

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS:

**CONTRIBUCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA, A TRAVÉS DEL
COLECTIVO CAJAMARCA RESPIRA, EN LA MEJORA DE LA SALUD Y**

GASTOS ECONÓMICOS DE LOS PACIENTES CON COVID-19

CAJAMARCA 2021

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: GERENCIA SOCIAL

Presentada por:

RUTH CRISTINA MANTILLA ASCONA

Asesor:

Dr. PEDRO NAPOLEÓN SÁNCHEZ LEGRAS

Cajamarca, Perú

2025



**Universidad
Nacional de
Cajamarca**
"Norte de la Universidad Peruana"




CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador:
Ruth Cristina Mantilla Ascona
DNI: 76008699
Escuela Profesional/Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias Sociales. Programa de Maestría en Ciencias, Mención: Gerencia Social.
2. Asesor(a): Dr. Pedro Napoleón Sánchez Legras.
3. Grado académico o título profesional
 Bachiller Título profesional Segunda especialidad
 Maestro Doctor
4. Tipo de Investigación:
 Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional
 Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:
Contribución de la Participación Ciudadana, a través del Colectivo Cajamarca Respira, en la Mejora de la Salud y Gastos Económicos de los Pacientes con COVID-19 Cajamarca 2021.
6. Fecha de evaluación: **19/02/2026**
7. Software antiplagio: TURNITIN URKUND (OURIGINAL) (*)
8. Porcentaje de Informe de Similitud: **23%**
9. Código Documento: **3117:558745664**
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
 APROBADO PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: **18/03/2026**

*Firma y/o Sello
Emisor Constancia*



Dr. Pedro Napoleón Sánchez Legras
DNI: 26634464

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

COPYRIGHT © 2025 by
RUTH CRISTINA MANTILLA ASCONA
Todos los derechos reservados



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD

ESCUELA DE POSGRADO

CAJAMARCA - PERU

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las ...^{9.00}... horas, del día 19 de Diciembre de dos mil veinticinco, reunidos en el Aula 1Q-205 de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por el **DR. JULIO CÉSAR ALCALDE GIOVE**, **DRA. DORIS TERESA CASTAÑEDA ABANTO**, **DR. VICTOR HUGO DELGADO CÉSPEDES** y en calidad de Asesor el **DR. PEDRO NAPOLEÓN SÁNCHEZ LEGRÁS**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestrías y Doctorados de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se inició la Sustentación de la TESIS titulada: **“CONTRIBUCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA, A TRAVÉS DEL COLECTIVO CAJAMARCA RESPIRA, EN LA MEJORA DE LA SALUD Y GASTOS ECONÓMICOS DE LOS PACIENTES CON COVID-19 CAJAMARCA 2021”**, presentada por la bachiller en Sociología **RUTH CRISTINA MANTILLA ASCONA**.

Realizada la exposición de la TESIS y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó ^{Aprobar} con la calificación de ... ^{Diecisiete (17)} ^{Excelente} la mencionada TESIS; en tal virtud, la bachiller en Sociología, **RUTH CRISTINA MANTILLA ASCONA**, se encuentra apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de **CIENCIAS SOCIALES**, con mención en **GERENCIA SOCIAL**.

Siendo las ...^{10.10}... horas del mismo día, se dio por concluido el acto.


.....
Dr. Pedro Napoleón Sánchez Legrás
Asesor


.....
Dr. Julio César Alcalde Giove
Jurado Evaluador


.....
Dra. Doris Teresa Castañeda Abanto
Jurado Evaluador


.....
Dr. Victor Hugo Delgado Céspedes
Jurado Evaluador

DEDICATORIA

A quien ha rescatado mi vida.

Aquel cuya fidelidad vence todo temor, porque su amor nunca se rinde conmigo.

Al ser más grandioso que ha pisado este planeta.

A la razón de mi existencia, a mi esperanza.

Jesús.

A ti mi compañero de todo el resto de mi vida, mi amado esposo, Jonatan.

AGRADECIMIENTO

A todos los voluntarios de la iglesia la Recoleta y Catedral, quienes durante la pandemia de forma discreta fueron clave en la distribución del oxígeno. En particular al joven Juan Carlos, que día con día me abrió las puertas de la sala de almacén del CCR para realizar la recopilación de los datos de todos los pacientes beneficiados. A todos los miembros de la JD del CCR quienes muy amablemente me permitieron conocer todo lo relacionado a la gestión de la planta de oxígeno. Al Dr. Pedro Sánchez Legrás por su constante apoyo como asesor en este proceso de investigación.

“Todo lo puedo en Cristo que me fortalece”

-Filipenses 4:13-

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE FIGURAS	xii
LISTA DE ABREVIATURAS	xiii
GLOSARIO	xiv
RESUMÉN EJECUTIVO	xvii
ABSTRACT	xviii
CAPÍTULO I	1
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.1.1. <i>Contextualización</i>	1
1.1.2. <i>Descripción del problema</i>	4
1.1.3. <i>Formulación del problema</i>	6
1.2. Justificación de la Investigación	6
1.2.1. <i>Justificación científica</i>	7
1.2.2. <i>Justificación técnica práctica</i>	7
1.3. Delimitación de la Investigación.....	8
1.3.1. <i>Delimitación temporal</i>	8
1.3.2. <i>Delimitación espacial</i>	8
1.3.3. <i>Delimitación social</i>	8
1.4. Objetivos.....	9
1.4.1. <i>Objetivo general</i>	9
1.4.2. <i>Objetivos específicos</i>	9
CAPÍTULO II	10
MARCO TEÓRICO	10
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	10
2.1.1. <i>A nivel internacional</i>	10
2.1.2. <i>A nivel nacional</i>	13
2.1.3. <i>A nivel local</i>	15

2.2. Bases Teóricas	16
2.2.1. <i>Teoría de la Democracia Participativa</i>	16
2.2.2. <i>La participación ciudadana en la salud y gastos económicos</i>	22
2.2.3. <i>Teorías sociológicas</i>	24
A. <i>De la acción Humana a la acción social de Max Weber</i>	24
B. <i>Teoría del Hecho Social de Emile Durkheim</i>	25
2.3. Marco Conceptual.....	26
2.3.1. <i>Participación ciudadana</i>	26
2.3.2. <i>Estrategia</i>	26
2.3.3. <i>Toma de Decisiones</i>	27
2.3.4. <i>Colectivo social</i>	27
2.3.5. <i>Salud</i>	27
2.3.6. <i>Bienestar Físico</i>	27
2.3.7. <i>Ausencia de Enfermedades</i>	28
2.3.8. <i>Gastos económicos</i>	28
2.3.9. <i>Consumo y Satisfacción de necesidades</i>	28
2.3.10. <i>Actores sociales</i>	28
2.3.11. <i>Estrategias de participación ciudadana</i>	28
2.3.12. <i>Toma de decisiones</i>	29
2.3.13. <i>COVID-19</i>	29
CAPÍTULO III	30
PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS Y VARIABLES	30
3.1. Hipótesis.....	30
3.1.1. <i>Hipótesis general</i>	30
3.1.2. <i>Hipótesis específicas</i>	30
3.2. Variables.....	30
3.3. Operacionalización de Variables	30
CAPÍTULO IV	32
MARCO METODOLÓGICO	32
4.1. Ubicación Geográfica.....	32
4.2. Diseño de Investigación	34
4.3. Métodos de la Investigación	35

4.4. Población, muestra, unidad de Análisis y unidad de Observación	36
4.4.1. <i>Población</i>	36
4.4.2. <i>Muestra</i>	36
4.4.3. <i>Unidad de análisis</i>	37
4.4.4. <i>Unidad de observación</i>	38
4.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	38
4.5.1. <i>Técnicas</i>	38
4.5.2. <i>Instrumentos</i>	39
4.6. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información	39
4.7. Matriz de Consistencia	40
CAPÍTULO V	41
ANÁLISIS DE RESULTADOS	41
5.1. Presentación de Resultados	41
CAPÍTULO IV	72
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	72
6.1. Discusión de Resultados	72
6.2. Verificación de la Hipótesis	76
CONCLUSIONES	79
SUGERENCIAS	81
REFERENCIAS	83
APÉNDICES	92
ANEXOS	102

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Miembros de la JD del CCR	37
Tabla 2: Pacientes contagiados	37
Tabla 3: Datos de los miembros de la Junta Directiva del CCR	53
Tabla 4: Impacto del CCR en la salud y gastos económicos (%)	76
Tabla 5: Proceso de entrevista aplicada a la JD del CCR	103

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Mapa de la Ubicación del Distrito de Cajamarca	33
Figura 2: Mapa de la ubicación de la iglesia “La Recoleta”	33
Figura 3: Mapa de la ubicación de la iglesia “La Catedral”	34
Figura 4: Distribución por sexo de pacientes atendidos por el oxígeno del CCR	41
Figura 5: Procedencia de los pacientes atendidos por el oxígeno del CCR	42
Figura 6: Distribución por edad de los pacientes atendidos por el oxígeno del CCR	43
Figura 7: Nivel educativo de los pacientes atendidos por el oxígeno del CCR	44
Figura 8: Ocupación de los pacientes atendidos por el oxígeno del CCR	45
Figura 9: Satisfacción de los pacientes con la atención con oxígeno del CCR	46
Figura 10: Pacientes contagiados con urgencia de oxígeno medicinal	47
Figura 11: Costo estimado del oxígeno si se hubiese comprado en empresa privada	48
Figura 12: Costo estimado del oxígeno en el CCR	50
Figura 13: Ahorro con la atención del oxígeno brindado por el CCR.....	51
Figura 14: Condición económica de los pacientes atendidos por el oxígeno del CCR.....	52
Figura 15: Alcancías para colectas	106
Figura 16: Alcancías para colectas con mensajes	106
Figura 17: Almacén de instrumentaría del oxígeno	107
Figura 18: Entrevista a P. Pedro, C Terán Malca.....	107
Figura 19: Entrevista a Humberto, R Ortiz Chávez.....	108
Figura 22: Entrevista a Víctor O, Cerna Álvarez	108
Figura 21: Entrevista a Lorena Sandoval Vigo	109
Figura 22: Entrevista a Hugo Novoa Reyna	109
Figura 23: Recetas médicas de pacientes contagiados con COVID-19.....	110
Figura 24: <i>Receta médica A de paciente contagiado con COVID-19</i>	111
Figura 25: <i>Receta médica B de paciente contagiado con COVID-19</i>	111

LISTA DE ABREVIATURAS

CCR: Colectivo Cajamarca Respira

COVID-19: Coronavirus - 2019

OMS: Organización Mundial de la Salud

DIRESA: Dirección Regional de Salud

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

S/.: Soles (moneda oficial del Perú)

SPSS: Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales

MINSA: Ministerio de Salud

ONG: Organización No Gubernamental

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

GLOSARIO

Acción Social (Weber):

Comportamiento humano cargado de sentido que se orienta en función de otros. Max Weber la clasifica en racional con arreglo a fines, racional con arreglo a valores, afectiva y tradicional. En este estudio, explica el accionar del CCR como una forma racional con sentido colectivo.

Actores Sociales:

Los actores sociales son personas o grupos organizados que participan activamente en los procesos sociales, impulsando cambios, defendiendo intereses o gestionando demandas colectivas. Se caracterizan por tener una identidad social propia, valores compartidos y recursos que les permiten intervenir en la sociedad. Pueden ser colectivos sociales, organizaciones, instituciones o individuos con influencia, y su acción puede orientarse tanto hacia el entorno como hacia su propia transformación.

Colectivo Social:

Agrupación de personas u organizaciones que se unen de manera voluntaria, sin fines de lucro, en torno a un objetivo común de interés público. En el caso de esta tesis, se refiere al Colectivo Cajamarca Respira, conformado por actores sociales de diversa índole para atender la emergencia por COVID-19.

Crisis Sanitaria:

Situación extraordinaria en la que el sistema de salud se ve superado por una demanda masiva de atención, como ocurrió durante la pandemia de COVID-19. La ausencia de capacidad estatal frente a esta crisis fue el contexto que dio origen a la intervención ciudadana del CCR.

Democracia Participativa:

Modelo político que promueve la intervención directa de la ciudadanía en la gestión pública, más allá de los mecanismos representativos tradicionales. En esta investigación, se expresa en la acción autónoma del colectivo para garantizar derechos básicos.

Gastos Económicos:

Egresos o salidas de dinero que realiza una persona o familia para satisfacer necesidades básicas. En esta tesis, hace referencia al costo que los pacientes o sus familias habrían tenido que asumir para acceder a oxígeno medicinal en el mercado privado.

Hecho Social (Durkheim):

Fenómeno colectivo que ejerce una fuerza coercitiva sobre el individuo, moldeando su comportamiento. La participación ciudadana organizada en Cajamarca durante la pandemia puede entenderse como un hecho social solidario que se impone como norma ante la inacción estatal.

Oxígeno Medicinal:

Gas esencial en el tratamiento de enfermedades respiratorias como la COVID-19. Es considerado un insumo médico crítico cuya administración adecuada puede significar la diferencia entre la vida y la muerte en pacientes con insuficiencia respiratoria.

Participación Ciudadana:

Proceso mediante el cual los ciudadanos, de manera individual o colectiva, intervienen activamente en la toma de decisiones, formulación de propuestas, ejecución de acciones y fiscalización de políticas que afectan el bienestar común. En esta investigación, se manifiesta a través del accionar del Colectivo Cajamarca Respira como forma de autogestión comunitaria frente a la crisis sanitaria.

Salud:

Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948). En el contexto de esta investigación, se evalúa desde la recuperación y el bienestar de los pacientes atendidos con oxígeno.

Solidaridad Social:

Valor ético y acción colectiva basada en la ayuda mutua y el compromiso con el bienestar del otro, especialmente en contextos de crisis. Se manifiesta cuando los ciudadanos actúan de manera altruista y coordinada para apoyar a quienes más lo necesitan.

RESUMEN EJECUTIVO

La investigación tuvo como objetivo describir la contribución de la participación ciudadana, a través del Colectivo Cajamarca Respira (CCR), en la mejora de la salud y la atenuación de los gastos económicos de pacientes con COVID-19 en Cajamarca, durante el año 2021, mediante la provisión comunitaria de oxígeno medicinal. La metodología usada fue de tipo descriptivo, con enfoque mixto. La evidencia cuantitativa se obtuvo mediante una encuesta aplicada a 144 pacientes beneficiarios; la evidencia cualitativa provino de entrevistas a 8 miembros del CCR. Los resultados cuantitativos evidenciaron alta criticidad de la demanda: 72% calificó la atención como “muy urgente” y 27% como “urgente”. Asimismo, 97.9% de los beneficiarios reportó que el oxígeno proporcionado por el CCR contribuyó a su recuperación; y los niveles de satisfacción fueron predominantemente altos (80.4% “muy satisfecho” y 18.9% “satisfecho”). En el plano económico, el costo referencial del oxígeno en el mercado privado registró un promedio aproximado de S/ 5,797 a más, mientras que el acceso mediante el CCR fue reportado como S/ 0; el 100% manifestó haber logrado algún nivel de ahorro. Los testimonios cualitativos describen la intervención del CCR como una respuesta solidaria, organizada y no lucrativa ante la escasez, reforzando la convergencia de hallazgos. Se concluye que, en términos descriptivos y según lo reportado por beneficiarios y actores del colectivo, la provisión de oxígeno medicinal del CCR contribuyó a mejorar la salud y a atenuar los gastos económicos asociados al acceso de oxígeno durante la pandemia en Cajamarca.

Palabras clave: Participación ciudadana, oxígeno medicinal, COVID-19, salud, gastos económicos.

ABSTRACT

The research aimed to describe the contribution of citizen participation, through the Cajamarca Respira Collective (CCR), to improving the health and mitigating the economic burden on COVID-19 patients in Cajamarca during 2021, through the community-based provision of medical oxygen. The methodology used was descriptive, with a mixed-methods approach. Quantitative evidence was obtained through a survey administered to 144 beneficiary patients; qualitative evidence came from interviews with 8 members of the CCR. The quantitative results showed a high level of urgency: 72% rated the care as “very urgent” and 27% as “urgent.” Furthermore, 97.9% of the beneficiaries reported that the oxygen provided by the CCR contributed to their recovery; and satisfaction levels were predominantly high (80.4% “very satisfied” and 18.9% “satisfied”). On the economic front, the average cost of oxygen in the private market was approximately S/ 5,797 or more, while access through the CCR was reported as S/ 0; 100% of respondents reported some level of savings. Qualitative testimonies describe the CCR's intervention as a supportive, organized, and non-profit response to the shortage, reinforcing the convergence of findings. It is concluded that, in descriptive terms and as reported by beneficiaries and members of the community, the provision of medical oxygen by the CCR contributed to improving health and mitigating the economic costs associated with oxygen access during the pandemic in Cajamarca.

Keywords: Citizen participation, medical oxygen, COVID-19, health, economic costs.

CAPÍTULO I

1.1. Planteamiento del Problema

1.1.1. Contextualización

La epidemia de la COVID-19 fue declarada por la OMS una emergencia de salud pública de preocupación internacional el 30 de enero de 2020 y para el 11 de marzo del mismo año se catalogó al COVID-19 como una pandemia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). En el Perú la pandemia se oficializó el 16 de marzo del 2020 con la declaración del Estado de Emergencia por 15 días el cual fue ampliándose hasta por más de dos años (Panduro, 2021). Este acontecimiento transformó drásticamente la vida cotidiana en todo el mundo y del Perú, las medidas de prevención y contención sanitaria para evitar los contagios como el: encierro obligatorio, cierre de fronteras, distanciamiento social, uso de protectores biosanitarios, entre otros fueron instrumentos para contener el aumento de contagios. Sin embargo, el número de contagiados y fallecidos crecía, al 4 de junio del 2020, el número de casos superaban los 180 mil y los pacientes hospitalizados superaban los 9 mil. (Defensoría del Pueblo [DP], 2020), y para el año 2021 los muertos ya habían superado los 40 mil en todo el país (Fowks, 2021), esta situación, generó una “alarma generalizada” en todo el país. Durante este milenio no se había observado tanta peligrosidad de un virus que hizo colapsar todos los servicios hospitalarios y causó la muerte de miles y miles de peruanos. Junto a este contexto, el 89% de las protestas registradas en el 2020 estuvieron vinculadas a la pandemia, siendo uno de los principales motivos la precariedad de la infraestructura hospitalaria (GICO, 2020). Nadie sabía lo que enfrentábamos, no se estaba preparados, el oxígeno era el único medicamento para tratar el virus y era casi inaccesible, no había camas UCI, médicos, ni ventiladores mecánicos, y los peruanos compraban el oxígeno a precios exorbitantes (Fowks, 2021), situación que afectó con mayor severidad a los sectores más vulnerables.

De acuerdo al ministerio de Defensa, el país necesitaba 173 toneladas de oxígeno diarios para cubrir la demanda de oxígeno y, según datos revelados por el Colegio de Medicina de Perú a la prensa, el país apenas producía el 20% de ese volumen (Millán, 2020). Sumando a estas dificultades, el incremento exorbitante del precio del oxígeno por la empresa privada, como lo menciona Millan: “De acuerdo con varias denuncias, el precio de los cilindros de oxígeno de 10 metros cúbicos había llegado hasta los 6.000 soles (unos US\$1.750)” (p. 3). Millan (2020, como se cita en BBC New, 2020) “Todos los días teníamos que hacer horas de fila para conseguir una botella, dos botellas, y así rellenar el cilindro que tenía en la casa”, "Tuvimos que vender casi todas nuestras cosas porque mi mamá comenzó a necesitar oxígeno todo el tiempo. No le podíamos quitar el oxígeno y aquí era casi imposible conseguirlo" le dijo Sorroza a BBC Mundo desde su casa en Tumbes (p. 1).

Ante este contexto, la participación ciudadana adquirió un papel importante en respuesta a la contención y superación de la crisis. A pesar de que las organizaciones comunitarias, colectivos y movimientos sociales enfrentaron desafíos para ejercer acción territorial por las limitaciones de la pandemia, y en donde la virtualidad se convirtió en el principal medio de gestión de la participación ciudadana, y que también evidenció dificultades relacionadas brechas tecnológicas por el limitado conocimiento y acceso a las mismas (Hurtado, 2020). lejos de ser una barrera definitiva, la crisis impulsó una reinención de la participación ciudadana, surgiendo movimientos y grupos sociales con iniciativas de ayuda como lo fue el caso del sindicato de camioneros de Chicago, quienes destinaron dos millones de dólares de su fondo de huelga para extender la cobertura social de sus colegas despedidos durante la pandemia por la COVID-19 asegurándoles acceso a atención médica. (Pleyers, 2020, p.10).

En Cajamarca, esta reinención de la participación ciudadana se materializó en iniciativas locales como el Colectivo Cajamarca Respira (CCR en adelante), liderado por los párrocos de las iglesias la Recoleta y la Catedral: Padres, Pedro Terán y Juan Carlos Pérez, quienes convocaron a diferentes actores sociales para impulsar la iniciativa de gestionar la compra de una planta generadora de oxígeno medicinal, destinada a abastecer con oxígeno a quienes lo necesitaran y no podían acceder al mismo, convocando a ciudadanos, profesionales, empresarios y organizaciones sociales que, ante la escasez de oxígeno medicinal y el colapso hospitalario, decidieron brindar apoyo directo a los pacientes contagiados por COVID-19, a través de campañas de colectas de recaudación, donaciones voluntarias y alianzas estratégicas, este colectivo logró adquirir balones de oxígeno y equipos médicos que fueron distribuidos entre las familias más afectadas, especialmente aquellas que por la precariedad no podían acceder a atención en el sistema de salud y no tenían ingresos suficientes para acceder al oxígeno.

La experiencia del CCR representó un ejemplo concreto de cómo la acción colectiva puede suplir vacíos del Estado en contextos de emergencia, y cómo la participación ciudadana pudo contribuir positivamente en la mejora de la salud pública y en la reducción de los gastos económicos que enfrentaron los pacientes y sus familias, y reafirmó la importancia de fortalecer la participación ciudadana, no solo en contextos de crisis, sino como parte necesaria del desarrollo social, resulta esencial promover la participación ciudadana en donde se motive e impulse a la población a participar y así seguir avanzando en el desarrollo democrático. La democracia no solo se ejerce en las urnas, sino también en la participación cotidiana de los ciudadanos en los diversas estructuras y espacios de la sociedad. Solo a través de una sociedad comprometida y participativa se podrá alcanzar una democracia sólida y un desarrollo sostenible para todos.

1.1.2. Descripción del Problema

Cajamarca, no fue ajena a esta situación, durante los años 2020 y 2021, la pandemia por la COVID-19 profundizó condiciones de vulnerabilidad de algunos sectores. El colapso del sistema de salud, con infraestructura insuficiente y escasa cobertura en zonas rurales, dejó a muchas personas sin atención médica adecuada, mientras que la paralización económica afectó gravemente a muchos empleados, cerca de 22 mil personas salieron del mercado laboral y quienes dependían del comercio informal y se veían obligados a exponerse a contagios para subsistir aumentaron al 91% (Instituto Peruano de Economía [IPE], 2021), además que al 27 de junio del 2020 en Cajamarca se habían ya registrado un total de 3146 contagiados y 58 fallecidos (Dirección Regional de Salud [DIRESA], 2020), ante incremento de casos el hospital Simón Bolívar colapsó, en nuestros hospitales no había posibilidades para atender en más camas UCI, las que había estaban ocupadas y sobre todo abastecer con oxígeno medicinal el cual era el único medicamento para el virus, como la Defensoría del pueblo (DP, 2020) describió: No existiendo disponibilidad para más pacientes. Ello constituye un riesgo inminente para la salud, integridad y vida de las personas (p. 1).

Cajamarca también enfrentó una de las situaciones más críticas. Se contaba con apenas 20 camas UCI para una población de más de 1.3 millones de habitantes, lo que generó un colapso en los hospitales regionales y provinciales (Ponce, 2021). La falta de oxígeno medicinal fue particularmente alarmante. Ponce menciona que, el Hospital Regional de Cajamarca reportó que solo contaba con un sistema de oxígeno central limitado y dependía de cilindros que debían ser recargados en otras ciudades como Trujillo o Lima, lo que retrasaba la atención de pacientes graves. Además, la dispersión geográfica y la ruralidad de Cajamarca dificultaron el acceso a servicios médicos. Según el Ministerio de Salud, más del 40% de los establecimientos de salud en la región no

contaban con médicos permanentes, y muchos centros de atención primaria operaban sin personal especializado ni equipos adecuados. La situación se agravó por la falta de coordinación interinstitucional y la limitada capacidad de respuesta del gobierno regional, que no logró implementar plantas de oxígeno a tiempo ni ampliar la infraestructura hospitalaria de manera efectiva. En consecuencia, familias enteras tuvieron que recurrir a la compra de cilindros de oxígeno a precios elevados, enfrentando el mismo drama que en otras regiones del país, pero con mayores obstáculos logísticos.

En ese contexto de emergencia sanitaria y precariedad institucional, la participación activa del CCR se convirtió en una respuesta concreta ante la crisis, gracias a la colaboración de la ciudadanía en su pleno ejercicio de sus derechos, el apoyo de instituciones, gremios, organizaciones sociales y empresas privadas, se logró el objetivo que era gestionar, adquirir y distribuir oxígeno a través de una planta de un oxígeno medicinal (*el cual era el único tratamiento*), proporcionando así oxígeno a pacientes cajamarquinos contagiados por COVID-19, ubicándolo en el Hospital Simón Bolívar durante los picos más altos de la crisis y permitiendo distribuir oxígeno a las familias más afectadas. (Municipalidad Provincial de Cajamarca, 2021). Esta acción colectiva no solo contribuyó a mejorar las condiciones de salud de los afectados, sino que también ayudó a reducir los gastos económicos que enfrentaban las familias cajamarquinas por los grandes y exorbitantes precios de las empresas privadas.

