, en el caso se pruebe la hipótesis, y evitar que se siga vulnerando un derecho tan importante y que los estados deben garantizar.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo general

Establecer si fue vulnerado el derecho constitucional de protección a la salud por el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud de Tacna, periodo 2014-2019.

1.4.2 Objetivos específicos

- Determinar si el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evitó *mantener* la normalidad orgánica funcional *física* de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019.
- Determinar si el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evitó *mantener* la normalidad orgánica funcional *mental* de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019.
- Determinar si el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita *restablecer* la normalidad orgánica funcional *física* de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019.
- Determinar si el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita *restablecer* la normalidad orgánica funcional *mental* de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Como antecedentes de la investigación se tiene:

2.1.1 Antecedentes nacionales

Prias (2019) en su investigación titulada: “El derecho constitucional a la vida y su protección en el servicio de emergencia del Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el año 2017” presentada en la Universidad Privada Norbert Wiener en Lima. La investigación fue de tipo descriptiva, correlacional y explicativa. El nivel de investigación fue descriptivo-explicativo. El método de investigación fue el sistemático, el exegético y el hermenéutico. El diseño de investigación aplicado fue el no experimental, transversal descriptivo y correlacional-causal. La investigación concluyó que el derecho constitucional a la vida no fue protegido de manera efectiva en la institución investigada, pues el personal médico no está capacitado adecuadamente, la atención no es inmediata, la infraestructura es deficiente y los equipos no son los adecuados. Respecto a los medicamentos, la investigación puede establecer que estos no cumplen con su objetivo de ser eficaces y protectores, asimismo, los pacientes no cuentan con los mismos beneficios cuando se atienden en la emergencia.

Hernández (2019) en su investigación titulada: “Medicamentos, precios y acceso a la salud en el Perú 2010-2016” presentada en la Universidad Nacional Federico Villarreal en Lima. El tipo de investigación fue explicativo cuantitativo y aplicado, el diseño fue no experimental de tipo transversal y como muestra se tuvo los medicamentos de mayor venta y automedicación, los establecimientos

farmacéuticos y a los profesionales químicos farmacéuticos y médicos. La investigación concluyó que, en el Perú, los medicamentos son considerados de manera errónea como una simple mercancía y, por consiguiente, los precios están en base a la oferta y la demanda. De otro lado, se estableció que existe una integración vertical entre productores, distribuidores y proveedores que hace imperfecta la competencia en este mercado. Asimismo, se pudo concluir que es necesario que los medicamentos se acerquen a la población, no sólo a aquellos que pagan con su propia pecunia, sino a aquellos que la reciben de manera integral a través de prestadores privados o públicos, de esta forma, todas las personas podrán acceder a los medicamentos de calidad de acuerdo a su derecho constitucional de la salud. Finalmente, se establece que los productos farmacéuticos son indispensables para garantizar el acceso a la salud y tratar diversas enfermedades, por ello, cuando los medicamentos faltan los sistemas de salud se pueden paralizar.

Larraín, Valentín y Zalaya (2018) en su investigación titulada: “Propuesta de mejora del proceso de abastecimiento de medicamentos a través de compras corporativas, para mejorar el acceso a medicamentos de los asegurados al seguro integral de salud” presentada en la Universidad del Pacífico en Lima. La investigación fue mixta, el enfoque cualitativo fue no estructurada y exploratoria, mientras que el enfoque cuantitativo fue concluyente, de diseño descriptivo, transversal y simple. En la investigación se recopilaron y revisaron fuentes estadísticas nacionales, normativos nacionales, documento de gestión, tesis y trabajo de investigación. En cuanto a las fuentes primarias de información, se consideraron a los funcionarios y servidores de entidades públicas relacionadas a la investigación. La investigación concluyó que para mejorar el abastecimiento de medicamentos a través de compras corporativas se puede lograr una atención oportuna en los establecimientos de salud pública y, así, se brindarán servicios de calidad a los asegurados del SIS que le mejoren la calidad de vida gracias a la buena utilización de los recursos públicos. La investigación concluye que se debe tener un fondo rotatorio de medicamentos, lo cual, evitará que las organizaciones públicas destinen presupuestos que ha sido asignado para adquirir medicamentos en

contratar otros bienes y servicios, se eviten retrasos en la disponibilidad presupuestal y se asegure que haya disponibilidad de medicamentos de acuerdo a las necesidades de los pacientes.

Rosado (2018) en su investigación titulada: “El derecho fundamental a la salud y la jurisprudencia en el tribunal constitucional peruano” presentada en la Universidad Católica de Santa María en Arequipa. La investigación fue de tipo cualitativa y en ella se analizó la doctrina y las normas relacionadas a los derechos a la salud, así como las sentencias que emitió el Tribunal Constitucional respecto a este derecho. La investigación concluyó que el Tribunal Constitucional peruano considera que existe una crisis en el sector salud debido a que el Estado peruano no desarrolla políticas sociales que se integren a nivel nacional, regional y local lo que ocasiona la carencia de metas que articulen estas políticas. La falta de planificación ha dejado vulnerables a las personas, desprotegiéndolas del derecho fundamental a la salud. El Tribunal Constitucional peruano reconoce el derecho fundamental a la salud en conexidad con el derecho a la vida, la dignidad de la persona humana y la integridad personal. Finalmente, concluye que el Estado debe desarrollar mecanismos para fiscalizar y supervisar a las instituciones estatales que se dedican al cuidado de la salud para que éstas sean eficaces, eficientes y efectivas y tutelar administrativa y judicialmente a todos los afectados cuando sus derechos se ven vulnerados.

2.1.2 Antecedentes internacionales

Calderón (2017) en su investigación titulada: *Situación de la red hospitalaria nacional en el marco del derecho humano a la salud y la vida. Guatemala 2014-2016*. Presentada en la Universidad Rafael Landívar en la ciudad de Guatemala de la Asunción. La investigación fue retrospectiva utilizando para ello informes anuales de la situación hospitalaria de la institución investigada. La investigación concluyó que entre los años 2014 y 2016 hubo un 60%, en promedio, de desabastecimiento de medicamentos, siendo que sólo se podía encontrar 4 de

cada 10 medicamentos que se recetaba. Esto, perjudica directamente a los pacientes quienes tuvieron que adquirir los medicamentos de farmacias privadas. De esta forma, se concluye que se afectaban los derechos humanos, y se incumplía directamente las recomendaciones que dio la institución del procurador en derechos humanos de Guatemala que consideraba que este desabastecimiento vulnerada de manera sistemática los Derechos Humanos a la salud y la vida de las personas que recibían atención en ese nosocomio nacional

La CIDH (2017) en el Informe de país Venezuela, titulado: *Situación de derechos humano en Venezuela*; aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 31 de diciembre de 2017, ha establecido que existe una escasez y desabastecimiento en cuestión de medicamentos para los tratamientos de enfermedades en ese país, la cual se ha venido agravando a partir del año 2014. Según las cifras que ha establecido PROVEA y CodeVida, actualmente, el país evidencia un 90% de escasez de medicamentos que ha colapsado la infraestructura hospitalaria en todo el territorio venezolano. Esto también ha ocasionado que la mitad de los quirófanos a nivel nacional estén inactivos y el 80% de los servicios que utilizan para diagnosticar enfermedades no sirvan. Al respecto, la Comisión ha manifestado su preocupación por el desabastecimiento de medicamentos para los tratamientos de enfermedades, considerando, que la Declaración Americana ha establecido que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada, ya sea con la realización de medidas sanitarias o sociales, en referencia a lograr una alimentación adecuada, tener vestido y viviendas seguras así como la asistencia médica, de esta forma, consideran que la grave escasez de medicamentos afecta el derecho a la salud, no sólo por la falta de acceso, sino también, en lo referente a la discriminación de la población.

Villarreal (2016) en su publicación titulada *Judicialización de la salud: recursos de amparo por medicamentos*, publicada en la Revista Estado de la Justicia de Costa Rica, que tuvo como base la revisión de los recursos de amparo relacionados con medicamentos, concluye que en el caso de Costa Rica, durante 20

años de funcionamiento de la Sala Constitucional, se ha logrado el desarrollo de jurisprudencia acerca de la salud que lo respalda como derecho fundamental y que se deriva de otros derechos fundamentales como son la vida, vivir en un ambiente saludable y, que a la vez, sea ecológicamente equilibrado, de esta forma, se señala que es imposible el desarrollo de la vida si no se garantiza que el individuo tenga, mínimamente, condiciones adecuadas que permitan un equilibrio físico, psíquico y ambiental; también ha concluido que la jurisprudencia en Costa Rica reitera que la salud tiene un carácter prestacional, por lo que el régimen de gobierno debe brindar seguridad social como pilar fundamental del Estado, el cual, se encuentra consagrado en la constitución. Respecto a los principios que deben regir el derecho a la salud, se encuentran el de prestación integral, el que no debe estar considerado en función aspectos financieros y que debe primar la técnica de médico tratante. Respecto a los medicamentos, llegó a concluir que el 30% de recursos de amparo que se presentan en Costa Rica son referidos a medicamentos, existiendo una alta tasa de éxito cuando se presentan recursos para garantizar el abastecimiento de los medicamentos, de esta forma entre el 2006 y el 2013, el 58.1% de los recursos presentados fueron declarados a lugar, de ellos el 39% abarcaba recursos contra el cáncer y el 79% sobre medicamentos contra agentes inmunomoduladores.

Balseca (2017) en su investigación titulada *Derechos de los adultos mayores en la legislación ecuatoriana*, realizada en la Universidad Nacional del Chimborazo en la ciudad de Riobamaba en Ecuador. La investigación fue básica, descriptiva y no experimental en la que participaron 30 adultos mayores a los cuales se les entrevistó. La investigación concluye que se ha evidenciado una problemática en este grupo vulnerable de la población, a la cual se vulneran sus derechos constitucionales a la salud, pues se ha podido evidenciar que existe un déficit de fármacos que permitan tratar sus enfermedades crónicas, lo que provoca que su integridad, tanto psicológica como física, se deteriore llegando, incluso, a causarles la muerte. De esta forma, se observa una vulneración constante de los derechos de los adultos mayores, lo cual repercute en su bienestar, pues el Estado lo ha

desprotegido y, al no tener los suficientes ingresos económicos, no tienen la capacidad para mejorar su situación de salud.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 El estado

Díaz (2018) explica que a pesar de que el concepto básico de Estado es clásico en la ciencia del derecho constitucional no se ha podido establecer una definición que sea válida universalmente, pues son distintas las posturas y perspectivas que la analizan, las cuales, no siempre coinciden con la forma en cómo nombran al término. Esto nos indica que existe una paradoja que muestra la dificultad de definir el término Estado por lo que se debe iniciar con la idea aproximada del término con la realidad.

Inicialmente, según Díaz (2018), el término Estado fue utilizado por Maquiavelo en la obra *El príncipe* escrita en 1513, de forma genérica define al Estado como un ente que se forma debido a la organización político-jurídica de una población que vive en un territorio y, a través del cual, el poder es ejercido, para ello, actúa gracias a normas jurídicas por lo que dispone del monopolio legítimo de la fuerza.

Díaz (2018) sostiene que el término Estado, frecuentemente, hace referencia únicamente a una parte de la compleja realidad de lo que mencionó Maquiavelo, por ello, muchas veces se acompaña al término Estado de un adjetivo como cuando se menciona el Estado-ordenamiento vinculando el Estado al orden jurídico independiente y original. Otro ejemplo es el Estado-aparato o Estado-comunidad que hace referencia la sociedad y población que en un territorio se han sometido al poder estatal.

Siguiendo a Díaz (2018), se debe considerar al Estado desde su concepto histórico, así, se debe entender que en cualquier lugar donde se desarrolló una

comunidad siempre existió una manera organizada de poder y una forma de ejercerlo sobre la comunidad que ocupa un territorio, sin embargo, la manera en que el poder se ha manifestado y organizado en la población ha sido distinto en función a los espacios geográficos y los momentos históricos de esa comunidad, así surgió el Estado romano, el Estado helenístico y el Estado feudal. El Estado es una forma concreta de organización política que se distingue de otras cuando se la habla desde el aspecto histórico para diferenciar, por ejemplo, el Estado moderno del Estado romano.

Díaz (2018) sostiene que al momento de definir Estado, no puede perderse de vista los elementos que la conforma, así, tradicionalmente, se pueden distinguir tres elementos cuando se habla de estado: el poder, el territorio y la población. Si bien las definiciones que se pueden encontrar respecto a Estado presentan a todos los elementos, pues en el Estado existe una organización política de poder que se ejerce sobre una población que vive en un determinado territorio, no se puede hacer una definición precisa con ella, pues estos elementos están presentes en cualquier organización que se intenté definir.

2.2.2 El derecho constitucional

García-Toma (2010) explica que el derecho constitucional es una disciplina jurídica que tiene como objeto de estudio lo relacionado a las categorías o instituciones político-jurídicas del Estado, es decir, analiza la relación, competencia, ejercicio y control que el Estado tiene del poder público y que está adscrito a una población determinada en un territorio. Al mismo tiempo, el derecho constitucional analiza las garantías y derechos que tienen las personas que se vinculan al este cuerpo político.

García-Toma (2010) explica que el concepto de instituciones públicas hace referencia a las entidades jurídicas sociales que aseguran y organizan, de manera

perdurable, la relación que existe entre los gobernantes y gobernados, es decir, a la consolidación de la vida política en un determinado grupo social.

Según García-Toma (2010), las instituciones que se encarga de operar en este aparato social sirven para que, a través de ella, se pueda ejercer el poder y, por consiguiente, se establezca la forma de relación mando-obediencia enmarcada en una sociedad que se organiza políticamente como es el Estado.

A través del Derecho Constitucional, de acuerdo a lo descrito por García-Toma (2010), se buscan lograr distintos objetivos, entre ellos se tiene:

- a. Se regula la relación de poder político y la manera en cómo se vincula por su naturaleza jurídica-política entre gobernados y gobernantes.
- b. Permite que se encuadre jurídicamente los diferentes hechos que tienen connotación política.
- c. Permite ordenar la marcha política de una comunidad a través del establecimiento de un sistema jurídico.

Respecto a que se comprenda y cuadre jurídicamente los hechos, García-Toma (2010) explica que son los acontecimientos o sucesos que tienen connotación política lo que se consideran dentro del Derecho Constitucional y que tienen una naturaleza meta-jurídica o transjurídica, para ello, el Derecho Constitucional requiere:

- a. Que se conozcan las circunstancias históricas que originaron hechos políticos.
- b. Que se desarrolle un análisis de los principios económicos, políticos entre otros, que condiciona, determinan o influyen hechos políticos.
- c. Hace una confrontación entre la eficacia y la aplicabilidad de las normas constitucionales en las diferentes sociedades políticas.

García-Toma (2010) explica que el Derecho Constitucional tiene una unión indivisible con el constitucionalismo, también conocido como movimiento constitucional, de esta forma, el movimiento constitucional o constitucionalismo son considerados procesos políticos-jurídicos que nacieron durante el Siglo XVIII y que tuvo como objetivo establecer, en cada Estado que se iba formando, una constitución formal.

Con el transcurrir el tiempo García-Toma (2010) considera que el movimiento constitucional que se liga el Derecho Constitucional procuró racionalizar el poder político aspirando al gobierno de la ley o a la monocracia, es decir, determinar que cualquier actividad realizada por el Estado sea legítima y válida y, para ello, necesariamente debería tener competencias que sean asignadas a través de una Constitución. Gracias al fenómeno del constitucionalismo nace el derecho constitucional.

2.2.3 La constitución Política

Castillo (2019) explica que para entender el significado de una constitución política es necesario remontarnos al concepto Derechos Humanos y, para ello, es entender que una persona es considerada el fin supremo por ser lo que es y es un valor que se contiene en su dignidad. Como ser humano se requiere satisfacer diferentes necesidades esenciales, los cuales, se conectan directamente con la esencia humana que tiene cada uno. En ese sentido, se consideran como bienes esenciales para el ser humano la vida, libertad, salud, la intimidad entre otros.

De acuerdo a Castillo (2019), estos bienes humanos deben ser satisfechos y son imprescindibles para que la persona pueda promover su plena realización, de esta manera, cuando no se puede satisfacer, entonces, se habla del derecho a que se obtenga, por ello, los derechos son considerados como humanos porque directamente se sostienen en el ser y le dan valor a la persona. Desde esta

perspectiva, los derechos humanos se definen como el conjunto de bienes que son esenciales para toda persona y cuya adquisición y goce le permiten su realización.

Castillo (2019) describe que si bien los derechos humanos se encuentran establecidos en diferentes marcos normativos su existencia no depende de la voluntad de un legislador, sino que su validez se debe a la exigencia de justicia que cada ser humano tiene de que se le reconozcan sus derechos humanos, es decir, su valor depende del ser y el valor que tiene cada persona y, es la voluntad del legislador constituyente que los reconoce.

Este reconocimiento, según Castillo (2019), de Derechos Humanos se hace por un legislador constituyente que los convierte en derechos fundamentales dentro de un marco normativo constitucionalizado, es decir, los Derechos Humanos que se constituye dentro de una constitución pasan a ser llamados derechos fundamentales.

Una constitución política es, según Castillo (2019), el reconocimiento de derechos de las personas como ser humano, sin embargo, además de los fundamentales requiere que el Estado se organice políticamente para poder satisfacerlos, de esta manera, se encuentra en una Constitución Política la organización Estatal y los derechos que este debe reconocer para el goce y Disfrute del ser humano bajo su plena dignidad.

García-Toma (2010) explica que la expresión de Constitución surge en la antigüedad y se vincula al mundo del ser, es decir, la Constitución es por lo que un ente *es tal* y, necesariamente, existe sin que haga referencia a otro.

García-Toma (2010) explica que el primer concepto de Constitución suele atribuirse a los antiguos hebreos quienes elaboraron una norma suprema que consideraban provenía de la voluntad de Dios y que vinculaba a los gobernantes y gobernados y, a su vez, se constituye en un límite de acción para ellos mismos.

En la Grecia antigua, según García-Toma (2010), la idea de constitución tenía un sentido material, de esta manera, sin que sea considerada la solemnidad y la forma como criterio, la Constitución era una norma real que regulaba la existencia de los distintos aparatos político. Aristóteles, en su famoso libro *La Política* establecía diferencias entre la *Constitución* y el *Decreto* sienta que la primera se concebía como un elemento que configuraba a la *polis* y, por consiguiente, organizada y ordenada el estado.

En la Edad Moderna, siguiendo a García-Toma (2010), a partir del Siglo XVI aparece el concepto de Constitución como eje de unidad política del aparato Estatal y que tiene un valor superior al de los Reyes y las demás leyes, de esta manera, la noción de ley fundamental e integradora de las reglas monárquicas era de observancia obligatoria y se desarrollaba con los representantes estamentales de todo el reino.

Finalmente, García-Toma (2010) explica que en la época moderna no es posible concebir un Estado sin que tenga una Constitución, la cual, puede ser considerada como un complejo arquitectónico de normas jurídicas que van a establecer, además de la organización fundamental del Estado, su forma de obrar y de ser, además, la relación que tendrá el poder público con los ciudadanos, por ese motivo, el Estado es una Constitución en sí misma, pues se organiza el ejercicio del poder para establecer y ostentar metas que justifican su creación.

2.2.4 El derecho a la vida

Delgado y Bernal (2015) explica que el derecho a la vida es un derecho que permite garantizar que se respete el ciclo vital que todo ser humano posee desde que es concebido hasta que muere. Este ciclo vital no puede ser coartado bajo ningún aspecto o circunstancia.

Para Delgado y Bernal (2015) el derecho a la vida implica distintos derechos, entre ellos se tienen los siguientes:

a. *El de preservar la vida humana:*

Para Delgado y Bernal (2015) este derecho es considerado el derecho que tiene todo ser humano de que se preserve y respete su vida sin que ésta sea cuartada o interrumpida por agentes externos. El bien jurídico que se protege en la vida. Como sujeto activo de este derecho se tiene a todo ser humano y como sujeto pasivo a todos los servidores públicos o autoridades cuyos actos puedan atentar contra la vida humana.

A nivel internacional, según Delgado y Bernal (2015), el derecho a preservar la vida se encuentra reconocido en el artículo 3° de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el artículo 1° de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y en el artículo 6.1° del Pacto Nacional de Derechos Civiles y Políticos. Por otro lado, a nivel nacional se encuentra reconocido en el catálogo derechos fundamentales que se establecen en el artículo 2.1° de la Constitución Política del Perú de 1993.

b. *Derecho a no ser privado de la vida, extrajudicial, arbitraria o sumariamente:*

Este derecho, para Delgado y Bernal (2015), es uno del que goza todo ser humano y que lo protege de no ser sujeto a acciones perpetradas por diferentes agentes estatales o particulares que actúen bajo la orden Estatal y que tienen como objeto el de privar, de manera ilegítima y deliberada, a la vida de otra persona. El bien jurídico tutelado de este derecho es la seguridad personal y la vida. El Sujeto activo se considera todo ser humano y como sujeto pasivo a cualquier servidor público o autoridad que atente en contra de la vida humana.

c. *Derecho a preservar la vida del producto de la concepción:*

Delgado y Bernal (2015) explican que este derecho garantiza que a los seres humanos se le respete el desarrollo biológico que tienen mientras se encuentran en un período gestacional, de tal manera, su existencia

está garantizada. Como bien jurídico tutelado de este derecho se tiene a la vida. Como sujeto activo se considera que es todo ser humano que se encuentra en proceso de gestación y como sujeto pasivo a todo servidor público o autoridad que realicen actos en contra de la vida del producto de Concepción.

d. Derecho a no ser Víctimas de genocidio:

Este derecho, según Delgado y Bernal (2015), le otorga al individuo la facultad de no ser sujeto de exterminio o aniquilación intencional que puedan realizar agentes estatales o particulares en contra de cualquier grupo social, por razones de raza, género, etnia, preferencia política, nacionalidad o cualquier otra forma. Como bien jurídico tutelado se considera la vida. El sujeto activo de este derecho es cualquier ser humano que es aniquilado junto a un grupo social con condiciones culturales, políticas o religiosas similares. Como sujeto pasivo se considera cualquier autoridad que atente en contra de la vida que tiene un determinado grupo social

2.2.5 El sector público de salud en el Perú

Alcalde, Lazo, Macias, Contreras y Espinosa (2019) explican que el sector público en el Perú ha demostrado la urgencia de una reforma a corto y mediano plazo. Así mismo, es innegable que sistema de salud peruano requiere afrontar una reforma funcional, pues su estructura segmentada no ha sufrido cambios y ha estado integrada al subsector público y privado.

Según Alcalde *et al* (2019), dentro del subsector público, el sistema de salud peruano comprende tres regímenes:

- a. El primero, es el régimen contributivo indirecto, el cual, es subsidiado y se financia a través de recursos fiscales gracias al aporte que hacen los hogares y el fondo que brinda la cooperación internacional.

- b. El segundo, es el régimen contributivo directo, el cual, se financia por los empleadores y que se destina a la institución de salud.
- c. Por otro lado, existe un financiamiento a la Policía Nacional y los institutos de las fuerzas armadas, los cuales, tienen un carácter estatal y se complementa con el aporte que realizan sus miembros.

El sistema de salud peruano, según Alcalde *et al* (2019), también cuenta con un régimen privado, el cual, se financia a través de las familias, quienes realizan pagos directamente o pagan planes de beneficios a diversas aseguradoras privadas. Finalmente, se tienen organizaciones filantrópicas que otorgan servicios de salud y cuentan con el financiamiento de recursos propios o de operaciones externas.

Para Alcalde *et al* (2019), en el Perú, el sistema de salud está conformado por:

- a. 26 unidades descentralizadas.
- b. 25 Direcciones Regionales de Salud conocidas como DIRESAS.
- c. El seguro social de salud EsSalud.
- d. Además, la Policía Nacional del Perú y los institutos militares cuenta con una red de servicio de salud independiente que se distribuyen a nivel nacional.

De la misma manera, Alcalde *et al* (2019) explica que en el sistema de salud peruano se tienen una red de servicios mixtos, los cuales, a pesar de ser estatales se rigen bajo el régimen privado y que se implementaron a través de la Municipalidad Provincial de Lima y que ha sido extendido a distintas ciudades del país y que se conocen como los Hospitales de la Solidaridad.

Siguiendo a Alcalde *et al* (2019), con el objeto de incrementar el aseguramiento y mejorar la eficiencia, se crearon las Administradoras de Fondos para el Aseguramiento en Salud conocidas como IAFAS por sus siglas, las cuales,

están obligadas a realizar ofertas de Planes Esenciales de Aseguramiento en Salud denominadas PEAS.

Las PEAS, según Alcalde *et al* (2019), así como otros planes que se complementan son sustentados por las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud denominadas IPRESS, las cuales, presentan distinta naturaleza legal, costos de operación, operativa y calidad de atención.

2.2.6 La política Nacional de Salud prestada por el Estado

Atrvés del Decreto Supremo N° 26-2020-SA (2020) se aprobó la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 y que fue publicado el 24 de agosto del 2020 estando como presidente de la república Martín Vizcarra Cornejo. De acuerdo a lo establecido en el Decreto Supremo se establece que la salud debe ser considerada como un estado perfecto o completo de bienestar mental, físico y social y no únicamente como la ausencia de la enfermedad. En ese sentido, el Estado peruano reconoce que la salud es un derecho fundamental y establece que todo individuo tiene derecho a protegerla, ya sea dentro de un medio familiar o dentro de la comunidad, por ello, el Estado está obligado a defenderla y promoverla.

El Decreto Supremo N° 26-2020-SA (2020) establece que la salud debe ser considerada un derecho, pues otorga una condición indispensable para que el ser humano se desarrolle y le brinda el medio indiscutible para lograr un bienestar colectivo individual, por ello, la protección de la salud debe ser considerada de interés público y, por consiguiente, el Estado es responsable de vigilarla, resguardarla y promoverla.

Como parte de la política estatal, en el Decreto Supremo N° 26-2020-SA (2020), se ha considerado que el Ministerio de Salud es la autoridad de salud que debe ser reconocida a nivel nacional, el cual, es un organismo adscrito al poder ejecutivo y que tiene a su cargo la dirección, formulación y gestión de las políticas de salud, así mismo, debe ser considerada como la autoridad máxima normativa en

cualquier tema de salud, para ello, es indispensable que se establezcan políticas y normas que garanticen y fortalezcan que las personas tengan acceso universal a la salud en todo el país y se desarrollen procesos que busquen lograr que toda la población que reside en el territorio nacional, a lo largo de su vida, dispongan de un seguro de salud que le permita acceder a cualquier prestación preventiva, recuperativa, promocional y de rehabilitación en una condición adecuada de oportunidad, equidad, eficiencia, dignidad y calidad en base al plan esencial de aseguramiento en salud PEAS.

Asimismo, el Decreto Supremo N° 26-2020-SA (2020) establece que, debido a que la salud es un proceso dinámico que se manifiesta o de algo de la vida y que se inicia incluso antes de la concepción y acompaña al ser humano durante toda su existencia, es imprescindible que se haga una mirada holística integral respecto a lo que se debe entender con las intervenciones que debe dirigir el Estado en contra de enfermedades específicas y, tener así, la manera en la que la salud de un individuo, su familia o la comunidad en la que se desarrolla se interconectan a lo largo de la vida.

