

## Gestión y salud pública: estrategias y políticas alternativas

Juana Roxana Aramburú Córdova<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> Escuela de Posgrado. Universidad César Vallejo. Perú.

\*Autor para correspondencia: Juana Roxana Aramburú Córdova, jaramburuc@ucvvirtual.edu.pe

(Recibido: 10-07-2023. Publicado: 25-08-2023.)

DOI: 10.59427/rcli/2023/v23cs.1622-1628

### Resumen

*El presente artículo de análisis crítico y opinión, sobre las estrategias y políticas alternativas de gestión y salud pública, tuvo como objetivo, analizar las estrategias y políticas alternativas de salud pública más importantes en la realidad actual, 2023, se revisó las bases de datos de SCIRUS, JBrigs, Ovid MEDILINE, PubMeb y Google Académico, tanto en idioma español como inglés con las palabras clave Estrategias Alternativas; Políticas alternativas, gestión y salud pública (Moher et al, 2001). Se extrajo información relevante de 12 reportes directos publicados durante el periodo 2019-2023 y, se contrastó con los elementos de la realidad peruana en las áreas de las oportunidades, los factores concurrentes y, la cadena de soluciones en la gestión y salud pública reportados en 15 estudio indirectos publicados entre 2011 al 2021. Se presentan y discuten la principales estrategias y políticas alternativas utilizadas en los últimos años por Estado peruano en el campo de la salud pública. Se destacan las oportunidades, los factores concurrentes y las cadenas de soluciones que se manejan a través de las estrategias y política alternativas de gestión y salud pública. Se concluyó en que existe la necesidad de generar nuevos mitos y paradigmas racionalizadores de la realidad medico social en el Perú. Destaca la importancia de generar nuevos valores y de qué hacer para mejorar las valoraciones de las jerarquías, sosteniendo la necesidad de co-construir nuevos significados para las estrategias y políticas alternativas en el campo de la gestión y la salud pública.*

**Palabras claves:** Estrategias, políticas alternativas, salud pública, gestión en salud.

### Abstract

*The present article of critical analysis and opinion, on the alternative strategies and policies of management and public health, had as objective, to analyze the most important alternative strategies and public health policies in the current reality, 2023, is reviewed databases of SCIRUS, JBrigs, Ovid MEDILINE, PubMeb and Google Scholar, both in Spanish and English with the keywords Alternative Strategies; Alternative policies, management and public health (Moher et al, 2001). Relevant information was extracted from 12 direct reports published during the 2019-2023 period and contrasted with the elements of the Peruvian reality in the areas of opportunities, concurrent factors, and the chain of solutions in management and public health reported in 15 indirect studies published between 2011 and 2021. The main strategies and alternative policies used in recent years by the Peruvian State in the field of public health are presented and discussed. The opportunities, the concurrent factors and chains of solutions that are managed through the strategies and alternative policies of management and public health are highlighted. It concluded that there is a need to generate new myths and rationalizing paradigms of the social medical reality in Peru. It highlights the importance of generating new values and what to do to improve the evaluation of hierarchies, supporting the need to co-construct new meanings for alternative strategies and policies in the field of management and public health.*

