

Los servicios de Salud en el Perú, durante la Pandemia por COVID-19: Una revisión sistemática

María Sanz Rozas^{1*}

¹ Escuela de Posgrado. Universidad César Vallejo. Perú.

* Autor para correspondencia: María Sanz Rozas, msanz_r@hotmail.com

(Recibido: 20-10-2023. Publicado: 21-11-2023.)

DOI: 10.59427/rcli/2023/v23cs.2815-2822

Resumen

El objetivo del artículo fue conocer y analizar las consecuencias de la pandemia de COVID-19 en el servicios de salud mostrar sus falencias y que sirvan de insumo para implementar estrategias de mejora en situaciones futuras ya que las consecuencias de la pandemia han ocasionado múltiples efectos en el sistema de salud a nivel mundial, generando crisis sanitaria, con mayor impacto en países en vías de desarrollo como es el Perú, país con la mayor tasa de mortalidad a nivel mundial, se aplicaron políticas públicas para hacer frente a los resultados negativos, activación de instituciones especializadas en gestión de emergencias y desastres. Los efectos en el sistema de salud, forzaron la reorganización en los servicios de salud, sin embargo se dejó de brindar atención ambulatoria para el cuidado regular, el escaso recurso humano se desplazó a cubrir las áreas de respuesta COVID-19, debilitándose aún más el primer nivel de atención, se puso en evidencia las serias deficiencias en la atención de la salud sobre todo en la población vulnerable, con un sistema fraccionado, infraestructura y equipamiento inadecuado, con la necesidad de fortalecer el sistema de salud desde sus capacidades básicas, poco liderazgo en la gestión sanitaria desde los gestores en salud y poco compromiso político. El presente artículo es de tipo narrativo, cualitativo y científico, se realizó una revisión bibliográfica de los temas de interés. Se muestran los efectos en el sistema de salud, frente a una crisis sanitaria, con débil respuesta del sistema de salud desde el PNA.

Palabras claves: Sistema de salud, Servicios de Salud, Gestión sanitaria, Gestión del talento humano, Crisis sanitaria, Pandemia, COVID-19.

Abstract

The objective of the article was to know and analyze the consequences of the COVID-19 pandemic on health services, show their shortcomings and serve as input to implement improvement strategies in future situations since the consequences of the pandemic have caused multiple effects in the health system worldwide, generating a health crisis, with the greatest impact on developing countries such as Peru, a country with the highest mortality rate worldwide, public policies were applied to address the negative results, activation of institutions specialized in emergency and disaster management. The effects on the health system forced its reorganization in health services however, outpatient care was no longer provided for regular care, the scarce human resources moved to cover the COVID-19 response areas, further weakening the first level of care even more, serious deficiencies in health care became evident especially in the vulnerable population, with a fragmented system, inadequate infrastructure and equipment, with the need to strengthen the health system from its basic capacities, leadership of health managers and political commitment. This article is of a narrative, qualitative and scientific type, a bibliographic review of the topics of interest was carried out. The effects on the health system are shown, in the face of a health crisis, with a weak response from the health system from the PNA.

Keywords: Health system, Health services, Health management, Human talent management, Health crisis, Pandemic, COVID-19.

1. Introducción

En estos últimos años, el Sistema de Salud en el Perú, viene atravesando un cambio funcional, se sabe que su sistema fraccionado (privado y público) brindando atención a la población a través del Seguro Social (EsSALUD), Seguro Integral de Salud (SIS), Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), y subsistemas de salud de las Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía Nacional del Perú (PNP), la población no asegurada accede a los servicios de salud realizando el pago (pago de bolsillo) establecido por la entidad que brinda el servicios de salud (Alcalde et al., 2019). La fragmentación del sistema se debe entre otros factores al modelo curativo centrado en la enfermedad, el enfoque de fragmentación oprime la capacidad del sistema (Llanos. 2020). Los retos sanitarios a los que ha tenido que hacer frente la especie humana, son permanentes, en el Perú como en muchos países se ha tenido que repensar acerca de su organización a nivel sanitario. Luego de haberse presentado los primeros casos de personas con COVID-19 y que la OMS haya declarado la situación, como la pandemia global en marzo 11 del 2020, originando un problema de gran magnitud a nivel mundial, poniendo en evidencia la debilidad de los sistemas sanitarios. (Chaparro et al., 2021). La pandemia por COVID-19, ha tenido efectos, considerables a nivel social, económico y estructural, efectos que ha golpeado a todos los países del mundo entero. La intervención en salud se ha orientado principalmente a enfrentar la enfermedad y mucho después se ha dado la intervención a nivel de la comunidad, en busca de evitar nuevos contagios, la realidad mostrada durante la pandemia, ha permitido ver la necesidad que se tiene en fortalecer la educación al respecto de cómo cuidar la salud con el fortalecimiento de las medidas preventivas (Guevara & García, 2021).