Sin embargo, a pesar de la relevancia de estas iniciativas, ha existido una limitada y casi nula documentación, análisis e investigación académica a nivel nacional y local sobre el impacto real de la participación ciudadana en la mejora de la salud pública y la mitigación de los costos económicos durante la pandemia. Esta falta de estudios ha limitado comprender con mayor profundidad y extensión el potencial transformador de la participación ciudadana en contextos de crisis como los fue la pandemia. Por tanto, el

problema central que abordó la investigación radicó en la necesidad de explicar cómo la participación ciudadana contribuyó a mejorar la salud y atenuar los gastos económicos de los pacientes contagiados por la COVID-19 en Cajamarca durante el año 2021, reconociendo su papel como mecanismo de resiliencia social y como expresión concreta de democracia activa en tiempos de emergencia.

1.1.3. Formulación del Problema

¿Cómo se implementó la provisión de oxígeno medicinal por el Colectivo Cajamarca Respira y cuál fue su contribución reportada en la mejora de la salud y atenuación de los gastos económicos de los pacientes contagiados por COVID-19 en Cajamarca, 2021?

1.2. Justificación e Importancia

Investigar sobre la contribución de la participación ciudadana, representada en el caso del CCR, en la mejora de la salud y atenuación de los gastos económicos en los pacientes con COVID-19 en la ciudad de Cajamarca durante el año 2021, resultó fundamental porque puso en evidencia el impacto social que ocurre al ejercer el derecho a la participación ciudadana. Los colectivos, grupos o movimientos sociales, no solo funcionan como redes de apoyo, sino que complementan y fortalecen al Estado, que en momentos de crisis como lo fue la pandemia por la COVID-19 demostró debilidades en su respuesta y cobertura a las necesidades de salud de la población. Y, en donde también se evidenció el abuso de algunas empresas privadas que lucraron con la salud y vida de muchos vendiendo el oxígeno a precios inaccesibles.

Por eso la investigación permitió describir, cómo la comunidad organizada a través de colectivos o grupos sociales, impulsan la solidaridad social, que fue herramienta clave para la atención de emergencias sanitarias y mitigación de los efectos en la salud y la economía de las personas contagiadas por la COVID-19. De la misma manera, la

investigación servirá como motivación para el ejercicio del derecho a la participación ciudadana, en dónde los ciudadanos busquen involucrarse en grupos, movimientos o espacios que atiendan buscar soluciones a problemas sociales, promoviendo el desarrollo de la sociedad.

1.2.1. Justificación Científica

La investigación, buscó reafirmar y contextualizar en la realidad las teorías de la Democracia Participativa, la teoría de la Acción Social y la teoría del Hecho Social, a través del caso del CCR, la investigación demuestra cómo la participación ciudadana ha tenido un impacto tangible en la salud pública y en la reducción de los gastos económicos de todos los pacientes contagiados por la COVID-19 y que fueron beneficiados por el oxígeno del CCR durante la pandemia de COVID-19 en Cajamarca en 2021. Además, que complementa y enriquece el conocimiento y campos de investigación ya existentes sobre la participación ciudadana, específicamente sobre el impacto que esta toma en contextos de suma necesidad como lo fue la pandemia por la COVID-19.

1.2.2. Justificación Técnica Práctica

La investigación, tuvo una justificación técnica práctica sólida, porque abordó una problemática que afectó directamente la capacidad operativa del sistema estatal de salud en Cajamarca. Desde una perspectiva técnica, explicó como la participación ciudadana en pleno ejercicio pudo contribuir a atenuar mayores consecuencias en las vidas de las personas contagiadas producto de la crisis sanitaria del COVID-19, además que servirá como una herramienta de consulta para demostrar el número de personas atendidas y salvadas. En el plano práctico, los resultados de la investigación podrán servir de sustento base para el planteamiento y formulación de estrategias o políticas públicas orientadas a la reducción de brechas en el acceso a servicios médicos e impulso a las organizaciones sociales a continuar ejerciendo y fortaleciendo la participación ciudadana

motivando a un trabajo articulado entre sociedad y estado a fin de evitar futuras consecuencias devastadoras cuando se enfrente nuevas crisis.

1.3. Delimitación de la Investigación

1.3.1. Delimitación Temporal

La investigación, se enmarcó en el período comprendido entre enero y diciembre del año 2021, lapso en el cual se brindó atención con oxígeno medicinal a los pacientes contagiados por la COVID-19 y que fueron beneficiados con el oxígeno medicinal brindado por el CCR, no obstante, la recolección de datos se llevó a cabo en el año 2024, a partir del análisis retrospectivo de los registros e información recopilada por dicho colectivo durante el año de intervención.

1.3.2. Delimitación Espacial

La investigación se localizó geográficamente en el distrito de Cajamarca, donde se llevó a cabo la intervención del CCR, con la entrega de oxígeno medicinal a los pacientes contagiados por la COVID-19 durante el año 2021. La base de datos utilizada correspondió a los registros de todos los pacientes que recibieron el oxígeno, con puntos de recojo de oxígeno ubicados en las iglesias La Recoleta y La Catedral. Además, como parte del estudio, se consideró la realización de entrevistas a los miembros de la junta directiva del CCR. Cabe señalar que el CCR, no cuenta con una sede física establecida, por lo que se reúnen en las viviendas u oficinas particulares de sus integrantes, según la necesidad y disponibilidad.

1.3.3. Delimitación Social

La investigación posee significativa dimensión social, al centrarse en la experiencia del CCR, cuya labor solidaria durante la crisis por la COVID-19, no solo benefició a pacientes que requerían oxígeno medicinal, sino que también fortaleció los lazos de participación ciudadana y solidaridad en la comunidad. El estudio resultó

relevante para los propios integrantes del colectivo, al permitirles reflexionar sobre su accionar y sistematizar su experiencia. Asimismo, se proyecta como un referente para otros colectivos, organizaciones sociales y ciudadanos interesados en ejercer un rol activo frente a problemáticas sociales, promoviendo así una cultura de compromiso, solidaridad y acción colectiva.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Describir a la participación ciudadana a través del Colectivo Cajamarca Respira y su contribución en la mejora de la salud y atenuación de los gastos económicos de los pacientes contagiados con COVID-19, en Cajamarca durante el año 2021.

1.4.2. Objetivos Específicos

- A.** Conocer a la participación ciudadana a través del Colectivo Cajamarca Respira y su contribución en la mejora de la salud de los pacientes contagiados COVID-19, en Cajamarca durante el año 2021.
- B.** Conocer a la participación ciudadana a través del Colectivo Cajamarca Respira y su contribución a la atenuación de los gastos económicos de los pacientes contagiados con COVID-19, en Cajamarca durante el año 2021.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. A nivel Internacional

Herráiz et al. (2024) en su artículo científico *La participación ciudadana en la salud*, tuvo como objetivo exponer las formas actuales de ejercer el derecho a la participación ciudadana en la salud y analizó los beneficios que aporta este derecho a la salud. Para ello, utilizó como metodología una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura científica existente sobre el tema.

Los autores concluyeron que, gracias a la participación ciudadana en la salud, se tomaron decisiones más acertadas y sostenibles, porque permite una mejor priorización de necesidades y una gestión más eficiente de los recursos sanitarios. Además, los cambios de comportamiento que se generaron condujeron a una sociedad más concienciada y colaborativa, con un sistema de salud que ofrece una atención sanitaria cada vez más accesible y de mayor calidad.

De este modo, se demostró que la participación ciudadana contribuye a mejorar la salud y la calidad de la atención sanitaria a través de diversas acciones, objetivo que buscó evidenciar la presente investigación.

Restrepo et al. (2021), en su artículo científico *Participación ciudadana en el sistema de seguridad social en salud en Colombia*, tuvo como objetivo analizar la participación ciudadana en el sistema de seguridad social en salud de Colombia como una herramienta de control social, para buscar garantizar la calidad en la prestación del servicio y enfrentar la corrupción en la gestión de los recursos públicos.

La metodología usada en la investigación fue de carácter cuantitativo, combinando el uso de cuestionarios aplicados a 64 participantes de organizaciones de

la sociedad civil y con análisis documental descriptivo. Los resultados evidenciaron que el 98% de la sociedad civil colombiana manifestó la necesidad de establecer seguridad social en la salud a través de la participación ciudadana, demostrando los efectos positivos que esta genera en la salud y la economía de los ciudadanos. Esto se debe a la intervención de los actores sociales en el control técnico y las auditorías para mejorar la calidad y cobertura de los servicios de salud, considerados un derecho.

Los autores concluyeron que la participación ciudadana es un mecanismo de control anticorrupción en el ámbito de la salud, ya que permite la intervención de la comunidad en el sistema sanitario de Colombia. Además, enfatizaron en la importancia de la unión o alianza entre el Estado y la sociedad civil con el objetivo de promover la veeduría social, un proceso de control comunitario basado en la implicación de la ciudadanía en la toma de decisiones sobre acciones sanitarias, la prestación de servicios y el ejercicio pleno de los derechos.

Hernández (2020) en su artículo titulado *Los desafíos para la participación ciudadana desde el contexto de la emergencia sanitaria*, analizó los impactos generados por la pandemia de la COVID-19 en los mecanismos de participación ciudadana en la Ciudad de México. El autor abordó, además, los retos que enfrentaron tanto las formas de democracia como las iniciativas de innovación democrática ante las restricciones sanitarias impuestas durante la emergencia.

La investigación adoptó un enfoque cualitativo de carácter descriptivo, basado en el análisis documental y apoyado en referencias estadísticas sobre la participación ciudadana en dicho contexto.

Entre los principales hallazgos, se destacó que, a pesar de las limitaciones impuestas a la participación durante el estado de emergencia, las comunidades evidenciaron una revalorización de los derechos humanos, especialmente en lo relativo

al derecho a la salud como eje fundamental para la preservación de la vida en sus distintas formas. En consecuencia, la emergencia sanitaria propició el surgimiento de nuevas estrategias orientadas a mitigar sus efectos, como la creación de brigadas comunitarias para la atención de personas contagiadas y la implementación de mecanismos alternativos de participación orientados a fortalecer las prácticas democráticas en grupos locales.

El autor concluyó que la participación ciudadana no es estática, sino que se adapta de forma dinámica a las condiciones del entorno, expresándose desde acciones sencillas hasta procesos complejos de transformación social. Hechos que se evidencian en esta investigación.

Schroeder y Vilo (2020) en su artículo científico titulado *Espacio público y participación ciudadana: Resignificaciones en tiempos de COVID-19*, propuso analizar los procesos de Resignificación del espacio público y la participación ciudadana durante la pandemia en la ciudad de Neuquén - Argentina. El estudio tuvo como finalidad comprender las percepciones ciudadanas en torno al entorno colectivo, en particular las relaciones barriales y los canales de intervención empleados por instituciones y organizaciones durante el aislamiento social obligatorio.

Para ello, se empleó una metodología de consulta vecinal virtual, mediante la aplicación de encuestas, con el propósito de indagar en las percepciones colectivas y las dinámicas comunitarias que emergieron en el contexto pandémico, la participación ciudadana se analizó a través de las acciones colectivas observadas en la comunidad objeto de estudio.

Entre los principales hallazgos se destacó que el 55% de las formas de participación ciudadana se dieron a través de grupos sociales y movimientos religiosos. Un porcentaje significativo adicional correspondió a redes colaborativas generadas o

coordinadas en entornos virtuales, compuestas por vecinos auto convocados con el objetivo de brindar asistencia social a quienes se encontraban en situación de vulnerabilidad durante la emergencia sanitaria.

En conclusión, los autores sostuvieron que la pandemia propició un resurgimiento de las prácticas de apoyo comunitario, las cuales se consolidaron como mecanismos fundamentales de sostenimiento en el ámbito de la salud y del bienestar socioeconómico de los sectores más afectados. Tal como se configuró en las prácticas ejercidas del CCR para la comunidad cajamarquina.

2.1.2. A nivel Nacional

Honorio (2024) en su tesis titulada *Participación ciudadana en la gestión por la problemática de la erosión costera en Buenos Aires, distrito de Víctor Larco*, tuvo como objetivo analizar de qué manera la gestión pública y la participación ciudadana contribuyen en la búsqueda de soluciones frente a la problemática de la erosión costera en el balneario de Buenos Aires - Trujillo.

La investigación tuvo una metodología basada en los métodos analítico-sintético, inductivo-deductivo, complementada con observación directa y entrevistas realizadas a 383 personas, entre ciudadanos y funcionarios públicos.

Los resultados evidenciaron que la participación ciudadana ha sido un elemento clave para visibilizar la problemática ambiental y exigir respuestas concretas por parte de las autoridades. La inclusión de actores sociales locales en los procesos de toma de decisiones ha permitido una mayor adecuación de las políticas públicas a las necesidades reales de la población afectada y a las particularidades del entorno.

En el caso específico de Buenos Aires, la movilización ciudadana fue determinante para ejercer presión sobre las instituciones gubernamentales. No obstante, el estudio concluyó que aún persisten desafíos importantes para consolidar la

participación ciudadana como un derecho estructural y efectivo dentro de los procesos de planificación y gestión pública, pero también se destacan los beneficios tangibles de la movilización social como mecanismo legítimo de acción frente a problemáticas sociales, como el caso de CCR, que tras la movilización social logró atender la necesidad social del oxígeno medicinal.

Ramírez (2021), en su tesis titulada *Participación ciudadana y empoderamiento en salud en dirigentes de juntas vecinales del distrito de San Borja*, tuvo como objetivo analizar la relación entre la participación ciudadana y el empoderamiento en salud de los dirigentes vecinales, en el marco de la gestión local del distrito de San Borja, Lima.

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con diseño correlacional causal, utilizando los métodos inductivo-deductivo y analítico-sintético. Se aplicaron encuestas estructuradas a una muestra de 120 dirigentes de juntas vecinales, complementadas con entrevistas a funcionarios del área de salud municipal.

Los resultados evidenciaron que la participación ciudadana activa en espacios de concertación y vigilancia comunitaria tiene un impacto significativo en el nivel de empoderamiento en salud de los líderes vecinales. Aquellos dirigentes que participaron en programas municipales, talleres de salud preventiva y comités de gestión mostraron mayor capacidad para incidir en decisiones públicas relacionadas con el bienestar colectivo. En el caso específico de San Borja, se observó que la articulación entre ciudadanía organizada y autoridades locales permitió implementar campañas de salud más inclusivas y adaptadas a las necesidades reales de la población, como lo fue el caso del CCR quien movilizó a la ciudadanía para gestionar una atención de salud que fuese inclusiva y equitativa para todos. La investigación concluyó que fortalecer los mecanismos de participación ciudadana en salud no solo mejora la gobernanza local, sino que también promueve una ciudadanía más informada, crítica y comprometida con

el desarrollo sostenible de su comunidad. Así como se evidenció en la solidaridad social cajamarquina por la movilización ciudadana del CCR, que permitió atender el problema social de los contagios y su atención médica.

2.1.3. A nivel Local.

Gonzales (2021), en su tesis titulada *Participación ciudadana en las actividades de atención alimentaria de un programa social en Cajamarca, 2021*, tuvo como objetivo principal determinar cómo la participación ciudadana influye en las actividades de atención alimentaria desarrolladas por un programa social en el departamento de Cajamarca. La investigación se enmarcó en un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental de tipo correlacional causal. Se aplicaron los métodos inductivo-deductivo y analítico-sintético, utilizando como técnica principal la encuesta. Para ello, se diseñaron dos cuestionarios con escala tipo Likert, cuya validez fue determinada por juicio de tres expertos de la Universidad César Vallejo, y cuya confiabilidad se estableció mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniendo valores entre 0.911 y 0.918. La muestra estuvo conformada por 56 ciudadanos integrantes de comités de gestión y consejos de vigilancia que colaboran bajo el modelo de cogestión voluntaria con el programa social. Estos actores comunitarios desempeñan un rol clave en la supervisión y ejecución de las actividades alimentarias dirigidas a poblaciones vulnerables.

Los resultados evidenciaron que existe una influencia significativa de la participación ciudadana en las actividades de atención alimentaria del programa social, aunque con una correlación baja y positiva. El coeficiente de correlación de Spearman fue de $Rho = 0.329$, con un nivel de significancia bilateral de $p = 0.013$, lo que indica una relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

La investigación concluyó que la participación ciudadana, contribuye de manera efectiva a mejorar la implementación de programas sociales en el ámbito alimentario. Se destaca el papel de los comités sociales como mecanismos de articulación entre el Estado y la comunidad, y se plantea la necesidad de fortalecer estos espacios para lograr una mayor eficiencia en la gestión pública orientada al bienestar social. Tal como el CCR quien, si bien ejerció la participación en otro ámbito, su incidencia logró eficacia en cuanto a la mejora de la salud y sobre todo en atenuar gastos económicos que los pacientes contagiados por la COVID-19 venían teniendo y estaban siendo afectados, y tal cual como concluye el autor la eficiencia de la participación ciudadana contribuye al bienestar social.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. *Teoría de la Democracia Participativa*

Sartori (1993) concibe la democracia desde tres dimensiones fundamentales: “(a) Principio de legitimidad, (b) Sistema político para la resolución de problemas e (c) Ideal”. En cuanto a la primera dimensión, afirma que el poder emana del pueblo, siendo este quien otorga legitimidad a todo lo que ocurre dentro de su territorio. La segunda dimensión refiere a la transferencia de ese poder, por parte del pueblo a un grupo político, o lo que se denomina democracia participativa. Y, La tercera dimensión, sostiene que la democracia debe entenderse como un ideal, porque representa una aspiración contra la corriente, por tanto, necesita sustentarse sobre el principio de legitimidad para poder materializarse. El autor supera la visión puramente institucional de la democracia al considerarla también como una estructura social de naturaleza horizontal. Así, la democracia no solo valida el poder, sino la continuidad política cuyo fundamento reside en el consentimiento verificado de la ciudadanía. Sartori, advierte que el desafío de la democracia no solo radica en su legitimidad, sino en la capacidad

efectiva de ejercerla. Por tanto, cada ciudadano asume una porción del autogobierno que constituye la esencia misma del sistema democrático, lo que denomina “democracia participativa” (DP). El autor se pregunta ¿cómo es posible ejercer el autogobierno en sociedades compuestas por un elevado número de ciudadanos? Ante esto, plantea que la democracia puede concretarse mediante mecanismos representativos y formas de democracia directa, como el referéndum y la iniciativa popular. Desde esta perspectiva, la democracia se configura como un conjunto de ideales susceptibles de ser convertidos en realidades tangibles.

En esa misma línea, Arendt (1964) defiende al pluralismo y la dignidad humana como elementos esenciales en la representación política dentro de la democracia representativa. Sostiene que la democracia representativa tiene un carácter simbólico, ya que los valores, aspiraciones y representaciones no emanan del estado, sino de la sociedad y sus grupos. Según el autor “La política nace entre los hombres en un modo maravilloso y misterioso, por lo que la política es libertad” (Arendt, 1964). Esta visión parte del concepto de acción, entendida como el factor que sitúa a las sociedades en la vida activa. En su planteamiento, solo a través de la acción se puede romper con el conformismo y la rutina, permitiendo a los seres humanos comenzar de nuevo, crear e innovar. Por tanto, la Democracia Representativa (DR), es la base para el ejercicio de la participación ciudadana, por medio de la cual los colectivos, organizaciones y grupos sociales, se convierten en representantes de los diversos sectores de la población.

En esa misma línea argumentativa, Stuart Mill (1861) sostiene que la mejor forma de gobierno es la democracia representativa, porque reconoce la existencia de un problema estructural de representatividad, por la limitada intervención del pueblo en los asuntos públicos. El autor afirma que:

No hay dificultad en demostrar que el ideal de la mejor forma de Gobierno es la que inviste de la soberanía a la masa reunida de la comunidad, teniendo cada ciudadano, no solo voz en el ejercicio del poder, sino de tiempo en tiempo, intervención real por el desempeño de alguna función local o general (Mill, 1861, p. 78)

Por tanto, el gobierno representativo adquiere legitimidad en la medida en que es practicable, aplicable y respetuoso de los derechos e intereses de todos los sectores sociales. De acuerdo con Mill:

Toda participación, aun en la más humilde de las funciones públicas, es útil; por tanto, debe procurarse que la participación en todo sea tan grande como lo permita el grado de cultura de la comunidad: y que, finalmente, no puede exigirse menos que la admisión de todos a una parte de la soberanía (Mill, 1861, p. 116)

Entonces bajo esta concepción, señala el autor, la participación ciudadana no se limita a un grupo, sino que abarca a toda la comunidad. Así, el rol del ciudadano cobra especial relevancia en la defensa de su dignidad, en la acción ante problemáticas sociales y en la construcción de soluciones colectivas.

Así mismo, Thomas Marshall (1997) introduce el concepto de una igualdad básica sustentada en la pertenencia a una comunidad política. A pesar de las diferencias socioeconómicas, todos los individuos comparten el estatus de ciudadanía, el cual los convierte en sujetos de derecho y partícipes activos de la sociedad. Esta visión del autor, se evidencia como fundamento de la investigación ya que, en la praxis de los colectivos sociales, su fuerte identidad de pertenencia los motiva a representar sectores excluidos, afectados por condiciones adversas, y a través de la participación ciudadana, canalizan sus demandas, visibilizan sus necesidades y exigen su inclusión en la toma de decisiones.

Para aterrizar concretamente en la Participación Ciudadana, Ziccardi (2000), menciona que esta es “un proceso que abarca la organización de la sociedad civil en base a sus intereses en común, los cuales llevan a una toma de decisiones conjuntas que serán de absoluto beneficio para la misma” (p. 45). Además, sostiene que la participación ciudadana es un “componente de la gobernabilidad democrática, ya que refiere a la forma en que los intereses particulares de los ciudadanos se incluyen en decisiones sociales” (Ziccardi, 2000, p. 47), concepto que sostiene al sustento de la investigación ya que el CCR en ejercicio de su participación ciudadana busco superar la crisis el cual era de interés común. Así mismo, usó dos mecanismos de “Participación Ciudadana” para su ejercicio como:

a) Participación ciudadana en apoyo a intereses comunitarios:

El cual se realiza mediante de la capacitación impartida por especialistas, quienes asesoran en la toma de decisiones, la elaboración y ejecución de proyectos. Estas personas orientan a la población para que se capacite y asuma la responsabilidad de resolver los problemas que los afectan directamente. “Se puede participar brindando la orientación adecuada, teniendo en cuenta sus prioridades, a los involucrados, para que la sociedad sea canalizadora de posibles soluciones que más les satisfaga” (Ministerio de Cultura [MC], 2014, p. 13).

b) Participación ciudadana asociativa:

Esta modalidad implica integrarse a “la actuación de un grupo de personas (con personalidad jurídica o no), sin fines de lucro y que no forma parte del Estado, donde se comparten intereses y objetivos similares en relación con el tema que los convoca, en búsqueda del beneficio tanto individual como colectivo” (Rotino, Urrea y Ledezma, 2000, p. 162). Esta forma de participación permite que las instancias del ámbito estatal se vuelvan más sostenibles en el tiempo.

Ambos mecanismos han sido aplicados y desarrollados en Cajamarca, la primera modalidad se evidenció mediante el empoderamiento comunitario, representado por líderes que impulsaron el colectivo, culminando con la integración de ciudadanos y organizaciones que, en asociación, conformaron el colectivo “Cajamarca Respira”, el cual contribuyó a enfrentar la crisis sanitaria de la COVID-19 en el distrito de Cajamarca mediante la gestión y adquisición de una planta generadora de oxígeno.

En ese mismo tenor, es preciso responder a la pregunta: ¿Cómo surgen los colectivos sociales?, José Luis Ahedo (2020), en su obra *Los Actores*, explora la formación y dinámica de estos grupos. Ahedo recurre al teatro como herramienta para analizar cómo se construyen y funcionan los colectivos sociales, destacando la importancia de la interacción y la colaboración entre sus miembros. La obra reflexiona también sobre el rol de los individuos dentro del colectivo y cómo sus acciones y decisiones pueden influir en el desarrollo y éxito del grupo. El autor señala que estos colectivos poseen tres características distintivas:

- Son asociaciones voluntarias.
- Su estabilidad en el tiempo es relativa.
- Su existencia se basa en intereses y objetivos comunes de la comunidad.

Para profundizar en lo anterior, el autor ofrece un acercamiento histórico a los colectivos sociales, lo cual resulta pertinente para esta investigación, en tanto se centra en el estudio de dichos colectivos y su aporte a la comunidad. Ahedo explica que estos grupos surgieron en los siglos XIX y XX bajo corrientes revolucionarias, y se fundamentan en supuestos como: a) “el comportamiento colectivo se enfrenta a las normas sociales” y b) “las tensiones y la frustración social estimulan la participación social colectiva”.

