



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTÍN DE PORRES

Instituto de  
Gobierno y de  
Gestión Pública

REVISTA DIGITAL

# GOBIERNO Y GESTIÓN PÚBLICA



**12** PUBLICACIÓN  
SEMESTRAL  
2025-I

Lima Perú Vol.12  
N° 1 - 2025  
ENERO - JUNIO  
ISSN: 2414-4991

Gobierno y Gestión Pública | Lima, Perú | V.XII. | N° 1 | enero - junio 2025  
<https://revistagobiernoygestionpublica.Usmp.Edu.Pe/index.Php/rggp>

# GOBIERNO Y GESTIÓN PÚBLICA

Volumen XII, N° 1

Enero - Junio 2025

Lima - Perú



Fondo  
Editorial



Instituto de  
Gobierno y de  
Gestión Pública

**GOBIERNO Y GESTIÓN PÚBLICA**  
Vol. XII, N°1, enero - junio 2025  
Revista del Instituto de Gobierno y de Gestión Pública  
Universidad de San Martín de Porres

**RECTOR**

Ing. José Antonio Chang Escobedo

**VICERRECTOR ACADÉMICO**

Ing. Raúl Eduardo Bao García

**DIRECTOR DEL INSTITUTO DE GOBIERNO Y DE GESTIÓN PÚBLICA**

Dr. Luis Carranza Ugarte

**JEFA DE LA OFICINA DE COORDINACIÓN ACADÉMICA**

Mg. Laura Calderón Regjo

**JEFE DE LA OFICINA DE GRADOS Y REGISTROS ACADÉMICOS**

Dr. Dante Paiva Goyburu

**ENCARGADO DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, ACREDITACIÓN Y CALIDAD**

Lic. Leonardo Rozas Villacorta

**DIRECTOR DEL FONDO EDITORIAL**

Dr. Juan De la Puente Mejía

**DIRECTORA DE LA REVISTA**

Mg. Laura Calderón Regjo

**EDICIÓN GENERAL**

Universidad de San Martín de Porres - Fondo Editorial - USMP

Jr. Las Calandrias 151 - 291, Santa Anita, Lima 43 - Perú

Correo electrónico: [fondoeditorial@usmp.pe](mailto:fondoeditorial@usmp.pe)

Página web: [www.usmp.edu.pe](http://www.usmp.edu.pe)

Editor General: Luis David Suárez Berenguela

Diseño y diagramación: Janeth Kelly Condori Castro

Corrección de estilo y ortografía: los autores

---

Primera edición digital

Enero 2025

Pdf - 2 MB

Temática: Revista *Gobierno y Gestión Pública*, es una publicación semestral del Instituto de Gobierno y de Gestión Pública de la Universidad de San Martín de Porres. Publica los resultados de investigaciones sobre todas las líneas de investigación aprobadas por el Instituto de Gobierno y de Gestión Pública, con énfasis en la realidad nacional y latinoamericana. Además, son investigaciones elaboradas por docentes, investigadores, y alumnos, y su alcance es el público en general.

El contenido de los artículos publicados por la revista *Gobierno y Gestión Pública* es responsabilidad exclusiva de sus autores.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°: 202401335

# TABLA DE CONTENIDO

- 5                    **PRESENTACIÓN**
- 6-13                **INVERSIONES Y BARRERAS BUROCRÁTICAS: EL EFECTO DE LA TITULARIDAD DE PROPIEDAD EN LAS INDUSTRIA MANUFACTURERA DE LA CIUDAD DE AREQUIPA 2024**  
*INVESTMENTS AND BUREAUCRATIC BARRIERS: THE EFFECT OF PROPERTY OWNERSHIP IN THE MANUFACTURING INDUSTRY OF AREQUIPA CITY 2024*  
Jaime Mujica Calderón
- 14-29              **POLÍTICAS PÚBLICAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SU CORRELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL “EDGARDO REBAGLIATI MARTINS” 2021 - 2023**  
*PUBLIC POLICIES OF THE QUALITY MANAGEMENT SYSTEM AND ITS INFLUENCE ON THE SATISFACTION OF THE PLASTIC SURGERY SERVICE OF THE “EDGARDO REBAGLIATI MARTINS” HOSPITAL 2021 - 2023*  
Enrique Antonio Chau Ramos
- 30-41              **POLÍTICA PÚBLICA PARA ELIMINAR LA INFORMALIDAD EN LA ADQUISICIÓN DE VIVIENDAS EN LIMA METROPOLITANA 2011-2022**  
*PUBLIC POLICY TO ELIMINATE INFORMALITY IN THE ACQUISITION OF HOUSING IN METROPOLITAN LIMA 2011-2022*  
Jael Rossmery Gutiérrez Ayala
- 42-50              **INCENTIVOS A LA GESTIÓN MUNICIPAL E INVERSIÓN EN PRIMERA INFANCIA EN MUNICIPALIDADES PERUANAS. 2012 - 2018**  
*INCENTIVES FOR MUNICIPAL MANAGEMENT AND INVESTMENT IN EARLY CHILDHOOD IN PERUVIAN MUNICIPALITIES. 2012 - 2018*  
Carlos Gerardo Ruiz Arias  
María Elvira Román Tequén  
Mario Francisco López Huacho
- 51-64              **IMPACTO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PERUANAS IMPLEMENTADAS DURANTE LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS**  
*IMPACT OF PERUVIAN PUBLIC POLICIES IMPLEMENTED DURING THE CORONAVIRUS PANDEMIC*  
Omar James Neyra Colchado  
Lisseth Staylen Neyra Asencios

# PRESENTACIÓN

El Instituto de Gobierno y de Gestión Pública de la Universidad de San Martín de Porres presenta la nueva edición de la revista *Gobierno y Gestión Pública* en su Volumen XII, Número 1 del año 2025. En esta oportunidad, el Comité Editorial ha seleccionado cinco trabajos de investigación de profesionales académicos en gestión pública, los cuales se encuentran dentro del objetivo general de la revista, que es divulgar resultados y avances de investigaciones científicas orientadas a las líneas propuestas por el Instituto.

El estudio de Jaime Mujica analiza la influencia de la titularidad de la propiedad en la reducción de barreras burocráticas para las pequeñas y medianas empresas (PYMES) en Arequipa. El autor identificó deficiencias en el sistema de registro de la propiedad, las cuales afectan la inversión privada al aumentar costos e incertidumbre. Los resultados indican que la titularidad tiene un impacto positivo significativo en la eficiencia operativa de las PYMES, destacándose la necesidad de reformas para mejorar la coordinación interinstitucional y la agilización en los procesos registrales.

La investigación presentada por Enrique Chau analiza la correlación de las políticas del Sistema de Gestión de Calidad en Salud sobre la satisfacción de los usuarios del servicio de cirugía plástica reconstructiva en el hospital “Edgardo Rebagliati Martins” entre 2021 y 2023. Mediante encuestas aplicadas a 494 usuarios, se evaluaron dimensiones como trato profesional, información, accesibilidad, confianza y aspectos tangibles. Como se resultó se obtuvo que la calidad del trato profesional y la información proporcionada tienen mayor correlación con la satisfacción, mientras que los aspectos tangibles, como la infraestructura; presentan una correlación baja.

El trabajo de Jael Rossmery Gutiérrez examina cómo el crecimiento poblacional, las migraciones y la pobreza han impulsado la informalidad en la adquisición de viviendas en Lima Metropolitana. Con un enfoque mixto y datos de múltiples entidades públicas, la autora concluye que, aunque existe una Política Nacional de Vivienda, esta no ha cumplido sus objetivos para combatir la informalidad y escasez de viviendas. El estudio sugiere la necesidad de una mejor coordinación entre los tres niveles de gobierno y la Superintendencia Nacional de Bienes Estatales.

Carlos Ruiz, María Román y Mario López identifican cómo los incentivos a la gestión municipal influyen en la inversión en la primera infancia en municipalidades del Perú durante 2012-2018. Utilizando bases administrativas y análisis estadísticos, encontraron una correlación significativa entre las metas del Programa de Incentivos (PI) y la inversión mediante el Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PP-PAN), especialmente en municipalidades con mayor pobreza. Los hallazgos destacan que las metas vinculadas al sector salud estimularon una mayor inversión en los años evaluados.

Finalmente, la investigación de Omar Neyra y Lisseth Neyra aborda el impacto de las decisiones políticas en la gestión de la salud durante la pandemia de la COVID-19 en Perú (2020-2022). Se concluye que, a pesar de la rapidez en la implementación de medidas, la falta de insumos científicos y técnicos, la ausencia de estrategias de comunicación y diagnósticos eficientes, y un sistema de salud precario contribuyeron a resultados negativos. Se propone un análisis profundo de estas decisiones para mejorar futuras políticas de gestión sanitaria en contextos similares.

# INVERSIONES Y BARRERAS BUROCRÁTICAS: EL EFECTO DE LA TITULARIDAD DE PROPIEDAD EN LAS INDUSTRIA MANUFACTURERA DE LA CIUDAD DE AREQUIPA 2024

## INVESTMENTS AND BUREAUCRATIC BARRIERS: THE EFFECT OF PROPERTY OWNERSHIP IN THE MANUFACTURING INDUSTRY OF AREQUIPA CITY 2024

Recibido: 25 de setiembre de 2024 | Aprobado: 2 de diciembre de 2024

JAIME MUJICA CALDERÓN\*

### RESUMEN

El artículo analiza cómo la titularidad de la propiedad influye en la reducción de barreras burocráticas que afectan la inversión privada en las pequeñas y medianas empresas (PYMES) de Arequipa en 2024. Se identifica que las deficiencias en el sistema de registro de la propiedad, manejado por SUNARP, COFOPRI y Bienes Nacionales, generan obstáculos para el crecimiento de las PYMES al incrementar costos, trámites y la incertidumbre jurídica. Utilizando un enfoque cuantitativo, se evidenció que la titularidad de la propiedad tiene un impacto significativo en la eficiencia operativa y acceso al capital para estas empresas, con un coeficiente de determinación de 0.3906. Se plantea la necesidad de una reforma integral que mejore la coordinación interinstitucional y la implementación de tecnologías modernas para agilizar y transparentar los procesos registrales. Esta propuesta busca fomentar un entorno más favorable para la inversión y el desarrollo de las PYMES en Arequipa.

### ABSTRACT

This article analyzes how property ownership influences the reduction of bureaucratic barriers that affect private investment in small and medium-sized enterprises (SMEs) in Arequipa in 2024. It identifies that deficiencies in the property registration system, managed by SUNARP, COFOPRI, and Bienes Nacionales, create obstacles for SME growth by increasing costs, procedures, and legal uncertainty. Using a quantitative approach, it was evidenced that property ownership has a significant impact on operational efficiency and access to capital for these businesses, with a determination coefficient of 0.3906. The article proposes the need for a comprehensive reform to improve interinstitutional coordination and the implementation of modern technologies to streamline and make registration processes more transparent. This proposal aims to foster a more favorable environment for investment and SME development in Arequipa.

**Palabras clave:** propiedad privada, empresa privada, burocracia, cambio organizacional

### INTRODUCCIÓN

La titularidad de la propiedad abarca una serie de derechos, así como también el uso, disfrute, disposición y la capacidad de excluir a otros de un bien propio. Según Svampa (2021), en el contexto de países emergentes, esta titularidad implica más que un simple reconocimiento legal, ya que

\* Doctor en Gobierno y Política Pública,  
IGGP.USMP  
Director Universitario de la  
Filial Sur de la USMP.  
[jmujica1@usmp.pe](mailto:jmujica1@usmp.pe)  
ORCID: 0009-0008-0694-9918

también representa una lucha por el reconocimiento social y político, particularmente en áreas rurales y urbanas donde los conflictos relacionados con la tierra son comunes.

Hernando De Soto (2000) sostiene que la exclusividad en la titularidad de la propiedad es fundamental para que individuos y empresas puedan controlar el uso de sus recursos, aspecto clave para fomentar la inversión y la creación de riqueza. Esta exclusividad asegura que los beneficios generados por el uso de la propiedad sean obtenidos por su titular, lo que, a su vez, incentiva el mantenimiento, la mejora del bien, la innovación y el desarrollo económico. La titularidad individual permite al propietario un control total y autónomo sobre el bien, con la ventaja de una gestión clara y acceso a financiamiento. Sin embargo, implica asumir todas las responsabilidades y puede limitar recursos en casos de dificultades económicas (Torres, 2020).

La titularidad de la propiedad y la inversión privada en el sector industrial del Perú constituye un elemento crucial para el desarrollo económico y social del país (Cockburn, 2013). La problemática fundamental que afecta a la inversión privada y pública se encuentra en la complejidad del registro de la propiedad, donde se presentan obstáculos significativos en la gestión territorial y el catastro. Las dificultades para registrar la propiedad generan incertidumbre jurídica, lo que repercute negativamente en la inversión y el desarrollo económico, afectando tanto a los propietarios como al Estado (Mujica, 2024).

La investigación de Banu et al., (2020) exploró las barreras institucionales que obstaculizan el desarrollo de competencias políticas y administrativas en las entidades gubernamentales en Brasil, así mismo la investigación de Huertas (2018) destaca la importancia del derecho de titularidad como herramienta clave para combatir la informalidad de los predios en el asentamiento humano "La Pradera" en Chiclayo, de igual forma (Valle, 2017) analizó cómo las barreras burocráticas afectan la formalización de Pymes en el distrito de San Martín de Porres en Lima, encontrando una relación inversa entre ambas, con mayor impacto en la zona comercial, estas investigaciones reafirman que existe una influencia entre las barreras burocráticas.

Por otro lado hay un grupo de investigaciones que se centraron en identificar y analizar las barreras burocráticas presentes en los procesos administrativos (Alejos & Suárez, 2022; Nanquen, 2023) llegando a conclusiones similares en donde los trámites de registro de propiedad sí constituye un impedimento para la inversión privada.

## LAS BARRERAS BUROCRÁTICAS

Son los obstáculos impuestos por procedimientos y reglamentaciones administrativas excesivas o innecesarias que limitan la eficiencia de las organizaciones o el acceso de los individuos y empresas a servicios públicos o mercados. Estas barreras pueden incluir trámites complejos, demoras injustificadas, requisitos de documentación redundantes y tasas exorbitantes (Carrasco, 2023; Guimaray & Romero, 2017).

Las barreras burocráticas no solo impactan en la competitividad y eficiencia de las empresas, sino que también dificultan la entrada de nuevos actores al mercado, limitando la innovación y la diversidad de oferta. Esto es especialmente perjudicial para las pequeñas y medianas empresas [PYMES] que, a menudo, no cuentan con los recursos financieros o humanos para afrontar la complejidad de los trámites, lo que genera desigualdades frente a empresas más grandes y establecidas. En el ámbito público, estas barreras afectan la calidad y accesibilidad de los servicios, provocando ineficiencia en la administración estatal y, en muchos casos, fomentando la corrupción y los sobornos como medio para agilizar procesos.

Para promover un entorno económico más dinámico y equitativo, es fundamental simplificar los procedimientos administrativos y eliminar aquellas barreras que no aportan valor, favoreciendo la transparencia, el acceso a servicios y el crecimiento económico sostenible.

La burocracia y la titularidad de la propiedad han sido ampliamente reconocidas como factores que obstaculizan el desarrollo económico y empresarial a nivel mundial. Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2019), los procedimientos administrativos simplificados y transparentes son cruciales para mejorar el clima de inversión y fomentar el desarrollo económico. El Informe sobre la Competitividad Global del Foro Económico Mundial (Jimenez, 2012; Schwab, 2020) destaca que las economías con menor carga burocrática disfrutaban de mayores niveles de competitividad y atracción de inversiones.

En América Latina, el Banco Interamericano de Desarrollo [BID] (2018) señaló que la región enfrenta desafíos particulares debido a su alta burocracia, lo que limita su capacidad para atraer inversiones significativas y mejorar la competitividad a nivel internacional. Esto indica que la burocracia es un problema que afecta el desarrollo empresarial en muchos países, limitando el crecimiento económico y la creación de empleo.

En el contexto peruano, las barreras burocráticas también son un problema recurrente que afecta la inversión y el desarrollo de pequeñas y medianas empresas, la investigación identificó que las barreras burocráticas constituyen uno de los principales retos para fomentar la inversión, afectando particularmente a regiones con alto potencial económico nacional (Carrasco, 2023; Gamboa, 2013; García, 2022; Penfold, s. f.). La complejidad de los trámites y la percepción de una burocracia ineficiente desalientan tanto a inversionistas locales como extranjeros, a pesar de la posición estratégica y el dinamismo económico de la región.

## **METODOLOGÍA**

### **Diseño de investigación**

La presente investigación adopta un diseño no experimental y transeccional descriptivo-correlacional. Se considera no experimental porque no se realizó ninguna manipulación deliberada de las variables; en su lugar, se observaron y analizaron los fenómenos en su contexto natural. El diseño transeccional permitió la recolección de datos en un momento específico, lo que facilitó la evaluación del impacto de la titularidad de la propiedad y las barreras burocráticas en la inversión privada dentro del sector manufacturero de Arequipa durante un periodo determinado (2024). Además, el carácter explicativo y propositivo permitió establecer la relación existente entre las variables de estudio, identificando patrones y tendencias que permitan comprender el grado de influencia que las barreras burocráticas y la titularidad de la propiedad ejercen sobre la inversión privada en la industria manufacturera de Arequipa.

### **Tipo de investigación**

La investigación fue de tipo básica, ya que se orientó a la generación de conocimiento teórico y empírico que contribuya a la comprensión del fenómeno de estudio, con el objetivo de proponer estrategias y soluciones que faciliten la reducción de barreras burocráticas que promuevan un ambiente más favorable para la inversión privada en la industria manufacturera de la ciudad de Arequipa. Este tipo de investigación busca enriquecer el cuerpo de conocimiento existente y ofrecer propuestas que puedan ser aplicadas para mejorar el desempeño económico de la región.

### **Nivel de investigación**

El alcance de investigación fue explicativo y propositivo. En la fase explicativa, se buscó identificar y analizar las causas y efectos de la titularidad de la propiedad y las barreras burocráticas sobre la inversión privada en la industria manufacturera de Arequipa, estableciendo relaciones de causalidad entre estas variables. En la fase propositiva, se formularon recomendaciones basadas en los hallazgos obtenidos, las cuales estarán orientadas a la reducción de las barreras burocráticas y al fortalecimiento de la titularidad de la propiedad como un factor clave para impulsar la inversión privada en el sector manufacturero.

### **Enfoque de la investigación**

El enfoque de la investigación fue cuantitativo, ya que se basa en la recolección y análisis de datos numéricos para medir y evaluar objetivamente las relaciones entre las variables de estudio. Este enfoque permite obtener resultados precisos, objetivos y generalizables que reflejen el impacto de la titularidad de la propiedad y las barreras burocráticas en la inversión privada. Para la recolección de datos, se emplearon técnicas como que permitieron el uso de análisis estadísticos para identificar patrones, tendencias y relaciones significativas entre las variables.

La utilización de herramientas estadísticas permitió el análisis riguroso de los datos, utilizando pruebas de correlación, regresión y análisis factorial, para comprender el grado de influencia de las variables estudiadas. Este enfoque cuantitativo es fundamental para validar las hipótesis planteadas y proporcionar una base sólida para la formulación de conclusiones y recomendaciones basadas en evidencia.

## **POBLACIÓN Y MUESTRA**

En el contexto de Arequipa y dado el tipo de investigación se decidió enfocarse en el sector económico estratégico correspondiente a la industria manufacturera.

El sector manufacturero puede incluir desde la producción de textiles hasta la manufactura de alimentos, donde las PYMES juegan un papel crucial en las cadenas de suministro locales y regionales.

La manufactura en Arequipa incluye una variedad de industrias como textiles, alimentos y bebidas, y productos metálicos. La participación de este sector en el PBI regional suele estar entre el 15% y el 20%.



Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) 2022, en el “V Censo Nacional Económico 2022” Arequipa cuenta con 205 empresas activas y registradas en SUNAT, dedicadas al sector manufacturero.

Por muestreo no probabilístico por conveniencia se determinó una muestra de 105 empresas.

## DESARROLLO

El problema de la titularidad y formalización de la propiedad tiene una connotación profunda que va más allá de los trámites legales, evidenciando las dificultades estructurales y burocráticas que limitan la capacidad de inversión y expansión económica. Las barreras burocráticas que emergen del sistema de registro de la propiedad han tenido un impacto directo en la inversión privada, dificultando el crecimiento y la sostenibilidad de las PYMES en Arequipa.

En el año 2024, la persistencia de deficiencias en el sistema de registro de propiedad administrado por la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos (SUNARP), en coordinación con Bienes Nacionales y el Organismo de Formalización de la Propiedad Informal (COFOPRI), ha sido un factor que ha contribuido a las barreras que enfrentan las empresas para asegurar la titularidad de sus propiedades, limitando así la inversión y el desarrollo económico y social de la región.

La superposición de funciones entre estas entidades, sino también la falta de coordinación y la consecuente duplicidad de esfuerzos que generan incertidumbre jurídica. Este panorama burocrático se traduce en un sistema que dificulta el proceso de formalización y registro de la propiedad, elevando considerablemente los costos y tiempos de procesamiento. Las trabas burocráticas, por su parte, se convierten en un reflejo de las desigualdades de poder y acceso a recursos, ya que las PYMES, que constituyen un importante motor económico en Arequipa, encuentran limitaciones significativas para acceder a mercados más amplios y asegurar su expansión. En este sentido, las barreras no sólo afectan el acceso a la titularidad legal de la propiedad, sino que también perpetúan las desigualdades en el acceso a oportunidades económicas y de desarrollo, lo cual tiene implicaciones de largo alcance para el crecimiento y la sostenibilidad de las PYMES.

El impacto de estas barreras burocráticas es profundo y multifacético; las barreras burocráticas y la incertidumbre jurídica no solo inhiben el crecimiento de las empresas, sino que también reflejan y refuerzan un sistema económico que dificulta la movilidad social y la distribución equitativa de los recursos, limitando las oportunidades de las PYMES para contribuir al desarrollo económico y social de Arequipa.

Para abordar esta problemática, es imperativo plantear una reforma integral del sistema registral que no solo elimine la redundancia de procesos, sino que también promueva una coordinación más efectiva entre la SUNARP, COFOPRI y Bienes Nacionales. La adopción de tecnologías modernas que agilicen y transparenten los procedimientos de registro de propiedad podría constituir un paso crucial para transformar las dinámicas burocráticas actuales. La implementación de un sistema de registro más eficiente y accesible permitiría un mayor acceso a la titularidad de la propiedad, lo que fomentaría un entorno más favorable para el crecimiento de las PYMES y facilitaría la inversión en sectores clave.

## RESULTADOS

### Prueba de normalidad

En el análisis de las variables se evaluó la normalidad con el estadístico de Kolmogorov Smirnov.

**Tabla 1. Prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov**

	Estadístico	Sig.
Titularidad de la propiedad	0.076	0.0007
Recaudación de barreras burocráticas	0.073	0.012

La Tabla 1 presenta la prueba estadística de Kolmogorov Smirnov se eligió por el tamaño de muestra mayor a 50, considerando que el valor de sig. bilateral debe ser mayor a 0.05 para que los datos sigan una distribución normal. Para

las variables, se comprobó que el nivel de significancia es menor a 0.05 en ambas variables; por lo tanto, se infiere que ambas variables no siguen una distribución normal y se empleó el coeficiente de correlación de Spearman.

**Tabla 2. Correlación entre la titularidad de la propiedad y la reducción de barreras burocráticas en las empresas de la industria manufacturera de Arequipa en 2024**

			Titularidad de la propiedad	Reducción de barreras burocráticas
<b>Rho de Spearman</b>	Titularidad de la propiedad	Coefficiente de correlación	1,000	0,742**
		Sig. (bilateral)	.	0,000
		N	105	105
	Reducción de barreras burocráticas	Coefficiente de correlación	0,742**	1,000
		Sig. (bilateral)	0,000	.
		N	105	105

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

En la Tabla 2 se realizó la prueba no paramétrica rho de Spearman para determinar la relación entre las variables de titularidad de la propiedad y la reducción de barreras burocráticas. Se puede observar que existe una relación significativa (Rho=0.742; p<0.05).

**Tabla 3. Relación de la titularidad de la propiedad y la eficiencia operativa en las empresas de la industria manufacturera de Arequipa en 2024**

			Titularidad de la propiedad	Eficiencia operativa
<b>Rho de Spearman</b>	Titularidad de la propiedad	Coefficiente de correlación	1,000	0,603**
		Sig. (bilateral)	.	0,000
		N	105	105
	Eficiencia operativa	Coefficiente de correlación	0,603**	1,000
		Sig. (bilateral)	0,010	.
		N	105	105

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

En la Tabla 3 se presenta la prueba no paramétrica rho de Spearman para determinar la relación entre las dimensiones *eficiencia operativa* y *titularidad de la propiedad*. Se puede observar que existe una relación significativa (Rho=0.603; p<0.05).

**Tabla 4. Relación de la titularidad de la propiedad y la regulación y restricciones en las empresas de la industria manufacturera de Arequipa en 2024**

			Titularidad de la propiedad	Regulación y restricción
<b>Rho de Spearman</b>	Titularidad de la propiedad	Coefficiente de correlación	1,000	-0,845**
		Sig. (bilateral)	.	0,000
		N	105	105
	Regulación y restricción	Coefficiente de correlación	-0,845**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	105	105

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

En la Tabla 4 se presentan los resultados de la prueba no paramétrica rho de Spearman para determinar la relación entre la dimensión *regulación y restricciones* y *titularidad de la propiedad*. Se puede observar que existe una relación significativa e inversa (Rho= -0.845; p<.05).

**Tabla 5. Relación de la titularidad de la propiedad y el costo de capital en las empresas de la industria manufacturera de Arequipa en 2024**

		Titularidad de la propiedad	Costo de capital
<b>Rho de Spearman</b>	Titularidad de la propiedad	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,000
		N	105
	Costo de capital	Coefficiente de correlación	0,512**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	105

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

En la Tabla 5 se presentan los resultados de la prueba no paramétrica rho de Spearman para determinar la relación entre el costo de capital y titularidad de la propiedad. Se puede observar que existe una relación significativa y directa (Rho=0.512;  $p < .05$ ).

## DISCUSIÓN

El presente estudio confirma que la titularidad de la propiedad juega un papel fundamental en la reducción de las barreras burocráticas que afectan a la inversión privada en las PYMES de Arequipa. Con un coeficiente de determinación de 0.3906, nuestros resultados sugieren que aproximadamente el 39.06% de la variabilidad en la reducción de barreras burocráticas puede explicarse por la titularidad de la propiedad. Esto significa que las PYMES que cuentan con una titularidad de propiedad clara y formalizada tienen mayor facilidad para acceder a servicios financieros, operar de manera eficiente y superar los obstáculos burocráticos que tradicionalmente afectan su desarrollo.

La correlación positiva encontrada entre la titularidad de la propiedad y la eficiencia operativa de las PYMES muestra que cuando las empresas tienen seguridad jurídica sobre sus activos, pueden invertir en su crecimiento, acceder a financiamiento y adaptarse mejor a las regulaciones. Esta relación es consistente con las teorías de los derechos de propiedad de Hernando de Soto (2000), quien afirma que la seguridad en la titularidad es un pilar fundamental para el desarrollo económico, pues permite la conversión de activos en capital que puede utilizarse para el crecimiento empresarial.

Los resultados obtenidos en este estudio se alinean con los hallazgos de Valle Montalva (2017), quien identificó que la titularidad de la propiedad tiene un impacto significativo en la formalización de las PYMES, reduciendo los obstáculos burocráticos y facilitando la expansión de estas empresas. Asimismo, nuestro estudio reafirma los hallazgos de Huertas (2018), que también señaló la importancia de la titularidad de la propiedad para combatir la informalidad y promover el crecimiento económico en contextos locales.