Entre los cambios drásticos provocados por la pandemia por COVID-19, nos referimos a los modos de atención médica ambulatoria y la atención de la salud, la rapidez con la que se propaga la enfermedad desde el principio de la pandemia, estableció que la mayoría de los países, suspenda la atención medica regular de manera presencial, al igual que las visitas para atención preventiva, esto con el fin de evitar mayores contagios en pacientes y personal de salud (Ferre et al., 2021). En cuanto al financiamiento para los servicios de salud, los países han destinado fondos del estado para los programas de salud recursos que en muchos países fue insuficiente, generándose diferencias al momento de acceder a una atención de salud, así mismo no se evidenciaba mayor gasto en la provisión de recurso humano en salud, pese a ser un recurso indispensable y que requería mayor inversión. (Huerta y Vanegas, 2020). La alta demanda del personal de salud ha sido uno de los aspectos impostergables para su atención en casi todos los países, es así que en muchos de ellos se tomó como estrategia para cubrir el déficit de personal, el recurrir a estudiantes de la salud de los últimos ciclos, en nuestro país se había permitido la intervención de este recurso humano posterior a la primera hora en salvaguarda de los jóvenes estudiantes, siendo el personal de primera línea el recurso humano escaso con el que se contaba, muchos de ellos fallecieron, pasando a ser parte de los casos considerados en los altos índices de mortalidad por COVID 19 (Blanco & Bosch., 2021). Desde iniciada la pandemia, los servicios de salud en su totalidad tuvieron que acomodarse a la situación de emergencia ocasionada por este virus. La atención de los pacientes en el contexto de pandemia generaba un reto para el sistema de salud, el temor a contagiarse fue una constante tanto en el personal de salud como en los pacientes, dejándose de atender a muchas personas con citas programadas por atenciones regulares, con necesidades de atención por enfermedades crónicas y atenciones de urgencia y emergencia. Surge entonces la atención remota que en tiempos de pandemia es una alternativa innovadora, que favorece el acceso a los servicios de salud (Ovando, 2021).

Una pandemia como la causada por el COVID 19, afecta a todas las etapas de la vida, por la situación actual cada persona responde de diferente manera frente a la enfermedad y el entorno, así también realiza conductas diferentes en cuanto a su salud, tanto para evitar la enfermedad como para prevenir el COVID 19 de manera responsable, es importante evaluar los componentes que decretan el proceder de las personas frente al cuidado de su salud, puesto que permiten implementar medidas acordes para el mejoramiento de la salud, de acuerdo al contexto en el que vivimos (Huynh & Chan,2021). Las personas de bajos recursos económicos han enfrentado la pandemia con mayor desigualdad, siendo más vulnerables a los efectos de la pandemia, las políticas públicas destinadas a calmar los efectos de la enfermedad deben proponer estrategias que se ajusten a mejorar su acceso a los servicios básicos dentro de ellos el acceso a la salud (Picanco et al., 2020). En el caso peruano, cuando se confirmó la aparición de los primeros casos del virus COVID 19 en el Perú, se tomó como primera medida la cuarentena de 15 días, sin embargo, no se pudo con la propagación, así mismo se tenía la falta de infraestructura y equipamiento, insuficiente número de camas UCI, la cuarentena se ampliaba cada vez más hasta el 26 de junio del año 2020, llegando a detenerse la economía en la mayoría de las actividades principales (Lossio, 2020). Un sistema de salud como el que tenemos en el Perú, frágil, no articulado, fraccionado, con necesidad de recursos humanos (RR. HH) imprescindibles para hacer frente al contexto en el que vivimos por la pandemia, requiere de la unificación del sistema, mediante un solo seguro que garantice una atención, a una necesidad de salud que requiera la población, fortaleciendo el PNA con la estrategia de APS (Somocurcio 2021). Se requiere un sistema de salud cimentado en los principios de Atención Primaria, como la puerta de entrada al servicio de salud, que garantice una atención continua e integral, atendiendo las necesidades reales de la población (Llanos. 2020). Un sistema consolidado a través del cumplimiento de sus dimensiones claves, para este caso analizaremos el presente artículo desde la dimensión de estructura del sistema: Gobernanza Financiamiento y RR.HH (Cuba et al., 2018).