En cuanto a la Participación Ciudadana ejercida a través de colectivos sociales, Mullar y Aarvik (2020) destacan que “la sociedad civil juega un papel importante, en la cual la participación ciudadana cumple un rol esencial, no solamente en el ámbito de la vigilancia, sino también en participar, compartir información y organizar ayudas humanitarias, generando un apoyo constructivo” (p. 21). Subrayando también la importancia de la participación del sector profesional, dado que este puede movilizar a la sociedad civil hacia la participación, aprovechando todos los recursos disponibles. Durante el contexto de pandemia, señalan que tanto la sociedad civil como diversas organizaciones, en distintas partes del mundo, enfrentaron la crisis mediante la recolección de fondos y el desembolso de recursos, impulsando el fortalecimiento de la sociedad civil y su capacidad para afrontar la emergencia sanitaria. No obstante, los autores concluyen que: Las restricciones propias de este contexto estimularon la creatividad y abrieron nuevas oportunidades para la sociedad civil, como la expansión de la participación ciudadana mediante la formación de grupos, colectivos y la circulación de información que promueve nuevas formas de compromiso cívico (Mullar y Aarvik, 2020, p. 5).

Por tanto, las teorías abordadas en esta investigación constituyeron pilares fundamentales para comprender la participación ciudadana como expresión práctica de la democracia. Sartori plantea que la democracia se fundamenta en la legitimidad del poder, la participación política y el ideal colectivo, lo cual se refleja en acciones concretas como las del CCR, Arendt resalta el valor del pluralismo y la acción como expresión de libertad política, mientras que Mill defiende una participación amplia que empodere al ciudadano en la construcción de soluciones sociales. Marshall aporta la noción de ciudadanía como igualdad básica, legitimando la representación de sectores excluidos. Ziccardi profundiza en los mecanismos de participación comunitaria y

asociativa como pilares de la gobernabilidad democrática, y Ahedo explica que los colectivos sociales surgen de tensiones sociales y se organizan en torno a intereses comunes. Mullar y Aarvik complementan esta visión al destacar el rol de la sociedad civil en contextos de crisis, donde la participación ciudadana se manifiesta en la organización de ayudas, la circulación de información y la formación de colectivos, impulsando nuevas formas de compromiso cívico. En conjunto, estas teorías sustentan cómo la participación ciudadana organizada convierte ideales democráticos en acciones que impactan directamente en la comunidad, como lo fue el caso del CCR y su contribución en la mejora de la salud y atenuación de los gastos económicos.

2.2.2. La Participación ciudadana en la Salud y Gastos Económicos

Aunque no existen teorías específicas que aborden la contribución de la participación ciudadana en las variables salud y gastos económicos, la investigación, se apoyó en la postura de autores que, mediante artículos y ensayos, permitieron dar una aproximación a fundamentar el objetivo de la investigación.

Para Salvador et al. (2018) en su artículo científico *La participación ciudadana en la salud pública*, se afirma que la salud está estrechamente vinculada a la participación ciudadana, ya que, a través de esta, se erradican deficiencias y se proponen soluciones necesarias. La participación ciudadana, señalan los autores, constituye la base para que la gestión pública logre mejorar los estándares de atención en este servicio. Asimismo, indican que la promoción de la salud mediante la participación ciudadana otorga voz y voto a la población, haciéndola parte activa del proceso y comprometiéndola en la toma de decisiones dentro de las estructuras regulares del sistema, tales como la asignación de recursos, la organización, la gestión y el control de resultados. A mayor involucramiento de la ciudadanía en los procesos de salud comunitaria, mayores son los cambios en sistemas que han evidenciado deficiencias

persistentes. El resultado esperado es la mejora en la calidad de vida de los entornos donde se implementan dichas acciones. En relación con lo investigado en este estudio, la pandemia reveló un sistema estatal de salud deficiente y sobre todo con escasa disponibilidad de oxígeno medicinal que puso en riesgo la vida de muchos ciudadanos. Paralelamente al problema, el sector privado incrementó desbocadamente el precio del oxígeno medicinal, haciéndolo inaccesible sobre todo para amplios sectores de la población. Y, considerando que la protección de la vida humana constituye una prioridad del Estado, fue la participación ciudadana, a través del CCR representado por distintos actores sociales como la Iglesia, empresas, organizaciones civiles y la ciudadanía en general, la que logró movilizar una respuesta colectiva frente a esta necesidad. La adquisición de una planta de oxígeno para la ciudad fue el resultado concreto de dicha movilización, lo que confirma que la acción ciudadana organizada puede mitigar de manera efectiva problemáticas sociales urgentes.

Por su parte, Pastor (2016), en su trabajo *La vinculación de la participación ciudadana en el desarrollo económico y social*, sostiene que la participación ciudadana, cuando se articula con el desarrollo económico, social, la calidad de vida y la integración de realidades tanto micro como macro, genera procesos sostenibles y duraderos. Desde esta perspectiva, la economía social se configura como una estructura participativa que amplía el bienestar general mediante el involucramiento activo de sujetos individuales, asociaciones y colectivos. Esta dinámica fortalece el tejido social y promueve la inclusión de personas y grupos tradicionalmente marginados. En ese marco, la mitigación de los gastos económicos de los pacientes contagiados por COVID-19 en Cajamarca fue consecuencia directa de la participación ciudadana movilizadora del CCR, quienes en su esfuerzo conjunto lograron la gestión de una planta de oxígeno que garantizó el acceso gratuito o asequible a este recurso, especialmente para sectores

económicamente vulnerables. De esta manera, se consolidó un avance significativo no solo en términos de salud, sino también en la equidad económica.

2.2.3. *Teorías Sociológicas*

A. **De la acción Humana a la Acción Social – Max Weber**

En su obra *Economía y sociedad* (1994), Max Weber establece los fundamentos de la teoría de la acción social, la cual plantea que las acciones son el resultado de actos de voluntad; es decir, acontecimientos no físicos que tienen lugar en el espíritu, la mente o el pensamiento, y a través de estos, los individuos logran entrelazar sus acciones para la realización de actos en común. Weber sostiene que los sujetos se ven influenciados en su acción colectiva por el hecho de estar incluidos dentro de una masa social, es decir, una acción condicionada por la colectividad, que orientan su comportamiento, así mismo clasifica la acción social en cuatro tipos:

- *Racional con arreglo a fines*: Determinada por expectativas respecto al comportamiento de otros individuos, empleando dichas expectativas como condiciones o medios para alcanzar fines propios racionalmente valorados y perseguidos (Weber, 1994, p. 20).
- *Racional con arreglo a valores*: Guiado por la creencia consciente en el valor intrínseco de una conducta, ya sea de carácter ético, estético, religioso u otro, sin considerar las consecuencias, sino actuando únicamente en virtud de ese valor (Weber, 1994, p. 20).
- *Afectiva*: Motivada por emociones y sentimientos presentes.
- *Tradicional*: Determinada por costumbres arraigadas y socialmente legitimadas.

Todos estos tipos de acción se relacionan con lo que Weber denomina “relación social”, la cual constituye una dimensión esencial de la acción social. Esta se entiende como una conducta plural orientada por la reciprocidad entre las partes. En términos

concretos y reales, ejemplos de acción social serían: el conflicto, la enemistad, el amor sexual, la amistad, la piedad, el intercambio en el mercado, el cumplimiento o incumplimiento de un acuerdo, la ruptura de un pacto, la competencia económica, así como la pertenencia a comunidades nacionales, estamentales o de clase; todos estos, caracterizados por la reciprocidad entre los actores. Una característica de la acción social es su carácter transitorio o permanente, dependiendo del sentido que la motive. Weber ejemplifica esta idea señalando que una relación política basada en la solidaridad puede transformarse en una colisión de intereses.

La teoría planteada por Weber, constituye uno de los sustentos teórico de la relación entre la variable participación ciudadana y su manifestación a través de colectivos sociales, en un contexto particular como lo fue la pandemia por la COVID-19. Las acciones individuales de quienes buscaron promover la iniciativa “Oxígeno para todos” influenciaron a los individuos, en este caso, la ciudadanía de Cajamarca, lo cual expresó en una acción social colectiva orientada a mejorar la salud y mitigar los gastos económicos de la población. Esta experiencia constituyó una acción transformadora, cuyo fundamento fue la reciprocidad.

B. Teoría del Hecho social – Emile Durkheim.

Esta teoría también fundamenta la variable participación ciudadana como una respuesta a las problemáticas relacionadas con la salud pública y la reducción de gastos económicos. La teoría fundamentada por Emile Durkheim, sostiene que un hecho social es algo externo al individuo y que se le impone, por lo que se plantea que las personas actúan moldeadas por patrones colectivamente establecidos, y que contribuyen a la construcción de un mundo compartido en términos de colectividades, significados e instituciones. En consecuencia, el hecho social hace referencia a modos de comportamiento, formas de sentir y pensar que son exteriores a los individuos y

que se les imponen de forma coercitiva mediante la interacción social en los espacios de relacionamiento. Para la investigación, se tomará como base un tipo particular de hecho social “Las corrientes de opinión”, las cuales, aunque no son permanentes, se orientan a responder a necesidades sociales emergentes. Tal es el caso de la participación ciudadana durante la pandemia de la COVID-19, expresada principalmente a través de la, colaboración y solidaridad colectiva en respuesta a la urgencia de proteger la vida, velar por la salud pública y contribuir a mitigar los gastos económicos de la población.

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Participación ciudadana

Según López (2008), la participación ciudadana es un proceso de concertación, negociación y vigilancia entre la sociedad y las autoridades democráticamente constituidas. Más allá de experiencias o iniciativas puntuales, la política peruana se ha caracterizado históricamente por la exclusión de la población, la falta de transparencia y una relación clientelista con la sociedad. Para Sinesio López, la participación ciudadana representa el nexo entre la sociedad civil y los gobernantes; es, además, un medio para alcanzar objetivos sociales y propiciar una interacción bidireccional, a través de la cual la ciudadanía expresa opiniones, sugerencias, reclamos, entre otros. En el contexto peruano, este tipo de participación contribuye al avance de la inclusión social, empoderando al ciudadano y fortaleciendo su rol en la toma de decisiones públicas.

2.3.2. Estrategias

Según Pereira Oviedo (2025) menciona que las estrategias de participación ciudadana en salud permiten generar espacios de diálogo y corresponsabilidad entre instituciones y ciudadanos, lo que fortalece la transparencia y mejora la gestión pública. Estas estrategias, al involucrar a la comunidad, contribuyen a diseñar políticas más

ajustadas a las necesidades reales, evitando gastos innecesarios y optimizando los recursos disponibles.

2.3.3. Toma de decisiones

Según Orellana Villanueva y Badaraco Valle (2025) mencionan que la participación ciudadana en la toma de decisiones de los gobiernos locales fortalece la gestión pública y la sociedad civil, ya que permite que las comunidades influyan en la definición de prioridades en salud y economía. Esto genera un uso más eficiente de los recursos y evita inversiones que no responden a las necesidades colectiva

2.3.4. Colectivo Social

Cecilia Rossi (2015), en su trabajo presentado en las XI Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires, explica que, el colectivo social es una construcción que emerge de la interacción entre individuos que comparten experiencias, intereses y objetivos comunes, y que se organizan para incidir en la transformación de su realidad social, el cual es el caso del CCR para esta investigación.

2.3.5. Salud

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), la salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedades o afecciones.

2.3.6. Bienestar físico

Según Cuesta Gómez y de la Fuente Anuncibay (2018) mencionan que el bienestar físico es una dimensión fundamental de la calidad de vida, relacionada con la salud, la energía y la capacidad de realizar actividades cotidianas sin limitaciones.

2.3.7. Ausencia de enfermedades

Según la Organización Mundial de la Salud (1946) menciona que la salud no debe entenderse únicamente como la ausencia de enfermedades, sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social.

2.3.8. Gastos económicos

Es el egreso o salida de dinero que una persona o empresa realiza para adquirir un bien o servicio, y que representa una disminución en su patrimonio. Chiavenato, Idalberto (2006, p. 45)

2.3.9. Consumo y satisfacción de necesidades

Según Abraham Maslow (1943) menciona que las necesidades humanas se organizan en una jerarquía que va desde las fisiológicas hasta la autorrealización, y el consumo de bienes y servicios busca satisfacerlas progresivamente.

Según Manfred Max-Neef (1993) menciona que las necesidades humanas son finitas, universales y clasificables, mientras que los satisfactores son las formas de cubrirlas y los bienes los medios para alcanzarlas.

2.3.10. Actores sociales

Son sujetos individuales o colectivos que, organizados en función de objetivos comunes, se constituyen en fuerzas sociales capaces de incidir en la transformación de situaciones concretas. Su accionar implica un proceso de conciencia colectiva y una praxis orientada al cambio. (Matus y Carlos, 1987)

2.3.11. Estrategias de participación ciudadana

Las estrategias de participación ciudadana permiten a los individuos involucrarse en la gestión, organización y toma de decisiones dentro de los procesos comunitarios, en función de decisiones consensuadas. Estas estrategias garantizan la libre expresión de ideas, opciones y valores personales (Páez, 2011). Según De Sousa

Santos (2005), este tipo de participación constituye el ejercicio del derecho ciudadano a intervenir activamente en la elaboración de propuestas y en la adopción de decisiones comunes. Su objetivo es alcanzar metas colectivas mediante la acción directa, con base en la capacidad de organización, deliberación y autonomía de la ciudadanía para canalizar sus intereses hacia soluciones conjuntas que promuevan el bienestar colectivo.

2.3.12. COVID-19

La COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2, que se transmite de persona a persona a través de gotitas, aerosoles o partículas acuosas expulsadas al hablar, toser, estornudar o incluso al respirar. El virus puede inhalarse o transmitirse al tocar superficies contaminadas (como pasamanos, mesas o lapiceros) y luego llevarse las manos a los ojos, nariz o boca sin higiene previa. Aproximadamente el 80% de los casos confirmados se recupera sin requerir tratamiento especializado; sin embargo, 1 de cada 6 pacientes desarrolla síntomas graves y un 2 % fallece a causa de la enfermedad (Ministerio de Salud, 2022).

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. *Hipótesis general*

La provisión de oxígeno medicinal implementada por el Colectivo Cajamarca Respira, como expresión de participación ciudadana, es descrita por los pacientes beneficiarios como una contribución a la mejora de su salud y a la atenuación de sus gastos económicos asociados durante la COVID-19 en Cajamarca, 2021.

3.1.2. *Hipótesis específicas*

- A. La provisión de oxígeno medicinal del Colectivo Cajamarca Respira es descrita por los pacientes beneficiarios como una contribución a la mejora de su salud durante la COVID-19 en Cajamarca, 2021.
- B. La provisión de oxígeno medicinal del Colectivo Cajamarca Respira es descrita por los pacientes beneficiarios como una contribución a la atenuación de sus gastos económicos asociados durante la COVID-19 en Cajamarca, 2021.

3.2. Variables

- A. *Variable Independiente*: Participación Ciudadana.
- B. *Variables Dependientes*: Salud y Gastos Económicos.

3.3. Operacionalización de los componentes de las variables

Título: Contribución de la participación ciudadana, a través del colectivo Cajamarca Respira, en la mejora de la Salud y Gastos Económicos de los pacientes con COVID-19, Cajamarca 2021.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores CCR (Colectivo Cajamarca Respira)	Técnicas e instrumentos de recolección de datos
Variable Independiente Participación Ciudadana A través del CCR	Articulación de actores para un fin común en la comunidad con estrategias y toma de decisiones oportunas.	Estrategias	Grado de articulación entre actores sociales del CCR para el fin. Nivel de compromiso entre actores sociales del CCR para el fin. Nivel de incidencia de los actores sociales del CCR en la comunidad.	Técnica: Entrevista Instrumento: Guía de entrevista. Técnica: Entrevista Instrumento: Guía de entrevista. Técnica: Entrevista Instrumento: Guía de entrevista.
		Toma de decisiones	Índice de claridad de decisiones del CCR orientadas a la gestión del financiamiento de la planta de oxígeno. Grado de organización de actores sociales del CCR para el inicio del funcionamiento de la planta de oxígeno. Nivel de organización del CRR para la distribución de oxígeno.	Técnica: Entrevista Instrumento: Guía de entrevista. Técnica: Entrevista Instrumento: Guía de entrevista. Técnica: Entrevista Instrumento: Guía de entrevista.
		Bienestar físico	Número de pacientes satisfechos por la atención con el oxígeno CCR.	Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario.
		Ausencia de enfermedades	Número de pacientes Recuperados atendidos con el oxígeno CCR.	Técnica: Entrevista Instrumento: Guía de entrevista.
Variables Dependientes Salud y Gastos económicos	Salud: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y/o ausencia de enfermedades. (OMS.1948) Gastos Económicos: Son los bienes y servicios que indican; indican el consumo de bienes y servicios que realiza una familia o individuo para la satisfacción de necesidades, sirve para medir el nivel de vida útil. (BBVA.2023)	Consumo	Número de pacientes con urgencia de oxígeno. Diferencias en costos: oxígeno de empresa privada con el del CCR.	Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario. Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario.
		Satisfacción de necesidades	Número de pacientes que atenuaron sus gastos económicos en salud por recibir el oxígeno del CCR Número de pacientes atendidos por el CCR, según su condición económica.	Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario. Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario.

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1. Ubicación Geográfica

El distrito de Cajamarca se sitúa en la región norte del Perú, formando parte de la provincia y departamento del mismo nombre. Según el Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego (MIDAGRI), se encuentra entre los paralelos 4°30' y 7°30' de latitud sur, y los meridianos 77°47' y 79°20' de longitud oeste, dentro del sector septentrional de los Andes peruanos. Esta ubicación le confiere una topografía predominantemente montañosa, con valles interandinos enmarcados por laderas pronunciadas y redondeadas.

El distrito se encuentra a una altitud promedio de 2,750 metros sobre el nivel del mar, lo que determina un clima templado y seco, con temperaturas que oscilan entre los 6 °C y 21 °C. Las lluvias se concentran entre diciembre y marzo, mientras que el resto del año predomina una estación seca. Limita al norte con el distrito de Jesús, al este con Llacanora y Baños del Inca, al sur con La Encañada, y al oeste con Cospán y Magdalena. La ciudad de Cajamarca, capital del distrito, es un centro urbano de importancia histórica, cultural y económica, y constituye el principal escenario de esta investigación.

En particular, la intervención del colectivo “Cajamarca Respira” se desarrolló en espacios estratégicos del centro histórico de la ciudad, utilizando como puntos de distribución de oxígeno medicinal la Iglesia “La Recoleta”, ubicada en la intersección de las avenidas Los Héroes y El Maestro, y “La Catedral” de Cajamarca, situada en la Plaza Mayor, frente a la Plaza de Armas. Ambos templos, además de su valor patrimonial, sirvieron como centros logísticos clave durante la emergencia sanitaria por la COVID-19 durante el año 2021.

Figura 1

Mapa de la Ubicación del Distrito de Cajamarca.

**Figura 2**

Mapa de la ubicación de la iglesia “La Recoleta”



Nota. La iglesia la Recoleta dirigida por el Padre Pedro Terán (Presidente del CRR), fue uno de los puntos focales de la distribución del oxígeno del CCR.

Figura 3

Mapa de la ubicación de la iglesia “La Catedral”



Nota. La iglesia La Catedral, dirigida por el padre Juan Carlos Pérez (tesorero del CCR) fue el segundo punto focal para la distribución del oxígeno del CCR.

4.2. Diseño de la Investigación

La investigación adoptó un diseño descriptivo con enfoque mixto, ya que describió y explicó cómo la participación ciudadana, a través del CCR, contribuyó a mejorar la salud y atenuar los gastos económicos de los pacientes contagiados con la COVID-19 en el distrito de Cajamarca durante el año 2021.

- Descriptivo, porque ha caracterizado las acciones del colectivo y su impacto en la comunidad.
- Mixto, porque ha empleado técnicas cuantitativas (encuestas a pacientes) y cualitativas (entrevistas a miembros del colectivo), lo que ha permitido una comprensión más profunda del fenómeno.

Según Tamayo (2006), los estudios descriptivos tienen como finalidad especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o fenómenos, mostrando cómo son y cómo se comportan en la realidad

Según Creswell y Plano Clark (2018), el enfoque mixto permite “recopilar y analizar rigurosamente ambos tipos de datos, cuantitativos y cualitativos, en respuesta a las preguntas de investigación e hipótesis”. Este diseño es especialmente útil cuando se busca explicar fenómenos complejos que involucran tanto resultados medibles como experiencias sociales. En ese sentido, el diseño seleccionado fue pertinente para examinar los impactos sociales positivos de la participación ciudadana evidenciada en el CCR y su impacto en la mejora de la salud y atenuación de los gastos económicos de los pacientes contagiados por la COVID-19, en Cajamarca durante el año 2021.

4.3. Métodos de Investigación

Según la estrategia de obtención de información, para la investigación se usó el “Estudio de caso”, debido a que la investigación se centró en un caso en específico, el CCR y su intervención frente a la crisis sanitaria por el COVID-19, en el distrito de Cajamarca en 2021. En ese sentido, Yin (2018) señala que el estudio de caso es adecuado para “investigar fenómenos contemporáneos dentro de su contexto real”. Tal es el caso del contexto social emergente por la pandemia del COVID-19 que afectó a todo el mundo y Cajamarca no fue ajeno.

Según el tipo de inferencia, la investigación fue de carácter “inductivo

Inductiva: porque a partir de observaciones concretas (acciones del colectivo, testimonios y resultados) se construyó una comprensión general del fenómeno.

Hernández et al. (2014) explican que la inferencia inductiva permite “formular generalizaciones a partir de datos empíricos”.

4.4. Población, Muestra, unidad de análisis y unidad de observación.

4.4.1. Población

Para la investigación, la población estuvo conformada por dos grupos que sirvieron de fuente de información para demostrar los hallazgos obtenidos. La población estuvo compuesta por un universo de 8 miembros que pertenecen a la junta directiva del CCR y un universo de 3000 pacientes contagiados por la COVID-19 entre enero y diciembre del año 2021.

4.4.2. Muestra

Para la investigación, la muestra está conformada por 152 personas, divididas en: 8 miembros de la junta directiva del colectivo Cajamarca Respira y 144 pacientes contagiados con la COVID-19 que fueron atendidos con el oxígeno suministrado por la planta de oxígeno del CCR durante el año 2021. Para realizar el muestro de los pacientes contagiados con la COVID-19 se usó la fórmula:

$$N = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{E^2 (N-1) + Z^2 PQ}$$

En dónde se representan de la manera Siguiete:

- N: Población total = 3000
- Z: Nivel de Confianza = 95% = 1.96
- P: Probabilidad a Favor = 50% = 0.5%
- Q: Probabilidad en contra = 50% = 0.5%
- E: Margen de Error = 8% = 0.08

4.4.3. Unidad de Análisis

La investigación cuenta con dos unidades de análisis principales:

A. Miembros de la Junta Directiva del Colectivo Cajamarca Respira

- Esta unidad está conformada por 8 integrantes que participaron activamente y además movilizaron a más actores sociales para la gestión y coordinación de acciones del colectivo durante la emergencia sanitaria por COVID-19 para la obtención de la planta de oxígeno en el año 2021 en el distrito de Cajamarca. A través de ellos, se analizará el nivel de organización, la toma de decisiones, el diseño y uso de estrategias, como parte de su ejercicio de participación ciudadana en el marco de la atención a la población afectada.

Tabla 1

Miembros JD del CCR

SEXO	Nº	%
Masculino	5	62.5%
Femenino	3	37.5%
TOTAL	8	100%

B. Pacientes atendidos con oxígeno suministrado por el Colectivo Cajamarca Respira

- Esta unidad incluye a 144 personas contagiadas con COVID-19 que recibieron atención mediante el acceso gratuito al oxígeno, ofrecido por la planta del CCR durante el año 2021 en el distrito de Cajamarca. En ellos se evaluó el grado de satisfacción con la atención recibida, su recuperación, comparación de los gastos económicos asumidos frente a un posible escenario de adquisición privada del oxígeno medicinal, y su condición económica.

Tabla 2

Pacientes contagiados.

SEXO	Nº	%
Masculino	83	58%
Femenino	61	42%
TOTAL	144	100%

4.4.4. Unidad de observación

A. Miembros de la junta directiva del Colectivo Cajamarca Respira

Fueron observados directamente mediante una entrevista aplicada. Proporcionaron información sobre el nivel de organización interna, la toma de decisiones, el uso de estrategias, haciendo ejercicio de su participación ciudadana en la atención a los pacientes contagiados con COVID-19, en el distrito de Cajamarca.

B. Pacientes atendidos por el colectivo con oxígeno durante el año 2021

Fueron encuestados a través de cuestionarios virtuales. Aportaron datos sobre su nivel de satisfacción con el servicio de oxígeno recibido por el CCR, su proceso de recuperación y los gastos económicos en comparación con alternativas del sector privado.

4.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de información

4.5.1. Técnicas

A. Encuesta

Para Agudelo (2023), define a la encuesta como una técnica de investigación que permite recolectar información estandarizada sobre percepciones, comportamientos o actitudes, mediante un cuestionario aplicado a una muestra representativa. En el contexto de esta investigación, se desarrolló un conjunto de preguntas vinculadas a las variables dependientes (Salud y Gastos Económicos), con el fin de medir el bienestar físico, ausencia de afecciones o recuperación, consumo y satisfacción de necesidades; posteriormente, se realizó una selección de aquellas preguntas que guarden la mayor relación con las mismas para que proporcionen la información necesaria.

B. Entrevista.

Para Suarez (2023) La entrevista es un instrumento cualitativo que permite acceder a significados, experiencias y perspectivas subjetivas de los participantes, mediante una interacción verbal guiada por el investigador. En el contexto de esta investigación, se implementaron preguntas vinculadas a la variable independiente (Participación Ciudadana), con el fin de evidenciar las estrategias usadas por el CCR para articularse, incidir en la población y gestionar la planta de oxígeno medicinal.