El Decreto Supremo N° 26-2020-SA (2020) establece que la política nacional multisectorial de salud al 2030 denominada “Perú, País Saludable” debe ser considerada una política indispensable, la cual, estará liderada por el Ministerio de Salud, la misma que tendrá un enfoque territorial y se formulará de manera consensuada con los distintos sectores que se responsabilizan a intervenir en aspectos sociales de salud, para lo cual, requiere el apoyo de los gobiernos locales y regionales.

Finalmente, el Decreto Supremo N° 26-2020-SA (2020) considera que la política estatal de salud busca que todos los peruanos tengan acceso al servicio de salud y, para ello, se establezcan puntos de atención de calidad así como el establecimiento de servicios continuos y frecuentes en el que las personas tengan confianza y encuentren servicios adecuados para satisfacer las necesidades de salud

de la población y en el que se puedan incluir características de asequibilidad, conveniencia y seguridad dentro del marco preventivo que el Estado debe hacer en beneficio de la salud de todos los peruanos.

2.2.7 Análisis normativo de la Constitución política referida a la salud

De acuerdo a Rosado (2018) el desarrollo constitucional respecto al Derecho de la salud ha sido a partir del Siglo XX, pues, en las constituciones que se observan en el Siglo XIX no se aprecian artículos o capítulos respecto a los derechos sociales de los ciudadanos, asimismo, tampoco se puede observar regulaciones de las garantías que buscan proteger el derecho a la salud, pues esto recién aparecen a partir de Siglo XX en las que el legislador constituyente recoge este derecho que empezó a desarrollarse en Europa.

Por ese motivo, según Rosado (2018), para poder entender cómo ha evolucionado el Derecho a la Salud en la Constitución peruana, es que se las deben analizar dos segmentos constitucionales: del Siglo XIX y la del Siglo XX.

a. Constituciones del Siglo XIX

- *Constitución de 1823*: Rosado (2018) describe que en esta Constitución se tiene un capítulo denominado Garantías constitucionales, que está ubicado en el Capítulo V, en el cual, se establece el artículo 193° de los Derechos sociales e individuales que tienen un carácter inviolable, sin embargo, en este artículo en el que deberían ser considerados los derechos sociales no se incluye el derecho a la salud.
- *Constitución de 1826*: En esta Constitución, según Rosado (2018), se desarrolla el Título XI de las Garantías y, en él, se establece un capítulo único en cuyo artículo 148° se hace referencia a la

salubridad y seguridad que tienen todos los peruanos y en el que tampoco se considera el derecho a la salud.

- *Constitución de 1839*: Rosado (2018) explica que en esta constitución se tiene el Título IX en el que se establecen las Garantías constitucionales, dentro de ellas, en el artículo 162° solo se considera el término de salubridad de los ciudadanos obviando el derecho a la salud.
- *Constitución de 1856*: Según Rosado (2018), la Constitución se promulgó en octubre de 1856 y en ella no se puede apreciar ningún artículo que desarrolle el derecho a la salud de los peruanos.
- *Constitución de 1860*: En esta Constitución, de acuerdo a lo descrito por Rosado (2018), se desarrolla, en el Título IV, las garantías individuales, dentro de ellas, se tienen el artículo 23° y 24° que regulan el derecho a la educación de los ciudadanos, sin embargo, tampoco es posible observar artículos que se refieren al derecho a la salud.

b. Constituciones del Siglo XX

- *Constitución de 1920*: En esta Constitución, de acuerdo a lo establecido por Rosado (2018), el Constituyente incluye, por primera vez, el Derecho a la Salud en el Título IV que hace referencia a las garantías sociales, en él se observa, en los artículos 46° y 47°, que se regula el derecho a la salud, así como la higiene, la vida y la seguridad pública.
- *Constitución de 1933*: Para Rosado (2018), al igual que su antecedente (la constitución de 1920) en el artículo 42°, 44°, 46°, 48° y 50 de la Constitución de 1993, se establece que el Estado está obligado a garantizar la salud, derechos políticos, sociales y civiles de las personas, así como la vida, la higiene y la salud que tienen los

ciudadanos. Asimismo, se le otorga al Estado el cargo de velar por la sanidad pública y cuidar por la salud privada de las personas y, para ello, tiene la facultad de dictar Leyes que controlen el aspecto sanitario e higiénico.

- *Constitución de 1979*: Rosado (2018) explica que en esta Constitución el Estado garantiza la existencia del derecho a la protección de la salud de manera integral y se ubica en el Capítulo III, en el que se hace referencia a la seguridad social, salud y bienestar, específicamente, en los artículos 15°, 16° y 19°, en ellos, por primera vez, el Estado considera la necesidad de desarrollar políticas nacionales de salud.
- *Constitución de 1993*: En esta constitución, según para Rosado (2018), en el Capítulo II, que hace referencia a los derechos sociales y económicos, en sus artículos 7°, 9° 10° y 11° se considera el derecho de los peruanos a la vida y a la salud, así como a la protección de la salud y la imperiosa necesidad de tener una política nacional de salud.

2.2.8 La Ley General de la Salud

El 15 de julio de 1997, durante el gobierno del presidente Alberto Fujimori, se publica la Ley General de la Salud, Ley Nro. 26842, a través de la cual, se considera que la protección de la salud es de interés público y, por consiguiente, el estado es responsable de vigilarla, regularla y promoverla.

La ley cuenta con seis títulos en los cuales se busca garantizar que los peruanos accedan a la salud adecuada dentro del marco del derecho constitucional a la salud. Los títulos que contiene la ley son los siguientes:

- a. Título preliminar.

- b. Título primero: En el que se desarrollan los deberes, derechos y responsabilidades respecto a la salud individual
- c. Título segundo: En el que se regulan las restricciones, deberes responsabilidades relacionadas a la salud de terceros.
- d. Título tercero: En él se regula el fin de la vida
- e. . Título cuarto: En el que se establece la información de salud y la forma en como debe ser difundida.
- f. Título quinto: Que regula a la autoridad de salud.
- g. Título sexto: En el que se tienen las medidas de seguridad, sanciones e infracciones que cometen aquellos que vulneran el derecho a la salud

2.2.9 El Rol fiscalizador de derecho en salud

Quijano y Munares (2016) sostienen que a nivel latinoamericano, las funciones de fiscalización y regulación en materia de salud están encargadas a las superintendencias, las cuales, establecen reglas que regulan la interacción entre usuarios, prestadores y financiadores.

La rectoría de la salud, según Quijano y Munares (2016), comprende seis dimensiones, dentro de ellas, se encuentra la dimensión de regulación y fiscalización, la cual, está definida como aquella responsabilidad y capacidad que tiene la autoridad de salud nacional para definir, proponer y establecer un marco normativo y legal, así como las políticas públicas en materia de salud lo que requiere que se establezcan estándares oficiales y reglas de cumplimiento obligatorio.

Para Quijano y Munares (2016), dentro de la salud pública, la supervisión de acciones en salud, es decir, el rol de fiscalización que tiene el Estado se une al rol sancionador, de esta manera, se complementa la potestad de sancionar cuando

se incumple la norma, esto, en conjunto, son las funciones esenciales de la salud pública.

La función esencial de la salud pública, de acuerdo a Quijano y Munares (2016), permite garantizar que el proceso de salud se inserte dentro de un sistema de protección de derechos del que gozan todos los peruanos, es decir, la salud, al ser considerado un derecho humano por los Estados, debe ser regulado y garantizado a través de entes rectores.

En el Perú, Quijano y Munares (2016) explican que el encargado de garantizar y regular el derecho a la salud de los peruanos es la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), la cual, ejerce funciones sancionadoras y fiscalización de acciones que podrían afectar a los diferentes usuarios que acuden a diversas Aseguradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), de Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS).

Quijano y Munares (2016) describe que cuando alguna de estas instituciones incumplen las normas, entonces, SUSALUD puede sancionar de acuerdo a la gravedad que tiene la infracción cometida y la afectación de la salud de los usuarios, con sanciones desde muy leve a muy grave.

2.2.10 Los medicamentos.

Un medicamento es una sustancia que cuando la tomamos ejerce una acción en nuestro organismo, también llamado efecto farmacológico, como bajar la tensión arterial, quitarnos el dolor de cabeza, etc. Este efecto es producido por una sustancia activa o principio activo. Por otro lado, el resto de sustancias que contiene un medicamento y que no ejercen ningún efecto se llaman excipientes (Tarazona, 2017).

Figueiredo *et al* (2019) sostienen que, hoy en día, uno de los retos más importantes que afronta el servicio de salud es brindar una atención médica efectiva, segura, individualizada y oportuna pues los avances científicos y tecnológicos han permitido que cada vez se incluyan técnicas más complejas que reduzcan los riesgos de la seguridad en los pacientes de manera significativa.

Sin embargo, según Figueiredo *et al* (2019) y tal como lo ha explicado el instituto de Medicina Estados Unidos, cuando analizó las estadísticas de los riesgos que pueden padecer los seres humanos en los servicios de salud, consideró que de acuerdo estudios epidemiológicos se estimaba que en el país del norte entre 44 mil y 98 mil muertes que suceden al año son debido a errores que se cometen cuando se realiza la atención médica y, de ese porcentaje, el 30% se relacionó a los errores de medicación.

Figueiredo *et al* (2019) sostiene que en el país más poblado de Sudamérica, Brasil, de acuerdo a lo publicado por el Sistema Nacional de Información Toxicológica se puede establecer que los fármacos están ubicados en el primer lugar entre los agentes que son la causa de que más seres humanos se intoxiquen y el segundo lugar como causa general de intoxicación de cualquier tipo, es más, en la publicación que realizó el hospital de Río de Janeiro, uno de los más importantes de Brasil, se puede establecer que había una incidencia de 14.3% de eventos adversos que eran causados con medicamentos mal suministrados, de ellos, el 31.2% le generó el paciente un grave riesgo a la salud que necesito apoyo vital para continuar con vida.

Si bien, los medicamentos son fundamentales para conservar y mantener la salud de los pacientes sus errores pueden ser fatales, según Figueiredo *et al* (2019) un error en medicación está definido como aquel evento adverso que es permanente o temporal pero que puede ser evitable y que puede ocurrir en cualquier etapa de la enfermedad en la que se está recibiendo terapia farmacológica y que puede causar o no daños en los pacientes a quienes se les está suministrando el medicamento.

Según Figueiredo *et al* (2019) se ha establecido que el daño que sufren los pacientes son eventos adversos, los cuales, han sido considerados como incidentes con consecuencias perjudiciales en la salud del paciente y que repercute directamente en su recuperación, incrementando el tiempo de la enfermedad, incrementando los costos del tratamiento y que puede llegar, incluso, a ocasionar la muerte del paciente cuando el efecto adverso es muy grande.

Figueiredo *et al* (2019) consideran que existen distintas clasificaciones para los errores de la medicación, sin embargo, de manera general, se puede establecer que estas pueden ser ocasionadas por los errores en la prescripción, errores de distribución, errores por horario, errores por omisión, errores en la suministración de fármacos que no han sido autorizados en un país según su legislación, el error de las dosis, los errores de preparación, errores en la administración, errores en la presentación y en los errores en la no adherencia a la familia.

2.2.11 Los medicamentos genéricos y los de marca.

Según la Administración de alimentos y drogas de Estados Unidos (FDA, 2018) los medicamentos genéricos son llamados a aquellos medicamentos que han sido elaborado con el objeto de cumplir la misma función farmacológica que los medicamentos comercializados con una marca específica en cuanto a la seguridad, dosificación, vía de administración, potencia, características de rendimiento, calidad y uso previsto.

Para la FDA (2018) las similitudes que se pueden encontrar en de los medicamentos genéricos y los medicamentos denominados de marca permiten establecer una bioequivalencia, es decir, que es posible determinar, de acuerdo a las proporciones y cantidades de los insumos que los componen, que el medicamento genérico posee el mismo rendimiento y beneficio clínico en la misma manera y proporción que su versión comercializada a través de una marca registrada por un

laboratorio, de tal manera, que suministrar un medicamento de marca y un genérico brindaría lo mismo resultados.

Respecto si los medicamentos genéricos realizan las mismas funciones que los establecidos a través de la marca comercial, según la FDA (2018), las investigaciones realizadas para comparar el beneficio clínico ha demostrado que cualquier medicamento categorizados como genérico y que haya sido creado de acuerdo a los medicamentos registrados bajo una marca de laboratorio deben poseer los mismos efectos en los organismos de los pacientes. De esta manera, se establece que los medicamentos generales tienen la misma similitud que los medicamentos de marca en cuestión a seguridad, dosificación, efectividad, estabilidad, potencia y calidad y, además, en la manera en cómo se los utiliza o se suministra.

De acuerdo a la FDA (2018), lo anterior es debido a que los medicamentos genéricos contienen los mismos ingredientes activos que han sido utilizados en la creación de los medicamentos de marca, por lo que su funcionamiento es el mismo, de tal manera, que tanto los beneficios como los riesgos pueden encontrarse en la administración de estos dos tipos.

Sin embargo, la FDA (2018) considera que a pesar de que la eficiencia clínica es la misma es importante tener en cuenta que los niveles de variabilidad natural sí existen, aunque estos son muy leves y carecen de importancia médica, la variabilidad que se puede encontrar suele ocurrir durante la fabricación, la cual, únicamente hace referencia al lote del medicamento y no a los efectos del mismo, pues tanto la fabricación de medicamentos genéricos o de marca se realizan a través de procedimientos de producción en serie que los fabrican en masa, los cuales, durante la producción, ocasionan pequeña variaciones en la pureza, potencia tamaño y otros parámetros.

Según la FDA (2018), en una investigación realizada en Estados Unidos en la que comparó medicamentos genéricos con los medicamentos de marca, se pudo

establecer que la diferencia en la composición y pureza de los medicamentos no superaba el valor de 3.5% en las absorción del cuerpo al consumir los mismos medicamentos, esta diferencia es considerada aceptable en los lotes de medicamentos y, por consiguiente, se establece que ambos tienen los mismos efectos clínicos.

Para Mendoza *et al* (2019) la industria farmacéutica, en el mundo, genera ventas muy representativas, en el caso peruano, la asociación Nacional de Laboratorios Farmacéuticos reportó en el 2017 ventas por 1900 millones de dólares y estableció que entre el 43% y 47% del gasto en salud de las familias lo representaban los medicamentos.

Entre los medicamentos que más se vendían en territorio peruano Mendoza *et al* (2019) sostienen que se tenía que un grupo importante que estaba conformado por los denominados medicamentos genéricos, los cuales, mantienen los mismos principios activos y dosis que los medicamentos llamados de marca, aunque existen diferencias en los excipientes que presenta.

De acuerdo a Mendoza *et al* (2019), un medicamento de marca tiene una patente vigente, la cual, puede durar un promedio de 20 años, a partir de esa fecha cualquier laboratorio está facultado para comercializarlo y fabricarlo. Otras diferencias importantes entre los medicamentos genéricos y de marca es el costo, pues los medicamentos genéricos presentan un costo de venta mucho más inferior que los medicamentos con marca registrada.

En el Perú, según Mendoza *et al* (2019), se ha establecido que los medicamentos genéricos de un producto farmacéutico deberán tener un nombre que corresponde a la Denominación Común Internacional (DCI) de su principio activo, el cual, no se va a identificar con el nombre de marca, asimismo, el medicamento de marca es el producto farmacéutico que se va a comercializar bajo la denominación de un nombre establecido por el propio fabricante.

Durante los últimos 50 años, para Mendoza *et al* (2019), el Perú ha vivido importantes cambios a la salud y acceso a los medicamentos que se han podido lograr debido a los cambios sociales, uno de ellos sucedió en 1990 cuando el Ministerio de Salud empezó un programa de reorganización gracias a la entrada en vigencia del Decreto Legislativo N° 584 con el que se crea la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID) a quién se le otorgó la función de controlar los procesos de distribución, producción y dispensación de los medicamentos que se pueden encontrar en el país.

Otro cambio importante en la legislación ocurrió en 1997 cuando se promulga la Ley General de la Salud, Ley N° 26842, a través de la cual, se institucionaliza el derecho ciudadano a acceder libremente a las prestaciones de salud y, asimismo, se incluyó en la Ley un acápite en la que los medicamentos que se prescriban deben consignar, obligatoriamente, su denominación común internacional, el nombre de la marca de laboratorio (si la tiene), la forma farmacéutica en la que se la puede adquirir, la dosis, la posología y el medio de administración.

En el año 2009 es promulgada la Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, la Ley N° 29459, gracias a la cual el Estado promovió que todos los ciudadanos tenían acceso universal a la adquisición de productos farmacéuticos considerados esenciales y que eran fundamentales para atender integralmente la salud.

Actualmente, según Mendoza *et al* (2019), los medicamentos genéricos han evidenciado resultados mucho más rentables que aquellos medicamentos considerados de marca para casi todas las enfermedades, asimismo, su uso adecuado ha demostrado aumentar el ahorro estatal en salud pública, pues, reduce notablemente el gasto sanitario a nivel general. En Europa, países como España, las familias han llegado a tener un ahorro de mil millones de Euros anuales con la

utilización de medicamentos genéricos lo que supone que cada hogar tuvo un ahorro de 50 Euros anuales.

De esta manera, Mendoza *et al* (2019) consideran que las investigaciones y experiencias recopiladas en diversos países son sustentos de que los medicamentos genéricos han incrementado el conocimiento y la confianza de los pacientes en su utilización y ello se relaciona directamente con el uso que se da en países desarrollados en el que se ha podido evidenciar sus beneficios que no son muy diferentes a los medicamentos de marca, es más, en investigaciones realizadas en Europa, los pacientes han podido establecer, en el 55% de los casos, que la única diferencia entre un medicamento de marca y uno genérico sólo lo constituye el precio más no el beneficio clínico.

2.2.12 Clasificación de establecimientos farmacéuticos

De acuerdo a la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud (DIGEMID, 2019), los establecimientos farmacéuticos, según el artículo 2º del Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos DS N° 014-2011-SA se clasifican en oficinas farmacéuticas, farmacias de establecimiento de salud, botiquines, droguerías, almacenes especializados y laboratorio.

a. Oficinas farmacéuticas:

Dentro de esta categoría se engloban las farmacias y las boticas. Son aquellas en la que se expende y dispensa a los consumidores finales diversos productos farmacéuticos, productos sanitarios, dispositivos médicos o en el que se realizan preparados farmacéuticos. La diferencia entre una farmacia y una botica es que en la farmacia existe un químico farmacéutico responsable que, generalmente, es el propietario del establecimiento (DIGEMID, 2019).

b. Farmacias de los establecimientos de salud:

De acuerdo al Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos DS N° 014-2011-SA, las farmacias en los establecimientos de salud son establecimientos farmacéuticos que se encuentran adscritas o pertenecen a establecimiento de salud privado o públicos y en el que se brindan distintos servicios que corresponden a la Unidad Productor de Servicio de Salud-Farmacia, la cual, según reglamento, normatividad especial y de acuerdo al nivel que haya logrado alcanzar el centro de salud en su categorización es que se realizarán las funciones farmacéuticas. Dentro de las farmacias, en los establecimientos de salud, están incluidos aquellas farmacias que brindan atención a los usuarios finales en los establecimientos de salud del Ministerio Salud, las Fuerzas Armadas, EsSalud y la Policía Nacional del Perú (DIGEMID, 2019).

c. Botiquines:

De acuerdo a la clasificación de DIGEMID (2019), un botiquín es aquel establecimiento farmacéutico cuya función principal es expender productos farmacéuticos, productos sanitarios o dispositivos médicos a los usuarios finales que se encuentran en listados en la relación restringida que es aprobada por la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM).

d. Droguerías:

De acuerdo a DIGEMID (2019), una droguería es un establecimiento farmacéutico cuyo objetivo principal es importar, exportar, almacenar, comercializar, distribuir y brindar controles de calidad a los productos farmacéuticos, productos sanitarios o dispositivos médicos.

e. Almacenes especializados:

Un almacén especializado es aquella estructura que pertenece a los establecimientos de salud o a aquellas instituciones que las tiene bajo su responsabilidad y que buscan distribuir o almacenar los productos farmacéuticos y diversos dispositivos médicos a excepción de los equipos biomédicos y de tecnología controlada (DIGEMID, 2019).

f. Laboratorios:

Los laboratorios, según DIGEMID (2019), pueden ser categorizados de tres tipos: los laboratorios de productos farmacéuticos, de dispositivos médicos y de productos sanitarios.

- Los laboratorios de productos farmacéuticos, son aquellos establecimientos que tienen como objeto fabricar, envasar, fraccionar, acondicionar, reacondicionar, controlar la calidad o exportar productos farmacéuticos.
- Los laboratorios de dispositivos médicos, por otro lado, son aquellos establecimientos que se dedican a fabricar, ensamblar, fraccionar, acondicionar o reacondicionar, controlar la calidad o exportar dispositivos médicos.
- Mientras que los laboratorios de productos sanitarios son aquellos establecimientos que se dedican a fabricar, acondicionar, fraccionar, controlar la calidad, almacenar o exportar los productos cosméticos, productos de higiene, artículos sanitarios y productos absorbentes de higiene personal.

2.2.13 Productos farmacéuticos vitales

A través de la Resolución Ministerial N°1288-2018-MINSA, publicada el 10 de diciembre del 2018 y modificada según la Resolución Ministerial N° 302-2020-MINSA, el 20 de mayo del 2020, se estableció el listado de medicamentos esenciales genéricos que deben mantenerse disponibles y en venta en las boticas, farmacias y servicio de farmacia de sector privado.

Según el Centro Nacional de Documentación e Información de Medicamentos (CenadIM, 2018) el listado prioriza aquellos medicamentos esenciales que son necesarios en los tratamientos que requieren un soporte de vida en emergencia y que prioriza en la seguridad de los pacientes, de esta forma, es que de acuerdo a razones de salud pública no pueden faltar en ningún establecimiento farmacéutico a nivel nacional.

Un medicamento vital, según CenadIM (2018), es aquel que es parte del grupo de medicamentos que son necesariamente indispensables pues su existencia parcial o su carencia podría ocasionar graves consecuencias a la salud de las pacientes e inclusive comprometer la vida de los que la necesitan.

De acuerdo a lo establecido por el CenadIM (2018), el listado nacional de productos farmacéuticos vitales ha sido diseñado considerando las prioridades de productos farmacéuticos esenciales, teniendo como criterio el aspecto clínico y, además, la salud pública, de esta forma, los productos que se contienen en el listado son el mínimo indispensable necesario que requieren ser abastecidos para garantizar un nivel de atención óptima. Estos productos son:

- Amitriptilina clorhidrato.
- Amlodipino (como besilato)
- Amoxicilina
- Atorvastatina (como sal cálcica)
- Azitromicina

- Bectometasona dipropionato
- Captopril
- Carbamazepina
- Cafalexina
- Clindamicina
- Clonazepam
- Clorfenamina maleato
- Clotrimazol
- Enalapril maleato
- Fenitoína sódica
- Fluconazol
- Fluoxetina
- Glibenclamida
- Ibuprofeno
- Loratadina
- Losartán potásico
- Metformina clorhidrato
- Naproxeno
- Omeprazol
- Paracetamol
- Prednisona
- Ranitidina
- Salbutamol
- Sertralina
- Tamsulosina
- Dexametasona fosfato (como sal sódica)
- Epinefrina (como clorhidrato o tartrato)
- Metilprednisolona (como succionate sódico)

2.2.14 Desabastecimiento de los medicamentos.

De acuerdo al informe de gestión del desabastecimiento de medicamentos en Colombia 2014-2019, presentado por Institución Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA, 2018) el desabastecimiento de medicinas se ha convertido en un problema global, de acuerdo, a la resolución WHA69.25 de 2016 de la Organización Mundial de la Salud, se hace necesario reconocer la magnitud de este problema y se pide a los Estados miembros que fortalezcan de manera eficaz las medidas que permitan corregir la escasez de medicamentos y vacunas en sus países para que se logre mitigar la escasez, así también, se pide el desarrollo de planes que monitorizan el desabastecimiento.

El desabastecimiento se ha definido como aquella situación en la cual se evidencia una insuficiente oferta para poder satisfacer la demanda de productos farmacéuticos necesarios para el tratamiento médico de las enfermedades de los pacientes (INVIMA, 2018).

Entre las causas del desabastecimiento se puede observar:

- Las malas adecuaciones físicas en la fabricación de los proveedores de mercado.
- Discontinuidad del producto debido a que los laboratorios deciden dejar de fabricarlo de manera voluntaria por razones, principalmente, económicas.
- Aspectos administrativos, en el caso de hospitales públicos la burocracia evita que el abastecimiento se realice con normalidad perjudicando a los pacientes.
- Problemas de manufactura, debido a problemas en la fabricación que evitan que se garantice el ingreso al mercado de productos necesarios para tratar la salud.

2.2.15 El derecho constitucional a la protección de la salud.

2.2.15.1 Diferencia entre derechos constitucionales, fundamentales y humanos

Existen mucha duda respecto a si el derecho a la salud es un derecho humano, un derecho constitucional o un derecho fundamental, sin embargo existen distinciones conceptuales enmarcadas dentro de derecho constitucional que permiten establecer diferencias entre cada uno de estos instrumentos legales y que tienen por objeto darle al hombre protección a sus libertades fundamentales, siendo la principal diferencia, entre los tres conceptos, aspectos meramente filosófico que, a la vez, se puede utilizar para distinguirlos:

a. Derechos Humanos:

Desde el aspecto jurídico, cuando se desarrolla el tema de los Derechos Humanos este debe ser asociado, de manera directa, al derecho internacional sin ninguna duda, sobre todo, a una rama del derecho internacional que fue la creadora de esos derechos y de la cual también ha tomado el nombre: La rama del derecho humano. Formalmente, los derechos humanos, desde su creación, han buscado ser reconocidos a nivel internacional como instrumentos legales que permitan que todas las naciones reconozcan estos derechos y lo apliquen en cada territorio. Entre estos instrumentos se encuentra la Declaración Internacional de los Derechos Humanos que publicó las Naciones Unidas en el año de 1948 luego de la culminación de la Segunda Guerra Mundial, posteriormente, se publicó la Convención Interamericana de Derechos Humanos en el año de 1969, que busco tener carácter vinculante a todas las constituciones del mundo, obligando a los Estados miembros a que reconozcan los derechos y establezcan normas legales que puedan ser aplicados en sus territorios (Marshall, 2017)

De esta forma, es que los Derechos Humanos son universales y reconocidos en cada individuo del planeta únicamente por la condición misma de pertenecer a

la especie humana. En ese sentido, los Derechos Humanos son vinculados a los tratados internacionales que los estados firman y que les generan obligaciones con organismos internacionales que buscan la protección de estos derechos, entre ellos, están la Corte Interamericana de Derechos Humanos que es el órgano que actúa ante cualquier vulneración de los Derechos Humanos que se presente en algún país miembro. Un aspecto importante de los Derechos Humanos es que su reconocimiento en cada individuo no depende de que en su país haya sido establecido por sus constituciones políticas o por su Estado o gobierno, pues, son derechos intangibles y que nace con cada ser humano. Por ello, se puede decir que los Derechos Humanos actualmente tienen dos maneras de ser utilizadas, el primero, para poder reclamar ante órganos internacionales y superiores cualquier derecho vulnerado y, el segundo, para generar una conciencia política y social que permita mejorar las relaciones sociales en función a normas internacionales que reconozcan la dignidad en cada uno de los hombres (Fundación Juan Vivies Suriá, 2014).

b. Los derechos constitucionales:

Se tiene entonces que los Derechos Humanos son en realidad parte de instrumentos internacionales para proteger la dignidad de cada ser humano por ser de esa especie, es así, que debe diferenciarse de los Derechos Constitucionales que son aquellos que han sido aceptados por un Estado en sus constituciones, de esta forma, los Estados, al estar organizados por instrumentos constitucionales incluyen, dentro de ellos, una serie de normas que permiten el funcionamiento de ese Estado esto es indispensable para el funcionamiento político de un país (Marshall, 2017).