Sin embargo, en contraste con la perspectiva de Traverso (2015), que indica que la burocracia excesiva en Chile durante las reformas de los años 1880 fue un mecanismo para controlar el desarrollo económico, nuestros resultados sugieren que, en el contexto peruano, la burocracia actúa más como una barrera que impide el acceso a recursos y oportunidades de crecimiento para las PYMES. Este contraste evidencia la necesidad de entender cómo la burocracia y la titularidad de la propiedad operan de manera diferente en distintos contextos económicos y culturales.

Además, nuestro estudio amplía los hallazgos de estudios como el de Nanquen (2023), al demostrar que la reducción de las barreras burocráticas no solo mejora la eficiencia operativa de las PYMES, lo que ocasiona un impacto directo en la capacidad de las empresas para acceder a mercados y financiamiento. Esto es particularmente relevante para sectores como la minería, manufactura y agricultura, donde los procesos burocráticos se han convertido en obstáculos significativos para la inversión privada.

Teóricamente, estos resultados refuerzan la importancia de los derechos de propiedad en el marco de las teorías de desarrollo económico, ya que evidencian cómo la titularidad de la propiedad influye directamente en la capacidad de las PYMES para acceder a recursos y crecer en un entorno económico competitivo. El enfoque de Coase (1960) sobre la reducción de costos de transacción a través de derechos de propiedad bien definidos es evidente en este estudio, pues la titularidad de la propiedad permite a las PYMES sortear obstáculos burocráticos y minimizar el tiempo y costos asociados con trámites innecesarios.

En términos prácticos, los hallazgos sugieren que una reforma en el sistema registral, tal como se propone en este estudio, podría mejorar significativamente el entorno empresarial en Arequipa, facilitando la inversión privada y el crecimiento económico de las PYMES. La implementación de tecnologías modernas y la mejora de la coordinación entre las entidades encargadas de la titularidad de la propiedad (SUNARP, COFOPRI y Bienes Nacionales) son pasos necesarios para agilizar y transparentar los procesos registrales.

Los resultados de este estudio tienen importantes implicaciones para el desarrollo económico y la política pública en la región de Arequipa y Perú en general. En primer lugar, la clara relación entre la titularidad de la propiedad y la reducción de barreras burocráticas implica que una reforma integral del sistema registral no solo beneficiaría a las PYMES, sino que también fomentaría la inversión privada, impulsando el crecimiento económico local y regional.

En segundo lugar, estos hallazgos tienen un impacto significativo en la forma en que los gobiernos y las instituciones deben abordar las políticas de formalización de la propiedad. Al mejorar la seguridad jurídica y la accesibilidad de la titularidad de la propiedad, se pueden reducir los costos y el tiempo asociado con los trámites burocráticos, facilitando así la formalización de las PYMES y la creación de un entorno más favorable para la inversión y el desarrollo empresarial.

## CONCLUSIONES

Primera: La reducción de barreras burocráticas afecta a la titularidad de la propiedad en las PYMES de Arequipa, con un impacto del 39.06% en el coeficiente de determinación. Esto mejora el acceso a servicios financieros y legales, y es crucial para su desarrollo.

Segunda: Las PYMES en Arequipa enfrentan dificultades para formalizar su titularidad, lo que limita su acceso a financiamiento y recursos esenciales para su crecimiento.

Tercera: Aunque la simplificación y digitalización de trámites han reducido algunas barreras burocráticas, las PYMES aún enfrentan obstáculos significativos, requiriéndose más reformas para mejorar la eficiencia.

Cuarta: Existe una relación positiva entre la titularidad clara de la propiedad y la eficiencia operativa en las PYMES de Arequipa, ya que disminuye los riesgos legales y permite una mejor planificación de recursos.

Quinta: Una titularidad bien definida facilita el cumplimiento de regulaciones y reduce los costos y tiempos asociados a la gestión de trámites, evitando posibles sanciones.

Sexta: Para reducir las barreras burocráticas en la titularidad de la propiedad, se propone simplificar y digitalizar los procesos de registro, además de ofrecer programas de capacitación y apoyo a las PYMES para fomentar la formalización.

## REFERENCIAS

- Alejos, Ó., & Suárez, A. (2022). Las barreras del procedimiento de eliminación de barreras burocráticas para acceder al mercado. Una revisión del modelo de control administrativo. *Rev. Digital de Derecho Admin.*, 28, 201.
- Banu, N., Patel, M., Ali, M. D., & Ahmad, A. (2020). Assessing the perceptions and practice of self-medication among Saudi undergraduate pharmacy students. *International Journal of Pharmaceutical Research*, 12, 2828-2835. Scopus. <https://doi.org/10.31838/ijpr/2020.SP2.171>
- BID. (2018). *Informe de Sostenibilidad del BID: 2018*. Inter-American Development Bank.
- Carrasco, A. (2023, diciembre 11). Barreras burocráticas: ¿Por qué son un obstáculo y cuál es su impacto económico? *La Cámara*. <https://lacamara.pe/barreras-burocraticas-por-que-son-un-obstaculo-y-cual-es-su-impacto-economico/>
- Chávez Nanquen, O. (2023). *Barreras burocráticas del proceso administrativo en una municipalidad distrital en el año 2023*.
- Cockburn, J. C. (2013). *Titulación masiva de tierras en el Perú 2007-2011. Contexto y resultados*. [https://www.lincolninst.edu/sites/default/files/pubfiles/calderon-wp14jc3sp-full\\_0.pdf](https://www.lincolninst.edu/sites/default/files/pubfiles/calderon-wp14jc3sp-full_0.pdf)
- De Soto, H. (2000). *El misterio del capital*. Planeta de libros. <https://www.planetadelibros.com.pe/libro-el-misterio-del-capital/294679>
- Gamboa Vilela, P. V. (2013). *Análisis de las funciones del Indecopi a la luz de las decisiones de sus órganos resolutivos Eliminación de Barreras Burocráticas*. 978-9972-664-31-1. <http://isbn.bnpp.gob.pe/>
- García, J. (2022, septiembre 8). *Eliminación de barreras burocráticas: Conceptos básicos*. LP. <https://lpderecho.pe/eliminacion-barreras-burocraticas-conceptos-basicos/>
- Guimaray, A., & Romero, Y. (2017). *Manual sobre prevención y eliminación de barreras burocráticas (INDECOPI)*. <https://www.indecopi.gob.pe/documents/20182/0/barreras+vol+1.pdf/eee38b85-5dd9-b947-ea26-533c6cdb4d10>

- Huertas, C. A. C. (2018). Derecho de titularidad frente a la informalidad de predios en el asentamiento humano la pradera Chiclayo 2016. *Epistemia*, 2(1), Article 1. <https://doi.org/10.26495/re.v2i1.798>
- Jiménez, J. (2012). La concretización de la Tutela Efectiva en los Procedimientos de Eliminación de Barreras Burocráticas: A propósito de la conducta de determinadas entidades públicas por mantener Barreras de Acceso al Mercado. *Revista de Derecho Administrativo*, 11, 357-365.
- Mujica, J. (2024). *La titularidad de la propiedad y la reducción de las barreras burocráticas para la inversión privada en las pymes de arequipa 2024* [Tesis Doctoral]. Universidad de San Martín de Porres.
- OCDE. (2019). *Estrategia de Competencias de la OCDE 2019 Competencias para contruir un mejor fututo* (2019.a ed.). OECD Publishing.
- Penfold, M. (s. f.). *Barreras administrativas e inversión privada en la región andina: Retos y oportunidades*.
- Schwab, K. (2020). *Global Competitiveness Report 2020*. Foro Económico Mundial. <https://es.weforum.org/publications/the-global-competitiveness-report-2020/>
- Svampa, M. (2021). *Debates latinoamericanos: Indianismo, desarrollo, dependencia y populismo*. Edhasa. [https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=-FbAEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=Svampa,+M.+\(2019\).+Debat+es+latinoamericanos:+Indianismo,+desarrollo,+dependencia+y+populismo.+Edhasa.&ots=eXUmotcol2&sig=aSkRLmbVukV1IRw4v2zvfpUZJcE](https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=-FbAEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=Svampa,+M.+(2019).+Debat+es+latinoamericanos:+Indianismo,+desarrollo,+dependencia+y+populismo.+Edhasa.&ots=eXUmotcol2&sig=aSkRLmbVukV1IRw4v2zvfpUZJcE)
- Torres, A. (2020). *Clasificación de la propiedad*. <https://lpderecho.pe/clasificacion-propiedad-derechos-reales/>
- Traverso, D. B. (2015). Bureaucratic features of the administrative reforms in Chile in the 1880s. *Historia Critica*, 2015(56), 61-84. Scopus. <https://doi.org/10.7440/histcrit56.2015.03>
- Valle Montalva, M. A. E. (2017). *Barreras burocráticas y formalización de las pymes en la municipalidad de San Martín de Porres, 2016* [Tesis Doctoral, Universidad Cesar Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/9123>

# POLÍTICAS PÚBLICAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SU CORRELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL “EDGARDO REBAGLIATI MARTINS” 2021 - 2023

## PUBLIC POLICIES OF THE QUALITY MANAGEMENT SYSTEM AND ITS INFLUENCE ON THE SATISFACTION OF THE PLASTIC SURGERY SERVICE OF THE “EDGARDO REBAGLIATI MARTINS” HOSPITAL 2021 - 2023

Recibido: 3 de junio de 2024 | Aprobado: 11 de diciembre de 2024

ENRIQUE A. CHAU RAMOS\*

### RESUMEN

Esta investigación analiza la correlación de las *Políticas del Sistema de Gestión de Calidad en Salud* sobre la satisfacción de las personas, respecto al servicio de cirugía plástica reconstructiva que se brinda en el hospital “Edgardo Rebagliati Martins”, en el periodo del 2021 - 2023. Para esto, se aplican encuestas a una muestra de 494 personas que recibieron dicho servicio y se examina la relación entre dichas políticas y las dimensiones de la satisfacción de los usuarios como el trato profesional, la información, el resultado de la gestión, el tiempo, la accesibilidad del servicio, la confianza y los aspectos tangibles que involucra servicio. Los resultados de esta investigación evidencian que las *Políticas del Sistema de Gestión de Calidad en Salud* están correlacionadas significativamente en la satisfacción de las personas que acceden al servicio, principalmente, en el trato profesional y la información que se brinda en la atención; no obstante, en los aspectos tangibles que involucra el servicio, se muestra una correlación baja.

**Palabras claves:** políticas, sistema de calidad de salud, calidad de servicios, satisfacción de usuarios

### ABSTRACT

This research analyzes the influence of the Health Quality Management System Policies on people’s satisfaction, in relation to the reconstructive plastic surgery service provided at the “Edgardo Rebagliati Martins” hospital, in the period 2021 - 2023. For this, surveys are applied to a sample of 494 people who received said service and the relationship between said policies and the dimensions of user satisfaction such as professional treatment, information, management results, time, service accessibility, trust and tangible aspects involving service is examined. The results of this research show that the Health Quality Management System Policies significantly influence the satisfaction of people who access the service, mainly in the professional treatment and information provided in the care; however, in the tangible aspects involving the service, a low correlation is shown.

**Keywords:** policies, Health quality system, quality of services, user satisfaction

\* Doctor en Gobierno y Política Pública.  
IGGP.USMP.  
Cirujano Plástico Reconstructivo.  
UNMSM  
[eachaur@gmail.com](mailto:eachaur@gmail.com)  
ORCID: 0000-0003-1482-2614

## INTRODUCCIÓN

En el Perú, en el marco de la *Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2030*, uno de los principales problemas del quehacer del Estado peruano es que los bienes, servicios y regulaciones no satisfacen las necesidades y expectativas de las personas (PCM, 2022). Es decir, las políticas públicas no están cumpliendo sus objetivos, lo cual dificulta la mejora de las condiciones de vida de las personas y, consecuentemente, su bienestar general en el largo plazo.

Esta situación, se replica en el sector salud, donde los problemas de cobertura y calidad son los más recurrentes. En el 2019, el Instituto de Estudios Peruanos evidenció que los niveles de satisfacción sobre los servicios de salud han ido empeorando en los últimos años. En el año 2012, solo el 39% de los encuestados estaba satisfecho con los servicios de salud y, para el año 2019, este porcentaje disminuyó al 31%. Asimismo, en comparación con los países de América Latina, en el Perú se está menos satisfecho que en países como Guatemala y un poco más satisfechos que Colombia, con un 30%. La encuesta arroja que los más insatisfechos son quienes poseen mejor nivel educativo, viven en Lima Metropolitana y desempeñan un rol de estudiantes. Al lado de la insatisfacción por los servicios de salud, según el *Latinobarómetro 2020*, también se observa que los peruanos consideran el acceso a la salud como injusta (52.7%) y muy injusta (23.6%). Entre las principales razones que originan este escenario tenemos el inadecuado diseño de las intervenciones públicas y la limitada capacidad interna de los establecimientos de salud para gestionar los procesos de producción y provisión pública.

Un ejemplo de esta realidad es la que se presenta en el hospital nacional “Edgardo Rebagliati Martins”, específicamente, en lo relacionado al servicio de cirugía plástica reconstructiva, el cual cuenta con más de 50 años de antigüedad. En este servicio, se perciben problemas como la demora en la atención de los usuarios debido a los engorrosos procedimientos que se aplican para su acceso, así como la ausencia de personal para cubrir la demanda creciente. Asimismo, se observa que para agendar una cita se solicitan gastos innecesarios y no se brindan facilidades a los usuarios que provienen del interior del país. En general, esta situación configura la insatisfacción de las personas que acceden a dicho servicio.

En ese marco, el presente artículo tiene como objetivo general determinar cómo influyen las políticas del Sistema de Gestión de Calidad de Salud en la satisfacción de las personas respecto a la provisión del servicio de cirugía plástica reconstructiva del hospital “Edgardo Rebagliati Martins” en el periodo 2021 - 2023. Para ello se proponen los siguientes objetivos específicos:

- Analizar la correlación de las políticas públicas del Sistema de Gestión de Calidad en el trato profesional, respecto de la provisión del servicio de cirugía plástica reconstructiva.
- Identificar la correlación de las políticas públicas del Sistema de Gestión de Calidad en la información suministrada para la provisión del servicio de cirugía plástica reconstructiva.
- Conocer la correlación de las políticas públicas del Sistema de Gestión de Calidad en el tiempo para ser atendido, respecto de la provisión del servicio de cirugía plástica reconstructiva.
- Determinar la correlación de las políticas públicas del Sistema de Gestión de Calidad en el resultado de la gestión, respecto a la provisión del servicio de cirugía plástica reconstructiva.
- Analizar la correlación de las políticas públicas del Sistema de Gestión de Calidad en la accesibilidad del servicio de cirugía plástica reconstructiva.
- Identificar la correlación de las políticas públicas del Sistema de Gestión de Calidad en la confianza de los usuarios respecto de la provisión del servicio de cirugía plástica reconstructiva
- Determinar la correlación de las políticas públicas del Sistema de Gestión de Calidad en Salud en los aspectos tangibles, respecto de la provisión del servicio de cirugía plástica reconstructiva.

Para alcanzar los objetivos propuestos, se ha tomado en cuenta las políticas del MINSA, ente rector en el sector salud, y la metodología de la Secretaría de Gestión Pública de la PCM, unidad de línea rectora en materia de gestión pública en el Perú.

## MARCO TEÓRICO

### Calidad en los servicios de salud

De acuerdo a Donabedian (1980), la calidad de una atención médica debe entenderse como los mayores niveles de logros que proporciona un servicio a los pacientes, con los menores riesgos posibles. Para alcanzar estos niveles es necesario contar con los recursos o elementos necesarios para que la atención cumpla con las necesidades y expectativas de las personas. Asimismo, este autor indica que la calidad puede darse en

tres dimensiones: 1) dimensión técnica; 2) dimensión interpersonal; y, 3) condiciones del ambiente médico. En la dimensión técnica, el servicio de salud esta relacionado con los principios y valores de la medicina y de los procedimientos estipulados para su aplicación, así como para el uso de tecnologías. En cuanto a la dimensión interpersonal, se considera importante la relación médica – paciente, en el marco los principios éticos que orientan la medicina. Y, en relación a las condiciones ambientales, implica estimar las condiciones del lugar para el paciente y la familia que lo acompañe.

A partir de esto, Donabedian plantea una metodología para evaluar la calidad de los servicios públicos, las cuales estructura en 3 componentes: estructura, proceso y resultados. La estructura está relacionada a los aspectos tangibles (equipos, infraestructura y personal). El proceso constituye el conjunto de procedimientos o elementos que toma en consideración para la aplicación de la atención médica; y, el resultado, esta relacionado a la satisfacción que obtiene el paciente con la intervención médica que se le aplica.

Ovretveit (1992) en su investigación “Health Service Quality: An Introduction to Quality Methods for Health Services” considera que la calidad no solo depende de los recursos con los que se cuente sino de la aplicación de los mismos. En esa línea, Berwick (1991) indica que la calidad de las atenciones está relacionada con la aplicación de procedimientos claros y cimentados en la ciencia, lo cual resalta el papel del sistema de salud y su efectividad, vinculado a la percepción que le genera a los pacientes.

Asimismo, Shortell y Kaluzny (2006) destacan que las políticas de calidad en hospitales de alta complejidad mejoran la provisión de servicios, sobre todo, en aquellos relacionados a cirugías, donde la percepción del paciente es crucial y es un indicador de la calidad del servicio.

En ese marco, en el Perú, el antecedente más cercano de la producción de las políticas de calidad comenzó a partir del 2002 con la aprobación de la Ley N° 27658, Ley Marco de la Modernización de la Gestión Pública, donde se establece que la nueva gestión pública tendrá que estar orientada al servicio del ciudadano y la obtención de resultados. A partir de allí, se construyó la *Estrategia de Modernización de la Gestión Pública 2012-2016*, la cual orientó al proceso de modernización al bienestar de los ciudadanos y al acceso de servicios de calidad.

Para el 2013, el Estado peruano aprueba la *Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021*, permitiendo avances y logros en la calidad como política pública. También se aplica la Primera Encuesta Nacional de Satisfacción Ciudadana (2017); se crea la Subsecretaría de Calidad de Atención al Ciudadano (2017); se aprueba la normativa técnica para la implementación de la gestión por procesos (2018); se aprueba la *Normativa Técnica para la Gestión de la Calidad de Servicios en el Sector Públicos* (2019); se aplica la Segunda Encuesta Nacional de Satisfacción Ciudadana (2019); se dan disposiciones para la gestión de reclamos en las entidades de la Administración Pública (2020); y en el 2021 se aprueba la normativa técnica para la gestión de reclamos y se mejora la *Normativa Técnica para la Gestión de la Calidad de Servicios en el Sector Público* (SGP, 2021).

Específicamente, en el ámbito de la salud, la Dirección de Calidad en Salud del MINSA estableció un sistema de gestión de la calidad como el conjunto de elementos que actúan de manera integrada para conducir, regular y ofrecer asistencia técnica a los aspectos de la salud, mejorando la planificación, organización, garantías e información, con una orientación a una cultura de calidad. A partir de allí, la Dirección de Calidad en Salud estableció las siguientes políticas:

- Políticas con relación a las personas: provisión de servicios de salud, acceso a los mecanismos de atención al usuario.
- Política con relación a los trabajadores: cultura de la calidad, trabajo en equipo, círculos de calidad.
- Política con relación a las unidades prestadoras de salud: gestión de recursos para la calidad de salud, regulación complementaria en los niveles regionales, evaluación del proceso de atención de salud.
- Política con relación a la sociedad: participación social para la calidad en salud, Involucramiento comunitario para la calidad en salud, Veeduría ciudadana de calidad en salud.

Además, dichas políticas, se vieron reforzadas en el año 2020 con la aprobación de la *Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030* y su *Plan Estratégico Multisectorial*, donde se describen estrategias con la finalidad de maximizar la satisfacción de los usuarios de servicios de salud. Esto se complementa con diferentes normas de gestión de calidad que aprobó el MINSA, las cuales configuran el *Sistema de Gestión de la Calidad*. En la siguiente tabla, se describen cada una de ellas con su denominación, objetivo y elementos aplicativos.



**Tabla 1. Normas del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud**

N°	Norma	Nombre	Objetivo
01	RM N° 068-2017-HNHU-DG	Plan de Mejora Continua y Gestión de la información de la Calidad del HNHU 2017	Establecer acciones de impacto en mejora continua e información para la calidad, para la gestión de la calidad de los procesos del Hospital Nacional Hipólito Unanue a fin de elevar el desempeño organizacional hacia el logro de la satisfacción del paciente y a la implementación de gestión por procesos.
02	RM N° 095-2012/MINSA	Guía Técnica de elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas de la calidad	Brindar al personal de las organizaciones de salud un documento de consulta que provea la metodología para la elaboración de proyectos de mejora de la calidad, así como la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad.
03	RM N° 727-2007/MINSA	Política Nacional de Calidad en Salud	Contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional.
04	RM N° 142-2007/MINSA	Estandares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas neonatales.	Identificar los estándares e indicadores de calidad de los servicios de atención materna perinatal que evalúen los resultados de la implantación de acciones oportunas dirigidas a la mejora continua de la calidad y que contribuya a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.
05	DA N° 123-MINSA/DGSP V.01	Directiva Administrativa para el proceso de Auditoría de Caso de la Calidad de la Atención en Salud.	Mejorar el desarrollo del proceso de auditoría de caso de la calidad de la atención en salud.
06	RM N° 601-2007/MINSA	Plan de Implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Establecer los lineamientos para la implementación de la auditoría de la calidad de atención en salud en las entidades del sector salud.
07	NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01	Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la realización de la auditoría de la calidad de la atención en salud, orientados a estandarizar el trabajo de los auditores en salud y a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud.

**Fuente:** Elaboración propia

De otro lado, desde la Secretaría de Gestión Pública de la PCM se aprobó el “Manual para la implementación de la Norma Técnica para la Gestión de la Calidad de Servicios en el Sector Público”, el cual proporciona un modelo para la gestión de la calidad conforme 6 componentes: 1) conocer las necesidades y expectativas de las personas, 2) identificar el valor del servicio, 3) fortalecer el servicio, 4) medir y analizar la calidad del servicio, 5) liderazgo y compromiso de Alta Dirección y 6) cultura de la calidad del servicio, siendo estos dos últimos transversales, al momento de buscar la mejora de los servicios y bienes. Dentro de este modelo, los conductores son entendidos como aquellos elementos presentes en la provisión de bienes y servicios que impactan en la satisfacción de las necesidades y expectativas de las personas. Tienen atributos de ser universales, aplicables y medibles. Así, entre los conductores más usuales se tiene: a) trato profesional durante la atención, b) información, c) tiempo, d) resultado de la gestión/ entrega, e) accesibilidad y f) confianza.

## Satisfacción de las personas en los servicios de salud

Ana Bowling (2017) en su libro *Patients satisfaction: a key to effective healthcare services*, indica que la satisfacción de un paciente está relacionada a expectativas, experiencias y resultados que son percibidos por los pacientes. En el caso de cirugía plástica reconstructiva, la satisfacción incluye la atención antes, durante y después de la intervención, así como el resultado estético.

Para el MINSA, la satisfacción respecto de los servicios de salud se entiende como el grado de cumplimiento que tiene una organización de salud respecto de las necesidades y expectativas del usuario. Para su medición utiliza la herramienta SERVQUAL (Quality Service), desde donde sugiere la comparación entre las expectativas generales de los usuarios (clientes, usuarios, pacientes, beneficiarios) y sus percepciones respecto al servicio que presta una organización, la cual puede constituir una medida de la calidad del servicio. Asimismo, sugiere 4 dimensiones o criterios de la satisfacción: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles.

Al respecto, la fiabilidad es entendida como la capacidad para cumplir exitosamente con el servicio ofrecido; la capacidad de respuesta como la disposición de servir a los usuarios y proveerles un servicio rápido y oportuno frente a una demanda con una respuesta de calidad y en un tiempo aceptable; la seguridad como la confianza que genera la actitud del personal que brinda la prestación de salud demostrando conocimiento, privacidad, cortesía, habilidad para comunicarse e inspirar confianza; la empatía como la capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra persona y entender y atender adecuadamente las necesidades del otro; y, los aspectos tangibles, como los aspectos físicos que el usuario percibe de la institución, los cuales están relacionados con las condiciones y la apariencia física de las instalaciones, equipos, personal, material de comunicación, limpieza y comodidad.

De otro lado, desde la Secretaría de Gestión Pública de la PCM, responsable de la política de modernización y ente rector del Sistema de Modernización de la Gestión Pública, la satisfacción de las personas se realiza cuando una intervención pública satisface las necesidades y expectativas de las personas que la reciben. Para esto, necesita de elementos clave denominados conductores que impactan en los servicios públicos, como son: Trato profesional durante la atención, información, tiempo, resultados de la gestión, accesibilidad y la confianza (PCM, 2019). Dichos elementos son obligatorios para alcanzar la satisfacción de los ciudadanos, respecto de los servicios que se brinda en la administración pública. A continuación, detallamos cada uno de ellos.

El trato profesional durante la atención se asocia con el cumplimiento de las funciones que asume el servidor público y la reacción que muestra al momento de dar el servicio, por medio de los diferentes canales de atención y de entrega con los que cuenta el hospital. Este elemento comprende el profesionalismo, empatía, equidad en el trato con el individuo al prestar el servicio, entendimiento, entre otros.

En cuanto a la información, este elemento se refiere a la función de brindarla a los individuos usando un lenguaje sencillo, preciso, claro y apropiado, así como a la posibilidad de permitir una comunicación dinámica y transparente sobre los requisitos. Asimismo, está vinculado a oír las necesidades de los individuos, quienes tienen a su disposición el buzón de recomendaciones, libro de reclamaciones, entre otros.

Respecto al tiempo, se hace referencia al lapso que le toma a el individuo recibir atención, partiendo de la espera para ser atendido en los diferentes canales de atención hasta obtener el resultado de la administración, adicional a la cantidad de veces que tuvo que asistir o contactarse con la entidad. Además, estima el cumplimiento de los plazos establecidos.

Lo antes expuesto, es de suma importancia para evaluar los resultados de la gestión que se relaciona directamente con la función de la entidad, partiendo del primer contacto con el individuo hasta la entrega final. El resultado de la administración es dependiente de la aplicación apropiada y eficiente de los métodos y normativa vigente, así como la facilidad con la que los individuos tienen la posibilidad de lograr los requisitos previstos, continuar los pasos asignados por el servicio brindado.

Por otro lado, la accesibilidad tiene que ver con la facilidad para acceder al servicio, en este caso del servicio de cirugía plástica reconstructiva que requiere el individuo. Estos servicios tienen la posibilidad de ser otorgados por medio de los diferentes canales de atención con los que cuenta la entidad pública. Este conductor cuenta con ciertos puntos relevantes a tener en cuenta, como la estabilidad integral donde se brindan o entrega el servicio, disposición de una infraestructura correcta para cada canal de atención, identificación de horarios de atención que permitan a la persona hacer sus consultas y ejecución del servicio.

Finalmente, la confianza, constituye el conductor más sensible, puede verse afectado por pequeños incidentes asociado a lo antes señalado como el trato, la veracidad de la información, el tiempo, entre otros precedentes.

## DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

### Diseño metodológico

La presente investigación tiene como objetivo general determinar cómo influyeron las políticas públicas del *Sistema de Gestión de Calidad de la Salud* en la satisfacción de las personas respecto a la provisión del servicio de cirugía plástica reconstructiva del hospital “Edgardo Rebagliati Martins” en el periodo 2021 - 2023. Para ello se proponen 7 objetivos específicos que buscan conocer la relación de las políticas de calidad en los conductores del servicio de cirugía plástica reconstructiva, los cuales son: trato profesional, información, tiempo, resultado de la gestión, accesibilidad, confianza y aspectos tangibles.

En ese sentido, para lograr dichos objetivos, el diseño metodológico aplicado fue descriptivo y correlacional, pues el principal objetivo fue conseguir nueva información de las variables estudiadas y la relación que puedan tener (Sautu, 2005). La variable independiente de esta investigación es las políticas del sistema de gestión de la calidad en salud y la variable dependiente es la satisfacción de las personas.