4.5.2. Instrumentos

A. Cuestionario a los Pacientes contagiados por la COVID-19.

Según Vásquez (2025), el cuestionario es una herramienta estructurada que permite recopilar información de manera sistemática, facilitando la medición de variables y la evaluación de percepciones, actitudes o conocimientos dentro de una investigación institucional. Su diseño debe responder a objetivos claros y considerar la validez de las respuestas, así como la clasificación adecuada de los ítems.

B. Guía de entrevista a los miembros del CCR

Para Vidal (2021), La guía de entrevista es un conjunto estructurado de preguntas o temas que orientan el desarrollo de la entrevista. Este instrumento permite al investigador mantener el enfoque en los objetivos del estudio, asegurando que se aborden las variables o dimensiones relevantes. Puede ser abierta, semiestructurada o estructurada, dependiendo del tipo de entrevista que se utilice.

4.6. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

Programa estadístico para CC. SS – SPSS V.22.

4.7. Matriz de consistencia metodológica

Título: *Contribución de la Participación Ciudadana, a través del Colectivo Cajamarca Respira, en la mejora de la Salud y Gastos Económicos de los pacientes con COVID-19, Cajamarca 2021.*

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Metodología
Pregunta General: ¿Cómo se implementó la provisión de oxígeno medicinal por el Colectivo Cajamarca Respira y cuál fue su contribución reportada en la mejora de la salud y atenuación de los gastos económicos de los pacientes contagiados por COVID-19 en Cajamarca, 2021?	Objetivo General: Describir a la participación ciudadana a través del Colectivo Cajamarca Respira y su contribución en la mejora de la salud y atenuación de los gastos económicos de los pacientes contagiados con COVID-19, en Cajamarca durante el año 2021.	Hipótesis General La provisión de oxígeno medicinal implementada por el Colectivo Cajamarca Respira, como expresión de participación ciudadana, es descrita por los pacientes beneficiarios como una contribución a la mejora de su salud y a la atenuación de sus gastos económicos asociados durante la COVID-19 en Cajamarca, 2021.	Diseño de la Investigación Descriptivo Métodos Enfoque Mixto: Cuantitativo y Cualitativo Tipo de investigación Inductivo
Pregunta Específica: ¿Cuáles fueron las principales acciones implementadas por el CCR y cómo contribuyeron a sostener la provisión de oxígeno medicinal durante la crisis sanitaria en Cajamarca, 2021? ¿Qué resultados en la mejora de su salud reportan los beneficiarios y cómo atribuyen esa mejora a la contribución del CCR mediante el suministro de oxígeno, Cajamarca 2021? ¿Qué gastos económicos señalan haber evitado o reducido los beneficiarios y cómo vinculan ello con la contribución del CCR, Cajamarca 2021?	Objetivos Específicos Conocer cuáles fueron las acciones implementadas del CCR para la provisión de oxígeno medicinal durante la crisis sanitaria en Cajamarca durante el año 2021. Conocer la contribución de la participación ciudadana a través del Colectivo Cajamarca Respira en la mejora de la salud de los pacientes contagiados COVID-19, en Cajamarca durante el año 2021. Conocer la contribución de la participación ciudadana a través del Colectivo Cajamarca Respira en la atenuación de los gastos económicos de los pacientes contagiados con COVID-19, en Cajamarca durante el año 2021.	Hipótesis Específicas La provisión de oxígeno medicinal del Colectivo Cajamarca Respira es descrita por los pacientes beneficiarios como una contribución a la mejora de su salud durante la COVID-19 en Cajamarca, 2021. La provisión de oxígeno medicinal del Colectivo Cajamarca Respira es descrita por los pacientes beneficiarios como una contribución a la atenuación de sus gastos económicos asociados durante la COVID-19 en Cajamarca, 2021.	Técnicas e Instrumentos: - Encuesta ➡ Cuestionario - Entrevista ➡ Guía de la Entrevista Población y Muestra: - Junta directiva Colectivo C.R: 08 . - Pacientes Atendidos con oxígeno C.R: 144 Unidades de análisis - Colectivo Cajamarca Respira. - Pacientes atendidos con oxígeno. Instrumentos de Procesamiento de datos. SPSS V.22.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1. Presentación de Resultados

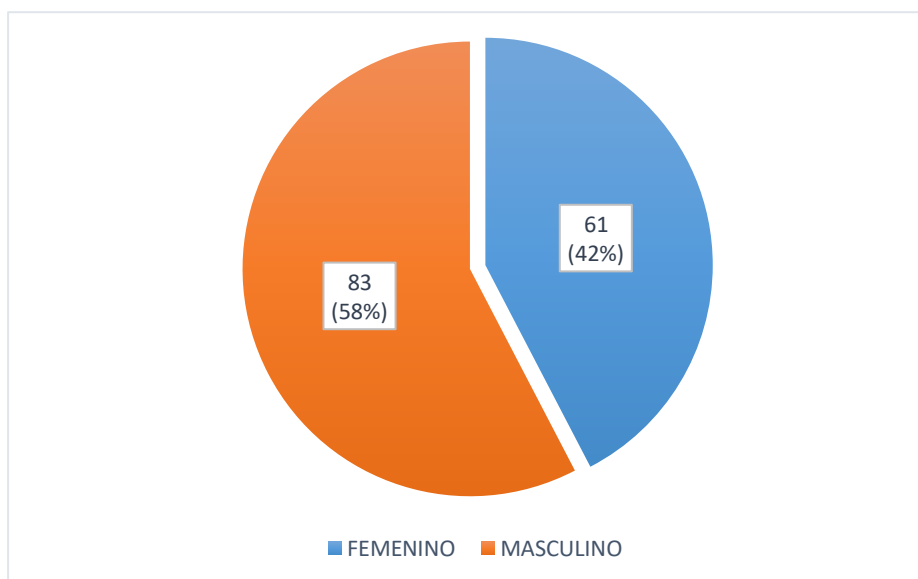
A continuación, se presentan y exponen los resultados de la encuesta aplicada a los 144 pacientes contagiados por la COVID-19 y que recibieron el oxígeno medicinal del Colectivo Cajamarca Respira. Y, de los 08 miembros de la junta directiva del Colectivo Cajamarca Respira, de quienes se expone los resultados obtenidos a través de la aplicación de la entrevista.

5.1.1. Encuesta aplicada a pacientes

5.1.1.1. Datos Generales de los Pacientes

Figura 4

Distribución por sexo de pacientes atendidos por el oxígeno del CCR.



La figura 4, muestra la distribución por sexo de la muestra de 144 pacientes encuestados que participaron en el estudio de la investigación. Del total de participantes, 83 personas (58%) son varones y 61 personas (42%) son mujeres. Esto significa que la mayoría de los pacientes encuestados y con necesidad de oxígeno fueron varones. Esta

predominancia masculina indica que, dentro de la muestra seleccionada, los hombres tuvieron una mayor representación al momento de brindar su opinión o experiencia en el estudio realizado.

Figura 5

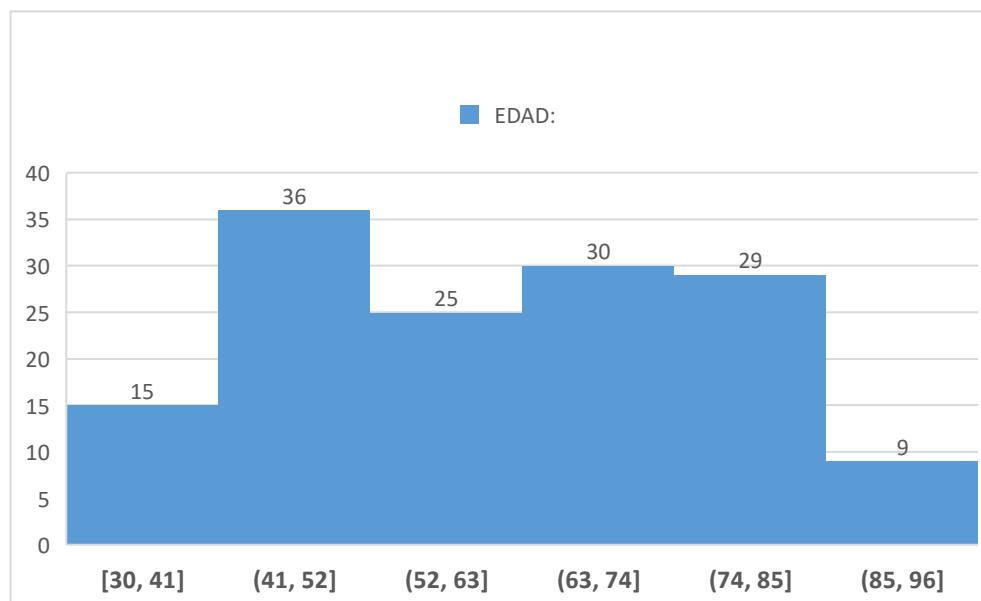
Procedencia de los pacientes atendidos por el oxígeno del CCR



La figura 5, presenta la procedencia geográfica de los pacientes encuestados, diferenciando entre aquellos provenientes del distrito de Cajamarca y los que residen en otras zonas de la provincia de Cajamarca. Del total de participantes, el 92% (133) indicó ser del distrito de Cajamarca, mientras que solo un 8% (11) provino de otros lugares dentro de la provincia de Cajamarca. Esto significa que la gran mayoría de los encuestados reside en el distrito de Cajamarca. Esta concentración sugiere que las percepciones y experiencias recogidas en el estudio corresponden principalmente a personas que viven en la capital distrital, donde se desarrollaron con mayor intensidad las actividades del Colectivo Cajamarca Respira.

Figura 6

Distribución por edad de los pacientes atendidos por el oxígeno del CCR



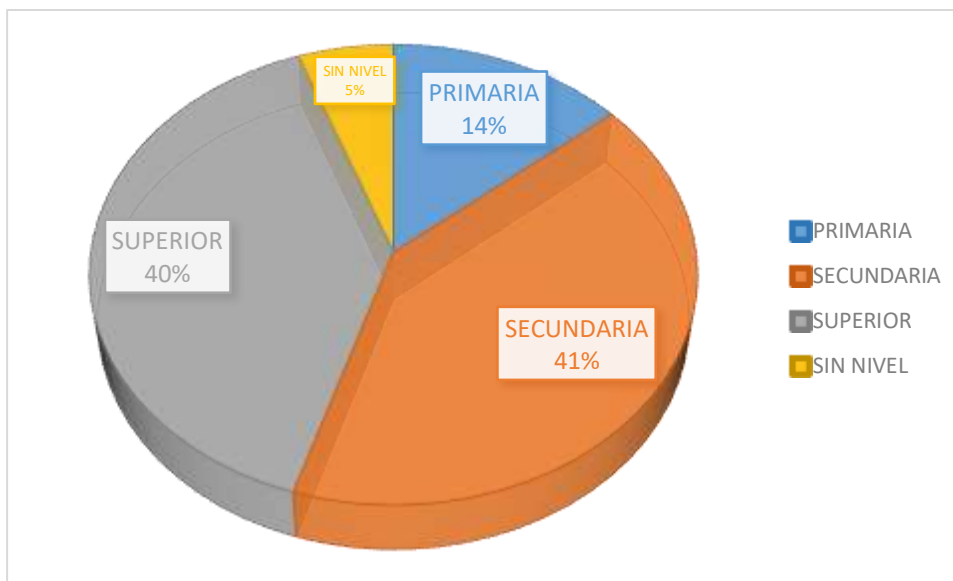
La figura 6, muestra la distribución de los pacientes encuestados por rangos de edad, permitiendo observar qué grupos etarios están más representados en la muestra:

1. **De 30 a 41 años:** 15 personas
2. **De 41 a 52 años:** 36 personas
3. **De 52 a 63 años:** 25 personas
4. **De 63 a 74 años:** 30 personas
5. **De 74 a 85 años:** 29 personas
6. **De 85 a 96 años:** 09 personas

Esto significa que la mayor parte de los encuestados se concentra entre los 41 y 74 años, siendo el grupo de 41 a 52 años el más numeroso. Esto refleja una predominancia de adultos de mediana y avanzada edad dentro de la muestra, que fueron pacientes con edades de mayor riesgo de contagio por la COVID-19. Permite evidenciar que, la atención brindada a través del CCR no solo fue oportuna, sino que también se focalizó en cubrir las necesidades de grupos con perfiles de riesgo diferenciados.

Figura 7

Nivel educativo de los pacientes atendidos por el oxígeno del CCR



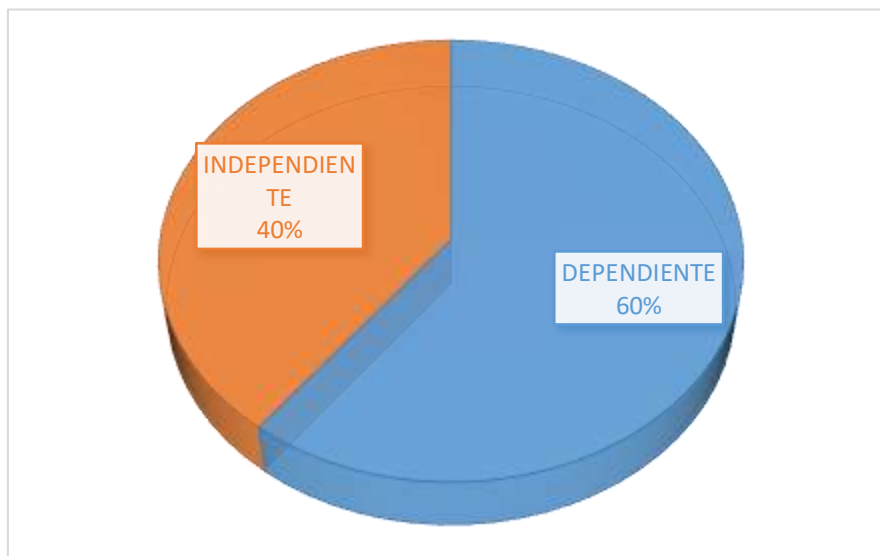
La figura 7, muestra la distribución del nivel educativo alcanzado por los pacientes encuestados, dividido en cuatro categorías: primaria, secundaria, superior y sin nivel educativo, los que se distribuyen de la manera siguiente:

1. **Secundaria:** 41%
2. **Superior:** 40%
3. **Primaria:** 14%
4. **Sin nivel:** 5%

Esto significa que la mayoría de los encuestados tiene estudios secundarios o superiores, siendo estos dos niveles casi equivalentes en proporción. Solo un pequeño grupo manifestó tener educación primaria o no contar con estudios formales. Estos datos reflejan que la mayor parte de la muestra posee al menos un nivel medio de formación académica, dicho hecho podría estar relacionado con un mayor acceso a información o a recursos, lo que puede influir en la manera en que estos individuos buscaron o recibieron la asistencia brindada por el colectivo.

Figura 8

Ocupación de los pacientes atendidos por el oxígeno del CCR



La figura 8, muestra la ocupación de los encuestados, especificando si realizan su actividad laboral de forma dependiente o independiente. El 60% de los participantes indicó trabajar de manera dependiente, mientras que el 40% trabaja de forma independiente. Esto significa que la mayoría de los encuestados tiene un empleo bajo relación de dependencia, es decir, trabaja para una institución, empresa o entidad bajo una estructura laboral establecida. En cambio, un 40% desarrolla actividades de forma autónoma, gestionando sus propios ingresos. Esta información permite conocer mejor el perfil laboral de la población participante.

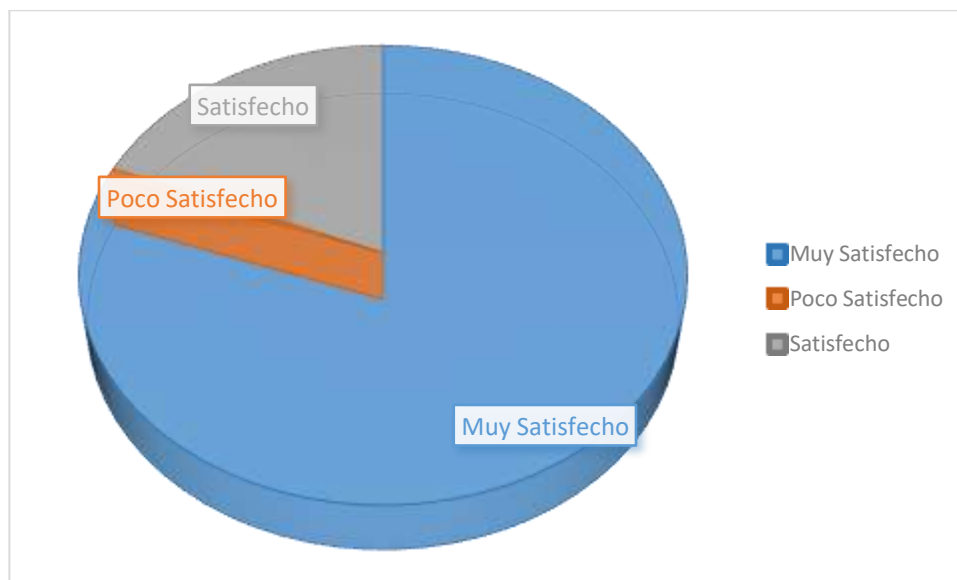
5.1.2.2. Variable: Salud

5.1.2.3. Dimensión: Bienestar físico

- a) **Indicador: Número de pacientes satisfechos por la atención con el oxígeno del C.C.R.**

Figura 9.

Satisfacción de los pacientes con la atención con oxígeno del CCR



La figura 9, presenta el número de pacientes satisfechos en relación con la atención recibida a través del suministro de oxígeno proporcionado por el Colectivo Cajamarca Respira, divididos en las categorías siguientes:

1. **Muy satisfecho:** 116 personas
2. **Satisfecho:** 27 personas
3. **Poco satisfecho:** 1 persona

Esto indica que la gran mayoría de los pacientes se sintieron satisfechos con la atención recibida mediante el acceso a oxígeno brindado por el Colectivo. En conjunto, 143 de 144 personas (más del 99%) manifestaron una valoración positiva (satisfechos o muy satisfechos), lo cual evidencia un alto nivel de aceptación respecto al servicio recibido. Solo una persona expresó una satisfacción baja, lo que representa un porcentaje marginal. Estos resultados reflejan una percepción mayoritariamente favorable respecto al apoyo respiratorio proporcionado durante el período crítico de la pandemia, sugiere que la mayoría experimentó mejoras significativas, lo que respalda la eficacia de la acción ciudadana en un escenario crítico.

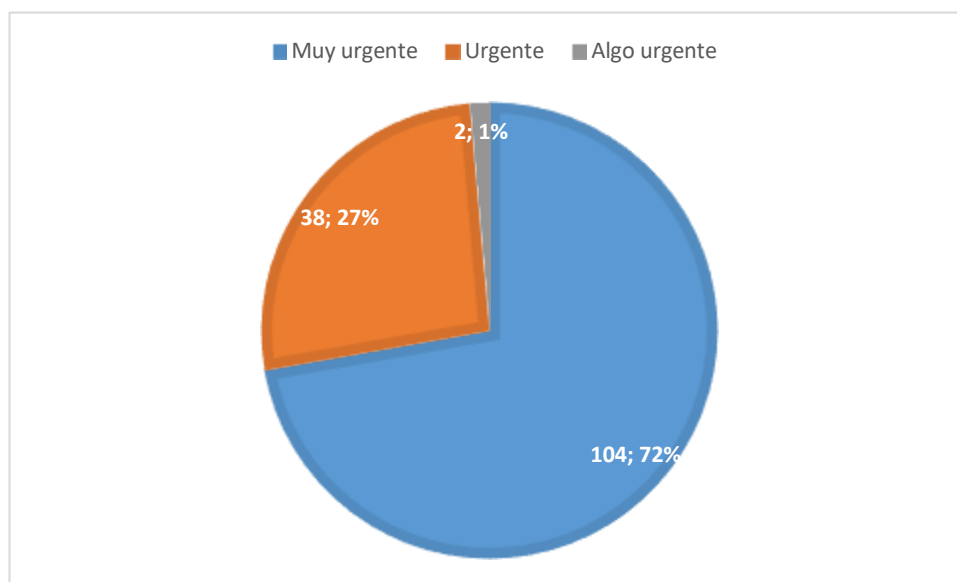
5.1.3. Variable: Gastos Económicos

5.1.3.1. Dimensión: Consumo

a) Indicador: Número de pacientes con urgencia de oxígeno

Figura 10

Pacientes contagiados con urgencia de oxígeno medicinal



La figura 10, representa el número de pacientes encuestados que requirieron oxígeno durante su proceso de atención en el contexto del COVID-19, según las categorías:

1. **Muy urgente:** 104 pacientes (72%)
2. **Urgente:** 38 pacientes (27%)
3. **Algo urgente:** 02 pacientes (1%)

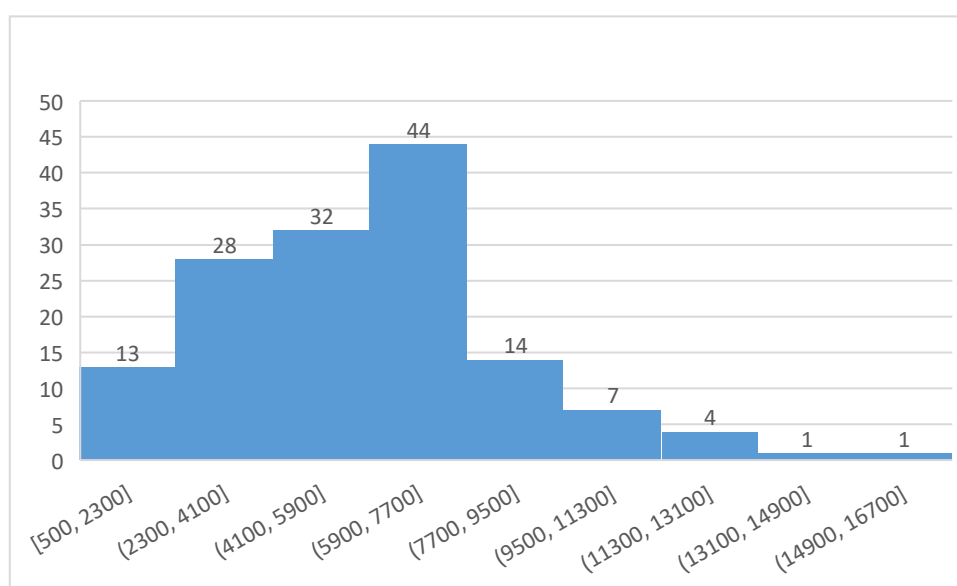
Esto significa que la gran mayoría de los pacientes encuestados específicamente el 72%, manifestaron haber necesitado oxígeno con un nivel de urgencia muy alto. A esto se suma un 27% que también expresó urgencia, aunque en menor grado. Solo un pequeño porcentaje el 1% indicó una necesidad algo urgente o moderada. Esta distribución revela una alta demanda de oxígeno en condiciones críticas, lo cual da cuenta de la importancia que tuvo contar con este insumo en tiempo

oportuno durante la emergencia sanitaria. Corroborando el cumplimiento del objetivo del CCR, de que, frente a la necesidad del consumo del oxígeno de los pacientes, mediante las acciones de participación ciudadana, se logra atender dicha necesidad de manera oportuna.

b) Indicador: Diferencia en costos: Oxígeno de la empresa privada y oxígeno del C.C.R.

Figura 11

Costo estimado del oxígeno si se hubiese comprado en empresa privada



La figura 11, muestra como los pacientes estimaron distintos rangos de gasto que habrían tenido que asumir por el oxígeno medicinal, en caso de haberlo adquirido a través de una empresa privada y no mediante el Colectivo Cajamarca Respira.