De esta manera, un derecho constitucional vendría a ser todos los derechos que se encuentran incluidos dentro de la Constitución y que han sido o no reconocidos por instrumentos internacionales como un derecho humano.

c. Derechos fundamentales:

Los Derechos Constitucionales son todos los derechos que se encuentran incluidos en una constitución y los Derechos Humanos aquellos que han sido reconocidos en instrumentos internacionales para defender la dignidad del hombre, en esa línea, se tiene que los derechos fundamentales son todos aquellos derechos constitucionales que reconoce los Derechos Humanos, de esta forma, un derecho humano se incluye en una constitución y pasa a llamarse derecho fundamental, pero, también al ser parte de la Constitución podría decirse que es un Derecho Constitucional. Esto se pueden ejemplificar con el derecho al voto, el cual es un derecho constitucional pero no es un derecho humano, sin embargo, el derecho a la salud, además de ser un derecho constitucional es un derecho humano reconocido internacionalmente, por lo tanto, pasa a llamarse derecho fundamental. Desde el aspecto filosófico del derecho, puede entenderse que el derecho fundamental posee un aspecto material y otro formal, desde el lado material el derecho fundamental necesita estar incluido en la constitución a través de los mecanismos legales que tiene un país para esta inclusión y que a su vez sustenta el orden democrático político de un Estado, mientras que, desde el aspecto formal, estos le brindan al ser humano un soporte y garantía a su libertad individual para que se desarrolle como una especie libre (Marshall, 2017).

2.2.16 Definición de Salud.

León y Berenson (2015) explican que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud como un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad.

Por consiguiente, un ser humano se encuentra sano cuando, además de sentirse bien física, mental y socialmente, sus estructuras corporales, procesos fisiológicos y comportamiento se mantienen dentro de los límites aceptados como normales para todos los otros seres humanos que comparten con él las mismas

características y el mismo medio ambiente. El sólo hecho de sentirse bien física y mental y socialmente no es suficiente, pues, para llegar a la conclusión de que se está sano (León y Berenson, 2015).

Un concepto muy importante para decidir sobre el estado de salud es el de "normalidad". En ocasiones, la "normalidad" puede ser definida claramente en forma cualitativa. En otras ocasiones, sin embargo, el límite entre lo "normal" y lo "anormal" o patológico sólo puede ser establecido en forma cuantitativa o semicuantitativa, recurriendo por lo general a la estadística. Un valor "normal" de cada variable estructural o fisiológica resulta situado dentro de una franja gaussianamente intermedia entre valores "normales" mínimo y máximo (León y Berenson, 2015).

2.2.17 El derecho fundamental a la salud

Cuando se menciona el término salud no se lo debe entender únicamente como la no presencia de enfermedades en los organismos de las personas o, desde la forma común, de entender como la atención médica de calidad que todos debemos recibir cuando nos encontramos enfermos.

La salud es un derecho fundamental que se encuentra reconocido en instrumentos internacionales y también en la Constitución Política del Estado peruano, ello, porque es un derecho fundamental que protege directamente la vida y, por consiguiente, no solamente se enmarca en procurar que la persona esté sana, sino que es un derecho más amplio que busca proteger la vida de los seres humanos desde el aspecto orgánico-funcional físico y psíquico. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la definición que debe entenderse de la salud es la condición que tiene un individuo que le permite gozar de un bienestar completo en el aspecto físico, social y mental. Con el transcurrir del tiempo esta definición desarrollada por la Organización Mundial de la Salud ha ido incorporando distintas dimensiones, según la importancia que han tenido, como es el caso de la dimensión de la

capacidad de funcionamiento del sistema de salud, lo cual ha permitido que los Estados están obligadas a buscar los mecanismos para que las personas mantengan una condición saludable a lo largo de toda su vida, de esta manera, la salud se convierte, no sólo en un fenómeno que abarca las tres dimensiones iniciales, sino que actualmente es un fenómeno que requiere se involucren diversos aspectos para poder garantizarla y que el ser humano tenga una vida digna, pueda mantener su salud y restituirla cuando ésta se vea afectada (Cruz Roja, 2014).

De esta forma, se observa que el derecho a la salud ha evolucionado a partir de la Segunda Guerra Mundial que surgió como un derecho que se enmarcaba exclusivamente dentro de lo médico y biológico para ser, ahora, un concepto que engloba, además, las condiciones sociales y ecológicas que se pueden presentarse en un país.

Luego de la Segunda Guerra Mundial las naciones publicaron la carta de los Derechos Humanos que establecía un catálogo de derechos inherentes a cada individuo solamente por ser de esta especie, entre ellos se contempló el derecho universal a la salud, el cual, se encuentra ubicado en el artículo 25 y que establecía que todos los individuos tienen el derecho de gozar de un nivel adecuado de vida y que, tanto él como sus familias, puedan lograr el bienestar y salud necesarios, por ello, todos los Estados deben procurar que las personas tengan asistencia médica, alimentación adecuada, vivienda segura, vestido y los diversos servicios sociales que se requieran para conseguirlo. Asimismo, en el artículo 25 se brinda a las personas derechos para garantizar su bienestar cuando están en condiciones de vulnerabilidad como la vejez, invalidez, enfermedad u otra circunstancia que no le permita subsistir bajo sus medios y que son ajenos a su voluntad (Cruz Roja, 2014).

Debe tomarse en cuenta que la declaración universal de Derechos Humanos no solamente incluyen a la salud como un aspecto únicamente biológico, sino que lo enmarcan dentro de un conjunto de elementos para lograr el bienestar de las personas, de esta manera, se puede concluir que los Derechos Humanos ,al ser

interdependientes, asocia el derecho a la salud a otros necesarios para lograr una vida digna, por ese motivo, los Estados están en la obligación de respetar todas esas condiciones y así evitar vulnerar los derechos a la salud de las personas.

2.2.18 Historia del derecho fundamental a la salud

Si bien el derecho fundamental a la salud fue reconocido a través de la ONU en 1948, su postulación ya tiene más de 100 años, de esta forma, se considera uno de los Derechos Universales más importantes no sólo por su antigüedad sino por el valor que tiene y la imperiosa necesidad de su reconocimiento, el cual ya había sido entendido por los ciudadanos de aquel entonces (Quijano, 2016).

El primer instrumento legislativo en reconocerlo fue la Constitución de Querétaro de 1917, en la Ciudad de México, en la que se le otorga, a los legisladores, la facultad para poder realizar normas sobre la salubridad y, de esta forma, garantizar la salud de los trabajadores que se encuentran en ese país (Quijano, 2016).

Otro estado que reconoció la importancia del derecho a la salud fue la Unión Soviética que en 1918 incluyó en su Constitución un Comisariato del pueblo que tenía, entre sus funciones, la salud pública (Quijano, 2016).

De la misma manera, en la Constitución de Weimar que publicó el Imperio alemán en 1919, se utilizaba la legislación de salud pública y se creaba, así mismo, un sistema de seguros que permitía conservar la salud en aquellos que no tenían los recursos (Quijano, 2016).

El Perú no ha estado alejado de la evolución histórica que tuvo el derecho a la salud, siendo un derecho reconocido en el artículo 50 de la Constitución de 1933 en el que se realizó legislaciones referidas a la salud y establecía que el Estado tenía la obligación de mantener la sanidad pública y, para ello, debería cuidar la salud

privada, por ese motivo, desarrollo leyes que controlaban higiénica y sanitaria mente las condiciones dentro del aspecto social de la población (Quijano, 2016).

A nivel internacional se creó la Organización Mundial de la Salud de 1946 que vino a consolidar, a nivel mundial, este derecho, estableciendo que el derecho a la salud debe ser tomado como el goce máximo de salud que un individuo puede tener a lo largo de su vida, dándole ya el perfil de Derecho Humano que todo individuo debe gozar, sin importar su religión, raza, situación, económica o ideología, es así, que es tomada en cuenta en la Declaración Universal de los Derechos Humanos que se promulga en 1948, incluyéndolo en el numeral 1 del artículo 25 que proponía que las personas tienen el derecho a una vida que pueda asegurarse junto a su familia en salud y bienestar (Quijano, 2016).

Para el logro del derecho fundamental la salud es necesario cuatro elementos para lograrlo estos son (ONU, 2016):

- Que las personas tengan los programas de salud suficiente para que puedan ser atendidos cuando requieran curar cualquier enfermedad.
- Que los programas desarrollados para la salud puedan ser accesibles, no solamente desde el aspecto físico sino también desde el aspecto económico para todas las personas.
- Que en estos programas de salud exista un respeto irrestricto a la ética médica.
- Que los programas de salud busquen ser sensibles a los ciclos de la vida, comprendiendo cada uno de ellos y dando las garantías para que todas las personas puedan vivirlo en la plenitud de la salud gracias a la calidad médica desarrollada científicamente.

A nivel nacional el derecho fundamental de la salud ha sido reconocido y desarrollado por el tribunal constitucional en la sentencia 5842-2006-PHC/TC, 2008, publicada en el año 2008 y que establece que este derecho es inherente a cada

individuo y que para que pueda ser logrado debe buscar el desarrollo de los siguientes pilares (STC 5842-2006-PHC/TC, 2008):

- Se conserve el estado de normalidad orgánico y funcional tanto físico como psíquico de todas las personas.
- Se puede restituir el estado de normalidad orgánico-funcional tanto psíquico de las personas cuando se presentan situaciones de perturbación

De esta forma, para el Tribunal Constitucional, el derecho a la salud debe permitir que los individuos gocen de estado psicosomáticos plenos, que le permita desarrollar un bienestar individual y familiar gracias a un estado de salud óptimo y máximo, él no hacerlo, menoscabaría su esfera de protección, vulnerando derechos fundamentales reconocidos a nivel internacional (STC 5842-2006-PHC/TC, 2008).

La salud es un derecho constitucional reconocido como un derecho principalista en nuestro marco jurídico, a través del cual, surgen diversas normas para poder protegerlo, por ello, el Estado debe buscar su máxima protección y brindar las condiciones necesarias para que las personas lo ejerzan desde el aspecto real y no únicamente bajo la suposición de que un ser humano debe estar sano para que este derecho haya sido cumplido, sino que debe de brindar las condiciones para que se mantenga sano, se cure cuando esté enfermo y viva en un ambiente saludable que garantice una calidad de vida digna.

2.2.19 El Derecho a la protección de la salud en la Constitución Política.

A diferencia de la Constitución de 1979, que recogía disposiciones más detalladas sobre la protección de la salud y más tuitivas de este derecho fundamental, la Constitución de 1993 se muestra, de hecho, mucho más lacónica. Así, mientras en la anterior Carta Política se hacía mención expresa, en su artículo 15, a una protección de la salud tanto personal, como familiar y comunitaria

integral, la Carta de 1993, en su artículo 7, solo menciona el derecho a la protección de la salud.

Artículo 7.- Derecho a la salud. Protección al discapacitado
Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad

Por otro lado, mientras en la Constitución de 1993, en el artículo 9, solo se hace referencia a la obligación del Estado de dirigir la política nacional de salud y de facilitar un acceso equitativo a los servicios de salud, en el Texto de 1979, de acuerdo con el artículo 16, dicha obligación incluía la organización de un sistema nacional descentralizado y desconcentrado, que planifica y coordina la atención integral de la salud a través de organismos públicos y privados, y que facilita a todos el acceso igualitario a sus servicios, en calidad adecuada y con tendencia a la gratuidad (negritas agregadas). Finalmente, en lo atinente a la protección del incapaz, ambas constituciones son similares. Así, el artículo 7 de la de 1993 establece: La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad (León F. , 2014).

Las diferencias entre ambas regulaciones obedecen al trasfondo ideológico en el cual se ubican cada uno de los textos constitucionales. Así, mientras se puede identificar a la Constitución de 1979 con los fundamentos del Estado benefactor, la Carta de 1993 responde al contexto ideológico del neoliberalismo, donde prima un modelo de atención minimalista en materia de prestaciones sociales. Con todo, la lectura de las disposiciones contenidas en la Constitución de 1993 sobre el derecho a la salud debe realizarse teniendo en cuenta lo establecido por los Tratados

Internacionales de Derechos Humanos suscritos por el Perú, de conformidad con la interpretación que sobre los mismos hayan efectuado los organismos internacionales encargados de vigilar su cumplimiento, tal y como lo disponen la Cuarta Disposición Final y Transitoria de la Constitución y el artículo V del Título Preliminar del Código Procesal Constitucional, respectivamente (León F. , 2014).

2.2.20 El derecho a la protección de la salud desde el TC.

El TC peruano inicialmente ha sido bastante escueto en la delimitación de las exigencias normativas que se desprenden del derecho a la salud. Así, se ha centrado primero en resaltar las dos facetas que encierra este derecho: la preventiva y la recuperativa, y las obligaciones genéricas que el Estado asume en función a dichas facetas: la promoción de una adecuada calidad de vida y la provisión de servicios de salud adecuados. Aunque en estos elementos puede encontrarse gran parte del contenido de este derecho, su formulación ha sido excesivamente lacónica. El Tribunal en la STC 2945-2003-AA/TC ha definido pues, en las primeras fases de su jurisprudencia, el derecho a la salud como:

[...] la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser, lo que implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento; acciones que el Estado debe proteger tratando de que todas las personas, cada día, tengan una mejor calidad de vida, para lo cual debe invertir en la modernización y fortalecimiento de todas las instituciones encargadas de la prestación del servicio de salud, debiendo adoptar políticas, planes y programas en ese sentido.

Desde un análisis crítico como derecho fundamental, el tribunal constitucional ha considerado que la salud debe ser definida como un estado

orgánico, a través del cual, todo ser vivo tiene la facultad inherente de mantener este estado orgánico en una calidad funcional óptima ya sea que esto sea visto desde la perspectiva física o psíquica.

De esta manera, en el caso de que existe una perturbación a esta normalidad orgánica, la persona debe tener la capacidad de restituirlo, de tal forma, que no se vea afectada su salud y, en consecuencia, el derecho fundamental a la salud no sólo garantiza que las personas puedan curarse de las enfermedades cuando éstas aparecen en cualquier ciclo de vida, sino que, además, tengan la capacidad de mantener un normal funcionamiento orgánico, a nivel físico o psíquico, que evite su normal desarrollo a nivel social.

El Derecho fundamental a la salud se constituye, entonces, en el pilar sobre el cual el organismo debe sostenerse en el tiempo, así el Estado se obliga a mantener este normal desarrollo orgánico, restituir su funcionamiento ante una perturbación de cualquier índole y garantizar que los seres humanos vivan en un estado de dignidad que todo Estado de derecho está obligado a garantizar.

2.2.21 Dimensiones del derecho fundamental a la salud

De acuerdo en Tribunal Constitucional peruano, a través de la sentencia que recae en el expediente 5842-2006-PHC/TC el derecho fundamental a la salud se sostiene en tres dimensiones:

a. Preservar la vida en condiciones dignas:

De acuerdo al Tribunal Constitucional (STC 5842-2006-PHC/TC, 2008) el Derecho Fundamental la Salud no cumpliría la función establecida dentro del marco de las garantías constitucionales si no contribuye a que las personas puedan preservar la vida en condiciones dignas, esto significa que, sin importar el estado de salud que padezca una persona,

se le debe garantizarse condiciones mínimas que le permitan vivir en el estado de dignidad que, como ser humano, le corresponde.

Es el caso de pacientes que padecen enfermedades crónicas o congénitas para las que aún no existe un tratamiento médico y en el que el Estado es impotente en la restitución orgánica funcional de su salud, sin embargo, esto no es excusa para que el Estado no garantice que, durante el tratamiento y padecimiento de la enfermedad, el paciente no obtenga las mejores condiciones que le permitan una vida digna, esto es, con menos dolor, mejores condiciones de servicios de salud y tratamientos de altos estándares de calidad que le permitan, a él ya su familia, sobrellevar, lo mejor posible, una enfermedad.

b. Conservar un estado de normalidad orgánico-funcional.

De acuerdo al Tribunal Constitucional (STC 5842-2006-PHC/TC, 2008) el Derecho a la Salud, muchas veces, es entendido únicamente como la el derecho de los ciudadanos a curar las enfermedades, sin embargo, más importante aún es que las personas puedan mantener una normalidad orgánica funcional, es decir, poder mantenerse en un estado saludable, ya sea a nivel físico como psíquico, de esta manera, el Estado se debe comprometer a eliminar aquellas condiciones que podrían generar afecciones a las personas y así permitir que estas conserven la anormalidad orgánica funcional de sus condiciones físicas y psíquicas en el tiempo.

Un claro ejemplo de esto se observa, últimamente, en las condiciones ambientales, en las que se exige al gobierno la reducción de contaminación que perjudiquen la salud, pues contravendrían ese derecho fundamental al evitar que las personas puedan conservar esta normalidad orgánica a través de elementos externos y que no surgen de manera con génica.

Otro elemento importante que se ha desarrollado últimamente respecto a esta dimensión son los kioscos saludables en los colegios, que obligan al Estado a eliminar condiciones externas que puedan incrementar enfermedades congénitas en los niños a futuro, por lo que estas decisiones son acordes a la obligación Estatal de velar por el derecho fundamental la salud de sus ciudadanos.

c. Restituir ante una situación de perturbación el estado de normalidad orgánico-funcional.

El Derecho a la Salud de acuerdo al Tribunal Constitucional (STC 5842-2006-PHC/TC, 2008) requiere que el Estado brinde las garantías necesarias a través de la logística y recursos humanos que se necesitan ante la presencia de una enfermedad y, así, la persona pueda acceder a servicios de salud adecuados que le permitan la restitución de esta normalidad orgánica funcional.

De esta manera, ante la presencia de una afectación física o psíquica, es necesario que las políticas estatales apunten a un sistema de salud más inclusivo, que pueda albergar a la totalidad de ciudadanos y en el que todos tengan la posibilidad de acceder a un servicio de salud de garantía, que restituya, en el menor tiempo, la normalidad orgánica, es decir, se curen en el menor tiempo las enfermedades que se parecen.

Bajo ese contexto, es que muchas de las críticas públicas respecto al estado de los hospitales y los servicios de salud, apuntan a una vulneración directa al derecho fundamental de la salud de las personas, pues en el caso de los asegurados, por ejemplo, la falta de atención oportuna evita que se restituya la normalidad orgánica funcional de sus organismos en el menor tiempo posible y que, en muchas ocasiones, esta espera incluso ocasiona la muerte de los pacientes.

De esta forma, el Tribunal Constitucional (STC 5842-2006-PHC/TC, 2008), al considerar estas tres dimensiones necesarias para garantizar que el Derecho a la Salud sea ejercido en el estado peruano brinda los lineamientos indispensables para se desarrollen las políticas públicas en la que las personas gocen de un estado psicosomático, físico y psíquico, dentro de los mejores condiciones a nivel del sector salud y que son indispensables para que las personas puedan desarrollarse y lograr un bienestar individual y familiar que beneficie a la sociedad en su conjunto, pues, únicamente, cuando la salud está garantizada y se permite el ejercicio de este derecho en un ambiente de calidad, es que se logra el desarrollo social, por ello, el Estado debe asegurar que esta esfera de protección constitucional no sea menoscabada por intereses subalternos los comerciales.

Asimismo, el Tribunal Constitucional (STC 5842-2006-PHC/TC, 2008) ha considerado que esta protección constitucional a la salud no solamente se hace posible cuando los gobiernos destinan recursos económicos a la salud, sino que también debe ser considerada como un trabajo conjunto con los ciudadanos, quienes deben realizar prácticas saludables a nivel físico y psíquico que le permitan conseguir un funcionamiento armónico y funcional del organismo a nivel físico y mental y, para ello, es necesario una adecuada educación respecto a la salud de las personas.

El derecho a la salud es considerado un derecho indiscutible e inalienable y, por tanto, obliga a los Estados a la realización de acciones positivas y concretas, no sólo a través del Ministerio de Salud, sino de todos los poderes estatales, tal forma, que se promuevan de forma inevitable las condiciones estatales para protegerlo de una manera adecuada.

Cómo se ha podido establecer, las dimensiones del derecho fundamental a la salud no solo deben involucrar a la cura de las enfermedades que pueden parecer las personas, sino que, según el Tribunal Constitucional (STC 5842-2006-PHC/TC,

2008), además, requiere alcances esenciales que los Estados deben garantizar, estos son:

- Que exista disponibilidad de recursos.
- Que hay accesibilidad a los recursos físicos.
- Que no exista discriminación en la atención sanitaria.
- Que exista la accesibilidad económica.
- Que hay aceptabilidad.
- Que el servicio de salud sea de calidad.

Así, el disfrute de la salud en las mejores condiciones posibles debe ser una de las políticas fundamentales de cualquier Estado y, para ello, se deben realizar gestiones que busquen llevar a las medidas sanitarias y sociales al cumplimiento de este fin, no solo en la cura de enfermedades sino también en procurar que las personas mantengan un estado saludable y, para ello, debe existir una interrelación con las demás políticas en el aspecto de vivienda, trabajo y acceso a otras garantías sociales. Si bien el derecho fundamental a la salud es un derecho autónomo este, necesariamente, está ligado a otros que requiere el ser humano y sin los cuales no se podría garantizar.

2.2.22 Fuentes normativas del derecho a la salud

Es así que en la STC 3081-2007-PA/TC, el Tribunal precisa que las principales fuentes normativas del Derecho Internacional de los Derechos Humanos donde está recogido el derecho a la salud son:

1. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (Aprobada por resolución legislativa 13282 del 15 de diciembre de 1959), artículo 25.1

2. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Ratificado bajo instrumento de adhesión de fecha 12 de abril de 1978, depositado el 28 de abril de 1978), artículo 12.
3. El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas ha precisado el contenido normativo del artículo 12 (Observación General N.º 14 (E/C.12/2000/4)).
4. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana, en Bogotá, 1948); el artículo XI establece:
5. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ratificado por el Perú el 4 de junio de 1995), artículo 10.

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

Desabastecimiento

Situación en la cual se evidencia una insuficiente oferta para poder satisfacer la demanda de productos farmacéuticos necesarios para el tratamiento médico de las enfermedades de los pacientes (INVIMA, 2018).

Medicamentos

Sustancia que cuando la tomamos ejerce una acción en nuestro organismo, también llamado efecto farmacológico (Tarazona, 2017).

Salud

Es sentirse bien física, mental y socialmente, sus estructuras corporales, procesos fisiológicos y comportamiento se mantienen dentro de los límites aceptados como normales para todos los otros seres humanos que comparten con él las mismas características y el mismo medio ambiente (León & Berenson, 2015).

Derecho a la salud

Según la STC 2945-2003-AA/TC es la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser, lo que implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 HIPÓTESIS

3.1.1 Hipótesis general

Sí fue vulnerado el derecho constitucional de protección a la salud por el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud de Tacna, periodo 2014-2019.

3.1.2 Hipótesis específicas

- El desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita *mantener* la normalidad orgánica funcional *física* de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019.
- El desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita *mantener* la normalidad orgánica funcional *mental* de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019.
- El desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita *restablecer* la normalidad orgánica funcional *física* de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019.
- El desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita *restablecer* la normalidad orgánica funcional *mental* de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019.

3.2 VARIABLES

3.2.1 Identificación de la variable dependiente

Vulneración al derecho constitucional de protección a la salud de sus pacientes.

3.2.1.1 Indicadores

- Evitar mantener la normalidad física del paciente.
- Evitar mantener la normalidad mental del paciente.
- Evitar restablecer la normalidad física del paciente.
- Evitar restablecer la normalidad mental del paciente.

3.2.1.2 Escala de medición

La escala para la medición de la variable será de tipo nominal, pues se categorizará las diferencias según los compuestos químicos que presenten los medicamentos.

3.2.2 Identificación de la variable independiente

Desabastecimiento de medicamentos en EsSalud de Tacna.

3.2.2.1 Indicadores

- Medicamentos agotados.
- Medicamentos pro agotar.
- Medicamentos en stock crítico.
- Medicamentos en stock.

3.2.2.2 Escala de medición

La escala para la medición de la variable será de tipo nominal, pues se categorizará las diferencias según los compuestos químicos que presenten los medicamentos.

3.3 TIPO y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

5.3. Tipo de Investigación

El tipo de investigación que se realizará será del tipo básico, ya que tiene como objeto el mejorar el conocimiento *per se*, más que generar resultados o tecnologías que beneficios a la sociedad en el futuro inmediato (Carrasco, 2017)

5.4. Diseño de la Investigación

De acuerdo a las características de la investigación y ya que no se manipularán variables, la presente investigación es no experimental de diseño longitudinal de tipo panel. Este tipo de diseño describe la relación entre dos o más categorías a lo largo de un periodo de tiempo, que en este caso será de seis años. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014)

3.4 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.5 AMBITO Y TIEMPO SOCIAL DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se desarrollará en el área de farmacia del Hospital III “Daniel Acides Carrión” de la Red Asistencial Tacna de EsSalud. La recolección de datos se realizará respecto a los años 2014-2019.

3.6 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.6.1 Unidad de estudio

La unidad de estudio para esta investigación lo constituyen los informes sobre abastecimiento de medicamentos que distribuye EsSalud a sus pacientes.

El Seguro Social de Salud (ESSALUD) fue creada a través de la Ley N° 27056 que adscribió la institución al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, pero otorgándole autonomía administrativa, financiera, técnica, económica, contable y presupuestal. Actualmente, el Ministerio de Salud se vincula el Seguro Social de Salud en la elaboración de lineamientos generales en ese sector.

El artículo 3 del Reglamento del organización y funciones del Seguro Social de Salud establece que la finalidad principal de ESSALUD es captar, recepcionar y gestionar los fondos de seguridad social en salud para brindar a los asegurados y derechohabientes una cobertura a través del otorgamiento de prestaciones para promocionar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud, así como prestaciones sociales y económicas según el régimen de contribución que tengan.

3.6.2 Población

Como población se está considerando a la totalidad de informes (4 por año) que EsSalud realiza sobre la distribución de medicamentos a sus pacientes durante los años 2014-2019, por lo que no habrá muestra, es decir, será de tipo censal.

3.6.3 Muestra

No se requiere muestra, se trabajará con la totalidad de informes.

3.7 PROCEDIMIENTO, TECNICAS E INSTRUMENTOS

3.7.1 Procedimiento

Para la recolección de datos se seguirá el siguiente procedimiento:

- Se solicitará permiso a EsSalud para tener acceso al área de farmacia y realizar la investigación, garantizando en todo momento el uso académico de los datos recolectados.
- Se hará un inventario de los informes sobre la distribución de medicamentos de EsSalud a los pacientes con enfermedades crónicas en Tacna.
- Se comparará la oferta y la demanda de medicamentos para establecer si existe desabastecimiento.
- Se analizará si se ha vulnerado el derecho a la salud de los pacientes con enfermedades crónicas.

3.7.2 Técnicas

Para la recolección de datos se realizará la técnica de la observación.

3.7.3 Instrumentos

Se utilizará como instrumento la ficha de recolección de datos, el cual no se permitirá categorizarlos hallazgos encontrados durante el trabajo de campo.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

Para la realización del trabajo de campo se realizó lo siguiente.

