

Gestión organizacional de la atención primaria en el sistema regional de salud en Puno, Perú

Organizational Management of Primary Care in the Regional Health System in Puno, Peru

Edgar Quispe-Mamani, Karen P. Pineda-Palomino, Yolanda Poma-Callo, Isaac León Quispe-Huaranca y Juan Inquilla-Mamani

Recibido 12 febrero 2022 / Enviado para modificación 16 junio 2022 / Aceptado 28 junio 2022

RESUMEN

Objetivo Analizar la gestión organizacional de la atención primaria de salud (APS) durante la pandemia de COVID-19 en el sistema regional de salud de Puno.

Métodos El diseño metodológico adoptado es la fenomenología en el marco del paradigma de la investigación cualitativa. Se realizó un muestreo teórico en complemento con el muestreo intencional y por conveniencia, identificándose actores con capacidad de decisión en el proceso de gestión de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención: director de la Dirección Regional de Salud (DIRESA), directores ejecutivos de las 11 redes de salud, dos directores de hospital y dos jefes de centros de salud. La recolección de datos cualitativos se basó en entrevista semiestructurada, grupo focal y revisión documental, cuyos resultados se analizaron e interpretaron según el enfoque de la gestión del talento humano, la teoría del comportamiento organizacional y el paradigma de la APS.

Resultados La gestión organizacional de la APS en la región Puno implica el abordaje de seis subcategorías de análisis emergentes: cultura y clima organizacional desfavorables; centralización y priorización de la medicina curativa y recuperativa; anarquía organizativa en el sistema regional de salud: rectoría deficiente; inestabilidad institucional y organizacional; politización del sistema de salud, y deficiencias en la formación de profesionales de salud.

Conclusiones Una adecuada gestión del talento humano de las personas en salud contribuirá significativamente en la gestión organizacional renovada del sistema regional y nacional de salud basado en un modelo unificado y complementario entre la APS y la medicina curativa y recuperativa.

Palabras Clave: Gestión; organización; atención primaria de salud; COVID-19; Perú (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To analyze the organizational management of primary health care (APS, by its initials in Spanish) during the COVID-19 pandemic in the Puno regional health system.

Methods The methodological design adopted is phenomenology within the framework of the qualitative research paradigm. A theoretical sampling was carried out in addition to the intentional and convenience sampling, identifying actors with decision-making capacity in the health services management process at the different levels of care: director of the Health Regional Directorate (DIRESA, by its initials in Spanish), executive directors of the 11 health networks, two hospital directors, and two heads of health centers. The qualitative data collection has been based on semi-structured interviews, focus groups, and documentary reviews, the results of which were analyzed and interpreted based on the human talent management approach, the theory of organizational behavior, and the APS paradigm.

EQ: Lic. Sociología. M. Sc. Sociología. Ph. D. Teoría Política, Teoría Democrática y Administración Pública. Docente, Universidad Nacional del Altiplano. Puno, Perú. edgarquispe@unap.edu.pe
KP: OD. M. Sc. Salud Pública. Ph. D. Ciencias de la Salud. Docente, Universidad Nacional del Altiplano. Puno, Perú. kppineda@unap.edu.pe
YP: Lic. Enfermería. M. Sc. Salud Pública. Consultora Independiente. Puno, Perú. yolandapomac1@gmail.com
LQ: Lic. Sociología. M. Sc. Gestión Pública. Docente, Universidad Nacional del Altiplano. Puno, Perú. leonquispe@unap.edu.pe
JI: Lic. Sociología. M. Sc. Ciencias Sociales. Ph. D. Economía y Políticas Públicas. Docente, Universidad Nacional del Altiplano. Puno, Perú. jinquilla@unap.edu.pe

Results Organizational management of APS in Puno involves addressing six emerging analysis subcategories: unfavorable organizational culture and climate; centralization and prioritization of curative and recuperative medicine; organizational anarchy in the regional health system (poor rectory); institutional and organizational instability; politicization of the health system, and deficiencies in the training of health professionals.