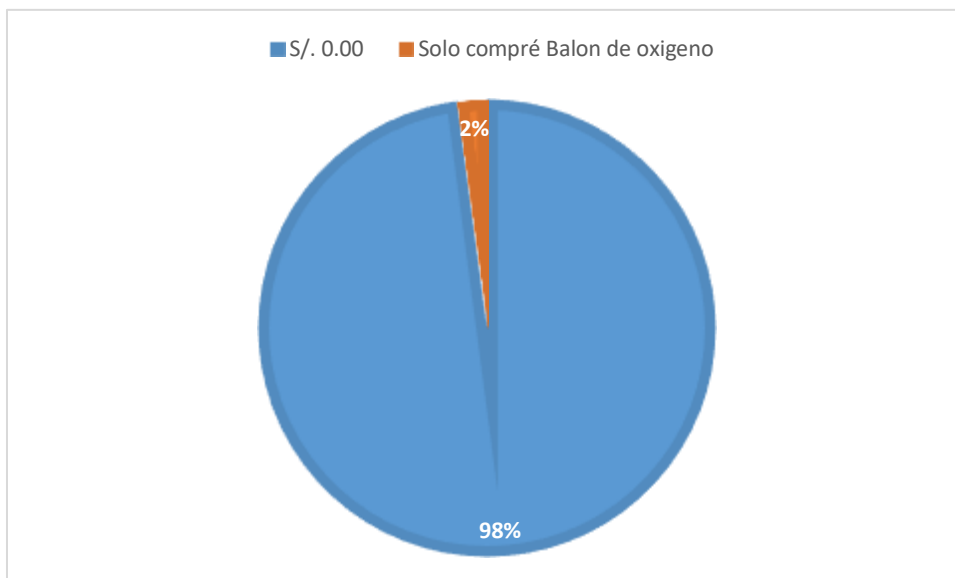
1. **S/ 500 – 2,300:** 13 personas
2. **S/ 2,301 – 4,100:** 28 personas
3. **S/ 4,101 – 5,900:** 32 personas
4. **S/ 5,901 – 7,700:** 44 personas
5. **S/ 7,701 – 9,500:** 14 personas
6. **S/ 9,501 – 11,300:** 7 persona

7. **S/ 11,301 – 13,100:** 4 personas

8. **S/ 13,101 – 14,900:** 1 persona

9. **S/ 14,901 – 16,700:** 1 persona

Esto significa que un gran número de pacientes habría tenido que realizar un gasto considerable por el oxígeno si lo hubiesen adquirido en la empresa privada. El rango de S/ 5,901 a S/ 7,700 fue el más frecuente, reportado por 44 personas, seguido por otros rangos de costo igualmente significativos. Estos datos reflejan que la provisión gratuita de oxígeno representó un importante alivio económico para la mayoría de los beneficiarios durante la emergencia sanitaria, pues de otro modo habrían enfrentado costos que, para muchos, resultan difíciles de asumir, mucho más si son personas con recursos limitados. Incluso el rango considerado "más económico" (S/ 500 – 2,300) representaba un gasto considerable, lo que limitaba la posibilidad de adquirir este recurso vital de forma privada. Esto refuerza la relevancia de la intervención del Colectivo Cajamarca Respira, ya que, ante precios tan elevados, la asistencia ciudadana emergió como una respuesta crítica para garantizar el acceso al oxígeno, reduciendo el impacto de la crisis en la salud y aliviando la carga económica de los pacientes. La elevada urgencia en la obtención de oxígeno, evidenciada en los otros gráficos, contrasta notablemente con el alto costo del suministro. Esta dualidad pone de manifiesto la situación crítica, frente una necesidad inminente de salud ante precios que resultaban prohibitivos para la mayoría, lo que subraya la importancia y la efectividad de las intervenciones basadas en la Participación Ciudadana para mitigar brechas en el acceso a recursos esenciales.

Figura 12*Costo estimado del oxígeno en el CCR*

La figura 12, presenta cuanto fue el costo de los pacientes para acceder al oxígeno proporcionado por el Colectivo Cajamarca Respira, comparando a quienes no pagaron nada con quienes solo compraron el balón de oxígeno por su cuenta, los datos obtenidos fueron:

- a. **S/ 0.00:** 98% de los pacientes
- b. **Solo compró balón de oxígeno:** 2% de los pacientes.

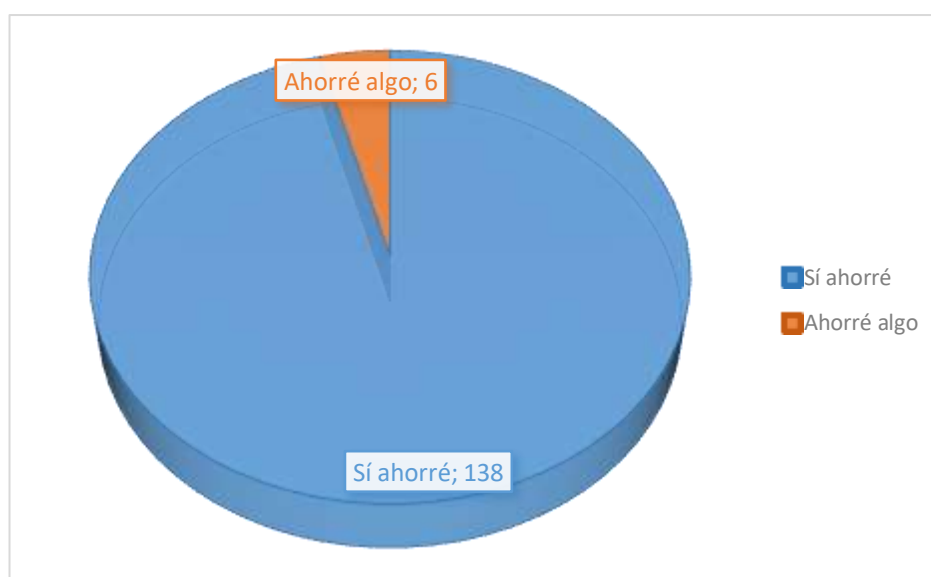
Esto significa que casi la totalidad de los pacientes (98%) no incurrieron en ningún gasto por la adquisición del oxígeno, ya que el servicio fue cubierto en su totalidad por el Colectivo Cajamarca Respira, a través de la gestión y donación de la ciudadanía. Solo un 2% indicó haber comprado únicamente el balón, sin costo asociado al suministro del oxígeno en sí. Este aspecto es determinante, especialmente en un contexto donde los altos costos del oxígeno en el mercado hicieron que muchas personas con recursos limitados no pudieran adquirirlo. La gratuidad del servicio permitió una respuesta inmediata y efectiva a una necesidad crítica de salud, evitando que la situación económica de los pacientes se viera agravada. Esta evidencia se alinea

con el objetivo general de la tesis, demostrando que la participación ciudadana a través del Colectivo Cajamarca Respira no solo mejoró el acceso al oxígeno, sino que, además, lo hizo sin generar una carga económica adicional para los usuarios. En un escenario donde la adquisición privada de oxígeno era inalcanzable para muchos, el modelo de atención ciudadana destacó por su capacidad para entregar un recurso vital de forma gratuita.

5.1.3.2. Dimensión: Satisfacción de necesidades

a) Indicador: Número de pacientes que atenuaron sus gastos económicos en salud por recibir el oxígeno del CCR

Figura 13
Ahorro con la atención del oxígeno brindado por el CCR



Nota: La figura refleja la cantidad de pacientes que lograron “atenuar sus gastos económicos” y ahorrar con el oxígeno proporcionado por el CCR.

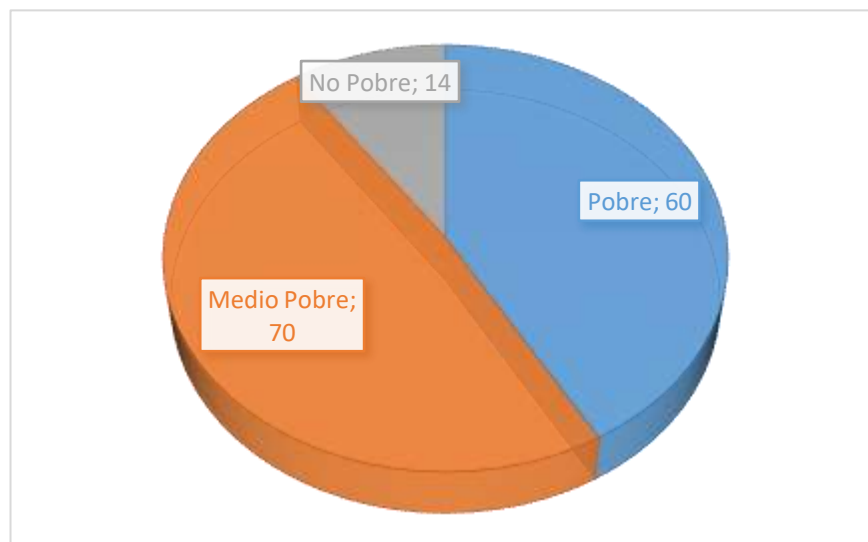
La figura 13, muestra la proporción de pacientes que consideran que la atención recibida con oxígeno a través del Colectivo Cajamarca Respira fue exitosa en cubrir sus necesidades económicas, arrojando los datos siguientes.

- **Sí ahorré:** 138 personas
- **Ahorré algo:** 6 personas

Esto significa que el 100% de los encuestados considera que la atención recibida fue exitosa, ya que todos manifestaron haber ahorrado total o parcialmente gracias al acceso al oxígeno brindado por el C.C.R. En particular, 138 personas (96%) afirmaron haber ahorrado completamente, mientras que 6 personas (4%) señalaron haber tenido algún nivel de ahorro. Este resultado refleja una cobertura efectiva y favorable, evidenciando que la intervención del Colectivo logró satisfacer una necesidad crítica para casi la totalidad de los beneficiarios. lo que representa un alivio económico relevante, de este modo, la intervención se muestra como fundamental para reducir el impacto del gasto económico sobre aquellos que enfrentaban la crisis con recursos limitados.

b) Indicador: Número de pacientes atendidos por el CCR según su condición económica.

Figura 14
Condición económica de los pacientes atendidos por el oxígeno del CCR



La Figura 14, representa la distribución de los pacientes beneficiarios del oxígeno del Colectivo Cajamarca Respira según su condición económica, dividida en tres categorías: "No pobre", "Medio pobre" y "Pobre", arrojando los resultados siguientes:

1. **No pobre:** 14 personas
2. **Medio pobre:** 70 personas
3. **Pobre:** 60 personas

Esto significa que el Colectivo Cajamarca Respira brindó atención con oxígeno a pacientes de diversas condiciones económicas, incluyendo personas no pobres (10%), medio pobres (49%) y pobres (41%). La distribución muestra que no hubo exclusión en la atención según la situación económica, lo que sugiere una intervención de carácter amplio y sin discriminación. Este enfoque inclusivo permitió que incluso las personas en mayor vulnerabilidad accedieran al recurso vital durante la emergencia sanitaria. Cabe precisar que, la atención focalizada en una población en su mayoría "Pobre" y "Medio Pobre" apoya los objetivos de la tesis. No solo se evidencia una mejora en la salud a través de la provisión de oxígeno, sino también un alivio en la carga económica para este sector social, que en tiempos de emergencia no podía asumir los altos costos del mercado. Esto fortalece el argumento de que la participación ciudadana se tradujo en un beneficio significativo para los sectores más vulnerables de la comunidad.

5.1.2. Análisis de la entrevista a miembros de la junta directiva del C.C.R

5.1.3. Datos Generales

Tabla 3

Datos de los miembros de la Junta Directiva del CCR.

Nº	Nombres completos	Organización a la que pertenece	Rol que ocupa en el CCR	Mes y año de integración al CCR
1	P. Pedro César Terán Malca	Iglesia Recoleta - Sacerdote	<i>Presidente</i>	Abril 2020
4	Soc. Gisela Ortiz Barboza	Red de Mujeres Iberoamericanas	<i>Vicepresidenta</i>	Abril 2021
2	P. Juan Carlos Pérez Chávez	Iglesia La Catedral - Sacerdote	<i>Tesorero</i>	Abril 2020
3	Ing. Hugo Novoa Reyna	A título personal	<i>Secretario</i>	Julio 2020

5	Ing. Víctor Omar Cerna Álvarez	Club de Leones	<i>Vocal</i>	Abril 2020
6	Ing. Lorena Sandoval Vigo	Cámara de Comercio	<i>Participante Activo</i>	Abril 2020
7	Lic. Marlene Toribia Ortiz Guadalupe	Rotarac Club Layzón	<i>Encargada de comunicaciones</i>	Abril 2020
8	Ing. Humberto Rodolfo Ortiz Chávez	A título personal	<i>Responsable técnico</i>	Abril 2020

5.1.3.1.Variable: Participación Ciudadana

5.1.3.2.Dimensión: Estrategias

a) *Indicador: Grado de articulación entre actores sociales del CCR para el fin.*

Se encontró que hubo una articulación efectiva entre actores sociales para la formación y consolidación del Colectivo Cajamarca Respira, según las respuestas dadas por miembros del CCR, se evidenció que hubo un proceso de articulación espontánea, solidaria y estratégica surgida de la necesidad de responder ante la crisis sanitaria que el Estado no estaba logrando contener.

Entre las frases recogidas en respuesta a la pregunta: *¿Cómo Nació la idea de Formar CCR?*, la cual evidenciara el grado de articulación, los actores sociales del CCR, dijeron:

- *“Estábamos en estado de crisis.”*
- *“Todos queríamos dar oxígeno.”*
- *“Conseguir traer la planta de oxígeno.”*
- *“Conseguir salvar vidas incluso las nuestras”*
- *“Intentar abordar lo que se venía venir”*
- *“Porque la gente moría”*

Expresa que el propósito común de la articulación fue: *“La adquisición de una planta generadora de oxígeno, para abordar el problema de crisis”* este propósito sirvió como eje aglutinador de distintos actores sociales que además representaban

instituciones religiosas, colegios profesionales, organizaciones e incluso a nombre propio, motivados por la urgencia sanitaria que la pandemia provocó en Cajamarca.

El surgimiento de la idea del CCR no fue producto de una sola persona, sino de múltiples iniciativas paralelas de actores sociales. Algunos miembros relatan haber iniciado contactos desde: *Voluntarios, instituciones religiosas, profesionales de la salud, líderes comunitarios, ciudadanía en general, colegios profesionales o incluso directores de hospitales*. Esta red inicial de relaciones se fortaleció en la práctica entre actores con experiencia en: *Gestión pública, liderazgo comunitario, asistencia médica, asistencia técnica de equipos de salud y/o plantas de oxígeno, medios de comunicaciones, manejo del idioma inglés*, demostrando que la complementariedad de funciones y saberes fue clave para articular una respuesta efectiva, permitiendo una respuesta rápida y eficaz ante la escasez de oxígeno, y generó un sentido de responsabilidad compartida frente al problema público, además, se evidencia una ética solidaria al interior del colectivo, donde la motivación no era el beneficio individual, sino la voluntad de servicio.

Asimismo, respecto a la pregunta: *¿Cuántas organizaciones se sumaron al CCR?*, que también busca conocer el grado de articulación:

Se encontró que el colectivo logró sumar a más de 50 organizaciones y personas naturales durante su primera etapa (2020 de julio a diciembre), destacando la participación activa de: *Juntas vecinales, la Cámara de Comercio, empresas privadas como “La Souther Perú”, UGEL, Defensoría del Pueblo, iglesias católicas y evangélicas, e incluso voluntarios individuales*. Aunque no todos participaron de forma constante, sí se evidencia un núcleo comprometido de 12 actores clave que lideró la toma de decisiones y la ejecución de actividades.

Respecto a las motivaciones personales detrás de esta articulación, se les planteó la pregunta: *¿Cuáles fueron sus objetivos al ser parte de CCR?* Sus respuestas fueron:

- *“salvar vidas a través de mi experiencia”*,
- *“Servir”*,
- *“La preocupación por el colapso sanitario”*,
- *“la pérdida de vidas por falta de oxígeno”*,
- *“la indignación ante la inacción de las autoridades estatales”*
- *“los exorbitantes precios del oxígeno medicinal”*.

Frente a estos vacíos, se evidenció que los actores sociales del CCR decidieron asumir un rol activo, movilizandando recursos, generando confianza social y canalizando la participación ciudadana en acciones concretas. En términos sociológicos, este fenómeno refleja la teoría de la Acción social de Weber la de tipo “Racional con arreglo a fines” (Weber), donde los actores, motivados por una necesidad compartida, organizan su accionar de manera estratégica. Además, se alinea con el concepto de hecho social de Durkheim, al convertirse en una forma colectiva de respuesta frente a una crisis estructural.

b) Indicador: Nivel de compromiso entre actores sociales del CCR para el fin.

El nivel de compromiso entre los actores sociales que conformaron el CCR, se manifestó de forma horizontal, organizado, comprometido y sinérgica, donde cada miembro asumió un rol específico guiado por el objetivo común: *“Salvar vidas mediante la adquisición y funcionamiento de una planta de oxígeno medicinal”*

Estos hallazgos se encontraron en las respuestas a las preguntas: *¿Cómo fue el desenvolvimiento de los actores sociales del CCR?*, y *¿Cómo define su participación dentro del CCR?* en donde se destacan las respuestas comunes como:

- *Todos estábamos unidos por la causa común*

- *Unidad y organización estratégica según capacidades*

Evidenciándose un compromiso notable y solido por parte de los actores sociales del CCR, quienes incluso dejaron sus trabajos para dedicarse plenamente a las acciones del colectivo, así como lo declaró el miembro Hugo Novoa Reina: *“Dejé mi trabajo y me involucré al 100%”*. Revelando un notable nivel de compromiso; demostrando que la participación ciudadana trasciende la formalidad o la obligación institucional y se vuelve en una participación moral y afectiva, profundamente interiorizada como un deber cívico y ético frente a una emergencia colectiva, expresándose en la “acción social afectiva” (Weber) y el hecho social solidario (Durkheim) como fundamentos de la organización espontánea.

Además que este compromiso fue estructurado a través de una distribución de funciones basado en capacidades y experiencia técnica e institucional de los actores sociales, como lo expresó el miembro Víctor Cerna Álvarez *“Nosotros formamos grupos de trabajo según nuestras capacidades o contactos, Yo, por ser ingeniero me encargaba del área técnica”*; La miembro Lorena Sandoval *“Yo era el nexa con los agremiados”*, el miembro Padre Pedro Terán *“Yo era la imagen de la honestidad”*; La miembro Marlene Toriba *“Yo era la encargada de las comunicaciones”*. Este modelo organizativo responde a una lógica de complementariedad y confianza, en donde no hubo jerarquías impuestas, sino reconocimiento mutuo de competencias, lo que permitió una gestión eficiente de los recursos y tiempos en un contexto altamente adverso. La estructura funcional se fue constituyendo en torno al objetivo común con un alto nivel de compromiso, lo cual es evidencia de una participación ciudadana efectiva, práctica y adaptativa. En términos de Ziccardi (2000), esta participación ciudadana fue “un proceso de toma de decisiones conjuntas con beneficio para la sociedad”.

El análisis de este indicador, permitió concluir que el nivel de compromiso de los actores sociales del CCR fue notable, sólido y consistente, ya que las respuestas evidenciaron un profundo compromiso que partió de los internos y se materializó en acciones colectivas, construido sobre la base de una red ciudadana diversa, en la que cada actor social aportó desde sus conocimientos, contactos y convicciones éticas, permitiendo una respuesta efectiva y solidaria frente a una crisis sin precedentes. Este tipo de colaboración expresa una participación ciudadana transformadora, donde el accionar colectivo sustituyó temporalmente funciones estatales esenciales, materializando el derecho a la salud a través de la acción social directa. En consecuencia, el CCR no solo representó un ejemplo de buena práctica en tiempos de emergencia, sino también una evidencia empírica de que la participación ciudadana puede convertirse en una estrategia legítima y eficaz para la atención de problemas sociales.

c) *Indicador: Nivel de incidencia de los actores sociales del CCR en la comunidad.*

Las respuestas obtenidas de los miembros revelaron una alta incidencia del CCR sobre la comunidad cajamarquina, evidenciada en una movilización masiva de *solidaridad social*, en donde el concepto de participación ciudadana, entendida como la acción conjunta y voluntaria de los ciudadanos en procesos de interés público, se materializó en la respuesta colectiva que superó las expectativas, tanto en amplitud como en profundidad.

Así lo detallaron las respuestas a la pregunta; respecto a la incidencia: *¿Cómo la calificaría la solidaridad social de los ciudadanos en esos momentos?*, obteniendo lo siguiente:

- *“Toda la ciudadanía colaboraba con todo lo que podía”*
- *“¡Bendito sea Dios!, la planta de oxígeno fue obra de la gente sencilla”*

- *"¡El pueblo lo hizo todo!, en las campañas se sumaron la Souther Perú, algunos artistas y voluntarios nos hacían llegar donativos"*
- *"Cada Cajamarquino apoyó, desde las señoras que vendían en el piso, sol a sol se juntó lo que se requería"*
- *"Vimos la solidaridad del pueblo, de la gente de a pie, del más pobre"*
- *"Con las empresas privadas había mucho celo, ellos nos tildaban de izquierdistas, pero nunca tuvimos una postura política, era parte de nuestros acuerdos"*

Respuestas que reflejaron que el CCR no solo gestionó una respuesta institucional o técnica, sino que activó una corriente social de compromiso ciudadano, donde cada persona aportó sin importar sus limitadas capacidades, incluyendo a sectores históricamente marginados como ambulantes, comerciantes del mercado, personas en situación de pobreza o vendedores callejeros.

Desde la perspectiva de Max Weber, este fenómeno puede interpretarse como una acción social racional con arreglo a fines, donde los actores sociales del CCR influyeron en la comunidad activando valores de solidaridad, reciprocidad y responsabilidad compartida. Al mismo tiempo, según Émile Durkheim, esta manifestación colectiva puede catalogarse como un hecho social solidario, en tanto configura una respuesta organizada, externa al individuo, pero adoptada por él, en función de una necesidad colectiva: *"Salvar vidas"*. Los testimonios recabados también evidenciaron una fuerte legitimidad social del colectivo, al punto que sectores como los artistas y algunos voluntarios, se vincularon al proyecto, realizando donaciones de bienes, servicios o dinero. Las acciones de incidencia lograron sobreponerse incluso a la falta de respaldo de actores institucionales como grandes empresas o autoridades, quienes, según los entrevistados, cerraron las puertas o mostraron resistencia por

razones políticas o económicas. Este contraste entre la participación de los sectores populares y la ausencia del empresariado muestra que la incidencia del CCR fue mayor en la base social, fortaleciendo lo que De Sousa Santos denomina una “democracia desde abajo” o de alta intensidad. Es decir, una práctica de ciudadanía que no espera aprobación institucional, sino que actúa directamente sobre las necesidades urgentes del entorno. La construcción colectiva de la planta de oxígeno se configura no solo como un logro técnico o logístico, sino como un símbolo de cohesión comunitaria y poder ciudadano, que permitió a la sociedad civil recuperar protagonismo en un contexto de crisis estatal.

El CCR tuvo una alta incidencia sobre la ciudadanía, movilizand o una red amplia y diversa de actores sociales que respondieron con una solidaridad excepcional en medio de la emergencia sanitaria. Este resultado corrobora que la participación ciudadana organizada puede sustituir temporalmente funciones del Estado, generando respuestas eficaces y legitimadas socialmente. En ese sentido, el CCR representa una experiencia concreta de incidencia transformadora, basada en estrategias horizontales, colaborativas y profundamente humanas.

5.1.3.3. Dimensión: Toma de Decisiones.

a) *Indicador: Índice de claridad de decisiones del CCR orientadas a la gestión del financiamiento de la planta de oxígeno.*

Respecto al indicador, se les plantearon las preguntas:

- i. ¿Por qué tomaron la decisión de gestionar una planta de oxígeno?*
- ii. ¿Cómo se gestionó la planta de oxígeno y su instrumentaría para la producción?*
- iii. ¿Después de que tiempo de iniciada la gestión se obtuvo la planta de oxígeno?*

Las respuestas de los miembros del CCR permiten comprender que la gestión de la planta de oxígeno y su instrumentaría fue una acción urgente, estratégica, técnica y profundamente ciudadana, motivada por una realidad alarmante, como las declaraciones siguientes:

Respecto a la pregunta *¿Por qué tomaron la decisión de gestionar una planta de oxígeno?*, las respuestas obtenidas fueron:

- *La falta de oxígeno en la ciudad y la muerte diaria de pacientes por no poder acceder a este recurso vital.*
- *“La gente se moría”,*
- *“Era indignante y triste”*
- *“No todos podían acceder al oxígeno”*
- *“No había unidades de camas UCI”*

Respuestas que revelaron que la decisión de emprender esta gestión no fue deliberada en función de intereses políticos ni de planificación estatal, sino una reacción ética y humana frente al colapso del sistema de salud y la ausencia del Estado en la provisión de servicios básicos durante la pandemia.

Respecto a la pregunta *¿Cómo se gestionó la planta de oxígeno y su instrumentaría para la producción?*, se obtuvieron las respuestas:

- *“Realizábamos cotizaciones en china, y nos costaba cerca de 1 millón de soles, nos solíamos reunir de noche con las empresas de plantas de oxígeno”*
- *“A través de dos colectas, donde recaudamos 600 mil soles, y, no nos alcanzaba”*
- *“En las colectas juntamos el 80% y el 20% de donaciones”*

- *“Un día, una llamada milagrosa nos llamó desde Trujillo, el dueño de la empresa ROMEL, enterada de nuestra iniciativa, nos ofreció una planta a 300 mil soles incluido balones e instrumentaría”*
- *“Lamentablemente días después de habernos ayudado el dueño de la empresa ROMEL falleció con COVID”*
- *“Dios usó al dueño de esta empresa para que a través de él pudiésemos traer la planta de oxígeno a Cajamarca”*

Respuestas que demostraron que el colectivo actuó con criterios técnicos y administrativos sólidos, realizando cotizaciones, explorando múltiples opciones. Esta experiencia refleja lo que De Sousa Santos denomina; saberes y capacidades comunitarias de alta eficiencia, donde la sociedad civil organizada gestiona recursos de manera más ágil y honesta que muchas instancias estatales. También la forma en que se recaudaron los fondos refuerza esta visión: *el 80% provino de la ciudadanía, y solo un 20% de donaciones*, lo que demuestra que la gestión fue financiada principalmente por la participación popular y no por grandes actores económicos. Las respuestas revelaron además que la instrumentaría complementaria (balones, componentes técnicos, mantenimiento) fue gestionada a través de esfuerzos individuales y colectivos, apoyo técnico voluntario y recursos personales de los miembros. Esta red de apoyo demuestra una acción ciudadana compleja, resiliente y estratégica, que supera el enfoque asistencialista.