Para el artículo nos apoyamos en la Teoría del Desarrollo Organizacional (DO), la cual menciona el DO como el esfuerzo que toda organización gestiona desde lo alto con el fin de incrementar la eficacia, así como la salud de la organización, esto es necesario para las organizaciones, puesto que las mismas crecen y se desarrollan, hace posible el conocimiento del ambiente a profundidad, permite una mejor planeación por lo tanto ejecución, un adecuado sistema de información y flexible estructura. Así, el DO es todo cambio que se entiende y planifica, es un trabajo educativo complicado, que se debe iniciar en los directivos y puedan analizar y desarrollarlo con los empleados. (Ibarra y Montaña, 1987, como se citó en Herrera, 2020). El propósito del artículo es conocer las consecuencias de la pandemia en los servicios de salud, mostrar sus falencias y que sirvan de insumo para implementar estrategias de mejora en situaciones futuras. Es importante porque exhibe la real situación del sistema de salud en el Perú ante un fenómeno mundial que causó la muerte de miles de personas. Permite conocer que aspectos tenemos que mejorar en el sistema de salud para evitar la catástrofe que vivió el país como consecuencia de la pandemia (OPS, 2020). Sistema de salud; Gestión sanitaria; Gestión del talento humano; Crisis sanitaria; Pandemia; COVID-19;

2. Metodología

Tiene el sustento en una revisión bibliográfica de tipo narrativo, cualitativo y científico, se utilizaron palabras clave en español: “sistema de salud”, “servicios de Salud”, “gestión sanitaria”, “gestión del talento Humano”, “crisis sanitaria”, “pandemia”, “COVID 19”, adicionalmente las mismas palabras clave se tradujeron al inglés: “health system”, “health services”, “health management”, “human talent management”, “health crisis”, “pandemic”, “COVID 19”

Cada artículo revisado debía cumplir con los requisitos siguientes:

- La búsqueda de los artículos científicos (artículos originales y artículos especiales) se realizó en función a las palabras clave.
- El enfoque del artículo está centrado en los servicios de salud del sistema de salud peruano antes y durante la pandemia por COVID 19.
- Los artículos revisados tuvieron 5 años de antigüedad (2018-2022).
- Se realizó la búsqueda de artículos en español e inglés en diferentes bases de datos, con los descriptores antes mencionados. (Scopus, SciELO, Web Of Science, Latindex, Google Académico).

Realizada la búsqueda, se encontró un total de 1720 artículos, relacionados con el tema, sistemas de salud, servicios de salud, gestión de RR.HH. y pandemia por COVID 19, entre los operadores lógicos que se utilizaron se considera AND y NOT, se han seleccionado aquellos artículos con mayor notabilidad de acuerdo al enfoque de la revisión, por lo que fueron considerados un total de 55 artículos.

Se realizó también la revisión de la página de la OMS (<https://www.who.int/es>.) incluyendo los términos de búsqueda como “sistema de salud”, “COVID-19”, encontrándose artículos y opiniones de expertos en salud pública, por lo que se incluye 1 documento más.