**Keywords:** Strategies, alternative policies, public health, health management.

## 1. Introducción

El 4 de marzo del 2020, el Perú asume una postura oficial frente a la pandemia mundial del COVID-19 al decretar estratégicamente la Alerta Epidemiológica “CODIGO: AE-010-2020” (Gobierno del Perú, 2021). La característica principal de esta estrategia alternativa fue la implementación de una política de “Vigilancia epidemiológica”, que definía casos sospechosos, probables, confirmados y descartados; señalaba el curso del desarrollo de acciones de notificación e investigación epidemiológica y búsqueda y registro de contactos; implemento directivas para el accionar de los laboratorios y el cumplimiento de medidas de prevención y control de infecciones en establecimientos de salud; ordenó el uso de protocolos evolutivos recomendados por la (OPS, 2020) (OMS, 2021) para el manejo de los casos clínicos; declaro en reorganización y emergencia los servicios de salud “viabilizando” el aislamiento de casos confirmados y sospechosos; los procesos de comunicación y de referencia y contrarreferencia se reestructuraron para permitir el flujo de la atención diagnóstica para la toma de muestras, envió de muestras al Instituto Nacional de Salud (INS) y, recepción de muestras en el Laboratorio del INS (Gobierno del Perú, 2021). Dos días después, el 6 de marzo, se reporta el primer caso de COVID-19, el 8 de marzo ya había 7 casos confirmados, el 11 los casos ya fueron 17 y el 14 de marzo, el Estado peruano decide implementar alternativamente la Estrategia “Sanitaria” del Aislamiento Social Obligatorio, recomendada por la OMS/OPS, ya se registraban 43 casos a nivel nacional: 34 en Lima y 9 en Lambayeque, La Libertad, Ancash, Ica, Arequipa, Cusco, Piura y el Callao. Al 26 de marzo las cifras eran de 234 casos a nivel nacional, con 19 casos en UCI y 5 hospitalizados. Al día 31 de marzo del 2020 se cuentan 1,065 casos y 30 muertes a nivel nacional con casos confirmados en todo el país. El primero de abril los casos confirmados fueron 1323: Lima (990), Loreto (66), Callao (37), Lambayeque (34), Cusco (34), La Libertad (32), Arequipa (30), Piura (26), Junín (17), Áncash (15), Tumbes (13), Ica (8), San Martín (6), Huánuco (6), Cajamarca (2), Tacna (3), Madre de Dios (1) y Pasco (1). Es decir, la epidemia no pudo ser ni contenida ni controlada después de 16 días de aplicadas las estrategias alternativas de “vigilancia epidemiológica”, de “aislamiento social obligatorio” (cuarenta social), es más, se extendió a zonas que ni las propias autoridades gubernamentales esperaban, como las zonas alto andinas de Puno, Cerro de Pasco, Huancavelica, Cajamarca etc. Rápidamente la epidemia se extendió a las zonas de la selva con gran impacto medico social a nivel de las tasas de mortandad, mortalidad, incidencia, prevalencia, residivancia, casos atendidos, casos sin atención, casos por confirmar, etc. (Gobierno del Perú, 2021; Peñafiel et al., 2020).

