

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIA POLÍTICA



**Factores socioeconómicos y elementos esenciales para el
ejercicio efectivo del derecho de salud en niños y
adolescentes inmigrantes Tumbes 2020**

TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE ABOGADO

Autora: Br. Ana Lucia More Davis

Tumbes, 2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIA POLÍTICA



**Factores socioeconómicos y elementos esenciales para el
ejercicio efectivo del derecho de salud en niños y
adolescentes inmigrantes, Tumbes 2020**

Tesis aprobada en forma y estilo por:

Dr. Víctor William Rojas Luján (Presidente)

Mg. Hugo Chanduvi Vargas (Vocal)

Tumbes, 2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIA POLÍTICA



**Factores socioeconómicos y elementos esenciales para el
ejercicio efectivo del derecho de salud en niños y
adolescentes inmigrantes Tumbes 2020**

**Los suscritos declaramos la tesis es original en forma y
estilo.**

Bach. Ana Lucia More Davis (Autora)

Mg. Hugo Valencia Hilares (Asesor)

Tumbes, 2021



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIA POLÍTICA
ESCUELA DE DERECHO



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

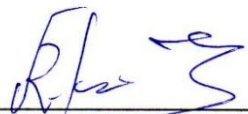
En la ciudad de Tumbes, a los doce días del mes de marzo del dos mil veintiuno, siendo las 19:30 horas, se reunieron, los integrantes del jurado, designados por **Resolución Decanal N° 0169-2020/UNTUMBES-FDCP-D(e); del 10 de noviembre del 2020, integrado por el, Dr. Víctor William Rojas Luján** con DNI N° 17908414 en su condición de presidente, Mg. Hugo Chanduvi Vargas con DNI N° 80453434 en su condición de miembro y Mg. Hugo Valencia Hilares con DNI N° 00326525 Asesor de Tesis, sin la participación de la Mg. Miriam Margot Umbo Ruiz con DNI N° 45067125, que fue designada como miembro y el miembro; para la sustentación en acto público de la tesis titulada **“Factores socioeconómico y elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho a la salud en niños y adolescentes inmigrantes, Tumbes 2020”**, ejecutada por la bachiller Ana Lucia More Davis, para optar el Título Profesional de Abogado (a), la que se realiza en FORMA VIRTUAL, mediante la **plataforma Zoom**.


En conformidad con el artículo 55 y siguientes del Reglamento de Grados y Títulos y Artículo 62 y siguientes del Reglamento de Tesis de Pregrado y Posgrado, de la Universidad Nacional de Tumbes, la sustentación de la tesis es un acto público de exposición y defensa del trabajo ejecutado, amparado en las normas reglamentarias invocadas, el presidente del jurado dio por iniciado el acto de sustentación, concediendo el uso de la palabra el bachiller Ana Lucia More Davis, para que proceda a la sustentación de la tesis.

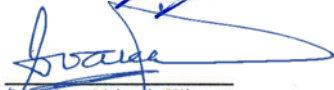
Luego de la sustentación de la tesis, formulación de preguntas y la deliberación del jurado, en conformidad con el artículo 57 del Reglamento General de Grados y Títulos, concordante con el artículo 65 del Reglamento de Tesis de Pre grado y posgrado de la Universidad Nacional de Tumbes. Declaran aprobado por unanimidad con el calificativo de Regular (), Buena () Muy Buena () y Sobresaliente (X).

Por tanto el Bachiller, queda **APTA**, para iniciar los trámites administrativos, y el Consejo Universitario de la Universidad Nacional de Tumbes, expida el Título Profesional de Abogado, en conformidad con lo estipulado en el Artículo N° 90 del Estatuto de la Universidad Nacional de Tumbes y lo normado en el Reglamento de Grados y Títulos.

Siendo las 20:00 horas con 25 minutos, del mismo día, el Presidente del Jurado dio por concluido el presente acto académico, de sustentación de tesis, para mayor constancia de lo actuado firmaron en señal de conformidad todos los integrantes del jurado.


Dr. Víctor William Rojas Luján
Presidente de Jurado de Tesis


Mg. Hugo Chanduvi Vargas
Miembro de Jurado de Tesis


Mg. Hugo Valencia Hilares
Asesor de Jurado de Tesis

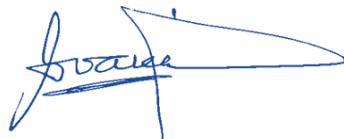
DEDICATORIA

Dedico este logro a mis padres y hermanos

Por brindarme la valentía y las ganas de seguir luchando por lo que amamos

Por brindarme el apoyo en cada paso para hacer posible mis metas

Sobre todo, por confiar en mí

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Juan', with a long horizontal stroke extending to the right.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a dios por darme una familia unida que a pesar de la circunstancia de la vida siempre están pendiente en cada paso que doy para lograr mis objetivos.

A mi mamá por brindarme toda su valentía y amor para conseguir lo que queremos. Agradecerle por regalarme unos hermanos tan humildes y maravillosos que con su ejemplo me empujan a ser mejor persona.

A mis sobrinos por creer en su tía y verme como el ejemplo de seguir adelante y cumplir con todas sus metas propuestas.

INDICE GENERAL

Indice de tablas.....	8
Indice de anexos.....	9
Resumen	10
Abstract	11
I. INTRODUCCIÓN	12
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	18
2.1. Bases teórico-científicas	18
2.2. Antecedentes	27
2.3. Definición de términos básicos	30
III. METODOLOGÍA	32
3.1. Tipo de estudio y contrastación de hipótesis	32
3.2. Variable e hipótesis de la investigación	33
3.3. Formulación de hipótesis	37
3.4. Población, muestra y muestreo.....	37
3.5. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	38
3.6. Plan de procesamiento y análisis de datos	40
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	41
4.1. Datos generales de los encuestados	41
4.2. Resultados	42
4.3. Discusión de resultados.....	64

V. CONCLUSIONES	74
VI. RECOMENDACIONES	76
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
VIII. ANEXOS	83

INDICE DE TABLAS

Cuadro 1. Operalización de variables.....	34
Cuadro 2. Población total venezolana en Tumbes	38
Cuadro 3. Estadístico de fiabilidad de Alfa de Cronbach.....	39
Cuadro 4. Datos generales de los encuestados	41
Cuadro 5. Influencia del factor social en el derecho a la salud de los niños y adolescentes inmigrantes.....	46
Cuadro 6. La influencia del factor económico en el derecho a la salud de los niños y adolescentes inmigrantes	49
Cuadro 7. La disponibilidad como elemento esencial del derecho a la salud de los niños y adolescentes inmigrantes	55
Cuadro 8. La accesibilidad como elemento esencial para el ejercicio efectivo del derecho a la salud de los niños y adolescentes inmigrantes.....	56
Cuadro 9. La aceptabilidad como elemento esencial para el ejercicio el derecho a la salud de los niños y adolescentes inmigrantes.....	57
Cuadro 10. La calidad como elemento esencial para el ejercicio efectivo del derecho a la salud de los niños y adolescentes inmigrantes.....	58
Cuadro 11. Correlación de spearman entre dimensiones de las variables.....	61

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Instrumento para recolección de datos	83
Anexo 2. Matriz de consistencia.....	88
Anexo 3. Estadístico de fiabilidad del instrumento- prueba piloto.....	90

RESUMEN

La crisis humanitaria que atravesaba la República Bolivariana de Venezuela, generó el incremento de un sin número de inmigrantes en el Estado peruano, ante las desfavorables circunstancias sociales y económicas de nuestra realidad nacional y regional, la presente investigación buscó analizar la relación entre los factores socioeconómicos en el derecho de la salud y los elementos esenciales para su ejercicio efectivo en el derecho a la salud en niños y adolescentes inmigrantes. El trabajo es cuantitativo descriptiva-explicativa, con diseño no experimental; se utilizó el método estadístico descriptivo (frecuencias), a través de la técnica de la encuesta y el instrumento el cuestionario (Fiabilidad Alpha de Cronbach= 0,619), cuyos datos fueron aplicados a 101 familias inmigrantes residentes en Tumbes 2016-2020. No se realizó muestreo. Se llegó a determinar que existe un grado de asociación entre las dimensiones y sus variables, concluyendo que los factores socioeconómicos influyen a gran escala en los derechos fundamentales especialmente en el derecho a la salud en niños y adolescentes por encontrarse en posición de desventaja por su edad y situación migratoria. Asimismo, a medida que se percibe el cumplimiento de estos elementos esenciales del derecho a la salud también se registra el incremento de percepciones sobre estos mismos. El aporte de esta investigación evidencia la ausencia de políticas migratorias y de salud pública, lo cual se le incita al Estado peruano implementar medidas o reformas que contribuyan con la protección y trato igualitario en cuanto a los derechos fundamentales.

Palabras clave: Elementos esenciales del derecho a la salud; derecho a la salud; niños y adolescentes inmigrantes; situación migratoria

ABSTRACT

The humanitarian crisis that the Bolivarian Republic of Venezuela was going through generated an increase in the number of immigrants in the Peruvian State. Given the unfavorable social and economic circumstances of our national and regional reality, this research sought to analyze the relationship between socioeconomic factors in the right to health and the essential elements for the effective exercise of the right to health in immigrant children and adolescents. The work is quantitative, descriptive and explanatory, with a non-experimental design. The descriptive statistical method (frequencies) was used through the survey technique and the questionnaire instrument (Cronbach's Alpha Reliability= 0.619), whose data was applied to 101 immigrant families residing in Tumbes 2016-2020. No sampling was done. It was determined that there is a degree of association between the dimensions and their variables, concluding that socioeconomic factors influence on a large scale the fundamental rights, especially the right to health of children between 6 and 17 years of age because they are in a disadvantageous position due to their age and migratory situation. Likewise, as the fulfillment of these essential elements of the right to health is perceived, the perceptions about them also increase. The contribution of this research shows the absence of migration and public health policies, which encourages the Peruvian State to implement measures or reforms that contribute to the protection and equal treatment of fundamental rights.

Key words: Essential elements of the right to health; right to health; immigrant children and adolescents; migration situation

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo principal analizar la influencia de los factores socioeconómicos en el derecho a la salud y sus elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho de salud en niños y adolescentes inmigrantes, Tumbes 2020. Un problema que agobia a esta población que los hace vulnerables en cuanto a sus derechos fundamentales.

Todos los seres humanos somos libres e independientes de desplazarnos de un lugar a otro (Const., 1993). Más si presenta problemas que afecten a su familia sobre todo a los niños y adolescentes.

En los últimos años ante la crisis humanitaria que enfrentaba Venezuela, se generó la gran escasez de alimentos, medicinas, así como el desmesurado crecimiento de la inseguridad social y otros artículos, la inflación galopante entre otros. (Morón B, 2016). Ha consecuencia de la vulneración de sus derechos fundamentales fueron forzados por sus padres, apoderados, conocidos o incluso hasta solos, en salir de su país, deseables de encontrar oportunidades que mejoren su condición de vida y protección en el país de residente.

A consecuencia de este desplazamiento la figura migratoria tiene gran efecto sobre los derechos de los niños a la salud y su bienestar general al llegar al país de destino (Goldhagen, y otros, 2020). Se ven impedidos de acceder a un sistema de salud pública y mucho menos a los privados (...) dificultad en cuanto a sus padres o apoderados para acceder a un empleo, y por lo tanto conlleva a una precariedad económica (Berganza & Solórzano, 2019).

Los Estados asumen en virtud del derecho internacional la obligación de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos. Lo que significa que los Estados deben de abstenerse y limitar el goce de estos derechos (Obero, Sotomayor, Pace,

Weekers, & Tsegaye, 2013, p.15). De tal manera permita al ser humano gozar de un buen estado de salud y vivir dignamente sin importar su nacionalidad, condición social, económica y cultural. La capacidad de respuesta para que el Estado garantice el más alto nivel posible de la salud de los niños y adolescentes en el sistema de salud debe de hacerlo en base a cuatro dimensiones conforme a la observación N° 14 del comité de los derechos económicos, sociales y culturales como también lo establece la organización mundial de la salud, lo cual deben de ser disponibles, los servicios de atención, accesibles, para que su población no presente dificultades en caso no cuente con recursos económicos y se limite acceder para atender su estado de salud; aceptables adecuándose a las necesidades de acuerdo a su crecimiento y desarrollo; calidad en sus equipamientos para la ejecución de sus actividades diarias salvaguardando el estado de salud de sus pacientes sobre todo contar con buenas condiciones sanitarias. Ante la falta de respuesta no se estaría respetando los derechos de esta población vulnerable (Wallace & Enriquez-Haass, 2001).

En la actualidad llama la atención la situación que viene atravesando los niños y adolescentes inmigrantes específicamente hablando de la población venezolana. Es por ello que es de vital importancia estudiar este tipo de problemas que enfrentan cada día generando que los Estados partes tomen como importancia implementar medidas constantes y efectivas para el cumplimiento de este derecho puesto que al no estar bien de salud física y mentalmente se pone en riesgo la vida de estos niños y adolescentes inmigrantes.

El Estado Peruano en los últimos años se ha visto sumergido por el éxodo de población venezolana en compañía de un sin número de niños y adolescentes ante la crisis humanitaria que enfrentaban se desplazaron en busca de mejores oportunidades y cambios de vida. Esta migración genera retos a la salud pública a nivel mundial (Organización Panamericana de la salud, 2016). Además de los arraigados factores socioeconómicos y culturales interfieren para afectar la salud y el bienestar de los niños de manera compleja (Goldhagen, y otros, 2020), o situación migratoria que atraviesan sus padres o apoderados. Esta población sensiblemente vulnerable a la desnutrición y a enfermedades riesgosas. Al llegar a la etapa de adolescencia, se generan problemas de transmisión sexual y de salud

reproductiva y mental. (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas[ACNU], 2008).

En consecuencia, gran parte de las naciones han contribuido en el sistema de la salud procurando darle el mismo trato que los nacionales. En el caso de Perú, a la población migrante solo se le brinda acceso a un sistema integral de salud (SIS-gratuito) a los menores de 5 años, mujeres embarazadas (OPS, 2019), por lo que en su mayoría la única manera de tener acceso es a través del carnet de extranjería (Ley 29344, 2010) y ante la situación que vienen enfrentando es tedioso iniciar el trámite por la falta de documentación pertinente. Por ende, la práctica y la legislación pueden ser discriminatorias

Uno de los instrumentos internacionales como la Observación general N°14 del comité DESC, comprende al Derecho a la salud como derecho inclusivo porque no solo se relaciona con una atención de salud idónea y apropiada también a los factores condicionantes de la salud por ejemplo condiciones sanitarias adecuadas, acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud incluida la sexual y reproductiva (Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales [CDESC], 2000).

Por tanto la presente investigación se sustentó en lo más relevante en su apartado I Art 12 mediante el cual exige a todo los Estados a cumplir como requisito mínimo cuatro elementos que garantizan el derecho a la salud como: La disponibilidad de establecimientos de salud; la accesibilidad a los servicios de salud en base al principio de no discriminación; la aceptabilidad en atender a cualquier persona sin importar su condición social y nacionalidad, por último la calidad en equipos hospitalarios, condiciones sanitarias adecuadas y médicos capacitados.

Los niños y adolescentes migrantes son los más vulnerables, porque al no contar con autonomía tienen una posición de desventaja para hacer efectivos sus derechos y libertades (Viviano, 2018). Por tal situación, la convención de los derechos del niño de 1989 ha reconocido como sujetos de derecho, al igual que todas las personas, además de una protección especial, adaptada y reforzada debido a su crecimiento y desarrollo (Comisión Interamericana de Derechos

Humanos [CIDH] 2017.p.29). Es muy relevante por ser tema de investigación el derecho de la salud.

Como se mencionó en líneas precedentes el estado tiene la obligación de cumplir con los elementos esenciales para que se pueda ejercer efectivamente el derecho de la salud, agregando que la población inmigratoria se enfrenta a problemas sociales y dependen de una economía informal (Luque, 2020) por la falta de oportunidades de conseguir trabajo ya que al estar bien económicamente puedes cubrir todas las necesidades básicas que por el hecho de ser humano requieren satisfacerlas. Estar bien física y mentalmente de salud pueden desarrollarse plenamente para el ejercicio de otro derecho (...) cuya vigencia depende finalmente el goce integral y adecuado de este derecho fundamental (Flores, 2014).