3. Resultados

Como consecuencias del COVID-19 tenemos múltiples efectos en el sistema de salud a nivel mundial, generado crisis sanitaria en muchos países que aplicaron en menor o mayor medida políticas públicas para hacer frente a esta situación que tuvo un mayor impacto en países en vías de desarrollo en comparación de países desarrollados. Uno de los primeros países a nivel de Latino América, que decretó el estado de emergencia, cerrando fronteras e implementando la cuarentena con el fin de controlar la dispersión del virus SARS-coV-2, fue el Perú (Pugley, 2020), al mismo tiempo, a pocos días de la identificación del primer caso positivo para COVID-19 se tomó la decisión de limitar la prestación de servicios de salud en el PNA, consulta externa, seguimiento de casos con enfermedades crónicas, dándose prioridad a la atención de emergencias y urgencias. Frente a esto el MINSA propuso diferentes estrategias para fortalecer el PNA, no obstante, no se pudo ver la capacidad de respuesta de los Establecimientos de Salud (EE. SS), pues los casos seguían en aumento, demostrando una vez más que no contamos con un PNA, con respuesta oportuna a las necesidades de atención en salud (Villanueva et al., 2020).

La manera en la que se realizaron las atenciones médicas durante los primeros meses de la pandemia no fue la adecuada, casi el 50 % tenía programada una atención médica o presentó necesidad de consulta ya sea en un establecimiento de salud o mediante la visita, de las cuales la mayoría de las atenciones en los EE. SS fueron requeridas por mujeres y tal como se esperaba, las personas con condiciones médicas diagnosticadas. Se presentaron mayores problemas de acceso a la atención en mujeres y que se atienden en EE.SS públicos (Ferre et al., 2021).

Después del primer caso de COVID 19 que se registró en el país y que la OMS declarara la pandemia y que se difundieran las alertas epidemiológicas se vio la necesidad de ofrecer los servicios de salud a distancia (MINSA, 2021). La atención brindada a través de la telemedicina es favorable para la protección del personal de salud y por ende para el paciente pues se garantiza el distanciamiento tan necesario en época de pandemia, se considera una experiencia a tomarse en cuenta desde su implementación para el seguimiento de casos positivos para COVID-19, aun se espera los resultados del impacto de la atención por telemedicina (Ovando, 2021). Toda la comunidad y las personas necesitamos encargarnos de nuestra salud en esta situación de pandemia, entendiendo la importancia del autocuidado de la salud para el control de la pandemia, que su contención depende básicamente de la responsabilidad de las personas, de la sociedad en pleno, evitando los contagios se ayudará a controlar la alta demanda de atención en los servicios de salud (Guevara & García, 2021).

La educación para la salud se trabaja en el PNA, su finalidad es lograr la participación de la persona, familia y comunidad en el cuidado de la salud, para la prevención de enfermedades. Se debe tomar en cuenta que actualmente la enfermedad no solo debe ser atendida cuando se manifiesta, se debe más bien prestar atención preventiva, para así evitar complicaciones, se debe brindar el tratamiento de manera oportuna y la atención regular para mejorar la calidad de vida de las personas (Orcotorio, 2022). La pandemia por COVID-19, afectó a las personas sin distinción alguna, a todos los grupos de edades y de diferentes condiciones económicas, culturales y sociales, afectó en todo aspecto a los más pobres, la desigualdad también tuvo una extensión étnica es así que, en el caso de Loreto, el 30% de la población que es indígena tiene la cobertura más deficiente a nivel del país (SERVINDI, 2020). En ese sentido el personal prestador de salud tiene que cultivar la solidaridad, sin influencia alguna con independencia moral, así también debe fomentar la participación de los decisores del sistema de salud y la participación comunitaria, la toma de decisiones de manera correcta, transparente, responsable y dentro de la ética profesional (Izaguirre, 2020). El resultado de la poca inversión, con una cobertura de servicios deficiente, personal de salud que trabaja en malas condiciones profesionales y ni que decir en tema de bioseguridad con escasos de equipos de protección personal (EPP), sin la capacitación adecuada, médicos no entrenados para el rastreo adecuado de los contactos (Meza et al., 2020), se debe también a la burocracia contraproducente del sector (Convoca, 2020).