Las estrategias y políticas alternativas de gestión y salud pública, se centraron en la inmovilización social obligatoria con toque de queda, trabajo virtual, educación virtual, entre otras, acompañaron a estas estrategias de gestión de la epidemia. Estas políticas alternativas contaron con el apoyo de las fuerzas armadas y policiales para el control y cumplimiento de las mismas. También contaron con el apoyo de estrategias alternativas de construcción de hospitales provisionales COVID-19), uso obligatorio de mascarillas, equipos de protección personal (EPP), organización del personal para la vacunación masiva de la población (OPS, 2021). Con ello, se preveía que el control de la epidemia estaba en curso. Pero, la realidad medico social en el país fue muy distinta, de tal manera que, hasta hoy, ya casi dos años después, aún no se cuenta con un registro real de casos, muertes, infectados, ni del registro sistematizado, por zonas demográficas y epidemiológicas de la sintomatología concurrente o de factores condicionantes, así como de la comorbilidad, etc., desconociéndose la tendencia real de la casuística. Al parecer se perdió la oportunidad de realizarla desde la detección del caso 1 (OBLAT-Classo, 2020). Las estrategias y políticas alternativas también se caracterizaron por estar basadas en el descarte y detección de la enfermedad, la toma de muestras rápidas, pruebas de absorción atómica, que resultaron ser insuficientes e inoperantes, que solo condujeron al uso de otras de las estrategias y políticas alternativas recomendadas por la OMS/OPS, el aislamiento de la población sospechosa de contraer la enfermedad. Al parecer estas poblaciones, en nombre del confinamiento o aislamiento social obligatorio y la responsabilidad social, están siendo abandonadas a su suerte y libre albedrío. Es más, hoy se sabe que en nuestro país murieron más de un millón de personas con el COVID-19 y que solo fueron registradas entre un 40 a 60% de los casos y muertes (OMS/OPS, 2020-2022). Los factores concurrentes más importantes del fracaso de estas estrategias y políticas alternativas, puesta en marcha durante el COVID-19 fueron las falencias y debilidades de los sistemas de salud, que presentan formas administrativas y de gestión pública, altamente corruptas y burocráticas. La epidemia transparente estas falencias y muchas autoridades de salud están siendo hoy procesadas y sentenciadas por delitos derivados de ella (Pennycook y Rand, 2019). Los casos más emblemáticos son de los presidentes de la república 2020-2022, Martín A. Vizcarra Cornejo, Arturo Merino de Lama, y Francisco Sagastegui Hochhausder, a quienes los siguen una gran cantidad de ministros y vice ministros de economía y salud que hicieron que grandes zonas epidemiológicas de nuestro país, no tuvieran ninguna oportunidad de protegerse o de enfrentar adecuadamente al COVID-19, como tampoco se lo ha tenido con el Dengue que este último año, 2023, se esparció con la misma agresividad que el COVID-19 (Córdova y Rossani, 2020). Otro de los factores concurrentes de peso que caracterizo al fracaso de las estrategias y políticas alternativas para enfrentar el COVID-19, fue el mal manejo de la vacunación. Mientras las autoridades esperaban su tajada en las compras de vacunas norteamericanas y europeas, se desperdiciaron las ofertas rusas y chinas, incluyendo el gran negociado en el mercado internacional de pruebas rápidas para el descarte o identificación de casos, los mismos que demostraron que ninguno fue lo suficientemente, fiable o estaba disponible en el mercado (UNICEF, 2023). Los propios sistemas de prestación de servicios de salud, ya colapsados en sus capacidades y funciones antes del COVID-19, no estaban preparados o acondicionados para hacer uso de ellos.

Con ello se descartaron estrategias de cerco y aniquilamiento epidemiológico basado en la identificación de casos sospechosos y casos confirmados, pues, el protocolo les indica que deben mandar a cualquier persona sospechosa o con sintomatología agravante a sus propias casas porque no habría o tendría la capacidad de atenderlos como debe ser en sus instalaciones. Esto, aún se practica con los caos del DENGUE, la Chikunguña y otros (OBLAT-Clasco, 2020). Si bien es cierto que, en el caso de China, el aislamiento social obligatorio, fue estrategia alternativa exitosa, no se caracterizó por la inmovilización social en general, sino por la inmovilización de zonas con casos sospechosos y confirmados, su fin fue el no dar la oportunidad al virus (en tanto tiempo y contexto para su desarrollo) de constituirse en un riesgo para otras personas, no fue una herramienta para parar la vida productiva de la sociedad. El soporte de esta estrategia alternativa fueron siempre las políticas económicas que garantizan buenas condiciones de vida material y espiritual y, que les proporciona la sociedad y el Estado Chino en reconocimiento a los derechos humanos de las personas (Green, 2021). Por otro lado, estuvieron a la altura de las circunstancias el papel orientador y educador de la información y las comunicaciones en la sociedad. No solo las personas reconocían y reconocen los significados en torno al quehacer en estos casos, sino también, sobre el cómo hacerlo. Esto es, China cuenta con un desarrollo económico y sociocultural para hacer que estas herramientas medico sociales se estructuren como estrategias y políticas alternativas de cerco y aniquilamiento epidemiológico, garantizando así su éxito en tiempos cortos (Waris et al, 2020). Otro factor es la estructura de la organización social en China por varios, sectores, provincias, zonas demográficas regionales, etc., que le permite al Partido Comunista de China garantizar el cumplimiento de las normas, en la comunidad. Esto demostró que las estrategias alternativas para enfrentar pandemias o emergencias medico sociales como el COVID-19 no pueden ser consideradas como buenas o malas pero se debió a que su principio sanitario sea el mismo, se atienden a las diversas y variadas condiciones de existencia material y espiritual de las sociedades y, a la fortaleza del papel del Estado y los Gobiernos de turno para el cumplimiento de las disposiciones organizacionales y políticas en los servicios de salud, el monitoreo y seguimiento de casos. También se cuenta con el papel de los medios de comunicación e información y el papel de la administración y gestión de los procesos en la prestación de servicios de la salud, tanto a nivel público como hospitalario (Wrapp et al., 2020). Esta realidad problemática descrita y contextualizada a nivel nacional e internacional, nos permitió realizar la presente investigación sobre la formulación de la siguiente pregunta ¿Cuáles son las estrategias y políticas alternativas de gestión y salud pública más importantes en la realidad actual, 2023? El objetivo de estudio es, analizar las estrategias y políticas alternativas de salud pública más importantes en la realidad actual, 2023. En términos específicos la investigación: a) Explorar y analizar sobre las oportunidades que brindan de las estrategias y políticas de gestión y salud pública en la realidad actual, 2023; b) Explorar y analizar los factores concurrentes para la elaboración de estrategias y políticas de gestión y salud públicas en la realidad actual, 2023; c) Explorar y analizar la cadena de soluciones inherentes a las estrategias y políticas de gestión y salud pública en la realidad actual, 2023. La relevancia de esta investigación esta centrada en la búsqueda de oportunidades, identificación de factores concurrentes y la cadena de soluciones que se desarrollan tras la aplicación de las estrategias y políticas de gestión y salud pública. Esto nos permitirá redimensionar su papel en el contexto medico social relativo a la forma como se prestan servicios de salud en la actualidad.