Así se tiene la opinión de la autora (Ortega, 2017) reconoce:

Las normas internacionales y las legislaciones internas de cada nación limitan el goce y disfrute de sus derechos fundamentales de los niños y adolescentes migrantes al pretender junto a su familia a estabilizarse en un país residente. Por eso, los Estados para garantizar sus derechos civiles, económicos, sociales y culturales debe restaurar sus leyes y políticas migratorias, también brindar servicios básicos adecuados siendo este último un condicionante para contar con un buen estado de salud.

Cabieses, Bernales, & McIntyre (2017) los autores refieren que las personas migrantes al llegar al país de destino enfrentan numerosas dificultades vinculadas acceder a una vivienda, trabajo, cuidados a la salud y otros servicios sociales. Quedan expuestas a los determinantes sociales propios del espacio en el que se encuentran, generando una situación de exclusión y de afectación a derechos (Luque, 2020).

En base a lo expuesto en los párrafos precedentes se justifica la importancia de realizar la presente investigación en determinar la influencia de los factores socioeconómicos y los elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho de la salud de los niños y adolescentes inmigrantes en Tumbes 2020. Derecho que se ve restringido por la no aplicación de medidas constantes y efectivas que garanticen el bienestar social no solo de los nacionales sino del extranjero sin

discriminación alguna. Son uno de los requisitos mínimos para garantizar los derechos fundamentales como también la implementación de mejores servicios en los sistemas de salud.

De tal manera permitió analizar la relación entre la influencia de los factores socioeconómicos en el derecho a la salud sobre los elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho de salud de los niños y adolescentes inmigrantes, Tumbes 2020.

En ese orden de ideas el problema queda formulado de la siguiente manera:

¿Cómo influyen los factores socioeconómicos en el derecho a la salud y cuáles son los elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho de salud en niños y adolescentes inmigrantes, Tumbes 2020?

Los problemas específicos permitirán de manera deductiva ir del problema general a lo particular mediante el abordaje de las variables consideradas al inicio de la investigación.

P.E.1: ¿Cómo influyen los factores socioeconómicos en el derecho a la salud en niños y adolescentes inmigrantes, Tumbes 2020?

P.E.2: ¿Cuáles son los elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho de salud en niños y adolescentes inmigrantes, Tumbes 2020?

P.E.3: ¿Cuál es la relación entre la influencia de los factores socioeconómicos en el derecho a la salud y sus elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho de salud en niños y adolescentes inmigrantes, Tumbes 2020?

En relación a las preguntas planteadas al inicio de la investigación, tenemos los siguientes objetivos.

Objetivo General:

Analizar la influencia de los factores socioeconómicos en el derecho a la salud y sus elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho de salud en niños y adolescentes inmigrantes, Tumbes 2020.

Objetivos Específicos:

O.E.1: Determinar la influencia de los factores socioeconómicos en el derecho a la salud en niños y adolescentes inmigrantes, Tumbes 2020.

O.E.2: Determinar los elementos esenciales para el ejercicio efectivos del derecho de salud en niños y adolescentes inmigrantes, Tumbes 2020.

O.E.3: Establecer la relación entre la influencia de los factores socioeconómicos en el derecho a la salud sobre los elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho de salud en niños y adolescentes inmigrantes, Tumbes 2020.

El presente trabajo se justificará en cuanto a las líneas de investigación de la Universidad Nacional de Tumbes- en el área de Ciencias Sociales. adscritas a las directrices de Organización para la cooperación y el Desarrollo Económico- OCDE.

Área: Ciencia sociales

Sud área: Derecho

Disciplina: Derecho

La presente investigación se sustenta teóricamente porque aportó conocimiento de conceptos básicos que engloba los factores socioeconómicos y los elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho a la salud de los niños y adolescente inmigrantes en Tumbes. Con ello se pretendió demostrar lo necesario que es el tema de investigación a pesar que se cuenta con pocos estudios sobre la situación de los migrantes al acceso a los servicios sociales y servicios de salud a nivel nacional (OIM, 2015), impidiendo determinar estrategias que permitan a esta población gozar del más alto nivel posible de la salud.

La presente investigación se justificó metodológicamente porque para alcanzar sus objetivos propuestos se aplicó la técnica de investigación como la encuesta y su instrumento del cuestionario con el fin de establecer la relación entre los factores socioeconómicos y los elementos esenciales del derecho a la salud de los niños y adolescente inmigrantes el cual toda persona tiene el derecho gozar de un alto nivel de salud.

Es justificada social y económicamente porque contribuye datos de relevancia para el aporte de soluciones necesarias en el marco de la igualdad y garantía del derecho a una salud plena para su desarrollo y bienestar del grupo vulnerable en específico niños y adolescentes venezolanos que migran de su país de origen en compañía de sus padres, apoderados o conocidos e incluso hasta solos. A su vez permitió establecer estrategias de abordaje que permitan generar oportunidades de inserción social que garanticen sus derechos fundamentales.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Bases teórico-científicas

2.1.1. Migración Internacional

La migración conlleva a un grupo de personas a movilizarse de un país a otro para formalizarse en ese país que eligió por destino ya sea por causas social, políticas o económicas en busca de generar oportunidades y desarrollo pleno para sí mismo y familia.

Siguiendo la definición CIDH (2014) se entiende por migración internacional:

“A un fenómeno complejo que puede involucrar a dos o más Estados, entre países de origen, de tránsito y de destino, tanto de migrantes como de solicitantes de asilo y refugiados”.

Con respecto Giménez (2003) refiere: a la migración como “el desplazamiento de una persona o conjunto de personas desde su lugar habitual de residencia a otro, para permanecer en él más o menos tiempo, con la intención de satisfacer alguna necesidad o conseguir una determinada mejora”.

La situación migratoria de “regular” e irregular” como lo denomina el Decreto Legislativo N°1350, Ley de migraciones, los hace susceptibles a gran parte de la población venezolana refiriéndose a los padres, apoderados o conocidos de los niños y adolescentes, generando la falta de oportunidades de conseguir un empleo, malnutrición, puesto que son impedidos de gozar de sus derechos fundamentales específicamente en el derecho a la salud

2.1.2. Factores socioeconómicos que influyen en el derecho de la salud

Este derecho comprende una serie de factores socioeconómicos que permiten que las personas lleven una vida sana y hace extensivo a factores determinantes de la salud (Flores, 2014. p.400).

Entre estos determinantes encontramos el estado de miseria y exclusión, la falta de empleo, comida, agua potable siendo un elemento muy importante para la dignidad de la persona (Flores, 2014) e condiciones sanitarias, la vivienda digna, el acceso a información, los grados de protección social, la discriminación (...) (Almirón, 2015).

Los factores socioeconómicos son las experiencias sociales y económicas y las realidades que te ayudan a moldear la personalidad, las actitudes y la forma de vida. (Chase, eHow en español, 2017).

En el estudio realizado por Wiese, (2019.a) el cual refiere que los “Estos factores influyen en la calidad de vida de la población venezolana lo que le genera dificultades de acceder a un centro de atención generando un malestar para su desarrollo y crecimiento.

A. Factor Social

Al respecto, Espinoza & Ore, (2017) define al factor social como:

Un conjunto de circunstancias que determinan la condición de una persona que pertenece a una sociedad. En este factor se analiza su espacio demográfico, condiciones sanitarias adecuadas, alimentación y nutrición, condición, empleo, tipo de familia, lugar de procedencia, grado de instrucción de los miembros del hogar, vivienda construcción y fuerza de trabajo. (p.58).

Guzmán & Caballero (2012) Los factores sociales se generan por la interacción entre las personas de diferentes manifestaciones sociales, como: los niveles sociales, la familia, la escuela, el Estado, la religión, etcétera, de esa manera son constituidas gracias a su mediación por los actores sociales colectivos e individuales incidiendo en la realidad concreta como un todo, en la misma medida

que ella influye también en ellos. Esta idea evidencia la importancia de los factores sociales como partes componentes de cualquier realidad concreta.

B. Factor económico

El factor económico es el soporte en la vida de todo ser humano desde que nace hasta que muere, estar bien económicamente permite satisfacer necesidades que por instinto humano se requiere, para que todo ello sea posible se necesita contar con un trabajo y un buen estado físico y mental.

Al respecto Espinoza & Ore (2017) define al factor económico como:

Los factores económicos se ven reflejados en el ingreso económico y estos recursos satisfacen las necesidades básicas de cada miembro de dicha familia. Siendo determinante en la convivencia familiar dado que permite no solo tranquilidad material si no también espiritual, esta solo será factible si los miembros del hogar tienen un trabajo y sean excelentes administradores del hogar.

De acuerdo a Wiese (2019) define al factor económico “como un factor terminante en la relación familiar ya que cubre la tranquilidad económica de todo ser humano” (p.26).

2.1.3. Derecho a la salud de los niños y adolescentes inmigrantes

El derecho a la salud como derecho universal de toda persona (Quijano, 2016) es importante saber su definición.

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) en su artículo 25 establece:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia sanitaria y los servicios sociales necesario”

Los derechos fundamentales de los niños y adolescentes están salvaguardados por instrumentos internacionales y preceptos legales de cada Estado. El de mayor relevancia para la protección de este grupo vulnerable lo encontramos en la convención de los niños de 1989.

En la CDN, en su artículo 24 hace mención que estos mismos tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de la salud y tener acceso a médicos y rehabilitación, en énfasis a lo relación con la atención primaria de salud, cuidados preventivos y reducción de mortalidad infantil. Por lo tanto, es obligación del Estado tomar las medidas necesarias para terminar con las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de todo niño (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia[UNICEF], 2006)

Un estudio respaldado por UNICEF-ACNUR-OIM cuyo tema es “Los derechos de niños, niñas y adolescentes migrantes (...) en Chile” esto refiere que el proceso de la migración trae consigo riesgos sanitarios, desconocimiento de leyes, cultura, falta de oportunidades tanto en el ámbito social como económico en el país receptor. Esto pasa a ser más grave en el caso de las familias inmigrantes porque se encuentran indocumentados o su situación migratoria es irregular, y en el caso de los niños y adolescentes es más complicado porque hay un cruce entre dos momentos vitales: ser niño y ser inmigrante a la vez (Grubessich & Sepúlvera, 2020.a).

Flujo migratorio como se menciona en líneas precedentes se relaciona como el traslado de cada persona, a un nuevo estilo de vida que tendrá que aceptar para adaptarse a la realidad social, económica y cultural. La mayoría de migrantes viajan en compañía de sus hijos menores de edad y estos no son ajenos a presenciar las dificultades en acceder a los servicios básicos para una buena salud y educación, siendo esto último indispensable para un sano desarrollo en el país elegido como destino (Grubessich & Sepúlvera, 2020.b).

2.1.4. Ejercicio efectivo del derecho

En acuerdo a la Alto Comisionado de las Naciones Unidas de los Derechos Humanos (2006) el ejercicio efectivo:

Son medidas progresivas que permitan el disfrute del derecho que se trate. Este cumplimiento manifiesta que los estados deben garantizar los medios inexcusables para la realización de actividades que refuercen la capacidad de las personas para complacer sus propias necesidades, por ejemplo, proyectando mejoras en que el estado permita sin limitaciones acceder a los servicio de salud con garantía de poder mejorar su estado físico y mental empleando mano de obra médica, una implementación adecuada de instrumentos médicos, sobre todo personal médico con suficientes conocimientos para una buena atención. (p.2)

2.1.5. El derecho a la salud como un derecho fundamental

El 10 de diciembre del 2017 Día de los Derechos Humanos el Director General de la Organización de las Naciones Unidas el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus en su declaración reconocen a la salud como un derecho inherente y un aspecto importante en este derecho se comprende “tanto libertades” como “derechos”

Al referirse a libertades, se contextualiza “en que nadie puede someterse a ningún experimento o tratamiento médico sin su consentimiento y sin estar informado.”

“El derecho significa que todo el mundo debe tener acceso a los servicios de salud que necesita, cuando y donde los necesite, sin tener que hacer frente a dificultades financieras”.

Los derechos se engloban en un sistema de protección, prevención y cuidado. Es de suma importancia que los Estado de acogida como el protector de su población debe de proporcionar servicios adecuados para disfrutar del más alto posible de salud no solo de aquellos que presentan enfermedades preexistentes y de cuidado si no de aquellos que requieren de un buen desarrollo para su crecimiento siendo en este caso los niños y adolescentes, de tener acceso a la información y educación acerca de la salud. (Obero, Sotomayor, Pace, Weekers, & Tsegaye, 2013).

2.1.6. El fundamento del derecho a la salud y su significado

En las investigaciones realizadas por (Dalli, 2017) fundamenta el significado del derecho a la salud.

Contextualizando las líneas expresadas por la autora, el derecho a la salud, es un derecho que todo ser humano tiene en recurrir a un centro de atención médico como medidas para garantizar su estado físico y mental.

Refiere dos teorías en base al derecho a la universalidad, la primera es la teoría autonomista mostrando insuficiencia en idealizar que todos los seres humanos son autónomos en elegir y mantener su estado físico y mental generando problemas en cuanto a la discapacidad de las personas tomando como ejemplo a los niños recién nacidos y aquellos que presentan capacidades diferentes.

En cuanto a la segunda ha optado por la defensa de una teoría pluralista del bienestar, como las necesidades o las capacidades, por su utilidad para aportar una lista de derechos humanos. Es posible entender estas teorías de una forma complementaria. En relación con el derecho a la salud, ello supone entender que, si las necesidades sanitarias están cubiertas, se puede afirmar que las personas pueden ejercitar una serie de capacidades, o bien, de funcionamientos.

Las necesidades básicas o las capacidades relevantes remiten a una variante del igualitarismo que es suficientista. Las oportunidades relevantes son las que influyen, al fin y al cabo, en las posibilidades que tienen los individuos de tomar decisiones relativas a su estado de salud. La concepción igualitaria suficientista ha de venir acompañada de algunos matices, como la prohibición de discriminación a cualquiera de los niveles y el establecimiento de prioridades para los colectivos más necesitados cuando los recursos son limitados. Ello no niega la titularidad universal de los derechos, al contrario, supone la realización de la obligación de progresividad de los Estados (pp.395-396.a)

2.1.7. Componentes y elementos esenciales del derecho a la salud

A. Componentes

El derecho a la salud agrupa varios derechos concretos, Tomando de referencia el artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Social y Culturales en su primer apartado establece que, los Estados tienen el deber de garantizar que, todas las personas disfruten del más alto nivel posible de salud y el segundo indica las prevenciones que debe seguir el Estado parte con el objeto de garantizar la valides de este derecho las cuales figuran las necesarias:

a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (Pacto Internacional de los Derechos Economicos Sociales y Culturales, 1996).

Este artículo 12 del PIDESC ha sido interpretado por el Comité DESC en su Observación General nº. 14, concretizando el acceso a establecimientos, bienes y servicios de salud a que antes se hacía referencia incluye, entre otros, los siguientes contenidos, ilustrativos de la asistencia sanitaria: el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación; el tratamiento apropiado de las enfermedades; el suministro de medicamentos esenciales; y la participación de la población en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional (Dalli, 2017, pp 101-102.b)

B. Elementos esenciales

En base a lo establecido en el segundo apartado del artículo 12 de la PDESC, el estado debe de adoptar medidas necesarias para que el derecho a la salud sea efectivo, siendo estos elementos los siguientes.

1. Disponibilidad.

La naturaleza precisa de este primer elemento dependerá del nivel de desarrollo del Estado Parte. Con ello debe de garantizarse suficientes números de

establecimientos, bienes y servicios públicos como centros de atención, incluyendo factores determinantes básicos de la salud, como agua potable limpia, condiciones higiénicas adecuadas, equipos hospitalarios científicamente aprobados y de buenas condiciones, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, profesionales médicos y capacitados con buena remuneración en relación a las condiciones que existen en el país, como medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS (CDESC, 2000.p.3.b).