De otro lado, la investigación fue no experimental, pues esto supone que las variables independientes no son alteradas intencionalmente para estudiar los efectos que presenta frente a la variable dependiente (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

Asimismo, es de corte transversal, puesto que se basó en la recopilación de datos en un determinado tiempo (Ñaupas, Mejía, Novoa, & Villagómez, 2014). Se utiliza un enfoque cuantitativo, el cual se entiende como una serie de procesos ordenados de manera rigurosa, y parte de una situación problemática, del cual derivan los objetivos que permitirán medir las variables mediante la parte de la estadística (Hernández et al., 2014).

### Diseño muestral

Para la aplicación de encuestas, la muestra estuvo conformada por 494 personas de una población de 920 personas que accedieron al servicio de cirugía plástica reconstructiva en el Hospital “Edgardo Rebagliati Martins” en el periodo 2021-2023. La muestra se obtuvo con la siguiente fórmula:

$$N = \frac{N Z^2 S^2}{d^2 (N-1) + Z^2 S^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población

Z = valor crítico o nivel de confianza

S<sup>2</sup> = varianza de puntajes de satisfacción de estudios previos

d = nivel de precisión absoluta

Además, se aplicaron dos criterios de selección. El primer criterio fue de inclusión y consideró a usuarios externos de ambos sexos y mayores de 18 años de edad al momento que acuden a una atención de salud. El segundo criterio fue de exclusión, enfocándose en el acompañante de los usuarios menores de 18 años y de aquellos que presentan algún tipo de discapacidad por la que no puedan expresar su opinión.

### Técnicas de recolección de datos

Como la investigación pretende describir las variables y sus relaciones en una gran cantidad de personas, la técnica cuantitativa de la encuesta es fue la más adecuada. De esta manera, el cuestionario fue dirigido a usuarios con edades de entre 18 a 60 años que se han realizado por lo menos un procedimiento quirúrgico en el área de cirugía plástica reconstructiva del hospital “Edgardo Rebagliati Martins” el periodo 2022.

Para asegurar la confiabilidad del instrumento, primero se realizó el análisis de ítems obteniendo correlaciones mayores a 0.20, lo cual indica que las preguntas son fiables; luego, se aplicó el Alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0.996, es decir, el instrumento presenta un alto nivel de confiabilidad.

### Técnicas de gestión, y estadísticas para el procesamiento de la información

Para la aplicación de la encuesta, mediante los cuestionarios, se dispuso de un periodo de levantamiento de información de tres meses: enero, febrero y marzo del 2023. Respecto a las técnicas de gestión, se empleó un diagrama de Gantt que consideró la elaboración de los cuestionarios, la consulta a expertos y el plan de aplicación de estos. Para cubrir la muestra y satisfacer las cuotas de los encuestados por sexo, edad y demás ítems se construyó una base de datos de seguimiento en la obtención de la información.

Una vez obtenidos los datos, los procedimientos que se siguieron para el análisis de los resultados fueron los siguientes:

- Primero se creó una base de datos para almacenar y procesar los resultados.
- Una vez creada dicha base se procedió a registrar cada una de las encuestas aplicadas.
- Posteriormente se realizó el análisis descriptivo

### RESULTADOS

Los resultados que se presentan están organizados de acuerdo con la información obtenida en el cuestionario. Se describe así los datos asociados a la variable independiente y dependiente y las relaciones entre éstas.

#### Políticas del Sistema de Gestión de Calidad en Salud

##### Políticas con relación a las personas

Se puede visualizar en la siguiente tabla que para el 50,0% y el 15,2% de los entrevistados en el Hospital, las políticas para garantizar la calidad en salud se perciben como deficientes y muy deficientes respectivamente. De otro lado, hay un porcentaje mínimo de entrevistados que refiere que las políticas para garantizar la calidad en salud son eficientes y muy eficientes siendo este porcentaje 7,9% y el 1,0 % en forma respectiva.

**Tabla 2. Consideración sobre las políticas para garantizar la calidad en los servicios de salud**

	Nivel	N	%
<b>Válido</b>	Muy deficiente	75	15.2
	Deficiente	247	50.0
	Regular	128	25.9
	Eficiente	39	7.9
	Muy eficiente	5	1.0
	Total	494	100.0

Fuente: Elaboración propia

##### Mecanismos de atención en el servicio de cirugía plástica reconstructiva

En la siguiente tabla, para el 49,8% y el 16% de los entrevistados en el hospital, los mecanismos de atención en el servicio de cirugía plástica reconstructiva se perciben como deficientes y muy deficientes respectivamente. De otro lado, hay un porcentaje mínimo de entrevistados que refiere a los mecanismos de atención en el servicio de cirugía plástica reconstructiva como eficiente y muy eficiente siendo este porcentaje 7,9% y el 0,8 % en forma respectiva.

**Tabla 3. Consideración sobre los mecanismos de atención en el servicio de cirugía plástica reconstructiva en el hospital "Edgardo Rebagliati Martins"**

	Nivel	N	%
<b>Válido</b>	Muy deficiente	79	16.0
	Deficiente	246	49.8
	Regular	126	25.5
	Eficiente	39	7.9
	Muy eficiente	4	.8
	Total	494	100.0

Fuente: Elaboración propia

### *Cultura de calidad de servicio*

En la siguiente tabla, para el 50,4 % y el 16,2 % de los entrevistados en el hospital, la cultura de calidad del servicio se percibe como deficientes y muy deficientes respectivamente. Sin embargo, hay un porcentaje mínimo de entrevistados que refiere la cultura de calidad de servicio es eficiente y muy eficiente siendo este porcentaje 7,7% y el 1,4 % en forma respectiva.

**Tabla 4. En el tiempo que estuvo en el hospital “Edgardo Rebagliati Martins” percibió que la cultura de calidad de servicio es:**

	Nivel	N	%
<b>Válido</b>	Muy deficiente	80	16.2
	Deficiente	249	50.4
	Regular	120	24.3
	Eficiente	38	7.7
	Muy eficiente	7	1.4
	Total	494	100.0

Fuente: Elaboración propia

### *Política para garantizar el trabajo en equipo*

En la siguiente tabla para el 49,0 % y el 15,8 % de los entrevistados en el hospital, la política para garantizar el trabajo en equipo, perciben como deficientes y muy deficientes respectivamente. Sin embargo, hay un porcentaje mínimo de entrevistados que refiere la política para garantizar el trabajo en equipo es eficiente y muy eficiente siendo este porcentaje 7,5% y el 1,0 % en forma respectiva.

**Tabla 5. Considera que la política aplicada para garantizar el trabajo en equipo en el servicio de cirugía plástica reconstructiva en el hospital “Edgardo Rebagliati Martins” es:**

	Nivel	N	%
<b>Válido</b>	Muy deficiente	78	15.8
	Deficiente	242	49.0
	Regular	132	26.7
	Eficiente	37	7.5
	Muy eficiente	5	1.0
	Total	493	99.8

Fuente: Elaboración propia

### *Políticas para gestionar los recursos en salud*

En la siguiente tabla para el 50,0 % y el 15,8 % de los entrevistados en el hospital, la política para gestionar los recursos en salud, se percibe como deficientes y muy deficientes respectivamente. Sin embargo, hay un porcentaje mínimo de entrevistados que refiere la política para gestionar los recursos de salud es eficiente y muy eficiente siendo este porcentaje 7,9% y el 1,4% en forma respectiva.

**Tabla 6. En su opinión, las políticas aplicadas para gestionar los recursos en salud funcionan de manera:**

	Nivel	N	%
<b>Válido</b>	Muy deficiente	78	15.8
	Deficiente	247	50.0
	Regular	123	24.9
	Eficiente	39	7.9
	Muy eficiente	7	1.4
	Total	494	100.0

Fuente: Elaboración propia

**Evaluación del proceso de atención**

Para el 50,4 % y el 15,6% de los entrevistados en el hospital, la evaluación del proceso de atención, se percibe como deficiente y muy deficiente respectivamente. Sin embargo, hay un porcentaje mínimo de entrevistados que refiere la evaluación del proceso de atención es eficiente y muy eficiente siendo este porcentaje 7,7% y el 1,6 % en forma respectiva.

**Tabla 7. Considera que la evaluación del proceso de atención en el Hospital “Edgardo Rebagliati Martins” es:**

Nivel		N	%
Válido	Muy deficiente	77	15.6
	Deficiente	249	50.4
	Regular	122	24.7
	Eficiente	38	7.7
	Muy eficiente	8	1.6
	Total	494	100.0

Fuente: Elaboración propia

**Política social para la calidad en salud**

Para el 50,0 % y el 15,8% de los entrevistados en el hospital, la política social para la calidad en salud, se percibe como deficiente y muy deficiente respectivamente. Sin embargo, hay un porcentaje mínimo de entrevistados que refiere a la política social para la calidad en salud es eficiente y muy eficiente siendo este porcentaje 7,5% y el 1,0% en forma respectiva.

**Tabla 8. La política de participación social para la calidad en salud se ejecutan de manera:**

Nivel		N	%
Válido	Muy deficiente	78	15.8
	Deficiente	247	50.0
	qRegular	127	25.7
	Eficiente	37	7.5
	Muy eficiente	5	1.0
	Total	494	100.0

Fuente: Elaboración propia

**Involucramiento de la comunidad en los procesos de calidad**

Para el 50,6 % y el 15,8% de los entrevistados en el hospital, sobre el involucramiento de la comunidad en los procesos de calidad, se percibe como deficiente y muy deficiente respectivamente. Sin embargo, hay un porcentaje mínimo de entrevistados que refiere sobre el involucramiento de la comunidad en los procesos de calidad es eficiente y muy eficiente siendo este porcentaje 7,9% y el 1.4 % en forma respectiva.

**Tabla 9. El hospital “Edgardo Rebagliati Martins” involucra a la comunidad en los procesos de calidad de forma:**

Nivel		N	%
Valido	Muy deficiente	78	15.8
	Deficiente	250	50.6
	Regular	121	24.5
	Eficiente	39	7.9
	Muy eficiente	6	1.4
	Total	494	100.0

Fuente: Elaboración propia

### Política de control social

En la siguiente tabla, el 48.8% y el 15,8% de los entrevistados en el hospital, sobre la política de control social, la percibe como deficiente y muy deficiente respectivamente. Sin embargo, hay un porcentaje mínimo de entrevistados que refiere a la política de control social es eficiente y muy eficiente siendo este porcentaje 8.5% y el 1.2% en forma respectiva.

**Tabla 10. Considera que, la política de control social aplicada en el hospital “Edgardo Rebagliati Martins” es:**

Nivel		N	%
Válido	Muy deficiente	78	15.8
	Deficiente	241	48.8
	Regular	127	25.7
	Eficiente	42	8.5
	Muy eficiente	6	1.2
	Total	494	100.0

Fuente: Elaboración propia

### Satisfacción de las personas en el hospital “Edgardo Rebagliati Martins”

A continuación, se muestran los resultados referentes a la satisfacción de las personas, y sus dimensiones, según los entrevistados que, recibieron el servicio de cirugía plástica - reconstructiva en el año 2022.

### Actitud del personal de servicio de cirugía plástica

En la siguiente tabla, para el 48.6 % y el 16 % de los entrevistados en el hospital, sobre la actitud del personal de servicio de cirugía plástica, expresaron sentirse insatisfecho y muy insatisfecho respectivamente. Sin embargo, hay un porcentaje mínimo de entrevistados que refiere a la actitud del personal de servicio de cirugía plástica expresaron sentirse satisfecho y muy satisfecho siendo este porcentaje 9.3 % y el 1.2% en forma respectiva.

**Tabla 11. Respecto a la actitud de personal del servicio de cirugía plástica reconstructiva en el hospital “Edgardo Rebagliati Martins”, la considera como:**

Nivel		N	%
Válido	Muy insatisfecho	79	16.0
	Insatisfecho	240	48.6
	Regular	123	24.9
	Satisfecho	46	9.3
	Muy satisfecho	6	1.2
	Total	494	100.0

Fuente: Elaboración propia

### Profesionalismo en el personal de servicio de cirugía plástica

En la siguiente tabla, para el 47.6 % y el 15.8 % de los entrevistados en el hospital, sobre el profesionalismo en el servicio de cirugía plástica, expresaron sentirse insatisfecho y muy insatisfecho respectivamente. Sin embargo, hay un porcentaje mínimo de entrevistados que refiere al profesionalismo en servicio de cirugía plástica expresaron sentirse satisfecho y muy satisfecho siendo este porcentaje 9.1 % y el 1.8% en forma respectiva.

**Tabla 12. El profesionalismo mostrado por el personal del servicio de cirugía plástica reconstructiva en el hospital es:**

	Nivel	N	%
<b>Válido</b>	Muy insatisfecho	78	15.8
	Insatisfecho	235	47.6
	Regular	127	25.7
	Satisfecho	45	9.1
	Muy satisfecho	9	1.8
	Total	494	100.0

Fuente: Elaboración propia

### *Información sobre los tramites en el servicio de cirugía*

En la siguiente tabla, para el 49.6% y el 15.4% de los entrevistados en el hospital, sobre la información de trámites en el servicio de cirugía recibida servicio de cirugía plástica, se considera que esta insatisfecho y muy insatisfecho respectivamente. Asimismo, hay un porcentaje mínimo de entrevistados que refiere a la información sobre los tramites en servicio de cirugía plástica se considera satisfecho y muy satisfecho siendo este porcentaje 8.9 % y el 1.0 % en forma respectiva.

**Tabla 13. La información que recibió sobre el estado del trámite en el servicio de cirugía plástica - reconstructiva es:**

	Nivel	N	%
<b>Válido</b>	Muy insatisfecho	76	15.4
	Insatisfecho	245	49.6
	Regular	124	25.1
	Satisfecho	44	8.9
	Muy satisfecho	5	1.0
	Total	494	100.0

Fuente: Elaboración propia

### *Veracidad de la información*

En la siguiente tabla, para el 49.2 % y el 15.2 % de los entrevistados en el hospital, sobre la veracidad de la información, se considera que esta insatisfecho y muy insatisfecho respectivamente. Sin embargo, hay un porcentaje mínimo de entrevistados que refiere a la veracidad de la información se considera satisfecho y muy satisfecho siendo este porcentaje 8.7 % y el 1.2 % en forma respectiva.

**Tabla 14. Respecto a la veracidad de la información recibida en el servicio de cirugía plástica - reconstructiva en el Hospital "Edgardo Rebagliati Martins", la considera como:**

	Nivel	N	%
<b>Válido</b>	Muy insatisfecho	75	15.2
	Insatisfecho	243	49.2
	Regular	127	25.7
	Satisfecho	43	8.7
	Muy satisfecho	6	1.2
	Total	494	100.0

Fuente: Elaboración propia

### *Tiempo de atención en el servicio de cirugía plástica*

En la siguiente tabla, para el 52.6 % y el 15.8 % de los entrevistados en el hospital, sobre e tiempo de espera para ser atendido en el servicio de cirugía plástica, se considera insatisfecho y muy insatisfecho respectivamente.



Sin embargo, hay un porcentaje mínimo de entrevistados que refiere al tiempo de espera para ser atendido en el servicio de cirugía plástica se considera satisfecho y muy satisfecho siendo este porcentaje 8.1% y el 1.2% en forma respectiva.

**Tabla 15. El tiempo de atención recibido en el servicio de cirugía plástica - reconstructiva en el hospital “Edgardo Rebagliati Martins”, lo considera como:**

Nivel		N	%
Válido	Muy insatisfecho	78	15.8
	Insatisfecho	257	52.0
	Regular	113	22.9
	Satisfecho	40	8.1
	Muy satisfecho	6	1.2
	Total	494	100.0

Fuente: Elaboración propia

#### *Gastos adicionales realizados luego de la atención en servicio de cirugía*

En la siguiente tabla, para el 50.2% y el 15.6% de los entrevistados en el hospital, sobre los gastos adicionales realizados luego de la atención en el servicio de cirugía plástica, expresaron sentirse insatisfecho y muy insatisfecho respectivamente. Sin embargo, hay un porcentaje mínimo de entrevistados que refiere a los gastos adicionales realizados luego de la atención en el servicio de cirugía plástica considera que están satisfecho y muy satisfecho siendo este porcentaje 7.9 % y el 1.8 % en forma respectiva.

**Tabla 16. Sobre los gastos adicionales realizados luego de la atención en servicio de cirugía plástica reconstructiva en el hospital “Edgardo Rebagliati Martins”**

Nivel		N	%
Válido	Muy insatisfecho	77	15.6
	Insatisfecho	248	50.2
	Regular	121	24.5
	Satisfecho	39	7.9
	Muy satisfecho	9	1.8
	Total	494	100.0

Fuente: Elaboración propia

#### *Formularios y requisitos solicitados*

En la siguiente tabla, para el 51.2% y el 16.0% de los entrevistados en el hospital, sobre los formularios y requisitos solicitados en el servicio de cirugía plástica, expresaron sentirse insatisfecho y muy insatisfecho respectivamente. Sin embargo, hay un porcentaje mínimo de entrevistados que refiere los formularios y requisitos solicitados en el servicio de cirugía plástica considera que están satisfecho y muy satisfecho siendo este porcentaje 7.9% y el 1.4% en forma respectiva.

**Tabla 17. Respecto a la sencillez de los formularios y requisitos solicitados en el servicio de cirugía plástica reconstructiva, los considera como:**

	Nivel	N	%
<b>Válido</b>	Muy insatisfecho	79	16.0
	Insatisfecho	253	51.2
	Regular	116	23.5
	Satisfecho	39	7.9
	Muy satisfecho	7	1.4
	Total	494	100.0

Fuente: Elaboración propia

### *Canales de atención de servicio de cirugía*

En la siguiente tabla, para el 51.2 % y el 15.4 % de los entrevistados en el hospital, sobre los canales de atención de servicio de cirugía plástica, expresaron sentirse insatisfecho y muy insatisfecho respectivamente. Sin embargo, hay un porcentaje mínimo de entrevistados que refiere sobre los canales de atención de servicio de cirugía plástica, considera que están satisfecho y muy satisfecho siendo este porcentaje 7.3% y el 2.6% en forma respectiva.

**Tabla 18. Sobre la variedad en los canales de atención del servicio de cirugía plástica reconstructiva en el hospital "Edgardo Rebagliati Martins", los considera como:**

	Nivel	Frequency	Percent
<b>Válido</b>	Muy insatisfecho	76	15.4
	Insatisfecho	253	51.2
	Regular	116	23.5
	Satisfecho	36	7.3
	Muy satisfecho	13	2.6
	Total	494	100.0

Fuente: Elaboración propia

### *Trámites durante el servicio de cirugía*

En la siguiente tabla, para el 52.0 % y el 16 % de los entrevistados en el hospital, sobre los tramites durante el servicio de cirugía plástica, expresaron sentirse insatisfecho y muy insatisfecho respectivamente. Sin embargo, hay un porcentaje mínimo de entrevistados que refiere sobre los tramites durante el servicio de cirugía plástica, considera que están satisfecho y muy satisfecho siendo este porcentaje 7.7% y el 1.0% en forma respectiva.

**Tabla 19. Los trámites durante el servicio de cirugía plástica reconstructiva del hospital "Edgardo Rebagliati Martins", los considera como:**

	Nivel	N	%
<b>Válido</b>	Muy insatisfecho	79	16.0
	Insatisfecho	257	52.0
	Regular	115	23.3
	Satisfecho	38	7.7
	Muy satisfecho	5	1.0
	Total	494	100.0

Fuente: Elaboración propia

### *Aspectos tangibles*

En la siguiente tabla, para el 7.9 % de los entrevistados en el hospital, sobre los carteles, letreros o flechas del establecimiento en servicio de cirugía plástica, expresaron sentirse insatisfechos. Sin embargo, hay un porcentaje

alto de entrevistados que refiere los carteles, letreros o flechas del establecimiento en servicio de cirugía plástica, considera que están satisfecho y muy satisfecho siendo este porcentaje 56.7 % y el 12.1 % en forma respectiva.

**Tabla 20. ¿Los carteles, letreros o flechas del establecimiento fueron adecuados para orientarlo en las instalaciones del hospital?**

Nivel	N	%
Insatisfecho	39	7.9
Regular	115	23.3
Satisfecho	280	56.7
Muy satisfecho	60	12.1
Total	494	100,0

Fuente: Elaboración propia

### *Limpieza y sala de espera*

En la siguiente tabla, para el 6.1 % de los entrevistados en el hospital, sobre la limpieza en consultorio y la sala de espera en servicio de cirugía plástica, expresaron sentirse insatisfechos. Sin embargo, hay un porcentaje alto de entrevistados que refiere sobre la limpieza en consultorios y la sala de espera en servicio de cirugía plástica, considera que están satisfecho y muy satisfecho siendo este porcentaje 35.8% y el 12.6% en forma respectiva.

**Tabla 21. ¿El consultorio y la sala de espera se encontraron limpios y contaron con bancas o sillas para su comodidad?**

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Insatisfecho	30	6.1
Regular	225	45.5
Satisfecho	177	35.8
Muy satisfecho	62	12.6
Total	494	100,0

Fuente: Elaboración propia

### *Establecimiento de salud con baños limpios*

En la siguiente tabla, para el 4% de los entrevistados en el hospital, sobre la limpieza de los servicios higiénicos en servicio de cirugía plástica, expresaron sentirse insatisfechos. Sin embargo, hay un porcentaje alto de entrevistados que refiere sobre la limpieza de los servicios higiénicos en servicio de cirugía plástica, considera que están satisfecho y muy satisfecho siendo este porcentaje 46.8% y el 16.6% en forma respectiva.

**Tabla 22. ¿El establecimiento de salud contaba con baños limpios en el hospital “Edgardo Rebagliati Martins”?**

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Insatisfecho	20	4
Regular	161	32.6
Satisfecho	231	46.8
Muy satisfecho	82	16.6
Total	494	100,0

Fuente: Elaboración propia

### Equipos disponibles y materiales necesarios

En la siguiente tabla, para el 6.1% de los entrevistados en el hospital, sobre los equipos y materiales disponibles en consultorios en servicio de cirugía plástica, expresaron sentirse insatisfechos. Sin embargo, hay un porcentaje alto de entrevistados que refiere sobre los equipos y materiales disponibles en consultorios en servicio de cirugía plástica, considera que están satisfecho y muy satisfecho siendo este porcentaje 35.6% y el 15.2% en forma respectiva.

**Tabla 23. ¿El consultorio donde fue atendido contó con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?**

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Insatisfecho	30	6.1
Regular	213	43.1
Satisfecho	176	35.6
Muy satisfecho	75	15.2
Total	494	100,0

**Fuente:** Elaboración propia

Para determinar la distribución estadística de la muestra, se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, la cual se aplica a muestras superiores a 50. Se obtuvo un p-valor menor a 0,05, donde se pudo constatar que, las variables políticas del sistema de gestión de calidad en salud, y las de satisfacción de las personas, no presentan normalidad. Por consiguiente, se utilizó el coeficiente de correlación de Rho de Spearman para el logro de los objetivos planteados.

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Para la discusión de resultados, la literatura nacional e internacional confirma la relación que tienen las políticas del sistema de gestión de la calidad del servicio de salud en la satisfacción de las personas.

A nivel internacional, Kruk, M., Gage, A. & Arsenault, C. (2018) sostienen que los países de bajos y medianos ingresos (como los países de América Latina) presentan una baja calidad en sus servicios de salud, donde las mujeres y los niños son los menos atendidos, al tiempo que la población no recibe un diagnóstico oportuno y adecuado. Por lo tanto, el papel de los gobiernos debe enfocarse en establecer estrategias que aseguren la calidad de los servicios de salud y así mejorar el bienestar de las personas.

En Chile, Ramírez, M., Lorena, J. & Moraga, A. (2015) indican que la satisfacción de los usuarios en los servicios de atención primaria está relacionados al grado de eficiencia técnica de los hospitales. En ese marco, se debe considerar mejorar aspectos como recursos humanos y la resolución de problemas en el momento de la atención.

A nivel internacional, Aliaga (2019) determina que las políticas de calidad mejoran la satisfacción de las personas e inciden en su lealtad, en relación a los servicios de consulta externa en las clínicas del Perú. Asimismo, Ricardo Delgado León (2020), indica que la satisfacción de usuarios en hospitales públicos está influenciada por las políticas de calidad, considerando el compromiso del personal de salud y sus directivos.

En esa línea, González (2022) destaca que la satisfacción de las personas que reciben los servicios de salud está íntimamente relacionada con el trato del personal de salud, los resultados de la gestión y el tiempo que esperan para ser atendidos, por lo que las políticas de salud deben enfocarse en dichos aspectos si se desea mejorar la calidad de los servicios.

## CONCLUSIONES

Según los resultados de acuerdo con la información obtenida por el cuestionario desarrollado se llegaron a las siguientes conclusiones del estudio según los objetivos planteados.

- Las políticas del Sistema de Gestión de Calidad en Salud presentan una correlación significativa en la satisfacción de las personas en el servicio de cirugía plástica reconstructiva.
- Asimismo, la investigación muestra una correlación significativa entre las políticas de calidad y el trato profesional. Cabe precisar que con este conductor se evidencia el nivel más alto de correlación, lo que permite inferir que las mejoras en las políticas de calidad influenciarían decisivamente en su cambio.

- En esa línea, también se evidencia que las políticas de calidad presentan una correlación significativa con la información que se entrega en el servicio de cirugía plástica reconstructiva. Esta correlación es la segunda más alta, en relación a los otros conductores.
- El tiempo es un conductor que también muestra una correlación significativa con las políticas de calidad. Si bien no presenta una alta significancia, si debe ser tomado en cuenta como una de las prioridades en la implementación de políticas, sobre todo para servicios de urgencia.
- También se evidencia una correlación significativa entre las políticas de calidad y la gestión de los servicios de cirugía plástica reconstructiva. Esta relación debe llamar también la atención en cuanto las mejoras del proceso de producción pública de los servicios de salud.
- Las políticas de calidad son clave para mejorar la accesibilidad de los servicios de salud, ya que según este estudio presenten una correlación significativa.
- Otro aspecto a resaltar es que debemos mejorar el diseño e implementación de las políticas de calidad de los servicios, considerando que estas tienen una relación significativa con la confianza.
- Finalmente, las políticas de calidad presentan una correlación significativa con los aspectos tangibles del servicio de cirugía plástica reconstructiva del hospital “Edgardo Rebagliati Martins”. No obstante, el nivel de significancia es uno de los más bajos en relación a los otros conductores de la satisfacción, por lo que la mejora de las políticas si influenciaría, pero sería de manera muy débil. Harían falta otros factores de la implementación a considerar.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aliaga, R. (2019). “Calidad de servicio, satisfacción y lealtad de los usuarios del servicio de consulta externa de las clínicas en el Perú”. Tesis Doctoral, Universidad San Ignacio de Loyola
- Berwick, D. (1991). *Curing health care*. San Francisco, Jossey Bass Public
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*, 44(3), 166-206
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. USA: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1992). Evaluación de la calidad de la atención médica. En K. White (Ed.), *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología* (pp. 382-404).
- González, W. (2022). Calidad de la atención en la consulta externa del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2019 y el ejercicio del derecho al acceso a una efectiva cobertura en salud. Tesis Doctoral, Facultad de Medicina Humana, Universidad San Martín de Porres
- Margaret Kruk, A. G. (2018). Sistemas de salud de alta calidad en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: es hora de una revolución. The Lancet Global Health Commission
- Ministerio de Salud (2021). Plan Estratégico Multisectorial al 2030 de la Política Nacional Multisectorial de la Salud “Perú, país saludable”. Decreto Supremo N° 016-2021-SA, 1-152.
- Ministerio de Salud (2020). Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030. “Perú, País Saludable”, 1-243
- Ministerio de Salud (2017). Plan de mejora continua y gestión de la información de la calidad del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Resolución Ministerial N° 068- 2017/MINSA
- Ministerio de Salud (2012). Guía técnica para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas de la calidad. Resolución Ministerial N° 095- 2012/MINSA
- Ministerio de Salud (2009). Políticas Nacional de Calidad en Salud. Resolución Ministerial N° 727- 2009/MINSA
- Ministerio de Salud (2007). Estandares e indicadores en la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas neonatales. Resolución Ministerial N° 142- 2007/MINSA
- Ministerio de Salud (2007). Directiva Administrativa para el proceso de Auditoría de calidad de atención en Salud. Directiva Administrativa N° 123- 2007/MINSA/DGSP-V.01
- Ministerio de Salud (2007). Plan de implementación de la Norma técnica de Auditoría de calidad de atención en Salud. Resolución Ministerial N° 601- 2007/MINSA
- Ministerio de Salud (2005). Norma técnica de Auditoría de calidad de atención en Salud. Norma Técnica N° 029-MINSA/DGSP-V.01
- PCM (2021). Norma Técnica para la Gestión de la Calidad de Servicios en el Sector Público. Lima, Perú.
- PCM (2022). Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2030, DS N° 103-2022-PCM
- Ramírez-Valdivia, M. T., Mendoza-Alonzo, J. L., & Moraga-Pumarino, A. F. (2015). Desarrollo de un indicador de la calidad de atención en Centros de Salud Familiar para la Ingeniería y Desarrollo, 238-359.
- Secretaría de Gestión Pública (2021). Gestión de Calidad en el Perú. Avances y agenda futura. Lima: Preciso Agencia de Contenidos.
- Shortell, S. M., & Kaluzny, A. D. (2006). *Health Care Management: Organization, Design, and Behavior*. Cengage Learn

# POLÍTICA PÚBLICA PARA ELIMINAR LA INFORMALIDAD EN LA ADQUISICIÓN DE VIVIENDAS EN LIMA METROPOLITANA 2011-2022

## PUBLIC POLICY TO ELIMINATE INFORMALITY IN THE ACQUISITION OF HOUSING IN METROPOLITAN LIMA 2011-2022

Recibido: 30 de setiembre de 2024 | Aprobado: 22 de octubre de 2024

J. ROSSMERY GUTIÉRREZ AYALA\*

### RESUMEN

La investigación tiene como objetivo central determinar de qué manera influyeron el crecimiento poblacional, migratorio y la pobreza como causas de la informalidad en la adquisición de viviendas en Lima Metropolitana y garantizará el acceso de las mismas.