## 2. Metodología

Se realizó una búsqueda de la literatura en las bases de datos de SCIRUS, JBrigs, Ovid MEDILINE, PubMed y Google Académico, tanto en idioma español como inglés con las palabras clave Estrategias Alternativas; Políticas alternativas, gestión y salud pública (Moher et al, 2001). Se extrajo información relevante de 12 reportes directos publicados durante el periodo 2019-2023 y, se contrastó con los elementos de la realidad en las áreas de las oportunidades, los factores concurrentes y, la cadena de soluciones en la gestión y salud pública reportados en 15 estudios indirectos publicados entre 2011 al 2021. (Ring, 2011 al, 2021; Puñal, et al., 2016).

## 3. Resultados y discusión

### Explorando y analizando Oportunidades

Después del COVID-19, los establecimientos de salud destinados a la atención primaria y hospitalaria, hasta el segundo nivel de atención, se han transformado en instituciones de referencia y contrarreferencia de casos, haciendo de ello su *modus operandi*. Las estrategias y políticas alternativas los están obligando a seguir protocolos de atención y asistencia sanitaria bajo estructuras organizacionales de gestión y administración, verticales en donde la mayoría de los usuarios son derivados a establecimientos de salud de mayor complejidad, sin considerar las limitaciones de los recursos financieros y administrativos que, establecen nuevos objetivos de trabajo clínicos y asistencial, haciendo que lo sanitario tenga un peso similar a la atención clínica-asistencial (Wu y MacGoogan, 2020). Con ello, las estrategias y políticas de gestión y salud pública, se hicieron parte de la normalidad como durante el COVID-19, los pacientes tirados en las calles y pasadizos, esperando ayuda para ser atendidos o tratando de conseguir citas para las consultas externas, que, de lograrlo, son referenciados para después de meses de presentada la solicitud de atención. Es decir, la atención a destiempo, inoportuna, insegura, poco fiable y poco empática, es una característica que presentan estas instituciones (Vidal et al., 2020).