- Se recabaron los informes del stock de medicamentos de los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre de los años 2014 al 2019.
- Los informes fueron analizados y consolidados.
- El stock de medicamentos fue categorizado en los niveles, agotados, casi agotados, estado crítico y en stock suficiente.
- Seguidamente se analizó de manera descriptiva el stock de medicamentos pro año.
- Finalmente se realizó un análisis inferencial de las variables.

4.2 DISEÑO DE LA PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados se presentarán de la siguiente manera:

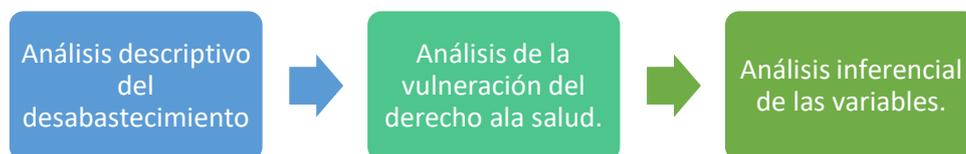


Figura 1. Diseño de presentación de resultados

Elaboración propia.

4.3 RESULTADOS

4.3.1 Análisis descriptivo de las variables

4.3.1.1 *Desabastecimiento de medicamentos.*

Tabla 1

Desabastecimiento en junio del 2014.

Categoría	<i>f</i>	%
Agotados	40	12.66
Casi agotados	5	1.58
Estado crítico	44	13.92
En stock suficiente	227	71.84
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir de la información proporcionada por EsSalud Tacna

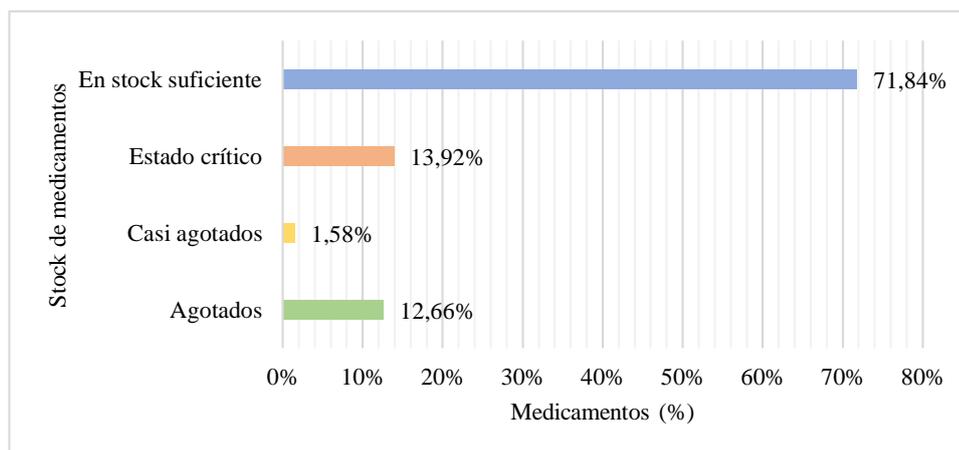


Figura 2. Desabastecimiento en junio del 2014.

Tomada de la Tabla 1.

La tabla 1 y figura 2 muestran el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud Tacna en junio del año 2014, como se puede apreciar, el 12.66% de medicamentos se encontraban agotados, el 1.58% casi por agotarse, el 13.92% en estado crítico de agotarse y el 71.84% se tienen en stock suficiente.

Tabla 2

Desabastecimiento en diciembre del 2014.

Categoría	f	%
Agotados	26	8.23
Casi agotados	4	1.27
Estado crítico	44	13.92
En stock suficiente	242	76.58
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir de la información proporcionada por EsSalud Tacna

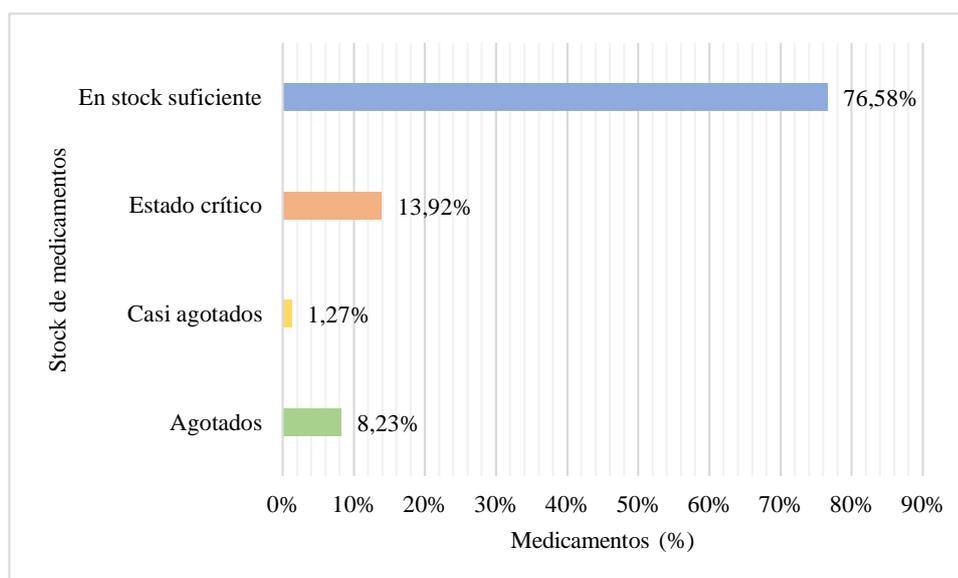


Figura 3. Desabastecimiento en diciembre del 2014.

Tomada de la Tabla 2.

La tabla 1 y figura 2 muestran el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud Tacna en diciembre del año 2014, como se puede apreciar, el 8.23% de medicamentos se encontraban agotados, el 1.27% casi por agotarse, el 13.92% en estado crítico de agotarse y el 76.58% se tienen en stock suficiente.

Tabla 3

Desabastecimiento en junio del 2015.

Categoría	f	%
Agotados	32	10.13
Casi agotados	8	2.53
Estado crítico	66	20.89
En stock suficiente	210	66.46
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir de la información proporcionada por EsSalud Tacna

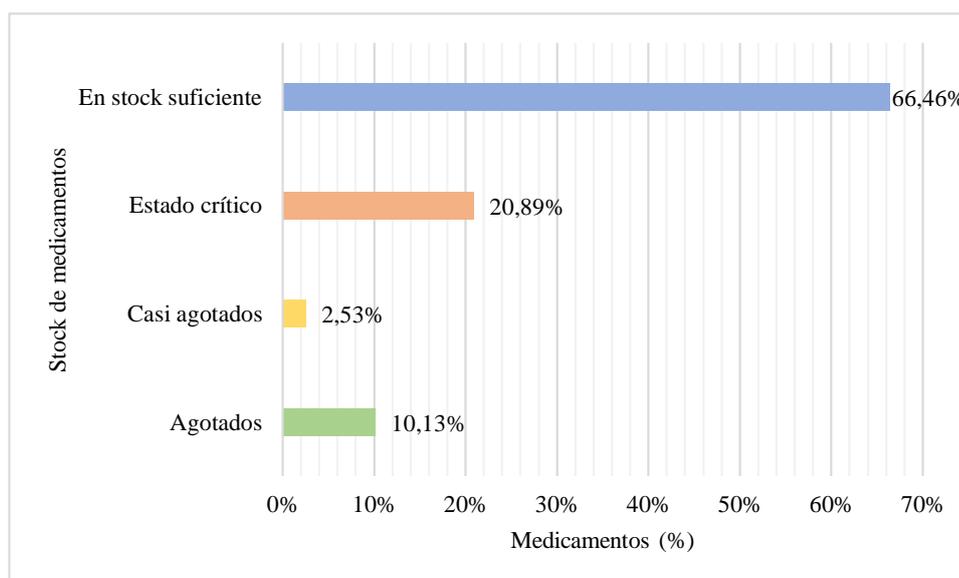


Figura 4. Desabastecimiento en junio del 2015.

Tomada de la Tabla 3.

La tabla 3 y figura 4 muestran el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud Tacna en junio del año 2015, como se puede apreciar, el 10.13% de medicamentos se encontraban agotados, el 2.53% casi por agotarse, el 20.89% en estado crítico de agotarse y el 66.46% se tienen en stock suficiente.

Tabla 4

Desabastecimiento en diciembre del 2015.

Categoría	f	%
Agotados	24	7.59
Casi agotados	14	4.43
Estado crítico	59	18.67
En stock suficiente	219	69.30
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir de la información proporcionada por EsSalud Tacna

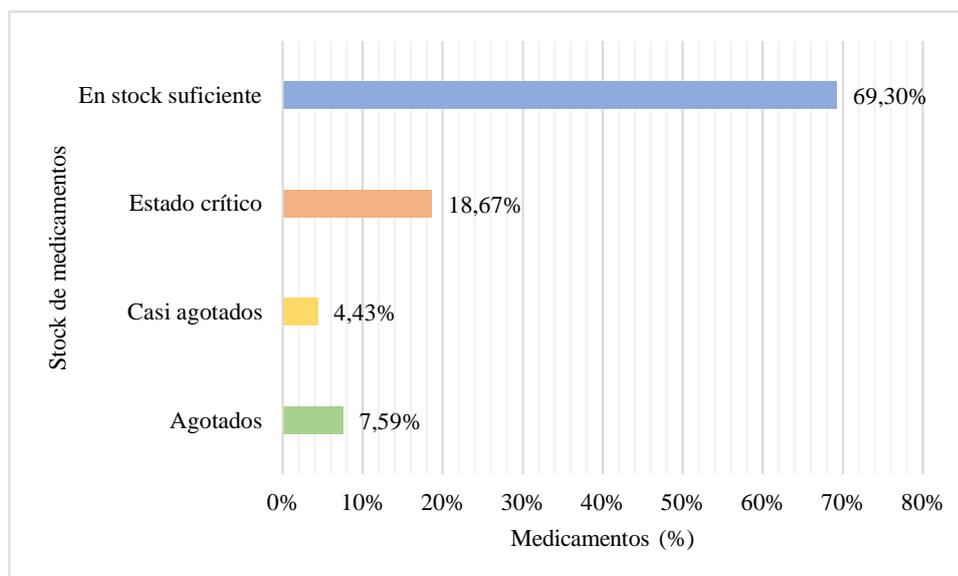


Figura 5. Desabastecimiento en diciembre del 2015.

Tomada de la Tabla 4.

La tabla 4 y figura 5 muestran el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud Tacna en diciembre del año 2015, como se puede apreciar, el 7.59% de medicamentos se encontraban agotados, el 4.43% casi por agotarse, el 18.67% en estado crítico de agotarse y el 69.30% se tienen en stock suficiente.

Tabla 5
Desabastecimiento en junio del 2016.

Categoría	<i>f</i>	%
Agotados	29	9.18
Casi agotados	8	2.53
Estado crítico	43	13.61
En stock suficiente	236	74.68
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir de la información proporcionada por EsSalud Tacna

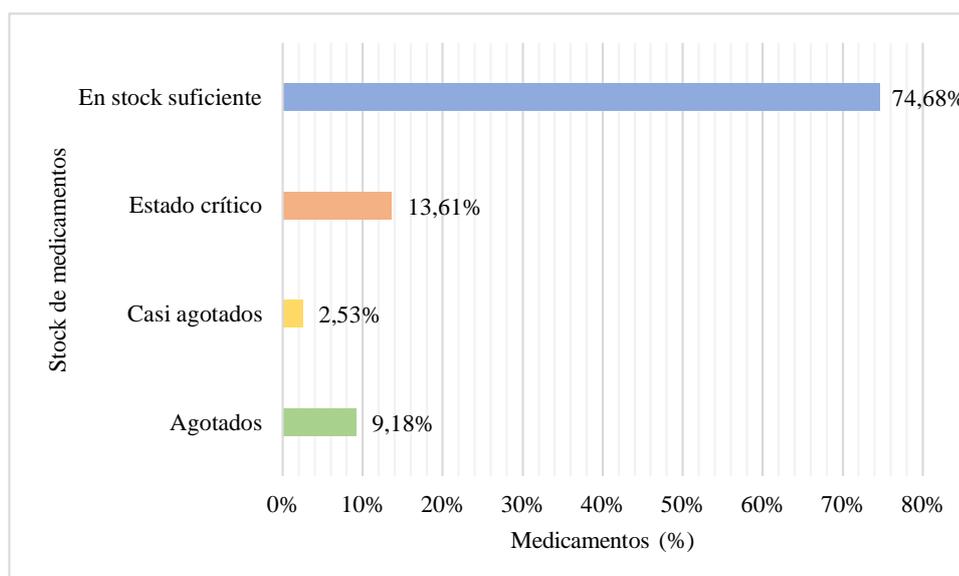


Figura 6. Desabastecimiento en junio del 2016.

Tomada de la Tabla 5.

La tabla 5 y figura 6 muestran el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud Tacna en junio del año 2016, como se puede apreciar, el 9.18% de medicamentos se encontraban agotados, el 2.53% casi por agotarse, el 13.61% en estado crítico de agotarse y el 74.68% se tienen en stock suficiente.

Tabla 6

Desabastecimiento en diciembre del 2016.

Categoría	f	%
Agotados	29	9.18
Casi agotados	2	0.63
Estado crítico	27	8.54
En stock suficiente	258	81.65
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir de la información proporcionada por EsSalud Tacna

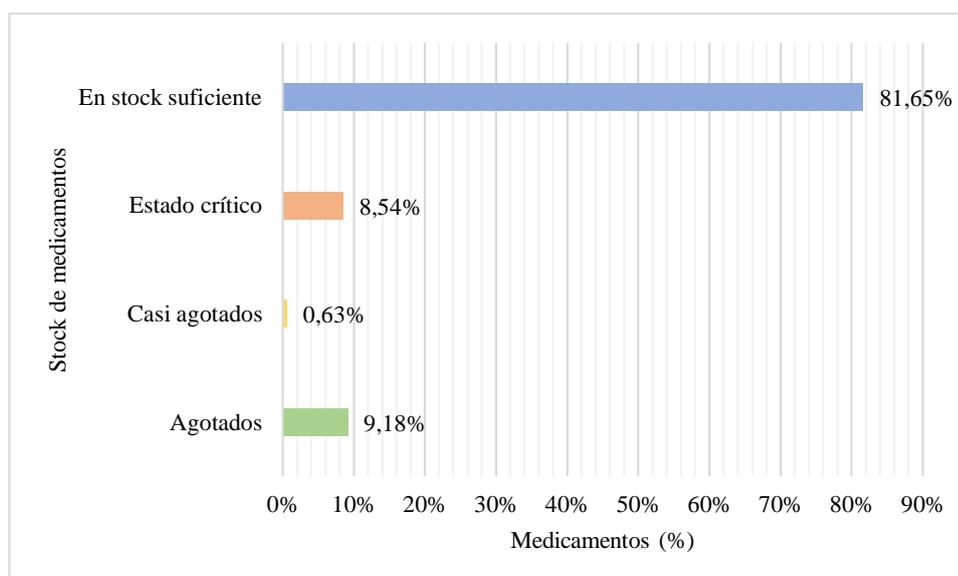


Figura 7. Desabastecimiento en diciembre del 2016.

Tomada de la Tabla 6.

La tabla 6 y figura 7 muestran el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud Tacna en diciembre del año 2016, como se puede apreciar, el 9.18% de medicamentos se encontraban agotados, el 0.63% casi por agotarse, el 8.54% en estado crítico de agotarse y el 81.65% se tienen en stock suficiente.

Tabla 7
Desabastecimiento en junio del 2017.

Categoría	<i>f</i>	%
Agotados	12	3.80
Casi agotados	1	0.32
Estado crítico	34	10.76
En stock suficiente	269	85.13
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir de la información proporcionada por EsSalud Tacna

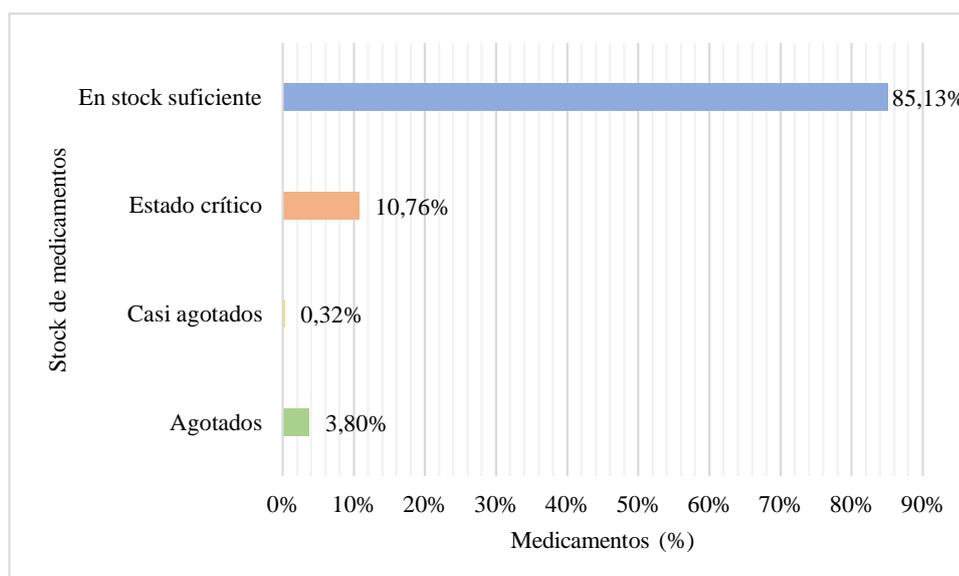


Figura 8. Desabastecimiento en junio del 2017.

Tomada de la Tabla 7.

La tabla 7 y figura 8 muestran el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud Tacna en junio del año 2017, como se puede apreciar, el 3.80% de medicamentos se encontraban agotados, el 0.32% casi por agotarse, el 10.76% en estado crítico de agotarse y el 85.13% se tienen en stock suficiente.

Tabla 8

Desabastecimiento en diciembre del 2017.

Categoría	f	%
Agotados	16	5.06
Casi agotados	3	0.95
Estado crítico	83	26.27
En stock suficiente	214	67.72
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir de la información proporcionada por EsSalud Tacna

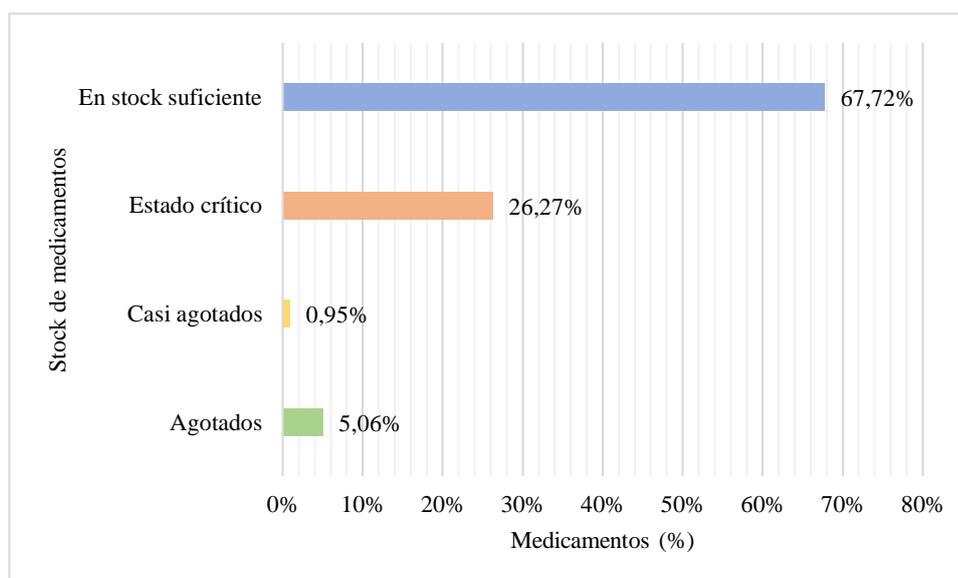


Figura 9. Desabastecimiento en diciembre del 2017.

Tomada de la Tabla 8.

La tabla 8 y figura 9 muestran el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud Tacna en diciembre del año 2017, como se puede apreciar, el 5.06% de medicamentos se encontraban agotados, el 0.95% casi por agotarse, el 26.27% en estado crítico de agotarse y el 67.72% se tienen en stock suficiente.

Tabla 9

Desabastecimiento en junio del 2018.

Categoría	f	%
Agotados	21	6.65
Casi agotados	12	3.80
Estado crítico	63	19.94
En stock suficiente	220	69.62
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir de la información proporcionada por EsSalud Tacna

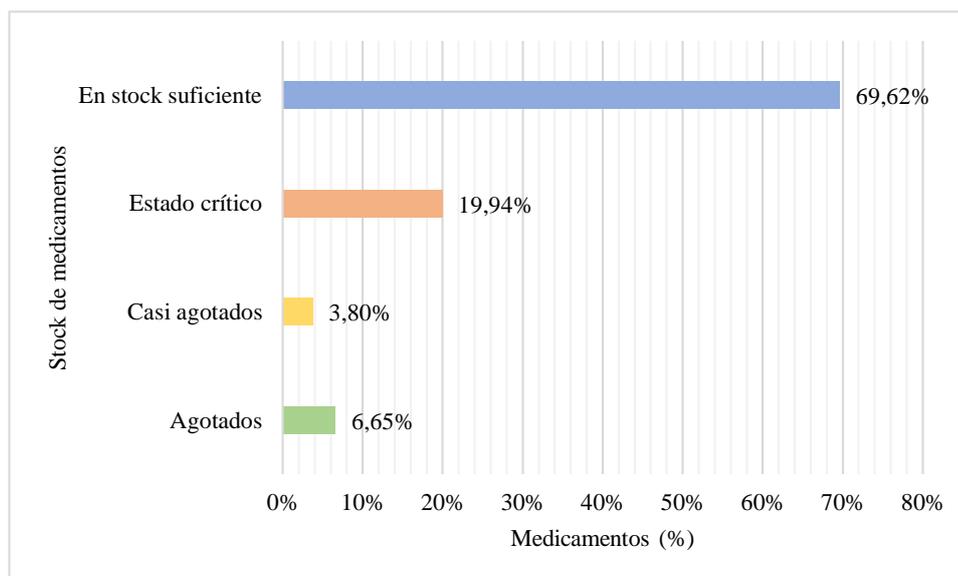


Figura 10. Desabastecimiento en junio del 2018.

Tomada de la Tabla 9.

La tabla 9 y figura 10 muestran el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud Tacna en junio del año 2018, como se puede apreciar, el 6.65% de medicamentos se encontraban agotados, el 3.80% casi por agotarse, el 19.94% en estado crítico de agotarse y el 69.62% se tienen en stock suficiente.

Tabla 10

Desabastecimiento en diciembre del 2018.

Categoría	f	%
Agotados	20	6.33
Casi agotados	9	2.85
Estado crítico	60	18.99
En stock suficiente	227	71.84
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir de la información proporcionada por EsSalud Tacna

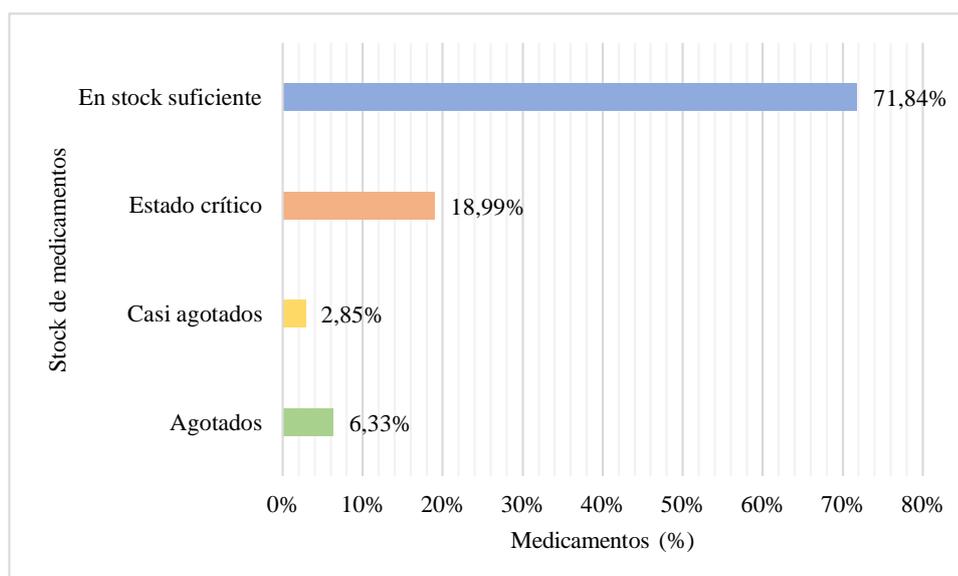


Figura 11. Desabastecimiento en diciembre del 2018.

Tomada de la Tabla 10.

La tabla 10 y figura 11 muestran el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud Tacna en diciembre del año 2018, como se puede apreciar, el 6.33% de medicamentos se encontraban agotados, el 2.85% casi por agotarse, el 18.99% en estado crítico de agotarse y el 71.84% se tienen en stock suficiente.

Tabla 11
Desabastecimiento en junio del 2019.

Categoría	f	%
Agotados	26	8.23
Casi agotados	5	1.58
Estado crítico	48	15.19
En stock suficiente	237	75.00
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir de la información proporcionada por EsSalud Tacna

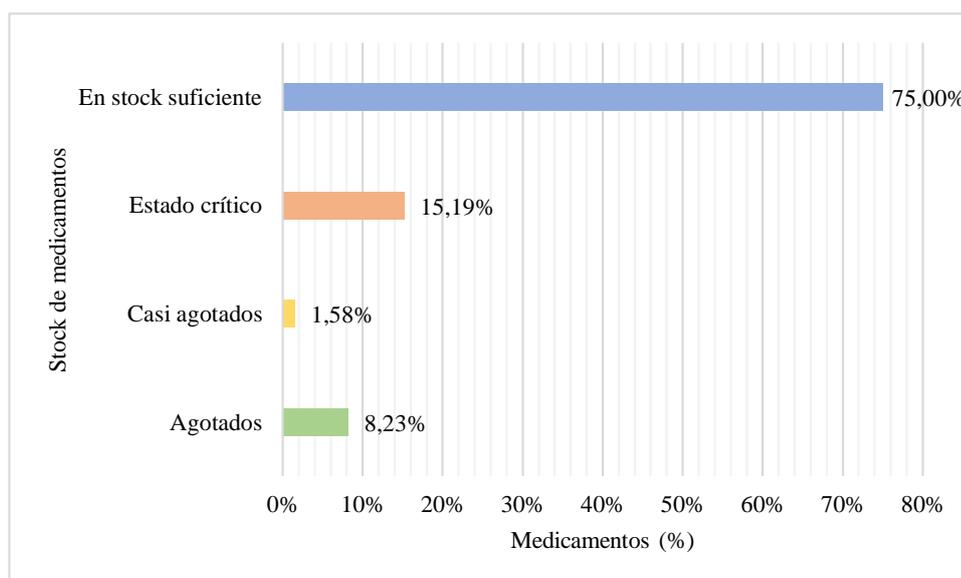


Figura 12. Desabastecimiento en junio del 2019.

Tomada de la Tabla 11.

La tabla 11 y figura 12 muestran el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud Tacna en junio del año 2019, como se puede apreciar, el 8.23% de medicamentos se encontraban agotados, el 1.58% casi por agotarse, el 15.19% en estado crítico de agotarse y el 75.00% se tienen en stock suficiente.

Tabla 12

Desabastecimiento en diciembre del 2019.