De la participación de los estudiantes de salud como alternativa a la falta de RR.HH en salud se identifica como aspectos negativos la preocupación por sus avances académicos con temor al contagio la incertidumbre de hasta cuándo se requerirá el servicio, desconfianza frente a las disposiciones últimas en cuanto a su situación académica (Blanco & Bosch, 2021). El hecho de cubrir de manera temporal las brechas de RR.HH en los EE.SS del PNA con personal que realiza Servicio Rural Urbano Marginal (SERUMS), ocasiona inestabilidad en la organización interna y externa del sistema de salud (Quispe, et al., 2023). A causa de la crisis sanitaria por la COVID-19 las organizaciones han olvidado la valía del talento humano y para su adecuada gestión se requiere la incorporación de medios tecnológicos para lograr eficiencia, eficacia y mayor productividad con menor costo (Reyes, et al., 2021), sin abandonar el lado humano que es imprescindible y una característica primordial del RR.HH en salud.

El sistema de salud no puede marchar sin el trabajo que desarrolla el RR.HH se debe valorar sus competencias y como estas están vinculadas a las funciones básicas de la salud pública, las deficiencias en este y otros aspectos han sido develados con más notoriedad en época de pandemia (Sihuay, 2022). La distribución de RR.HH en Salud en el Perú, varía de acuerdo a las características y ubicación de los EE.SS en la que se realiza la atención, entre otras de acuerdo al quintil de pobreza, zona alejada, zona de frontera, se tiene mayor densidad de RR.HH, en capitales de las Regiones. Para junio del 2021, como se observa en la tabla 1, se registraba en las bases de datos del INFORHUS DIGEP MINSA, un total de 268 191 trabajadores de salud, entre profesionales asistenciales, administrativos, técnicos administrativos, asistenciales, auxiliares administrativos y asistenciales (MINSA, 2021), 30% de los profesionales asistenciales corresponden a los profesionales de la salud que se encuentran en el desarrollo del (SERUMS), personal recientemente egresado que no recibe entrenamiento suficiente para desarrollarse de manera adecuada en el PNA, no se tiene gran número de especialistas en medicina familiar, pese a lo establecido por el MINSA, que indica que todos los EE.SS de categoría I-4 deberán contar con dicho especialista (Cuba et al., 2018). Durante la pandemia de COVID -19, entre los meses de abril y agosto del 2020, se tuvo un incremento del 5.1% en la densidad del RR.HH a nivel nacional (Murillo et al., 2021).

Tabla 1: MINSA y gobiernos regionales: total recursos humanos en salud, junio 2021.

GRUPO	REGIMEN 276	REGIMEN 1057 (CAS)	REGIMEN 728	SERVICIO DE TERCEROS	TOTAL, GENERAL
Profesional asistencial	66410	46670	376	4315	117771
Médico	19297	11166	39	1283	31785
Enfermero	23324	19234	119	1074	43751
Obstetra	11500	5665	126	442	17733
Odontólogo	3040	1516	57	258	4871
Biólogo	1543	1774	10	84	3411
Ingeniero sanitario	10	88		100	198
Médico veterinario	222	80	1	14	317
Nutricionista	972	843	7	196	2018
Psicólogo	1397	2119	7	218	3741
Químico	37	38		11	86
Químico farmacéutico	1528	1706	6	297	3537
Técnicos especializados	268				268
Tecnólogo medico	1829	1969	1	289	4088
Trabajadora Social	1349	472	3	49	1873
Profesional asistencial NE	94				94
Profesional administrativo	4025	6591	179	4817	15612
Técnico administrativo	10169	12681	136	6904	29890
Técnico asistencial	45176	29598	419	3483	78676
Auxiliar administrativo	2738	8033	106	5672	16549
Auxiliar asistencial	5622	3333	35	703	9693
Total General	134140	106906	1251	25894	268191

Los sistemas de salud en países de Latinoamérica, como es el caso de Perú, son inconsistentes con problemas desde la infraestructura, RR.HH. escasos, falta de provisión de medicamentos e insumos, equipamiento entre otros, se esperaba que esta pandemia ponga en prioridad la atención de los servicios de salud de parte del estado (Iglesias & Acosta, 2020), siendo el sistema de salud en el Perú señalado como mayores debilidades y desigualdades, fraccionado en el sistema privado y público (Fuerzas Armadas y Policía), que a pesar de tener una alta tasa de personas cubiertas con un seguro de salud, la sistema público es considerablemente precario (Pugley, 2020). En el Perú el MINSA se hace cargo de la salud del 60 % de toda la población las FF.AA, la PNP y EsSALUD de un 30 % y tan solo el 10 % lo realiza el sector privado (Alliance, 2020, como se citó en Serruto et al., 2022).