La enfermedad del Dengue, muestra más incertidumbres que ideas claras sobre el quehacer y el cómo hacer para evolucionar y transformar los procesos de trabajo en dichas instituciones. Las instituciones de salud de nivel III-1 y III-4 tienen o han tenido la misma característica, aunque los contextos y los escenarios cambien por su magnitud y complejidad, el clamor de los profesionales de salud es que no son atendidas las necesidades básicas de los servicios. Tienen que agenciarse, con sus propios recursos, materiales, implementos y hasta equipamiento, para preservar su propia bioseguridad (Quispe, 2020). Si durante el COVID-19 el personal de salud compraba sus propios guates, mascarillas, uniformes descartables e implementos de limpieza y desinfección, etc., hoy, trasladando el tiempo, estos problemas persisten y no son atendidos por las autoridades políticas y administrativas vigentes, afectando directamente los comportamientos y motivaciones del personal, más allá de los daños que causan en las estructuras organizacionales de las instituciones prestadoras de servicios de salud (RPP, 2020). La barrera que contiene a estos profesionales de la salud en sus puestos de trabajo, son sus valores profesionales y criterios deontológicos. Pero la línea se va haciendo cada vez más delgada poniendo en riesgo la prestación de servicios en salud, el contrato social de las profesiones médicas y asistenciales y, los principios que orientan y guían las perspectivas de cambio (Pérez, 2020).

### **Explorando y analizando Factores Concurrentes**

Los niveles de pobreza y pobreza extrema de la población, que hicieron fracasar la aplicación de las estrategias alternativas de vigilancia epidemiológica, aislamiento e inmovilización social obligatoria (cuarenta social), han acortado sus brechas significativamente, haciendo que el grueso de la población en situación de pobreza sobrepase el 65% en términos oficiales y el 75% en términos reales, generándose brotes de violencia social nunca vistos a través de toda la historia de nuestro país. La alternativa del Estado, fue la represión y la amenaza, con un saldo de más de 110 muertos entre diciembre del 2022 y julio del 2023 y el imperio dictatorial de un gobierno y un parlamento con más del 90% de desaprobación (MINSA, 2022). Los esfuerzos por paliar el hambre y la miseria están generando nuevas estrategias alternativas, nuevas oportunidades para la vigilancia activa en salud, la asistencia social, basada en dádivas insuficientes en forma de bonos económicos que terminan en muchas manos, pero esto, no alivian el hambre de nadie. De hecho, ya se solicitó el reclutamiento de 10,000 efectivos más de las fuerzas armadas USA y los elegidos están siendo recibidos y trasladados a los pueblos andinos para reprimir los movimientos sociales y garantizar la “Paz social” que les permita extraer las materias primas como el litio, oro, cobre, zinc, silicio, mercurio, estaño, etc., entre otras, descontando el producto bruto del narcotráfico (ONU, 2023).

Ninguna de estas actividades impulsadas por el Estado y el Gobierno de Facto, han sido capaces de solucionar los problemas del hambre y la miseria de los pueblos de nuestro país, menos han influido positivamente sobre el estado de salud y educación de la población. En tal sentido, debemos responder ¿Es que estamos creyendo que podemos promover y generar más hambre y más miseria, sin ningún costo social, solo porque podemos mostrar armas y soldados extranjeros en las calles? Otros factores concurrentes giran alrededor de la forma como se están enfocando los problemas médicos sociales en el ideario social de la gente. Se deja ver la necesidad de cambiar la forma y el fondo de ver el problema sanitario. Para que emergencias médico sociales como COVID-19, DENGUE y otras, no nos encuentren tan desprotegidos, estos son: el tiempo, el contexto adecuado (procesos en movimiento) y comportamientos sociales cómplices. El tiempo ya no es un factor que lo tenemos o lo podamos tener a nuestro favor, ya las pandemias del COVID-19, el DENGUE y otros males respiratorios se han manifestado en forma de muertes masivas, ya no en forma de enfermedad, como posible caso o casos confirmados, sino en forma de crematorios masivos en todas las ciudades principales de nuestro país. Los contextos son los únicos que podemos cambiar, para ello, tenemos que dejar mirar como opción estratégica y/o como política alternativa al aislamiento social obligatorio, no en las condiciones y características en que se mueven los procesos socioeconómicos y políticos de nuestro país.