Categoría	f	%
Agotados	29	9.18
Casi agotados	2	.63
Estado crítico	64	20.25
En stock suficiente	221	69.94
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir de la información proporcionada por EsSalud Tacna

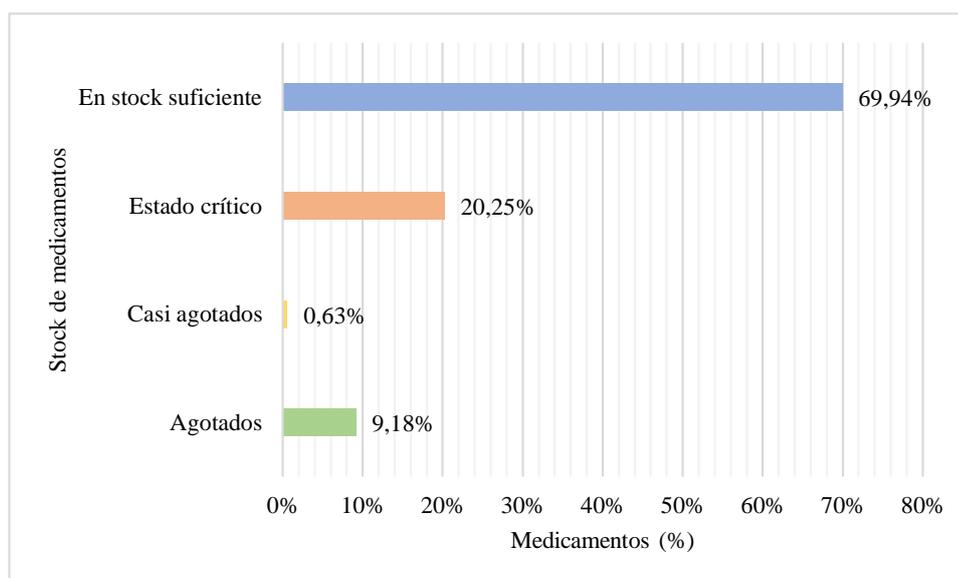


Figura 13. Desabastecimiento en diciembre del 2019.

Tomada de la Tabla 12.

La tabla 11 y figura 13 muestran el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud Tacna en diciembre del año 2019, como se puede apreciar, el 9.18% de medicamentos se encontraban agotados, el 0.63% casi por agotarse, el 20.25% en estado crítico de agotarse y el 69.94% se tienen en stock suficiente.

Tabla 13

Desabastecimiento entre los años 2014 y 2019.

Años	Meses	Agotados		Casi agotados		Estado crítico		En stock suficiente		Total	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	<i>f</i>
2014	Junio	40	12.66	5	1.58	44	13.92	227	71.84	316	100.00
	Diciembre	26	8.23	4	1.27	44	13.92	242	76.58	316	100.00
2015	Junio	32	10.13	8	2.53	66	20.89	210	66.46	316	100.00
	Diciembre	24	7.59	14	4.43	59	18.67	219	69.30	316	100.00
2016	Junio	29	9.18	8	2.53	43	13.61	236	74.68	316	100.00
	Diciembre	29	9.18	2	0.63	27	8.54	258	81.65	316	100.00
2017	Junio	12	3.80	1	0.32	34	10.76	269	85.13	316	100.00
	Diciembre	16	5.06	3	0.95	83	26.27	214	67.72	316	100.00
2018	Junio	21	6.65	12	3.80	63	19.94	220	69.62	316	100.00
	Diciembre	20	6.33	9	2.85	60	18.99	227	71.84	316	100.00
2019	Junio	26	8.23	5	1.58	48	15.19	237	75.00	316	100.00
	Diciembre	29	9.18	2	0.63	64	20.25	221	69.94	316	100.00

Nota: Elaborado a partir de la información proporcionada por EsSalud Tacna

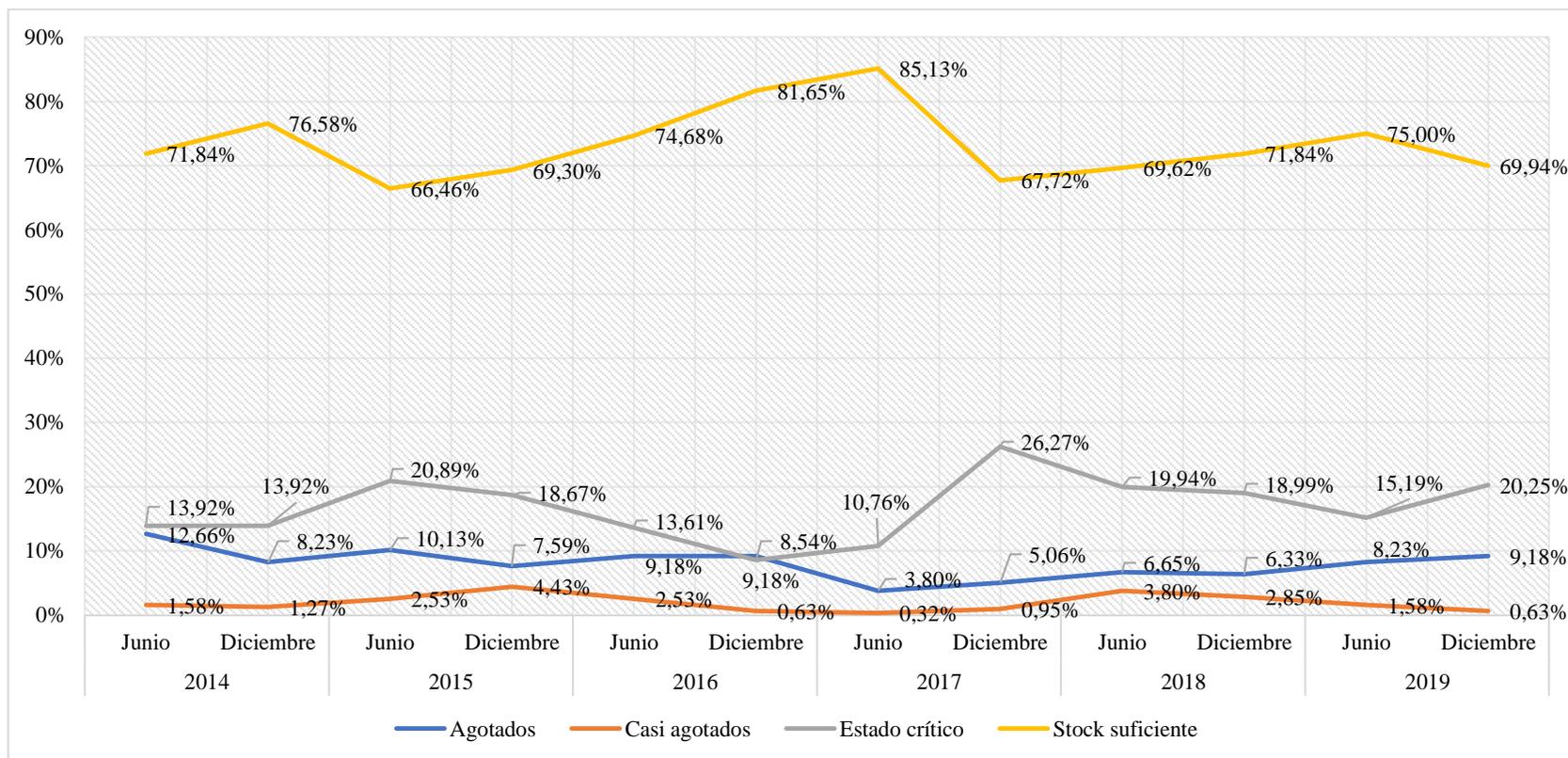


Figura 14. Desabastecimiento en diciembre del 2019.

Tomada de la Tabla 13.

Como se puede apreciar en la tabla 13 y figura 14 el Desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud Tacna ha sido permanente durante los años 2014 y 2019.

4.3.1.2 *Vulneración derecho constitucional de protección a la salud*

Tabla 14

Vulneración al Derecho a la Salud en junio del 2014.

Categoría	<i>f</i>	%
Sí vulneró	45	14.24
No vulneró	271	85.76
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir del análisis de datos hechas por el investigador.

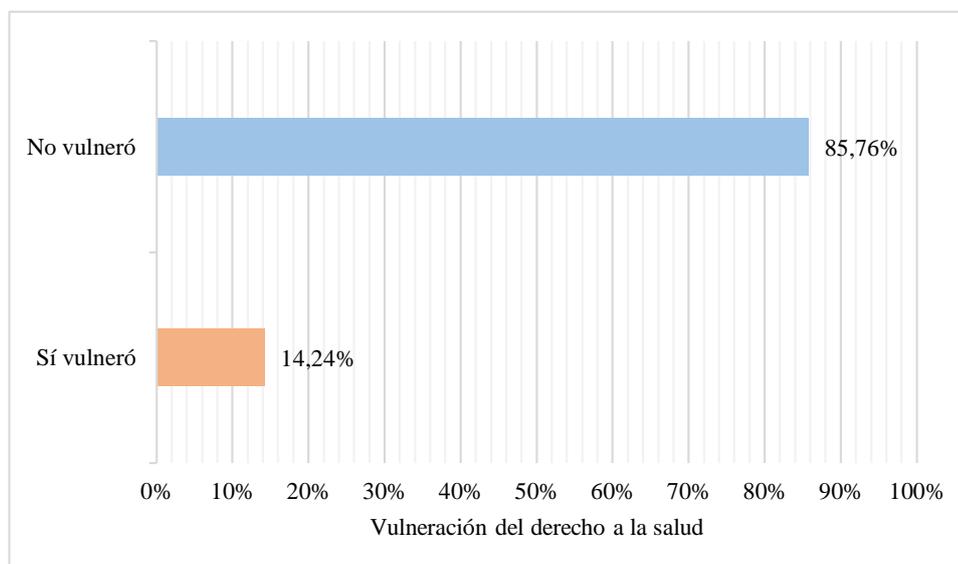


Figura 15. Vulneración al Derecho a la Salud en junio del 2014.

Tomada de la Tabla 14.

La tabla 14 y figura 15 muestran la frecuencia y porcentaje de la vulneración al derecho a la Salud, en junio del año 2014, debido al desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud Tacna, como se puede apreciar, en el 14.24% de los casos, sí se vulneró el derecho a la salud, mientras que en el 85.76% de los casos no se lo vulneró.

Tabla 15

Vulneración al Derecho a la Salud en diciembre del 2014.

Categoría	f	%
Sí vulneró	30	9.49
No vulneró	286	90.51
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir del análisis de datos hechas por el investigador.

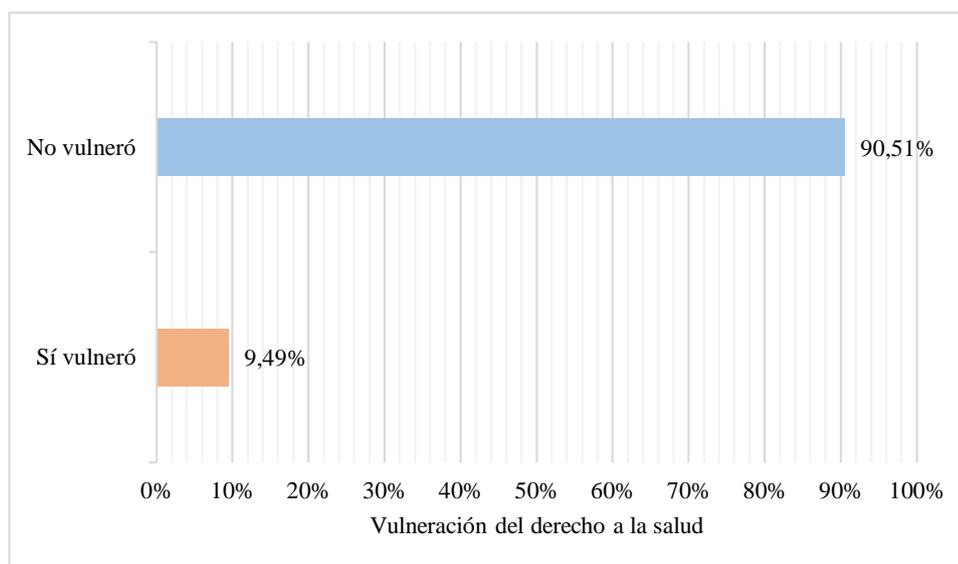


Figura 16. Vulneración al Derecho a la Salud en diciembre del 2014.

Tomada de la Tabla 15.

La tabla 15 y figura 16 muestran la frecuencia y porcentaje de la vulneración al derecho a la Salud, en diciembre del año 2014, debido al desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud Tacna, como se puede apreciar, en el 9.49% de los casos, sí se vulneró el derecho a la salud, mientras que en el 90.51% de los casos no se lo vulneró.

Tabla 16

Vulneración al Derecho a la Salud en junio del 2015.

Categoría	<i>f</i>	%
Sí vulneró	40	12.66
No vulneró	276	87.34
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir del análisis de datos hechas por el investigador.

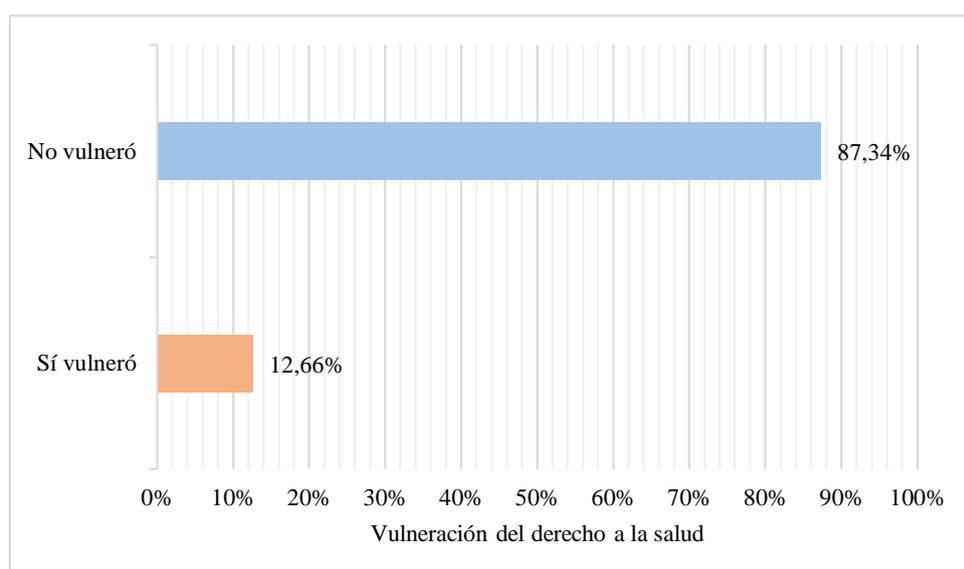


Figura 17. Vulneración al Derecho a la Salud en junio del 2015.

Tomada de la Tabla 16.

La tabla 16 y figura 17 muestran la frecuencia y porcentaje de la vulneración al derecho a la Salud, en junio del año 2015, debido al desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud Tacna, como se puede apreciar, en el 12.66% de los casos, sí se vulneró el derecho a la salud, mientras que en el 87.34% de los casos no se lo vulneró.

Tabla 17

Vulneración al Derecho a la Salud en diciembre del 2015.

Categoría	f	%
Sí vulneró	38	12.03
No vulneró	278	87.97
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir del análisis de datos hechas por el investigador.

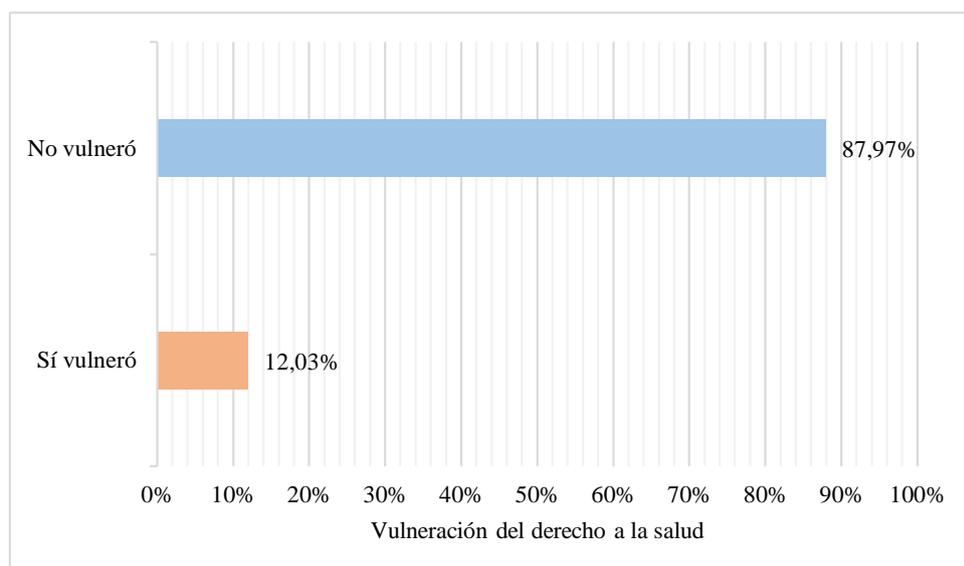


Figura 18. Vulneración al Derecho a la Salud en diciembre del 2015.

Tomada de la Tabla 17.

La tabla 17 y figura 18 muestran la frecuencia y porcentaje de la vulneración al derecho a la Salud, en diciembre del año 2015, debido al desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud Tacna, como se puede apreciar, en el 12.03% de los casos, sí se vulneró el derecho a la salud, mientras que en el 85.97% de los casos no se lo vulneró.

Tabla 18

Vulneración al Derecho a la Salud en junio del 2016.

Categoría	f	%
Sí vulneró	37	11.71
No vulneró	279	88.29
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir del análisis de datos hechas por el investigador.

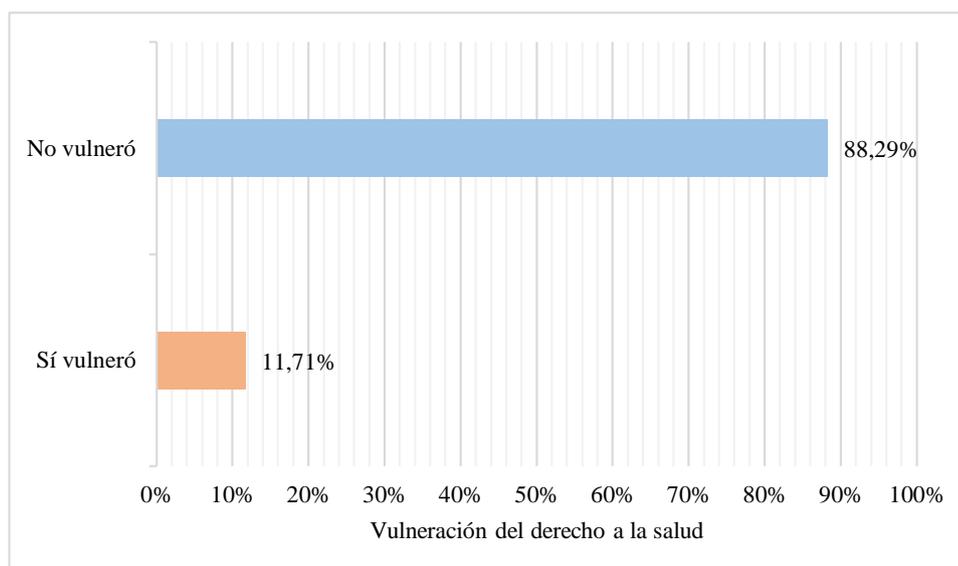


Figura 19. Vulneración al Derecho a la Salud en junio del 2016.

Tomada de la Tabla 18.

La tabla 18 y figura 19 muestran la frecuencia y porcentaje de la vulneración al derecho a la Salud, en junio del año 2016, debido al desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud Tacna, como se puede apreciar, en el 11.71% de los casos, sí se vulneró el derecho a la salud, mientras que en el 88.29% de los casos no se lo vulneró.

Tabla 19

Vulneración al Derecho a la Salud en diciembre del 2016.

Categoría	<i>f</i>	%
Sí vulneró	31	9.81
No vulneró	285	90.19
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir del análisis de datos hechas por el investigador.

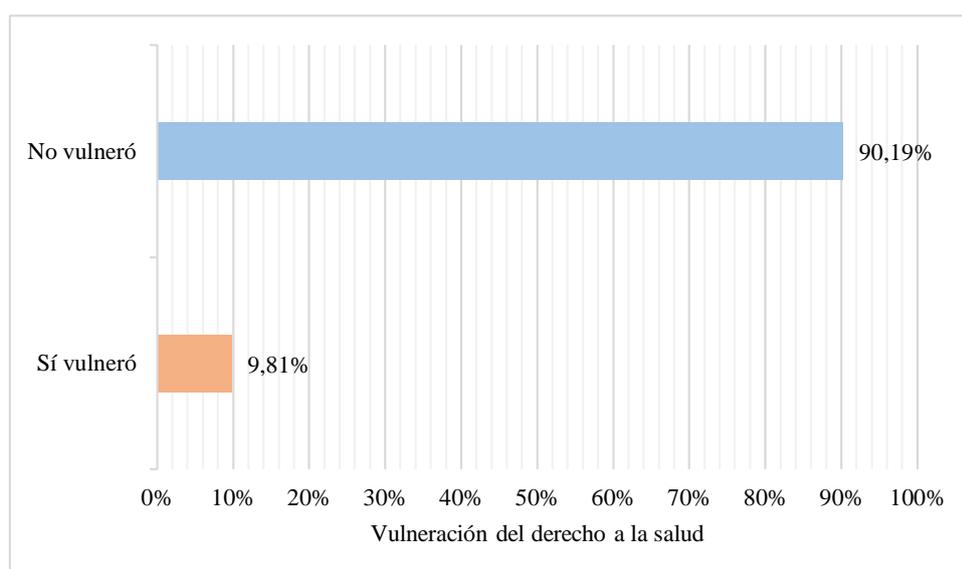


Figura 20. Vulneración al Derecho a la Salud en diciembre del 2016.

Tomada de la Tabla 19.

La tabla 19 y figura 20 muestran la frecuencia y porcentaje de la vulneración al derecho a la Salud, en diciembre del año 2016, debido al desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud Tacna, como se puede apreciar, en el 9.81% de los casos, sí se vulneró el derecho a la salud, mientras que en el 90.19% de los casos no se lo vulneró.

Tabla 20

Vulneración al Derecho a la Salud en junio del 2017.

Categoría	f	%
Sí vulneró	13	4.11
No vulneró	303	95.89
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir del análisis de datos hechas por el investigador.

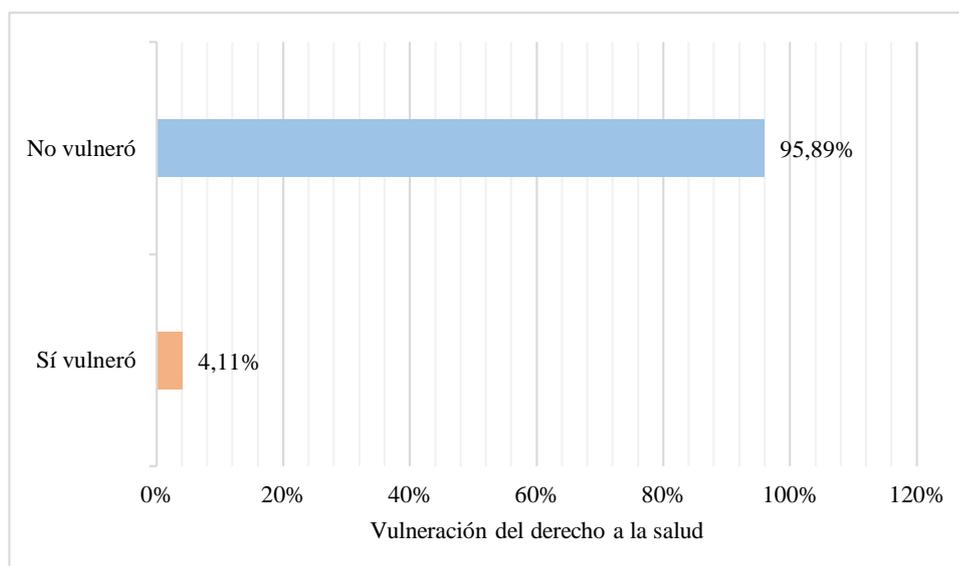


Figura 21. Vulneración al Derecho a la Salud en junio del 2017.

Tomada de la Tabla 20.

La tabla 20 y figura 21 muestran la frecuencia y porcentaje de la vulneración al derecho a la Salud, en junio del año 2017, debido al desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud Tacna, como se puede apreciar, en el 4.11% de los casos, sí se vulneró el derecho a la salud, mientras que en el 95.89% de los casos no se lo vulneró.

Tabla 21

Vulneración al Derecho a la Salud en diciembre del 2017.

Categoría	f	%
Sí vulneró	19	6.01
No vulneró	297	93.99
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir del análisis de datos hechas por el investigador.

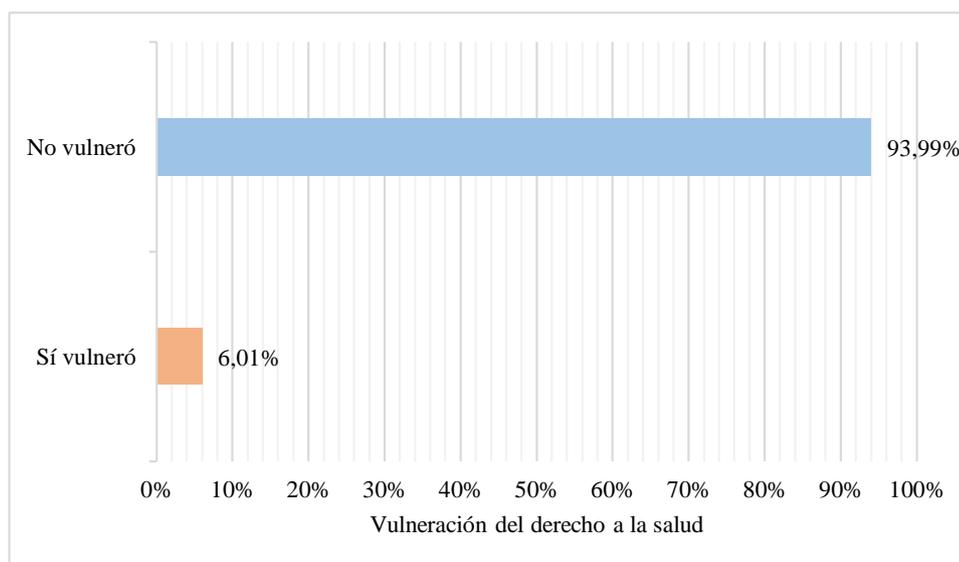


Figura 22. Vulneración al Derecho a la Salud en diciembre del 2017.

Tomada de la Tabla 21.

La tabla 21 y figura 2 muestran la frecuencia y porcentaje de la vulneración al derecho a la Salud, en diciembre del año 2017, debido al desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud Tacna, como se puede apreciar, en el 6.01% de los casos, sí se vulneró el derecho a la salud, mientras que en el 93.99% de los casos no se lo vulneró.

Tabla 22

Vulneración al Derecho a la Salud en junio del 2018.

Categoría	<i>f</i>	%
Sí vulneró	33	10.44
No vulneró	283	89.56
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir del análisis de datos hechas por el investigador.