2. Accesibilidad

En este segundo elemento los establecimientos, bienes y servicios de salud de todo los Estados deben ser accesibles a toda la población sin distinción alguna. Por lo que tiene cuatro dimensiones superpuestas: i) La no discriminación al acceder a estos servicios sobre todo a los sectores más vulnerables y marginados de la población; ii) Accesibilidad física, implica la lejanía geográfica de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados; iii) Accesibilidad económica, en base al principio de equidad todos los bienes y servicios de salud sean públicos o privados deberán estar al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos; iv) Acceso a la información, en base al principio de confidencialidad abarca el derecho de solicitar información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud (CDESC, 2000.c).

3. Aceptabilidad

Los servicios de salud pública deben ser respetuosos con la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, requiriendo la aceptabilidad sin distinción alguna todas las personas puedan acudir a los establecimientos de salud pública a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar

concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate (CDESC, 2000.d).

4. Calidad

Los bienes y servicios deben ser apropiados desde el punto de vista médico y científico. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas (CDESC, 2000.e).

2.1.8. Niños y adolescentes

La Convención de los Derechos del Niño (1989) define en su artículo 1 al niño como “todo ser humano menor de 18 años de edad” no se precisa el tiempo que empieza la infancia, pero si una edad referencial en cuanto finaliza. Siendo medurado por cada uno de los Estados en sus políticas internas (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2006)

En la legislación peruana se establecen dos etapas: niño desde los 0 años hasta los 12 y adolescentes desde los 12 hasta 18 años. Conforme lo establece el Código de Los Niños y adolescentes (2000).

Art. I del título preliminar:

Niño a todo ser humano desde su concepción hasta cumplir doce años de edad y adolescentes desde los doce hasta cumplir la mayoría de edad.

Como se mencionó al inicio de la investigación los niños, niñas y adolescentes son los más vulnerables en el proceso de la migración al enfrentarse a diferentes culturas y nuevos estilos de vida que le pueden ocasionar dificultades en su desarrollo y crecimiento.

2.2. ANTECEDENTES

2.2.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Al realizar las indagaciones bibliográficas para el tema de estudio se encontraron las siguientes investigaciones Internacionales y Nacionales.

Dalli (2017) plantea desde valencia que el derecho a la salud de la población migrante es incompatible con el principio de universalidad. Dado a las restricciones por las que no todas las personas pueden acceder de forma incondicionada a los servicios sanitarios. Por las condiciones que se vinculan a la situación administrativa, a la capacidad económica o a la contribución social.

Barrantes (2017) en su trabajo de investigación refiere que no existe una ley que aborde específicamente el tema de protección y garantía de los derechos humanos, específicamente de aquellos menores que transitan sin compañía o separados de su grupo familiar, en consecuencia, los Estados deben adecuar sus ordenamientos jurídicos internos a los estándares internacionales contenidos en los instrumentos normativos que hayan ratificado. Por ende, la protección jurídica que brindan las legislaciones centroamericanas en la actualidad no es efectiva pues no cumplen a cabalidad con los estándares internacionales sobre los derechos humanos de los niños migrantes no acompañados y separados.

Cabieses, Gálvez, & Ajraz (2018) en su artículo hace una reflexión acerca del fenómeno migratorio que enfrentan los países latinoamericanos últimamente. La escasez de los acuerdos internacionales sobre este derecho dificulta que el país de

receptor planifique y cooperen en relación a este derecho. Por lo que es necesario que se implemente medidas o políticas que incorporen a la población migrante internacional a las instituciones de salud como garantía de sus derechos fundamentales especialmente el derecho a la salud y buscar soluciones que protejan la vida de esta población.

Grubessich & Sepúlvera (2020.c), en su estudio expone las problemáticas que se presentan en la atención y acceso al sistema de salud por parte de la población inmigrante, tanto desde una dimensión jurídico-normativa y problemas prácticos y administrativos, logrando comprender que el ordenamiento jurídico de Chile concibe el derecho a la salud como la libertad de elección a un sistema de salud porque está condicionada a las capacidades económicas de las personas y no como un derecho social, como también se generan problemas administrativos por falta de capacitación del personal y funcionarios del área de salud factores que obstaculizan aún más el acceso oportuno y efectivo a los inmigrantes.

Murphy et al. (2020) en su artículo trata de generar un cambio en la política del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (RU) que genera restricciones al acceso de los migrantes a la atención médica. Describe daños derivados del acceso de los migrantes a la atención médica por lo constante cobros para acceder al sistema de salud lo que genera un retraso a la asistencia sanitaria, debido al temor de ser acusados o aplicar las leyes de inmigración, incluyendo deportación, y la confusión en torno a los derechos. Obteniendo el resultado que el Reino Unido incumple la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, ya que se han registrado claros ejemplos de la violación a la buena salud y al acceso a la atención médica.

Osorio (2019) en su estudio analiza las consecuencias de la vulneración de los derechos fundamentales en los niños, niñas y adolescentes venezolanos en el proceso migratorio acentuado en la ciudad de Barranquilla, como resultado se halló que los derechos más vulnerados de estos migrantes son la vida, la educación, la salud y la dignidad humana. A pesar de que la ciudad recibe políticas a nivel nacional es evidente que aún existen deficiencias sobre todo en el sistema de salud y educación para estos niños, niñas y adolescentes.

2.2.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Cjuno, Ipanaqué, Ipanaqué, & Alvarado (2019) en su artículo describe la calidad de vida relacionada con la salud de migrantes venezolanos que residentes en Perú y al evaluar sus factores asociados se reportaron problemas en su Calidad de vida, más de dos terceras partes reportaron ansiedad/depresión, y uno de cada seis presentó dolor/malestar. Sus resultados llaman a la necesidad de estudiar más a fondo y de manera prospectiva la calidad de vida de estos migrantes.

Hernández, Vargas, Rojas, & Bendezu (2019) en su artículo presenta como objetivo estimar la prevalencia y determinar los factores asociados a la no utilización de instituciones prestadoras de servicios de salud (NUIPSS) en inmigrantes adultos venezolanos en Perú. Emplea la encuesta de 2144 inmigrantes cuyo resultado denota que la mayor parte de la población no cuenta con dinero, carece de seguro de salud, se automedican, no disponer de tiempo y carecen de enfermedades crónicas. Respectivamente concluye que, al Incrementar el aseguramiento público en salud de esta población, que actualmente es bajo, podría incrementar el uso de servicios de salud.

Moreno & Muñoz (2018) en su tesis se conocen los fundamentos del Derecho Internacional sobre la legalidad de ciudadanos venezolanos. Estos fundamentos son las Normas Imperativas, los tratados Internacionales, la Costumbre del derecho Internacional, la Reciprocidad Positiva y los Derechos Humanos, respectivamente concluye que los tratados internacionales o declaraciones de derechos humanos tienen una concepción muy abstracta en relación a la migración de ciudadanos a otro territorio, las cuales no permitiría garantizar el desarrollo de extranjeros en otro país por una cuestión de apoyo humanitario.

Wiese (2019) Refiere que, si un grupo de personas presenta la necesidad de salir de su país de origen a otro por razones políticas, sociales, económicas y culturales, es necesario que en su nuevo espacio pueda contar con recursos materiales, con un empleo adecuado y sobre todo una vivienda digna. Para enriquecer y satisfacer sus propias necesidades y de su familia. Con esta razón se evidencia que los factores socioeconómicos influyen en el goce de los derechos fundamentales siendo primordial contar un buen estado físico y mental.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

A. Calidad de asistencia sanitaria

Este término garantiza que toda población debe ser atendida a los mejores servicios, diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico (OIM, 2006).

B. Desplazamiento

Es el traslado forzoso de una persona de su hogar o país debido, por lo general, a conflictos armados o desastres naturales (OIM, 2006).

C. Grupo vulnerable

En este término de grupo vulnerable se encuentran los niños, mujeres y ancianos con mayores posibilidades de ser sometidos a prácticas discriminatorias, violencia, desastres naturales o ambientales o penuria económica. Son más vulnerables en período de conflicto o de crisis (OIM, 2006).

D. Inmigrante

Es aquella persona que sale de su país de origen y decide establecerse de manera temporal o permanente en el país receptor, ya sea para estudiar, trabajar etc. (Significados.com, 2017).

Migrante

Es aquella persona que se desplaza de su país de origen a otros países receptores por “razones de conveniencia personal” y sin intervención de factores externos que le obliguen a ello. Con miras a mejorar sus condiciones sociales, materiales y sus perspectivas y las de sus familias (OMI, 2006).

E. Migrante irregular

Es aquella persona que ingresa a un país receptor o de tránsito infringiendo las normas admisión por no contar con documentación de identidad personal o su estadía ha vencido perdiendo el estatus legal en ese país (OIM, 2006).

F. Organizaciones no gubernamentales

son instituciones independientes de la administración públicas. Qué actúan como defensores de causas sociales y humanitarias sin fines lucrativos (Givigon International, 2016).

G. País de destino

Es el espacio geográfico mediante el cual un grupo de personas deciden estabilizarse en busca de mejores oportunidades de vida (OIM, 2006).

H. Protección Internacional

Son aquellas medidas que obtiene una persona extranjera por parte del Estado a causa de la vulneración de sus derechos fundamentales en el país de residencia buscando esa protección efectiva en el país de destino (CIDH, 2014).

I. Salud

Estado de completo bienestar físico, mental y social de una persona y no solamente ausencia de enfermedades (Preámbulo de la Const., 2006).

III. METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO Y CONTRASTACIÓN DE HIPOTESIS

El presente trabajo se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo. Es de tipo descriptiva-explicativa correlacional ya que estuvo enfocada en especificar las situaciones de los datos recolectados en el campo (Cortés & Iglesias, 2004). Es explicativa porque mediante la prueba no paramétrica se identifica la relación entre las dos variables (Hernández et al., 2014); basado en una prueba de correlación, con un diseño no experimental.

3.1.1. Diseño de contrastación de hipótesis

El contraste de la hipótesis se realizó con base a la prueba no paramétrica de correlación de rho de Spearman con un nivel de confianza del 0,95% y nivel de error α : 0.05%. Siguiendo la definición de Hernández et al. (2014) rho de spearman son medidas de correlación para variables en un nivel de medición ordinal; los individuos o unidades de la muestra pueden ordenarse por rangos (p.322).

Para identificar la relación entre sus variables, Se diseñó un contaste estadístico inferencial de hipótesis.

Prueba de Correlación Rho de Spearman - Hipótesis Estadísticas

Hipótesis Nula

H₀: $V_1 (D_1; D_2; D_3)$ y $V_2 (D_1; D_2; D_n)$ no tienen una asociación estadísticamente significativa

Hipótesis Alternativa

H₁: V₁ (D₁; D₂; D₃) y V₂ (D₁; D₂; D_n) no tienen una asociación estadísticamente significativa

Toma de decisiones: para una significancia \leq que 0.05, se rechaza la hipótesis nula (H₀). Para una significancia $>$ que 0.05, se acepta la hipótesis nula (H₀).

El propósito fue identificar el tipo de relación entre ellas (r) y la significancia o probabilidad resultante a partir de un p-valor o significancia. Los cálculos estadísticos se realizaron con el programa de cómputo SPSS. Se seleccionó la prueba no paramétrica de correlación Rho de Spearman, la cual no exige normalidad en la distribución de los datos, y se ajusta al muestreo intencionado seleccionado (Quispe, 2015).

3.2. VARIABLE E HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1. VARIABLES

VARIABLE N°1:

Influencia de los Factores socioeconómicos en el derecho a la salud.

VARIABLE N° 2:

Elementos esenciales para el ejercicio efectivos del derecho de salud en los niños y adolescentes inmigrantes, Tumbes 2020.

Cuadro N° 1. Operalización de variables.

Continúa

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
V.1 Factores socioeconómicos en el derecho a la salud en los niños y adolescentes inmigrantes Tumbes 2020.	Estos factores promueven las condiciones de las personas para llevar una vida sana y hace extensivo este derecho a factores determinantes de la salud (Florea, 2014). p.400).	Se tomará en cuenta para esta variable de estudio, la dimensión Factor social y Factor económico el cual consta de 23 ítems	Factor social	Tipo de Vivienda Servicios Básicos Documentos de identificación personal del padre de familia o tutor Documento de identificación del menor Numero de miembro de familia Tiene Hijos Situación migratoria del padre de familia o tutor Situación migratoria del menor de 5 años Situación migratoria del niño entre 6 y 17 años Tiempo de permanencia en Perú del padre de familia o tutor	Intervalo

Fuente: La autora

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
V.1.Factores socioeconómicos en el derecho a la salud en niños y adolescentes inmigrantes Tumbes 2020.	Estos factores promueven las condiciones de las personas para llevar una vida sana y hace extensivo este derecho a factores determinantes de la salud (Floean, 2014). p.400).	Se tomará en cuenta para esta variable de estudio, la dimensión Factor social y Factor económico el cual consta de 23 Ítems	Factor Social	Tiempo de permanencia de sus menores hijos en Perú	Intervalo
				Seguro social del hijo menor de 5 años	
				Seguro social del hijo entre 6 y 17 años	
				Atención médica	
				Problemas de salud de hijos menores de 5 años	
				Problemas de salud de hijos entre 6 y 17 años	
				Discriminación	
			Factor Económico	Trabajo	Intervalo
				Tipo de trabajo	
				Jornada laboral	
				Beneficios sociales	
Salario mínimo					
Ahorro					

Fuente: La autora

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
V2: Elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho de salud en niños y adolescentes inmigrantes, Tumbes 2020	Son requisitos indispensables que todo Estado parte debe de cumplir para garantizar el goce y disfrute del más alto nivel de salud. Fuente: La autora	Se tomará en cuenta en esta variable las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, adaptación y calidad, lo cual consta de 14 Ítems.	Disponibilidad	Institutos de atención médica	Intervalo
				Infraestructura adecuada	
				Profesionales médicos especialistas	
				Profesionales en enfermería especializados	
				Suficientes profesionales de salud en relación al número de pacientes	
				Equipamiento de salud suficientes para la ejecución de las actividades	
			Accesibilidad	Discriminación	
				Condición económica	
				Limitación Geográfica	
			Aceptabilidad	Aceptación de niños y adolescentes inmigrantes al sistema integral de salud	
				Permanencia de los niños y adolescentes en situación migratoria a los servicios de atención a la salud	
				Atención adecuada a los servicios de atención a la salud	
			Calidad	Tiempo de atención médica	
				Medicamentos accesibles y científicamente aprobados	
Condiciones sanitaria adecuada					

Fuente: La autora

3.3. FORMULACIÓN DE HIPOTESIS

La investigación surgió de algunos supuestos iniciales o formulación de hipótesis

3.3.1. Hipótesis general

El planteamiento de esta hipótesis es la siguiente:

Los factores socioeconómicos influyen a gran escala en el derecho a la salud y los elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho a la salud de los niños y adolescentes inmigrantes Tumbes 2020, son la disponibilidad, accesibilidad, adaptación y calidad en los centros de salud. puesto que la salud está enlazada y es dependiente de las condiciones de la fuerza de trabajo, de la vida y situación migratoria del grupo familiar. Para que los Estados cumplan con garantizar el bienestar social de esta población debe implementar medidas constantes y efectivas en sus instituciones de atención médica.

3.3.2. Hipótesis específica

La hipótesis específica es:

H.E.1: Los factores socioeconómicos influyen a gran escala en el derecho a la salud.

H.E.2: Los elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho de salud de los niños y adolescentes inmigrantes Tumbes 2020, son la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de atención en los centros médicos.

H.E.3: Si existe relación entre la influencia de los factores socioeconómicos sobre los elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho a la salud de los niños y adolescentes migrantes Tumbes 2020.

3.4. POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO

Población es la totalidad de individuos, objetos que poseen propiedades comunes y son observables en un momento y lugar determinado. (Jwigosdki, 2010).

En este caso para la presente investigación se consideró población a la totalidad de inmigrantes venezolanos que ingresaron a Perú desde el año 2016 hasta la actualidad.

Cuadro N° 2. Población total venezolana en Tumbes

TIPO DE POBLACIÓN	N° DE POBLACIÓN
VENEZOLANA	101

El grupo de estudio estuvo conformado por cien (101) familias inmigrantes de origen venezolana, localizada en Tumbes, Perú. Para su elección se hizo uso del muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a ser uno de los grupos con mayor vulnerabilidad por su situación migratoria en Perú (Fideas, 1999).