### **Explorando y analizando la Cadena de Soluciones**

El eslabonamiento de la cadena de soluciones debe empezar por considerar la posibilidad de reorientar los recursos del Estado hacia la utilización previsional de infraestructuras capaces de transformarse en espacios de acogimiento, asistencia médica, sanitaria, y alimentaria-nutricional. Debe facilitarse con ello el registro, monitoreo, seguimiento, vigilancia y de control alimentario-nutricional y educacional. En estos espacios deben encontrarse a todas las personas que necesitan atención y asistencia médica, incluso, para el despistaje de las enfermedades y vacunaciones. Si dejamos a la agente que más necesita de la presencia del Estado, le seguimos haciendo sentir que el Estado los ha abandonado y lo obligamos a recurrir a estilos de vida no saludables y hacer que prevalezcan en ellos sus propios estilos de vida basados en sus mitos, creencias y leyendas urbanas, consecuentemente, sus prácticas y actitudes se transforman en los comportamientos sociales negativos que hoy vemos (ESAN/CONEXIONESAN, 2023).

El poblador que vive para subsistir en el día a día, transforma cualquier acto de su vida, o de quienes lo rodean, en una narración dramática de sucesos reales e imaginarios, normalmente usados para explicar los orígenes o transformaciones de algunas cosas. También proporcionan creencias sobre los beneficios prácticos de utilizar

ciertas técnicas o adoptar determinadas conductas sanitarias (automedicación y/o uso de medicina tradicional) que no pueden ser apoyadas científicamente por hechos demostrados. Muchas de estas narrativas son transmitidas de generación en generación como sucesos sorprendentes o asombrosos, con matices místicos y religiosos que están basados en los relatos hablados e historias escritas, pero que, han sido engrandecidos con detalles ficticios (Defensoría del Pueblo, 2023).

Cada uno de estos elementos culturales con sus diferentes grados de realidad o de ficción, constituyen la acumulación del saber popular e inclinan el ideario medico social como a su contexto en forma positiva o negativa, especialmente cuando hay situaciones de emergencias sanitarias como la que vivimos con el COVID-19 y el DENGUE. Romper esto, significa organización para revelar ante ellos los principios básicos de la convivencia social. Muchos intentan y seguirán intentando manejar estos eslabonamientos de las cadenas de soluciones, porque ese es su deber y así se lo creen. Sin embargo, no atinan a generar estrategias y políticas alternativas claras fundadas en la transferencia de información y conocimientos, en principios básicos de la necesidad de un cambio. Al contrario, ofrecen explicaciones al contexto y las coyunturas actuales con interpretaciones que son coherentes con las necesidades insatisfechas de la población (El país, 07-08-2023).

Los medios de comunicación escritos y televisivos como los que se transmiten en línea (internet) están manejando, consciente o inconscientemente estos elementos de la realidad medico social, tratan de crear o recoger las historias en forma de "hazañas de héroes", siendo su error más sensible el dejar de lado los momentos originarios o esenciales de la vida de las personas y las organizaciones o instituciones que los contienen, aumentando así el carácter simbólico de las estrategias y políticas alternativas que se aplican médica y socialmente en nuestro país. En ellos quedan reflejados los valores del saber popular, así como, las experiencias adquiridas por dicho trabajo, sirviendo muchas veces de legitimación de formas de actuar equivocadas de la población. Estos elementos hay que convertirlos en aprendizajes para desarrollar un nuevo sistema de representaciones y valores del bienestar social (UNICEF, 2023).

## 4. Conclusiones

Es evidente la necesidad de generar nuevos mitos y paradigmas racionalizadores de la realidad medio-social de nuestro país, basados en la forma como enfrentamos las emergencias médico-sociales, sobre todo, estableciendo una relación causa efecto entre los acontecimientos y las acciones importantes o, entre las decisiones y las propuestas de acciones futuras, el objeto sería lograr de esta manera una justificación para legitimar el cambio social. La generación de nuevos mitos y/o paradigmas racionalizadores de la realidad, deben permitir nuevas valoraciones, nuevas jerarquías entre lo que se considera importante o no importante, entre lo que se considera bueno o malo, es decir, se debe pretender establecer una nueva categorización, dentro de la atención a las necesidades insatisfechas, de los sistemas de valores en, con y para la población. Esta estrategia alternativa de la gestión y salud pública, deben tener un lugar especial para las nuevas formas de identificación diferencial de los sistemas de valores médicos sociales, pasados, presentes y futuros, lo que representaría adquirir un carácter simbólico, informativo-comunicacional y educacional. La co-construcción de nuevos significados de la gestión y salud pública, es un reto y un desafío a la vez. Su enfoque y alcance son las mismas que toman las opciones emergentes para superar viejos y nuevos problemas de prestación de servicios de salud en países como el nuestro.