Asimismo, la investigación presenta un enfoque mixto, tipo básico, diseño no experimental. La información fue recogida de diferentes entidades públicas como: Ministerio de Vivienda Construcción y Saneamiento - MVCS, Municipalidad Metropolitana de Lima - MML, Instituto Nacional de Estadística e informática - INEI, Superintendencia Nacional de Bienes Estatales - SBN, Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO. Se empleó como herramienta de recolección de datos, reportajes y notas periodísticas, tesis de pre y posgrado, artículos de revistas, libros y entre otros.

Se concluyeron que las causas que ocasionan la informalidad en la adquisición de viviendas son: el crecimiento poblacional, las migraciones y la pobreza, las cuales en los últimos años han ido incrementando. Además, se debe tener en cuenta que pese a contar con una Política Nacional de Vivienda y Urbanismo, no se ha cumplido con los objetivos ni mucho menos se ha logrado combatir la problemática de la escasez en la adquisición de viviendas y la informalidad de esta.

Finalmente, para combatir con esta problemática, debemos enfocarnos en el trabajo de los tres niveles de gobierno (nacional, regional y local) con la Superintendencia Nacional de Bienes Estatales, el ente que tiene a cargo todas las propiedades del Estado.

**Palabras claves:** acceso a una vivienda, política pública, crecimiento poblacional, migración, pobreza.

### ABSTRACT

The main objective of the research is to determine how population growth, migration and poverty influenced the causes of informality in the acquisition of housing in Metropolitan Lima and will guarantee access to them.

Likewise, the research presents a mixed approach, basic type, non-experimental design. The information was collected from different public entities such as: Ministry of Housing, Construction and Sanitation - MVCS, Metropolitan Municipality of Lima - MML, National Institute of Statistics and Informatics - INEI, National Superintendence of State Assets - SBN, National Household Survey - ENAHO. Reports and newspaper articles, undergraduate and graduate theses, magazine articles, books and others were used as a data collection tool.

\* Maestra en Gobierno y Gestión Pública, IGGP.USMP.  
[jrga\\_13@hotmail.com](mailto:jrga_13@hotmail.com)  
ORCID: 0009-0005-1843-5955

It was concluded that the causes that cause informality in the acquisition of housing are: population growth, migration and poverty, which have been increasing in recent years. Furthermore, it should be noted that despite having a National Housing and Urban Development Policy, the objectives have not been met, much less has it been possible to combat the problem of the shortage of housing acquisitions and its informality.

Finally, to combat this problem, we must focus on the work of the three levels of government (national, regional and local) with the National Superintendence of State Assets, the entity in charge of all State properties.

**Keywords:** Access to housing, public policy, population growth, migration, poverty.

## INTRODUCCIÓN

En Lima Metropolitana, uno de los principales métodos informales de adquisición de terrenos es a través de invasiones de terrenos estatales o privados, lo que refleja una aguda necesidad de viviendas en ciertos sectores. La escasez de vivienda en Lima ha sido un problema persistente, impulsado por el crecimiento poblacional, migraciones internas y pobreza.

Según datos del INEI del Censo 2017, de 7'698,900 viviendas en Perú con ocupantes presentes, el 38.5% tenían título de propiedad y el 37.5% eran propias pero sin título. La informalidad en la adquisición de viviendas es evidente, y la falta de títulos puede llevar a desalojo y pérdida de la vivienda.

La *Política Nacional de Vivienda y Urbanismo* en adelante PNVU, aprobada en 2022, enfrenta desafíos significativos. Los sectores de menores recursos enfrentan altos costos para acceder a viviendas formales, lo que los impulsa hacia la informalidad.

El crecimiento poblacional y la migración han incrementado la demanda de vivienda, mientras que la pobreza ha llevado a muchas personas a usurpar terrenos debido a la falta de recursos para adquirir viviendas formales. Aunque se han implementado programas como TECHO PROPIO y FONDO MI VIVIENDA, sin embargo, no han resuelto completamente el problema.

La investigación busca analizar cómo el crecimiento poblacional, migraciones y pobreza contribuyen a la informalidad en la adquisición de viviendas en Lima Metropolitana. Se destaca la necesidad de una nueva política nacional de vivienda que involucre los tres niveles de gobierno para abordar el problema de manera integral y la construcción vertical de viviendas.

Finalmente, se resalta que la falta de oferta de vivienda formal, debido a bajos ingresos y escasos instrumentos financieros adecuados, agrava la informalidad.

## MARCO TEÓRICO

Caria (2008) indica que Lima, con una población de aproximadamente 8.5 millones en 800 km<sup>2</sup>, enfrenta una constante presión sobre su espacio urbano debido a la masiva inmigración y alta tasa de fertilidad. Esta presión ha llevado a una expansión urbana continua hasta la década de 1970. En los años 80, aunque la demanda de vivienda seguía alta, la calidad del suelo disminuyó y se limitó la construcción en altura, lo que afectó la oferta de viviendas adecuadas. (p. 12).

De Soto (2009) detalla que en 1990, tras seis años de análisis, el Instituto Libertad y Democracia (ILD) implementó reformas para legalizar propiedades y negocios informales. Reduciendo el tiempo de registro de propiedad de más de 12 años a solo 1 mes y bajando los precios en un 99%, estas reformas permitieron que para 1995, alrededor de 300,000 propietarios fueran incorporados al sistema legal, duplicando el valor de sus propiedades. (p. 50).

Kahatt (2015) señala que, hasta mediados del siglo XX en Perú, el mercado, tanto formal como informal, gestionaba la vivienda con urbanizaciones para la clase media y alquileres precarios para los pobres. La intervención pública en vivienda comenzó en la década de 1920, cuando los gobiernos locales impusieron regulaciones, enfrentando resistencia de las compañías urbanizadoras. En los años 1930, se crearon algunos *Barrios Obreros* y *Barrios Fiscales* en Lima y Callao. Sin embargo, las políticas públicas de vivienda no se iniciaron hasta 1948 con la creación de la Corporación Nacional de la Vivienda (CNV), que promovió un modelo de "Unidades Vecinales" en Lima y Callao, aplicando un modernismo arquitectónico que carecía de modernidad real. (p. 51).

Calderón (2017), una de las consecuencias evidentes es la proliferación de ciudades ilegales e informales. En un contexto donde la planificación es ausente, y no se llevan a cabo los arreglos democráticos necesarios entre los diversos actores, las urbes se desarrollan guiadas por las dinámicas del mercado – tanto legal como ilegal, lo

que incluye el tráfico de tierras—y por las necesidades de la población, así como por la acción del Estado, todo dentro de un marco que combina economía formal, informal y delictiva. Este fenómeno resulta en un crecimiento caótico y desorganizado. Según datos oficiales, entre 2002 y 2007, el número de *Barrios Urbanos Marginales* (BUM) aumentó de 7,419 a 8,940 a nivel nacional, y en Lima, de 2,705 a 4,453. Durante el mismo período, la población catalogada como “marginal” en Lima se incrementó de 2’072,245 a 4’105,884 habitantes. (p. 227).

Morales (2016), la política de formalización de las posesiones informales se ha centrado únicamente en la obtención de un título de propiedad como forma de asegurar la propiedad, sin implementar de manera simultánea una política de vivienda social que aborde adecuadamente las necesidades habitacionales de los ciudadanos. Esta omisión contribuye a la expansión de las invasiones en Perú. En otras palabras, la formalización actúa como una solución temporal a esta problemática, que debería implementarse paralelamente a políticas de vivienda para los sectores de bajos ingresos, algo que no ocurre actualmente. Esta situación se traduce en un mensaje hacia la población de que no habrá prórrogas en el proceso de formalización, dado que el Estado ofrece alternativas para acceder a una vivienda digna. Sin embargo, si no se adoptan estas medidas de manera efectiva, es probable que se necesiten prórrogas debido a la presión social generada por la falta de opciones viables para que las personas con menos recursos accedan a una vivienda adecuada. (pp. 121-122).

Martínez (2009) señala que la actividad urbanística se centra en el estudio de las ciudades, poniendo especial énfasis en cómo estas se han poblado a lo largo del tiempo. Desde esta perspectiva, se considera esencial la responsabilidad de investigar, analizar, proyectar y organizar los sistemas urbanos para facilitar un crecimiento poblacional adecuado y un uso eficiente del suelo destinado a la construcción de viviendas. En la actualidad, el término “urbanismo” se refiere a la planificación urbana y abarca todos los conocimientos relacionados con la construcción de ciudades y núcleos urbanos. Se diferencia del término “urbanización”, que actualmente se asocia principalmente con los procesos constructivos, aunque no necesariamente implica un enfoque en la planificación urbana. (p. 330).

## ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### Causas de la informalidad en la adquisición de viviendas

Se determinaron tres causas principales que son: crecimiento poblacional, el incremento de las migraciones y la pobreza.

Tenemos como primera causa que el crecimiento de la población es uno de los factores por el cual aún existe la informalidad debido a que entre mayor población tengamos, mayor demanda también existirá para adquirir una vivienda. A continuación, el compendio estadístico del INEI, en el que podemos observar el crecimiento de la población en los últimos años.

Según los datos del INEI, en el sector urbano, las viviendas que tienen la titularidad inscrita ocupan el mayor porcentaje (con el 44.4%), seguidas por las que no tienen titularidad (con un 28.7%), las que están siendo alquiladas (con un 19.6%), las que son cedidas (con un 7.2%) y otras formas (0.2%). En el sector rural, las viviendas que no tienen título alguno son las más comunes, representando el 66.2% del total, seguidas por las viviendas propias con título (19.3%), las cedidas (8.7%), las alquiladas (5.7%) y otras modalidades (0.1%).

**Tabla 1. Población total y tasa de crecimiento promedio anual (1940-2017)  
(Absoluto y porcentaje)**

Área de residencia / Régimen de tenencia	Absoluto	%
<b>Urbana</b>	<b>5 884 013</b>	<b>100,0</b>
Alquilada	1 153 461	19,5
Propia sin título de propiedad	1 686 649	28,7
Propia con título de propiedad	2 613 806	44,4
Cedida	421 091	7,2
Otra forma 1/	9 006	0,2
<b>Rural</b>	<b>1 814 887</b>	<b>100,0</b>
Alquilada	103 059	5,7
Propia sin título de propiedad	1 201 629	66,2
Propia con título	351 153	19,3
Cedida	158 153	8,7
Otra forma 1/	1 039	0,1

1/ Comprende cualquier otra toma de ocupación como anticresis

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2017: XII de Población y VII de Vivienda

El crecimiento poblacional ha sido abordado en el *Informe Anual de Seguimiento* del MVCS correspondiente al año 2021. En este informe se señala que, en 2019, la población de nuestro país era de 32 millones 131 mil habitantes, lo que representaba



un incremento del 21,8% en comparación con los 26 millones 460 mil habitantes registrados en el año 2000. Las proyecciones indican que para el año 2050, la población alcanzará aproximadamente 39 millones 363 mil personas. Sin embargo, este aumento poblacional podría generar problemas como el hacinamiento, la expansión o concentración no planificada de la densidad poblacional y la ocupación informal de terrenos. Además, se prevé un crecimiento en la demanda de soluciones habitacionales, tanto en cantidad como en calidad. Es interesante observar que el aumento de la población migrante en Lima Metropolitana es una causa importante de la creciente demanda de viviendas. Según los datos del INEI, en el período de diez años entre el Censo 2007 y el Censo 2017, el número total de población migrante en LM aumentó en 717,752 personas, lo que representa un incremento del 13.2%. Además, de la población que vive en Lima, en el 2017, el 32.7% eran migrantes de toda la vida, lo que sugiere que la población migrante representa una proporción considerable de la población de nuestra ciudad.

En 1989, Hernando de Soto, en su libro *El otro sendero*, destacó que hasta 1982, el 47% de la población de los asentamientos humanos se encontraba en Lima. Durante las décadas de los 80 y 90, estos datos continuaron en aumento, superando el 50% de la población de Lima, lo que se debe al crecimiento exponencial de las invasiones. Esta tendencia puede ser atribuida a la centralización del poder político y económico, que ha generado una concentración de oportunidades laborales y de desarrollo en la capital y en las ciudades costeras. La magnitud de esta centralización es tan significativa que el área metropolitana de Lima - Callao abarca aproximadamente un tercio de la población total del Perú, lo que a su vez fomenta el incremento de la migración hacia esta región.

Es importante tener en cuenta que la ciudad de Lima ha experimentado un crecimiento casi exclusivamente informal durante las últimas cuatro décadas, con un aumento de más del 100% en la informalidad en comparación con la década anterior. Este crecimiento se ha manifestado principalmente en la construcción informal de viviendas, lo que ha dado lugar a la formación de barriadas o asentamientos informales. Estos asentamientos han surgido como resultado de las invasiones de tierras y las migraciones hacia la ciudad. En consecuencia, los habitantes de estas áreas suelen provenir de los pueblos del interior del país, donde la pobreza y la falta de oportunidades laborales los impulsan a dejar sus lugares de origen en busca de una mejor calidad de vida en la ciudad.

La mayoría de los inmigrantes del país se concentran en Lima y Callao, que juntos albergan al 57.1% de los inmigrantes del país. Esto tiene implicaciones importantes para la planificación urbana y la política de vivienda en LM, ya que se debe considerar la creciente demanda de viviendas.

**Tabla 2. Distribución de la población, según lugar de nacimiento (2007 y 2017)**

Lugar de nacimiento	2007		2017		Variación intercensal	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
<b>Total 1/</b>	<b>27 412 157</b>	<b>100,0</b>	<b>29 381 884</b>	<b>100,0</b>	<b>1 969 727</b>	<b>7,2</b>
En el mismo departamento 2/	21 968 651	80,2	23 221 760	79,1	1 253 109	5,7
En otro departamento o país diferente al de su nacimiento	5 422 424	19,8	6 140 176	20,9	717 752	13,2
En otro departamento	5 340 788	19,5	5 961 295	20,3	620 507	11,6
En otro país	81 636	0,3	178 881	0,6	97 245	119,1

1/ Incluye a los extranjeros que declararon residir en el país (21 082 en el 2007 y 19 948 en el 2017)

2/ Incluye a personas que no respondieron lugar de nacimiento (36 en el 2007 y 268 en el 2017)

Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda 2007 y 2017

El estudio de los movimientos migratorios es esencial para entender los cambios en las poblaciones de diferentes regiones y países. El INEI utiliza dos enfoques para analizar la migración en el país: la migración de toda la vida y la migración reciente.

La migración de toda la vida se refiere a la residencia en un lugar distinto al lugar en el que se nació, lo que implica un cambio de residencia permanente. Este enfoque permite conocer el flujo migratorio histórico de la población y su impacto en la estructura demográfica, social y económica del lugar de origen y del lugar de destino.

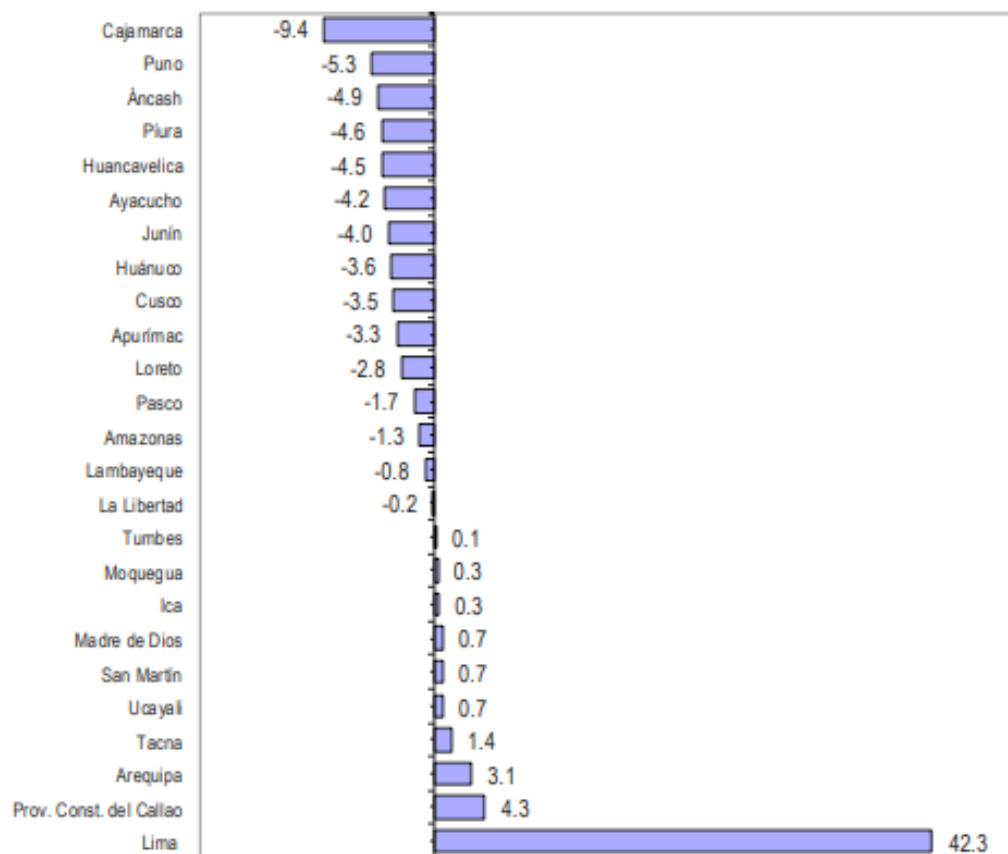
Por otro lado, la migración reciente se refiere a haber cambiado de domicilio en los últimos cinco años. Este enfoque permite conocer la migración más reciente y sus causas, además de tener un impacto no solo en la población sino también en la economía del lugar de origen y del lugar de destino.

Ambos enfoques son importantes para tener una visión completa de la migración y sus efectos en la sociedad. El análisis de los movimientos migratorios es esencial para la planificación y toma de decisiones en materia

de políticas públicas, especialmente en lo que se refiere a la integración social y laboral de los migrantes y al desarrollo económico y social de las regiones afectadas por la migración.

a) Cuadro de migración de toda la vida

**Figura 1. Saldo neto migratorio, según departamento de nacimiento – Migración de toda la vida (2017)**



Nota: La población migrante relaciona el lugar de nacimiento con la residencia actual

Fuente: INEI – Censos Nacionales 2017: XII de Población y VII de Vivienda

La información brindada por INEI refleja que el número final migratorio demuestra el aumento o disminución de personas de los distintos departamentos que tiene nuestro país, es decir, representa cantidades entre inmigrantes y emigrantes. Ahora bien, contamos con 10 departamentos con saldo positivo en el 2017, el departamento de Lima mantuvo el mayor crecimiento poblacional con 2’523,201 migrantes, seguido por el Callao (257,201), luego encontramos a Arequipa (186,683), a Tacna (85,044), a Ucayali (42,014), a San Martín (41,634), a Madre de Dios (41,486), a Ica (20,338), a Moquegua (16,075) y finalmente a Tumbes (8,189).

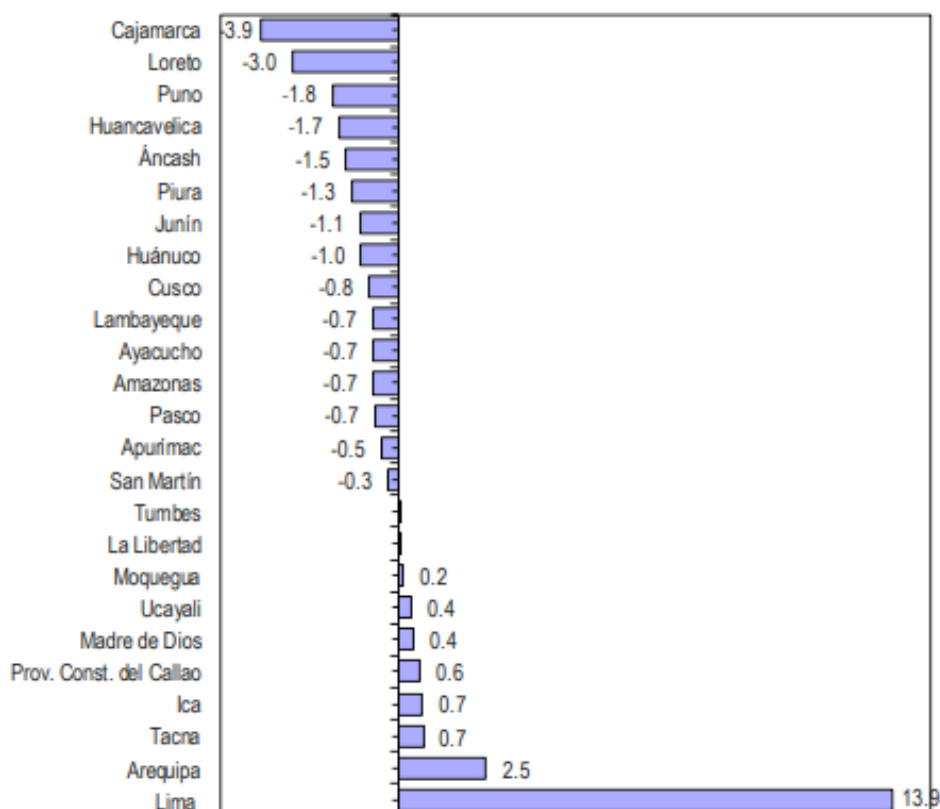
b) Cuadro de migración reciente

La información sobre la migración reciente se obtiene a partir de una pregunta en la que se indaga sobre el lugar de residencia de las personas hace cinco años en comparación con su ubicación actual. Según los resultados del Censo 2017 del INEI, el 94% de las personas de cinco años o más residían en el mismo departamento que hace cinco años. Esto indica que solo el 6% de la población de cinco años y más cambió de departamento entre 2012 y 2017.

En términos absolutos, la cantidad de personas que mudaron su domicilio durante ese período fue de 1 millón 604 mil 930, representando el 5,9% de la población de cinco años y más censada en el país. Dentro de este grupo, 171 mil 569 personas informaron haber vivido en otro país antes de su residencia actual.

Estos datos resultan relevantes para entender el manejo de la migración en el país y para planificar políticas públicas que permitan una integración social y laboral adecuada de los migrantes, así como para el desarrollo económico y social de las regiones que atraen o expulsan población.

**Figura 2. Saldo neto migratorio de la población de 5 y más años de edad, según departamento de residencia cinco años antes del censo (2012 - 2017)**



Nota: La migración reciente relaciona el lugar de residencia cinco años antes con la residencia actual

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2017: XII de Población y VII de Vivienda

La cantidad entre emigrantes e inmigrantes (como saldo migratorio), se está considerando el lugar que vivieron en los 5 últimos años, la cual se observa que al menos ocho departamentos de nuestro país han tenido el número de habitantes ha experimentado un aumento en los últimos cinco años.

La pobreza se presenta como la tercera causa del problema habitacional. Según el Censo de Población y Vivienda de 2017, 2 de cada 3 hogares con déficit habitacional no están desprovistos de vivienda, sino que habitan en condiciones inadecuadas que no aseguran su salud y bienestar. Estos hogares, que enfrentan mayores carencias, suelen contar con ingresos más bajos.

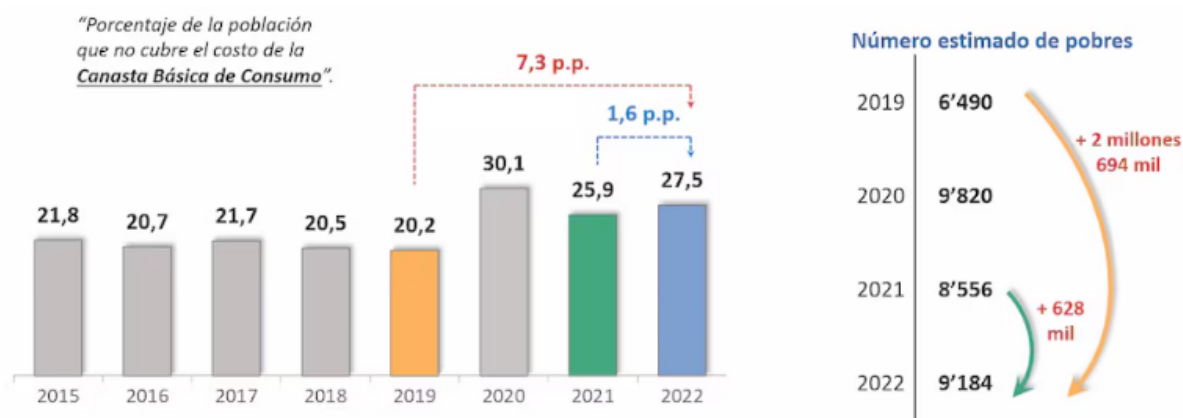
Los programas de vivienda hasta la fecha no han abordado de manera efectiva estos retos. A lo largo de las últimas tres décadas, la política de vivienda en Perú se ha enfocado principalmente en la formalización y regularización de la propiedad del suelo, así como en la construcción de nuevas viviendas a través de subsidios directos y créditos hipotecarios. Sin embargo, estos enfoques han mostrado limitaciones, ya que la ocupación informal del suelo incrementa los costos de provisión de servicios básicos y se traduce en la falta de estándares mínimos en la construcción de viviendas. Además, los beneficios de estos programas han sido más accesibles para la clase media trabajadora formal, dejando de lado a las familias de menores ingresos que enfrentan un déficit habitacional más significativo.