Se consideraron aquellos que manifestaron su voluntad de participar en la investigación. Debido a la gran cantidad de emigrantes en la región de Tumbes, se tomaron criterios de inclusión el ser mayores de edad, contar con hijos menores de 17 años y que residan en Tumbes y contar con más de 180 días de permanencia en Perú.

3.5. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. Método de investigación

Hipotético deductivo

La presente investigación por su particularidad se utilizó la deducción o la argumentación como su procedimiento metodológico fundamental. La deducción comprende en utilizar los contenidos de las teorías demostradas como científicas en la explicación de los sucesos que se investigarán. En términos más simples, la deducción comprende en partir de una teoría general para justificar los sucesos particulares (Garcés, 2000).

3.5.2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de información fue la encuesta (Garcés, 2000). Se utilizó como instrumento el cuestionario. De acuerdo a las dimensiones e indicadores estructurados en el cuadro de operacionalización de variables (ver cuadro 1). Para su medición se utilizó el tipo de escala de intervalo (Ferris, J, 2008) cuyas opciones de respuesta fueron: -2. Totalmente en desacuerdo; -1. En desacuerdo; 0. neutral. 1. De acuerdo; 2. Totalmente de acuerdo (ver anexo 1). Esta escala de medición permitió determinar las percepciones positivas, neutrales o negativas sobre cada indicador y dimensión consultada.

Para determinar la confiabilidad del cuestionario se realizó la prueba piloto aplicada a 33 sujetos inmigrantes que cumplían con cada uno de los criterios aplicados. Esta prueba es una pequeña muestra de encuestados para reconocer y suprimir posibles problemas (Molhona, 2004). Seguidamente se obtuvo el estadístico de fiabilidad de Alfa de Cronbach el cual fue de 0,619 el cual otorga confianza considerado el mismo como sustancial por Sierra Bravo (2001) y de confiabilidad Alta por Ruiz Bolívar (2002).

Cuadro 3. *Estadístico de fiabilidad de Alfa de Cronbach*

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,619	15

Fuente: La autora

3.6. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recolectados mediante el cuestionario fueron tabulados en una hoja de cálculo de Excel versión 2016, lo cual se realizó la transcripción y posterior codificación de cada indicador de la primera variable y categorías de respuesta de la segunda variable.

Seguido de ello los datos fueron procesados en el programa de cómputo SPSS, manera que permitió analizar y describir los resultados de la correlación de rho de Spearman sean estos las frecuencias, porcentajes, promedios y dimensión estándar de cada ítems de las variables permitiendo construir cuadros que evidencian el resumen de los datos obtenidos.

Los resultados estadísticos de rho de Spearman obtenidos validaron los cálculos estadísticos para la toma de decisiones de admitir o rechazar la contrastación de la hipótesis.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Datos generales de los encuestados

Las edades de los encuestados se evidencian en el cuadro 4. Entre 18 a 30 años el 69%; seguido del grupo etario entre los 30 a 40 años (29%); el porcentaje del grupo etario mayores de 40 años se agrupa en el 12%. El promedio fue de 30,42 ± 7,850 años.

Cuadro 4.Datos generales de los encuestados

	Edad		Sexo		Nivel de estudio	Estado civil
	%	F (%)	M(%)	%	%	
18 a 30 años	69			Primaria (5)	Soltero (a) (34)	
30 a 40 años	29	65	35	Secundaria (59)	Conviviente (53)	
40 a 50 años	10			Técnico (15)	Casado (a) (13)	
Más de 50 años	2			Superior (21)		
Total	100					

Fuente: La autora

En relación al grupo inmigrante encuestado según el sexo, más de la mitad es del sexo femenino con el 65%. El 35% representa al sexo masculino (ver cuadro 4). En el nivel de estudios los datos con mayor frecuencia demuestran que el 59 % al menos culminó sus estudios secundarios, un 21% han cursado y terminado con un título universitario, un 15% ha seguido una carrera técnica. El 5 % que es de menor frecuencia cuenta con estudios primarios.

Los datos en relación al estado civil demuestran que el 53% del grupo inmigrante encuestado es conviviente, un 34 % es soltero (a). El 13% dijo estar casado (a) (ver cuadro 4).

4.2. Resultados

4.2.1. Influencia de los factores socioeconómicos en el derecho a la salud en niños y adolescentes inmigrantes, Tumbes.

Variable 1- Factores socioeconómicos

Dimensión- Factor social y sus indicadores

A continuación, se desarrollarán los resultados de los 23 indicadores de la dimensión factor social como influencia en el derecho de la salud de los niños y adolescentes inmigrantes que residen en Tumbes (ver cuadro 5).

Los datos estadísticos del indicador *tipo de vivienda*, demuestran que la mayoría de la población encuestada con el 93% cuenta con una vivienda alquila, el 5% tienen vivienda prestada, asimismo, 1% cuenta con una vivienda propia. Similar al 1% con vivienda compartida.

Sobre este indicador se evidencia resultados con mayor frecuencia en la población encuestada, el 50,5% cuenta con tres (3) *servicios básicos* (agua, electricidad y desagüe). El 20% expresó tener cuatro servicios básicos (agua, electricidad, desagüe y cable), un 11,9% refieren contar con dos servicios básicos (agua y electricidad). Asimismo, el 14,9% cuenta con todos los servicios básicos (agua, electricidad, desagüe, cable e internet) y con menor frecuencia el 2% no cuenta con servicios básicos (ver cuadro 5)

En su tercer indicador *documentos de identidad del padre o tutor*, se evidencia que el 63% de los padres cuenta con cédula de identidad, el 10 % opta por una calidad migratoria y obtiene el Carnet de extranjería, un 23% tiene más de dos documentos de identidad. Con menor frecuencia del 2% cuenta con más de tres documentos de identidad (ver cuadro 5).

Documentos de identidad de los hijos menores de los encuestados como cuarto indicador denotan con mayor frecuencia del 53,5% de los menores cuentan con un acta de nacimiento “manifestaron la mayoría de la población que los niños menores de 9 años solo pueden contar con un acta de nacimiento y a partir de los 9 años por primera vez pueden sacar su cédula de identidad”. Un 8,9% cuentan con DNI (Documento de identidad Nacional) por haber nacido en Perú. Un 5,9 % que es de

menor frecuencia estiman con una cédula de identidad. El 17,9% disponen con más de dos documentos de identidad (ver cuadro 5).

Los resultados evidenciaron que los *miembros del grupo familiar* de los encuestados con mayor frecuencia están integrados entre 3 y 4 miembros dando un 61,4% entre ellos niños y adolescentes desde los 0 y 17 años (ver cuadro 5). Un 32,7 % más de 4 miembros. Un 5,9% con menor frecuencia conformado por dos miembros y el promedio del grupo familiar fue $2,27 \pm 0,564$. Vale decir que, hay aceptación de familias inmigrantes en el Estado peruano.

En la recolección de datos se hicieron diferencias entre hijos *menores de 5 años e hijos entre 6 y 17 años de edad* (ver cuadro 5), evidenciándose para el indicador hijo menor de 5 años obtuvo mayor frecuencia del 78,2% indicando la población inmigrante encuestada tener entre 1 y 2 hijos con ese rango de edad. El 21, 8% manifestó con menor frecuencia no tener hijos menores de 5 años y el promedio fue $0,78 \pm 0,564$. Para el indicador hijos entre 6 y 17 años de edad los resultados con mayor frecuencia fueron del 51,5% tener entre 1 y 2 hijos, seguido del 6,9% contar con 3 y 4 hijos y de menor frecuencia del 1% más de 4 hijos con ese rango de edad. Para aquellos que manifestaron no tener hijos entre esas edades arrojó como resultado el 40,6%. El promedio fue $0,68 \pm 0,647$.

Situación migratoria de los padres

Los resultados, según el cuadro 5, detallan dos tipos de situación migratoria siendo la primera situación regular evidenciándose que la población encuestada arroja una menor frecuencia del 36,6%. Y una frecuencia mayor del 63,4% dice tener una situación irregular.

Situación migratoria de los hijos menores de 5 años

En este indicador, con mayor frecuencia del 42,6% de los encuestados refieren tener hijos en situación migratoria irregular. Con menor frecuencia, el 37,6% expresó tener hijos en situación migratoria regular. El 19,8% manifestaron no tener hijos con ese rango de edad (ver cuadro 5)

Basándose en los resultados del cuadro 5, *la situación migratoria de los hijos entre 6 y 17 años*, se encuentran en situación migratoria irregular (43%) y tan solo el

15,6% en situación regular. El 40,6% no cuentan con hijos entre estas edades (ver cuadro 5)

La mayoría de los encuestados revelan según los resultados el 51,5% *ingreso a Perú* en el año 2018, un 36,6% en el año 2019, seguidamente un 6% en el año 2020. Con menor frecuencia en el año 2016 un 2% similar al 4% al año 2017 (ver cuadro 5).

continuando con el indicador *año de ingreso de su menor hijo a Perú*, los datos estadísticos evidencian que la mayoría de estos menores su ingreso a Perú fue en el año 2019 (46,55%), asimismo, siguiendo las frecuencias y porcentajes del cuadro 5, en el año 2017 ingresó el 36%, en el año 2018 el ingreso fue de un 35,6%, como también en el año 2016 con una frecuencia menor del 1%. También se demuestra un mínimo del 8,9% no haber ingresado por ser de nacionalidad peruana.

Los resultados procesados revelan que, el 55,4 de los *niños menores de 5 años tienen acceso a un seguro social*, mientras un 22,8% refieren que sus menores no cuentan con un seguro social. El 21,8% indicaron no tener hijos con ese rango de edad (ver cuadro 5).

En cuanto a este indicador, *Seguro social de hijo entre 6 y 17 años de edad*, los datos demuestran que el 59,4% no cuentan con un seguro social (sistema integral de salud). Un 3% de menor frecuencia indicaron que si cuentan con un seguro social. El 37,6% dijeron no tener hijos con ese rango de edades.

El indicador, atención médica se hizo en diferencia de edades, es decir en hijos menores de 5 años e hijos entre 6 y 17 años. Evidenciándose, primero que, 62,4% de los menores de 5 años han requerido de atención médica en algún hospital o posta médica de Tumbes como el 31,7% no han requerido de algún tipo de atención médica. Dado a la diferencia de edades un 5,9% refirieron no tener hijos entre ese rango de edades. Segundo, existe una menor frecuencia en porcentajes que *menores entre 6 y 17, han requerido de una atención médica* en un hospital o posta de salud social. Y una menor frecuencia del 27,7% no ha requerido de atención médica en un centro de salud. Asimismo, el 40,6 % reveló no tener hijo con esa frecuencia de edades.

Los datos revelan que solo el 5,9% de los menores de 5 años presentan una *enfermedad respiratoria* crónica, un 68,3% indicaron no tener ninguna enfermedad que pone en riesgo la salud de su menor hijo. Y el 25% no tiene hijos con ese rango de edades que presente alguna enfermedad crónica.

Enfermedad crónica en hijos entre 6 y 17 años

El indicador conforme a los resultados, se obtiene la mayor frecuencia del 56% al referir los niños entre esas edades no presentan alguna enfermedad crónica. Una menor frecuencia del 6,9% evidencian este tipo de enfermedad. La población de interés manifestó con el 36,6% no tener hijos en ese rango de edades. (Ver cuadro 5).

Hay una gran frecuencia del 67,3% (67) indicando que ha sido víctima de algún acto de *discriminación* siendo una de ellas su condición migratoria y su nacionalidad. Y un 32,7% no ha recibido ningún tipo de discriminación. (Ver cuadro 5).

A) Factor social

Cuadro 5. La dimensión factor social como influencia en el derecho a la salud (Continúa)

ITEMS									Total de frecuencia	% Total		
	Propia		Alquilada		Prestada		Compartida					
Tipo de Vivienda	f	%	f	%	f	%	f	%				
	1	1	93	5	5	5	1	1	101	100		
Servicios básicos	Ningún servicio básico		2 Servicios básicos		3 Servicios básicos		4 Servicios básicos		Todos los servicios		Total de frecuencia	% Total
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
	2	2	12	11,	51	50,5	21	20,	15	14,9		
Documentos de Identidad del padre o tutor del menor	Cédula de identidad		Carnet de Extranjería		Tiene dos documentos de Identidad		Tiene tres o más documentos de Identidad		Total de frecuencia	% Total		
	f	%	f	%	f	%	f	%				
	66	65	10	10	23	23	2	2			101	100
Documento de Identidad del menor	Cédula de identidad		Acta de Nacimiento		DNI		Tiene dos documentos de Identidad		Total de frecuencia	% Total		
	f	%	f	%	f	%	f	%				
	9	5,9	53	53,5	9	8,9	18	17,8			101	100
Miembro del grupo familiar	Entre 1 y 2		Entre 3 y 4		Más de 4				Total de frecuencia	% Total		
	f	%	f	%	f	%						
	6	5,9	62	61,4	33	32,7					101	100

Fuente: La autora

Continúa

ITEMS							TF	% Total				
	No tienen		Entre 1 y 2									
	f	%	f	%								
Hijos menores de 5 años	22	21,8	78	78,2			101	100				
Hijos entre 6 y 17 años	No tienen		Entre 1 y 2		Entre 3 y 4							
	F	%	F	%	F	%						
	41	40,6	52	51,5	7	6,	101	100				
Situación migratoria del padre o tutor	Regular		Irregular									
	f	%	f	%								
	37	36,6	64	63,4			101	100				
Situación migratoria de los hijos menores de 5 años	No tiene hijos		Regular		Irregular							
	f	%	f	%	f	%						
	20	19,8	38	37,6	43	42,6	101	100				
Situación migratoria de los hijos entre 6 y 17 años	No tiene hijos		Regular		Irregular							
	f	%	f	%	f	%						
	41	40,6	16	15,6	44	43	101	100				
Tiempo de ingreso a Perú	2016		2017		2018		2019		2020			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
	2	2	4	4	52	51,5	37	36,6	6	5,9	101	100
Tiempo de Ingreso a Perú de su menor hijo	Hijos Peruanos		2016		2018							
	f	%	f	%	f	%						
	9	8,9	1	1	36	35,6			101	100		

Fuente: La autora

Continúa

ÍTEMS	Total de frecuencia						% Total
	No tiene hijos menores de 5 años		Si		No		
	f	%	f	%	f	%	
Seguro Social de salud de niños menores de 5 años	22	21,8	56	55,4	23	22,8	101
							100
Seguro Social de salud de niños entre 6 y 17 años	No tiene hijos entre los 6 y 17 años		Si		No		
	f	%	f	%	f	%	
	38	37,7	3	3	60	59,5	101
							100
Hijo menor de 5 años ha requerido de atención médica	No tiene hijos menores de 5 años		Si		No		
	f	%	f	%	f	%	
	6	5,9	63	62,4	32	31,7	101
							100
Hijo entre 6 y 17 año ha requerido de atención médica	No tiene hijos entre los 6 y 17 años		Si		No		
	f	%	f	%	f	%	
	41	40,6	32	31,7	28	27,7	101
							100
Enfermedad crónica de niños menores de 5 años	No tiene hijos menores de 5 años		Si		No		
	f	%	f	%	f	%	
	26	25	6	5,9	68	68,3	101
							100
Enfermedad crónica en niños entre 6 años y adolescentes hasta los años	No tiene hijos entre los 6 y 17 años		Si		No		
	f	%	f	%	f	%	
	37	36,6	7	6,9	57	56,4	101
							100
Discriminación	Si		No				
	f	%	f	%			
	68	67,3	32	32,7			101
							100

En el cuadro 5, se aprecia la frecuencia, porcentajes, y promedio sobre la influencia del factor social en el derecho a la salud de los niños y adolescentes inmigrantes Tumbes.