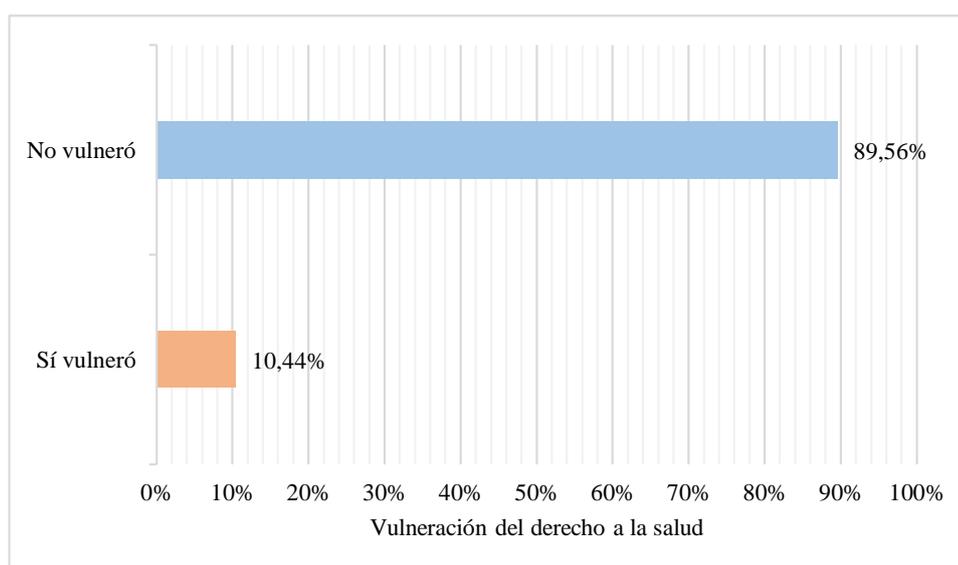


Figura 23. Vulneración al Derecho a la Salud en junio del 2018.

Tomada de la Tabla 22.

La tabla 22 y figura 23 muestran la frecuencia y porcentaje de la vulneración al derecho a la Salud, en junio del año 2018, debido al desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud Tacna, como se puede apreciar, en el 10.44% de los casos, sí se vulneró el derecho a la salud, mientras que en el 89.56% de los casos no se lo vulneró.

Tabla 23

Vulneración al Derecho a la Salud en diciembre del 2018.

Categoría	f	%
Sí vulneró	29	9.18
No vulneró	287	90.82
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir del análisis de datos hechas por el investigador.

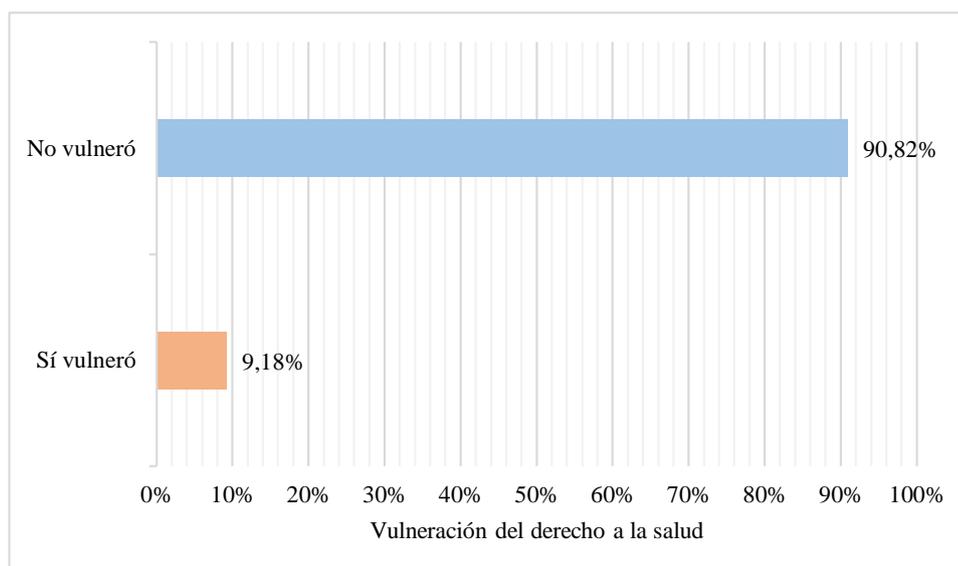


Figura 24. Vulneración al Derecho a la Salud en diciembre del 2018.

Tomada de la Tabla 23.

La tabla 23 y figura 24 muestran la frecuencia y porcentaje de la vulneración al derecho a la Salud, en diciembre del año 2018, debido al desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud Tacna, como se puede apreciar, en el 9.18% de los casos, sí se vulneró el derecho a la salud, mientras que en el 90.82% de los casos no se lo vulneró.

Tabla 24

Vulneración al Derecho a la Salud en junio del 2019.

Categoría	<i>f</i>	%
Sí vulneró	31	9.81
No vulneró	285	90.19
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir del análisis de datos hechas por el investigador.

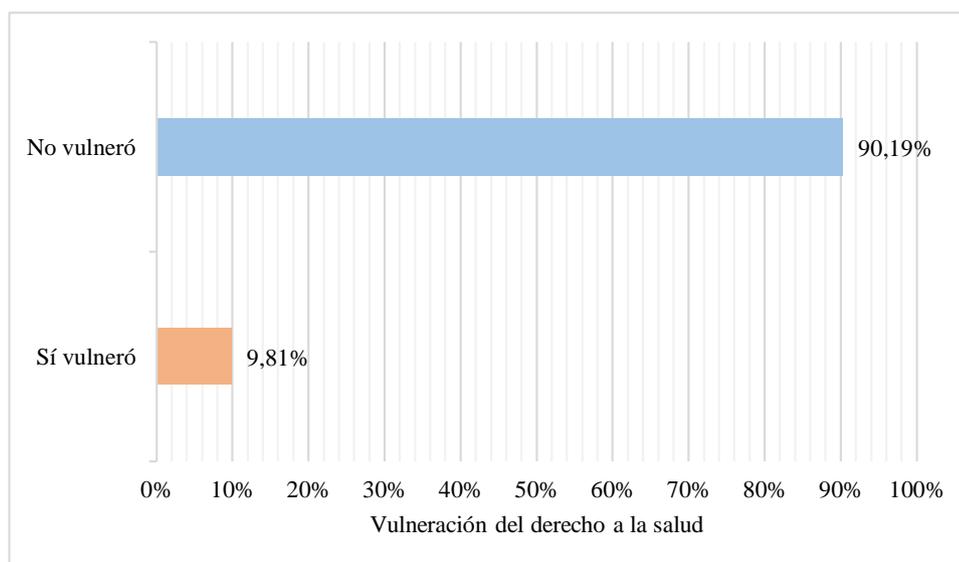


Figura 25. Vulneración al Derecho a la Salud en junio del 2019.

Tomada de la Tabla 24.

La tabla 24 y figura 25 muestran la frecuencia y porcentaje de la vulneración al derecho a la Salud, en junio del año 2019, debido al desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud Tacna, como se puede apreciar, en el 9.81% de los casos, sí se vulneró el derecho a la salud, mientras que en el 90.19% de los casos no se lo vulneró.

Tabla 25

Vulneración al Derecho a la Salud en diciembre del 2019.

Categoría	f	%
Sí vulneró	31	9.81
No vulneró	285	90.19
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir del análisis de datos hechas por el investigador.

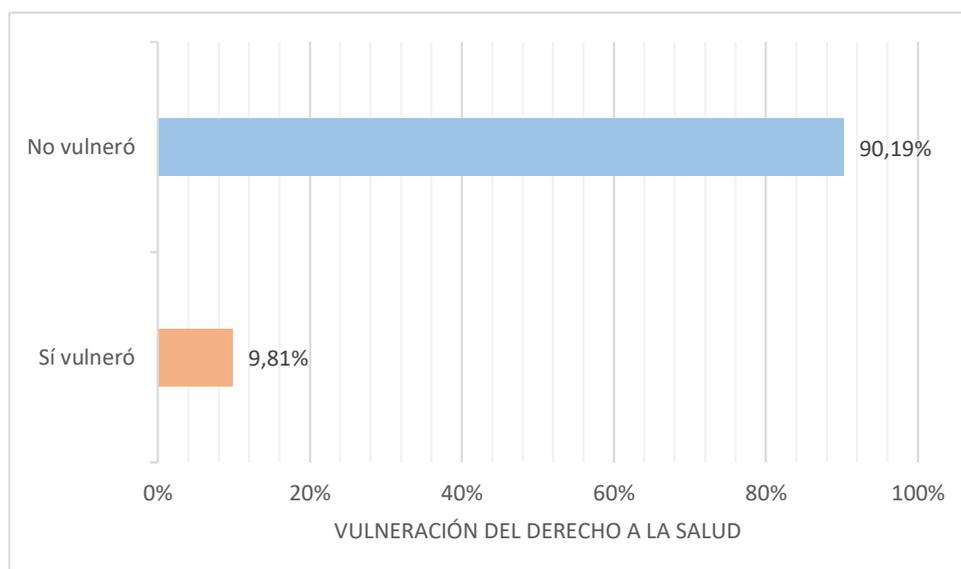


Figura 26. Vulneración al Derecho a la Salud en diciembre del 2019.

Tomada de la Tabla 25.

La tabla 25 y figura 26 muestran la frecuencia y porcentaje de la vulneración al derecho a la Salud, en diciembre del año 2019, debido al desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud Tacna, como se puede apreciar, en el 9.81% de los casos, sí se vulneró el derecho a la salud, mientras que en el 90.19% de los casos no se lo vulneró.

Tabla 26

Vulneración al Derecho a la Salud del 2014 al 2019.

Años	Meses	Sí vulneró		No vulneró		Total	
		f	%	f	%	f	%
2014	Junio	45	14.24	271	85.76	316	100.00
	Diciembre	30	9.49	286	90.51	316	100.00
2015	Junio	40	12.66	276	87.34	316	100.00
	Diciembre	38	12.03	278	87.97	316	100.00
2016	Junio	37	11.71	279	88.29	316	100.00
	Diciembre	31	9.81	285	90.19	316	100.00
2017	Junio	13	4.11	303	95.89	316	100.00
	Diciembre	19	6.01	297	93.99	316	100.00
2018	Junio	33	10.44	283	89.56	316	100.00
	Diciembre	29	9.18	287	90.82	316	100.00
2019	Junio	31	9.81	285	90.19	316	100.00
	Diciembre	31	9.81	285	90.19	316	100.00

Nota: Elaborado a partir del análisis de datos hechas por el investigador.

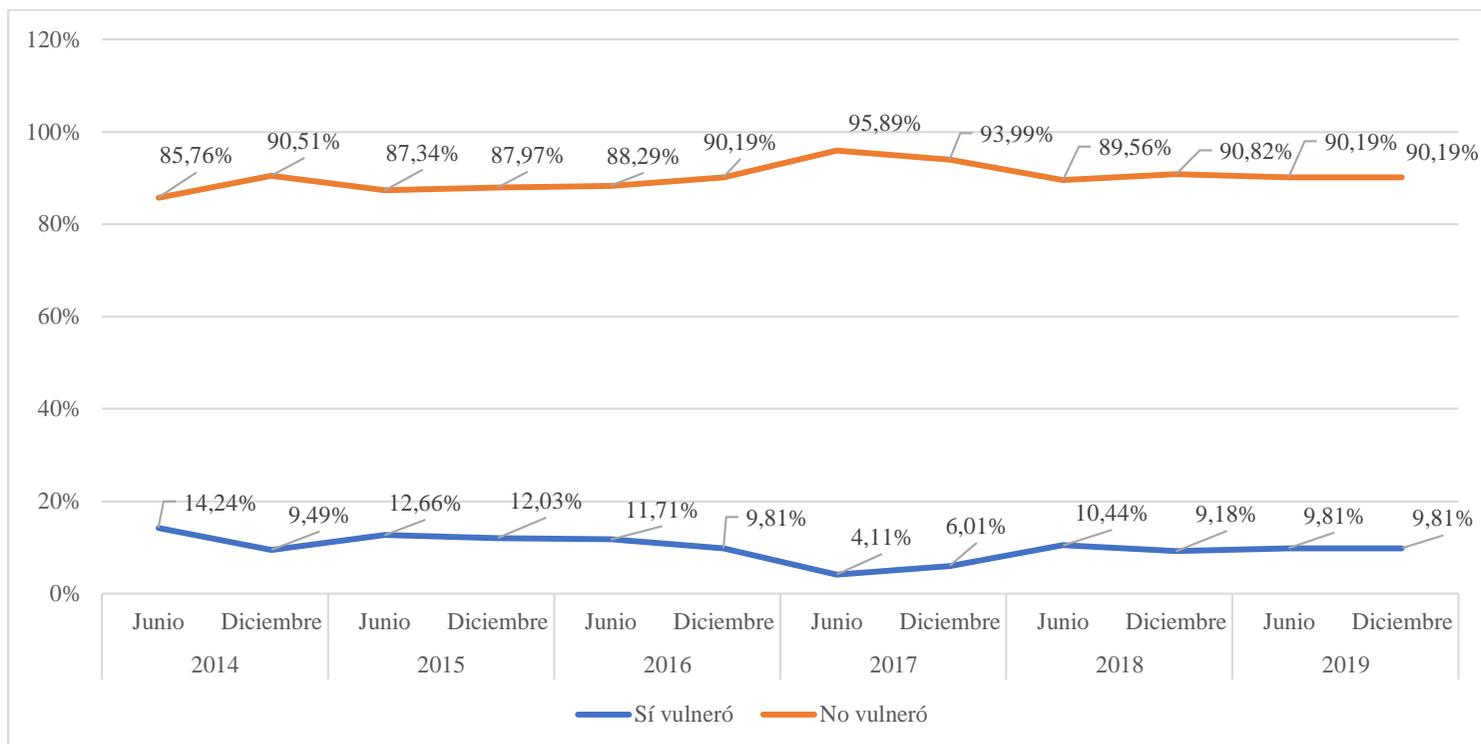


Figura 27. Vulneración al Derecho a la Salud del 2014 al 2019.

Tomada de la Tabla 26.

La tabla 26 y figura 27 muestra la vulneración al derecho a la salud debido al desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud Tacna, del 2014 al 2019, como se puede apreciar la vulneración al derecho a la salud se ha mantenido constante durante el periodo de tiempo analizado.

4.3.2 Categorización de las variables

4.3.2.1 Nivel de desabastecimiento de medicamentos.

Tabla 27

Nivel de desabastecimiento de medicamentos.

Categoría	<i>f</i>	%
Ninguna vez	155	49.05
Algunas veces	142	44.94
Regularmente	16	5.06
Muchas veces	3	0.95
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir de la información proporcionada por EsSalud Tacna

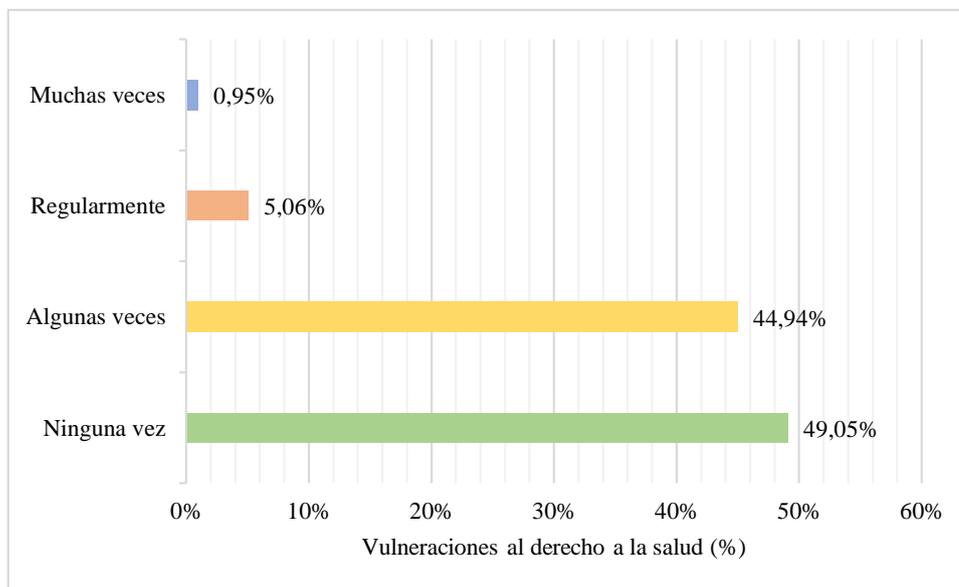


Figura 28. Nivel de desabastecimiento de medicamentos.

Tomada de la Tabla 27.

La tabla 27 y figura 28 muestran el nivel de desabastecimiento que se tuvo en el periodo 2014-2019, como se observa el 49.05% de medicamentos no estuvieron desabastecido ni una vez, el 44.94% estuvo desabastecido algunas veces, el 5.06% estuvo desabastecido regularmente y el 0.95% muchas veces.

4.3.2.2 Nivel de vulneración al derecho constitucional de la salud.

Tabla 28

Evita mantener la normalidad orgánica funcional física de los pacientes.

Categoría	<i>f</i>	%
No vulnera	247	78.16
Sí vulnera	69	21.84
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir de los datos analizados por el investigador.

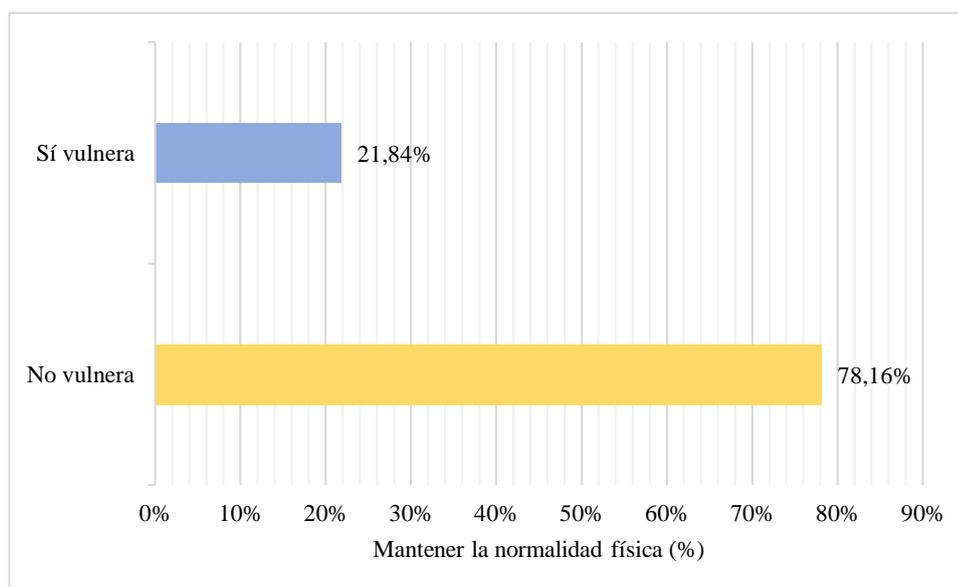


Figura 29. Evita mantener la normalidad orgánica funcional física de los pacientes.

Tomada de la Tabla 28.

La tabla 28 y figura 29 muestra la frecuencia y porcentaje de la vulneración al derecho a la salud, al evitar mantener la normalidad orgánica funcional física de los pacientes con enfermedades crónicas de EsSalud Tacna. Como se observa, en el 21.84% de los casos analizado sí se vulneró este derecho, mientras que en el 78.16% no se lo vulneró.

Tabla 29

Evita mantener la normalidad orgánica funcional mental de los pacientes.

Categoría	<i>f</i>	%
No vulnera	308	97.47
Sí vulnera	8	2.53
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir de los datos analizados por el investigador.

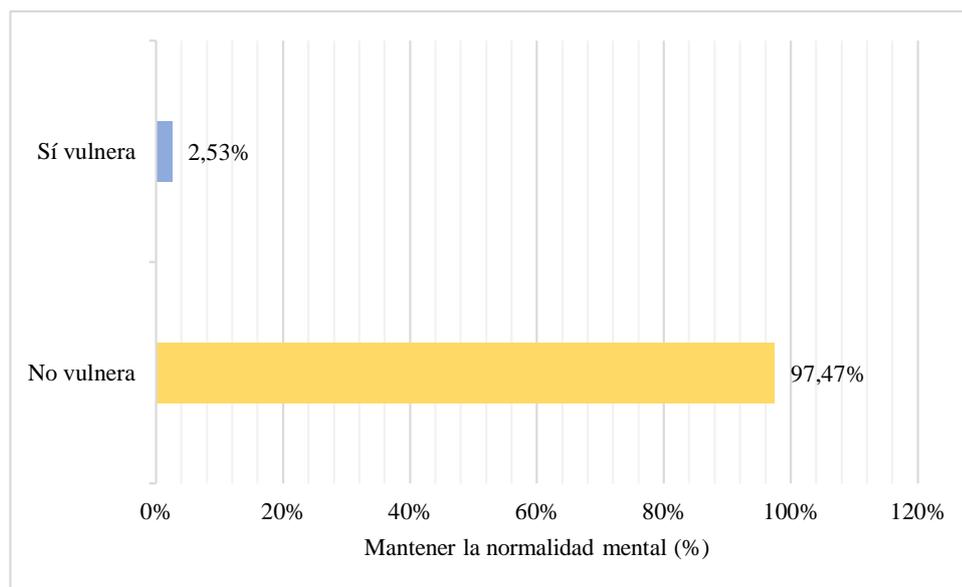


Figura 30. Evita mantener la normalidad orgánica funcional mental de los pacientes.

Tomada de la Tabla 29.

La tabla 29 y figura 30 muestra la frecuencia y porcentaje de la vulneración al derecho a la salud, al evitar mantener la normalidad orgánica funcional mental de los pacientes con enfermedades crónicas de EsSalud Tacna. Como se observa, en el 2.53% de los casos analizado sí se vulneró este derecho, mientras que en el 97.47% no se lo vulneró.

Tabla 30

Evita restituir la normalidad orgánica funcional física de los pacientes.

Categoría	<i>f</i>	%
No vulnera	202	63.92
Sí vulnera	114	36.08
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir de los datos analizados por el investigador.

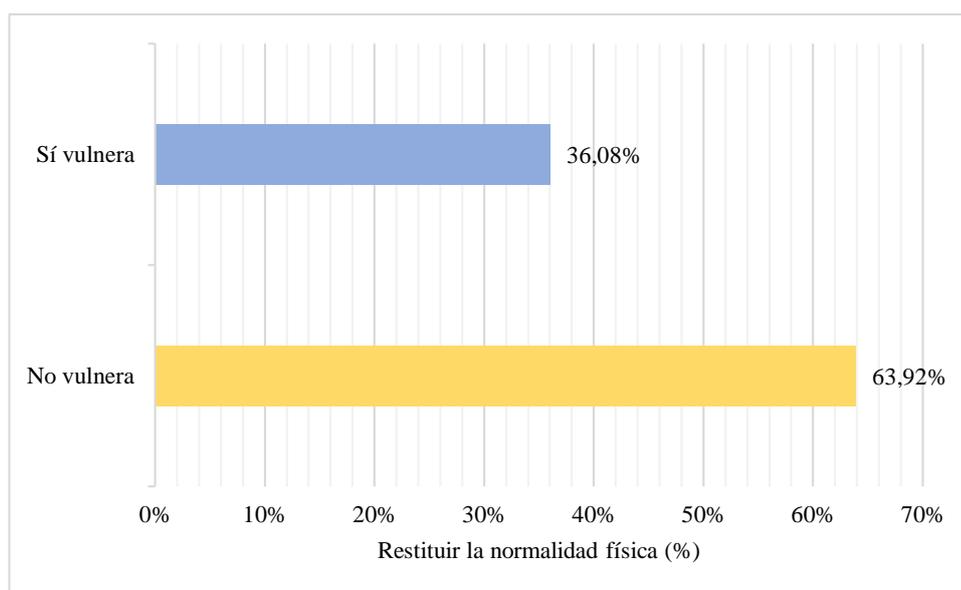


Figura 31. Evita restituir la normalidad orgánica funcional física de los pacientes.

Tomada de la Tabla 30.

La tabla 29 y figura 30 muestra la frecuencia y porcentaje de la vulneración al derecho a la salud, al evitar restituir la normalidad orgánica funcional física de los pacientes con enfermedades crónicas de EsSalud Tacna. Como se observa, en el 36.08% de los casos analizado sí se vulneró este derecho, mientras que en el 63.92% no se lo vulneró.

Tabla 31

Evita restituir la normalidad orgánica funcional mental de los pacientes.

Categoría	<i>f</i>	%
No vulnera	305	96.52
Sí vulnera	11	3.48
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir de los datos analizados por el investigador.

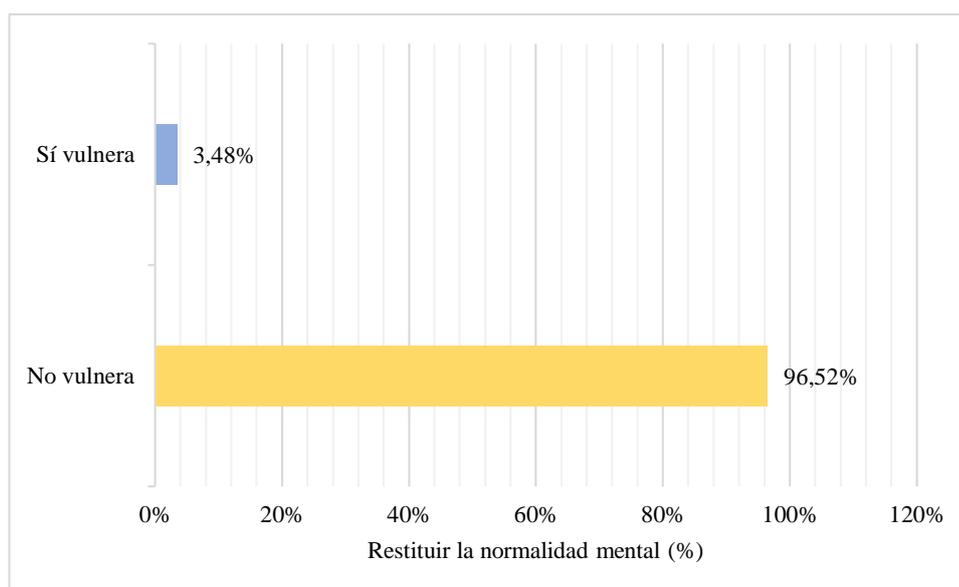


Figura 32. Evita restituir la normalidad orgánica funcional mental de los pacientes.

Tomada de la Tabla 31.

La tabla 31 y figura 32 muestra la frecuencia y porcentaje de la vulneración al derecho a la salud, al evitar restituir la normalidad orgánica funcional mental de los pacientes con enfermedades crónicas de EsSalud Tacna. Como se observa, en el 3.48% de los casos analizado sí se vulneró este derecho, mientras que en el 96.52% no se lo vulneró.

Tabla 32

Se vulneró alguna vez el derecho constitucional a la salud.

Categoría	<i>f</i>	%
No vulnera	155	49.05
Sí vulnera	161	50.95
Total	316	100.00

Nota: Elaborado a partir de los datos analizados por el investigador.