De acuerdo con el *Informe Anual de Seguimiento* del MVCS, la situación económica del país hasta 2018 evidenció una notable disminución en la pobreza monetaria, que pasó del 42,4% en 2007 a un 20,5%. Este descenso también se reflejó en la reducción de la población en extrema pobreza, que disminuyó del 11,2% al 2,8%, y en la cantidad de

personas con al menos una necesidad básica insatisfecha, que se redujo del 26,8% al 16,6%. Antes de la pandemia de COVID-19, Perú tenía como meta erradicar la pobreza extrema y reducir a la mitad la pobreza total para 2030. Sin embargo, los efectos del cambio climático y la pandemia llevaron a un aumento de la pobreza monetaria, que subió del 20,2% en 2019 al 30,1% en 2020. Aunque en 2021 la pobreza monetaria disminuyó al 25,9%, todavía se mantenía por encima de los niveles previos a la pandemia.

En 2022, la pobreza monetaria afectó al 27,5% de la población, lo que representa un aumento de 1,6 puntos porcentuales respecto a 2021 y un incremento de 7,3 puntos en comparación con 2019. Según el INEI, se estimó que en ese año había 9 millones 184 mil personas viviendo en condiciones de pobreza, lo que significa un incremento de 628 mil personas con respecto al año anterior. En términos de pobreza extrema, esta afectó al 5,0% de la población en 2022, lo que representa un aumento de 0,9 puntos porcentuales en relación con 2021 y un incremento de 2,1 puntos en comparación con 2019.

**Figura 3. Perú: pobreza monetaria 2015-2022**



Fuente: INEI – Encuesta Nacional de Hogares 2015-2022

Varios expertos señalan que la informalidad en la adquisición de viviendas constituye un problema complejo que abarca múltiples factores a nivel socioeconómico, financiero, administrativo y cultural. Para abordar efectivamente las deficiencias normativas que existen en este contexto, es crucial implementar medidas adecuadas y revisar ciertos aspectos de la actual PNVU.

Según Ortiz, Vilchez y Valencia (2020), existe una considerable concentración de población, actividades productivas y funciones del Estado en la capital y en otras ciudades importantes del Perú. Lima, en particular, ha vivido un notable crecimiento demográfico en las últimas décadas, convirtiéndose en una megalópolis que alberga alrededor de un tercio de la población nacional.

Además, diversas ciudades en el interior del país han adquirido un dinamismo importante en materia económica y social, generando desplazamiento de personas desde las zonas rurales hacia las ciudades con el fin de buscar mejores oportunidades laborales y educativas.

Sin embargo, esta concentración en las ciudades también puede generar desigualdades y desafíos en materia de desarrollo y acceso a servicios básicos como vivienda, educación y salud, especialmente para la población más vulnerable. Por ello, es importante fomentar un desarrollo más equitativo y sostenible en todo el territorio nacional, con políticas y estrategias que promuevan la descentralización y el desarrollo de las ciudades intermedias, así como el fortalecimiento de las zonas rurales, con el fin de reducir la presión migratoria hacia las ciudades principales y mejorar las oportunidades para todos los peruanos.

Como se menciona en el párrafo anterior, se argumenta que una de las principales causas que ha originado y sigue perpetuando el problema de la adquisición de viviendas es la migración, debido al continuo proceso de sobrepoblación que enfrenta la ciudad.

Según la Ordenanza N° 2499-2022 emitida por la Municipalidad Metropolitana de Lima el 14 de septiembre de 2022, se aprueba el *Plan de Desarrollo Metropolitano de Lima 2021-2040* – PLANMET 2040. Uno de los componentes del mencionado plan es la vivienda, aumentó la cantidad de beneficiarios del programa MIVIVIENDA a través

de la entrega de más bonos para el año 2020. Sin embargo, es cierto que el programa Techo Propio no es suficiente para cubrir el déficit habitacional existente en los estratos socioeconómicos medio-bajo y bajo.

La falta de promoción de la construcción de viviendas sociales por parte de las municipalidades distritales y provinciales en los últimos tres años puede tener varias razones. Es importante que las autoridades municipales y provinciales trabajen de manera coordinada para promocionar la construcción de viviendas para sectores vulnerables y así poder satisfacer las necesidades que aquejan a la población.

El déficit cuantitativo total de viviendas en Lima es de 225,061 viviendas. El área interdistrital de Lima Este es la que presenta el mayor déficit cuantitativo, con un total de 82,119 viviendas faltantes. De este total, el distrito de SJL es el que tiene el mayor déficit, con un 43.65% del total de déficit en Lima Este, lo que equivale a 35,847 viviendas faltantes en ese distrito específico.

Estos números indican que el problema del déficit habitacional en Lima es significativo, especialmente en ciertas áreas como Lima Este y en distritos como SJL, lo que requiere una acción coordinada y sostenida por parte de las autoridades para abordar esta situación de manera efectiva y mejorar la calidad de vida de la población afectada.

En octubre de 2020 el Fondo Mi Vivienda ofertó 4,633 viviendas, pero la mayoría de ellas se encuentran en el rango de precios de 200,000 a 400,000 soles, lo que las hace inaccesibles para los estratos socioeconómicos medio bajo y bajo. El pago mensual para viviendas en Perú tiene un precio de 2200 soles al mes, en términos generales, el pago mensual de una hipoteca depende de numerosos aspectos, como el costo de la vivienda, el plazo del préstamo, la tasa de interés, y los gastos administrativos y de seguro asociados con la hipoteca.

En este caso, si asumimos el valor de la vivienda es fijo en 2,200 soles al mes y que los gastos administrativos no son muy elevados, el factor principal que determinará el pago mensual será la tasa de interés.

Con una tasa de interés del 11%, el pago mensual de una hipoteca de 2200 soles a lo largo de 30 años sería de alrededor de 22,817 soles al año. Esto significa que el total a pagar por la hipoteca durante 30 años sería de aproximadamente 687,510 soles.

Estos números indican que, aunque el Fondo Mi Vivienda está ofreciendo viviendas, estas no están al alcance de los segmentos más vulnerables de la población, lo que limita su capacidad de acceso a una vivienda digna.

Es primordial adoptar medidas para asegurar que los programas de vivienda estén diseñados para atender a todos los estratos socioeconómicos, y no solo a los sectores más acomodados de la sociedad.

De acuerdo con el Acuerdo de Concejo N° 448-2021 del Concejo Metropolitano, la implementación de un plan de vivienda social que incluya equipamientos y servicios puede tener múltiples beneficios para la ciudad y sus habitantes. Por ejemplo, podría contribuir para resolver el desafío de la falta de vivienda, a la promoción de la inclusión social y a la mejora de la calidad de vida de la población. Además, la inclusión de equipamientos y servicios en las zonas urbanizables podría facilitar el acceso a servicios básicos, como transporte público, educación, salud y recreación.

Esto sugiere que las autoridades estarían trabajando en una estrategia para abordar el problema del déficit habitacional en Lima de manera más efectiva, promoviendo el acceso al suelo urbanizable y fomentando el desarrollo de viviendas sociales que sean asequibles y accesibles para toda la población.

Esta iniciativa podría ayudar a reducir la brecha de acceso a la vivienda y mejorar la calidad de vida de aquellos que se ven afectados por la falta de vivienda adecuada.

Efectivamente, si bien es cierto, tenemos la PNVU, sin embargo, no se está logrando con los objetivos planteados en el mismo, según el *Informe de Evaluación de Resultados* elaborado en el 2021 precisa que aún no se puede lograr avances considerables y que conforme a los indicadores propuestos tenemos la siguiente información:

- Los indicadores son herramientas que permiten medir y evaluar el desempeño y el impacto de las políticas y programas implementados en un determinado sector. En este caso, se están evaluando los indicadores de los servicios en el ámbito de la PNVU.
- De acuerdo con los datos proporcionados, se observa que solo el 6.25% de los indicadores cumplieron con los logros esperados al 2021, lo que indica que hay un bajo cumplimiento de los objetivos planteados. Por otro lado, el 29.69% de los indicadores reportaron avances, aunque no lograron alcanzar los logros esperados. Esto sugiere que hay un esfuerzo por mejorar, pero aún queda trabajo por hacer.

- Es preocupante que el 28.13% de los indicadores no cuenten con información para su medición, ya que esto dificulta la evaluación del desempeño y el impacto de los servicios en el ámbito de la PNVU. Además, el 9.38% de los indicadores no reportan avances porque aún se encuentran en proceso de implementación o cálculo, lo que sugiere una falta de planificación o una implementación lenta.
- Finalmente, es llamativo que el 26.56% de los indicadores no tienen logros programados correspondientes al año 2021 según la PNVU, lo que puede indicar una falta de claridad en los objetivos o una falta de seguimiento y evaluación en el ámbito de la política de vivienda y urbanismo.

En conclusión, la evaluación de los indicadores de los servicios en el ámbito de la PNVU revela un bajo cumplimiento de los objetivos, una falta de información para la medición y una falta de claridad en los objetivos planteados. Es necesario realizar acciones para mejorar los servicios en este ámbito (implementación y evaluación), a fin de lograr una política de vivienda y urbanismo efectiva y con impacto positivo en la sociedad.

A continuación, se tiene un cuadro que nos brindará información respecto a lo antes señalado para tener una idea más clara de los objetivos que no se están cumpliendo de acuerdo con la PNVU.

**Figura 4. Evaluación política nacional de vivienda y urbanismo**

EVALUACIÓN POLÍTICA NACIONAL DE VIVIENDA Y URBANISMO		Cumplió el logro esperado	No cumplió el logro esperado	No tiene logro programado para el 2021	No cuenta con información	No reporta al estar en proceso de implementación y cálculo	Total
OP.01 Garantizar el crecimiento y desarrollo sostenible de las ciudades y centros poblados del país a través de una planificación urbana y territorial	Indicadores de OP	-	-	-	-	2	2
	Indicadores de SS	2	1	4	4	1	12
OP.02 Garantizar la sostenibilidad de las dinámicas de ocupación del suelo de las ciudades y centros poblados del país	Indicadores de OP	-	-	-	1	1	2
	Indicadores de SS	1	4	6	4	2	17
OP.03 Incrementar el acceso a una vivienda adecuada en las ciudades y centros poblados del país priorizando a la población en situación de pobreza o vulnerabilidad social	Indicadores de OP	-	2	-	-	-	2
	Indicadores de SS	1	10	4	6	2	23
OP.04 Mejorar las condiciones de habitabilidad externa en las ciudades y centros poblados del país	Indicadores de OP	-	-	-	1	1	2
	Indicadores de SS	-	4	3	4	1	12
Total	Total OP	0	2	0	2	4	8
	Total SS	4	19	17	18	6	64
	Porcentaje OP	0.00%	25.00%	0.00%	25.00%	50.00%	100.00%
	Porcentaje SS	6.25%	29.69%	26.56%	28.13%	9.38%	100.00%

Fuente: Ministerio de Vivienda Construcción y Saneamiento

Recientemente, el 9 de mayo del 2023 (Pleno. Sentencia 302/2023), el Tribunal Constitucional (en adelante el TC) declara fundada una demanda que, para mi punto de vista, es sin duda alguna un aporte de vital importancia y que será trascendente para combatir con esta problemática, el asunto fue: Demanda de conflicto competencial sobre la expedición de normas en materia de viviendas de interés social. Comparto y estoy muy de acuerdo con el voto de quién fue mi maestro en pregrado, el magistrado Gustavo Gutiérrez Ticse, quién detalla en su argumento que en nuestra Constitución peruana de 1993 establece el proceso de descentralización, el cual debe partir desde las municipalidades y que no solo estas son las encargadas de enfrentar y atender los requerimientos que se presentan en sus jurisdicciones, sino que también es muy importante que cumplan su rol para materializar la descentralización del poder.

Se decide declarar fundada la demanda en el sentido de que:

La zonificación, el planeamiento urbano y la regulación de la altura máxima de las construcciones son funciones exclusivas de los municipios. Por ello, una vez que se haya establecido de manera técnica y adecuada tanto la zonificación como la altura máxima, y siguiendo los procedimientos administrativos pertinentes, se podrán ejecutar proyectos de vivienda de interés social (VIS) que cumplan con los parámetros técnicos definidos. (Sentencia del Tribunal Constitucional 302/2023 – Caso de los parámetros urbanísticos, 2023, pp 33-34).

Es relevante considerar que el artículo 195.6 de nuestra Constitución establece que las autoridades locales tienen la responsabilidad de planificar el desarrollo urbano, que incluye la zonificación, urbanismo y ordenamiento territorial. Además, la *Ley de Bases de Descentralización*, en su artículo 42, apartado b, atribuye a los municipios la competencia exclusiva de regular la zonificación y el urbanismo.

El TC ha determinado que el MVCS no tiene la autoridad para imponer a un gobierno local la modificación de la zonificación. Sin embargo, esto no implica que los gobiernos locales puedan obstaculizar de manera inconstitucional los proyectos de VIS del Poder Ejecutivo, ya que estos proyectos son fundamentales para garantizar el derecho fundamental de acceso a la vivienda. En consecuencia, es responsabilidad de los municipios hacer todo lo posible desde una perspectiva técnica para facilitar la ejecución de estos proyectos.

Otro aspecto destacado por el TC es que el proceso de descentralización implica la transferencia de poderes y competencias a los órganos de gobierno intermedios, lo que no debilita al Estado, sino que lo fortalece.

El magistrado Gutiérrez resalta la importancia de los mecanismos de participación ciudadana. En este sentido, se sugiere la creación de normativas que permitan a los ciudadanos desempeñar un papel activo en su propio desarrollo, ya que todos somos parte integral y colectivamente conformamos el Estado. Esta idea parece interesante y debería considerarse para su implementación.

Por último, la actual PNVU tiene un enfoque limitado en la formalización, pese a que se propone formalizar la tenencia de la tierra, este enfoque puede ser insuficiente, ya que no aborda las necesidades inmediatas de vivienda para aquellos que habitan en asentamientos informales. Se ha criticado que la política está demasiado centrada en la obtención de títulos de propiedad, mientras que muchas familias carecen de viviendas adecuadas y servicios básicos.

Se tiene que saber que la pobreza es un factor relevante, las medidas implementadas hasta ahora no han sido suficientes para atender el déficit habitacional y las carencias de infraestructura. Las políticas de vivienda tienden a beneficiar a los sectores de ingresos medios, dejando a las familias más pobres en una situación de desamparo.

Aunque la PNVU tiene buenas intenciones, su implementación y enfoque han sido deficientes, lo que ha llevado a que no logre satisfacer adecuadamente las demandas habitacionales en un contexto de crecimiento poblacional, migración y pobreza.

Es por ello que, a pesar de la implementación de la PNVU, el déficit habitacional en Perú sigue siendo un problema significativo. Según el MVCS, se estima que más de 2 millones de hogares en el país enfrentan condiciones inadecuadas de vivienda. La formalización de la propiedad no ha sido suficiente para abordar las necesidades de vivienda urgente de las poblaciones vulnerables, lo que ha llevado a una proliferación de asentamientos informales.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Teniendo en consideración toda la información brindada por el INEI y ENAHO, podemos tener un enfoque real de la problemática, lamentablemente la actual PNVU no enfatiza con profundidad estas tres causas: crecimiento poblacional, migraciones y pobreza.

1. El fenómeno de la migración de peruanos hacia la capital limeña ha seguido una marcada tendencia particularmente en los últimos 25 años; esto es, por la violencia política entre 1985 y 2000, en el Perú se vivió una situación de política sin precedentes. En ese sentido, se cuenta como una de las causas que ha ocasionado la informalidad en la adquisición de viviendas
2. El crecimiento poblacional de igual manera en los últimos años según los reportes elaborados por el INEI ha venido en curva ascendente, motivo por el cual no se ha logrado estabilizar la problemática que se presenta en el trabajo de investigación. Es crucial desarrollar políticas que fomenten la planificación urbana sostenible, priorizando la construcción de viviendas accesibles.
3. La pobreza persiste también hoy en día y esto trae consigo muchas problemáticas y entre ellas es que los ciudadanos no puedan pagar por viviendas y de conseguirlas vivan en incertidumbre ya sea por ser parte de la informalidad con viviendas precarias o que sean alquiladas. Se requiere una política integral que incluya subsidios y programas de financiamiento accesibles para las familias de bajos ingresos.
4. Uno de los desafíos socioeconómicos clave es proporcionar viviendas asequibles para los segmentos de bajos ingresos de la población con el fin de combatir con esta problemática, por ende, debemos enfocarnos en el trabajo de los tres sectores y conjuntamente con la SBN, el ente que tiene a cargo todas las propiedades del Estado, el cual en la mayoría de los casos desconocen las funciones de esta Entidad, por lo que es

conveniente tener en cuenta que la solución implica el apoyo de este y la inversión privada. La política debe involucrar al sector público, privado y a la SBN para facilitar el acceso a terrenos y recursos.

5. El crecimiento vertical, es una estrategia que se utiliza con frecuencia para mejorar el acceso a la vivienda en zonas urbanas densamente pobladas como Lima, asimismo, cabe resaltar que estas construcciones se realizarían bajo el estudio de especialistas, es importante tener en cuenta que hoy en día existen los edificios que son antisísmicos, construidos exclusivamente para que proporcionen seguridad y que sean resistentes ante cualquier evento sísmico. Al respecto, las ventajas del crecimiento vertical son:
  - Mayor densidad poblacional: al construir edificios más altos, se puede aumentar la cantidad de viviendas en un área determinada, lo que permite alojar a más personas en el mismo espacio.
  - Reducción del costo de la tierra: la construcción en altura permite aprovechar mejor el espacio disponible y reducir el costo de la tierra en zonas urbanas caras.
  - Ahorro de energía: los edificios altos pueden aprovechar mejor la luz natural y reducir el consumo de energía en iluminación y calefacción.
  - Mejora de la calidad de vida: los edificios altos pueden ofrecer vistas panorámicas, zonas comunes y otros servicios que mejoran la calidad de vida de los habitantes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuerdo Nacional: POLÍTICAS DE ESTADO Y PLANES DE GOBIERNO 2016- 2021. Marzo 2016. [http://acuerdonacional.pe/wp-content/uploads/2016/03/PoliticasyPlanesdeEstado-y-PlanesdeGobierno-2016\\_2021.pdf](http://acuerdonacional.pe/wp-content/uploads/2016/03/PoliticasyPlanesdeEstado-y-PlanesdeGobierno-2016_2021.pdf)
- Antonio Stefano Caria. TÍTULOS SIN DESARROLLO: Los efectos de la titulación de tierras en los nuevos barrios de Lima (2008) DESCO.
- Calderón Cockburn, Julio (2017). La insoportable levedad de la planificación urbana y lo legal informal en el Perú. DESCO: Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo - 2017.
- Calderón, J. (2019). El Estado y la informalidad urbana. Perú en el siglo XXI. Revista Pluriversidad de la Universidad Ricardo Palma.
- CAPECO, Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, UNIAPRAVI: Haciendo Ciudades Sostenibles. Noviembre 2011. <http://www3.vivienda.gob.pe/dgprvu/docs/Estudios/10%20Haciendo%20Ciudades%20Sostenibles.pdf>
- Cortés, L. (2010). "El problema de la vivienda en España: elementos para su comprensión, asumiendo que la vivienda es un lugar delimitado, construido como resultado de la actividad humana, donde las personas viven con cierta estabilidad".
- De Soto, H. (2009). *El otro sendero: Una respuesta económica a la violencia*. Grupo Editorial Norma S.A.C.
- El Comercio. (2016). En el Perú faltan 1,8 millones de viviendas. <https://elcomercio.pe/lima/peru-faltan-1-8-millones-viviendas-165624>
- Fuenteseca Degeneffe, M. (2004). La formación romana del concepto de propiedad. Ed. Dykinson.
- Gálvez Ruiz, F., et al. (2016). En busca del lote propio: Hacia una verdadera política de vivienda en el Perú. Revista Ius et Veritas.
- Kahatt, S. S. (2015). *Utopías construidas: Las unidades vecinales de Lima*. Fondo Editorial PUCP.
- Ley N° 30156, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento.
- Loayza, N. (2007). Causas y consecuencias de la informalidad en Perú. <https://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Documentos-de-Trabajo/2007/Working-Paper-18-2007.pdf>
- Meza, J. (2016). Tesis Máster: La vivienda social en el Perú. Evaluación de las políticas y programas sobre vivienda de interés social. Caso de estudio: Programa "Techo Propio". Mayo 2016. [https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2117/87782/MEZA\\_TESIS\\_MASTER.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2117/87782/MEZA_TESIS_MASTER.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (MVCS). (2005). Situación de los barrios urbano-marginales en el Perú 2004, Primera Aproximación. Lima: MVCS.
- Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (MVCS). (2013). Situación de los barrios urbano-marginales en el Perú 2012, Segunda Aproximación. Lima: MVCS.
- Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento. (2021). Política Nacional de Vivienda y Urbanismo.
- Morales Tejada, M. (2016). Estudio de caso: La Asociación Casa Granja Nueva Villa y la Asociación de Poseedores San Luis Gonzaga [Tesis de Maestría].
- Norman Loayza, C. (2007). Causas y consecuencias de la informalidad en Perú. <https://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Documentos-de-Trabajo/2007/Working-Paper-18-2007.pdf>
- ORTIZ, J. I., VILCHEZ, X. A., & VALENCIA, C. I. (2020). Derecho urbanístico, planificación territorial y otros retos trazados por la pandemia del COVID-19. Kawsaypacha Sociedad y Medio Ambiente.



- RPP Noticias (Vía Web). (2016). Perú es el tercer país de Latinoamérica con mayor déficit de viviendas. <http://rpp.pe/economia/inmobiliaria/peru-es-el-tercer-pais-de-latinoamerica-con-mayor-deficit-de-viviendas-noticia-1014065>
- Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, aprobado por Decreto Supremo N° 010-2014-VIVIENDA y su modificatoria por Decreto Supremo N° 006-2015-VIVIENDA.
- Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Bienes Estatales.
- Richard Pipes. (2002). Propiedad y libertad: Dos conceptos inseparables a lo largo de la historia. Editorial Turner y Fondo de Cultura Económica.
- Universidad Privada del Norte. (2017). La Vivienda Informal en Lima. <http://blogs.upn.edu.pe/arquitectura/2017/07/13/la-vivienda-informal-en-lima/>
- Vásquez Ríos, A. (2013). *Los derecho reales I Tomo Los bienes – La posesión*. Editorial San Marcos.
- Ordenanza N° 2499-2022 – Ordenanza que aprueba el Plan de Desarrollo Metropolitano de Lima 2021-2040 Planmet 2040.

# INCENTIVOS A LA GESTIÓN MUNICIPAL E INVERSIÓN EN PRIMERA INFANCIA EN MUNICIPALIDADES PERUANAS. 2012 - 2018

## INCENTIVES FOR MUNICIPAL MANAGEMENT AND INVESTMENT IN EARLY CHILDHOOD IN PERUVIAN MUNICIPALITIES. 2012 - 2018

Recibido: 11 de octubre de 2024 | Aprobado: 4 de noviembre de 2024

CARLOS G. RUIZ ARIAS\*  
MARÍA E. ROMÁN TEQUÉN\*\*  
MARIO F. LÓPEZ HUACHO\*\*\*

### RESUMEN

**Objetivos:** Identificar la influencia de los incentivos a la gestión municipal sobre la inversión en primera infancia de municipalidades del Perú durante el periodo 2012-2018. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, alcance explicativo y diseño longitudinal, utilizando bases administrativas del Ministerio de Economía y Finanzas del Perú (MEF-Perú) y Registro Nacional de Identificación y Estado Civil-RENIEC. **Resultados:** Se realizó la evaluación de datos vinculados al Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PP-PAN) y Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal (PI) de 1876 municipalidades del Perú, durante el periodo 2012 - 2018, al aplicar la prueba de correlación de Spearman se obtuvo un  $p < 0.05$ , con un coeficiente de correlación de  $rs = 0.718$ , que se hizo más fuerte en el caso de municipalidades No CP, menos de 500 viviendas urbanas (VV.UU.) y 500 o más VV.UU, así como en el caso de años con presencia de meta del PI, obteniendo su valor más alto para el año 2015 ( $rs = 0.791$ ). **Conclusiones:** Los resultados permiten concluir que la presencia de las metas vinculadas al sector salud, en el marco del PI, estimularon la inversión mediante el PP-PAN durante el periodo con metas (2012 - 2015) y en municipalidades con mayor quintil de pobreza.

**Palabras claves:** primera infancia, gobierno local, administración de salud pública

### ABSTRACT

**Objectives:** To identify the influence of incentives to municipal management on early childhood investment in municipalities of Peru during the period 2012-2018. **Materials and methods:** A study of quantitative approach, explanatory scope and longitudinal design was carried out, using administrative bases of the Ministry of Economy and Finance of Peru and RENIEC. **Results:** The evaluation of data linked to the Nutritional Articulated Budget Program and Incentive Program for the Improvement of Municipal Management (IP) of 1,876 municipalities of Peru, during the period 2012 - 2018, when applying the Spearman Correlation test a  $p < 0.05$  was obtained, with a correlation coefficient of  $rs = 0.718$ , which became stronger in the case of municipalities No MC, less than 500 UHHH and 500 or more UHHH, as well as in the case of years with the presence of IP target, obtaining its highest value for the year 2015 ( $rs = 0.791$ ). **Conclusions:** The results allow to conclude that the presence of the targets linked to the health sector, within the framework of the Incentives Plan for the Improvement of Municipal Management (IP), stimulated investment through the Nutritional Articulated Budget Program, during the period 2012 - 2015, especially for municipalities with the greatest quintile of poverty.

**Keywords:** early childhood, local government, public health administration

\* Maestro en Administración Pública,  
Universidad Católica Sedes Sapientiae  
[carlosruiz270980@gmail.com](mailto:carlosruiz270980@gmail.com)  
ORCID: 0000-0002-1074-6530

\*\* Maestra en Docencia Universitaria,  
Universidad César Vallejo  
[marinut12@gmail.com](mailto:marinut12@gmail.com)  
ORCID: 0000-0002-0204-5988

\*\*\* Magíster en Gerencia Social. PUCP.  
[mariofranciscolopezhuacho@gmail.com](mailto:mariofranciscolopezhuacho@gmail.com)  
ORCID: 0000-0003-4149-5444

## INTRODUCCIÓN

En los niveles del gobierno del Estado peruano, el tercer nivel corresponde a los gobiernos locales (municipios distritales y provinciales) que son las instancias de gobierno enfocadas en un territorio específico y más cercanas a la población, por tanto, con mayor posibilidad de implementar acciones para el bienestar y desarrollo de la primera infancia, siempre que cuenten con los recursos y las competencias suficientes. El Estado peruano, con el objetivo de dinamizar la inversión pública desde el nivel local, realizó el diseño y puesta en marcha del PI, como estrategia para dinamizar la inversión en acciones y proyectos desde las municipalidades del Perú, reconociendo la importancia de la cercanía que tienen las municipalidades distritales de la población de su jurisdicción.

Durante el periodo 2005- 2011, el Perú implementó políticas sociales acordes a la realidad de la problemática peruana, que permitieron una mejora sustancial en los indicadores de salud y nutrición de la población infantil, especialmente reduciendo la desnutrición crónica infantil (DCI) (Mejía Acosta & Haddad, 2014); el abordaje de estos problemas se centró en una perspectiva centralista, sin dimensionar la real importancia de los niveles de gobierno regional y local, como aliados en la implementación de estas iniciativas.

La *Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública* considera cinco pilares, entre ellos el *Presupuesto por Resultados* (PpR) (Presidencia del Consejo de Ministros, 2019). El Banco Mundial ha reconocido la importancia que habría tenido el PpR, en disminuir la DCI a nivel nacional de 19.5% en el año 2012 a 14.4% en el año 2015 (Bank, 2017, pág. 13) (Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú. Encuesta demográfica y de salud familiar - ENDES 2012, 2012) (Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú. Encuesta demográfica y de salud familiar - ENDES 2015, 2015). En el Perú, el PpR cuenta con dos componentes importantes: los programas presupuestales (PP) y los incentivos.