En cuanto al gasto público, en el Perú se destina el solo el 5 % del PBI, en comparación tan solo con el país vecino de Chile cuyo gasto es 8.9 % (OCDE, 2020). Si se realiza la comparación del gasto de salud por cada habitante, se tiene que en el Perú la inversión es de 681 dólares al año y par Chile es de 2,229 dólares per cápita. El estado priorizó a través del ejecutivo, el equipamiento, mejoras en el sistema de información, logística, lo que hizo notar que era la primera vez que se contaba con un sistema de información que podía ser actualizado en cuanto a la capacidad total tanto pública como privada al respecto del sistema a nivel nacional, aunque la información alcanzada por el MINSA, señalaba que entre los dos sistemas se tenía tan solo 726 camas UCI, siendo una prioridad del gobierno ampliar la disponibilidad de camas UCI (Villasís, 2020). Los analistas han puesto en tela de juicio la poca rapidez de la organización en la toma de decisiones su débil rendimiento institucional, con un atasco económico y con poca capacidad de superación frente a las carencias estructurales, es en este escenario que llego la pandemia (Paz y Bravo, 2021).

Los resultados para nada eficientes en el control de la pandemia que se ha observado en países de Latino América como es el caso de Perú, se deben en gran parte a las deficiencias que los sistemas de salud ya trasladaban desde antes de la pandemia, que además de ser una limitación importante para el control adecuado, pueden ser a mediano y largo plazo un obstáculo para enfrentar los efectos negativos como la mortalidad a causa de la pandemia (Alves y de la Mata, 2021).

4. Discusión

Del trabajo realizado se determina que los servicios de salud del sistema de salud Peruano no estaban preparados para hacer frente a la pandemia, se ha puesto en evidencia con mayor notoriedad y se ratifica las deficiencias estructurales al respecto de la escasa inversión en salud, deficiencias en cuanto a los RR.HH escasa capacitación de los mismos, al respecto de acuerdo al documento emitido por el Ministerio de Salud en cuanto a la capacitación señala que durante la pandemia se ha puesto a disposición programas de tele capacitación con el fin de lograr un estándar en los protocolos de atención (MINSA,2022), sin embargo la mayoría estaban dirigidos a fortalecer la atención pre hospitalaria en relación a la emergencia sanitaria y manejo de pacientes críticos, el personal de salud no estaba capacitado para responder a las necesidades de salud generales en el PNA.

5. Conclusiones

La pandemia de COVID-19, significa un problema de salud a nivel mundial, con graves consecuencias en la salud de la población, generándose una crisis sanitaria, el Perú no ha sido ajeno a esta situación, las deficiencias estructurales en los servicios de salud siempre han estado presentes, por lo que se hace necesario analizar la respuesta del sistema de salud en el Perú, desde sus dimensión estructural en el PNA, la pandemia a develado las falencias que tiene nuestro sistema, déficit de RR.HH que difiere por regiones y características de los EE.SS, si

bien es cierto hubo mayor inversión en salud, aún sigue siendo escasa la inversión del estado para el fortalecimiento del PNA, las deficiencias en la gestión del RR.HH no solo ha generado la desatención por desabastecimiento sino también una atención deficiente por la escasa capacitación que recibe el personal de salud. Se dejó de atender necesidades de salud por problemas crónicos y atenciones preventivas en toda la población. Se debe tomar como punto álgido el año 2020 y reformular las estrategias para el fortalecimiento de los servicios de salud con énfasis en el PNA, desde una mirada, con enfoque preventivo promocional y no solo curativo y rehabilitador, para todo esto se requiere contar con gestores en salud con liderazgo y adecuada preparación.

6. Referencias bibliográficas

Alves, G., Berniell, L. y de la Mata, D. (2021). Retos de los sistemas de protección social y salud en el marco de la crisis del COVID-19 ya futuro.