También se identificaron algunas resistencias institucionales, en respuesta a la pregunta *¿Después de que tiempo de iniciada la gestión se obtuvo la planta de oxígeno?*, en donde se hallaron las respuestas:

- *“En enero del 2021 la planta comenzó a funcionar”*

- *“Aunque la obtuvimos en diciembre del 2020, tuvimos problemas porque la DIRESA inicialmente se opuso a la instalación de la planta en el hospital Simón Bolívar y nos obligaron a que regaláramos la planta a la DIRESA para que nos permitieran dejarla funcionar, esto también nos limitaba, pero así lo hicimos porque los pacientes del Simón Bolívar también se beneficiarían”*

Esta situación refleja una paradoja de poder, en la que el Estado, ausente para resolver, reaparece para imponer condiciones. Sociológicamente, esta gestión es un ejemplo de acción social racional con arreglo a fines y valores (Weber), pues los actores combinaron eficacia operativa con motivaciones morales. Además, constituye un hecho social solidario (Durkheim), en tanto que se impuso como una forma colectiva y normativa de responder al sufrimiento social. La gestión para la obtención de la planta de oxígeno e instrumentaría fue una decisión colectiva estratégica impulsada por la urgencia sanitaria, guiada por la ética de la solidaridad y ejecutada con eficiencia técnica y organizacional. Esta experiencia demuestra que la participación ciudadana puede no solo movilizar recursos, sino también gestionar infraestructura crítica en contextos de crisis, cuando las estructuras estatales no responden con oportunidad ni eficacia. La labor del CCR evidencia una forma de autogobierno ciudadano capaz de transformar el dolor social en acción estructurada y salvadora.

b) Indicador: Grado de organización de actores sociales del CCR para el inicio del funcionamiento de la planta de oxígeno.

Las respuestas recogidas de los miembros del CCR, revelan un grado ordenado, funcional y eficaz de organización, en donde todos los actores sociales se encontraron

comprometidos que fue fundamental para la ejecución y sostenibilidad de las acciones durante la emergencia sanitaria.

Para este indicador, se les plantearon las preguntas:

- i. *¿Cómo se distribuyeron los roles para iniciar con el funcionamiento de la planta de oxígeno?*
- ii. *¿Cómo se habían organizado en jerarquías para la toma de decisiones?*

El análisis permitió identificar que respecto a la pregunta *¿Cómo se distribuyeron los roles para iniciar con el funcionamiento de la planta de oxígeno?* la participación de los actores no fue simbólica ni marginal, sino protagónica, especializada y multidimensional, en tanto que cada miembro asumió funciones específicas y funcionales con base en sus competencias personales, profesionales o institucionales. Frases como:

- *“Entrevistábamos a doctores y lo transmitíamos a la población para que no tengan temor sobre el oxígeno medicinal”*
- *“Los doctores del colectivo realizarían seguimiento a los pacientes que recibirán el oxígeno”*
- *“Yo era la imagen de la honestidad”*
- *“Yo era el nexo entre las acciones del colectivo y los agremiados”*
- *“Me encargaba de todo lo referente a la comunicación”*
- *“Yo con toda mi empresa me encargaría de la instalación y mantenimiento de la planta de oxígeno”,*

Demonstraron que el colectivo operó bajo una lógica de participación integral ordenada. Un elemento clave que se desprende del testimonio colectivo es el carácter multifuncional y descentralizado del CCR, en el cual cada actor asumió un liderazgo sectorial o temático (comunicación, enlace con empresas, gestión técnica,

transparencia), permitiendo una operación eficiente y adaptativa, incluso en entornos adversos como la virtualidad o el miedo al contagio. No hubo participación pasiva ni delegada, todos los entrevistados reportaron haber tenido un rol clave, que percibieron como necesario e irremplazable.

Adicionalmente, respecto a la pregunta *¿Cómo se habían organizado en jerarquías para la toma de decisiones?*, se obtuvieron las respuestas:

- *“Todos tomábamos las decisiones, sin embargo, la palabra final la tenía el padre Pedro y el padre Juancarlos”*
- *“La junta directiva, presidente, vicepresidente y tesorero”*

Se evidenció que respecto a la organización en las decisiones estas fueron colegiadas, con participación activa de todos los miembros de la Junta Directiva. Sin embargo, se reconoce que la palabra final recaía en el padre Pedro Terán y en el padre Juan Carlos Pérez, quienes ejercían un liderazgo natural dentro del colectivo. Esta estructura horizontal con liderazgo ético generó legitimidad interna y facilitó decisiones rápidas en un contexto de emergencia, sin burocracia ni jerarquías rígidas.

Las respuestas obtenidas para este indicador demostraron que la participación individual se fusionó con la institucional, ya que algunos actores sociales vincularon sus redes profesionales y laborales al CCR, como el caso del apoyo técnico brindado por la empresa de uno de los miembros. Este grado de organización eficaz, evidencia una práctica de ciudadanía activa, empoderada y estratégica, que no solo ejecutó acciones, sino que construyó colectivamente todo un proceso a través de un grado de organización ordenado, funcional y eficaz.

c) *Indicador: Nivel de organización del CCR para la distribución del oxígeno*

Respecto a la distribución del oxígeno medicinal a través del inicio del funcionamiento de la planta gestionada por CCR, se evidenció que fue un proceso

altamente organizado, éticamente fundamentado y ejecutado bajo criterios de universalidad, equidad y humanidad, en respuesta a un contexto de colapso sanitario y especulación del mercado.

Para este indicador, se plantearon las preguntas:

- i. *¿Cuáles eran los criterios para el suministro de oxígeno?*
- ii. *¿Tenían priorizaciones en la distribución del oxígeno?*
- iii. *¿Había atención diferenciada según condición económica de los pacientes?*

En donde, respecto a la pregunta sobre los *Criterios de suministro*, se recogieron las respuestas que:

- *Presentación de receta médica*
- *DNI del paciente, DNI del solicitante*
- *Recibo de servicios.*

Aunque inicialmente, el oxígeno se entregaba a quienes lo solicitaban, mencionan los entrevistados, se detectaron casos de reventa o uso indebido, por ello es que el colectivo estableció criterios básicos para garantizar su uso legítimo, estas exigencias mínimas y alcanzables buscaron evitar abusos y asegurar que el recurso llegara a quienes verdaderamente lo necesitaban, sin que ello implicara discriminación alguna.

Respecto a la pregunta si, *¿se tenía priorización en la distribución del oxígeno?*

De forma categórica, todos los entrevistados coinciden en que no hubo criterios de priorización económica ni social. Si bien en un inicio se pensó en enfocar la atención hacia las personas pobres, la realidad desbordó esa intención. Ante la gravedad de la situación, el colectivo adoptó una ética universalista de atención por igual a todos, basada en la vida como valor supremo, algunas de las respuestas resaltan en:

- *“Nunca hicimos priorización porque todos eran prioridad”*
- *“No podíamos caer en el juego de las empresas privadas, quitarle la vida por no tener dinero”*
- *“Las empresas privadas nos veían como una sombra”*
- *“Todas las vidas eran importantes, por sentido de humanidad”*
- *“Eran circunstancias de vida o muerte por eso brindábamos el oxígeno con rapidez”*
- *“Teníamos el apoyo del serenazgo quienes nos apoyaban en el traslado de los balones recargados y llevaban oxígeno a los domicilios de las personas que no podían trasladar los balones”*

Este principio de equidad solidaria marca una diferencia fundamental frente al accionar de empresas privadas, que comercializaban el oxígeno a precios exorbitantes, generando exclusión y angustia.

Respecto a la pregunta *¿Había atención diferenciada según condición económica de los pacientes?*, entre las respuestas se evidenció gratitud ciudadana y valor simbólico de la gratuidad ya que el colectivo nunca vendió el oxígeno. Incluso cuando consideraron cobrar un monto simbólico para mantenimiento, decidieron mantener la gratuidad como principio moral. El razonamiento fue claro, se registraron las respuestas:

- *“Si el pueblo lo compró, ¿cómo íbamos a venderlo?”*
- *“Para nosotros todos eran prioridad, en ese contexto no había ninguna diferencia, no podíamos diferenciar las vidas”*
- *“Mucha gente de alta posición se acercaron a solicitarnos oxígeno, y siempre les dimos oxígeno gratuito, porque las empresas privadas que vendían el oxígeno costaban al 1000% de su precio real”*

- *“Aquí las brechas se rompieron para poder ayudarnos”*

Esta organización de decisiones consolidó el rol del CCR como agente ciudadano de justicia social, reforzando la confianza pública y legitimando la participación ciudadana como motor de cambio y Superación de las brechas sociales. Uno de los testimonios resume con profundidad el valor transformador de esta experiencia: *“Volver a vivir, una lección de vida para todos”* Este mensaje evidencia que la organización para la distribución del oxígeno no solo salvó vidas, sino que promovió cohesión social, resiliencia comunitaria y reconciliación entre sectores sociales.

La distribución del oxígeno a través de la planta gestionada por el Colectivo Cajamarca Respira, fue una experiencia ejemplar de participación ciudadana ética, solidaria y técnicamente organizada. El CCR no solo logró proporcionar un recurso escaso en condiciones críticas, sino que lo hizo con criterios de igualdad, transparencia y sentido humano, sin reproducir los patrones de exclusión propios del mercado. Esta experiencia confirma que la sociedad civil organizada tiene la capacidad de administrar bienes esenciales con justicia y eficiencia, desafiando incluso al sistema de salud formal.

5.1.3.4.Variable: Salud

5.1.3.5.Dimensión: Ausencia de enfermedades

a) Indicador: Número de pacientes recuperados atendidos con el oxígeno del CCR.

Respecto a este indicador se plantearon las preguntas siguientes:

- ¿Cuan decisivo era la utilización de oxigeno para el tratamiento del COVID-19?*
- De los pacientes que recibieron oxigeno ¿Cuántos de ellos se recuperaron?*

iii. *¿Cómo benefició a los contagiados recibir el oxígeno?*

Las respuestas obtenidas de los miembros del CCR, respecto a la pregunta *¿Cuan decisivo era la utilización de oxígeno para el tratamiento de la COVID-19?* Todos, mostraron una visión unánime sobre la importancia del oxígeno como factor determinante en la recuperación de pacientes con COVID-19. A nivel discursivo, los entrevistados utilizan expresiones como al referirse a cuan decisivo era el oxígeno para la salud de los pacientes que recurrieron al oxígeno CCR como:

- *“Fue decisivo para vivir o morir”*
- *“Si no se les atendía con oxígeno podían morir”*
- *“De eso dependía la recuperación”*
- *“Era lo único que podía salvar la vida”*

Estas afirmaciones reflejan no solo la urgencia clínica, sino también la dimensión emocional y ética que acompañó la gestión del oxígeno como insumo crítico.

Respecto a la pregunta *¿De los pacientes que recibieron el oxígeno cuantos se recuperaron?*, la tasa de recuperación según los testimonios coincide en reportar que casi la totalidad de los pacientes se recuperaron. Algunos refieren porcentajes concretos:

- *“100% de las personas a las que yo llamaba me decían que se recuperaron”*
- *“Más del 95%”*
- *“Casi el 99% de nuestros voluntarios eran personal de salud y se dedicaban a hacer seguimiento a los pacientes”*

Respecto a su recuperación, esta información se sustenta *en seguimientos directos, visitas domiciliarias y llamadas realizadas por los miembros del colectivo,*

varios de los cuales eran personal de salud. Este acompañamiento cercano permitió tener un registro cualitativo confiable del proceso de recuperación.

Y, respecto a la pregunta *¿Cómo benefició a los contagiados recibir el oxígeno?*, entre las respuestas más resaltantes se destacan:

- *“Salvarles la vida”*
- *“Al regalar el oxígeno muchos podían acceder y salvar sus vidas”*
- *“Me benefició a mi yo y mi familia enfermamos y necesitamos oxígeno”*

Estos resultados se alinean con la teoría de la acción social de Max Weber, donde los actores del colectivo actúan no solo con racionalidad instrumental (distribuir oxígeno), sino también con racionalidad valorativa (salvar vidas). La decisión de brindar oxígeno gratuito y sin distinción alguna refleja una ética del cuidado y una concepción universalista del derecho a la salud. Desde el enfoque de Emile Durkheim, puede entenderse esta acción colectiva como un hecho social que se impuso en la comunidad como una norma de solidaridad, alterando positivamente la conducta individual y los patrones de ayuda mutua.

En términos concretos, la planta gestionada por el CCR permitió salvar vidas, y los actores sociales que la hicieron posible se convierten en agentes de salud comunitaria, con un impacto tangible en la reducción de la letalidad por COVID-19 en Cajamarca. Las entrevistas evidenciaron que la mayoría absoluta de los pacientes que recibieron oxígeno del CCR se recuperaron, y que la utilización del oxígeno fue un elemento clínico decisivo y determinante. Este resultado validó la hipótesis de la tesis al demostrar que la participación ciudadana, a través del CCR, contribuyó directamente a la mejora de la salud y atenuó sus gastos económicos de la población afectada por COVID-19. Así, el indicador se constituye como una de las expresiones

más claras del impacto transformador que puede tener la acción colectiva en contextos de emergencia sanitaria.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Discusión De Resultados

La presente discusión integra los hallazgos obtenidos mediante los instrumentos aplicados a beneficiarios y actores del Colectivo Cajamarca Respira (CCR), con el propósito de interpretar los resultados a la luz del marco teórico y del contexto de crisis sanitaria por COVID-19. En coherencia con el enfoque descriptivo, la evidencia se analiza como “resultados reportados” (percepción de beneficiarios) y como testimonios de gestión (relato de miembros), articulando ambos planos por triangulación.

El contexto resulta determinante para comprender la relevancia del fenómeno descrito. Durante la pandemia, el oxígeno medicinal se consolidó como un insumo crítico para pacientes con hipoxemia, siendo una intervención terapéutica esencial en casos severos. La literatura clínica y los organismos internacionales enfatizan que asegurar oxígeno suplementario constituye un componente básico del soporte respiratorio en COVID-19 y, por tanto, su disponibilidad condiciona la oportunidad de recuperación en entornos con limitaciones de oferta.

Participación ciudadana del CCR: estrategias y toma de decisiones

Los resultados cualitativos evidencian que el CCR emergió como una respuesta social organizada ante la escasez de oxígeno y el incremento de fallecimientos. Los miembros relatan que la decisión de gestionar la planta no respondió a un cálculo político ni a un interés lucrativo, sino a un sentido de urgencia social: “la gente se moría” y las respuestas del sector público y privado eran insuficientes. La organización interna se describe como una estructura de coordinación con toma de decisiones colectiva, con un rol articulador de la junta

directiva y liderazgo operativo que permitió canalizar donaciones, coordinar logística, definir criterios de atención y sostener la continuidad del servicio.

Desde un enfoque sociológico, esta dinámica se interpreta de manera consistente con la noción de acción social en Max Weber, en tanto las conductas se orientaron por fines (salvar vidas, garantizar acceso) y por valores (solidaridad, dignidad de la vida). Asimismo, el carácter colectivo, reiterado y normativo de la ayuda organizada puede leerse como un “hecho social” en el sentido de Durkheim: una pauta de conducta que se impone como práctica comunitaria frente a la inacción o insuficiencia estatal, en un escenario donde la urgencia sanitaria reconfiguró expectativas y obligaciones morales en la población.

En términos de democracia participativa, la experiencia del CCR muestra una intervención ciudadana directa en la gestión de un servicio esencial (oxígeno) más allá del marco representativo tradicional. Esta forma de autogestión comunitaria no sustituyó formalmente al Estado, pero sí operó como un mecanismo práctico de garantía de derechos en el corto plazo, articulando redes de apoyo y recursos para sostener la respuesta sanitaria.

Salud: bienestar físico y recuperación reportada

En la encuesta aplicada a pacientes beneficiarios (143), la necesidad de oxígeno se describió predominantemente como urgente: 72% indicó “muy urgente” y 27% “urgente”, lo que evidencia que el servicio respondió a una demanda de alta criticidad. En cuanto a la percepción de contribución del oxígeno del CCR a la recuperación, 97.9% respondió afirmativamente, lo cual es consistente con la centralidad clínica del oxígeno en cuadros respiratorios severos.

Respecto a la satisfacción, 80.4% se declaró “muy satisfecho” y 18.9% “satisfecho” (solo 0.7% “poco satisfecho”), lo que sugiere que la experiencia de

atención fue valorada positivamente por la gran mayoría. En el plano cualitativo, los miembros del CCR refieren tasas de recuperación superiores al 90% y 95% entre quienes recibieron oxígeno, y califican su uso como “vital” para el tratamiento, reforzando la convergencia entre percepción de beneficiarios y relato de gestores. Estos hallazgos se alinean con lo señalado por Herráiz et al. (2024), quienes destacan que la participación ciudadana en salud permite una mejor priorización de necesidades y una gestión más eficiente de los recursos sanitarios, lo que se traduce en una atención de mayor calidad. En el caso del CCR, la disponibilidad inmediata de oxígeno refleja precisamente esa capacidad de respuesta a una necesidad crítica.

Asimismo, la alta satisfacción reportada converge con lo descrito por Restrepo et al. (2021), quienes evidenciaron que la participación ciudadana en el sistema de salud colombiano contribuye a mejorar la calidad y cobertura de los servicios, fortaleciendo la confianza de los usuarios. En Cajamarca, la percepción positiva de los beneficiarios respecto al oxígeno del CCR puede interpretarse como un resultado de esa misma lógica: la comunidad organizada y el Estado articulados para garantizar un derecho fundamental.

Por otro lado, los testimonios cualitativos que califican el oxígeno como “vital” para la recuperación guardan relación con lo expuesto por Hernández (2020), quien subraya que en contextos de emergencia sanitaria la participación ciudadana se adapta dinámicamente y genera nuevas estrategias de apoyo comunitario. En este sentido, la acción del CCR puede entenderse como una forma de participación social que asegura bienestar físico y emocional, al brindar seguridad y tranquilidad a los pacientes y sus familias.

Finalmente, la convergencia entre percepción de beneficiarios y relato de miembros del CCR encuentra eco en lo planteado por Schroeder y Vilo (2020),

quienes observaron que durante la pandemia en Argentina las redes colaborativas y el apoyo comunitario se consolidaron como mecanismos de sostenimiento en salud. De manera similar, el CCR se configuró como un espacio de apoyo colectivo que garantizó acceso a un recurso vital, reforzando la resiliencia comunitaria.

Gastos económicos: atenuación del costo por acceso a oxígeno

En el componente económico, los resultados muestran una diferencia sustantiva entre el costo del mercado privado y el costo de acceso mediante el CCR. En la encuesta, el gasto referencial declarado para acceder a oxígeno en el mercado privado presenta un promedio de S/ 5,797 y una mediana de S/ 5,600 (rango: S/ 500 a S/ 15,000 por balón), mientras que el costo reportado al recibir oxígeno del CCR fue de S/ 0 en la totalidad de encuestados. Complementariamente, 96.5% manifestó “sí ahorré” y 3.5% “ahorré algo”, evidenciando ahorro en el 100% de casos, según reporte.

Los testimonios de los miembros del CCR refuerzan esta lectura: afirman que el oxígeno no se vendió (no lucro) y que no hubo diferenciación de atención ni precios, pese a la presión de la demanda y a intentos de uso indebido. La convergencia cuantitativa y cualitativa permite interpretar que la intervención ciudadana operó como un “amortiguador” del gasto de bolsillo y redujo la exposición a precios elevados del mercado, lo cual es relevante en contextos donde un gasto alto por oxígeno puede convertirse en gasto catastrófico para los hogares.

Estos resultados se relacionan con lo señalado por Restrepo et al. (2021), quienes encontraron que la participación ciudadana en el sistema de salud colombiano no solo mejora la calidad del servicio, sino también genera efectos positivos en la economía de los ciudadanos, al reducir gastos y enfrentar la corrupción en la gestión de recursos públicos. El hecho de que el 100% de los

encuestados reportara ahorro se interpreta como una manifestación concreta de lo que Herráiz et al. (2024) describen: decisiones más sostenibles y eficientes en la gestión de recursos sanitarios. En este caso, la provisión gratuita de oxígeno por parte del CCR representa una política comunitaria que prioriza la equidad y la justicia social, evitando que las familias enfrenten gastos catastróficos.

Además, la gratuidad del servicio y el ahorro total reportado reflejan la lógica de apoyo comunitario descrita por Schroeder y Vilo (2020), quienes observaron que las prácticas colaborativas durante la pandemia se consolidaron como mecanismos fundamentales de sostenimiento socioeconómico. En Cajamarca, el CCR no solo garantizó salud, sino también alivio económico, reforzando la cohesión social en un contexto de vulnerabilidad.

6.2. Verificación de la hipótesis

Para verificar la contribución de la participación ciudadana ejercida por el CCR en la mejora de la salud y atenuación de los gastos económicos de los pacientes beneficiados durante la pandemia por COVID-19 en Cajamarca, 2021, a través de una tabla comparativa la cual demuestra lo obtenido en esta investigación:

Tabla 4

Impacto del CCR en la salud y gastos económicos

Hipótesis	Evidencia cuantitativa (Encuesta a pacientes)	Evidencia cualitativa (Entrevistas a miembros del CCR)	Verificación
HG: La provisión de oxígeno del CCR es descrita por los beneficiarios como contribución a la mejora de la salud y atenuación de gastos	<ul style="list-style-type: none"> • 140/143 (97%) indican que el oxígeno del CCR contribuyó a su recuperación. • Satisfacción: Muy satisfecho 115 (80.4%) Satisfecho 27 (18.9%). • Ahorro: 'Sí ahorré' 138 (96.5%) y 'Ahorré algo' 5 (3.5%). • Costo referencial mercado privado: 	Triangulación: la gestión ciudadana surgió por escasez y muertes; la provisión de oxígeno se describe como acción solidaria y organizada, con resultados reportados en recuperación y alivio económico.	Se verifica descriptivamente: alta consistencia entre encuesta y entrevistas.

(Cajamarca, 2021).	<p>promedio S/ 5 797 mediana S/ 5 600 (rango S/ 500–S/ 15 000).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costo reportado con CCR: promedio S/ 0. 		
HE1 (Salud): La provisión de oxígeno del CCR se describe como contribución a la mejora de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Contribución a recuperación: 140/143 (97%). • Satisfacción con la atención: Muy satisfecho 115 (80.4%), Satisfecho 27 (18.9%). • Urgencia de atención: 'Muy urgente' 104 (72.7%). 	Los entrevistados señalan que el oxígeno fue decisivo (vida o muerte) y clave para la recuperación; reportan que la gran mayoría de beneficiarios se recuperó (aprox. 90%–99%). Se destaca tranquilidad, solidaridad y respuesta ante la escasez.	Verificada: predominio de percepción positiva y testimonios coincidentes.
HE2 (Gastos): La provisión de oxígeno del CCR se describe como contribución a la atenuación de gastos económicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Ahorro reportado: 100% (138 'Sí ahorré' y 5 'Ahorré algo'). • Costo privado (referencial): promedio S/ 5 797 mediana S/ 5 600. • Costo con CCR: promedio S/ 0. 	Los miembros indican que el oxígeno no se vendió (costo 0 / no lucro) y no hubo precios diferenciados; mencionan sobrepagos del mercado privado (p. ej., S/ 7,000 por balón) y que la planta permitió acceso y evitó gastos a pacientes y familias.	Verificada: evidencia de ahorro reportado y ausencia de cobro por oxígeno.

Fuentes: Encuesta a pacientes beneficiarios (n=143) y entrevistas a miembros del Colectivo Cajamarca Respira (n=8)

La tabla 4, hace una comparación y verificación de la hipótesis, de manera ordenada y consistente, la convergencia entre los hallazgos cuantitativos (encuesta aplicada a pacientes beneficiarios) y los hallazgos cualitativos (entrevistas a miembros del Colectivo Cajamarca Respira). En ese sentido, la información recogida por ambos instrumentos no solo es complementaria, sino que presenta una coincidencia sustantiva respecto al fenómeno estudiado: la provisión de oxígeno medicinal gestionada por el CCR es descrita como un apoyo determinante en el contexto de crisis sanitaria.

En el componente cuantitativo, la mayoría de pacientes reporta que el oxígeno del CCR contribuyó a su recuperación, y manifiesta altos niveles de satisfacción con la atención; adicionalmente, la totalidad de encuestados declara haber logrado ahorro económico, evidenciando una diferencia marcada entre los costos del mercado privado y el acceso brindado por el colectivo. De forma congruente, el componente cualitativo confirma, desde la perspectiva de los miembros del CCR, que el oxígeno fue considerado vital para los pacientes y que el servicio se brindó bajo un enfoque solidario y no lucrativo, lo cual refuerza la interpretación de una contribución social relevante tanto en la dimensión de salud como en la dimensión económica.

Por lo expuesto, la tabla 4, demuestra que existe consistencia interna y coherencia externa entre los datos obtenidos por diferentes fuentes, lo que permite concluir que la hipótesis de esta investigación se verifica y se valida en términos descriptivos, al encontrarse respaldada por la evidencia empírica triangulada: los beneficiarios describen mejoras asociadas a su salud y reducción de gastos, y los testimonios de los actores del colectivo explican y contextualizan los mecanismos mediante los cuales se hizo posible dicha contribución en Cajamarca durante el año 2021.