B) Factor económico

Cuadro 6. Factor económico como influencia en el derecho a la salud de los niños y adolescentes inmigrantes

ITEMS						FRECUENCIA TOTAL	% TOTAL
Ninguno		No		Si			
f	%	f	%	f	%		
8	7,9	68	67,3	25	24,8	101	100
Ninguno		Temporal		Permanente			
f	%	f	%	f	%		
11	10,9	70	69,3	20	19,8	101	100
Ninguno		Entre 4 y 8 horas		Entre 9 y 10 horas		Más de 12 horas	
f	%	f	%	f	%	f	%
10	9,9	33	32,7	28	27,7	30	29,7
Seguro social		Ninguno					
f	%	f	%				
2	2	99	98			101	100
Ninguno		Menos de un salario mínimo		Un salario mínimo mensual		Más de un salario mínimo mensual	
f	%	f	%	f	%	f	%
8	7,9	75	74,3	11	10,9	7	6,9
Si		No					
f	%	f	%				
12	12	88	88			101	100

Fuente: La autora

En el cuadro 6, se evidencia los resultados de la frecuencia, porcentaje, y promedio del factor social como influencia en el derecho a la salud de los niños y adolescentes inmigrantes en el Perú.

Dimensión factor económico

A continuación, en el cuadro 6, se evidencia los resultados de los 6 indicadores del factor económico como influencia en el derecho a la salud de los niños y adolescentes inmigrantes que residen en el Perú.

Los resultados en cuando si el encuestado *¿trabaja actualmente?*, el 67,3% manifestaron contar con un trabajo, un 24,8% refieren tener trabajo de forma independiente esto se evidencia con el tipo de trabajo que vienen desempeñando día a día. El tipo de trabajo fue un indicador para la dimensión factor económico, pero dado el nivel de estudio no es necesario incorporarlo al cuadro de frecuencias y porcentajes. Y tan solo el 7,9% indicaron no tener ni un trabajo formal ni independiente (ver cuadro 6).

Trabajo temporal- permanente

Los encuestados actualmente cuentan con un trabajo independiente este mismo es *temporal* con una frecuencia del 69,9%, otros indicaron tener el trabajo de forma permanente con una frecuencia del 19,8%. Tan solo el 9,9% refiriendo no tener un trabajo permanente ni temporal.

La jornada laboral de los encuestados es entre 4 y 8 horas dando una mayor frecuencia del 32,7%. Un 29,7% trabaja más de 12 horas al día. Muy similar al 27,7% que es entre 9 y 10 horas diarias. Una frecuencia menor del 9,9% indicó no tener una jornada laboral (ver cuadro 6).

En el indicador *beneficios sociales* el 98% de los encuestados no cuentan con ningún beneficio. El 2% cuenta al menos un beneficio que es un seguro social por contar con carnet de extranjería (ver cuadro 3).

Los datos arrojaron que el 74,3% de los encuestados cuentan con menos de una *Salario mínimo mensual*, seguido de ello el 10,9% ganan un salario mínimo mensual, un 6,9% refirió ganar más de un salario mínimo. Tan solo con una frecuencia del 7,9% no gana ningún salario mínimo (ver cuadro 6).

La población encuestada, según los resultados del cuadro de frecuencias y porcentajes, no cuentan con un *ahorro* teniendo una frecuencia mayor del 88%. Solo el 12% cuenta con ahorro.

4.2.2. Los elementos esenciales para el ejercicio efectivos del derecho de salud de los niños y adolescentes inmigrantes, Tumbes.

A continuación, se presentarán los resultados sobre la segunda variable y sus respectivas dimensiones.

La dimensión disponibilidad como primer elemento esencial del derecho a la salud

En el cuadro 7 se presentan los resultados de esta dimensión

El promedio obtenido en el primer ítem *institutos de atención médica* fue de $0,19 \pm 0,956$ (ver cuadro 7). Donde se obtuvo una respuesta neutral. Un 51,5% expresó estar en acuerdo y solo el 1% estar totalmente de acuerdo. Un 30,7% refirió estar en desacuerdo y el 2% totalmente en desacuerdo. Y el 14,9% fue neutral en no opinar ni decir nada.

El ítem *infraestructura adecuada*, obtuvo un promedio de $0,23 \pm 1,13$. Este elemento tiene una mayor frecuencia de respuesta neutrales, el 60,4% manifestó estar de acuerdo y solo el 2% en totalmente de acuerdo. Un 19,8% expresó estar en desacuerdo como el 10,9% en totalmente en desacuerdo. Con menor frecuencia del 6,9% prefirió no opinar ni decir nada.

En cuanto a los *profesionales médicos especialista*. El promedio obtenido fue $0,46 \pm 0,855$ advirtiéndose una percepción neutral. Un 62,5% refirió estar en acuerdo y totalmente de acuerdo solo el 2%. Los encuestados expresaron estar en desacuerdo con el 18,9% y el 1% en totalmente en desacuerdo. Con menor porcentaje de 15,9% no quiso opinar ni decir nada.

Con respecto al ítems *profesionales en enfermería especializados* los datos evidencian una respuesta negativa (ver cuadro 7), el 47,5% expresó estar en desacuerdo y solo el 9,9% estar totalmente en desacuerdo. Un 29,7% está de acuerdo y como menor frecuencia del 2% en totalmente de acuerdo. El 10,9% fue neutral es decir no quiso opinar ni decir nada. El promedio fue $-0,34 \pm 1,070$. De acuerdo a la categoría de respuestas la significancia fue neutral.

El ítem *suficiente profesional de salud en relación al número de pacientes*, tuvo una significancia negativa, expresada con mayor frecuencia del 39,6%, un 6,9%

aseguran estar totalmente en desacuerdo. Similar frecuencia al 37,6% manifestaron solo estar en acuerdo (ver cuadro 7). Un 15,8% de la población fue imparcial en la toma de decisiones en cuanto a este 5 ítem. Para la categoría de respuesta y de acuerdo al promedio $-0,16 \pm 1,017$ la percepción es neutral.

Este último ítem *equipamiento de salud suficientes para la ejecución de las actividades*, según los datos en el cuadro 7 revelan una mayor frecuencia en la categoría de respuesta de acuerdo con el 46,5%, un 4% en totalmente en acuerdo. El 34,7% develaron estar en desacuerdo como un 4% estar en totalmente en desacuerdo. Asimismo, el 10,9% de los encuestados fueron imparciales. (ver cuadro 7). El promedio fue $0,12 \pm 1,063$, advirtiéndose una percepción neutral.

Dimensión accesibilidad como segundo elemento esencial del derecho a la salud.

En el cuadro 8 se presentan los resultados de esta dimensión

Sobre esta dimensión, en su primer ítem discriminación se advirtió una percepción neutral ($0,09 \pm 1,096$). El 51,5% expresó estar en acuerdo al referir que sus menores hijos no han sido víctimas de discriminación por parte de algún profesional de salud y un 2% totalmente en acuerdo. El 32,7% está en desacuerdo y un 6,9% totalmente en desacuerdo. Similar la frecuencia del 6,9% refirió ser neutral (ver cuadro 8).

En el indicador condición económica, los resultados evidencian una mayor frecuencia con una categoría de respuesta positiva ($0,66 \pm 0,778$). El 76,2% de los encuestados expresó estar en acuerdo en cuanto al seguro social de salud (sistema integral de salud), está al alcance de su economía “solo para acceder y recibir una atención médica”. Y un 2% dijo estar totalmente en acuerdo. El 7,9% refirió estar en desacuerdo como un 3% en totalmente en desacuerdo. Una menor frecuencia del 10,9% no opinó ni quiso decir nada.

Los hospital o posta médica de Tumbes no limitan geográficamente a su población para acceder a un seguro social ($-0,04 \pm 1,028$). La categoría de respuesta para este indicador es de percepción negativa.

El 48,5% los encuestados expresaron estar en acuerdo, el 4% estar totalmente en acuerdo. Una significancia poco frecuente del 22,8% refirieron estar en desacuerdo

como el 18,7% en totalmente en desacuerdo. Un 5,9 % de la población encuestada fue imparcial, no opinó ni quiso decir nada.

Dimensión aceptabilidad como tercer elemento del derecho a la salud

En el cuadro 9 se presentan los resultados de esta dimensión

La dimensión aceptabilidad se desarrolla en tres indicadores. El primer indicador aceptación de los niños y adolescentes inmigrantes al sistema integral de salud se obtiene un promedio de $-0.08 \pm 1,083$. Se evidencia una percepción neutral (ver cuadro 9). Lo cual en la categoría de respuestas mayoría de los encuestado 47,5% expresaron estar de acuerdo en cuanto a la aceptabilidad de sus menores hijos al sistema integral de salud. El 41,6% dijeron estar en desacuerdo, el 6,9 % totalmente en desacuerdo siendo de menor frecuencia y 4% de los encuestado fueron neutrales en cuanto a su respuesta, es decir, no opinó ni quiso decir nada. Esto por ser menores de 5 años o contar con alguna calidad migratoria otorgándole su carnet de extranjería". (ver cuadro 5).

En el segundo indicador permanencia de los niños y adolescentes inmigrantes al sistema integral de salud es garantizada. El promedio fue $-0,71 \pm 0,841$. Una mayor frecuencia del 84,2% expresaron estar en desacuerdo, el 2% en acuerdo de menor frecuencia (2). Tan solo el 5% está de acuerdo y el 5,9% totalmente de acuerdo. Un porcentaje con menor significancia del 3% es neutral. La categoría de respuesta para el indicador es negativa en desacuerdo (ver cuadro 9).

En el tercer indicador (ver tabla 9). El promedio obtenido es de $0,40 \pm 1,087$. Este promedio da como categoría de respuesta una percepción neutral. Un 60,4% de los encuestados están de acuerdo con la atención que se brinda en los hospitales de Tumbes, el 5,9% de menor frecuencia (5) dijo estar totalmente de acuerdo. Mientras en desacuerdo obtuvo el 16,8% este es un porcentaje inferior a los dos indicadores antes mencionados siendo una significancia de interés para garantizar el estado de salud de toda la población. Continuando con la categoría de respuesta el totalmente en desacuerdo obtuvo el 7,9%. Un 8,9% fue neutral

Dimensión calidad como cuarto elemento del derecho a la salud

En el cuadro 10 se presentan los resultados de esta dimensión

El indicador *tiempo de atención médica*, demuestran según los resultados una mayor significancia en cuanto a sus frecuencias (82) del 82,2% expresó estar en acuerdo y el 5,9% dijo estar totalmente en acuerdo. Una mínima significancia de frecuencia del 4% expresaron estar en desacuerdo como el 1% totalmente en desacuerdo. Un 6,9% no quiso opinar ni decir nada. El promedio que se obtuvo es de $0,88 \pm 0,605$, evidenciándose una categoría de respuesta positiva de acuerdo.

El promedio de este indicador $-0,04 \pm 1,122$. Esto evidencia que existe poca claridad sobre la *accesibilidad de medicamentos* que brindan los hospitales o postas de atención médica. En los resultados se demuestra que el 46,6% de la población encuestada expresó estar en acuerdo sobre el indicador y un 2% está totalmente en acuerdo. De menor frecuencia con el 32,7% señalaron estar en desacuerdo con la accesibilidad de los medicamentos, así como el 9,9% en totalmente en desacuerdo. El 10,9% fue neutral en cuanto este ítem (ver cuadro 10).

Las condiciones sanitarias de los hospitales o postas médicas ($0,04 \pm 1,113$) es el tercer indicador, las estadísticas de muestran una percepción neutral en cuanto a sus respuestas, el 30,3% expresó estar totalmente en acuerdo, el 6,1% en acuerdo. Seguido el 21,2% manifestaron estar en desacuerdo con igual similitud del 21,2% totalmente en desacuerdo. Un 21,2% fue neutral, no quiso ni dijo nada

A continuación, se desarrollarán cada uno de los elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho a la salud

Cuadro 7. La disponibilidad como elemento esencial

ITEMS	TDA		ED		N		EA		TEA		X	DS
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
	Institutos de atención adecuada	2	2	31	30,7	15	14,9	52	51,5	1		
Infraestructura adecuada	11	10,99	20	19,8	7	6,9	61	60,4	2	2	0,23	1,130
Profesionales médicos especialistas	1	1	19	18,9	17	15,9	64	62,5	2	2	0,46	0,855
Profesionales en enfermerías especializadas	10	9,9	48	47,5	11	10,9	30	29,7	2	2	-0,34	0,107
Suficientes profesionales para el recurso humano suficiente	7	6,9	40	39,6	16	15,8	38	37,6	0	0	-0,16	1,017
Equipamiento de salud suficiente para la ejecución de las actividades	4	4	35	34,7	11	10,9	47	46,5	4	4	0,12	1,061

Fuente: La autora

b) Elemento de accesibilidad

Cuadro 8. La accesibilidad como elemento esencial para el ejercicio efectivo del derecho a la salud de los niños y adolescentes inmigrantes

ITEMS	TDA		ED		N		EA		TEA		X	DS
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
En los hospitales o postas de atención médica de Tumbes no se genera ningún acto de discriminación	7	6,9	33	32,7	7	6,9	52	51,5	2	2	0,09	1,096
El sistema de atención sanitaria en el hospital o postas de atención médica de Tumbes, está al alcance de la condición económica de toda su población	3	3	8	7,9	11	10,9	77	76,2	2	2	0,66	0,778
Los hospitales o postas de atención médica de Tumbes no limitan geográficamente a su población para acceder al seguro social	19	18,8	23	22,8	6	5,9	4	48,5	4	4	-0,04	1,280

Fuente: La autora

c) Elemento de aceptabilidad

Cuadro 9. La aceptabilidad como elemento esencial para el ejercicio el derecho a la salud de los niños y adolescentes inmigrante

ITEMS	TED		ED		N		EA		TEA		X	DS
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
	Aceptación de niños y adolescentes inmigrantes al sistema integral salud	7	6,9	42	41,6	4	4	48	47.5	0		
La permanencia de los niños y adolescentes en inmigrantes al sistema integral de salud es garantizada	2	2	85	84,2	3	3	5	5	6	5,9	-0,71	0,841
La atención que se brinda en los hospitales o postas médica de Tumbes son adecuadas garantizando el estado de salud de toda su población	8	7,9	17	16,8	9	8,9	61	60,4	5	5,9	0,40	1,087

Fuente: La autora

d) Elemento de calidad

Cuadro 10. La calidad como elemento esencial para el ejercicio efectivo del derecho a la salud de los niños y adolescentes inmigrantes

ITEMS	TED		ED		N		EA		TEA		X	DS
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Tiempo de atención médica en los hospitales o postas de Tumbes, permite a su menor hijo obtener algún diagnóstico que mejore su salud	1	1	1	4	7	6,9	83	82,2	6	5,9	0,88	0,605
Los medicamentos que brindan en los hospitales o postas de atención médica en Tumbes, son accesibles y científicamente aprobados	10	9,9	33	32,7	11	10,9	45	44,6	2	2	-0,04	1,122
Condiciones sanitarias adecuadas de los hospitales o postas de atención médica de Tumbes, son adecuadas permitiendo un mejor servicio para su población	7	21,2	7	21,2	7	21,2	2	6,1	10	30,3	0,04	1,113

Fuente: La autora

4.2.3. Establecer la relación entre la influencia de los factores socioeconómicos en el derecho a la salud sobre los elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho de salud de los niños y adolescentes inmigrantes, Tumbes.

Los resultados de la correlación – Prueba de Rho de Spearman se encuentran en el cuadro 11.

De acuerdo a la dimensión factor social el indicador servicios básicos de la población encuestada esta correlacionada con la dimensión aceptabilidad (r: -0,258; p-valor 0,009). Para esta correlación se rechaza la hipótesis nula (p-valor \leq 0,05).

Los hijos menores de 5 años están asociados significativamente con la dimensión accesibilidad (r: 0,217; p-valor 0,029). Por tanto, para estas dos correlaciones se rechaza la hipótesis nula (p-valor \leq 0,05).

La dimensión accesibilidad resalta cinco (5) correlaciones negativas significativas: Los hijos menores entre 6 y 17 años (r: -0,223; p-valor 0,025), situación migratoria de niños entre 6 y 17 años (r: -0,273; p-valor 0,006), seguro social para niños entre 6 y 17 años (r: -0,303; p-valor 0,002), atención médica que han requerido los hijos entre los 6 y 17 años (r: -0,294; p-valor 0,003), ¿Los hijos entre 6 y 17 años presentan alguna enfermedad crónica? (r: -0,280; p-valor 0,005) La relación de los resultados resaltan en el factor social. Por tanto, para estas cinco correlaciones se rechaza la hipótesis nula por la inexistencia de relaciones significativas (p-valor \leq 0,05). Por tanto, sea acepta la Hipótesis alternativa.