Los PP se crean mediante Ley 29142 y son concebidos como instrumentos que contribuyen a operativizar el PpR (Gutiérrez-Aguado, 2017). Perú cuenta con 80 PP, los primeros diseñados durante el año 2008 (Ministerio de Economía y Finanzas, 2018), todos los PP cuentan con un modelo lógico que permite identificar los procesos y resultados que se obtendrán de su implementación. Los PP permiten la inversión en acciones y proyectos de los diversos sectores del Estado. Uno de los primeros PP en ser diseñado fue el PP-PAN, diseñado como una propuesta para entender y orientar las intervenciones para la reducción de la DCI (Ministerio de Economía y Finanzas, Programa Articulado de Nutrición, 2009). El PP-PAN es uno de los primeros PP mediante el cual los gobiernos locales, regionales y nacional pueden destinar recursos para realizar acciones y/o proyectos para la lucha contra la DCI. Sen (1999) considera a la inversión que se realiza en la población infantil como una parte importante del proceso general del desarrollo de un país (Sen, 1999), al mismo tiempo Heckman (2011) identifica que por cada dólar invertido en servicios de calidad a la primera infancia genera un retorno del 7 al 10 por ciento anual (Heckman, 2011); en ese sentido, la inversión realizadas mediante el PP-PAN resulta importante no solamente para combatir la DCI, sino también para la mejora de las condiciones de la primera infancia en general. Ferreira (2013) reconoce la importancia de invertir recursos orientados a fortalecer aspectos educativos en la población infantil, especialmente en la primera infancia, debido a que esta inversión representa el punto de partida de la implementación de cualquier política y programas de desarrollo humano (Ferreira Ruiz, 2013). UNICEF define el gasto público que está orientado a la infancia, niñez y adolescencia como uno de los principales instrumentos para garantizar la operatividad de las acciones y alcance de los objetivos la política social y el ejercicio pleno de los derechos de la niñez (UNICEF, IMPLAN, & Gobierno Municipal de Puebla, 2014).

El otro componente importante componente del PpR son los incentivos. Los incentivos se definen como mecanismos de asignación de recursos presupuestales útiles para promover la eficiencia y eficacia de la gestión pública (Shack & Rivera, 2017) (Lockwood & Porcelli, 2013) (Financial and Fiscal Commission, 2013). Los incentivos, como instrumentos de la política pública, han sido utilizados con el propósito que los funcionarios y las organizaciones del sector pública realicen acciones que sin la presencia de los incentivos no las ejecutarían, ya sea porque no cuentan con los conocimientos o capacidades para su puesta en marcha o porque no lo quieren realizar (Moreno, 2014).

Los incentivos municipales se oficializan en el Perú a partir de la creación del *Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal* (PIMGM), que fue creado mediante la Ley 29332 en el año 2009. Al siguiente año, se aprobaría la Ley 29465, a través de la cual se creó el *Programa de Modernización Municipal* (PMM); ambas versiones de programas de incentivos funcionaron de manera independiente hasta el año 2012, momento en el que se implementa la versión actual de incentivos municipales, en base a la fusión de ambos programas, creándose de esta manera el *Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal* (PI) (Ruiz Arias, 2019).

Los incentivos municipales implementados desde el PI han estado adscrito al sector economía. El MEF-Perú define los incentivos municipales como recursos presupuestales adicionales a los que pueden acceder las

municipalidades distritales del Perú, que cumplan oportunamente con metas definidas previamente por el PI (Ministerio de Economía y Finanzas, 2014). La totalidad de municipalidades distritales del Perú que han sido incluidas en el PI, han sido clasificadas por el MEF en cuatro categorías, como se pueden apreciar en la Tabla 1.

**Tabla 1. Número de distritos, según clasificación municipal del PI, durante el periodo 2012 - 2018**

Clasificación municipal	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
CP A	40	40	40	40	40	40	40
CP B	209	209	209	210	210	210	210
No CP, menos de 500 VV.UU.	1,034	1,033	1,037	1,043	1,053	1,047	1,046
No CP, 500 o más VV.UU.	555	556	556	558	564	577	578
Total	1,838	1,838	1,842	1,851	1,867	1,874	1,874

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas. 2020.

VV.UU.: Viviendas Urbanas.

CP: Centros Poblados

Durante el periodo 2012 al 2015 las municipalidades de distritos clasificados como *No Centros Poblados* con menos de 500 VV.UU. y *No Centros Poblados* con 500 o más VV.UU., fueron consideradas en el PI, con metas específicas a la lucha contra la DCI (Tabla 2).

**Tabla 2. Metas asignadas al PI para municipalidades No CP, menos de 500 VV.UU. y No CP, 500 o más VV.UU. vinculadas al sector salud durante el periodo 2012 - 2018**

Año	Tipo de meta		
	Meta vinculada a Centro de Promoción y Vigilancia Comunal	Meta vinculada a padrón nominal	Meta vinculada a reducción de anemia
2012	Implementación de un CPVC del cuidado integral de la madre y del niño, de acuerdo con los criterios establecidos por el MINSa		
2013	Metas 46 y 51: Funcionamiento del CPVC - MINSa	Metas 47 y 52: Padrón Nominal distrital de Niñas y Niños - MINSa	
2014	Meta 46 y 52: Sostenibilidad en el funcionamiento del CPVC del Cuidado Integral de la Madre y el Niño - MINSa.	Meta 45 y 51: Sostenibilidad del Padrón Nominal Distrital de Niños y Niñas menores de 06 años Homologado y Actualizado - MINSa.	
2015	Meta 38 y 44: Fortalecimiento del CPVC del Cuidado Integral de la Madre y el Niño, planificación y programación PAN - MINSa.	Meta 39 y 45: Ampliación y fortalecimiento del Padrón Nominal distrital de niñas y niños menores de 6 años homologado y actualizado - MINSa.	
2016	No se definieron metas orientadas a la población infantil		
2017	No se definieron metas orientadas a la población infantil		
2018			Meta 2, 6, 9 y 12: Acciones de municipios para promover la adecuada alimentación y la prevención y reducción de anemia del menor de 36 meses

Fuente: Elaborado en base a normas emitidas por el MEF durante el periodo 2012-2018

Evaluaciones oficiales realizadas en Perú habrían evidenciado la importancia de los incentivos al desempeño para que las municipalidades cumplan con desarrollar acciones para promover la cobertura de servicios del sector salud en las regiones con mayor prevalencia de DCI (Cruzado de la Vega, 2017) (Levinson & Balarajan, 2013)

(Bonifacio Aliaga, 2015), al mismo tiempo existirán evidencias específicas de municipalidades que han contado con limitaciones para impulsar la articulación local del sector salud y gobierno local para el cumplimiento de las metas (Azaña Torreblanca & Rojo Silva, 2015).

Actualmente, bajo el enfoque de articulación territorial, el PP-PAN cumple un papel importante, ya que, mediante el trabajo articulado de sectores como el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio de Salud y las municipalidades distritales, se pueden desarrollar acciones en favor de las condiciones de la población infantil en cada uno de los distritos del Perú.

La importancia del presente estudio, radica en ser uno de los primeros estudios que realiza la medición de los resultados del PI a nivel de todas las municipalidades del Perú, por ello se establece como hipótesis que los recursos presupuestales transferidos mediante el PI, estaría asociado a incrementar la inversión en primera infancia mediante el PP-PAN de las municipalidades del Perú, para ello se ha planteado como objetivo identificar cómo habría influido en los incentivos transferidos mediante el PI sobre la inversión en primera infancia, medido mediante el PP-PAN de municipalidades del Perú durante el periodo 2012 – 2018.

## METODOLOGÍA

### Diseño de estudio

Se realizó un análisis secundario de datos correspondientes a la ejecución presupuestal obtenidos del portal web del MEF-Perú y RENIEC, el alcance del estudio fue de tipo explicativo, diseño no experimental y tipo longitudinal, mediante el cual se realizó observaciones a situaciones no provocadas por el investigador durante el periodo 2012-2018.

### Población de estudio y muestra

La población de estudio estuvo conformada por 1876 municipalidades del Perú, durante el periodo 2012 - 2018. Debido a que se contó con datos de todas las municipalidades del Perú, no fue necesario realizar la estimación del tamaño y selección de una muestra específica. La muestra ha sido clasificada en función a quintil de pobreza y clasificación municipal asignada por el MEF-Perú.

### Variables

Se ha considerado dos variables de estudio: 1) La primera variable, *Incentivo a la gestión Municipal*, definida operacionalmente como metas asignadas y cumplidas del PI y transferencias realizadas por MEF-Perú y que han sido utilizadas para financiar acciones y proyectos implementados mediante el uso del PP-PAN en las municipalidades del Perú. 2) La segunda variable, *Inversión en primera infancia*, definida como la cantidad de recursos ejecutados como parte PP-PAN por cada una de las municipalidades del Perú. En ambos casos se consideró la medición durante el periodo 2012 - 2018.

### Procesamiento de datos

Los datos obtenidos del MEF-Perú, relacionados a la ejecución presupuestal del PP-PAN, desempeño de las metas asignadas y asignación de los recursos presupuestales transferidos desde el PI de las municipalidades del Perú, en todos los casos para el periodo 2012 – 2018. La solicitud fue realizada mediante el procedimiento de transparencia y acceso a información pública y consulta en la página web del MEF-Perú. Para realizar la estimación *per cápita*, se realizó la descarga de datos de la población distrital en edades simples de la población infantil menor a 3 años registrada en RENIEC.

## ANÁLISIS DE DATOS

Para realizar el análisis, se organizó los datos en un archivo de Excel, que posteriormente fue exportado al *software* de análisis estadístico IBM SPSS Statistics 20, momento en el que se realizó un proceso de validación de la consistencia de los datos. Previo a la elección de las pruebas estadísticas a utilizar, se aplicó la prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov, adecuada para la cantidad de datos (mayor a 50 datos); obteniendo

que ambas variables no presentaban distribución normal. Posterior a ello, y debido a que los datos no cumplieron con distribución normal se decidió utilizar la prueba estadística no paramétrica correlación de Spearman. Los puntos de cohorte tomados como referencia para realizar el análisis de significancia fueron de 0.05, la clasificación de los coeficientes de correlación utilizados se encuentra detallados en la siguiente tabla (Mondragon Barrera, 2011).

**Tabla 3. Puntos de cohorte considerados para la clasificación de los coeficientes de correlación Spearman**

Punto de cohorte	Clasificación
-0.91 a -1.00	correlación negativa perfecta
-0.76 a -0.90	correlación negativa muy fuerte
-0.51 a -0.75	correlación negativa considerable
-0.11 a -0.50	correlación negativa media
-0.01 a -0.10	correlación negativa débil
0.00	no existe correlación
0.01 a +0.10	correlación positiva débil
0.11 a +0.50	correlación positiva media
0.51 a +0.75	correlación positiva considerable
0.76 a +0.90	correlación positiva muy fuerte
0.91 a +1.00	correlación positiva perfecta

## ASPECTOS ÉTICOS

La propuesta de estudio no fue sometido a la revisión y aprobación de un comité de ética, debido a que se trató de un análisis de datos que provienen de fuentes secundarias y de acceso público, que han sido obtenidos mediante solicitud de acceso a información pública de entidades del sector público del Perú o mediante el acceso a portales web de entidades públicas del Estado peruano.

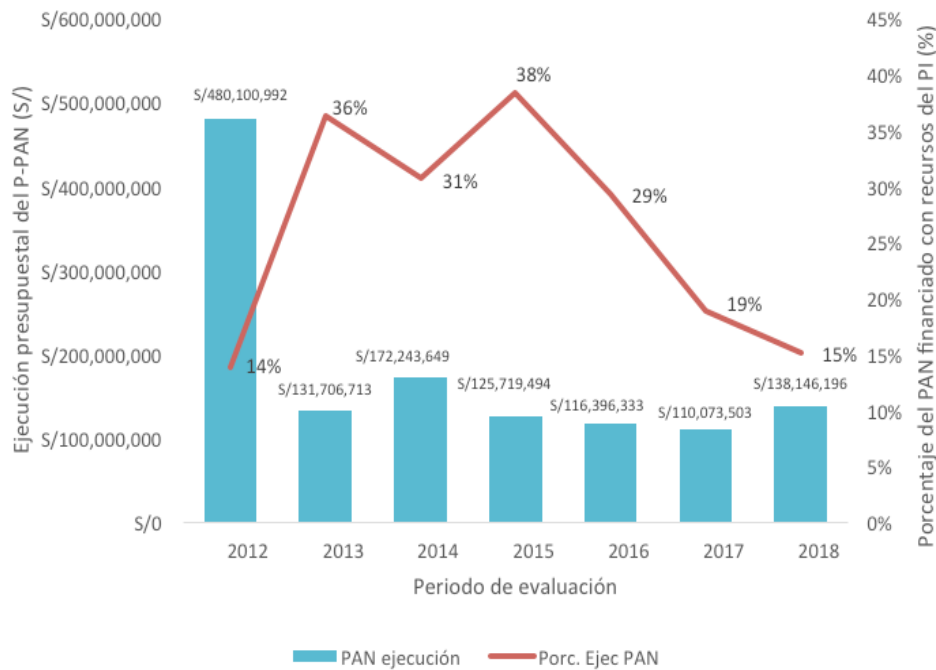
## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se realizó un análisis de datos de 1876 municipalidades del Perú, correspondiente a la ejecución del PP-PAN y PI para el horizonte temporal 2012 - 2018. La ejecución del presupuesto total del PP-PAN en las municipalidades del Perú, en el periodo en mención, alcanzó un total de S/ 1,274,386,880.00.

Durante el año 2012 se realizó la mayor inversión mediante el PP-PAN, monto que representó el 37.7% del presupuesto total invertido en todo el periodo 2012-2018. La ejecución presupuestal del PP-PAN se contrajo en 71,2%, pasando de S/480,100,992 ejecutados en el año 2012 a S/138,146,196 ejecutados en el año 2018. La reducción de la ejecución PP-PAN, según quintil de pobreza del distrito, fue de 81.1% (q1), 64.1% (q2), 76.7% (q3), 68.8% (q4) y 59.9% (q5) al 2018, en referencia al presupuesto ejecutado mediante el PP-PAN en el primer año de ejecución del PI (2012).

La inversión de las municipalidades distritales orientadas a la primera infancia, ejecutada mediante el PP-PAN, con recursos provenientes de las transferencias realiza a las municipalidades distritales por cumplimiento de las metas asignadas del PI, ascendió a S/ 290,055,205, valor que representó el 22.8% del total invertido mediante el PP-PAN durante este periodo. El mayor monto de financiamiento del PP-PAN con recursos provenientes del PI se realizó durante el año 2012, ascendiendo a S/ 65,924,826; mientras que el mayor porcentaje de financiamiento del PP-PAN, con recursos provenientes del PI, se realizó en el año 2015, año que representó el 38% del total invertido mediante el PP-PAN (Figura 1).

**Figura 1. Presupuesto total asignado al PP-PAN y porcentaje de aporte del PI al PP-PAN, durante los años 2012 – 2018**



Las municipalidades de distritos más pobres (q1) presentaron un porcentaje mayor de financiamiento en actividades ejecutadas mediante el PP-PAN, mediante el uso de recursos provenientes del PI (25%), en comparación con las municipalidades de distritos menos pobres (q5) que presentaron un porcentaje menor (16%) para el mismo periodo. En función a la clasificación municipal asignada por el PI, las municipalidades clasificadas como *No Centros Poblados con menos de 500 VV.UU.* y *No Centros Poblados con 500 o más VV.UU.*, financiaron el 45.6% y 41.7% mediante el uso de recursos del presupuesto de los proyectos y actividades ejecutadas mediante el PP-PAN, con recursos provenientes de las transferencias realizadas mediante el PI.

Al realizar el análisis, en función de la media de inversión per cápita anual del PP-PAN, la población infantil menor a 3 años (Pob. Inf. <3 años) en función a cada distrito del Perú, se observó que el año 2012 presentó la media más alta de inversión *per cápita* con S/ 1,333.85 /Pob. Inf. <3 años, mientras que el año con menor inversión per cápita fue el año 2017 con S/ 303.14/Pob. Inf. <3 años. Al realizar el análisis de inversión per cápita, según quintil de pobreza, se observó que las municipalidades de distritos con quintiles más pobres (q1 y q2) presentaron la mayor inversión per cápita durante el periodo considerado para el estudio, con S/ 623.04/Pob. Inf. <3 años y S/ 553.51/Pob. Inf. <3 años, respectivamente; mientras que los distritos con menor quintil de pobreza (q5) presentaron la menor inversión per cápita S/ 313.60/Pob. Inf. <3 años. Al realizar la comparación per cápita del PP-PAN, según quintil de pobreza y los años con presencia de metas del PI orientados a la población infantil, se puede observar que el q1 presenta una mayor inversión per cápita durante los años con meta del PI (S/ 767.89 /Pob. Inf. <3 años) en comparación al mismo quintil durante los años sin meta del PI (S/ 260.90/Pob. Inf. <3 años); mientras que el q5 presenta, durante los años sin meta, una inversión per cápita de S/ 187.44/Pob. Inf. <3 años en comparación con los S/ 364.06 /Pob. Inf. <3 años de los años con meta. Al realizar la comparación de la inversión per cápita por niño menor de 3 años, según clasificación municipal, se observa que los distritos clasificados con CP tipo A tienen una media de S/ 5.47/Pob. Inf. <3 años; las municipalidades clasificadas como CP tipo B tuvieron una media de S/ 62.01/Pob. Inf. <3 años, ambos grupos de municipalidades correspondientes a distritos sin meta del PI; con montos per cápita por debajo de los grupos de municipalidades consideradas con metas del PI, como es el caso de las municipalidades de *No Centros Poblados con menos de 500 VV.UU.* que ascendió a S/. 709.69/Pob. Inf. <3 años y las municipalidades de distritos clasificados como *No Centros Poblados con 500 o más VV.UU.* con S/. 351.28/Pob. Inf. <3 años (Ver Tabla 4)

**Tabla 4. Inversión per cápita anual por niños menores de 3 años, 351.28 /el PP-PAN de municipalidades del Perú, durante el periodo 2012 - 2018.**

	Inversión per cápita anual del PP-PAN por niño menor de 3 años	
	Meta de plan de incentivos	
	No	Si
	Media	Media
Clasificación municipal según PI		
CP A	S/5.20	S/5.57
CP B	S/26.62	S/76.21
No CP, menos de 500 VV.UU.	S/396.49	S/836.35
No CP, 500 o más VV.UU.	S/268.84	S/384.98
Quintil de pobreza		
Quintil 1	S/260.90	S/767.89
Quintil 2	S/379.81	S/622.99
Quintil 3	S/355.75	S/637.43
Quintil 4	S/351.43	S/544.70
Quintil 5	S/187.44	S/364.06
Año del periodo de estudio		
2012		S/1,333.85
2013		S/369.45
2014		S/407.00
2015		S/398.54
2016	S/310.38	
2017	S/303.14	
2018		S/424.69

VV.UU.: viviendas urbanas.

CP: Centros Poblados

Se realizó el análisis de la asociación existente entre las variables inversión en primera infancia ejecutada durante el periodo 2012-2018, a través de recursos provenientes del PP-PAN y los recursos asignados a este PP desde los diversos recursos vinculados al PI, se aplicó la prueba estadística para datos no paramétricos correlación de Spearman, encontrando una  $p < 0.05$ , con un coeficiente de correlación de  $r_s = 0.72$ . El coeficiente de correlación entre ambas variables ha presentado una tendencia de incremento de la fuerza entre el periodo 2012 al 2015, fortaleciéndose en los años 2014 ( $r_s = 0.778$ ) y 2015 ( $r_s = 0.791$ ), años de presencia de las metas del PI, para luego caer significativamente hasta el 2018, periodo en el que fueron retiradas las metas del PI.

**Tabla 5. Coeficientes de correlación de la ejecución presupuestal total del PP-PAN con recursos totales asignados desde PI en el periodo 2012 al 2018.**

Rho de Spearman	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Coefficiente de correlación	,681**	,739**	,778**	,791**	,700**	,665**	,570**
Clasificación	CPC	CPC	CPMF	CPMF	CPC	CPC	CPC
Sig. (bilateral)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

\*\*. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Correlación positiva considerable: CPC

Correlación positiva muy fuerte: CPMF

Se realizó el análisis de manera desagregada, según clasificación municipal, obteniendo valores de:  $r_s = 0,56^{**}$  (municipalidades tipo A);  $r_s = 0,59^*$  (municipalidades tipo B);  $r_s = 0,73^{**}$  (municipalidades No Centros Poblados con menos de 500 VV.UU.) y  $r_s = 0,72^{**}$  (municipalidades No Centros Poblados con 500 o más VV.UU.), estas dos



últimas municipalidades a las que fue asignada las metas del PI, que presentan los coeficientes de correlación más fuertes durante el periodo 2013 – 2015.

**Tabla 6. Coeficientes de correlación de la relación existente de la ejecución presupuestal total del PP-PAN con recursos totales asignados desde PI, según clasificación municipal, durante el periodo 2012 – 2018.**

Clasificación municipal	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
CPA	.670**	.491**	.662**	.540**	.408**	.391*	.513
CPB	.534**	.583**	.605**	.508**	.515**	.590**	.569**
No CP. menos de 500 VVUU	.694**	.745**	.801**	.802**	.706**	.673**	.580**
No CP. 500 o más VVUU	.685**	.778**	.784**	.780**	.710**	.657**	.567**

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

\* La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

La presencia de la meta considerada en el PI, durante el 2012, habría impulsado la inversión de las municipalidades distritales, especialmente orientado a la construcción de 1,528 *Centros de Promoción y Vigilancia Comunitaria* (CPVC), construidos con el objetivo de implementar mecanismos de vigilancia del estado nutricional de la población menor a 3 años (Ministerio de Economía y Finanzas, Incentivos Municipales: Sistematización de la experiencia, 2014)) con el objetivo de alcanzar las metas establecidas y obtener recursos adicionales para las municipalidades, por el cumplimiento de las metas asignadas. Los años posteriores las metas estuvieron orientadas a la sostenibilidad y seguimiento de los CPVC y la actualización y mantenimiento del padrón nominal, por lo que la inversión se redujo; sin embargo, como se observa en la Figura 1, durante los años con presencia de meta del PI (2012 -2015) la inversión fue mayor a la de los años 2016 y 2017, periodo en el que se retiraron las metas vinculadas a la primera infancia. Esta situación se hizo más evidente en aquellos distritos que presentaron un quintil mayor de pobreza (q1 y q2), en los cuales los ingresos por PI han sido de mayor ayuda para combatir problemas que afectan a la población infantil, los resultados coinciden con el análisis realizado por Aragón y Casas (2008) quien identificó que distritos con mayor cantidad de necesidades básicas puede realizar una mejor utilización transferencias presupuestales adicionales, como es el caso de los incentivos al desempeño (Aragón & Casas, 2008).

## CONCLUSIONES

La principal conclusión del estudio es que existe una correlación positiva considerable ( $r_s = 0.72$ ) entre la inversión realizada mediante el PP-PAN y los recursos invertidos desde el PI. Esta relación se debilita en el caso de municipalidades tipo A y B ( $r_s = .56^{**}$ ;  $r_s = 0.59^{**}$ ) que fueron el grupo de municipalidades que no contaron con meta relacionada al PI durante el periodo 2012 - 2015.

Al realizar el análisis por años, se observó que, durante los años 2014 y 2015, el coeficiente de correlación se hizo muy fuerte ( $r_s = .78^{**}$ ;  $r_s = .79^*$ ), obteniendo su mayor valor en el año 2015, último año en el que se incluyeron las metas del PI para este periodo, para luego reducir de manera constante durante los siguientes años en los que no se contó con meta del PI. Esto demostraría la importancia que habría tenido la presencia de las metas del PI, para fomentar la inversión de las municipalidades distritales en favor de la primera infancia, mediante el PP-PAN, pero que lamentablemente no se brindó continuidad durante los siguientes años.

Los incentivos municipales incluidos en el PI habrían sido de gran utilidad para fomentar que las municipalidades inviertan en implementar acciones y proyectos en favor de la primera infancia, mediante el PP-PAN, debido a la importancia que las transferencias de recursos adicionales habrían significado, en especial para las municipalidades con mayor quintil de pobreza. La importancia de establecer procedimientos claros para el cumplimiento de las metas es un acierto que habría facilitado su cumplimiento por parte de las municipalidades del Perú, incentivando de esta manera la inversión desde las municipalidades del Perú en el desarrollo de acciones en favor de la primera infancia; sin embargo, la implementación no habría considerado el desarrollo de acciones para garantizar la sostenibilidad de la inversión en primera infancia, ya que una vez retiradas las metas se redujo de manera considerable la inversión en gran número de municipalidades del Perú.

Es importante tomar en consideración que el presente análisis se centró en identificar la relación entre el presupuesto invertido a través del PP-PAN, utilizando los recursos transferidos a las municipales distritales del Perú por el cumplimiento de metas asignadas desde el PI; sin embargo, es necesario que se realicen otros estudios

complementarios buscando identificar la asociación con indicadores vinculados a desnutrición crónica, anemia u otros indicadores de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aragón, F., & Casas, C. (2008). *Local Governments capacity and performance : Evidence from Peruvian Municipalities*. CAF Financiado el Desarrollo - América Latina, Caracas, Venezuela.
- Azaña Torreblanca, P., & Rojo Silva, M. (2015). *Factores que favorecen o limitan la implementación del Plan de Incentivos Municipales para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en el Distrito de Masisea de Ucayali. Bases para propuesta de estrategias*. Tesis, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Bank, W. (2017). *Standing tall. Perú's Success in Overcoming its Stunting Crisis*. Washington, DC: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial.
- Bonifacio Aliaga, L. (2015). *Factores determinantes relacionados con funcionamiento de centros de promoción, vigilancia comunal del cuidado integral de madre y niño Pasco 2014*. Tesis, Pasco.
- Cruzado de la Vega, V. (2017). Pagos por desempeño para mejorar el estado nutricional infantil: Impacto de los convenios de apoyo presupuestario en tres regiones peruanas con alta prevalencia de desnutrición crónica infantil, 2010-2014. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 34(3).
- Ferreira Ruiz, M. (2013). *La educación temprana. Enfoque educativo infantil desde las Ciencias Biológicas Contemporáneas y su derivación en las políticas públicas privadas y civiles*. Editorial Dunken: Buenos Aires.
- Financial and Fiscal Commission. (2013). Improving the Performance of Municipalities through Incentive - Based Grants. En F. a. Commission, *Submission for the Division of Revenue 2014/15* (págs. 128-133). South Africa.
- Gutiérrez-Aguado, A. (2017). La evaluación de programas e intervenciones sanitarias en el marco de los programas presupuestales en salud. *Rev Peru Mex Exp Salud Publica*, 34(3), 363-4.
- Heckman, J. (2011). *The Economics of Inequality. The Value of Early Childhood Education*. A union of professionals, Washington, DC .
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2012). *Perú. Encuesta demográfica y de salud familiar - ENDES 2012*. Lima, Perú.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2015). *Perú. Encuesta demográfica y de salud familiar - ENDES 2015*. Lima, Perú.
- Levinson, F., & Balarajan, Y. (2013). *Addressing malnutrition multisectorally. What have we learned from recent international experience? Case studies from Perú, Brazil, y Bangladesh*. UNICEF and MDG Achievement Fund,, UNICEF Nutrition Working Paper, New York.
- Lockwood, B., & Porcelli, F. (2013). Incentive Schemes for Local Government: Theory and Evidence from Comprehensive Performance Assessment in England. *American Economic Journal: Economic Policy*, 5(3).
- Mejía Acosta, A., & Haddad, L. (February de 2014). The politics of success in the fight against malnutrition in Peru. *Food Policy*, 44.
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2009). Programa Articulado de Nutrición.
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2014). *Incentivos Municipales: Sistematización de la experiencia*. Lima-Perú: Dirección General de Presupuesto Público-Ministerio de Economía y Finanzas.
- Ministerio de Economía y Finanzas. (1 de Noviembre de 2018). <https://www.mef.gob.pe>. Obtenido de Presupuesto por Resultados: <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/i-que-es-ppr>
- Mondragon Barrera, M. (2011). Uso de la correlación de Spearman en un estudio de intervención en fisioterapia. *Movimiento Científico*, 8(1).
- Moreno, C. (2014). *Políticas, incentivos y cambio organizacional en la educación superior en México*. México: Editorial Universitaria.
- Presidencia del Consejo de Ministros. (2019). Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021.
- Ruiz Arias, C. G. (2019). *Incentivos a la Gestión Municipal como estímulo a la inversión en primera infancia de Municipalidades de Ciudades no principales del Perú. 2012 - 2017*. Tesis para optar el grado de Maestría en Administración Pública, Universidad Católica Sedes Sapientiae, Lima.
- Sen, A. (1999). Investing in Early Childhood: Its Role in Development. *Annual Meeting of the Inter-American Development Bank and the Inter-American Investment Corporation* (pág. 14). Washington, D.C: Inter-American Development Bank.
- Shack, N., & Rivera, R. (2017). *Seis años de la Gestión para Resultados en el Perú (2007-2013)*. Lima, Perú: Universidad Continental.
- UNICEF, IMPLAN, & Gobierno Municipal de Puebla. (2014). *Sistematización de la inversión pública en la infancia y la adolescencia en el Municipio de Puebla*. Puebla - México: UNICEF.