## 5. Referencias bibliográficas

- Abril R y Cuba M. (2013). Introducción a la Medicina Familiar. Acta Médica Peruana, 30(1), 31-36.
- Andersen, J.; Johannesen, N.; Rijkers, B. (2020). Elite capture of foreign aid evidence from offshore bank accounts. policy research working paper 9150, the World Bank Group, 2020.
- Cabrera A (2022). Manual de medicina familiar y comunitaria. Editorial Medica panamericana.
- CAF (Banco de Desarrollo de América Latina) (2021). Policy Brief # 8. Tecnología para la integridad en tiempos del COVID-19: Transparencia e integridad pública. CAF: En On Line.
- Córdova A y Rossani A. (2020). COVID-19: Revisión de la literatura y su impacto en la realidad sanitaria peruana.
- Defensoría del Pueblo (2023). Informe defensorial nº 190: Crisis política y protesta social: Balance defensorial tras tres meses de iniciado el conflicto. /de diciembre del 2022 al 6 de marzo del 2023.
- El País (2023). El dengue desangra Perú: La enfermedad. Alimentada por el cambio climático, deja casi 300 muertos.

ESAN/CONEXIONESAN. (2023). Salud en las Regiones: Panorama del 23 al 26.

Feria E. (2011). De re médica. Vida y pensamiento de un médico rural. Huelva: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Huelva; 2011. ISBN 978-84-15147-40-4

Gobierno de Perú (2021). Coronavirus (COVID-19) en Perú.

Gallelo, I. (2020). Los científicos que defienden los fideicomisos: “No podemos depender del presupuesto del Gobierno, es cada vez más magro”. En El País. Publicado el 13 de octubre de 2020.

González L, Cuesta L, Pérez L, Presno M, Fernández I, Pérez T, Guerrero S, Pérez C. (2018). El Programa del médico y enfermera de la familia: desarrollo del modelo de atención médica en Cuba. Rev Panam Salud Pública. 2018;42:e31.

Gottlieb, S. (2021). Uncontrolled spread. 2021. United States of America. Harper Collins. First Edition.

Green, T. (2021). The COVID Consensus. The New Politics of Global Inequality. Hurst Press. GOTTLIEB, Scott. Uncontrolled spread. 2021. United States of America. Harper Collins. First Edition.

Ministerio de Salud (2019). Perú: Género, salud y desarrollo. Indicadores Básicos 2018. Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud. Dirección de Promoción de la Salud. Lima: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud (2018). Perú: Listado final de la evaluación del cumplimiento mayor igual a 60 puntos de meta institucional, indicadores de desempeño y compromisos de mejora alcanzados en el periodo 2018- Regiones para entrega económica establecida en el artículo 15 del Decreto Legislativo N.º 1153.

Ministério da Saúde (2020). Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Brasil. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF, Ministério da Saúde Brasil.

Moher D, Schulz KF, Altman DG. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of parallel-group randomised trials. Lancet 2001; 357: 1191-94.

Montserrat-Capella D, Suárez M, Ortiz L, Mira JJ, Duarte HG, Reveiz L; Grupo AMBEAS (2015). Frequency of adverse outpatient care events in Latin American countries: the AMBEAS cohort study/ OPS. Int J Qual Health Care. 2015 Feb; 27 (1): 52-9.

OBLAT-Clacso. (2020). Políticas públicas en América Latina frente al Covid-19 [Internet]. 2020.

O, F. d. (2022). México: aún sin su vacuna Patria. Políticas públicas de vacunación ante la pandemia del COVID-19 (2020-2022) .