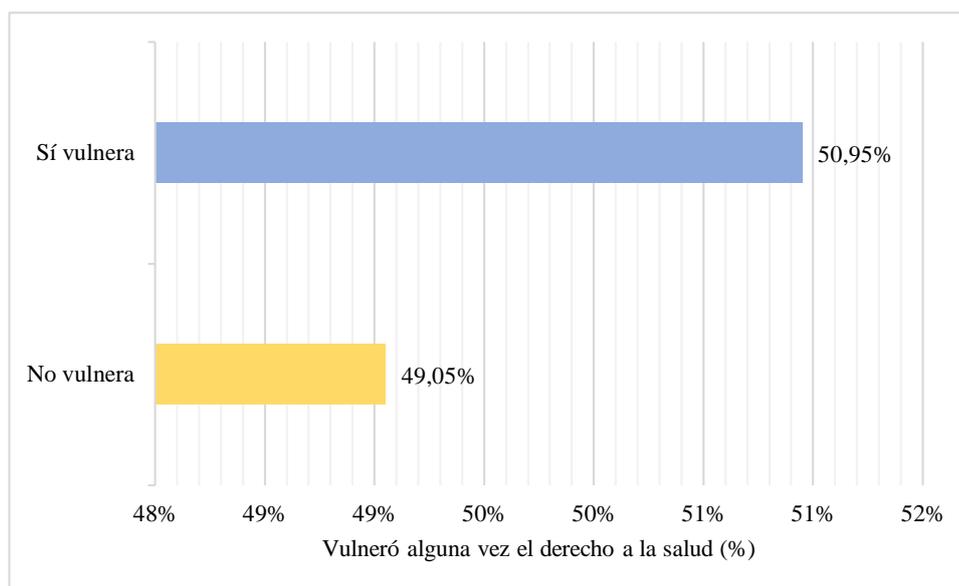


Figura 33. Se vulneró alguna vez el derecho constitucional a la salud.

Tomada de la Tabla 32.

La tabla 32 y figura 33 muestra la frecuencia y porcentaje de la vulneración en algún momento del derecho constitucional a la salud de los pacientes con enfermedades crónicas de EsSalud Tacna. Como se observan, en el 50.95% de los casos analizado sí se vulneró este derecho, mientras que en el 49.05% no se lo vulneró.

4.4 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

4.4.1 Comprobación de la hipótesis general

Debido a que las variables son categóricas se utilizará la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para probar la hipótesis general. Para poder realizar la contratación de la hipótesis general, se plantea la siguiente hipótesis nula y alterna:

H₀: NO fue vulnerado el derecho constitucional de protección a la salud por el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud de Tacna, periodo 2014-2019.

H_a: Sí fue vulnerado el derecho constitucional de protección a la salud por el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud de Tacna, periodo 2014-2019.

Como nivel de significancia (alfa) se tendrá: $\alpha = 5\%$. La fórmula de chi-cuadrado a utilizar es la siguiente

$$X^2(df) = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Dónde:

df = Grados de libertad.

O = Valores observados

E = Valores esperados.

Para la aplicación de la prueba de Chi-cuadrado se tendrá en cuenta la siguiente tabla de contingencia:

Tabla 33

Tabla de contingencia para la hipótesis general.

		Vulneración del derecho a la salud				Total	
		No vulnera		Sí vulnera			
		f	%	f	%	f	%
Nivel de desabastecimiento de medicamentos	Ninguno	155	49.1%	0	0.0%	155	49.1%
	Algunas veces	0	0.0%	142	44.9%	142	44.9%
	Regularmente	0	0.0%	16	5.1%	16	5.1%
	Muchas veces	0	0.0%	3	.9%	3	.9%
Total		155	49.1%	161	50.9%	316	100.0%

Nota: Elaborado a partir de los datos analizados por el investigador.

Tabla 34

Prueba de Chi-cuadrado de la hipótesis general.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	316,000 ^a	3	.000
Razón de verosimilitudes	437,955	3	.000
Prueba exacta de Fisher	422,278		
Asociación lineal por lineal	253,018 ^b	1	.000
N de casos válidos	316		

a. 2 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,47.

b. El estadístico estandarizado es 15,907.

Nota: Elaborado a partir de los datos analizados por el investigador.

La tabla 34 muestra la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para probar la hipótesis general, como se observa el p-valor es inferior a 0.05 ($p=.00$), por ello se acepta la hipótesis general y se afirma que el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud vulnera el derecho constitucional de protección a la salud en Tacna, periodo 2014-2019.

4.4.2 Comprobación de la primera hipótesis específica.

Debido a que las variables son categóricas se utilizará la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para probar la primera hipótesis específica. Para poder realizar la contratación de la hipótesis, se plantea la siguiente hipótesis nula y alterna:

H₀: El desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud NO evita mantener la normalidad orgánica funcional física de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019.

H_a: El desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita mantener la normalidad orgánica funcional física de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019.

Como nivel de significancia (alfa) se tendrá: $\alpha = 5\%$. La fórmula de chi-cuadrado a utilizar es la siguiente

$$X^2(df) = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Dónde:

df = Grados de libertad.

O = Valores observados

E = Valores esperados.

Para la aplicación de la prueba de Chi-cuadrado se tendrá en cuenta la siguiente tabla de contingencia:

Tabla 35

Tabla de contingencia para la primera hipótesis específica.

		Evitar mantener normalidad física				Total	
		No vulnera		Sí vulnera		f	%
		f	%	f	%		
Nivel de desabastecimiento de medicamentos	Ninguno	155	49.1%	0	0.0%	155	49.1%
	Algunas veces	82	25.9%	60	19.0%	142	44.9%
	Regularmente	8	2.5%	8	2.5%	16	5.1%
	Muchas veces	2	.6%	1	.3%	3	.9%
Total		247	78.2%	69	21.8%	316	100.0%

Nota: Elaborado a partir de los datos analizados por el investigador.

Tabla 36

Prueba de Chi-cuadrado de la primera hipótesis específica.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	85,654 ^a	3	.000
Razón de verosimilitudes	112.253	3	.000
Prueba exacta de Fisher	108.365		
Asociación lineal por lineal	70,084 ^b	1	.000
N de casos válidos	316		

a. 3 casillas (37,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,66.

b. El estadístico estandarizado es 8,372.

Nota: Elaborado a partir de los datos analizados por el investigador.

La tabla 36 muestra la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para probar la hipótesis general, como se observa el p-valor es inferior a 0.05 ($p=.00$), por ello se acepta la primera hipótesis específica y se afirma que el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita mantener la normalidad orgánica funcional física de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019, por consiguiente, vulnera el derecho constitucional a la salud.

4.4.1 Comprobación de la segunda hipótesis específica.

Debido a que las variables son categóricas se utilizará la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para probar la segunda hipótesis específica. Para poder realizar la contratación de la hipótesis, se plantea la siguiente hipótesis nula y alterna:

H_0 : El desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud NO evita mantener la normalidad orgánica funcional mental de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019.

H_a : El desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita mantener la normalidad orgánica funcional mental de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019.

Como nivel de significancia (alfa) se tendrá: $\alpha = 5\%$. La fórmula de chi-cuadrado a utilizar es la siguiente

$$X^2(df) = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Dónde:

df = Grados de libertad.

O = Valores observados

E = Valores esperados.

Para la aplicación de la prueba de Chi-cuadrado se tendrá en cuenta la siguiente tabla de contingencia:

Tabla 37

Tabla de contingencia para la segunda hipótesis específica.

		Evitar mantener normalidad mental				Total	
		No vulnera		Sí vulnera		f	%
		f	%	f	%		
Nivel de desabastecimiento de medicamentos	Ninguno	155	49.1%	0	0.0%	155	49.1%
	Algunas veces	134	42.4%	8	2.5%	142	44.9%
	Regularmente	16	5.1%	0	0.0%	16	5.1%
	Muchas veces	3	.9%	0	0.0%	3	.9%
Total		308	97.5%	8	2.5%	316	100.0%

Nota: Elaborado a partir de los datos analizados por el investigador.

Tabla 38

Prueba de Chi-cuadrado de la segunda hipótesis específica.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,057 ^a	3	.018
Razón de verosimilitudes	13.054	3	.005
Prueba exacta de Fisher	10.499		
Asociación lineal por lineal	3,606 ^b	1	.058
N de casos válidos	316		

a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,08.

b. El estadístico estandarizado es 1,899.

Nota: Elaborado a partir de los datos analizados por el investigador.

La tabla 38 muestra la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para probar la hipótesis general, como se observa el p-valor es inferior a 0.05 ($p=.00$), por ello se acepta la segunda hipótesis específica y se afirma que el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita mantener la normalidad orgánica funcional mental de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019, por consiguiente, vulnera el derecho constitucional a la salud.

4.4.1 Comprobación de la tercera hipótesis específica.

Debido a que las variables son categóricas se utilizará la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para probar la tercera hipótesis específica. Para poder realizar la contratación de la hipótesis, se plantea la siguiente hipótesis nula y alterna:

H_0 : El desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud NO evita restablecer la normalidad orgánica funcional física de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019.

H_a : El desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita restablecer la normalidad orgánica funcional física de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019.

Como nivel de significancia (alfa) se tendrá: $\alpha = 5\%$. La fórmula de chi-cuadrado a utilizar es la siguiente

$$X^2(df) = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Dónde:

df = Grados de libertad.

O = Valores observados

E = Valores esperados.

Para la aplicación de la prueba de Chi-cuadrado se tendrá en cuenta la siguiente tabla de contingencia:

Tabla 39

Tabla de contingencia para la tercera hipótesis específica.

		Evitar restituir normalidad física				Total	
		No vulnera		Sí vulnera		f	%
		f	%	f	%		
Nivel de desabastecimiento de medicamentos	Ninguno	155	49.1%	0	0.0%	155	49.1%
	Algunas veces	43	13.6%	99	31.3%	142	44.9%
	Regularmente	4	1.3%	12	3.8%	16	5.1%
	Muchas veces	0	0.0%	3	.9%	3	.9%
Total		202	63.9%	114	36.1%	316	100.0%

Nota: Elaborado a partir de los datos analizados por el investigador.

Tabla 40

Prueba de Chi-cuadrado de la tercera hipótesis específica.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	172,994 ^a	3	.000
Razón de verosimilitudes	221.083	3	.000
Prueba exacta de Fisher	213.952		
Asociación lineal por lineal	148,149 ^b	1	.000
N de casos válidos	316		

a. 2 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,47.

b. El estadístico estandarizado es 12,172.

Nota: Elaborado a partir de los datos analizados por el investigador.

La tabla 40 muestra la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para probar la hipótesis general, como se observa el p-valor es inferior a 0.05 ($p=.00$), por ello se acepta la tercera hipótesis específica y se afirma que el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita restablecer la normalidad orgánica funcional física de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019, por consiguiente, vulnera el derecho constitucional a la salud.

4.4.1 Comprobación de la cuarta hipótesis específica.

Debido a que las variables son categóricas se utilizará la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para probar la cuarta hipótesis específica. Para poder realizar la contratación de la hipótesis, se plantea la siguiente hipótesis nula y alterna:

H₀: El desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud NO evita restablecer la normalidad orgánica funcional mental de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019.

H_a: El desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita restablecer la normalidad orgánica funcional mental de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019.

Como nivel de significancia (alfa) se tendrá: $\alpha = 5\%$. La fórmula de chi-cuadrado a utilizar es la siguiente

$$X^2(df) = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Dónde:

df = Grados de libertad.

O = Valores observados

E = Valores esperados.

Para la aplicación de la prueba de Chi-cuadrado se tendrá en cuenta la siguiente tabla de contingencia:

Tabla 41

Tabla de contingencia para la cuarta hipótesis específica.

		Evitar restituir normalidad mental				Total	
		No vulnera		Sí vulnera		f	%
		f	%	f	%		
Nivel de desabastecimiento de medicamentos	Ninguno	155	49.1%	0	0.0%	155	49.1%
	Algunas veces	131	41.5%	11	3.5%	142	44.9%
	Regularmente	16	5.1%	0	0.0%	16	5.1%
	Muchas veces	3	.9%	0	0.0%	3	.9%
Total		305	96.5%	11	3.5%	316	100.0%

Nota: Elaborado a partir de los datos analizados por el investigador.

Tabla 42

Prueba de Chi-cuadrado de la cuarta hipótesis específica.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,965 ^a	3	.003
Razón de verosimilitudes	18.086	3	.000
Prueba exacta de Fisher	14.592		
Asociación lineal por lineal	5,007 ^b	1	.025
N de casos válidos	316		

a. 4 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,10.

b. El estadístico estandarizado es 2,238.

Nota: Elaborado a partir de los datos analizados por el investigador.

La tabla 42 muestra la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para probar la hipótesis general, como se observa el p-valor es inferior a 0.05 ($p=.00$), por ello se acepta la cuarta hipótesis específica y se afirma que el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita restablecer la normalidad orgánica funcional mental de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019, por consiguiente, vulnera el derecho constitucional a la salud.

4.5 DISCUSIÓN

El levantamiento de datos permite discutir con los objetivos, la hipótesis y los antecedentes de la investigación.

4.5.1 Discusión con los objetivos específicos de la investigación.

El primer objetivo específico planteado fue: *Determinar si el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita mantener la normalidad orgánica funcional física de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019*. La recolección de los datos permitió establecer que en el 21.84% de los casos analizado sí se vulneró este derecho, mientras que en el 78.16% no se lo vulneró, así también, se halló, con la prueba de Chi-cuadrado de Pearson un $p=.00$ que permitió comprobar el objetivo.

De acuerdo a lo establecido por el tribunal constitucional, en el Perú, se protege el derecho constitucional a la salud, para ello, se tiene como uno de sus pilares el que se tenga la capacidad de mantener, en estado de normalidad, el aspecto orgánico funcional físico de los organismos.

Esto hace referencia a que las personas deben tener la posibilidad de mantenerse sanos, para lo cual, el Estado debe garantizar que desde el nacimiento se pueda tener acceso a aquellas condiciones que eviten contraer enfermedades, como por ejemplo: acceder a las vacunas, es así, que el desabastecimiento de medicamentos que se sufre en EsSalud Tacna no permite que aquellos con enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes, entre otras, que no pueden ser curadas pero sí pueden ser controladas, mantengan una normalidad orgánica que les permita realizar sus actividades diarias, de esta forma, los datos comprueban que, en este aspecto específico, sí se vulneraron los derechos fundamentales de aquellos que requieren de medicamentos para mantener la normalidad física de sus organismos.

El segundo objetivo específico planteado fue: *Determinar si el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita mantener la normalidad orgánica funcional mental de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019*. La recolección de los datos permitió establecer que en el 2.53% de los casos analizado sí se vulneró este derecho, mientras que en el 97.47% no se lo vulneró, así también, se halló, con la prueba de Chi-cuadrado de Pearson un $p=.00$ que permitió comprobar el objetivo.

De acuerdo al Tribunal Constitucional, otro de los elementos indispensables para que el derecho fundamental a la salud no se vulnere, es que las personas también puedan mantener un estado de normalidad orgánica funcional de la mente, esto significa, que las personas deben tener la garantía de mantener un estado mental equilibrado, sin que se afecte por situaciones que pueden dañar el psiquis y alterar su comportamiento y, por consiguiente, afectar las actividades diarias e impidiendo que se desarrollen en alguna de las esferas sociales como son la familia, el trabajo o las relaciones interpersonales.

La normalidad psicológica o mental busca que las personas puedan desarrollar aspectos internos como la autoestima, las habilidades de sociales y demás necesarios para ayudarlo en su desarrollo social. Por ese motivo, cuando una persona padece de enfermedades crónicas que afectan la mente como es el caso de la esquizofrenia, requieren de medicamentos que, además de restituir al estado funcional normal del psiquis, puedan mantenerlo en esa normalidad para que el paciente pueda desarrollar las actividades a través de un comportamiento socialmente aceptado, sin que le afecte el desarrollo de su actividad, en ese sentido, se encontró que estuvieron desabastecidos el 2.5% de medicamentos que permitían la normalidad de los procesos mentales, vulnerando así el derecho fundamental a la salud.

El tercer objetivo específico planteado fue: *Determinar si el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en*

EsSalud evita restablecer la normalidad orgánica funcional física de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019. La recolección de los datos permitió establecer que en el 36.08% de los casos analizado sí se vulneró este derecho, mientras que en el 63.92% no se lo vulneró, así también, se halló, con la prueba de Chi-cuadrado de Pearson un $p=.00$ que permitió comprobar el objetivo.

El Tribunal Constitucional ha establecido que otro de los elementos para que se condicionen derecho constitucional de la salud es que las personas, ante un estado de perturbación de la normalidad funcional física de su organismo, tenga el acceso a un sistema de salud que le permita restituir su condición al anterior, de tal forma, que si se enferma pueda sanarse.

De los cuatro aspectos estudiados en los objetivos específicos, este es el que tiene un mayor índice de derechos vulnerados, debido a que en el hospital de EsSalud en Tacna, generalmente, las personas van a curarse de enfermedades, de tal forma, que requieren restituir orgánicamente su estado físico al momento en el que estaban sanos, sin embargo, cuando acuden a la farmacia por el medicamento que les permitiría esta restitución, se encuentran con un desabastecimiento que afecta su derecho a la salud, ello porque del total de tipos de medicamentos recetados no se van a encontrar el 36.08% en la farmacia y siendo el seguro social, parte de un sistema desarrollado por el Estado para garantizar la salud de los trabajadores, es que se estaría vulnerando el derecho de las personas que no tienen la posibilidad económica de acudir a las farmacias privada, pues, mucho de los asegurados sólo cuentan con el seguro que les paga a sus empleadores para tratarse cualquier enfermedad

El cuarto objetivo específico planteado fue: *Determinar si el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita restablecer la normalidad orgánica funcional mental de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019.* La recolección de los datos permitió establecer que en el 3.48% de los casos analizado sí se vulneró este derecho, mientras que en el

96.52% no se lo vulneró, así también, se halló, con la prueba de Chi-cuadrado de Pearson un $p=.00$ que permitió comprobar el objetivo.

Finalmente, otro de los elementos que el Tribunal Constitucional considera necesarios para garantizar el derecho a la salud constitucional a la salud es que las personas tengan la capacidad de restituir la normalidad orgánica funcional de la mente al momento en la que no se encontraba sana.

Como es sabido, el estudio de los procesos mentales que dan origen a la mente se han profundizado en estas últimas décadas, poniendo en evidencia la importancia que tiene ciertas condiciones ambientales y fisiológicas para mantener un óptimo desarrollo de la psiquis, sin embargo, cuando esta se ve afectada es que necesita del apoyo de medicamentos para restituir a la normalidad de los procesos mentales, pero, lamentablemente, se pudo encontrar que del total de medicamentos en la farmacia, se encuentra un desabastecimiento del 3.48% de medicamentos que permiten esta restitución, ello vulnera directamente el derecho constitucional a la salud de los pacientes quienes no tendrían la capacidad de restituir su funcionamiento mental y continuar con los problemas psíquicos

4.5.2 Discusión con la hipótesis de la investigación.

La hipótesis general planteada fue: *El desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud vulnera el derecho constitucional de protección a la salud en Tacna, periodo 2014-2019*. Para poder contrastar la hipótesis se aplicó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson en vista de que ambas variables habían sido categorizadas para analizar su resultado. La prueba mostró un valor inferior a 0.05 ($p=0.000$) el cual permitía aceptar la hipótesis general y afirmar que el desabastecimiento estudiado sí vulnerado el derecho constitucional a la salud que tenían los pacientes con enfermedades crónicas que acudían al hospital de salud en Tacna.

4.5.3 Discusión con los antecedentes de la investigación.

Los datos recolectados no permiten discutir con los antecedentes de la investigación planteados, de esta forma, se respalda la investigación de Calderón (2017) que concluyó que entre los años 2014 y 2016 hubo un 60%, en promedio, de desabastecimiento de medicamentos, siendo que sólo se podía encontrar 4 de cada 10 medicamentos que se recetaba. Esto, perjudica directamente a los pacientes quienes tuvieron que adquirir los medicamentos de farmacias privadas. De esta forma, se concluye que se afectaban los derechos humanos en Guatemala que consideraba que este desabastecimiento vulnerada de manera sistemática los Derechos Humanos a la salud y la vida de las personas que recibían atención en ese nosocomio nacional

También se respalda a Villarreal (2016) que concluye que es imposible el desarrollo de la vida si no se garantiza que el individuo tenga, mínimamente, condiciones adecuadas que permitan un equilibrio físico, psíquico y ambiental. Respecto a los principios que deben regir el derecho a la salud, se encuentran el de prestación integral, el que no debe estar considerado en función aspectos financieros y que debe primar la técnica de médico tratante. Respecto a los medicamentos, llegó a concluir que el 30% de recursos de amparo que se presentan en Costa Rica son referidos a medicamentos, existiendo una alta tasa de éxito cuando se presentan recursos para garantizar el abastecimiento de los medicamentos, de esta forma entre el 2006 y el 2013, el 58.1% de los recursos presentados fueron declarados a lugar, de ellos el 39% abarcaba recursos contra el cáncer y el 79% sobre medicamentos contra agentes inmunomoduladores.

Asimismo, se respalda a Balseca (2017) que concluye que se ha podido evidenciar que existe un déficit de fármacos que permitan tratar las enfermedades crónicas de los adultos mayores, lo que provoca que su integridad, tanto psicológica como física, se deteriore llegando, incluso, a causarles la muerte. De esta forma, se observa una vulneración constante de los derechos de los adultos mayores, lo cual

repercute en su bienestar, pues el Estado lo ha desprotegido y, al no tener los suficientes ingresos económicos, no tienen la capacidad para mejorar su situación de salud.

Sin embargo, no se respalda a la CIDH (2017) que concluyó que en Venezuela existe una escasez y desabastecimiento en cuestión de medicamentos para los tratamientos de enfermedades en ese país, la cual se ha venido agravando a partir del año 2014. Según las cifras que ha establecido PROVEA y CodeVida, actualmente, el país evidencia un 90% de escasez de medicamentos que ha colapsado la infraestructura hospitalaria en todo el territorio venezolano. Ello se aleja de lo encontrado en la investigación, pues si bien se halló un desabastecimiento, este no tiene los niveles del hallado en Venezuela.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Primera

El desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud vulnera el derecho constitucional de protección a la salud en Tacna, periodo 2014-2019. Se halló un p-valor inferior a 0.05 ($p=0.00$) con la prueba de Chi cuadrado de Pearson. Así mismo, se encontró que el 50.95% de medicamentos estuvieron desabastecidos en algún momento del periodo investigado.

Segunda

El desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita mantener la normalidad orgánica funcional física de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019. Se halló un p-valor inferior a 0.05 ($p=0.00$) con la prueba de Chi cuadrado de Pearson. Así mismo, se encontró que el 21.84% de medicamentos evitaron, en algún momento, que los pacientes mantengan la normalidad física de sus organismos por el desabastecimiento.

Tercera

El desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita mantener la normalidad orgánica funcional mental de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019. Se halló un p-valor inferior a 0.05 ($p=0.00$) con la prueba de Chi cuadrado de Pearson. Así mismo, se encontró que el 2.53% de

medicamentos evitaron, en algún momento, que los pacientes mantengan la normalidad mental de sus organismos por el desabastecimiento.

Cuarta

El desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita restablecer la normalidad orgánica funcional física de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019. Se halló un p-valor inferior a 0.05 ($p=0.00$) con la prueba de Chi cuadrado de Pearson. Así mismo, se encontró que el 36.08% de medicamentos evitaron, en algún momento, que los pacientes restituyan la normalidad física de sus organismos por el desabastecimiento.

Quinta

El desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita restablecer la normalidad orgánica funcional mental de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019. Se halló un p-valor inferior a 0.05 ($p=0.00$) con la prueba de Chi cuadrado de Pearson. Así mismo, se encontró que el 3.48% de medicamentos evitaron, en algún momento, que los pacientes restituyan la normalidad mental de sus organismos por el desabastecimiento.

5.2 RECOMENDACIONES O PROPUESTA

Primera

Se recomienda a los directivos de EsSalud en Tacna, realizar planes de contingencia frente al desabastecimiento y la revisión de sus sistemas logísticos que permitan conocer el stock disponible de cada medicamento y enviar alertas cuando el stock de abastecimiento se encuentra en estado crítico y poder abastecer de manera inmediata, evitando así, que los pacientes no los encuentren cuando van a solicitarlos. Ello, requerirá que tanto los directivos, los encargados de la farmacia y logística deban realizar reuniones periódicas para realizar un plan y solucionar, de manera inmediata, el problema del desabastecimiento y ya no seguir vulnerando directamente los derechos a la salud de los pacientes.

Segunda

Se recomienda a la Defensoría del Asegurado en EsSalud en Tacna que pongan material instructivo cerca la farmacia para que los pacientes puedan saber qué hacer cuando se encuentra con el desabastecimiento de los medicamentos que necesitan, ello permitirá conocer la realidad de derecho constitucional vulnerado y se podrá ejercer presión a los directivos para que solucionen, de manera inmediata, esta afectación a los derechos fundamentales que tiene cada paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcalde, J., Lazo, O., Macias, N., Contreras, C., & Espinosa, O. (2019). Sistema de salud en el Perú: situación actual, desafíos y perspectivas. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 8-18.
- Allard, R. (2015). El acceso a los medicamentos: Conflictos entre derechos de propiedad intelectual y protección de la salud pública. *Acta Bioethica*, 83-91.
- Balseca, C. (2017). *Derechos de los adultos mayores en la legislación ecuatoriana*. Tesis de grado, Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba.
- Calderón, Z. (2017). *Situación de la red hospitalaria nacional en el marco del derecho humano a la salud y la vida. Guatemala 2014-2016*. Tesis de maestría, Universidad Rafael Landívar, Guatemala de la Asunción.
- Canales, L. F. (2011). *Aceptación de los medicamentos genéricos por parte de usuarios del sector C, D y E en tres zonas de Lima*. Tesis de grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Carrasco, S. (2017). *Metodología de la investigación científica*. Lima: Editorial San Marcos.
- Castillo, L. (2019). De la persona y de la sociedad. En MINJUS, *Constitución Política del Perú* (págs. 29-39). Lima: Litho & Arte SAC.

CenadIM. (12 de diciembre de 2018). *Listado Nacional de Productos Farmacéuticos Vitales*. Obtenido de Centro Nacional de Documentación e Información de Medicamentos: <http://bvccenadim.digemid.minsa.gob.pe/noticias/390-listado-nacional-de-productos-farmaceuticos-vitales>

CIDH. (2017). *Situación de derechos humanos en Venezuela*. Washington: Fondo OEA.

Cruz Roja. (2014). *Comprendiendo el derecho humano a la salud*. Madrid: Advantia.

Decreto Supremo N° 26-2020-SA, Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (Ministerio de Salud 24 de agosto de 2020).

Delgado, B., & Bernal, M. (2015). *Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos*. México: Comisión de Derechos Humanos del Estado Mexicano.

Díaz, F. (2018). *Fundamentos actuales para una teoría de la Constitución. Colección IECEQ*. México: Instituto de Estudios Constitucionales del Estado de Querétaro.

DIGEMID. (7 de abril de 2019). *Clasificación de los establecimientos farmacéuticos*. Obtenido de Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas: <http://181.177.251.3/main.asp?Seccion=1001>

Dorado, R. (2017). *Conflictos entre la libre competencia y el derecho a la Salud en la producción de medicamentos*. Tesis de grado, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá.