Barja-Ore John, Valverde-Espinoza Natalia, Fiestas Requena Kiara Nathalie, Aguilar-Aguilar Shirley. Cambios en la disponibilidad de recursos humanos en salud del Perú. *Rev Cub Med Mil.* 2021 marzo ; 50(1): e1069.

Blanco, A., & Bosch, B. (2021). Función de la pesquisa activa estudiantil en el enfrentamiento a la pandemia COVID 19 en la atención Primaria de salud. . *Revista Cubana de Medicina*, 60(2), 1-10.

Cid, C., & Marinho, M. L. (2022). Dos años de pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe: reflexiones para avanzar hacia sistemas de salud y de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes.

Cuba-Fuentes María Sofía, Romero-Albino Zoila, Dominguez Rafael, Rojas Mezarina Leonardo, Villanueva Rosa. Dimensiones claves para fortalecer la atención primaria en el Perú a cuarenta años de Alma Ata. *An. Fac. med.* 2018 Oct; 79(4): 346-350.

Curioso, W. H., Henríquez-Suarez, M., & Espinoza-Portilla, E. (2018). Desde Alma-Ata al ciudadano digital: hacia una atención primaria en salud digitalizada en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35, 678-683.

Chaparro Mérida NA, Samper DM, Franco Lacato AO. (2022). Seguridad de las vacunas contra la COVID-19. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública.* 4 de abril de 2022; 38(4):634-42.

Díaz-Guio, D., Ospina-Vélez, J., & Ricardo-Zapata, A. (2020). COVID-19: una crisis que requiere medidas de formación urgentes. *Simulación Clínica*, 2(1), 6-8.

Elorzal, M., & Moscoso, S. (2021). Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(3). . *Revista cubana de salud pública.*

Ferre Zuleika, Gerstenblüth Mariana, González Cecilia, Noboa Cecilia, Triunfo Patricia. (2021).Salud y acceso a cuidados médicos durante la pandemia en Uruguay. *Rev. Méd. Urug.* 2021 Sep; 37(3): e206.

González, C. G., Herrera, Y. R., & Pulgar, G. E. B. (2019). Modelo de atención integral de salud vs. calidad asistencial en el primer nivel, Riobamba 2014-2017. *Educación Médica*, 20, 136-142.

Guevara, M., & García, M. (2021). La Promoción de la salud en el contexto de la Pandemia de COVID 19. *Espacio Abierto. Cuaderno Venezolano de Sociología*, 30(2), 66-86. *Revistas Cuaderno venezolano.*

Herrera, José, Acosta, Francisco, Vásquez, María del Carmen, Torres, Ochoa, Eneida, & Ávila, (2020). La evolución de la responsabilidad social empresarial a través de las teorías organizacionales. *Visión de futuro*, 24(2).

Huerta, R., & Vanegas, M. (2020). El gasto público en salud frente a la pandemia por COVID 19 en México. . *México: Revista Mexicana de Análisis Político y Administración Pública*, 9(2), 47-64.

Huynh, V., & Chan, N. (2021). Factor Predicting Individual Health Behaviors during COVID-19 Pandemic. *Journal of Research of the University of Quindío*, 33(1), 58-72.

Lossio. (2020). Covid-19 en el Perú: respuestas estatales y sociales. Lima: *Revista Historia, Ciencias.*

Llanos Zavalaga Luis Fernando, Castro Quiroz José Alberto, Ortiz Fernández Juan, Ramírez Atencio Claudio Willbert. Cuando crear sinergia no siempre es Salud: Análisis y propuesta en la evolución del Sistema de Salud en Perú. *Rev Med Hered.* 2020 Ene [citado 2022 Dic 10] ; 31(1): 56-69.

Llerena R, Sánchez Narvaez C. Emergencia, gestión, vulnerabilidad y respuestas al impacto de la pandemia del COVID-19 en el Perú [Internet]. Preprints de SciELO. 2020 .

Meza Riquelme MJS, Condori Pereyra AR, Encalada Carbajal DA. Análisis de políticas públicas en el Perú ante la crisis derivada de la Covid-19. *Semest. Econ.* 20 de diciembre de 2020;23(55):113-38.