CONCLUSIONES

1. Se verificó y validó descriptivamente la hipótesis general mediante la verificación cuantitativa y cualitativa, evidenciándose convergencia entre lo reportado por los pacientes beneficiarios y lo declarado por los miembros del CCR. En conjunto, ambas fuentes describen que la provisión de oxígeno medicinal gestionada por el CCR contribuyó a la mejora de la salud y a la atenuación de sus gastos económicos de los pacientes contagiados con COVID-19, en Cajamarca durante 2021.
2. La intervención del CCR se caracterizó como una respuesta de participación ciudadana organizada frente a una crisis sanitaria y a la insuficiencia de oxígeno medicinal. Los testimonios de los miembros describen un accionar sustentado en coordinación, articulación comunitaria y solidaridad, con orientación a resolver una necesidad vital, lo cual permite comprender la intervención como una forma práctica de democracia participativa en contexto de emergencia.
3. En relación a la salud, los resultados cuantitativos muestran que la necesidad de acceso fue predominante: el 72% de los encuestados calificó la atención como “muy urgente” y 27% como “urgente”. Asimismo, 97.9% indicó que el oxígeno del CCR contribuyó a su recuperación, lo que se ve reforzado por las entrevistas, donde los miembros del colectivo describen el oxígeno como un recurso decisivo para la recuperación y la continuidad de la vida en pacientes con insuficiencia respiratoria.
4. La satisfacción con la atención brindada por el CCR fue ampliamente favorable: 80.4% se declaró “muy satisfecho” y 18.9% “satisfecho”, con una proporción mínima de valoraciones desfavorables. Este resultado sugiere que, además del suministro de oxígeno, el proceso de atención fue percibido como pertinente y funcional por los beneficiarios, en un contexto de alta vulnerabilidad y urgencia sanitaria.

5. En la dimensión de gastos económicos, la evidencia cuantitativa muestra una diferencia sustantiva entre el costo referencial del mercado privado y el acceso a través del CCR: los encuestados reportaron un promedio aproximado de S/ 5,797 (mediana S/ 5,600, rango S/ 500 a S/ 15,000) para acceder a oxígeno en el mercado privado, mientras que el acceso mediante el CCR fue reportado como S/ 0. De manera consistente, el 100% manifestó haber logrado ahorro (“sí ahorré” o “ahorré algo”), confirmando una atenuación efectiva del gasto económico.
6. La información cualitativa confirma y contextualiza el componente económico: los miembros del CCR sostienen que el servicio se brindó bajo un enfoque no lucrativo y de ayuda comunitaria, describiendo además un escenario de sobrepuestos en el mercado privado durante la crisis. La coincidencia con los datos cuantitativos permite afirmar que la intervención ciudadana funcionó como un mecanismo de contención económica para los hogares afectados.
7. Finalmente, se evidenció el importante rol de la participación ciudadana en la garantía del acceso a derechos fundamentales como la vida, la salud y el acceso equitativo según condiciones sociales y económicas a bienes o servicios que no deberían de ser ausentes o limitados según las posibilidades económicas, mucho más cuando se trata de la vida, el cual es el derecho fundamental de todo ser humano.

SUGERENCIAS

1. A la Secretaría de Gestión Social y Diálogo (Presidencia del Consejo de ministros – PCM), se sugiere implementar programas permanentes de promoción de la participación ciudadana orientados al bienestar común, para que el ejercicio de la participación ciudadana vaya más allá del enfoque consultivo. La experiencia del CCR demostró que la sociedad civil organizada puede y debe asumir un rol más activo en la construcción de una sociedad más equitativa, en particular en ámbitos de salud, prevención y asistencia.
2. Al gobierno regional y municipal se sugiere que establezca mecanismos formales de articulación y colaboración con organizaciones de la sociedad civil como el CCR, para que esta articulación se base en el reconocimiento de su experiencia operativa, compromiso ético y arraigo comunitario, y también se pueda proponer la incorporación de estos colectivos en los planes regionales de contingencia a fin de que en futuros escenarios se defina roles específicos en la implementación de estrategias de atención descentralizada, especialmente en zonas de difícil acceso.
3. A las organizaciones de la sociedad civil, se sugiere continuar fortaleciendo sus capacidades organizativas para que se siga consolidando un ejercicio más efectivo y sostenido de la participación ciudadana. Para ello, resulta clave la sistematización de buenas prácticas e impulso de procesos de formación en gestión de crisis, fomentando la creación de redes interinstitucionales. Estas acciones pueden ampliar significativamente el impacto de la participación ciudadana ante futuras contingencias.
4. A los profesionales de salud, técnicos y voluntarios se sugiere que continúen formando parte de espacios ciudadanos para que sus conocimientos tenga impactos directos ya que el involucramiento de médicos, ingenieros y técnicos en el CCR fue clave para garantizar la operatividad de la planta y la atención responsable de los pacientes.

5. A las futuras investigaciones se sugiere desarrollar estudios longitudinales para que se evalúe el impacto sostenido de la participación ciudadana en indicadores de salud y bienestar a fin de comparar casos similares en otras regiones del país para identificar factores de éxito, barreras y condiciones replicables.

Referencias

- Agudelo, D. (2023). *La encuesta como técnica de investigación*. Universidad Externado de Colombia.
- Ahedo, L. (2020). *Los actores sociales: formación y dinámica de los colectivos sociales*. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.
<https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/22886>
- Arendt, H. (1964). Responsabilidad personal bajo la dictadura. *The Jewish writings*. En J. Kohn & R. H. Feldman (Eds.), (pp. 486-493).
<https://www.loc.gov/item/mss1105601271>
- Borgneth, J. K., y Vasconcelos, M. (2016, julio). Influencia de la participación social para el desenvolvimiento local. *Polis*.
- De Sousa Santos, B. (2005). *El milenio huérfano: Ensayos para una nueva cultura política*. Madrid: Editorial Trotta.
[file:///C:/Users/hp/Downloads/El%20Milenio%20Hu%C3%A9rfano%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/hp/Downloads/El%20Milenio%20Hu%C3%A9rfano%20(1).pdf)
- Canchara, D. (2020). *Identificación de los factores que inciden en los talleres informativos de participación ciudadana del proyecto minero Marcococha (región Pasco) que obstaculizan la generación de propuestas, la confianza entre los participantes y la efectividad de este espacio participativo*. [Tesis de maestría, Pontífice Universidad Católica del Perú]. Repositorio institucional de la PUCP
<https://tesis.pucp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/8b1fd868-a329-47c8-8697-e128e491213b/content>
- Carrasco, J. (2017, 09 de julio). *La constitución de la salud de 1948*. OMS.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1009309>

Chiavenato, I. (2006). *Administración de recursos humanos* (Novena edición). McGraw Hill Interamericana.

https://archive.org/details/administracion_de_recursos_humanos_9na_e

¿Cómo es el proceso de toma de decisiones? (2021, 10 de octubre). En redacción Edix.

<https://www.edix.com/es/instituto/toma-de-decisiones/>

Coronel, O. y Malca, A. (2020, 16 de agosto). *Perú, un país movilizad*o: Reporte de acciones colectivas de protesta y petitorios durante la cuarentena nacional (mar-jun 2020).

Grupo Interdisciplinario de Investigación en Conflictos y Desigualdades Sociales (GICO), PUCP. <https://investigacion.pucp.edu.pe/grupos/gico/publicacion/peru-pais-movilizado-reporte-acciones-colectivas-protesta-petitorios-la-cuarentena-nacional-mar-jun-2020/>

Creswell, J. y Plano, V. (2018). *Diseño y realización de investigaciones con métodos mixtos*. (Tercera edición). SAGE Publicaciones.

https://books.google.com.pe/books/about/Designing_and_Conducting_Mixed_Methods.html?id=eTwmDwAAQBAJ&redir_esc=y

Defensoría del Pueblo. (2020). *Crisis de oxígeno para pacientes de covid-19: Alternativas de solución*. [https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/06/Serie-](https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/06/Serie-Informes-Especiales-N%C2%BA-017-2020-DP.pdf)

[Informes-Especiales-N%C2%BA-017-2020-DP.pdf](https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/06/Serie-Informes-Especiales-N%C2%BA-017-2020-DP.pdf)

Dirección regional de salud. (2020). *Sala situacional Covid-19*.

<https://sir.diresacajamarca.gob.pe/covid>

Durkheim, É. (2003). *Las reglas del método sociológico* (5ª ed.). Madrid: Editorial Akal.

http://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://acms.es/wpcontent/uploads/2018/11/durkheim_emile_-_las_reglas_del_metodo_sociologico_0.pdf

- Estudio técnico: Región Cajamarca. Dirección General de Políticas Agrarias.* (2025, 24 de junio). En Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego.
https://www.midagri.gob.pe/portal/download/pdf/herramientas/organizaciones/dgpa/documentos/estudio_cacao/4_3_2cajamarca_informe_final.pdf
- Fowks, J. (2021, 31 de enero). *Perú se enfrenta al avance de la pandemia sin suficientes camas de UCI, oxígeno ni médicos en los hospitales.* El País.
<https://elpais.com/sociedad/2021-02-01/peru-se-enfrenta-a-la-segunda-ola-de-la-pandemia-sin-camas-de-uci-oxigeno-ni-medicos-en-los-hospitales.html>
- Gobierno Regional de Cajamarca. (2021). *Sobre conflictos socioambientales - Sistema de Información Ambiental Regional - SIAR Cajamarca.*
<https://siar.regioncajamarca.gob.pe/documentos/informe-ndeg-006-2021-ogasa-conflictos-socioambientales>
- Gonzales, J. M. (2021). *Participación ciudadana en las actividades de atención alimentaria de un programa social en Cajamarca* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV.
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/80835>
- Hernández, E. (2020). Los desafíos para la Participación Ciudadana desde el contexto de la Emergencia Sanitaria. *Espacio I+D, Innovación más Desarrollo*, 9(25), 1-25.
https://www.researchgate.net/profile/ninfa-hernandez-trejo/publication/344776130_los_desafios_para_la_participacion_ciudadana_desde_el_contexto_de_la_emergencia_sanitaria_challenges_for_citizen_participation_from_the_context_of_the_health_emergency/links/5f8f26d992851c14bcd84e78/los-desafios-para-la-participacion-ciudadana-desde-el-contexto-de-la-emergencia-

[sanitaria-challenges-for-citizen-participation-from-the-context-of-the-health-emergency.pdf?origin=publication_detail&form=mg0av3](#)

Herráiz, O., Pinós, M., Mora, C., Chico, M., López, E. y Murillo, M. (2024). La participación ciudadana en la salud. *Revista Ocronos*, 2(842), 8-849.

Honorio, M. (2024). *Participación ciudadana en la gestión por la problemática de la erosión costera en Buenos Aires, distrito de Víctor Larco*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Trujillo]. Repositorio institucional UNT.
<https://dspace.unitru.edu.pe/bitstreams/e30f7b14-00f6-478b-ad5d-bd648a7db998/download?form=MG0AV3>

Hurtado, J. (2020, 27 de mayo). *Retos de la participación ciudadana en épocas de virtualidad*. Universidad Externado.
<https://medioambiente.uexternado.edu.co/retos-de-la-participacion-ciudadana-en-epocas-de-virtualidad/>

Instituto Peruano de Economía [IPE]. (2021, 19 de julio). *Informalidad laboral en Cajamarca alcanzó el 91% en 2020*. <https://ipe.org.pe/informalidad-laboral-en-cajamarca-alcanzo-el-91-en-2020/>

Izquierdo, J.A. (2021). *Mecanismos de Participación Ciudadana de los Asociados y Conflictividad Social en el Fondo Social Michiquillay, Distrito La Encañada – Cajamarca 2019* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Cajamarca]. Repositorio institucional de la UNC.
<https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/768/discover>

La Participación Ciudadana. (2014, 2 de noviembre). En Ministerio de Cultura.
<https://www.cultura.gob.pe/sites/default/files/paginternas/tablaarchivos/04/3manualparticipciudadana.pdf>

- López, S. (2008). *Tendencias y desafíos de la democracia peruana en el nuevo período político*. Propuesta ciudadana.
http://www.propuestaciudadana.org.pe/sites/default/files/publicaciones/archivos/cd_20.pdf
- Marshall, T. H. (1997). *Ciudadanía y clase social*. Instituto Nacional de Estudios Políticos.
<https://inep.org/index.php/libros/2217-1997-jul-sept-ciudadania-y-clase-social-thomas-humphrey-marshall>
- Millan, A. (2020, 12 de junio). *Coronavirus en Perú | La escasez de oxígeno por el covid-19 que puso en alerta al gobierno*. La BBC New.
<https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-53025355>
- Mill, J. S. (Eds). (1861). *Consideraciones sobre el gobierno representativo* (2009). Alianza Editorial. https://www.alianzaeditorial.es/primer_capitulo/consideraciones-sobre-el-gobierno-representativo.pdf
- Matus, C. (1987). *Planificación y gobierno*. Siglo XXI.
<https://repositorio.esocite.la/982/1/Matus1987-PlanificacionGobierno.pdf>
- Mullard, S. y Aarvik, P. (2020). *Apoyo a la sociedad civil durante la pandemia de Covid-19: El potencial de las colaboraciones en línea para la responsabilidad social*. Chr. Michelsen Institute (CMI), U4 Anti-Corruption Resource Centre.
<https://www.u4.no/publications/apoyo-a-la-sociedad-civil-durante-la-pandemia-de-covid-19.pdf>
- Municipalidad Provincial de Cajamarca. (2021, 29 de septiembre). *Municipalidad de Cajamarca fortalece acciones a fin de estar preparados ante anunciada tercera ola de covid19*. Gobierno del Perú.

<https://www.gob.pe/institucion/municajamarca/noticias/592057-municipalidad-de-cajamarca-fortalece-acciones-a-fin-de-estar-preparados-ante-anunciada-tercera-ola-de-covid19>

Organización Mundial de la Salud. (2020, 11 de marzo). *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia*. <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>

Páez, G. (2011). *Estrategias de participación social para el desarrollo comunitario*.

Fundación DIS.

https://www.fundaciondis.org/docs_gestrategica/guia_desarrollo_2011.pdf

Panduro, J (2021, 16 de marzo). *Un año que obligó al Perú a ser más fuerte*. El Peruano.

<https://elperuano.pe/noticia/117084-un-ano-que-obligo-al-peru-a-ser-mas-fuerte>

Pastor, E. (2016). *La vinculación de la participación ciudadana en el desarrollo económico y social*. Universidad de Los Lagos.

<https://www.studocu.com/cl/document/universidad-de-los-lagos/formulacion-de-politicas-sociales/participacion-ciudadana-local-y-trabajo-social-e-pastor/13573343>

Pleyers, G. (2020). Movimientos sociales y ayuda mutua frente a la pandemia.

Latinoamericana de Políticas y Acción Social, 8(14), 9-22.

<https://revistas.flacsoandes.edu.ec/mundosplurales/article/view/4873>

Ponce, Z. (2021, mayo). Sistema de Salud en el Perú y el COVID-19. *Políticas y debates públicos PUCP*.

<https://gobierno.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/2021/12/la-salud-en-tiempos-de-covid-vf.pdf>

¿Qué Son los Coronavirus? (2022, 14 de mayo). En Ministerio de Salud.

<https://www.gob.pe/8371-ministerio-de-salud-que-son-los-coronavirus-y-como-protegerte>

Claro, aquí tienes la referencia bibliográfica en formato APA 7 para la tesis de Gabriela Sofía Ramírez Leyton:

Ramírez, G. S. (2021). *Participación ciudadana y empoderamiento en salud en dirigentes de juntas vecinales del distrito de San Borja* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV.

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/58932>

Restrepo, J., Cotrina, Y. y Daza, A. (2021). Participación ciudadana en el sistema de seguridad social en salud en Colombia. *Revista de Ciencias Sociales*, 27(1), 230-240.

Rossi, C. (2015). *Individuo, ser social y sujeto colectivo: conceptos fundantes del socialismo y la teoría social*. [Presentación de ponencia]. XI Jornadas de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

<https://cdsa.academica.org/000-061/276>

Rotino, L., Urrea, F. y Ledezma, M. (2012). *La participación ciudadana asociativa: entre la institucionalización y la autonomía*. CLACSO - Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.

<https://bibliotecarepositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/12293/1/ParticipacionCiudadana.pdf>

Salvador, Y., Llanes, M. y Pérez, O. (2018). *La participación ciudadana en la salud pública*, 22(7), 47-53.

<https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2604>

Sartori, G. (1993). *¿Qué es la democracia?*. Alianza Renacimiento.

<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/3/1135/1.pdf>

Schroeder, R. y Vilo, M. (2020). Espacio Público y Participación Ciudadana:

Resignificaciones en tiempos de COVID-19. *Boletín Geográfico*, 42(28), 105-138.

https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/110740/CONICET_Digital_Nro.7db868fa-526a-4225-a9bb-87f37b99ec08_A.pdf?form=MG0AV3

Suárez, M. (2023). *La entrevista como instrumento de investigación*. Universidad de Chile.

<https://aprendizaje.uchile.cl/recursos-para-leer-escribir-y-hablar-en-la-universidad/profundiza/profundiza-en-la-tesis/entrevista/>

Tamayo, M. (2006). *El proceso de investigación científica*. Limusa.

https://www.academia.edu/29308889/Tamayo_Mario_El_Proceso_De_La_Investigacion_Cientifica_pdf

Ticona, E. (2020). Determinantes sociales de la salud y participación comunitaria en el estado actual de la pandemia COVID-19. *An Fac med*, 81():7-145.

<https://doi.org/10.15381/anales.v81i2.18470>

Vásquez, S. (2025, 07 de febrero). *Construcción de cuestionarios para la investigación institucional*. División de Investigación Institucional y Avalúo (DIIA), Decanato de Asuntos Académicos, Universidad de Puerto Rico - Recinto de Río Piedras.

<https://www.unam.mx/>

Vidal, J. (2021). *La entrevista como técnica de investigación cualitativa*. En Universidad Nacional Autónoma de México - UNAM.

<https://www.researchgate.net/publication/351234567>

- Weber, M. (2002). *Economía y sociedad: Esbozo de sociología comprensiva* (Vol. 1). México: Fondo de Cultura Económica. <https://archive.org/details/economia-y-sociedad-max-weber>
- Yin, R. (2018). *Investigación y aplicaciones de estudios de caso: diseño y métodos*. (sexta edición). SAGE Publicaciones. <https://us.sagepub.com/en-us/nam/case-study-research-and-applications/book250150>
- Ziccardi, A. (2000). Ciudadanos y vecinos. La participación ciudadana institucionalizada en el Distrito Federal. *Universidad de México*, 595(6), 47-52. <https://www.revistadelauniversidad.mx/articles/c2ebc821-87c9-439e-ae91-4f5ff9497481/ciudadanos-y-vecinos-la-participación-ciudadana-institucionalizada-en-el-distrito-federal>

APÉNDICES

**VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
(JUICIO DE EXPERTOS)**

TÍTULO DE LA TESIS: Contribución de la participación ciudadana, a través del colectivo Cajamarca Respira, en la mejora de la Salud y Gastos Económicos de los pacientes con covid-19, Cajamarca 2021.

AUTOR DE LA TESIS: Lic. Ruth Cristina Mantilla Ascona

Luego de analizar y cotejar el instrumento de investigación con la matriz de consistencia respectiva, se ha procedido a realizar la validación del instrumento, teniendo en cuenta la siguiente escala.

1. Muy poco	2. Poco	3. Regular	4. Aceptable	5. Muy aceptable
-------------	---------	------------	--------------	------------------

CRITERIO DE VALIDEZ	PUNTUACIÓN					OBSERVACIONES SUGERENCIAS	Y/O
	1	2	3	4	5		
Validez de contenido					X		
Validez de criterio metodológico				X			
Validez de intención y objetividad de medición y observación				X			
Presentación y formalidad de instrumento					X		
Total parcial				8	10		
TOTAL				18			

PUNTUACIÓN

De 4 a 11: No válido, reformular	<input type="checkbox"/>
De 12 a 14: No válido, modificar	<input type="checkbox"/>
De 15 a 17: Válido, mejorar	<input type="checkbox"/>
De 18 a 20: Válido, aplicar	<input checked="" type="checkbox"/>

Apellidos y Nombres del Evaluador	Chávez Cruzado José Vidal
Grado Académico	Máster
Mención	Planificación Territorial y Gestión Ambiental

Fecha: 06 de enero del 2023



 FIRMA

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
(JUICIO DE EXPERTOS)

TÍTULO DE LA TESIS: Contribución de la participación ciudadana, a través del colectivo Cajamarca Respira, en la mejora de la Salud y Gastos Económicos de los pacientes con covid-19, Cajamarca 2021.

AUTOR DE LA TESIS: Lic. Ruth Cristina Mantilla Ascona

Luego de analizar y cotejar el instrumento de investigación con la matriz de consistencia respectiva, se ha procedido a realizar la validación del instrumento, teniendo en cuenta la siguiente escala.

1. Muy poco	2. Poco	3. Regular	4. Aceptable	5. Muy aceptable
-------------	---------	------------	--------------	------------------

CRITERIO DE VALIDEZ	PUNTUACIÓN					OBSERVACIONES SUGERENCIAS	Y/O
	1	2	3	4	5		
Validez de contenido					Y		
Validez de criterio metodológico					v		
Validez de intención y objetividad de medición y observación					X		
Presentación y formalidad de instrumento				X			
Total parcial				4	15		
TOTAL							

PUNTUACIÓN

De 4 a 11: No válido, reformular

De 12 a 14: No válido, modificar

De 15 a 17: Válido, mejorar

De 18 a 20: Válido, aplicar

Apellidos y Nombres del Evaluador	Cueva Chávez, Pablo Juan
Grado Académico	Maestro en Ciencias
Mención	Docencia e Investigación Educativa

Fecha: 10 enero, 2023


FIRMA

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
(JULIO DE EXPERTOS)

TÍTULO DE LA TESIS: CONTRIBUCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA, A TRAVÉS DEL COLECTIVO CAJAMARCA RESPIRA, EN LA MEJORA DE LA SALUD Y GASTOS ECONÓMICOS DE LOS PACIENTES CON COVID-19 CAJAMARCA 2021

AUTOR DE LA TESIS: LIC. RUTH CRISTINA MANTILLA ASCONA

Luego de analizar y cotejar el instrumento de investigación con la matriz de consistencia respectiva, se ha procedido a realizar la validación del instrumento, teniendo en cuenta la siguiente escala.

1. Muy poco	2. Poco	3. Regular	4. Aceptable	5. Muy aceptable
-------------	---------	------------	--------------	------------------

CRITERIO DE VALIDEZ	PUNTUACIÓN					OBSERVACIONES SUGERENCIAS	Y/O
	1	2	3	4	5		
Validez de contenido				X			
Validez de criterio metodológico					X		
Validez de intención y objetividad de medición y observación					X		
Presentación y formalidad de instrumento				X			
Total parcial				8	10		
TOTAL							

PUNTUACIÓN

De 4 a 11: No válido, reformular

De 12 a 14: No válido, modificar

De 15 a 17: Válido, mejorar

De 18 a 20: Válido, aplicar

Apellidos y Nombres del Evaluador	Carlos Rafael Suárez Sánchez
Grado Académico	Doctor
Mención	Ciencias Sociales

Fecha: 13 de enero del 2023


FIRMA



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CAJAMARCA

“Norte de la Universidad Peruana”

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

UNIDAD DE POSGRADO FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

MENCIÓN EN GERENCIA SOCIAL



CUESTIONARIO A PACIENTES RECUPERADOS POR COVID – 19 QUE FUERON ATENDIDOS CON EL OXIGENO MEDICINAL DE LA PLANTA DEL “COLECTIVO CAJAMARCA RESPIRA”

INSTRUCCIONES:

Es muy grato saludarte y presentarme, soy Ruth Cristina Mantilla Ascona, licenciada en sociología y estudiante del Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, y a fin de obtener el grado académico, vengo realizando la investigación “*CONTRIBUCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA, A TRAVÉS DEL COLECTIVO CAJAMARCA RESPIRA, EN LA MEJORA DE LA SALUD Y GASTOS ECONOMICOS DE LOS PACIENTES CON COVID-19, CAJAMARCA 2021*”, esta encuesta busca conocer la contribución que generó de la gestión de la planta de oxígeno medicinal por el CCR en la mejora de la salud y atenuación de los gastos económicos de los pacientes contagiados por COVID – 19, durante el año 2021.

Te agradezco mucho el tiempo dedicado a la encuesta, en particular por la veracidad de la información proporcionada.

I. ASPECTOS GENERALES

1.1. SEXO:

- A. Femenino
- B. Masculino

1.2. ¿CUÁL ES TU LUGAR DE ORIGEN?

- A. Distrito.
- B. Provincia.
- C. Otros:

1.3. EDAD:

.....

1.4. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- A. Sin nivel.
- B. Primaria.
- C. Secundaria.
- D. Superior.

1.5. ¿EN QUÉ TRABAJA?

- A. Dependiente
- B. Independiente

II. SALUD:

2.1. ¿Consideras que el oxígeno que te suministraron cuando te encontrabas internado(a) que fue proporcionado por la planta de Oxígeno de “Cajamarca Respira” contribuyó a recuperarte de la COVID-19?

- A. Sí
- B. No
- C. No Sabe

2.2. Después de haber recibido la atención con el oxígeno de Cajamarca Respira y haberte recuperado:

¿Cuán Satisfecho te encuentras con la atención que recibiste con el oxígeno medicinal en tu recuperación?

- A. Muy Satisfecho.
- B. Satisfecho.
- C. Poco Satisfecho.
- D. Nada Satisfecho.

III. GASTOS ECONÓMICOS:

3.1. Cuando enfermaste de la COVID-19: **¿Con qué urgencia necesitabas la atención del oxígeno medicinal para tu recuperación?**

- A. Muy urgente.
- B. Urgente.
- C. Algo urgente.
- D. Nada urgente.