# IMPACTO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PERUANAS IMPLEMENTADAS DURANTE LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS

## IMPACT OF PERUVIAN PUBLIC POLICIES IMPLEMENTED DURING THE CORONAVIRUS PANDEMIC

Recibido: 30 de julio de 2024 | Aprobado: 11 de diciembre de 2024

OMAR J. NEYRA COLCHADO\*  
LISSETH S. NEYRA ASECIOS\*\*

### RESUMEN

La pandemia de la covid-19 marca un hito dentro de la historia contemporánea mundial, desencadenó el cierre de fronteras, deterioro de la económica en todo el mundo, modificación de las conductas de millones de personas, modificación y suspensión de la educación en los distintos niveles, colapso de los sistemas de salud, confinamiento, incremento de la pobreza, millones de decesos a nivel mundial, definitivamente estos y muchos otros efectos de la covid, tuvieron y tendrán repercusiones en el futuro.

Los gobiernos en la búsqueda de mitigar el impacto de la pandemia, adoptaron medidas sanitarias, políticas y económicas, en este escenario el Perú es un caso único en el mundo que, incluso fue y es tema de análisis; porque a pesar de la rapidez de las medidas sanitarias y económicas implementadas, estas no fueron efectivas, lo cual se observó en el elevado índice de fallecidos y elevado índice de contagiados, ubicando a nuestro país líder en el ranking de por fallecidos por millón de habitantes a nivel mundial.

Con este análisis, se pretende explicar el impacto de las decisiones políticas en la gestión de la salud durante la pandemia de la covid19 entre los años 2020 al 2022 en el Perú, con el objetivo de reflexionar como parte de la sociedad, comprendiendo que este tipo de decisiones en política sanitaria, que inicialmente podrían parecer las más idóneas, no lo son necesariamente; sobre todo considerando que errores políticos como la ausencia del insumo científico y técnico al momento de formular las estrategias, la ausencia de un sistema de vigilancia, la carencia de herramientas de diagnóstico eficientes, la falta de una estrategia para la comunicación, limitándose a la información mediante un discurso paternalista para justificar las medidas y restricciones impuestas.

Se considera que estas decisiones políticas en gestión de la salud, requieren un análisis, en vista que nuestro país con las condiciones iniciales (sistema de salud precario, niveles de corrupción elevados, informalidad laboral, menor desarrollo de la economía, etc.) de características similares a otros países de la región con respecto al manejo de la pandemia, obtuvo resultados negativos, lo que sugiere que la aplicación de estas políticas implementadas fueron negativas o incluso contraproducentes en varias situaciones.

**Palabras claves:** Pandemia, covid-19, políticas públicas, gobierno, gestión sanitaria, mortalidad, decisiones políticas.

### ABSTRACT

The covid-19 pandemic marks a milestone in contemporary world history, triggering the closure of borders, deterioration of the economy around the world, modification of the behaviors of millions of people, modification and suspension of education at different levels, collapse of health systems,

\* Consultor internacional en Salud Pública, Doctor en Salud Pública, Máster en Docencia e Investigación y Cirujano Dentista.  
[omarneyrac@yahoo.es](mailto:omarneyrac@yahoo.es)  
ORCID: 0009-0005-1915-2885

\*\* Asesora del Comando de Educación y Doctrina del Ejército de Perú. Cirujano Dentista con estudios de Maestría en Gestión Pública.  
[lisneyra22@gmail.com](mailto:lisneyra22@gmail.com)  
ORCID: 0009-0001-5976-342X

confinement, increase in poverty. Millions of deaths worldwide, definitely these and many other effects of covid, had and will have repercussions on the future.

Governments in the search to mitigate the impact of the pandemic, adopted sanitary, political and economic measures, in this scenario Peru is a unique case in the world that was and is even the subject of analysis; because despite the speed of the health and economic measures implemented, they were not effective, which was observed in the high rate of deaths and high rate of infections, placing our country as the leader in the ranking of deaths per million inhabitants worldwide.

With this analysis, It is intended to explain the impact of political decisions on health management during the covid-19 pandemic between 2020 and 2022 in Peru, with the aim of reflecting as part of society, understanding that this type of health policy decisions, which initially might seem the most suitable, they are not necessarily; especially considering that political errors such as the absence of scientific and technical input when formulating strategies, the absence of a surveillance system, the lack of efficient diagnostic tools, the lack of a strategy for communication, limiting oneself to information through a paternalistic discourse to justify the measures and restrictions imposed.

Is consider that these political decisions in health management require an analysis, given that our country with the initial conditions (precarious health system, high levels of corruption, labor informality, lower development of the economy, etc.) of similar characteristics to other countries in the region with respect to the management of the pandemic, obtained negative results, suggesting that the implementation of these implemented policies was negative or even counterproductive in several situations.

**Keywords:** Pandemic, COVID-19, public policies, government, health management, mortality, political decisions.

## INTRODUCCIÓN

Hacia los últimos meses del año 2019, se alertó sobre una nueva enfermedad, del tipo de neumonía atípica, denominada “*neumonía de Wuhan*”; por presentarse los primeros casos de ciudadanos de la ciudad de Wuhan en China. Semanas posteriores la Organización Mundial de la Salud, máxima entidad internacional sanitaria; ante la presencia del virus de la covid-19 y por el desarrollo acelerado de la enfermedad con secuelas de muerte, declaró la emergencia de salud pública internacional, denominado el inicio de la *pandemia de la covid-19 o pandemia del coronavirus*; el 30 de enero de 2020.

La pandemia de la covid-19, se extendió por más de tres años, hasta el 5 de mayo de 2023, cuando la OMS mediante comunicado oficial indicó el fin de la misma; en vista que el desarrollo de la enfermedad se encontraba en fase endémica con disminución notoria de los índices de mortalidad a nivel mundial.

La confirmación del primer caso en América Latina, se registró en São Paulo, Brasil, aproximadamente a finales de febrero de 2020, un adulto de 61 años, que dio positivo a la covid-19, paciente que recientemente había retornado de Europa. Ante la presencia del primer caso en el continente era inevitable la propagación del virus, por el mecanismo de transmisión.

El gobierno peruano, fue uno de los primeros en implementar medidas para evitar la presencia y propagación del virus; a pesar de ello en pocas semanas se registró la presencia del virus en Lima, oficialmente el 5 de marzo de 2020, confirmándose el primer caso positivo en un joven peruano que retornó de un viaje a Europa. Posteriormente se fueron confirmando casos en distintas regiones del Perú, como consecuencia del traslado interno de las personas, siendo focos de la enfermedad varias ciudades del norte del país, por el elevado número de casos positivos.

Con la finalidad de mitigar el impacto de la pandemia el Perú implementó diversas estrategias en los diferentes sectores como: salud, educación, economía, política, justicia, relaciones internacionales, entre otros. Se debe recordar que durante la gestión del expresidente Martín Vizcarra, se emitió el Decreto Supremo N° 008-2020-SA del 16 de marzo de 2020; dispositivo legal que anunciaba la declaratoria de emergencia sanitaria, por un periodo de 90 días. Este régimen de excepción facultaba la implementación de políticas y estrategias de acciones inmediatas en los diferentes sectores, por las graves circunstancias que afectan la vida de la población.

Inicialmente las estrategias implementadas, se enfocaron en los mecanismos de limitación en la circulación de personas, cierre de fronteras, restricciones de tránsito, las cuales eran de estricto cumplimiento, mediante el *aislamiento social obligatorio*. Cuyo objetivo era reducir la movilidad de las personas, evitando la propagación del virus y por ende disminuir el número de contagios.

En un inicio el aislamiento social obligatorio fue dispuesto por periodos determinados de días, mediante declaratorias de emergencia “*cuarentena nacional*”, las cuales eran implementadas analizando el comportamiento de la enfermedad en las diferentes regiones, estas iban ampliándose o limitándose hacia las denominadas “*cuarentenas focalizadas*”.

Desde la primera declaratoria oficial las fases de confinamiento, es decir las denominadas cuarentenas, permanecieron por un lapso de 7 meses, acompañadas de distintas estrategias focalizadas como restricción por género, por edades, por actividad laboral entre otros, hasta el denominado inicio progresivo hacia la “*nueva normalidad*” de convivencia con la presencia de la covid-19 de manera endémica.

El gobierno de turno, implementó diversas estrategias sanitarias con la finalidad de mitigar la propagación del virus y mejorar la capacidad de respuesta del precario sistema de salud existente, a pesar de ello, no vislumbró el impacto devastador de la covid-19, reflejado en una elevada tasa de mortalidad. Esta elevada cifra de fallecidos, nos ubicó en un ranking negativo el de ocupar el primer lugar del país con la mayor tasa de fallecidos por cada 100 mil habitantes y en el puesto número 11 por el elevado número de contagios.

Esto significó epidemiológicamente ser el foco de la pandemia en América Latina, según cifras oficiales nacionales e internacionales, en las diferentes denominadas cuatro olas de la covid-19, que se registraron en nuestro país.

Estas cifras alarmantes como resultado de la pandemia en el Perú, fueron motivo de investigaciones nacionales e internacionales, con el objetivo de analizar la gestión de la salud pública. Los gestores políticos responsables de las decisiones y estrategias implementadas, minimizaron la participación de expertos de salud para el asesoramiento de las diferentes estrategias, omitieron la existencia de evidencia científica relevante para la toma de decisiones sanitarias y políticas, ignoraron las recomendaciones de la máxima entidad sanitaria internacional (OMS). Estos errores fueron los causantes de las inadecuadas e ineficientes medidas implementadas para hacer frente a la presencia del virus en nuestro país. Expertos nacionales e internacionales recomendaban priorizar las estrategias en función a la evidencia científica, a la experiencia de países vecinos con similares características; pero años más tarde observamos que en nuestro país se priorizaron interés políticos o económicos sobre la salud de los millones de peruanos; dando como resultado la implementación de medidas erradas o hasta contraproducentes, desaprovechando en algunos casos las oportunidades para enfrentar la crisis sanitaria.

El Consejo de DDHH en su 42ª sesión, contó con la participación de la comisionada de las Naciones Unidas por los DDHH, Michelle Bachelet, manifestó: “*esta pandemia no será contenida por la política o las ideologías, o por un enfoque puramente económico. Será contenida por una formulación de políticas cuidadosa, sensible y guiada por la ciencia, y por un liderazgo responsable y humano*”. Con estas líneas expresadas ella recomendaba al mundo el enfoque científico como parte fundamental en las decisiones políticas, por la experiencia de diversos países que tenían resultados alentadores ante este enemigo invisible que estaba cobrando miles de muertes.

Entre las principales recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud, fundamental para la detección de los casos de covid-19, resaltando su importancia como mecanismo de contención para evitar la propagación del virus, fue la realización del diagnóstico a través de las *pruebas moleculares*, en la etapa inicial de la enfermedad; por la precisión y confiabilidad en sus resultados. En el Perú se generó y priorizó la adquisición de pruebas que no eran la indicadas por OMS y la academia mundial, como herramienta de diagnóstico para identificar el virus, estas fueron las denominadas *pruebas serológicas* o *pruebas rápidas de diagnóstico* de la covid-19. La característica de estas pruebas era su baja sensibilidad y especificidad, es decir ante presencia del virus en el organismo no lo identificaban de manera correcta dando lugar a falsos negativos o falsos positivos, sobre todo en la etapa inicial de la enfermedad, generando así confianza en los pacientes sin tener conocimiento que estaban propagando el virus.

Existieron otros factores importantes que influyeron en el número elevado de casos como la insuficiente infraestructura de los establecimientos de salud, escasez de recurso humano especializado, la deficiente dotación de equipamiento médico (ventiladores mecánicos, camas UCI), la escasez equipos de protección personal, deficiente capacidad de gestión, la insuficiente capacidad para el testeo o seguimiento de casos. Todo ello evidenció la precariedad de nuestro sistema de salud, con una limitada capacidad de respuesta ante una crisis sanitaria que requería un trabajo articulado, con gestión eficiente y equitativo de recursos para atender a una sobrecarga de pacientes que llevó al colapso del sistema de salud en varias regiones del Perú.

El Ministerio de Salud como parte de sus estrategias sanitarias, inauguró un establecimiento de salud especializado para brindar atención y tratamiento exclusivamente a pacientes con la covid-19, así mismo implementó la Villa Panamericana de Lima, con el propósito de ser alojamiento temporal, es decir servía de albergue para aquellos pacientes con resultados positivos que requerían aislamiento. Inicialmente fueron medidas acertadas, sin embargo, a causa del elevado número de pacientes, estos centros experimentaron una sobrecarga lo cual superó su capacidad.

Desde antes de la pandemia el sistema de salud enfrentaba grandes desafíos, mostraba signos de fragilidad y precariedad, carecía de infraestructura y recurso humano, lo cual limitaba la capacidad de respuesta. Durante la pandemia el objetivo era salvaguardar la vida y salud de la población, sin embargo, la situación del sistema de salud, hizo que existiera una limitada capacidad de respuesta, colapsándose rápidamente. Esto sugiere una reforma estructural del sistema de salud, para que sea más resiliente, eficiente y equitativo, que asegure el acceso a servicios básicos a toda la población y sobre todo con capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias.

Ante la inevitable aparición de nuevos patógenos o la posibilidad de futuras pandemias que, aquejen a los habitantes del mundo sin distinción de raza, sexo, estatus social, estatus económico o cultural; es esencial aprender de la reciente crisis sanitaria; comprender la importancia de un enfoque multidisciplinario, que considere los factores determinantes y condicionantes que influyen en las políticas públicas. Es fundamental que los responsables, de la formulación de políticas y estrategias, reconozcan la importancia de su rol en la toma de decisiones y el impacto de ellas en la población.

Actualmente estudios indican que existió una deficiente atención de salud dirigida sobre todo a aquellas poblaciones vulnerables por la edad avanzada o carentes de condiciones adecuadas de vida. Estos grupos debieron ser prioridad a fin de garantizar su acceso a la salud considerando que el riesgo que presentaban por la severidad de los casos, las complicaciones y la mortalidad.

El presente análisis tiene como objetivo, evidenciar el impacto de las políticas implementadas, es decir los resultados en las distintas fases como el confinamiento, el distanciamiento social, las restricciones, las cuarentenas focalizadas, entre otros. Determinar el impacto de las políticas en relación a la búsqueda del objetivo durante la pandemia que era el de disminuir la propagación del virus, y evitar la saturación del sistema de salud tanto público como privado y sobre todo reducir el número de fallecidos. Es importante mencionar que existieron otros factores como el nivel de pobreza, desigualdad, informalidad, la sobrepoblación en las grandes ciudades, la existencia de grupos vulnerables con factores biológicos de comorbilidad, que fueron determinantes para la obtención de resultados ya sean satisfactorios o no, que no fueron considerados durante la implementación de las estrategias.

Actualmente existen estudios que evidencian como resultado que, la gestión sanitaria presentó deficiencias muy significativas, durante la crisis de la covid-19 en el Perú, el ineficiente enfoque de salud pública, la deficiente efectividad de las estrategias basadas en evidencia científica, afectó en gran parte a aquellas poblaciones vulnerables. Esto fue determinante para disminuir la tasa de mortalidad, disminuir el número de contagios y por ende disminuir la carga de atención de los establecimientos de salud.

El impacto de las estrategias implementadas, a pesar de ser el país con mayor inversión económica y el de los primeros en adoptar medidas de restricción en América Latina, no dieron resultados significativos o positivos durante la pandemia. El nivel de pobreza mantuvo una relación muy estrecha con la mortalidad del virus, por los condicionantes de contagio. La letalidad que reflejó la pandemia a su vez nos expuso que la desigualdad social, durante la implementación de las cuarentenas; económicamente eran insostenibles resistirlas. La transferencia de bonos como medidas económicas para alivianar los efectos de la pandemia en los hogares, no tuvo un estrecho acompañamiento del soporte sanitario, lo cual desencadenó una afluencia mayor de personas en las entidades bancarias, esta falta de planificación logística elevó los contagios generando momentos críticos en el sector salud.

Los resultados negativos como efecto de la implementación de la cuarentena, fue porque no se consideraron factores sociales y económicos; recordemos que el 70% de los peruanos económicamente viven del día a día, laborando de manera informal para cubrir sus necesidades básicas. Otro factor fue la precariedad de las condiciones de las viviendas de miles de peruanos, caracterizadas por ser espacios reducidos, carentes de ventilación o ambientes inadecuados para albergar a numerosas familias.

La gestión del gobierno durante la pandemia evidenció un fracaso por la cifra de fallecidos y de contagios durante la pandemia. Los resultados obtenidos iban en contra de los objetivos por los cuales se implementaron; a pesar de ello en su afán de mitigar las desalentadoras estadísticas, el gobierno recurrió a la adquisición con prontitud de las vacunas, sin el respaldo científico que otorgará seguridad en la eficacia de los beneficios en la población, vigentes en ese momento.

Finalmente se deberá reflexionar sobre la importancia del liderazgo con enfoque en gestión sanitaria desde las esferas de la administración pública; la pandemia evidenció que nuestro sistema de salud con sus limitaciones y deficiencias en la capacidad operativa también carecía de capacidad técnica y científica fundamental para garantizar efectividad de medidas implementadas.

## MARCO TEÓRICO

**Bermúdez, Manuel. (2021)**, analizó en su artículo “El impacto negativo de la Pandemia del covid-19 al Índice de Desarrollo Humano en el Perú” los efectos de la pandemia en los años 2020 y 2021 a nivel global. La crisis sanitaria generó el colapso de los sistemas de salud afectando los servicios básicos esenciales, servicios públicos paralizados, alteración de la administración del estado entre otros. En Perú la crisis fue más compleja como resultado de las medidas implementadas por algunos grupos de poder. Recomienda que las medidas implementadas sobre todo hacia aquellas poblaciones vulnerables también deben de considerar, acciones que acompañen a la recuperación de la economía.

**Canales, G. & Chirinos M. (2020)**, en su tesis “Crisis sanitaria y su impacto económico en las empresas del sector *retail* en Lima Metropolitana en el año 2020”, planteó determinar los efectos económicos de la pandemia en el sector empresarial *retail*, de Lima Metropolitana en el 2020. La investigación se fundamentó en normas del recojo de la información, donde la población estuvo conformada por seis empresas del sector. Según sus conclusiones manifiesta que las disposiciones del gobierno en materia de bioseguridad afectaron la economía significativamente durante la implementación de los mismos. El impacto fue negativo sobre las empresas del sector debido a las medidas del confinamiento, por el cierre de los establecimientos durante varios meses.

**Adnan M.S.Fakir & Tuchar Bharati (2021)**, en su artículo “El papel de las restricciones de movilidad y las desigualdades institucionales para detener la propagación de covid-19”, evaluaron la efectividad de un conjunto de medidas restrictivas en algunos países. Mediante la relación existente entre el número de casos y fallecidos; resultados de las restricciones sociales. Las restricciones relacionadas con la movilidad y expansión del virus, fueron implementadas de forma estricta por algunos países. Observaron que países con menor desarrollo implementaron mayores restricciones como mecanismo para contener el virus, obteniendo resultados negativos en relación a lo esperado. Caso contrario sucedió en los países desarrollados que implementaron donde fueron mínimas restricciones y se obtuvieron resultados positivos. Las causas que se presumen como probables en cada país fueron el factor económico acompañado de condicionantes como prácticas de salud deficientes, el nivel de consciencia, entre otros. concluyeron que todo mecanismo debe estar articulado y ser multisectorial (salud, economía, educación).

**Han, E.& et al. (2020)**, mencionan en el artículo “Lecciones aprendidas al aliviar las restricciones de la covid-19: un análisis de países y regiones en Asia Pacífico y Europa” que, durante la crisis sanitaria mundial, los países implementaron mecanismos como restricciones al libre tránsito, con el objetivo de evitar la propagación del virus y por ende el colapso de los sistemas de salud muchas veces precarios, desde antes de la pandemia.

Los autores analizaron los mecanismos implementados por un número de nueve naciones (Hong Kong, Japón, Nueva Zelanda, Singapur, Corea del Sur, Alemania, Noruega, España y Reino Unido) caracterizados por su elevado nivel de vida, donde las restricciones no fueron estrictas o estas fueron atenuándose con el transcurrir del tiempo

Los autores plantearon que las restricciones deben ir acompañadas de mecanismos de control y seguimiento de los casos a fin de no ser estrictas e irse alivianando en el transcurso del tiempo. Así mismo el éxito de países como Nueva Zelanda, Alemania, Corea del Sur, fue el resultado de la intervención de expertos de salud, científicos e investigadores en las políticas de salud implementadas.

**Meza R. & et al. (2020)**, en su artículo “Análisis de las políticas públicas en el Perú ante la crisis derivada de la covid-19”, tienen como objetivo analizar las políticas públicas que el gobierno implementó en relación a salud y economía, como medidas para mitigar el impacto de la enfermedad. Este estudio tuvo como base los datos recopilados de información oficial existente de organismos públicos. Finalmente, esta revisión fue comparada con otros países concluyendo que las estrategias implementadas no fueron efectivas.

**Nina-Estrella, R. & et al. (2020)**; en su investigación “Impacto de las medidas de prevención contra el contagio por SARS -COV-2 en el Caribe”, analizaron el impacto del mecanismo de prevención ante la propagación de la covid-19, como medidas adoptadas, en la población. Para este estudio exploratorio emplearon un cuestionario de 15 preguntas, en base a los criterios impartidos por la Organización Mundial de la Salud y el Centro de Control de Enfermedades (CDC).

La información recolectada fue integrada por una muestra de 256 personas provenientes de República Dominicana y de Puerto Rico. Posterior al estudio se determinó que la población poseía conocimiento sobre el mecanismo de contagio del virus, los síntomas, el concepto de la cuarentena, aislamiento, mecanismos de prevención, no reconocieron como mecanismo de prevención el uso de la mascarilla. Esto posiblemente fue por la falta de orientación de las autoridades de ambos países que generaron una confusión en el uso en personas sanas o enfermas. Finalmente se concluyeron que las medidas de prevención impactaron de forma positiva sobre los mecanismos de protección ante la propagación del virus en la población,

**Nogueira J. & et al. (2021)**, en su artículo “Políticas públicas adoptadas en pandemia de la covid-19 en tres países de América Latina: Contribuciones de la Promoción de la Salud para no volver al mundo que existía”, evaluaron que el retorno a “una nueva normalidad” fue un desafío para el sector económico y social, por el resultado negativo que tuvo la pandemia en estos sectores, en Argentina, Chile y Brasil. En 1992 en una de las reuniones del continente, la pobreza fue declarada uno de los determinantes sociales más importantes de futuras enfermedades en la región. Siendo considerado de poca prioridad por algunos gobiernos, a pesar del transcurrir de los años, debilitando los sistemas de salud favoreciendo al aumento de la desigualdad.

La pandemia significó un desafío, por los graves impactos que produjo en distintos sectores como salud, economía, educación, por lo que los gobiernos deberían de buscar garantizar respuestas multisectoriales de respuestas ante este tipo de crisis.

Con el objetivo de reducir el impacto de la enfermedad, los gobiernos implementaron mecanismos, sin considerar factores estructurales, la inequidad, las disparidades de la población; siendo alguna de estas estrategias no compatibles como políticas de salud pública con los efectos esperados.

Consideran que como lecciones aprendidas se debe destacar las acciones coordinadas enfocadas a proteger la vida, reducir el impacto de las enfermedades, gobernanza multisectorial que articule los factores determinantes durante una crisis sanitaria.

**Perman G & et al., (2020)**, en su revisión denominada “Daños colaterales de la pandemia por la covid-19 ¿Consecuencias inevitables?”, mencionan el impacto, en el ámbito de la salud, educación, sociales; que ocasionó la pandemia indicando que varias de las consecuencias fueron inevitables por la velocidad de contagio. En su descripción realizan un análisis de la presencia de la enfermedad durante los primeros seis meses en Argentina, planteándose la necesidad de cambiar el enfoque a fin de minimizar los daños colaterales y el impacto de la covid-19 en los distintos sectores. Mencionan que se debe considerar un desafío que no debe ser limitado al sector salud debe ser un enfoque multisectorial con participación de los actores responsable y la sociedad con capacidad técnica para adoptar las medidas adecuadas.

**Pighi, P. (2020)**, escribió para la BBC NEWS MUNDO, “Cuarentena en Perú: 5 factores que explican por qué las medidas de confinamiento no impiden que sea el segundo país de América Latina con más casos de covid-19”, menciona que uno de los primeros países de América en declarar la cuarentena a fin de mitigar la propagación del virus, fue el Perú. Inicialmente algunos expertos saludaron esta medida, por su prontitud con la que se implementaron, acompañadas además de ayudas económicas. Sin embargo, al transcurrir pocas semanas de las restricciones, el Perú se ubicó como el segundo país por el elevado índice de morbilidad después de Brasil, según el monitoreo del avance de la pandemia, que realizaba la Universidad de Johns Hopkins.

La autora enfatiza cinco factores que fueron determinantes como problemas que no permitieron aplacar los contagios: la *informalidad de la economía*, la solvencia de la canasta familiar con labores del día a día; la *logística de abastecimiento* los hogares no disponían de mecanismos para mantener los alimentos por muchos días; las *aglomeraciones* básicamente en los mercados lo que ubicó a estos como focos de contagio; el *hacinamiento* en las casa, debido a la precariedad en muchos casos de no contar con ambientes dificultó poder tener un distanciamiento apropiado, las *ayudas económicas*, estas si bien fueron otorgadas por el estado para apoyar a la población que perdió empleo o cierre de sus negocios, generó aglomeraciones en los bancos siendo por lo tanto también focos de contagio. El Perú fue uno de los países con mayor gasto durante la pandemia, para aliviar la crisis económica efecto de la cuarentena. Finalmente menciona que estos factores o condicionantes por la precariedad de ciertas familias de estratos sociales bajos, contribuyeron de forma negativa a la evolución de la enfermedad.

**Saavedra J. & et al. (2021)**, en su artículo denominado “Impacto de las medidas para la mitigación de la covid-19 en la salud y en la economía para Latinoamérica y Perú”, analizaron las medidas de contención adoptadas por los gobiernos a fin de reducir el impacto de la covid-19 a nivel sanitario. El objetivo de estas políticas era el de disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad. Como parte de estas medidas analizadas se enfocaron en el impacto de las restricciones tanto a nivel sanitario como económico. En la recopilación de datos determinaron que las medidas implementadas en Perú fueron rigurosas. Como resultado observaron contrastes perjudiciales en vista que las restricciones no mitigaron el número de fallecidos y afectaron a su vez de manera negativa sobre la economía.

## ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A nivel mundial la crisis sanitaria por la covid-19 técnicamente representó uno de los desafíos más importante de las últimas décadas; en ese escenario el Perú inicialmente fue considerado un ejemplo por la implementación temprana de estrategias, que buscaban limitar la propagación del virus. Pero una vez estallada la primera ola, a



pesar de las políticas implementadas con premura, contrariamente a lo esperado estas resultaron con una elevada tasa de mortalidad, situando al país como principal foco de la pandemia en Sudamérica.