Estas correlaciones negativas en los menores entre los 6 y 17 años inciden significativamente en cuanto a su situación migratoria de irregular y por no contar con un carnet de extranjería que le permita acceder a un seguro social y recibir alguna atención médica. Esto es que a medida que van creciendo hay ausencia de un seguro social por parte del Estado y su incidencia es menor accesibilidad

Acorde a la dimensión factor económico el tipo de trabajo se relaciona significativamente con la dimensión accesibilidad (r: 0,265; p-valor 0,007). Ante

la ausencia de relaciones significativas se rechaza la hipótesis nula (p -valor $\leq 0,05$).

Los beneficios sociales tienen una correlación significativa con la dimensión aceptabilidad ($r: 0,196$; p -valor $0,005$). Por tanto, se rechaza la hipótesis nula (p -valor $\leq 0,05$).

El salario mínimo mensual se adecua significativamente con la dimensión accesibilidad ($r: 0,310$; p -valor $0,002$) y aceptabilidad. Ante la carencia significativa para estas dos correlaciones se tiene que rechazar la hipótesis nula (p -valor $\leq 0,05$).

El resto de las correlaciones no evidenciaron relaciones significativas. Por tanto, se acepta la hipótesis nula (H_0) por la inexistencia de relaciones significativas entre indicadores y dimensiones (p -valor $\geq 0,05$)

El cruce entre dimensiones de la V2, presenta una correlación significativa entre sus dimensiones. En ese sentido se evidenció una relación significativa positiva: D1- Disponibilidad asociada correlativamente con Accesibilidad ($r: 0,633$; p -valor: $0,000$; $\leq 0,05$), aceptabilidad ($r: 0,353$; p -valor: $0,000$; $\leq 0,05$) y calidad ($r: 0,480$; p -valor $0,000$). D2- (ver cuadro 12)

Los valores de r y la significancia del p -valor indican que estas relaciones imponen el rechazo de la hipótesis nula (H_0) de ausencia de relaciones significativas. El resto de las correlaciones no evidenciaron relaciones significativas y por tanto se acepta la hipótesis nula (H_0) de ausencia de relaciones significativas entre las dimensiones (p -valor $\geq 0,05$).

4.2.4. Relación entre la influencia de los factores socioeconómicos en el derecho a la salud sobre los elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho a la salud en niños y adolescentes inmigrante-Tumbes

Cuadro 11. Estadístico de correlación de Spearman entre dimensiones de las variables

Variable 1.- Factores Socioeconómicos		Variable2- Elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho a la salud en niños y adolescentes inmigrantes			
		Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
Servicios básicos	r	-0.077	0.017	-0,258**	0.032
	Sig.	0.442	0.865	0.009	0.750
Hijos menores de 5 años	r	0.144	0,217*	0.064	0.037
	Sig.	0.151	0.029	0.527	0.713
Hijos entre 6 y 17 años	r	-0.091	-0,223*	-0.073	-0.034
	Sig.	0.363	0.025	0.47	0.739
Situación migratoria de los hijos entre 6 y 17 años	r	-0.091	-0,273**	-0.072	-0.041
	Sig.	0.367	0.006	0.474	0.686
¿Hijos de entre 6 y 17 años cuenta con seguro social?	r	-0.065	-0,303**	-0.046	-0.030
	Sig.	0.519	0.002	0.646	0.764

Continua

		Variable2- Elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho a la salud en niños y adolescentes inmigrantes			
V1.Factores Socioeconómicos		Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
¿Su hijo entre 6 y 17 años ha requerido de atención médica en Tumbes?	r	-0.148	-0,294**	-0.171	-0.134
	Sig.	0.139	0.003	0.087	0.181
Si tiene hijos entre 6 y 17 años ¿presentan alguna enfermedad crónica?	r	-0.075	-0,280**	-0.108	-0.061
	Sig.	0.456	0.005	0.282	0.542
Tipo de trabajo	r	0.115	0,265**	0.007	0.073
	Sig.	0.253	0.007	0.947	0.467
Beneficios sociales	r	0.125	0.053	0,196*	0.126
	Sig.	0.215	0.601	0.050	0.208
Salario mensual	r	0,310**	0,361**	-0.056	0.147
	Sig.	0.002	0,000	0.576	0.143

Cuadro 12. Estadístico de correlación de rho de Spearman entre dimensiones

		Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
Disponibilidad	r	1,000	0,633**	0,353**	0,480**
	Sig.		0,000	0,000	0,000
Accesibilidad	r	0,633**	1,000	0,339**	0,371**
	Sig.	0,000		0,001	0,000
Aceptabilidad	r	0,353**	0,339**	1,000	0,223*
	Sig.	0,000	0,001		0,025
Calidad	r	0,480**	0,371**	0,223*	1,000
	Sig.	0,000	0,000	0,025	

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

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En el cuadro 11, se aprecia la correlación de rho de Spearman entre las variables factor social y económico con sus indicadores por tener mediciones distintas y los elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho a la salud de niños y adolescentes inmigrantes Tumbes. Asimismo, en el cuadro 12, se aprecia la correlación directa entre sus dimensiones de la segunda variable. Al obtener un p- valor $\geq 0,05$ se aprueba la hipótesis alterna, mientras aquel p-valor $\leq 0,05$ se acepta la hipótesis nula.

4.3. Discusión de resultados

4.3.1. Influencia del factor socioeconómico en el derecho a la salud

De los resultados se obtiene que la población venezolana, no presenta dificultades para acceder a un *tipo de vivienda*, ya que cuenta con una sea esta alquilada, prestada o compartida, datos que se evidencian en el cuadro 5. Esto se debe al tiempo oportuno que los inmigrantes tienen en el Perú. Es manifiesto que los migrantes presentan obstáculos en contar con una vivienda al momento en que arriban el país de destino Cabieses, Bernales, & McIntyre (2017), por no contar con una red de apoyo o recursos necesarios para su sobrevivencia. Por lo que recurren a organizaciones no gubernamentales que están al servicio de la protección de los derechos humanos sobre todo de los más vulnerables sean estos niños, adolescentes, mujeres embarazadas o ancianos.

Al gozar los niños y adolescentes inmigrantes con una vivienda digna, es importante que cuente con los *servicios básicos* sea agua potable limpia, electricidad y desagüe (ver cuadro 5). Esta realidad demuestra que el factor social se hace extensivo a los determinantes de la salud (Florea, 2014), siendo uno de ellos el agua potable, elemento esencial para que todo ser humano tenga una vida digna.

La mayoría de los encuestados que fueron los padres o apoderados de estos menores *su documento de identidad* es la cédula de identidad, un menor porcentaje cuenta con carnet de extranjería y la tercera parte con más de dos (2) o tres (3) documentos de identidad (ver cuadro 5). Es relevante y estar de acuerdo con la investigación de Hernández, Vargas, Rojas, & Bendezu (2019). La falta de documentación idónea como el carnet de extranjería o el PTP, genera dificultades para conseguir un empleo formal sea este público o privado, o carecen de un seguro social y la mayoría se automédica. Esto se rescata por la entrevista que se realizó al momento de la investigación. Es oportuno recalcar que el tema de investigación abarca a los niños y adolescentes, pero es importante tener en cuenta las necesidades que estos presentan Cjuno, Ipanaqué, Ipanaqué, & Alvarado (2019). Por tanto, el Estado a través sus políticas migratorias debe incorporar o reformar medidas accesibles e ilimitadas que contribuyan a una mejora tanto para esta población como a nuestro país.

De esa misma manera hijos menores de 17 años, su documento de identidad es la partida de nacimiento puesto que los niños a partir de los 9 años según las leyes de Venezuela pueden obtener cédula de identidad, seguido de los resultados un mínimo porcentaje cuenta con carnet de extranjería, asimismo un menor porcentaje cuenta con cédula de identidad, pasaporte y PTP. Esto generó *la certeza que un documento como la cédula de identidad y el pasaporte o algunos casos el PTP es indispensable para poder obtener un carnet de extranjería* (D.L 1350-Ley de Migraciones) para acceder a un sistema integral de salud conforme la Ley 29344, Ley Marco del aseguramiento social.

Los datos en cuanto a los miembros del grupo familiar, reflejan una valoración considerable en el Estado peruano cuyo promedio fue $2,27 \pm 0,564$. Conformada mayormente por ambos padres y niños menores de 17 años. Obteniendo un promedio de diferencia de edades en hijos menores de 5 años $0,78 \pm 0,564$ y niños entre 6 y 17 años $0,68 \pm 0,647$. Evidenciándose que para la migración no existe límites de edades y la mayoría lo hace en compañía de niños menores de 17 años.

La permanencia de la población venezolana en el Perú, empezó en el año 2016 ante la crisis humanitaria que atravesaba Venezuela (Morón B, 2016) solo el 2% de la población encuestada decidió desplazarse, un 51,5% lo hizo en el año 2018 junto a su familia muy pocos decidieron hacerlo con sus menores hijos debido a los nuevos cambios y dificultades que generaba ese traslado para ellos, no permitiéndoles gozar de una vivienda, alimentación sobre todo garantizarles su estado de salud, resultado que se comparte con la investigación de, Cabieses, Bernales, & McIntyre (2017). Por lo que se decidieron primero establecerse de manera temporal o permanente y para el 2019 casi el 47% de los menores se desplazaron por la falta de medicinas y cierre de colegios conforme las manifestaciones de los encuestados (ver cuadro 5).

Esto se justifica que el tiempo de permanencia de la población en el Perú ha generado cambios en su calidad de vida del grupo familiar siendo esto una respuesta positiva por parte del Estado en contribuir con la aceptación y brindarles de una protección internacional.

Es de importancia resaltar que la situación migratoria de los padres o apoderados teniendo una mayor frecuencia de irregularidad sea por no contar con la información

suficiente o el recurso económico que pueda avalar su situación migratoria y gozar de los mismos derechos que los nacionales como lo expresa, Goldhagen, y otros, (2020). De tal manera que resulta ser un acto discriminatorio frente a las normas internas de cada Estado de acogida para esta población (ver cuadro 5) este indicador influye a gran escala que estos menores no puedan acceder a un seguro social (sistema integral de salud) al encontrarse en situación irregular sobre todo los menores entre 6 y 17 años y no tener la documentación de identidad necesaria como un pasaporte o PTP como lo estipula el Decreto legislativo 1350-Ley de migraciones.

En Los niños y adolescentes es más complicado su situación migratoria porque hay un cruce entre dos momentos vitales: ser niño y ser inmigrante a la vez como lo refiere, Grubessich & Sepúlvera, (2020). En el caso del Perú, solo pueden acceder a un sistema integral de salud niños venezolanos menores de 5 años en situación irregular no existiendo limitación solo en ese aspecto, (OPS, 2019) ya que el 55,4 % de niños menores de 5 años en situación regular e irregular cuentan con un seguro social y un mínimo porcentaje de 22,8% no acceden al sistema de salud. Según lo que refieren los padres o apoderados es por desconocimiento de la existencia de este tipo de seguro gratuito por parte del Estado, o porque no han requerido ser atendidos por alguna institución o centro de salud en Tumbes (31,7%).

En el caso de los niños entre 6 y 17 (59,4%) no cuentan con un sistema integral de salud por superar el límite de edad y no contar con carnet de extranjería documento óptimo para acceder a este beneficio conforme al artículo 76° de la Ley 29344, Ley Marco de aseguramiento universal. Un 31,7% de los menores con este rango de edad han requerido de una atención médica por lo que han tenido que efectuar pagos para hacer atendidos, existiendo un mínimo porcentaje del 6,9% entre niños y adolescentes que presentan enfermedades respiratorias crónicas. Los datos evidencian en el cuadro 5.

Resulta incompatible el derecho a la salud con el principio de universalidad que estipula este marco legal. Dado a las restricciones para que los inmigrantes en este caso los niños y adolescentes entre 6 y 17 años puedan acceder de forma incondicionada a los servicios de atención médica.

Por las condiciones que se vinculan a la situación administrativa, a la capacidad económica o a la contribución social que presentan sus progenitores, dato relevante y compartido por Dalli (2017).

La discriminación es uno de los determinantes que afectan la salud, así lo menciona Almirón (2015) y la población encuestada no escapa de la realidad (67,3%) que enfrentan cada día ya sea por su condición migratoria y nacionalidad. El trato diferenciado hacia esta población genera la vulneración del derecho de escoger y disfrutar su lugar de residencia, así como lo plantea el artículo 13 de La Ley de Derechos Humanos. Es óptimo la implementación de políticas en contra de este acto. Dado que todos tenemos derecho al trato igualitario ante la ley y ser salvaguardados por diversos motivos siendo un ejemplo la nacionalidad.

Esto permitió determinar la influencia del factor social en el derecho de la salud de estos menores porque al no contar con la documentación necesaria y sobrepasar la edad permitida para acceder a un sistema integral de salud. Puede que le resulte irrelevante tener o no un seguro social, pero por ser grupo vulnerable y extranjeros no puede evidenciarse diferencias generando discriminación en este grupo. Todos tenemos derecho de gozar de un alto nivel de salud (DUDH, 1948) no solo cuando se presente enfermedades preexistentes si no mantener a salvo la vida de cada uno de estos menores. Esto genera deficiencias a las medidas que el Estado ha implementado en el sistema de salud opinión compartida por Osorio (2019) y Murphy et al, (2020), se está infringiendo con lo estipulado en la convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de los niños, de mayor significancia el derecho a la salud. Asimismo, de establecer que uno de los recursos esenciales como es el agua potable está al alcance de la población. No se evidencia que el Estado brinde una protección especial, adaptada y reforzada que garantice su crecimiento oportuno y desarrollo (CIDH, 2017).

Factor económico

Los datos evidencian que, un 63,7% de los inmigrantes cuentan con un *trabajo*, pero independiente (según las manifestaciones que expresaron los encuestados). Vale decir que, las dificultades acerca de acceder a un trabajo formal que les pueda generar ingresos para obtener una buena calidad de vida es alta.

Por consiguiente, esto demuestra la falta de oportunidades tanto en el ámbito social como económico (UNICEF-ACNUR-OIM,2017), así como las limitaciones que la propia sociedad impone esto se debe a la condición migratoria y nacionalidad como se precisa en el cuadro 5.

En vista que los trabajos generalmente son independientes y un 69,9% son trabajos temporales y según los datos el 74,3% genera ingresos mensuales inferiores a un salario mínimo mensual, ya que, dependen de la venta o el trabajo que realicen, con una jornada laboral entre 4 y 8 horas días y más de 12 horas, como su trabajo es informal no gozan de beneficios sociales por parte del Estado (ver cuadro 6). Se genera la certeza que a pesar de contar con un trabajo y tener un salario mínimo no pueden vivir en óptimas condiciones mucho menos poder ahorrar. Sustento que respalde alguna urgencia que presenten, dado que tienen que pagar el alquiler de la vivienda, servicios básicos, alimentación, servicios de salud para sí mismo y sus menores hijos que no tienen acceso al sistema de salud. Mayoría de ellos refieren que presentan malestar y cansancio por el agotador trabajo que realizan y se automedican, puesto que, el dinero no les alcanza para poder acudir al centro de atención y comprar medicamentos.

Los resultados obtenidos de los 101 (ciento un) encuestados que brindaron información relevante para esta investigación permitió determinar la influencia de estos factores (Espinoza & Ore, 2017), en el derecho de la salud de este grupo vulnerable formado por niños y adolescentes inmigrantes (Guzmán & Caballero, 2012). Dado que, al no contar con autonomía tienen una posición de desventaja para poder hacer efectivos sus derechos fundamentales (Viviano, 2018). Asimismo, los inmigrantes dependen de una economía informal como lo refiere, Luque (2020) y ante las dificultades que presentan al pretender permanecer en un país distinto al suyo les genera una precariedad económica, Berganza & Solórzano (2019). El análisis de lo descrito anteriormente y dato compartido por Wiese (2019) que tanto el aspecto social y económico influyen en el goce de los derechos fundamentales como alimentación, vivienda, salud, acceso a un trabajo adecuado.