- FDA. (25 de abril de 2018). *Medicamentos Genéricos: Preguntas y Respuestas*. Obtenido de U.S. Food & Drug Administration: <https://www.fda.gov/media/112590/download>
- Figueiredo, B., Guedes, C., Thibau, F., Reis, A., Silva, D., & Leite, A. (octubre de 2019). Seguridad en la administración de medicamentos: investigación sobre la práctica de enfermería y circunstancias de errores. *Revista Enfermería Gloval*(56), 19-31.
- Fundación Juan Vivies Suriá. (2014). *Derechos humanos: historia y conceptos básicos*. Caracas: Fundación Editorial El perro y la rana.
- García, V. M. (2017). Los medicamentos genéricos en Colombia: industria, políticas de salud y farmaceutización durante la década de 1960. *Historia Crítica*, 115-137.
- García-Toma, V. (2010). *Teoría del Estado y Derecho Constitucional*. Lima: Editorial Adrus.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta. ed.). México DF: Editorial McGraw Hill.
- Hernández, E. (2019). *Medicamentos, precios y acceso a la salud en el Perú 2010-2016*. Informe de tesis, Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima.
- INVIMA. (2018). *Informe de gestión del desabastecimiento de medicamentos en Colombia 2013-2018*. Bogotá.
- Larraín, J., Valentín, K., & Zalaya, F. (2018). *Propuesta de mejora del proceso de abastecimiento de medicamentos a través de compras corporativas, para*

mejorar el acceso a medicamentos de los asegurados al seguro integral de salud. Informe de tesis, Universidad del Pacífico, Lima.

León, F. (2014). El derecho a la salud en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional peruano. *Revista Pensamiento Constitucional*, 389-420.

León, R., & Berenson, R. (2015). Medicina teórica. Definición de la salud. . *Revista del Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt*. .

Marshall, P. (2017). Clasificación de los Derechos Fundamentales. En P. Contreras, & C. Salgado, *Manual de Derechos Fundamentales: Teoría General* (págs. 93-118). Santiago de Chile: LOM.

Méndez, R. (2017). Qué son los fármacos genéricos y por qué deberíamos usarlos más. *Revista El Español*.

Mendoza, A., & García, C. (2009). *Medicamentos: Hablando de calidad*. Rio de Janeiro: Asociación Brasileña Interdisciplinaria de SIDA.

Mendoza, G., Samir, W., Mejía, C., Chachaima, J., Montesinos, R., Arce, L., & Mamani, J. (2019). Percepción de la población con respecto a medicamentos genéricos frente a los de marca en hospitales del Perú. *Cuadernos de Salud pública CSP*, 35(10).

OMS. (29 de diciembre de 2017). *Salud y derechos humanos*. Obtenido de Datos y cifras: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

ONU. (2016). *Derechos Humanos*. Ginebra: Courand et Associés.

- Pérez, B. (15 de agosto de 2014). *¿Qué es un medicamento? es un medicamento?*
Obtenido de https://www.coflugo.org/docs/Medicamentos_que_debemos_saber.pdf
- Prias, P. (2019). *El derecho constitucional a la vida y su protección en el servicio de emergencia del Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el año 2017*. Informe de tesis, Universidad Privada Norbert Wiener, Lima.
- Quijano, O. (2016). La salud: Derecho Constitucional de carácter programático y operativo. *Revista Derecho & Sociedad*, 307-3019.
- Quijano, Ó., & Munares, Ó. (2016). Protección de derechos en salud en el Perú: experiencias desde el rol fiscalizador de la superintendencia nacional de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 529-534.
- Rosado, I. (2018). *El derecho fundamental a la salud y la jurisprudencia en el tribunal constitucional peruano*. Informe de tesis, Universidad Católica de Santa María, Arequipa.
- Salazar, J. (2014). La gestión de abastecimiento de medicamentos en el sector público peruano: nuevos modelos de gestión. (U. P. Aplicadas, Ed.) *Revista Sinergia e Innovación*, 156-225.
- STC 5842-2006-PHC/TC, Autonomía del Derecho Constitucional de la Salud (Tribunal Constitucional de Perú 7 de noviembre de 2008).
- Tam, J., Vera, G., & Oliveros, R. (2008). Tipos, métodos y estrategias de investigación científica. *Revista Pensamiento y Acción*, 145-154.
- Tarazona, M. (2017). *¿Qué es un medicamento? eDruida*.

Villarreal, E. (2016). Judicialización de la salud: recursos de amparo por medicamentos. *Revista Estado de la justicia*, 195-215.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL PLAN DE TESIS

TITULO: “Desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud y la vulneración del derecho constitucional de protección a la salud en Tacna, periodo 2014-2019”

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGIA
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Fue vulnerado el derecho constitucional de protección a la salud por el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud de Tacna, periodo 2014-2019?</p> <p>PROBLEMAS SECUNDARIOS</p> <p>— ¿El Desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita mantener la normalidad orgánica funcional física de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019?</p> <p>— ¿El Desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita mantener la normalidad orgánica funcional mental de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Establecer si fue vulnerado el derecho constitucional de protección a la salud por el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud de Tacna, periodo 2014-2019.</p> <p>OBJETIVOS SECUNDARIOS</p> <p>— Determinar si el Desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita mantener la normalidad orgánica funcional física de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019.</p> <p>— Determinar si el Desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita mantener la normalidad orgánica funcional mental de los pacientes en EsSalud evita mantener la normalidad orgánica funcional mental de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>Sí fue vulnerado el derecho constitucional de protección a la salud por el desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud de Tacna, periodo 2014-2019.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>— El desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita mantener la normalidad orgánica funcional física de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019.</p> <p>— El desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita mantener la normalidad orgánica funcional mental de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019.</p> <p>— El desabastecimiento de medicamentos para pacientes</p>	<p>VARIABLES E INDICADORES DE LA HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>VARIABLE INDEPENDIENTE (X)</p> <p>Vulneración al derecho constitucional de protección a la salud de sus pacientes.</p> <p>INDICADORES</p> <p>— Efectos orgánicos físicos en los pacientes al consumir medicamentos genéricos contrarios a lo establecido por la STC 2945-2003-AA/TC.</p> <p>— Efectos orgánicos mentales en los pacientes al consumir medicamentos genéricos contrarios a lo establecido por la STC 2945-2003-AA/TC.</p> <p>— Forma restablecer la</p>	<p>Tipo de Investigación: Básica.</p> <p>Nivel Explicativo</p> <p>Técnicas de recopilación de datos La observación</p> <p>Población Informes de la distribución de medicamentos que EsSalud realiza a sus pacientes crónicos.</p> <p>Muestra: No se usará</p> <p>Diseño: No experimental, longitudinal de tipo panel.</p>

<p>— ¿El Desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita restablecer la normalidad orgánica funcional física de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019?</p> <p>— ¿El Desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita restablecer la normalidad orgánica funcional mental de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019?</p>	<p>orgánica funcional mental de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019.</p> <p>— Determinar si el Desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita restablecer la normalidad orgánica funcional física de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019.</p> <p>— Determinar si el Desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita restablecer la normalidad orgánica funcional mental de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019.</p>	<p>con enfermedades crónicas en EsSalud evita restablecer la normalidad orgánica funcional física de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019.</p> <p>— El desabastecimiento de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas en EsSalud evita restablecer la normalidad orgánica funcional mental de los pacientes en Tacna, periodo 2014-2019.</p>	<p>normalidad orgánica funcional física del paciente al tratarse con medicamentos genéricos contrarios a lo establecido por la STC 2945-2003-AA/TC.</p> <p>— Forma restablecer la normalidad orgánica funcional mental del paciente al tratarse con medicamentos genéricos contrarios a lo establecido por la STC 2945-2003-AA/TC.</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE (Y) Desabastecimiento de medicamentos.</p> <p>INDICADORES</p> <p>— Medicamentos agotados. — Medicamentos pro agotar. — Medicamentos en stock crítico. — Medicamentos en stock.</p>	
---	--	---	---	--

Anexo 2: Base de datos

			Año												Nro. de veces que estuvo desabastecido	Categoría de veces desabastecido	Física		Mental		Vulne.
			6-14	12-14	6-15	12-15	6-16	12-16	6-17	12-17	6-18	12-18	6-19	12-19			Nor	Rest	Nor	Rest	
1	Acetilcisteína	200 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
2	Aciclovir	200 mg	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1
3	Aciclovir	250 mg P/INF. IV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
4	Aciclovir	400 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
5	Ácido Tranexámico	250 mg	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	0	0	1
6	Activador del plasminogeno tisular	50mg.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
7	Agua destilada	1lt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
8	Albendazol	200 mg	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	4	2	0	1	0	0	1
9	Albumina Humana	20 a 25 % x 50 ml	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	2	1	1	0	0	1
10	Alendrónico Acido (sal sódico)	70 mg	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	2	1	1	0	0	1	
11	Alopurinol	100 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
12	Amiodarona	150 mg/ 3 ml	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
13	Amisulprida	200 mg	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	3	2	0	0	1	1	1	1
14	Amlodipino	10 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
15	Amlodipino (como Besilato)	5 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
16	Amoxicilinas	200 mg	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1	1
17	Ampicilina	1000 mg	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	2	0	1	0	0	1	1
18	Ampicilina	500 mg	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	5	3	0	1	0	0	1	1
19	Ampicilina / Sulbactan	1000 mg / 200 500 mg	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	4	2	0	1	0	0	1	1
20	Anastrozole	1 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
21	Antihemorroidal	Crema	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	2	0	1	0	0	1	1
22	Aripiprazol	15 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
23	Atorvastatina (como sal calcica)	20 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
24	Atracurio Besilato	1000 mg / 200 500 mg	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	7	3	0	1	0	0	1	1
25	Atropina	500 mcg / ml	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
26	Atropina Sulfato	500 mcg / mL ó 0,5 mg / mL x 1 mL	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	1	1	1
27	ATROPINA SULFATO		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1	1
28	Azitromicina	500 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
29	Aztreonam	1000 mg	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	0	0	1	1
30	BACLOFENO		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
31	Bencil Penicilina Procaína	1000000 U.I.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2	0	1	0	1	1	1

32	Bencilpenicilina Benzatínica	1 200 000 UI (con diluyente)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
33	BENCILPENICILINA PROCAÍNICA	1000000 U.I.	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	2	0	1	0	0	1
34	Benzatínica Bencil Penicilina	1200000 U.I.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
35	Bicalutamida	1000 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
36	Bicarbonato de Sodio	8.4 % x 20 ml	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
37	Biperideno		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
38	Bisacodilo	5 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
39	Bismuto Subsalicilato	87.33 - 87.50 mg / 5 ml	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
40	Bromocriptina (como mesilato)	2.5 mg	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0	0	0	1
41	Bupivacaina Clorhidrato SIN PRESERVANTE	0,5 % x 20 mL (sin preservante)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
42	Calcitriol	0.25 mg	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	1	1	0	0	0	1
43	Capecitabina	500 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
44	Captopril	25 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
45	Carbamazepina	200 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
46	Carbomero	0.1 a 0,3 % Gel Oftálmico y mínimo 5q	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0	0	0	1
47	Carbonato de Calcio	500 ó más mg de ión Ca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
48	Carboplatino	150 mg	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	1
49	Caspofungin	70 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	2	0	1	0	0	1
50	Caspofungina		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	1
51	Cefalexina	500 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
52	Cefalexina	250 mg / 5ml x 60 ml	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	6	3	0	1	0	0	1
53	Cefazolina	1 g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
54	Cefepima	1 g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
55	Cefotaxima (como sal sódica)		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	1
56	Ceftazidima		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
57	Cefuroxima	250mg/5ml suspension	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3	2	0	1	0	0	0	1
58	Cetirizina	5 mg / 5 ml	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	5	3	1	1	0	0	1
59	Ciclofosfamida	50 mg	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	4	2	0	1	0	0	1
60	Cicloserina	250 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
61	Ciclosporina	50 mg (Modific.- Microemulsión)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
62	Ciprofloxacino	0.3 % Gotas oftálmicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
63	Ciprofloxacino	50 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
64	Citrato de Potasio 1080 mg (Eq 10 meq de Potasio)		0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	1	1	0	0	0	1
65	Clindamicina	600 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
66	Clindamicina	300 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
67	Clomifeno		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0

68	CLONAZEPAM	2 mg	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	1	1
69	Clonazepam	2 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
70	Clonidina	0.15 mg	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	1	0	1
71	Cloramfenicol	500 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
72	Cloramfenicol	250 mg / 5 ml Susp. X 60 ml ó más	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
73	Cloramfenicol (como succinato sódico)	1 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
74	Clorfenamina	10 mg / ml	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
75	Clorfenamina	2 mg / 5 ml Jarabe x 100 ml ó más	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	0	0	1
76	Clorpromazina	100 mg	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	6	3	0	1	0	0	1
77	CLORURO DE SODIO 0 SUERO FISIOLOGICO		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
78	Clotrimazol		0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1
79	Clotrimazol	500 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
80	Clotrimazol	! % Crema	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
81	Clozapina	100 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
82	Colchicina	500 mg	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1	0	0	0	1
83	Colecalciferol	600000 UI / 10 ml	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
84	Colistimetato sodico	50 mg / mL x 2mL	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1
85	Dacarbazina	500 mg	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1
86	Danazol	200 mg	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1
87	Derivados de Metilcelulosa	Gotas oftálmicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	0	0	0	0	1
88	Desmopresina Spray Nasal	10 ug x 50 dosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
89	Dexametasona	4 mg	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	7	3	0	1	0	0	1
90	DEXAMETASONA (como fosfato sódico)	2mg /5 mL x 100mL+dosificador.Líquido Oral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
91	Dextrometorfano	15 mg / 5 ml Jarabe x 90 ml ó más	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
92	Dextrosa	33 % x 20 ml	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
93	Diazepam	5mg x mLx 2 mL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
94	Diazepam	10 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
95	Diclofenaco	75 mg	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	0	0	1
96	Dicloxacilina	250 mg / 5 ml Susp. X 60 ml ó más	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1
97	Diltiazem	60 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
98	Diltiazem	60 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
99	Dimenhidrinato	50 mg	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	0	1
100	Dimeticona	gotas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	2	1	1	0	0	1
101	Dobutamina	250 mg/ 20 ml p / inf. i.v.	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4	2	1	1	0	0	1
102	Dorsolamida	2 % Gotas oftálmicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
103	Doxorubicina	50 mg	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1

104	Doxorubicina	50 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
105	Elementos Traza	(Oligoelementos en Solución) c/ Cr, Cu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
106	Enalapril	20 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
107	Enalapril	10 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
108	Enoxaparina Sodica	250 mg/ 20 ml p / inf. i.v.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1
109	Epinefrina	1 mg	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1
110	EPINEFRINA (como clorhidrato ó acido tartrato)	1 mg	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1
111	Ergocalciferol		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1
112	Ergometrina	200 mcg	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	1
113	Ergometrina Maleato	0,20 mg ó 200 mcg / mL x 1 mL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
114	Ergotamina (tartrato) + Cafeína. C/S Analgesico	1 mg + 100 mg c/s analgésico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
115	Eritromicina (estearato, etilsuccinato)	200 mg / 5ml	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1
116	Ertapenem	1 g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
117	Escopolamina Butilbromuro	10 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
118	Espironolactona	100 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
119	Espironolactona	25 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
120	Etanercept	50 mg	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1
121	Etonorgestrel	68 mg Implante (Radiopaco, flexible con aplicador esteril)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	0	0	0	1
122	Exemestano		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
123	Fenilefrina	10 % x 5 mL ó más Gotas Oftálmicas	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	4	2	1	0	0	0	1
124	Fenitoína	125 mg / 5 ml	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
125	Fenitoína	100 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
126	Fenobarbital	100 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	1	0	0	1
127	Fenoterol	0.5 % x 20 ml P / inhal	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	2	0	1	0	0	1
128	Fentanilo	50 mg/ ml x 10 ml	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	2	0	1	0	0	1
129	Fluorouracilo	500 mg	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	0	0	1
130	Flutamida		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	1	0	0	1
131	Fluticason +salmeterol	250mg/25mg	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1	0	0	0	1
132	Fluticasona+salmeterol	125mg+25 mg	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5	3	1	0	0	0	1
133	Folinato Calcico (leucovorina)	50 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
134	Fosfato de potasio	1 a 6 meq/ml	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	1
135	Furosemda	40 mg	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	1	0	0	1
136	Gabapentina	300 mg	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1
137	Gemfibrozilo	600 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
138	Gentamicina	80 mg / 2 ml	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	0	0	1
139	Gentamicina	0.3 % Gotas oftálmicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

140	Gentamicina	0.3 % Unguento oftálmicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
141	Glibenclamida	5 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
142	GLOBULINA HIPERINMUNE ANTI-HEPATITIS B	0.3 % Gotas oftálmicas	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	1
143	Gluconato de Calcio	10%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
144	Granisetron	1 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
145	Granisetron		0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	1
146	Haloperidol	2 mg/ml gotas orales	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	1
147	Haloperidol (como Decanoato)	50 mg / ml	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	1	1
148	Heparina 0	5000 U.I./ ml	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1	0	0	0	1
149	Hialuronato	50 mg / ml	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	1
150	Hialuronato (sódico)	1 % Solución Viscoelastica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
151	Hidroclorotiazida	25 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
152	Hidroxycarbamida	500 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
153	Hidroxicloroquina	Hidróxido de Aluminio y Magnesio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
154	Hidroxido de Aluminio + Hidroxido de Magnesio (C/S Dimeticona)	400 mg + 400 mg Suspensión Oral x 120 a 150 mL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
155	Hidróxido de Aluminio y Magnesio	400 mg + 400 mg Susp.	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3	2	1	1	0	0	0	1
156	HIERRO (sacarato)		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	1
157	Hormona de Crecimiento	10 UI o más (Equivalente a 3.33 mg o más)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	2	1	0	0	0	0	1
158	Ibuprofeno	400 mg	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	9	4	0	1	0	0	0	1
159	Ifosfamida	1 g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	1	0	0	0	1
160	Imipenem + Cilastatina (como sal sódica)	10 Ut o más (Equivalente a 3,33 mg o más) (solución reconstituida estable por 7 días o más)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
161	Infliximab	100 mg	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0	0	0	1
162	Inmunoglobulina Anti-D Humana		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
163	Insulina Lispro	100UI	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	2	0	1	0	0	0	1
164	Interferon Pegilato alfa 2A		0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	1
165	Iopamidol 300 mg yodo / ml	50 ml	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	2	0	1	0	0	1
166	Ipratropio Bromuro	20 ug P / inh Aerosol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
167	Irbesartan	150 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4	0	1	0	0	0	1
168	Irinotecan		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
169	Isoflurano	100 ml p / inh	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
170	Isosorbide dinitrato	10 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
171	Isosorbide dinitrato	5 mg sublingual	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0

172	Isosorbide dinitrato 0.1%		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	1
173	Isosorbide Mononitrato	40 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
174	Isotretinoína		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
175	Isoxsuprina	10 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
176	Itraconazol		0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	1
177	Ketotifeno	1 g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	1	0	0	0	1
178	Ketotifeno (como furamato)	0.025% x 10mL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
179	Ketotifeno gots oftm	0.025% x 10 ml	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	0	0	0	1
180	Lanatosido C	0.2 mg / ml	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5	3	0	1	0	0	0	0	1
181	Leche formula especial para prematuros		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
182	Leche Maternizada polvo		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
183	Letrozole		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
184	Leuprorelina	3.75 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
185	Levetiracetam	1000 mg	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	0	0	0	1
186	Levosimendan 12.5 mg	12.5 mg	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	1
187	Levotiroxina Sodica		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
188	Lidocaina	2 % x 20 ml	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	9	4	0	1	0	0	0	0	1
189	Lidocaína	2%	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	8	3	0	1	0	0	0	0	1
190	Lidocaina (CON VASOCONSTRICTOR)	2 % x 20 mL (sin preservante)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
191	Linezolid	2 mg/ml X 300 mL	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	2	0	1	0	0	0	0	1
192	Lípidos		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	1
193	Litio Carbonato		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	1
194	Loperamida	2 mg	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	1
195	Loratadina	5 mg/ 5 ml x 100 ml	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	1	0	0	0	0	1
196	LOSARTÁN		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
197	Manitol	20 % x 500 ml p/ inf. i.v.	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	4	2	1	1	1	0	0	0	1
198	Mebendazol	600 mg / 5 ml x 30 ml	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	1	1	0	0	0	0	1
199	Mebendazol	100 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
200	Medroxiprogesterona	150 mg de Depósito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
201	Meropenem	500 mg	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	2	0	1	0	0	0	0	1
202	Mesna	400 mg	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	4	2	1	0	0	0	0	0	1
203	Metamizol	1g/ml	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
204	Metformina	20 % x 500 ml p/ inf. i.v.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0	0	0	0	1
205	Metildopa	250mg.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
206	Metilfenidato	10 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
207	Metoclopramida	10 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
208	Metronidazol	500 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
209	Metrotexato		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	1
210	MICROENEMAS		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
211	Midazolam	1 mg / ml	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	2	0	1	0	0	0	0	1
212	Misoprostol	200 mcg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0

213	Montelukast	10 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	1	0	0	1
214	Morfina (clorhidrato)		0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1
215	Moxifloxacino	0.5% solución oftálmica	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	5	3	0	1	0	0	1	
216	Multivitámico+ Ac. Fólico + Vit. B 12 Adultos		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
217	Mupirocina	2 % Ungüento topico 15 g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
218	Nafazolina	0,1 % Gotas Oftálmicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
219	Naproxeno	250 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
220	Naproxeno	500 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
221	Natamicina	0.5% solución oftálmica	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	5	3	1	0	0	0	0	1
222	Neostigmina (Metilsulfato)	5%	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	1
223	Nifedipino	10 mg	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	1
224	Nimodipino		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	1	1	1
225	Nistatina	100 000 UI / mL Gotas Orales x 12 mL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
226	Nistatina	25.000 UI x 60 g	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4	2	0	0	1	1	1	1
227	Nitrofuril	0.2% Solución x 1 Litro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
228	Nitroglicerina	5 mg / ml	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
229	Nitroprusiato de Sodio	50 mg / 5 mL P / INF IV	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	0	0	0	1
230	Nitroprusiato sodio	50 mg/ 5 ml p / inf. i.v.	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	0	0	0	1
231	Norepinefrina	1 mg/ml	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
232	Nutriente Enteral Completo Peptido		1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	0	0	1
233	Nutriente Enteral para insuficiencia Renal		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
234	Nutriente Enteral para insuficiencia Respiratoria		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
235	Nutriente Enteral Polimérico Líquido Altamente Disperso		1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	5	3	1	0	0	0	0	1
236	Octreotide	0.2 mg/ml	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	3	2	0	1	0	0	0	1
237	Octreotide (Análogo de Somatostatina)	0,2 mg / ml	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	2	0	1	0	0	0	1
238	Omeprazol	20 mg	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	1
239	Ondansetron (como clorhidrato)		0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	1
240	Orfenadrina Citrato	30 mg/ml x 2 ml	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	1	0	0	0	1
241	Orfenadrina Citrato	100 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
242	Oseltamivir	75 mg	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	4	2	1	0	0	0	0	1
243	Oxacilina	500 mg p/ inf. i.v.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
244	Oxaliplatin	75 mg	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	1
245	Oxibutinina		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
246	Oxicodona (clorhidrato)	20 mg Acción Prolongada	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	0	0	0	1
247	Pamidrónico ácido		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0

248	Paracalcitol	5 mcg/ml	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0	0	1
249	PARACETAMOL		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1
250	Paracetamol (Acetaminofen)	120 mg / 5 ml Jarabe x 60 ml	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
251	Paracetamol (Acetaminofen)	80 mg / ml Gotas)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
252	Penicilamina	250 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	1	0	0	1
253	Penicilina Clemizol	1000000 UI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	1	0	0	1
254	Permetrina		0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	0	0	1
255	Peroxido de Hidrógeno	3% (10 Vols) x 1 L	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	5	3	1	1	0	0	1
256	Pilocarpina	3% (10 Vols) x 1 L	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1	1	0	0	1
257	Pipercilina/ tazobactan	4 g + 500 mg IV	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	4	2	0	1	0	0	1
258	Pirazinamida	500 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
259	Piridoxina	50 mg	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	4	2	1	0	0	0	1
260	PPD (derivado Proteico Purificado de tuberculina)		0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	3	2	1	0	0	0	1
261	Prednisolona	1 % Gotas oftálmicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
262	Prednisona	50 mg	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	4	2	0	1	0	0	1
263	Prednisona	20 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
264	Prednisona	5 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
265	Progesterona	4 g + 500 mg IV	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	7	3	1	0	0	0	1
266	Propafenona	150 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
267	Propranolol	40 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
268	Quetiapina	200 mg	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	1	1
269	Raloxifeno	60mg	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	5	3	1	1	0	0	1
270	Rifampicina	100 mg / 5 ml Jarabe X 60 ml ó más	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0	0	1
271	Rifampicina	300 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
272	Risperidona		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
273	Rocuronio Br	50 mg / ml	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
274	Sal Ferrosa	15 mg Fe elemental/5ml Jarab x120 ml	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1	0	0	1
275	Salbutamol	4 mg	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1
276	Sertralina	50 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
277	Sertralina Hidrocloruro		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	1	1
278	Sildenafil	100 mg	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	0	1
279	Simvastatina	20 mg	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	1	0	0	0	1
280	Solución de Aminoácidos con Para Lactantes y Prematuro	10 % x 100 a 250 ml	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
281	Solución Polielectrolítica	1 Litro	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0	0	1
282	Solución Salina Balanceada Fórmula Estándar de Alta o		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

283	Succinilcolina Cl (Suxametonio)	500 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
284	Sucralfato	1 g/ 5 ml suspensión oral x 180 - 200 ml	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
285	Sulfacetamida	10 % Gotas Oftálmicas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	1
286	Sulfametoxazol + Trimetoprim	200 mg + 40 mg / 5 ml	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
287	Sulfametoxazol + Trimetoprim	800 mg + 160 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
288	Sulfato de Bario		0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	0	0	1
289	Sulfato de bario con equipo (uso rectal) polvo		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
290	Sulfato de bario mayor 96% (uso oral)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
291	Sulfato de Magnesio	10% - 20%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
292	SULPIRIDA		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	1	1	1
293	Sunitinib	25 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	1	0	0	0	1
294	T de cobre		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
295	Tamsulozina (LP)	0.4mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
296	Teofilina	27 mg / 5 ml x 120 ml	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5	3	1	1	0	0	0	1
297	Teofilina (retardada)	250 mg	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	4	1	1	0	0	0	1
298	TIAMAZOL		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
299	Tiamina	100 mg	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	0	0	1
300	TIAMINA CLORHIDRATO	250 mg	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	0	0	1
301	Tibolona	2.5 mg	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	1
302	Tigeciclina	1 g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
303	Tiopental Sódico	100 mg / 10 ml gotas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
304	Toxina Botulinica	100 UI/mL	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	1
305	Tramadol (clorhidrato)	100 mg / mLx 10 mL Líquido Oral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	1	0	0	0	1
306	Trioxisaleno		0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	1
307	Triptorelina	3.75 mg	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	4	2	0	1	0	0	0	1
308	Tropicamida	1 % Gotas oftálmicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
309	Vacuna antineumocócica	23 serotipos	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	2	1	0	0	0	0	1
310	Valproato Acido (sal de sodio)	200 -300 mg / ml	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	4	2	1	0	0	0	0	1
311	Valsartan	80mg	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	4	2	1	1	0	0	0	1
312	VANCOMICINA (como clorhidrato)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
313	Vecuronio Br	4 mg / ml	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
314	Voriconazol	200 mg	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	1
315	Warfarina	5 mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
316	Yodopovidona-7 a 10 %	Espuma x 1 L	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0