Murillo-Peña Juan Pablo, Mendoza-Arana Pedro Jesús, Rojas-Mezarina Leonardo Ronyald, Huamán-Angulo Lizardo Alfonso, Peralta Quispe Felipe, Riega-López Pedro Antonio et al . Cambios en la densidad de recursos humanos en salud durante la epidemia de COVID-19 en el Perú, abril - agosto 2020. *An. Fac. med.* 2021 Mar ; 82(1): 5-12.

Orcotorio Figueroa R. Pueblos indígenas y COVID-19 en el Perú: la crisis sanitaria y las deficiencias estructurales. *KAWSAYPACHA.* 25may2022 [citado 5dic.2022];(9):80-7.

Organización Panamericana de la salud. (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción.* Washington, D.C. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Ministerio de Salud Perú. (2021). *Tiempos de pandemia 2020-202.*

Organización Panamericana de la salud. (2020). *Sistematización de la experiencia en Atención Primaria de la Salud.* Salta, Argentina. Edición 72. Buenos Aires. Licencia: CC BY-NC.

Milet, P., & Bravo, G. (2021). Impacto del COVID-19 en Perú: Imprevisión, ineficiencia y crisis institucional. *Revista UNISCI,* (56).

Milet, P., & Bravo, G. (2021). Impacto del COVID-19 en Perú: Imprevisión, ineficiencia y crisis institucional. *Revista UNISCI,* (56).

Murillo-Peña Juan Pablo, Mendoza-Arana Pedro Jesús, Rojas-Mezarina Leonardo Ronyald, Huamán-Angulo Lizardo Alfonso, Peralta Quispe Felipe, Riega-López Pedro Antonio et al . Cambios en la densidad de recursos humanos en salud durante la epidemia de COVID-19 en el Perú, abril - agosto 2020. *An. Fac. med.* 2021 Mar ; 82(1): 5-12.

Ponce de León, Z. (2021). *Sistema de Salud en el Perú y el COVID-19.*

Pighi, Bel, Pierina: “Coronavirus en Perú: 5 factores que explican por qué es el país con la mayor tasa de mortalidad entre los más afectados por la pandemia”, *BBC News Mundo,* 20 de agosto de 2020.

Pugley, D. D. (2020). *La COVID-19 en el Perú: una pequeña tecnocracia enfrentándose a las consecuencias de la desigualdad.* *Análisis Carolina,* (26), 1.

Quispe-Mamani, Edgar, Pineda-Palomino, Karen P., Poma-Callo, Yolanda, Quispe-Huaranca, Isaac León, & Inquilla-Mamani, Juan. (2022). *Gestión organizacional de la atención primaria en el sistema regional de salud en Puno, Perú.* *Revista de Salud Pública,* 24(4), 1. Epub May 05, 2023.

Reyes Pérez, Moisés David, Gómez Fuertes, Alberto, & Ramos Farroñán, Emma Verónica. (2021). *Desafíos de la gestión del talento humano en tiempos de pandemia covid 19.* *Revista Universidad y Sociedad,* 13(6), 232-236. Epub 10 de diciembre de 2021.

Serruto Castillo, A., Rivera Flores, V. A., Sana Chalco, F. L. y Zanabria Cabrera, L. C. (2022). *Desarrollo económico y social en el Perú en el contexto de la crisis sanitaria del COVID-19 y en el marco del bicentenario de la República.* *Socialium,* 6(1), e1054.

Sihuay Castillo, L., Catacora Caracholi, E., Malásquez Sotelo, M. R., Chávez Ruesta, A., García Velando, B., Fernández Bravo, D., & Pacheco Castillo, C. (2022). *Estimación cualitativa de la demanda de certificación de competencias del sector salud en el Perú.*

Somocurcio, J. (2021). *La atención primaria de la salud.* *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica,* 30(2), 171-172.

Soto, A. (2019). Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX. Perú: Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 36(2), 304-311.

Vignolo, J., & Mariela, V. (2021). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna, 33(1), 7-11. Revistas de Medicina interna.

Villanueva-Carrasco Rosa, Domínguez Samamés Rafael, Salazar De La Cruz Miriam, Cuba-Fuentes María Sofía. Respuesta del primer nivel de atención de salud del Perú a la pandemia COVID-19. An. Fac. med.2020 Sep: 337-341.