4.3.2. Elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho a la salud

En la investigación se logró encuestar a 101 (ciento un) familias venezolanas. Cuyos resultados serán discutidos tomando en cuenta la Observación general N° 14 elaborado por el Comité DESC del PIDES, acerca del derecho de la salud procurando que los Estados cumplan y mantenga a salvo el derecho a la vida de toda su población.

El análisis de la primera dimensión la constituye **la disponibilidad** es una de las características imprescindibles del servicio de la salud y esta conformada por seis (6) indicadores con percepciones neutrales:

Primer indicador a los *Institutos de atención médica* el promedio obtenido fue $0,19 \pm 0,956$, el siguiente indicador *infraestructura adecuada* ($0,23 \pm 1,13$), *profesionales médicos especialista* ($0,46 \pm 0,855$), *profesionales en enfermería especializados* ($0,34 \pm 1,070$), *suficientes profesionales de salud en relación al número de pacientes* ($-0,16 \pm 1,017$), así como también *equipamiento de salud suficientes para la ejecución de las actividades* ($0,12 \pm 1,061$). El resultado evidencia el desconocimiento o poco interés de esta población en determinar la disponibilidad de los establecimientos, bienes y servicios de atención médica. por lo que decidieron no estar de acuerdo ni en desacuerdo.

Análisis de la segunda dimensión **accesibilidad** integrada por 3 indicadores: frente a este primer indicador (ver cuadro 8) el promedio $0,09 \pm 1,096$, señala que los migrantes no tienen mucho conocimiento de actos discriminatorios que hayan percibido por algún profesional de la salud, o simplemente deciden no opinar al respecto.

Continuando con el segundo indicador *condición económica*, los datos evidencian una respuesta positiva ($0,66 \pm 0,778$). El 76,2% de los encuestados expresó estar “en acuerdo” en cuanto al seguro social de salud (sistema integral de salud), está al alcance de su economía “*solo para acceder y recibir una atención médica*”.

En el indicador *lejanía o limitación geográfica* para acceder a los hospitales o postas de salud, se obtuvo el promedio $0,04 \pm 1,028$. Indica el poco interés en determinar si la Lejanía geográfica es una limitación a los servicios de salud pública, por lo que prefirieron no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Análisis de la tercera dimensión **aceptabilidad**, se desarrolla en tres ítems:

El primero es aceptación de los niños y adolescentes inmigrantes al sistema integral de salud se obtiene un promedio de $-0,71 \pm 0,841$. Se evidencia una categoría de respuesta negativa, así como también en la permanencia de los niños y adolescentes inmigrantes al sistema integral de salud. Las muestras de resultados denotan que un 47,5% de los menores de 5 años o contar con alguna calidad migratoria otorgándole su carnet de extranjería” son aceptados al seguro social y 41,6 % “en desacuerdo” al no serlos. Por eso, su permanencia al seguro social, es inestable por lo que su promedio fue $-0,81 \pm 1,083$, mostrando una posición negativa “en desacuerdo” (84,2%).

En el tercer indicador (ver tabla 9). Se obtuvo un promedio de $0,40 \pm 1,087$. El resultado indica una insignificancia en precisar la calidad de atención que se brinda en los centros de salud es adecuada, lo que indica una percepción neutral, es decir que no opinaron o no dijeron nada.

Como cuarta y última dimensión **calidad** tenemos los siguientes indicadores:

El indicador *tiempo de atención médica*, demuestran un promedio $0,88 \pm 0,605$, obteniendo una percepción positiva del 82,2% “de acuerdo”. Significado de certeza que el tiempo que se brinda es prudente y aceptable para determinar el estado de salud de cada paciente que se atiende en estas instituciones de salud pública.

El promedio de este *segundo indicador* $-0,04 \pm 1,122$ (ver cuadro 9). Esto evidencia que existe poca claridad sobre la accesibilidad de medicamentos que brindan los hospitales o postas de atención médica dado que no cuentan con un seguro social lo que genera poca concurrencia a estos centros de salud.

Las condiciones sanitarias de los hospitales o postas médicas ($0,04 \pm 1,113$) es el tercer indicador, las estadísticas de muestran una percepción neutral. No obteniendo respuestas positivas ni negativas sobre las condiciones sanitarias de estos centros de atención de salud pública.

En base a la Observación general N° 14 de la comisión DESC, el derecho de la salud comprende una serie de criterios fundamentales que desprenden desde el derecho a los servicios de salud hasta el derecho que los determinantes sociales no impidan su goce.

En razón a los servicios sociales, estos deben la implementación de establecimientos médicos (disponibles), cómo es factible que las personas con escasos recursos o grupos vulnerables en base al principio de equidad puedan acceder a los servicios de salud (accesibilidad), cómo es posible incitar y reforzar la salud intercultural en nuestro país (aceptabilidad) y cómo asegurar que los servicios de atención medica se brinden en condiciones apropiadas, oportunas y con mucho profesionalismo (calidad).

Ante los resultados de estas cuatro dimensiones: 1.- dimensión (0.08) 2.- (0.23), 3.- (-0.13) y 4.- (0. 29) se ha obtenido percepciones neutrales por parte de los inmigrantes que decidieron participar en esta investigación. Lo cual no se puede determinar las condiciones adecuadas, de acceso, calidad, protección y oportunidad a estos servicios de salud.

4.3.3. Relación entre la influencia de los factores socioeconómicos en el derecho a la salud sobre los elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho a la salud

Los resultados generales de las correlaciones realizadas entre las dimensiones de la primera y segunda variable existen 10 asociaciones significativas (ver cuadro 11) entre las escalas ($p \leq 0.05$), del total 23 indicadores.

La dimensión factor social resalta seis (6) asociaciones negativas significativas: *Servicios básicos* ($p: 0.003$), *hijos entre 6 y 17 años* ($p: 0,025$), *situación migratoria de los hijos 6 y 17* ($p: 0,006$), *seguro social para niños entre 6 y 17 años* ($p: 0,002$), *atención médica en niños entre 6 y 7 años de edad* ($p: 0,003$), *enfermedad crónica en niños entre 6 y 17 años* ($p: 0,005$) y una (1) asociación positiva significativa: *hijos menores de 5 años* ($p: 0,029$).

Estas asociaciones ponen en evidencia:

Primero que, a mayores servicios básicos que se brinde a la población va disminuyendo la aceptación del trato desigual y se va a generar una mejoría en su calidad de vida y goce de un buen estado de salud. De igual forma sucede con los hijos menores de 5 años mientras aumente la población migrante va aumentar su accesibilidad al Estado peruano.

La que, la significancia resultó ser menor a 0,05, por lo que se rechazó la H_0 y se admite asociación entre ambas dimensiones aceptándose la H_1

Segundo, su relación recae en los hijos entre 6 y 17 años, porque a mayores años, hay ausencia de un seguro social y enfermedades preexistentes, por lo que necesitaran menor atención médica. Lo mismo sucede al incrementarse el flujo migratorio entre familias con hijos en ese rango de edades su situación migratoria disminuirá su accesibilidad al Territorio peruano.

Esto se presenta como una relación negativa e inversa. En este caso existen argumentos estadísticos para rechazar la hipótesis nula por ausencia de asociaciones significativas y se acepta la hipótesis alterna (H_1) en relación al resultado ≤ 0.05 .

En cuanto a los resultados de asociación en el factor económico. Al incrementarse el *tipo de trabajo* mayor será su *accesibilidad* y *aceptabilidad* a los *beneficios sociales*. Por tanto, se genera el aumento de *disponibilidad* y *accesibilidad* a un *salario mínimo mensual* permitiendo gozar de una economía y buen estado de salud del grupo familiar. De tal manera que, se acepta la hipótesis alternativa por su asociación significativa ≤ 0.05 . Negando la hipótesis nula por ausencia de relación ≥ 0.05 .

El cruce entre dimensiones de la segunda variable presenta una correlación significativa entre sus tres (3) dimensiones. En ese sentido se evidenció una relación significativa con D2. Accesibilidad ($r: 0,633$; $p\text{-valor } 0,000 \leq 0,0.5$), D3 Aceptabilidad ($r: 0,353$; $p\text{-valor } 0,000 \leq 0,0.5$) y D4. Calidad ($r: 0,480$; $0,000 \leq 0,0.5$). De lo anterior se desprende que a medida que se percibe el cumplimiento de estos elementos también se registra incremento de percepciones sobre estos mismos.

El contraste entre los otros indicadores y dimensiones no arrojó asociación significativa ($p\text{-valor } \geq 0,05$). Y se aceptó la hipótesis nula (H_0) por la inexistencia de relaciones significativas.

Los resultados obtenidos en la presente investigación, representa un nuevo paradigma, obtenido luego de analizar la relación significativa entre sus dos variables, teniendo como resultado una nueva postura en cuanto a los aspectos sociales y económicos de la población inmigrante, al encontrar que gozan de los

servicios básicos adecuados (agua potable, desagüe y electricidad) garantizando el bienestar del grupo familiar, asimismo, los hijos menores de 17 años cuentan con un buen estado de salud, que a mayores años (6 y 17) hay ausencia de un seguro social y requiere menor accesibilidad a los centros de atención médica así como su situación migratoria a mayor limitación se reducirá la accesibilidad al Territorio peruano. *Tomando como punto de referencia la D.L 1350-Ley de Migraciones que, los menores de edad pueden ingresar al territorio peruano en base al principio de reunificación familiar siempre que uno de sus progenitores o apoderado se encuentre en situación regular, siendo esto un gran problema para regularizar sus documentos y trámites administrativos.* No permitiendo el desarrollo de estos extranjeros es en país de acogida (Moreno & Muñoz (2018). El grupo familiar cuenta con un tipo de trabajo informal (ayudante, cocinero, estilista, comerciante) que mayor accesibilidad y disponibilidad de un trabajo pueden contar con beneficios sociales y buen salario mensual. Contribuyendo a una mejora en su calidad de vida y hacer efectivo sus derechos fundamentales como el derecho a la salud, vivienda digna, alimentación.

Una postura similar a la investigación de Wiese (2017) donde indica que los factores socioeconómicos influyen en el goce y disfrute de los derechos fundamentales de los inmigrantes. Vale decir que, los inmigrantes presentan dificultades al momento de arribar el territorio peruano (Cabieses, Bernal, & McIntyre, 2017), pero poco a poco van estabilizándose social y económicamente con ayuda de grandes organizaciones no gubernamental que contribuyen parcialmente con la crisis humanitaria en los grupos vulnerables siendo estos niños y adolescentes, mujeres embarazadas y ancianos. Generándose una aceptación por parte de la sociedad peruana con esta población.

V. CONCLUSIONES

Luego de realizar el análisis descriptivo como inferencial en la presente investigación, llegamos a las siguientes conclusiones:

1. La influencia de los factores socioeconómicos restringen el derecho de la salud de los niños y adolescentes inmigrantes en Tumbes, por encontrarse en posición de desventaja por su edad y situación migratoria. En cuanto a los elementos del derecho a la salud permite que toda la población pueda acceder de forma oportuna a los servicios de salud garantizando su estado físico y mental.
2. Se pudo determinar que la influencia de los factores socioeconómicos es muy significativa en el derecho de la salud de los niños y adolescentes dado que genera restricciones a los menores de edad para acceder a un sistema integral de salud por su condición de inmigrante, vulnerando el derecho de un desarrollo y crecimiento adecuado.
3. A través de las percepciones de la población inmigrante se logró determinar los elementos para la efectividad del derecho a la salud, como la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, sin embargo, hay desconocimiento o desinterés sobre estos elementos que impiden determinar algún grado de complejidad para que esta población tenga un acceso oportuno y reciba las mejores condiciones de atención garantizando el estado de salud de los niños y adolescentes.
4. Para finalizar se orientó a dar respuesta que, si existe una relación entre los factores socioeconómicos y elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho a la salud a partir de la estadística inferencial de Rho de Spearman evidenciándose correlaciones significativas directas y correlaciones inversas negativas.

5. El resultado de la correlación directa está influido con la dimensión factor económico y social y la dimensión disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad. Lo mismo sucede con la correlación inversa negativa, con las dimensiones de accesibilidad y aceptabilidad.

6. Los resultados entre dimensiones de los elementos esenciales del derecho para el ejercicio efectivo del derecho a la salud, están relacionados directamente, que a medida que se percibe el cumplimiento de estos elementos esenciales del derecho a la salud también se registra incremento de percepciones sobre estos mismos

VI. RECOMENDACIONES

1. Se implemente medidas o políticas que incorporen a la población inmigrante a las instituciones de salud pública sin ningún trato diferenciado en edades en cuanto a los niños y adolescentes como garantía de sus derechos fundamentales especialmente el derecho a la salud. Asimismo, se contribuya a gran medida con los trámites administrativo para que ese trato de diferencia no siga generando una desprotección social y el derecho a la vida de esta población no se exponga a posibles peligros.
2. Que la población inmigrante sea incluida en las estrategias de protección familiar como cualquier peruano en situación de irregularidad. Del mismo modo al Ministerio del Interior a través de Relaciones Exteriores acelere el procedimiento administrativo en cuanto a las solicitudes de refugio para garantizarle su permanencia en el Estado peruano y protección internacional.
3. Al Ministerio de salud le corresponde la accesibilidad de los servicios de salud por ende se hace necesario la permanencia del profesional capacitado en el ámbito de los servicios de salud pública y se resuelva la calidad de atención de la población que se asiste en la prevención y rehabilitación de la salud.
4. Al gobierno regional la supervisión y mantenimiento de la infraestructura del centro de salud al igual que su implementación con equipos necesarios para mejoras en el estado de salud de la población tanto en salud pública y atención asistencial frente a desastres.
5. Se recomienda a comunidad jurídica y en general ampliar la investigación sobre los derechos sociales de los inmigrantes, toda vez que se ha tomado de referencia el derecho a la salud, existiendo otros componentes que contribuyen con el desarrollo y permanencia de los extranjeros en el Estado peruano.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Agencia de las Naciones Unidas para refugiados: ACNUR. (s.f.). Ayuda humanitaria, la única forma de sobrevivir para millones de personas. Obtenido de <https://eacnur.org/es/actualidad/noticias/eventos/ayuda-humanitaria-la-unica-forma-de-sobrevivir-para-millones-de-personas>.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas de los Derechos Humanos. (2006). [Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo]. Obtenido de <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf>.
- Barrantes, J. (2017). Protección jurídica de los derechos humanos de los niños migrantes en Centroamérica: menores no acompañados y separados” [Tesis de Licenciatura, Universidad de Costa Rica] Obtenido de <https://ijj.ucr.ac.cr/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/2017/09/Tesis-Final-Jacqueline-BM.pdf>.
- Berganza, I., & Solórzano, X. (2019). Límites y retos del Estado. Procesos de integración de la comunidad venezolana en Perú [en línea] (Primera ed.). (A. Joel, Ed.) Lima: Universidad Antonio Ruiz de Montoya, Jesuitas : Lutheran World Relief: Asociación Encuentros - Servicio Jesuita para la Solidaridad. Obtenido de <http://repositorio.uarm.edu.pe/handle/UNIARM/2058>.
- Cabieses, B., Bernales, M., & McIntyre, A. (2017). La Migración como Determinante Social de la Salud: Evidencia y propuestas para políticas públicas [Universidad del Desarrollo]. 978-956-374-001-1. Chile. Obtenido de <https://saludinmigrantes.cl/wp-content/uploads/2020/06/La-migracion-internacional-como-determinante-social-de-la-salud-en-Chile-Evidencia-y-propuestas-para-políticas-públicas.pdf>.
- Cabieses, B., Gálvez, P., & Ajraz, N. (2018). Migración internacional y salud: La contribución de las teorías sociales de la migración a las decisiones de salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35(2), 285-291. doi:10.17843/rpmesp.2018.352.3102

Chase, M. (20 de noviembre de 2017). eHow En español. Obtenido de https://www.ehowenespanol.com/definicion-factores-socioeconomicos-sobre_36174/.

Código de Los Niños y adolescentes [Código]. (2000) Jurista editores. Ed 2019.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH]. (2017). Hacia la garantía efectiva de los derechos de los niños, niñas y adolescentes: Sistemas Nacionales de Protección. Recuperado el 28 de Setiembre de 2020, de <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/nna-garantiaderechos.pdf>.

Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.[CDESC]. (2000). Observación General N° 14 "El disfrute de más alto posible del derecho a la salud [artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales]. Obtenido <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>.

Constitución Política del Perú [Const]. (1993). Artículo 2 [Título II]. Edición 2013

Corte Interamericana de los Derecho Humanos [CIDH]. (2014). Opinión Consultiva OC-21/14 [Derechos y Garantías de Niñas y Niños en el Contexto de la Migración y/ o en Necesidades de Protección Internacional]. Obtenido de https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/resumen_seriea_21_esp.pdf.

Cortés, M., & Iglesias, M. (2004). Generalidades de la Metodología de la Investigación [Universidad Autónoma del Carmen] (primera ed.). (Polkey, Ed.) Carmen, Capeche, México. Obtenido de <http://up-rid2.up.ac.pa:8080/xmlui/handle/123456789/1750>.

Dalli, M. (2017). La titularidad universal del derecho a la salud: algunos límites en su implementación [Tesis Doctoral, Universidad de Valencia]. Obtenido de <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/58400/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Espinoza, A., & Ore, E. (2017). Principales factores socio- económicos que influyen en la calidad de vida de los jóvenes venezolanos inmigrantes de 18 – 25 años de la Organización No Gubernamental Unión Venezolana en la ciudad de Lima – Perú, 2017[Tesis de Licenciatura, en la Universidad Nacional de

- San Agustín]. Obtenido de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5084>.
- Fideas, A. (1999). Proyecto de Investigación: Guía para su colaboración (3era ed.). Caracas, Venezuela: Episteme. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5156978.pdf>.
- Figueroa, J., Cjuno, J., Ipanaqué, J., Ipanaqué, M., & Alvarado, T. (2019). Calidad de vida de migrantes venezolanos en dos ciudades del norte del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 3(36), 383-391. doi:10.17843/rpmesp.2019.363.4517.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2006). Convención sobre los Derechos de los Niños [Comité Español]. Obtenido de <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>.
- Garcés, H. (2000). Investigación Científica (1era ed.). Quito, Ecuador: Abya-Yala. Obtenido de https://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1356&context=abya_yala.
- Giménez. (2003). ¿Qué es la migración. Problema y oportunidad? ¿Cómo lograr la integración de los inmigrantes?. Multiculturalismo o interculturalismo?
- Grubessich, A., & Sepúlvera, M. (2020). Derecho a la salud para los inmigrantes en Chile: normativa, estándares y problemas de acceso y atención [Tesis de Licenciatura, Universidad de Chile]. Repositorio Institucional, Chile. Obtenido de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/174822/Derecho-a-la-salud-para-los-inmigrantes-en-Chile-normativa-estandares-y-problemas-de-acceso.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Hernández, A., Vargas, R., Rojas, C., & Bendezu, G. (2019). Factores asociados a la no utilización de servicios de salud en inmigrantes venezolanos en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 4(36), 583-91. doi: 10.17843/rpmesp.2019.360.4654
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M., Fernández, S., & Mendoza, C. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta ed.). McGraw-Hill.

- Human Rights Watch. (2016). ¿Crisis Humanitaria en Venezuela? *Ciencia Ontologica* [en línea], 13(2), 73-74. Recuperado el 6 de octubre de 2020, de <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=205250421001>.
- Jwigosdki. (2010). Metodología de la Investigación-Población y muestra [Entrada en Blog]. Obtenido de <http://metodologiaeninvestigacion.blogspot.com/2010/07/poblacion-y-muestra.html>.
- Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud [Ley No 29344]. (2010). Sistema de identificación de asegurados [art.76]. Obtenido de https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/274328/245511_DS008-2010-SA.pdf20190110-18386-o1lddt.pdf.
- Luque, R. (31 de Marzo de 2020). Wuayka [Vulnerables en emergencia]. Obtenido de <https://wayka.pe/cerca-del-80-de-migrantes-venezolanos-no-cuenta-con-dinero-para-alimentarse/>.
- Molhona, N. (2004). *Investigación de Mercados: Un enfoque aplicado* (Cuarta ed.). (Quintanar, Ed.) México: Pearson Educación. Obtenido de 2020, <https://books.google.com.pe/books>.
- Moreno, D., & Muñoz, T. (2018). *Fundamentos del derecho Internacional sobre la Legalidad de Ciudadanos Venezolanos en el Departamento de Junin 2016-2017* [Tesis de Licenciatura, Universidad Peruana de los Andes]. Obtenido de http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/440/T037_70305978_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Morón B, A. (2016). ¿Crisis Humanitaria de Venezuela? *Ciencia Odontológica* [en línea], 13(2), 73-74. Recuperado el 10 de Setiembre de 2020, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=205250421001>.
- Murphy, L., Broad, J., Hopkinshaw, B., Boutros, S., Russell, N., Firth, A., . . . Steele, A. (2020). Acceso a la atención médica para los niños y las familias en movimiento y los migrantes. *BMJ Paediatrics Open*, 4(000588), 1-8. doi:10.1136/bmjpo-2019-000588.
- Obero, P., Sotomayor, J., Pace, P., Weekers, J., & Tsegaye, y. (2013). *Migración Internacional, salud y derechos humanos*. (O. d. Internacional, Ed.) Obtenido

de

https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHR_Publication_sp.pdf.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas. (Junio de 2008). Derecho de la Salud [Folleto Informativo N°31]. Ginebra. Obtenido de <https://www.refworld.org/es/docid/5289d2de4.html>.

Organización Internacional para las Migraciones.[OIM] (2006). Glosario Sobre Migración (Vol. N° 7). (Perruchoud, Ed.) Ginebra, Suiza. Obtenido de <https://www.corteidh.or.cr/sitios/Observaciones/11/Anexo4.pdf>.

Organización Internacional para los Migrantes[OIM]. (2015). Informe sobre la Situación sobre los migrantes extranjeros en el Perú y su acceso a los servicios sociales, servicios de salud y educación. Obtenido de https://peru.iom.int/sites/default/files/Documentos/03112016Informe-FinalExtranjerosPERU_OIM.pdf.

Organización Mundial de la salud [OMS]. (2002). Estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescentes. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79602/seb1117.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Ortega, V. E. (2017). para niñas, niños y adolescentes migrantes y obligaciones del Estado frente a ellos en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos [UNAM, I.INV.J,CNDH]. Obtenido de <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/CESIDH-Estandares-Ninez-Migrante.pdf>.

Osorio, A. (2019). Vulneración de los Derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes en el proceso migratorio acentuado en la ciudad de Barranquilla [Tesis de Licenciatura, Universidad de la Costa, Colombia]. Obtenido de <https://repositorio.cuc.edu.co/handle/11323/5353>.

Pacto Internacional de los Derechos Economicos Sociales y Culturales. (1996). [Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966].

- Obtenido de https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf.
- Significados.com (2017). ¿Qué es un Inmigrante? Obtenido de <https://www.significados.com/inmigrante/>.
- Viviano, T. (2018). Los niños, niñas y adolescentes: población vulnerable al maltrato y al abuso [Observatorio Nacional de la Violencia Contra la Mujeres y los integrantes del Grupo Familiar.] Obtenido <https://observatoriovioencia.pe/ninez-vulnerable-al-maltrato/>
- Wallace, S., & Enriquez-Haass, V. (2001). Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad. [Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 10(1)] Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2001.v10n1/18-28/es>.
- Wiese, L. (2019). Factores socioeconómicos que influyen en la calidad de vida de inmigrantes venezolanos en una Institución Migratoria, Lima, 2018 [Tesis de Posgrado, Universidad César Vallejo]. Obtenido de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/31392/Wiese_GLG.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1. INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIA POLITICA

ESCUELA DE DERECHO

CUESTIONARIO



Estimado (a) participante:

El presente cuestionario tiene como finalidad identificar los factores socioeconómicos y los elementos esenciales del derecho a la salud en niños y adolescentes inmigrantes, en el país de acogida. Por favor le solicitamos responder todos los Ítem. Su respuesta será tratada de manera reservada y anónima. Le agradecemos por su colaboración.

Bach. Ana Lucia More Davis.

PARTE I: ASPECTOS SOCIOACADÉMICOS: Complete los datos según corresponda:

Fecha: _____

Nombre:			
Edad:		Sexo:	
Documento de identidad personal		Estado Civil:	
Correo electrónico:			
N° de Celular:			
Grado de instrucción:			
Lugar de procedencia:			
Dirección domiciliaria:			

Año 2016 Año 2017 Año 2018 Año 2019 Año 2020

11. ¿Su menor hijo de 5 años cuenta con un seguro social?

Sí No

12. ¿Si tiene hijos entre 6 y 17 años cuenta con un seguro social?

Sí No

13. ¿Su menor hijo de 5 años han requerido de atención médica en alguna institución social de salud en Tumbes?

Sí No

14. ¿Si tiene hijos entre 6 y 17 años han requerido de atención médica en alguna institución social de salud en Tumbes?

Sí No

15. ¿Su menor hijo de 5 años presenta alguna enfermedad crónica?

Sí No

16. ¿Su hijo entre 6 y 17 años presenta alguna enfermedad crónica?

Sí No

17. ¿Ha recibido algún acto de discriminación en Tumbes?

Sí No

Factor Económico

18. ¿Cuenta con algún trabajo actualmente?

Sí No

19. ¿Este trabajo es?

Temporal Permanente

20. ¿Qué tipo de trabajo tiene?

Vendedor Pescador Ayudante Agricultor
 Comerciante Estilista Cocinero Carpintería
 Profesor Chofer Albañilería Otros

21. ¿Tiempo de jornada laboral actualmente?

Entre 4 a 8 horas Entre 9 a 10 horas Más de 12 horas

22. ¿Con qué beneficios sociales cuenta actualmente?

Seguro de salud Bonificación No cuenta con beneficios Otros

23. ¿Cuál es su salario mínimo actualmente?

Menos de un salario mínimo Un salario mínimo Más de un salario mínimo
 Sin ningún salario mínimo.

24. ¿Cuenta con ahorro?

Sí No

Parte III: Elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho de salud de niños y adolescentes inmigrantes en tumbes 2020.

Instrucciones: seleccione la categoría de respuesta según lo que considera válido, colocando con una " X" en la casilla correspondiente. Frecuencia: -2 totalmente en desacuerdo; -1 En desacuerdo; 0 Neutral; 1 de acuerdo; 2 Totalmente de acuerdo.

N°	ITEMS	-2	-1	0	1	2
1	Tumbes, cuenta con institutos de atención médica para atender a su población y garantizar su estado de salud					
2	La infraestructura de los hospitales o postas de atención médica de Tumbes, son adecuadas para atender a su población.					
3	Los hospitales o postas de atención médica cuenta con médicos especialistas para que su menor hijo pueda acceder al seguro social					
4	Los hospitales y postas de atención médica de Tumbes, cuenta con enfermeras especialistas para brindar una mejor atención a su población					
5	En los hospitales o postas de atención de Tumbes, cuenta con el equipamientos de salud suficiente para la ejecución de las actividades del día a día					
6	En los hospitales o postas de atención médica de Tumbes, cuenta con suficientes profesionales de la salud para el gran número de pacientes que se atiende día a día					
7	En los hospitales o postas de atención médica de Tumbes no se genera ningún acto de discriminación en los niños y adolescentes inmigrantes					
8	El sistema de atención sanitaria en el hospital o postas de atención médica de Tumbes, está al alcance de la condición economía de toda su población					
9	Los hospitales o postas de atención médica de Tumbes no limitan geográficamente a su población para acceder al seguro social					

10	En el sistema integral de salud se acepta a los niños y adolescentes inmigrantes para garantizar su estado de salud					
11	La permanencia de los niños y adolescentes inmigrantes al sistema integral de salud en Tumbes es garantizada					
12	La atención que se brinda en los hospitales o postas médicas de Tumbes son adecuadas garantizando el estado de salud de toda su población					
13	El tiempo de atención médica en los Hospitales o posta de atención médica de Tumbes, permite a su menor hijo obtener algún diagnostico que mejore su estado de salud.					
14	Los medicamentos que brindan los hospitales o postas médicas en Tumbes, son accesibles y científicamente aprobados.					
15	Las condiciones sanitarias de los hospitales o postas de atención médica de Tumbes son adecuadas permitiendo un mejor servicio para su población.					

Anexo 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Factores socioeconómicos y elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho de salud en niños y adolescentes inmigrantes Tumbes 2020.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	HIPOTESIS GENERAL	OBJETIVO GENERAL	VARIABLES	MARCO TEORICO (ESQUEMA)	METODOS
¿Cómo influyen los factores socioeconómicos en el derecho a la salud y cuáles son los elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho de salud en niños y adolescentes inmigrantes, Tumbes 2020?	Los factores socioeconómicos influyen a gran escala en el derecho a la salud y los elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho a la salud en niños y adolescentes inmigrantes Tumbes 2020, son la disponibilidad, accesibilidad, adaptación y calidad de atención.	Analizar la influencia de los factores socioeconómicos en el derecho a la salud y sus elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho de salud en niños y adolescentes inmigrantes, Tumbes 2020	V1. Factores socioeconómicos en el derecho a la salud. V2. Elementos esenciales para el ejercicio efectivos del derecho de salud en niños y adolescentes inmigrantes, Tumbes 2020.	Bases teóricas elementos esenciales para el ejercicio efectivo del Derecho a la salud. - Antecedentes Internacionales y nacionales - Definición de términos básicos	Enfoque: Cuantitativo Método: Hipotético -Deductivo Diseño: No experimental Tipo de investigación: Descriptivo -Explicativo
PROBLEMA ESPECIFICO	HIPOTESIS ESPECIFICA	OBJETIVOS ESPECIFICOS	POBLACIÓN	MUESTRA Y MUESTREO	
P.E. 1. Cómo influyen los factores socioeconómicos sobre el derecho a la salud en niños y adolescentes inmigrantes, Tumbes 2020?	H.E. 1: Los factores socioeconómicos influyen a gran escala en el derecho a la salud en los niños y adolescentes inmigrantes, Tumbes 2020	1.- Determinar la influencia de los factores socioeconómicos sobre el derecho a la salud en niños y adolescentes inmigrantes, Tumbes 2020.	La totalidad de inmigrantes venezolanos en Tumbes	El muestreo es no probabilístico y no se hará muestra porque la población es manejable.	

Fuente: La autora

Continua

PROBLEMA ESPECIFICO	HIPOTESIS ESPECIFICA	OBJETIVOS ESPECIFICOS	
<p>P.E. 2. Cuáles son los elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho de salud en niños y adolescentes inmigrantes, Tumbes 2020?</p>	<p>H.E. 2: Los elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho de salud en niños y adolescentes inmigrantes Tumbes 2020, son la disponibilidad, accesibilidad, adaptación y calidad de atención en los centros médicos.</p>	<p>2.- Determinar los elementos esenciales para el ejercicio efectivos del derecho de salud en niños y adolescentes inmigrantes, Tumbes 2020</p>	<p>Técnica: Encuesta/Observación</p> <p>Instrumento: Cuestionario/Ficha de registro</p> <p>Métodos de Análisis de Datos:</p> <p>Estadística Descriptiva</p> <p>Estadística inferencial: Correlación de Spearman</p>
<p>P.E. 3:Cuál es la relación entre la influencia de los factores socioeconómicos sobre el derecho a la salud y sus elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho de salud en niños y adolescentes inmigrantes, Tumbes 2020.</p>	<p>H.E. 3: Si existe relación entre la influencia de los factores socioeconómicos sobre los elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho a la salud en niños y adolescentes migrantes Tumbes 2020.</p>	<p>3.- Establecer la relación entre la influencia de los factores socioeconómicos sobre el derecho a la salud y los elementos esenciales para el ejercicio efectivo del derecho de salud en niños y adolescentes inmigrantes, Tumbes 2020.</p>	

Fuente: La autora

ANEXO 3.

ESTADISITICO DE FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO- PRUEBA PILOTO

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,619	15

Estadística total de elementos

ÍTEMS	Desviación estándar
1.	0,969
2.	0,755
3.	1,212
4.	1,252
5.	1,244
6.	1,232
7.	1,346
8.	0,719
9.	1,059
10.	0,810
11.	1,062
12.	1,287
13.	0,579
14.	1,226
15.	1,551

Fuente: La encuesta