3.2. Si tuviste la necesidad de ser atendido con oxígeno medicinal para tu recuperación:
¿Tienes un aproximado de cuanto hubieses gastado al comprarlo de una empresa privada según tu necesidad?

Digítalo solo en Números (ejemplo: S/. 4500.00 por balón)

3.3. Si recibiste el oxígeno medicinal de la planta de "Cajamarca Respira":

¿Cuánto te costó el oxígeno?

Digítalo solo en Números (ejemplo: S/. 20.00)

3.4. **¿Consideras que ahorraste gastos económicos en tu salud al ser atendido con el oxígeno "Cajamarca Respira"?**

- A. Sí ahorré.
- B. Ahorré algo.
- C. No ahorré.

3.5. Si tendrías que hacer una clasificación Socioeconómica sobre ti: **¿Te consideras?**

- A. Pobre
- B. Medio Pobre
- C. No pobre



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CAJAMARCA
 “Norte de la Universidad Peruana”
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS
UNIDAD DE POSGRADO FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
MENCION EN GERENCIA SOCIAL



GUÍA DE ENTREVISTA DIRIGIDA JUNTA DIRECTIVA DEL COLECTIVO “CAJAMARCA RESPIRA”

INSTRUCCIONES:

Es muy grato saludarte y presentarme, soy Ruth Cristina Mantilla Ascona, licenciada en sociología y estudiante del Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, vengo realizando la investigación *“CONTRIBUCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA, A TRAVÉS DEL COLECTIVO CAJAMARCA RESPIRA, EN LA MEJORA DE LA SALUD Y GASTOS ECONOMICOS DE LOS PACIENTES CON COVID-19, CAJAMARCA 2021”*, durante esta entrevista conversaremos respecto a la “Participación Ciudadana” ejercida a través de tu participación en el Colectivo “Cajamarca Respira” y como la misma contribuyó a mejorar la salud y atenuar gastos económicos en los pacientes que se contagiaron con la COVID – 19 y fueron atendidos con el oxígeno medicinal durante el año 2021.

Te agradezco mucho el tiempo que me das para esta entrevista, en particular por la veracidad de la información proporcionada, tu contribución será de beneficio para la investigación.

I. ASPECTOS GENERALES:

1.1. Nombres completos:

.....

1.2. ¿A qué organización o institución Pertenece?

.....

1.3. ¿Cuál es el rol que ocupa dentro del colectivo “Cajamarca Respira”

.....

1.4. ¿En qué mes y año te integraste al colectivo “Cajamarca Respira”?

.....

II. ESTRATEGIAS

2.1. ¿Cómo nació la idea de formar un colectivo “Cajamarca Respira”?

.....

2.2. ¿Cuál fue el propósito inicial para formar colectivo “Cajamarca Respira”?

.....

2.3. ¿Con qué actores iniciales formaron el colectivo “Cajamarca Respira”?

.....

2.4. ¿Cuántos actores sociales se sumaron al colectivo durante su desenvolvimiento social o cumplimiento de propósito?

.....
.....

2.5. ¿Cuántos permanecen?

.....
.....

2.6. ¿Cómo fue el desenvolvimiento de los actores sociales que participaban del colectivo "Cajamarca Respira"?

.....
.....

2.7. ¿Cómo define su participación/involucramiento dentro del colectivo "Cajamarca Respira"?

.....
.....

2.8. ¿Cuáles fueron sus objetivos o expectativas al ser parte del colectivo "Cajamarca Respira"?

.....
.....

2.9. Respecto a la incidencia de colectivo sobre la ciudadanía para su participación y colaboración en la generación de la Planta de Oxígeno: ¿Cómo calificarían la solidaridad social en esos momentos para apoyar el fin?

.....
.....

III. TOMA DE DECISIONES

3.1. ¿Por qué tomaron la decisión de Gestionar una planta de oxígeno?

.....
.....

3.2. ¿Cómo se gestionó la planta de Oxígeno?

.....
.....

3.3. ¿Cómo se gestionó la instrumentaria para la generación de oxígeno medicinal?

.....
.....

3.4. ¿Después de qué tiempo iniciada la pandemia se obtuvo la planta de oxígeno?

.....
.....

3.5. ¿Cómo se distribuyeron los roles para iniciar con el funcionamiento de la planta de oxígeno?

.....
.....

3.6. Para la toma de las decisiones dentro del Colectivo: **¿Cómo se habían organizado en la jerarquía de estas?**

.....
.....
.....

3.7. **¿Cuáles eran los criterios para el suministro de oxígeno en los pacientes contagiados?**

.....
.....
.....

3.8. Ante los escasos de oxígeno: **¿Tenían criterios de priorización en la distribución del oxígeno?**

.....
.....
.....

IV. SALUD

4.1. Coméntenos: **¿Cómo benefició y beneficiaría a la población en general en cuanto a su salud al tener una planta de oxígeno?**

.....
.....
.....

4.2. Coméntenos, con la planta de oxígeno: **¿Cuáles fueron los resultados exitosos en la salud de los pacientes con COVID-19 al obtener la planta de oxígeno durante el año 2020?**

.....
.....
.....

4.3. **¿Cuánto fue el número de pacientes atendidos durante el año 2020, con el oxígeno de la planta gestionada por “Cajamarca Respira”?**

.....
.....
.....

4.4. De los pacientes que se beneficiaron con el oxígeno: **¿Cuántos de ellos se recuperaron?**

.....
.....
.....

4.5. **¿Cuán decisivo era la utilización del oxígeno para el tratamiento de COVID-19, en los contagiados a los que se les atendió con el oxígeno de la planta?**

.....
.....
.....

V. GASTOS ECONÓMICOS:

5.1. De los pacientes que llegaban contagiados de la COVID-19: **¿Cuántos de ellos necesitaban de oxígeno con urgencia para su tratamiento o supervivencia?**

.....
.....
.....

5.2. En valor monetario: **¿En cuánto vendían el oxígeno de la planta?**

.....
.....

5.3. En sus criterios de distribución del oxígeno: **¿Había atención diferenciada según la condición económica de los pacientes?**

.....
.....

5.4. En sus criterios de costos del oxígeno: **¿Había diferencia en los precios según la condición económica de los pacientes?**

.....
.....

ANEXOS

N°	Pregunta / Ítem	Síntesis de respuestas
1	N°	Total de registros: 8.
2	NOMBRES COMPLETOS	Participantes registrados: 8.
3	A QUE ORGANIZACIÓN PERTENECE	Ideas recurrentes: nombre, iglesia, presidente, club, personal, propio, catolica, catedral.
4	CUAL ES EL ROL QUE OCUPA DENTRO DEL COLECTIVO CAJAMARCA RESPIRA	Principales respuestas: vocal (1); TESORERO (1); PRESIDENTE DEL COLECTIVO Presidente. (1); SOY LA VICEPRESIDENTA Vicepresidenta (1); SOY ASOCIADO DIRECTIVO (1).
5	¿EN QUE MES Y EN QUE AÑO TE INTEGRASTE AL COLECTIVO CAJAMARCA RESPIRA?	Ideas recurrentes: abril, julio del 2020.
6	¿CÓMO NACIÓ LA IDEA DE FORMAR EL COLECTIVO CAJAMARCA RESPIRA?	Ideas recurrentes: Gestionar una planta de oxígeno
7	¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE FORMAR EL COLECTIVO CAJAMARCA RESPIRA?	Ideas recurrentes: Apoyar, dar oxígeno, salvar vidas. m
8	RECUERDA USTED QUE ORGANIZACIONES FORMARON EL COLECTIVO CAJAMARCA RESPIRA	Ideas recurrentes: Gisela Ortiz, padres Pedro y Juancarlos, Gilmar.,
9	¿CUANTAS ORGANIZACIONES SE SUMARON AL COLECTIVO DURANTE SU DESENVOLVIMIENTO SOCIAL O CUMPLIMIENTO DEL PROPOSITO DEL COLECTIVO?	Ideas recurrentes: todos, muchas instituciones, iglesias, colegios profesionales, voluntarios y a nombre propio.
10	¿CUANTOS PERMANECEN?	Ideas recurrentes: 12
11	¿Cómo FUE EL DESENVOLVIMIENTO DE LOS ACTORES SOCIALES QUE PARTICIPABAN DEL COLECTIVO CAJAMARCA RESPIRA?	Ideas recurrentes: todos estábamos, involucrados, unidos, activa.
12	¿Cómo DEFINE SU PARTICIPACION/INVOLUCRAMIENTO DENTRO DEL COLECTIVO CAJAMARCA RESPIRA?	Ideas recurrentes: fundamental, activa en todo momento, solo apoyar.

13	¿Cuáles FUERON SUS OBJETIVOS O EXPECTATIVAS AL SER PARTE DEL COLECTIVO CAJAMARCA RESPIRA?	Ideas recurrentes: salvar vidas, dar oxígeno, obtener una planta, ayudar, apoyo desinteresado.
14	Respecto a la incidencia del colectivo sobre la ciudadanía para su participación y colaboración en la generación de la planta de oxígeno: ¿CÓMO CALIFICARIA LA SOLIDARIDAD SOCIAL EN ESOS MOMENTOS PARA APOYAR EL FIN?	Ideas recurrentes: Todos apoyaron, hubo mucha solidaridad social.
15	¿Por QUÉ TOMARON LA DECISION DE GESTIONAR UNA PLANTA DE OXIGENO?	Ideas recurrentes: Porque la gente Moria y no había oxígeno.
16	¿Cómo SE GESTIONO LA PLANTA DE OXIGENO?	Ideas recurrentes: A través de dos colectas
17	¿Cómo SE GESTIONO LA INSTRUMENTARIA PARA LA PRODUCCION DE LA PLANTA DE OXIGENO?	Ideas recurrentes: A través del padre Pedro Terán
18	¿DESPUES DE QUE TIEMPO INICIADA LA PANDEMIA SE OBTUVO LA PLANTA DE OXIGENO?	Ideas recurrentes: enero 2021
19	¿Quiénes FUERON LOS ACTORES PRINCIPALES QUE AYUDARON A LA GESTION DE LA PLANTA DE OXIGENO E INDUMENTARIA?	Ideas recurrentes: empresa ROMEL, Gissela Ortiz, Padres.
20	PARA LA TOMA DE DECISIONES DENTRO DEL COLECTIVO: ¿Cómo SE HABIAN ORGANIZADO EN LA JERARQUIA DE ESTAS?	Ideas recurrentes: junta, directiva, padre tomaba la última palabra.
21	¿Cuáles ERAN LOS CRITERIOS PARA EL SUMINISTRO DE OXIGENO?	Ideas recurrentes: receta médica.
22	¿ANTE LA ESCASES DE OXIGENO TENIAN CRITERIOS DE PRIORIZACION EN LA DISTRIBUCION DEL OXIGENO?	Ideas recurrentes: nunca, oxigeno, vidas, eran, nosotros, todas, importantes, algunas.
23	¿Cómo BENEFICIÓ A LOS ENFERMOS POR COVID LA PLANTA DE OXIGENO?	Ideas recurrentes: recuperación, oxígeno, todos, hijo, probabilidades, también, dábamos, recuperaban.

24	coméntenos, con la planta de oxígeno: ¿Cuáles FUERON LOS RESULTADOS EXITOSOS EN LA SALUD DE LOS PACIENTES CON COVID-19 AL OBTENER LA PLANTA DE OXIGENO DURANTE EL AÑO 2020?	Ideas recurrentes: oxígeno, personas, nosotros, muchas, podían, vida, salvar, costaba.
25	¿Cuánto FUE EL NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS DURANTE EL AÑO 2021 CON EL OXIGENO DE LA PLANTA GESTIONADA POR "CAJAMARCA RESPIRA"?	Ideas recurrentes: iglesia, catedral, pacientes, recoleta, entregamos, contagiados, data, padres.
26	DE LOS PACIENTES QUE SE BENEFICIARON CON EL OXIGENO: ¿CUANTOS DE ELLOS SE RECUPERARON?	Ideas recurrentes: casi, colectivo, gran, mayoría, integrantes, eran, personal, salud.
27	¿CUAN DECISIVO ERA LA UTILIZACION DEL OXIGENO PARA EL TRATAMIENTO DE COVID-19, EN LOS CONTAGIADOS QUE SE LES ATENDIO CON EL OXIGENO DE LA PLANTA?	Ideas recurrentes: Decisivo para salvar vidas.
28	DE LOS PACIENTES A SOLICITAR EL OXIGENO ¿CUANTOS DE ELLOS NECESITABAN DE OXIGENO CON URGENTE PARA SU TRATAMIENTO?	Principales respuestas: Todos.
29	En valor monetario: ¿EN CUANTO VENDIAN EL OXIGENO DE LA PLANTA?	Ideas recurrentes: Nunca hicimos negocio, si el pueblo lo compró.
30	En sus criterios de distribución del oxígeno: ¿HABIA ATENCION DIFERENCIADA SEGÚN LA CONDICION ECONOMICA DE LOS PACIENTES?	Ideas recurrentes: Todos era prioridad.
31	En sus criterios de costos del oxígeno: ¿HABIA DIFERENCIA EN LOS PRECIOS SEGÚN LA CONDICION ECONOMICA DE LOS PACIENTES?	Ideas recurrentes: Nunca, todas las vidas eran importantes.

Nota: Se muestran todas las respuestas tal y como los miembros de la JD del CCR respondieron al momento de realizarles la entrevista por cada pregunta planteada, por la cantidad de información consignada, en interpretación de resultados se ha consignado lo más resaltante de sus respuestas que responden concretamente al indicador.

Figura 15*Alcancías para colectas*

Nota: Todas las alcancías, fueron diseñadas por colaboradores diseñadores que apoyaron a través de su creación artística la colecta, personas que no formaron el colectivo en sí, pero este fue su apoyo.

Figura 16*Alcancías para colectas con mensajes*

Nota: Todas las alcancías contenían versículos bíblicos que daban aliento y ánimo para sumarse al movimiento de solidaridad social que impulsaba el CCR. Los miembros de la JD también mencionan que esos mensajes los alentaban a seguir trabajando por la causa.

Figura 17

Almacén de instrumentaría del oxígeno



Nota: En la iglesia la Recoleta, se tiene el almacén de balones e instrumentaria que el CCR usó para la distribución del oxígeno medicinal. Aunque quedan pocos balones porque muchos pacientes se quedaron con los balones que el CCR les proporcionó con el oxígeno.

Figura 18

Entrevista a P. Pedro, C Terán Malca



Nota: Padre. Pedro Terán – presidente del CCR y párroco de la iglesia “La Recoleta”

Figura 19

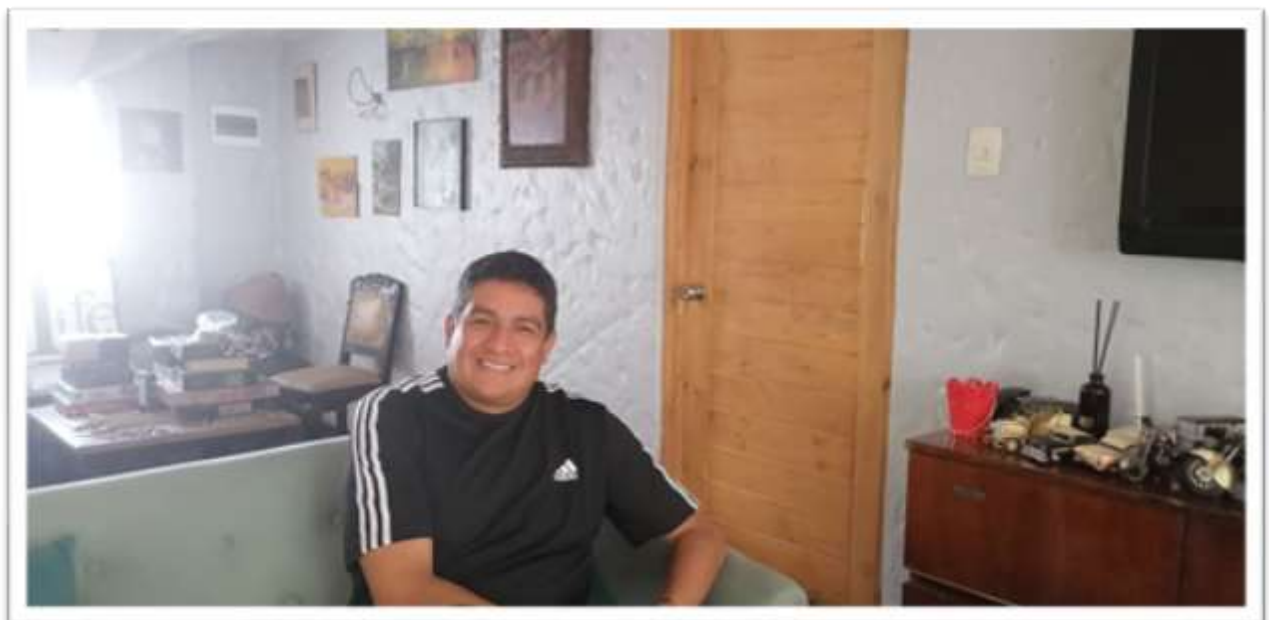
Entrevista a Humberto, R Ortiz Chávez



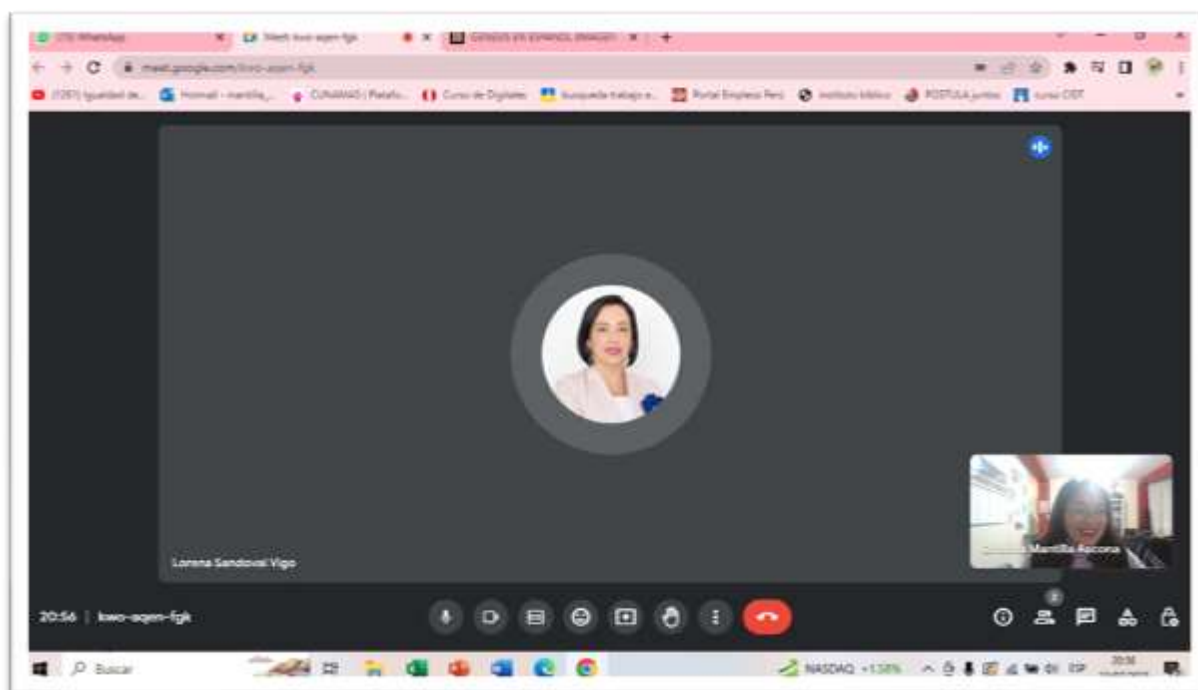
Nota: Miembro se destaca por su alto compromiso y creatividad. “Antes de iniciar con el CCR, cree un ventilador mecánico”

Figura 20

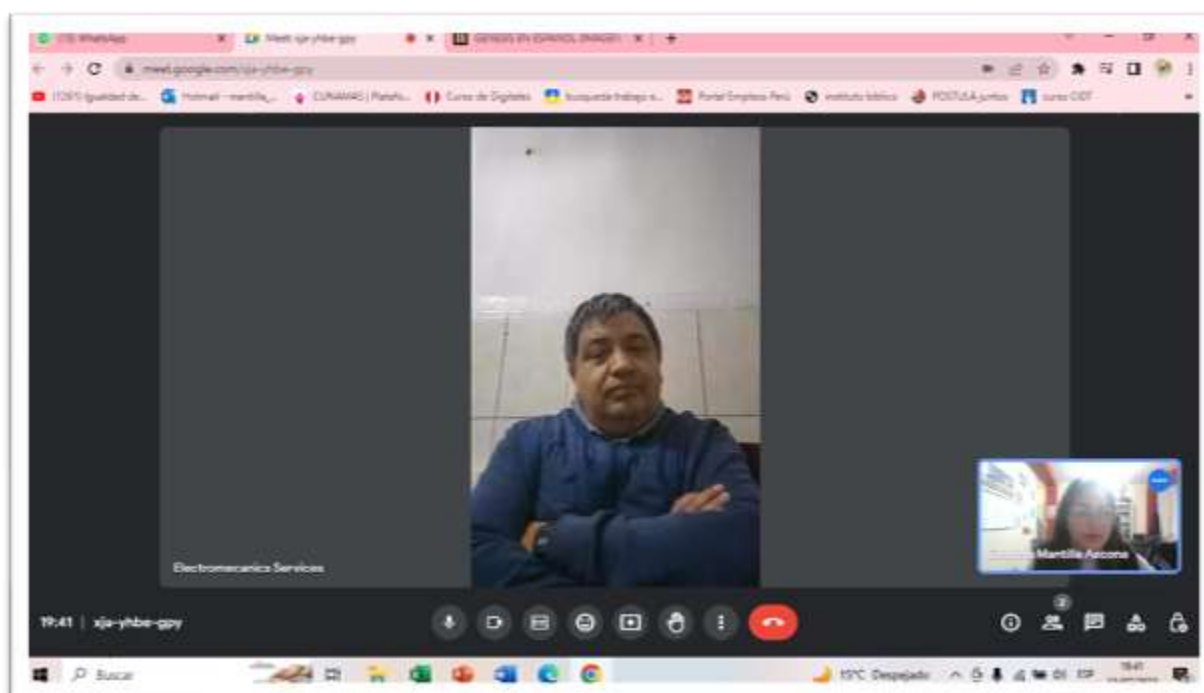
Entrevista a Víctor O, Cerna Álvarez



Nota: Ingeniero, encargado de toda el área técnica y mantenimiento de la planta de oxígeno.

Figura 21*Entrevista a Lorena Sandoval Vigo*

Nota: Miembro encargado de ser el nexo entre el CCR y los agremiados, instituciones, empresas y otros.

Figura 22*Entrevista a Hugo Novoa Reyna*

Nota: Miembro, se caracteriza porque dejó su trabajo por dedicarse al 100% a las actividades del CCR.

Figura 23

Receta médica A de paciente contagiado con COVID-19



Nota: En la imagen se muestra la necesidad de oxígeno medicinal para su tratamiento y recuperación de cada paciente que llegó a solicitar oxígeno medicinal al CCR.

Figura 24

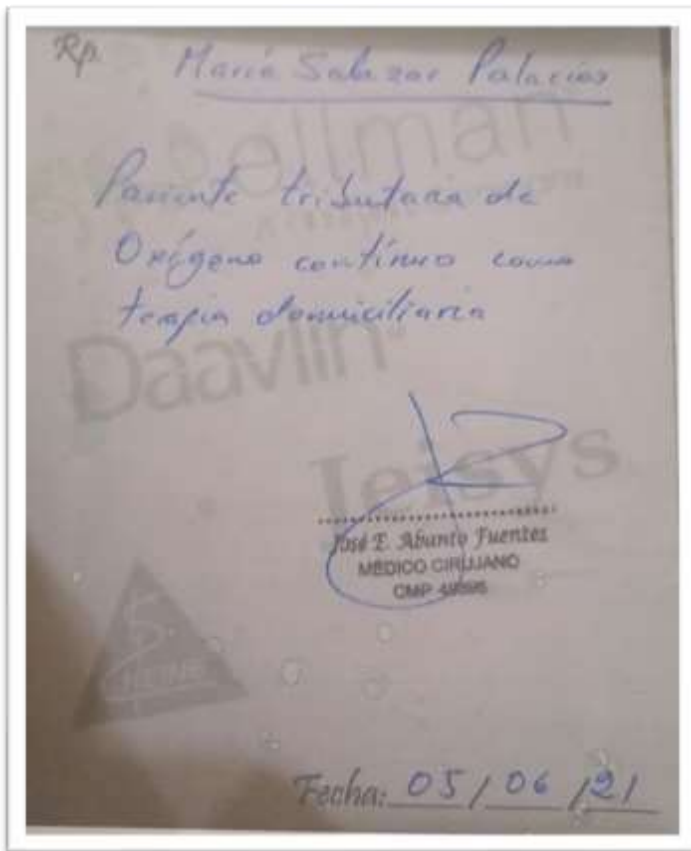
Receta médica B de paciente contagiado con COVID-19



Nota: Aquí se evidencia los DNI de los pacientes, los cuales eran parte de los requisitos para la distribución del oxígeno.

Figura 25

Receta médica C de paciente contagiado con COVID-19



Nota: En la receta se evidencia la necesidad urgente y constante del oxígeno para el paciente.

Figura 26

Receta médica D de paciente contagiado con COVID-19