Ogata, A. (2014). Promoción de la salud y prevención de riesgos y enfermedades en la salud complementaria brasileña. Brasilia, D.F., OPS.

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2018). Más sano, más justo, más seguro: la travesía de la salud mundial 2007–2017. Ginebra-Suiza: OMS, 2018.

OMS (2021). Strengthening preparedness for health emergencies: implementation of the International Health Regulations (2005) Interim progress report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) during the COVID-19 Response”, WHO, 12th January 2021

ONU (2023). Perú: Experto de la ONU pide rendición de cuentas y reforma política para superar la crisis. Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

OPS (Organización panamericana de la Salud). (2020). Risk communication: Guidelines and technical reports.

OPS. (Organización Panamericana de la Salud) (2021). Plan estratégico de preparación y respuesta frente a la COVID-19. Orientación para la planificación operativa. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Pan American Health Organization (2017). Regional Goals for Human Resources for Health 2016-2020: Final Report. Washington, D.C: PAHO.

- Pan American Health Organization (2019). Conversaciones sobre Salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C: OPS
- Pan American Health Organization (2016). Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos. Washington, D.C: OPS.
- Pan American Health Organization (2015a). Cómo organizar y preservar la memoria institucional. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C: OPS.
- Pan American Health Organization (2015b). Lecciones aprendidas. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C: OPS
- Pan American Health Organization (2015c). Championing Health: Sustainable Development and Equity. PAHO Strategic Plan 2014-2019. Washington, D.C: PAHO.
- Pan American Health Organization (2014a). Operations Report: Technical Working Groups of the Pan American Network for Drug Regulatory Harmonization (PANDRH). Washington, D.C.: PAHO.
- Pan American Health Organization (2014b) Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. Pan American Health Organization. Washington, D.C: PAHO.
- Pan American Health Organization (2014c). Strategic Plan of the Pan American Health Organization 2014-2019. Pan American Health Organization: Washington, D.C: PAHO.
- Pennycook G y Rand D. (2019). Lucha contra la desinformación en las redes sociales utilizando juicios colectivos sobre la calidad de las fuentes de noticias. Proc. Natl Acad. Sci. USA 116, 2521-2526 (2019). Artículo de CAS PubMed .
- Peñafiel L, Camelli G, Peñafiel P. (2020). Pandemia COVID-19: Situación política - económica y consecuencias sanitarias en América Latina. Rev Cienc UNEMI. 2020;13(33):120-8.
- Pérez, L. (2020). Coronavirus: El 26% de hospitales tiene déficit de personal calificado y 57 mil colegios no cuentan con agua potable (Internet). Convoca.pe - Agenda Propia. 2020.
- Quispe D. (2020). 80% de hospitales del Perú no están preparados (Internet). La República. 2020.
- RPP. (2020). Martín Vizcarra anuncia que ventiladores mecánicos serán fabricados en el Perú para pacientes críticos (Internet). RPP. 2020 (citado 5 de abril de 2020).
- Tse, M. (2021). Médicos descalzos chinos: Un progreso revolucionario en la idea internacional de la salud, según la OMS (de 1978). Rev. Etiquetas: China (59), Médicos descalzos, Medicina Tradicional China.
- UNICEF, Perú/para cada infancia. Pronunciamento ante la situación que vive el Perú.
- Vidal M, Solis G, Solari L, Minaya G, Ayala B, Astete J, et al. (2020). Evaluación en condiciones de campo de una prueba serológica rápida para detección de anticuerpos IgM e IgG contra SARS-CoV-2. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública . 21 de abril de 2020 ;37(2).
- Waris O, Karlsson L, Antfolk J, Karlsson L, Karlsson H y Soveri A. (2020). The factorial structure of the Hong Psychological Reactance Scale in two Finnish samples. NORDIC PSYCHOLOGY.73 (1) ,68-90.
- Wrapp D, Wang N, Corbett K, Goldsmith J, Hsieh C, Abiona O, et al. (2020). Cryo-EM structure of the 2019-nCoV spike in the prefusion conformation. Microbiology; 2020 feb
- Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 24 de febrero de 2020