Hace más de 23 años que los gobiernos de la región unificaron criterios sanitarios para impulsar la atención primaria de la salud, que tiene como concepto la asistencia enfocada en las necesidades de la población, mediante la prevención y promoción de la salud con el objetivo de garantizar un nivel de salud y bienestar óptimo. Ante esa premisa la pandemia requería acciones enfocadas a prevenir los contagios, a través del diagnóstico oportuno.

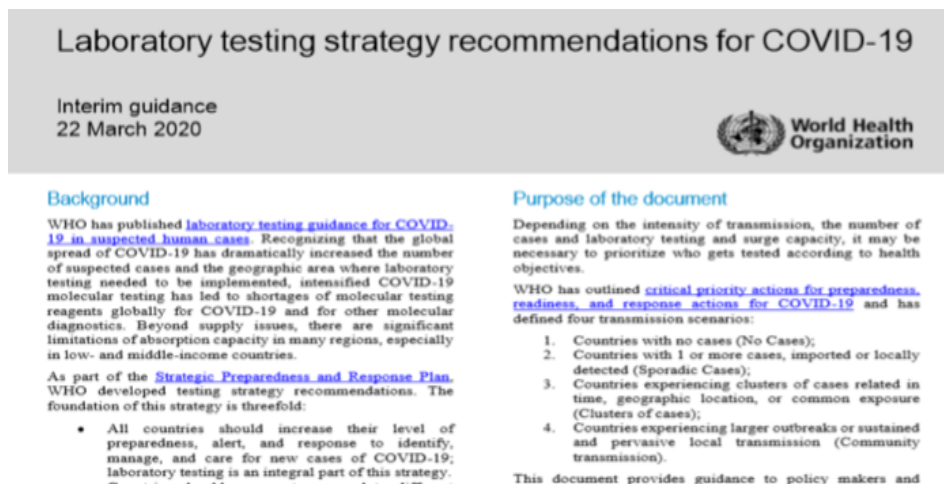
Diversos estudios actualmente indican que una adecuada *atención primaria de la salud*, enfocada principalmente en la detección temprana de la enfermedad acompañada de un aislamiento responsable, hubiera brindado resultados positivos e incluso hubiera permitido el fortalecimiento del sistema hospitalario para casos de mayor complejidad.

Las estadísticas demuestran que el fortalecimiento del sistema hospitalario, con el objetivo de atender el elevado número de casos, como estrategia principal adoptada en algunos países, resultó ineficaz como política sanitaria. Esto se atribuye en gran medida a la ausencia de los mecanismos de *atención primaria de la salud*, así como la limitada capacidad técnica, lo cual contribuyó de manera negativa en las acciones para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de los casos, a fin de anular la cadena de contagio.

Existieron gobiernos que, de manera responsable, siguieron las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, adoptando medidas con enfoque en *atención primaria de la salud*, implementando acciones como el tamizaje masivo con pruebas (PCR-RT) a personas asintomáticas o sintomáticas. El objetivo era mejorar la precisión de los resultados ubicando y aislando en cuarentena, únicamente a aquellos pacientes portadores del virus, claro está acompañado de un control y seguimiento.

Es importante considerar otra herramienta de atención primaria, la promoción de la salud que mediante las actividades de sensibilización, jugó un rol estratégico en la población, al desarrollar enseñanza sobre los mecanismos de protección física, sobre el correcto uso de mascarillas, sobre la comprensión y responsabilidad del “distanciamiento social”, sobre los hábitos durante el desarrollo de la enfermedad, entre otras medidas de bioseguridad, que resultaron efectivas como parte de la planificación.

**Figura 1. Pruebas de laboratorio para covid-19 como estrategia para la covid-19**



*Nota:* la Organización Mundial de la Salud, elaboró las recomendaciones para las pruebas de laboratorio PRC-moleculares y su utilización en el diagnóstico para identificar el sars-cov 2 durante la pandemia de la covid-19

Observamos en la Figura N°1, que la entidad más importante de salud a nivel mundial, desde marzo del 2020, recomendaba como herramienta de diagnóstico el uso de pruebas moleculares. Pruebas que eran técnicamente y científicamente sustentadas como por ejemplo en estudios realizados por Christian Drosten & et al. Investigadores del Hospital Universitario de Charité de Berlín en Alemania, quienes el 13 de enero de 2020, publicaron una evaluación preliminar de la implementación como protocolo de las pruebas PCR en tiempo real que se realizaron, obteniendo como resultado una eficaz herramienta en el diagnóstico oportuno. Esto fue corroborado observando los resultados significativamente positivos, por la baja tasa de mortalidad y morbilidad de aquellos países que siguieron esta recomendación de la OMS, para el control de la transmisión del virus. Así mismo la OMS recomendó que se evitará la implementación como protocolo de diagnóstico, del uso de las denominadas “pruebas

serológicas o rápidas” por su ineficiente mecanismo de detección de la presencia del virus en el organismo, lo cual fue identificado en diversas investigaciones vigentes en ese momento.

Contrariamente el gobierno peruano, determinó esta estrategia sanitaria, siendo oficialmente implementada como parte del protocolo de diagnóstico, mediante Resolución Ministerial N° 139-2020-MINSA, de fecha 29 de marzo de 2020, durante la gestión del ex Ministro de Salud Víctor Zamora Mesía. A su vez este dispositivo legal dio origen al documento técnico “Prevención y Atención de personas afectadas por la covid-19 en el Perú”, la cual derogaba la Resolución Ministerial N° 084-2020/MINSA responsable del documento técnico: “Atención y Manejo clínico de casos covid-19”. Esta RM 139, estableció el usar la “prueba rápida” como protocolo de diagnóstico, en reemplazo de la prueba molecular.

Este protocolo de diagnóstico para el tamizaje a nivel nacional de los probables casos de covid-19, fue implementado sin analizar su eficacia demostrada científicamente a causa de la baja sensibilidad y especificidad, lo cual impactó de forma negativa sobre los resultados, porque no solo se comprometió la salud de los miles de pacientes, sino también la salud de las personas de su entorno directo e indirecto; finalmente todo ello afectó la capacidad de respuesta del sistema de salud por la presencia de casos graves ante la atención tardía de los pacientes.

Otra de las políticas implementadas por el gobierno peruano, fueron las denominadas restricciones de tránsito, el aislamiento social obligatorio, las cuarentenas; las cuales se determinó carecían de sustento sanitario sólido (vigilancia, cercos epidemiológicos, pruebas moleculares, rastreo y detección de casos con inteligencia sanitaria, entre otros) por lo tanto resultaron ineficientes, al observar las cifras estadísticas del Centro de Control y Prevención de Enfermedades CDC de USA.

**Figura 2. Evaluación de la eficacia de las intervenciones del distanciamiento social para retrasar o aplanar la curva epidémica del coronavirus**



Nota: el Centro de Control y Prevención de enfermedades de USA, evaluó la efectividad de las normas de distanciamiento y sus efectos en resultado de contagios.

El gobierno peruano contrariamente a la existente evidencia científica y experiencia de otros países con resultados positivos sin implementar cuarentena como política sanitaria, decidió con el objetivo de evitar la propagación del virus implementar el distanciamiento social (cuarentena). El Perú fue uno de los primeros países en implementar de manera obligatoria y rigurosa este mecanismo, privando del libre desplazamiento a toda la población, materializándose mediante los siguientes decretos supremos:

- *Decreto Supremo N° 044-2020-PCM*, que declara el estado de emergencia nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la nación a consecuencia del brote del covid-19, (15 de marzo de 2020).
- *Decreto Supremo N° 094-2020-PCM*, que establece las medidas que debe observar la ciudadanía en la nueva convivencia social y prorroga el estado de emergencia nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la nación a consecuencia del covid-19, (23 de marzo de 2020).
- *Decreto Supremo N° 116-2020-PCM*, que establece las medidas que debe observar la ciudadanía en la nueva convivencia social y prorroga el estado de emergencia nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la nación a consecuencia del covid-19 (cuarentena focalizada niños, adolescentes, adultos mayores y grupos de riesgo), (26 de agosto de 2020).

- *Decreto Supremo N° 146-2020-PCM*, que declara estado de emergencia nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de las personas a consecuencia del covid-19, modificado por los DS N° 129-2020-PCM, N° 135-2020-PCM y N°139-2020-PCM (Establece Cuarentena focalizada por departamentos y provincias), (28 de agosto 2020).
- *Decreto Supremo N° 170 -2020-PCM*, que modifica el Decreto Supremo N° 116-2020-PCM, Decreto Supremo que establece las medidas que debe seguir la ciudadanía en la nueva convivencia social y prorroga el *Estado de Emergencia Nacional* por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del COVID-19, modificado por los Decretos Supremos N° 129-2020-PCM, N° 135-2020-PCM, N° 139- 2020-PCM, N° 146-2020-PCM, N° 151-2020- PCM, N° 156-2020-PCM, N° 162-2020-PCM y N° 165-2020-PCM (Actividades deportivas al aire libre), (22 de octubre de 2020).
- *Decreto Supremo 180-2020-PCM*, que modifica el Decreto Supremo N° 116-2020-PCM, Decreto Supremo que establece las medidas que debe seguir la ciudadanía en la nueva convivencia social y prorroga el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del COVID-19, modificado por los Decretos Supremos N° 129-2020-PCM, N° 135-2020-PCM, N° 139- 2020-PCM, N° 146-2020-PCM, N° 151-2020- PCM, N° 156-2020-PCM, N° 162-2020-PCM, N° 165-2020-PCM y N° 170-2020-PCM (Limitación al ejercicio del derecho a la libertad de tránsito de las personas), (14 de noviembre de 2020).
- *Decreto Supremo N°184-2020-PCM*, que declara estado de emergencia nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de las personas a consecuencia de la covid19 y establece las medidas que debe seguir la ciudadanía en la nueva convivencia social, (30 de noviembre de 2020).
- *Decreto Supremo N° 008-2021-PCM*, que prorroga el *Estado de Emergencia Nacional* por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia de la COVID-19 y modifica el Decreto Supremo N° 184-2020- PCM, el Decreto Supremo N° 201-2020- PCM, el Decreto Supremo N° 002-2021-PCM y el Decreto Supremo N° 004-2021-PCM Prorroga del estado de emergencia, (27 de enero de 2021).

**Figura 3. Diario el Peruano -Decreto Supremo 044-2020PCM del 15 de marzo 2020**



*Nota:* El gráfico muestra el Decreto Supremo que dio inicio al estado de emergencia en el Perú, a inicios de la pandemia.

Así mismo la cuarentena incorporó distintas acciones como “toque de queda” por género o edad (niños y adultos mayores) para la adquisición de alimentos, se limitó el traslado interno de personas, la realización de actividades deportivas tanto en ambientes cerrados como al aire libre.

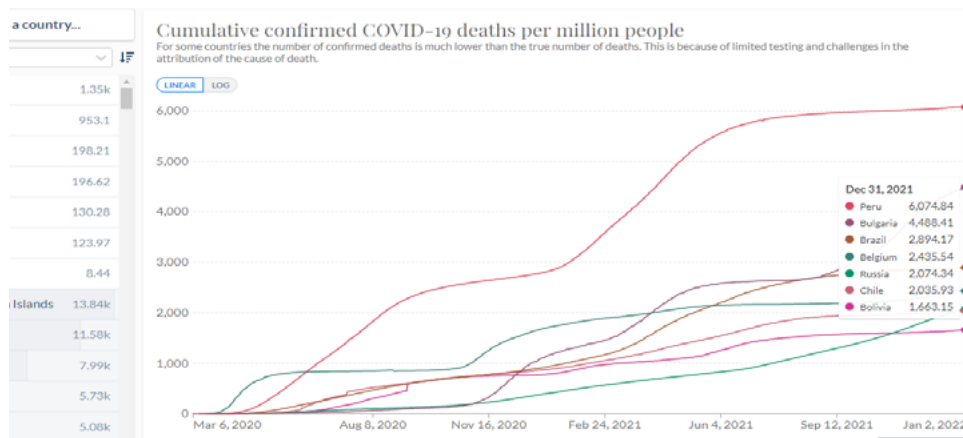
La gestión sanitaria implementó medidas complementarias como el uso obligatorio de barreras de protección personal (protector facial) así como barreras de protección de ambientes públicos (mamparas, pantallas de acrílico); protocolos de desinfección de objetos a través del uso de hipoclorito de sodio, ozono como también las medidas de bioseguridad e higiene como el uso de alcohol y el lavado de manos.

Los mecanismos implementados, evidenciaron su efectividad en vista que no lograron frenar la propagación del virus, incluso ciertas condiciones implementadas fueron contraproducentes porque provocaron una mayor concentración de personas en mercados, farmacias, como consecuencia aceleraron la movilidad del virus elevando el número de contagios, efecto contrario al objetivo deseado.

La suma de los diferentes resultados obtenidos de la implementación de las políticas del gobierno peruano, evidenciaron la deficiente incapacidad de análisis de la evidencia técnica existente en materia de salud, sumado a ello las particularidades propias de nuestro país que no fueron consideradas, por lo tanto, existió empirismo carente de evidencia científica que validara la efectividad de sus resultados en materia de salud pública.

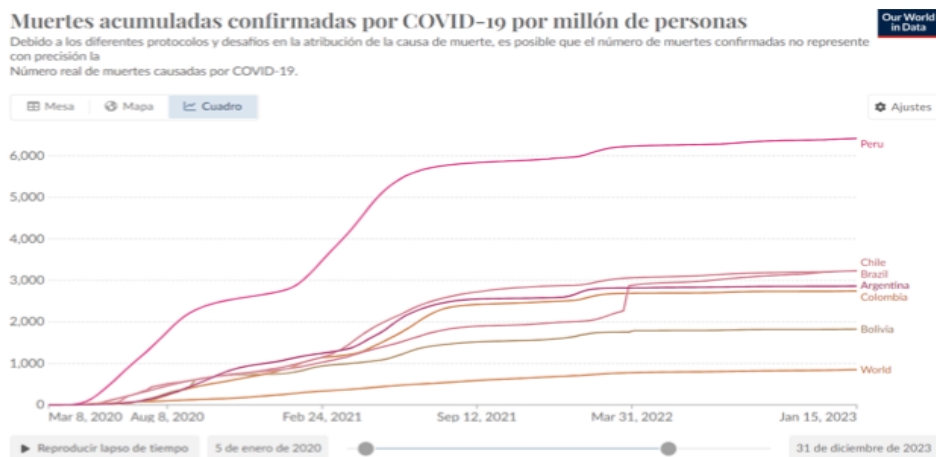
La cuarentena fue implementada en otros países a fin de fortalecer su sistema sanitario, con el objetivo de evitar la atención de un número elevado de pacientes en los hospitales. Para ello formularon como uno de sus pilares el diagnóstico oportuno acompañado de acciones de atención primaria, como el monitoreo de los casos. Es decir, la estrategia sanitaria de fortalecimiento del sistema de salud, debía ir acompañada de mecanismos de contención para limitar la propagación del virus. Apostar solo por la atención hospitalaria no era eficiente como medida adecuada, lo cual fue evidente por los resultados obtenidos en nuestro país en comparación a otros países del mundo, en relación al elevado número de fallecidos por millón de habitantes, como se muestra en la Figura 4.

**Figura 4. Número de muertes por cada millón de habitantes a causa de la covid-19 (Universidad de Johns Hopkins-EEUU)**



En el análisis se observa que en América Latina Perú y Brasil ocuparon el lugar como los países con mayor número de fallecidos por millón de habitantes. Ambas naciones implementaron diversas medidas para evitar la propagación del virus, por un lado, el Perú adoptó medidas muy estrictas y severas; por otro lado, en Brasil el gobernante de turno el expresidente Jair Bolsonaro, públicamente en diversas oportunidades minimizó la presencia del virus y el desarrollo de la enfermedad; desconociendo las recomendaciones de la OMS, implementando irregulares o nulas cuarentenas. En consecuencia, se evidencia que mientras el Perú implementó estrictas y rigurosas cuarentenas estas fueron ineficaces porque el resultado donde se observa en la Figura 4, fue un elevado y devastador número de fallecidos.

**Figura 5. Número de Muertes acumuladas confirmadas por covid-19 por millón de personas**



*Nota:* Las muertes acumuladas en el Perú según la data publicada por Our World in Data.

Al analizar el número de casos positivos de covid-19 en Perú en relación al mundo, como se observa en la Figura 5, se evidencia que, la implementación de medidas como la cuarentena no lograron alcanzar resultados positivos,

considerando que el número de contagios en el Perú fue superior a la media anual existente. Esta ineficiencia puede explicarse por la apresurada e improvisada adquisición de herramientas de diagnóstico “pruebas rápidas”, que inicialmente sugería propuesta razonable, pero al transcurrir el tiempo evidenciaron la escasa efectividad por la baja sensibilidad y especificidad como protocolo de diagnóstico en relación al uso de pruebas PCR “pruebas moleculares”.

**Figura 6. Evolución de los casos acumulados confirmados de covid-19 por millón de personas**



*Nota:* Los casos acumulados por el Perú superan la media mundial ampliamente según las estadísticas publicadas por Our World in Data

## CONCLUSIONES

El análisis desarrollado pretende explicar algunos aspectos de la pandemia en el Perú; es importante mencionar que existían diversas condiciones estructurales antes de la pandemia como: la pobreza, deficiente sistema de salud, menor desarrollo económico, informalidad laboral, índices elevados de corrupción, las cuales pudieron afectar los resultados de la pandemia. Estos factores no tuvieron un rol significativo como las causas principales del fracaso de las políticas implementadas.

Durante la pandemia existieron países con similares condicionantes estructurales, los mismos que no tuvieron intervención económica y sanitaria, a pesar de ello no se evidenció un escenario negativo como en el Perú; lo cual propone una necesidad de revisar los errores en la gestión sanitaria.

La implementación de las políticas para la gestión de la pandemia en el Perú, entre los años 2020 y 2022, fueron ineficaces considerando la evidente ausencia de enfoque científico, limitación de recurso humano técnicamente preparado e incluso la limitada alineación con las recomendaciones de la OMS

El Perú fue reconocido de manera positiva a inicios de la pandemia de la covid-19 en América latina por la implementación con prontitud de las estrategias sanitarias tanto en materia sanitaria como económica, se consideró al país como uno de que brindó mayor apoyo económico a su población. A pesar de ello al transcurrir el tiempo fue reconocido como el país con una incapacidad de gestión sanitaria por el elevado número de fallecidos.

Se evidencia como factor causante del número elevado de fallecidos, la implementación como protocolo de diagnóstico el uso de las pruebas rápidas como estrategia sanitaria, la cual obtuvo resultados negativos. Estas debían determinar el diagnóstico a fin de controlar la expansión del virus en la población. Las pruebas serológicas o rápidas científicamente evidenciaban un resultado con baja sensibilidad y especificidad identificando pacientes falsos positivos y falsos negativos.

La presencia del virus y el desarrollo de la enfermedad a nivel mundial no se limitó por características como el género, nacionalidad, edad, educación, estatus social entre otros. Fue un desafío global trabajar no solo en limitar la propagación del virus sino sobre aquellos condicionantes estructurales como la desigualdad, la exclusión, la pobreza, la corrupción. Finalmente se debe reflexionar sobre los aciertos y desaciertos en gestión sanitaria durante la pandemia de la covid-19, porque serán la base de lección aprendida para mejorar la intervención sanitaria en futuras crisis que aquejen la salud de la población.

## RECOMENDACIONES

1. Las crisis sanitarias deben analizarse de manera integral, se debe considerar estrategias multisectoriales, consolidando vigilancia epidemiológica, promoción de la salud, protocolos de bioseguridad, protocolos de diagnóstico, recursos logísticos disponibles, los cuales deben ser la base de la implementación de las políticas acompañados de evidencia científica.
2. Considerando los resultados obtenidos años después de la pandemia, debemos de comprender la importancia de la evidencia científica acompañada de las recomendaciones de organismos internacionales, como condiciones existentes para la gestión sanitaria a fin de enfrentar de manera eficiente futuras crisis similares.
3. Es importante fortalecer el sistema de salud, a nivel de infraestructura, a nivel de recursos humano elevando la capacidad técnica, mejorar las competencias profesionales, en vista que repercute directamente en las políticas implementadas.
4. Las estrategias sanitarias tendrán resultados significativamente positivos cuando exista la articulación eficiente en todos los niveles de salud, alineados a la evidencia científica y en constante adaptación a los condicionantes existentes y propios de una pandemia dinámica por naturaleza.
5. Realizar y/o ampliar estudios específicos a las distintas políticas sanitarias que se establecieron en el Perú, a fin de definir a mayor detalle en forma individual su impacto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adnan M.S.Fakir & Tuchar Bharati (2021, 28 de junio). El papel de las restricciones de movilidad y las desigualdades institucionales para entender la propagación de covid-19. Obtenido de Plos One Corporación: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0253348>
- Bermúdez Tapia, M. (2021, 10 de diciembre). El Impacto Negativo de la Pandemia del covid -19 al Índice de Desarrollo Humano en el Perú. Obtenido de Revista Jurídica Mario Alario D'Filippo: <https://doi.org/10.32997/2256-2796-vol.14-num.27-2022-3806>
- Canales, G. & Chirinos, M. (2020). Crisis sanitaria y su impacto económico en las empresas del sector retail en Lima Metropolitana en el año 2020. Lima, Lima, Perú.
- Cotanda, F. L. (1998). Manual de Administración y Gestión Sanitaria. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Demócrata, I. N. (2020). Obtenido de Toma de decisiones políticas durante una crisis, Un práctico conjunto de herramientas para políticos durante la pandemia del covid-19: <https://www.ndi.org/sites/default/files/Toma%20de%20decisiones%20politicas%20durante%20una%20crisis.pdf>
- Económico, O. p. (2020, 3 de abril). Impacto territorial de la covid 19: gestionar la crisis en todos los niveles de gobierno. Obtenido de [https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=135\\_135124-c5edv39gow&title=Impacto-territorial-de-la-covid-19](https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=135_135124-c5edv39gow&title=Impacto-territorial-de-la-covid-19)
- Instituto Nacional Demócrata, (2020, mayo). Obtenido de Toma de decisiones políticas durante una crisis, Un práctico conjunto de herramientas para políticos durante la pandemia del covid-19 <https://www.ndi.org/sites/default/files/Toma%20de%20decisiones%20politicas%20durante%20una%20crisis.pdf>
- Gambi, M. O. (2007). Conceptos Básicos en el Análisis de Políticas Públicas. Chile: Instituto de Asuntos de Gobierno y Gestión Pública - Universidad de Chile.
- Gerald J., C. P. (2020). Crisis Sanitaria y su Impacto Económico en las Empresas del Sector Retail en Lima Metropolitana en el año 2020. Obtenido de Repositorio Académico USMP: [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/10873/canales\\_pgj-chirinos\\_amm.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/10873/canales_pgj-chirinos_amm.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- González-Castillo J. colaboradores, (2020, abril). Pandemia de la covid19 y las políticas de salud Pública en el Perú: marzo- mayo 2020. Revista de Salud Pública N°22, 1-9.
- Han, E.& et al (2020,24 de septiembre). Lecciones aprendidas al aliviar las restricciones de covid-19: un análisis de países y regiones en Asia Pacífico y Europa. Obtenido de The Lancet: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32007-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32007-9/fulltext)
- Jürgen W. y colaboradores (2020). Repositorio CEPAL -Naciones Unidas. Obtenido de El impacto de la crisis sanitaria del covid-19 en los mercados laborales latinoamericanos: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45864/4/S2000495\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45864/4/S2000495_es.pdf)
- Landeros-Olivera y colaboradores, (2020), Formulación de políticas públicas en salud durante la pandemia de covid-19 en países americanos. Sanus- Universidad de Sonora, Facultad de Enfermería, 1-10.
- Llerena R. y colaboradores (2020, 20 de abril)., Emergencia, gestión, vulnerabilidad y respuestas frente al impacto de la pandemia covid-19 en el Perú. Obtenido de Scielo: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/94>

- Meza R. & et al. (2020, 16 de agosto), Análisis de las políticas públicas en el Perú ante la crisis derivada de la covid-19. Obtenido de *Semestre Económico*, 23 (55) Julio-diciembre 2020. pp 113-138. ISSN
- Naciones Unidas-ONU, N. (2020, 14 de mayo). Bachelet: Las decisiones que tomen los líderes políticos en la pandemia definirán su lugar en la historia. Obtenido de Noticias ONU: <https://news.un.org/es/story/2020/05/1474382>
- NDI, I. N. (2020). Toma de decisiones políticas durante una crisis.
- Nina-Estrella, R. & et al. (2020, setiembre). Impacto de las medidas de prevención contra el contagio por SARS -Cov-2 en el Caribe. *Salutem Scientia Spiritus* -Pontificia Universidad Javeriana - Cali, 30-40.
- Nogueira J. & et al., (2021). Políticas Públicas adoptadas en la pandemia de covid-19 en tres países de América Latina: contribuciones de la promoción de la Salud para no volver al mundo que existía. Obtenido de Global Health Promotion repositorio de la Universidad de Sao Paulo: <https://repositorio.usp.br/item/003059488>
- OCDE Organización para la cooperación y desarrollo económico, (2020, abril). Impacto territorial de la covid 19: gestionar la crisis en todos los niveles de gobierno. Obtenido de [https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=135\\_135124-c5edv39gow&title=Impacto-territorial-de-la-covid-19](https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=135_135124-c5edv39gow&title=Impacto-territorial-de-la-covid-19)
- OMS. (2021, junio). Consideraciones para la cuarentena de los contactos de casos de covid-19: orientaciones provisionales. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342649/WHO-2019-nCoV-IHR-Quarantine-2021.1-spa.pdf>
- OMS (2020, setiembre), Repositorio institucional. Obtenido de la Organización Mundial de la Salud. (2020). Pruebas diagnósticas para el SARS-CoV-2: orientaciones provisionales: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335830/WHO-2019-nCoV-laboratory-2020.6-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OMS. (2021, junio). Recomendaciones para las estrategias nacionales de prueba y capacidades de diagnóstico del sars -cov-2. Obtenido de <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-lab-testing-2021.1-eng>
- ONU, N. (2020, mayo). Bachelet: Las decisiones que tomen los líderes políticos en la pandemia definirán su lugar en la historia. Obtenido de Noticias ONU:
- Quiroz, C. & et al. (2022) Un nuevo coronavirus, una nueva enfermedad. Fondo editorial de la Universidad de San Martín de Porres, Lima Perú.
- Perman G & et al. (2020). Daños colaterales por Covid-19 ¿consecuencias inevitables? *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 185-190.
- Pighi, P. (2020, mayo). Cuarentena en Perú: 5 factores que explican porque las medidas de confinamiento no impiden que sea el segundo país de América Latina con más casos de covid-19. *BBC NEWS MUNDO*.
- Saavedra J. & et al. (2021). Impacto de las medidas de mitigación de la Covid -19 en la salud y en la economía para Latinoamérica y Perú. Obtenido de Universidad Pacífico -Working paper N°181: <http://perueconomics.org/wp-content/uploads/2021/12/WP-181.pdf>

**REVISTA  
GOBIERNO Y GESTIÓN PÚBLICA**

SE DIAGRAMÓ EN EL

**FONDO EDITORIAL USMP**


JR. LAS CALANDRIAS 151-291, SANTA ANITA, LIMA 43 -PERÚ

CORREO ELECTRÓNICO: FONDOEDITORIAL@USMP.PE

TÉLEFONO: (51-1) 362-0064 ANEXO: 3262

ENERO 2025 LIMA - PERÚ





**REVISTA**  
**GOBIERNO Y GESTIÓN PÚBLICA**  
Lima, Perú | V.XII. | Nº 1  
Enero - junio 2025



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTÍN DE PORRES

Fondo  
Editorial



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTÍN DE PORRES

Instituto de  
Gobierno y de  
Gestión Pública