Conclusions An adequate human talent management of people in health will contribute significantly to the renewed organizational management of the regional and national health system based on a unified and complementary model between APS and curative and recuperative medicine.

Key Words: Management; organization; primary health care; COVID-19; Peru (*source: MeSH, NLM*).

La Atención Primaria de Salud (APS), gestada en Alma-Ata en 1978, ha marcado un hito en la historia de las políticas de salud global, definiéndose como la atención sanitaria esencial basada en la práctica, la evidencia científica, la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente para los individuos y las familias en la comunidad, participativa y económicamente viable, que permite el desarrollo con un espíritu de autodependencia y autodeterminación (1,2). La APS es el primer contacto de los individuos, las familias y las comunidades y es el elemento nuclear para el conjunto del sistema de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan (1-5). Así, la APS implica un conjunto de acciones encaminadas a preservar y mejorar el estado de salud de la población mediante acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación, atención biopsicosociocultural y reinserción de las personas en su entorno social (2,3,6-8), haciendo que la salud, como un estado de completo bienestar físico, mental, social y espiritual, se constituya en un derecho humano fundamental.

Sin embargo, pese a los esfuerzos realizados por los sistemas de salud en las Américas, la lucha contra las enfermedades y por la esperanza de vida aún no ha logrado la eficacia necesaria para cumplir los objetivos de la APS fijados en Alma-Ata (9) y en Europa la cobertura sanitaria universal en APS no estaba garantizada antes de la pandemia de COVID-19 (4).

En Latinoamérica, la adopción de la APS como estrategia para lograr la salud para todos y por todos, ha sido compleja y heterogénea, debido a problemas de desigualdad social, exclusión social, corrupción, inestabilidad política generalizada y pobreza (10). En Perú, la APS ha sido atribuida al primer nivel de atención y, pese a que desde el año 2005 se ha formulado los perfiles de competencias para los trabajadores de dicho nivel de atención (11), su inoperancia ha hecho que las grandes mayorías de la población sean maltratadas y excluidas del sistema de salud, lo que es una triste paradoja para el país que vio nacer a un pionero mundial de su concepto e implementación: Manuel Núñez Butrón (12), médico puneño que en el contexto de un sistema de salud excesivamente

hospitalario, medicalizado y biologicista, había plasmado previo a Alma-Ata el concepto y los principios de la APS en el mundo rural de Puno (3).

La gestión del sistema de salud en Perú, cuya prioridad es asistencial y hospitalaria, ha sido puesta a prueba por la crisis sanitaria producida por la pandemia de COVID-19, cuyos resultados han sido catastróficos. Esta nueva enfermedad ha desnudado de manera cruda y real la terrible situación sanitaria de Perú: con hospitales viejos; falta de materiales, laboratorios especializados, camas, ventiladores y especialistas; población geriátrica abandonada; médicos mal remunerados sin seguro médico, y falta de equipos de bioseguridad para combatir a este flagelo (13). Según el Ministerio de Salud (MINSA) y la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Puno, las consecuencias de la emergencia sanitaria, a diciembre de 2021, se expresan en los 2 263 739 casos positivos y 202 154 fallecidos por el Coronavirus a nivel nacional, y en los 63 424 casos confirmados y 4 239 personas fallecidas a nivel de la región Puno.

En este contexto, tanto en Latinoamérica como en Perú, se ha subestimado la capacidad de la APS en el territorio, generando su inoperancia (14), muestra de ello es que durante los últimos años la APS en los sistemas de salud de las Américas ha experimentado varias limitaciones y trabas estructurales, entre ellas, desorganización, débil desarrollo del trabajo en equipo, toma de decisiones unidireccional y vertical sin la participación comunitaria, falta de políticas de incentivos, carencia de recursos humanos capacitados y dedicados a la atención primaria, distribución fragmentada y desigual de servicios, financiamiento fragmentado, costos elevados y escasa supervisión apropiada (9). Ante esta situación problemática, el objetivo del artículo es analizar la gestión organizacional de la APS durante la pandemia de COVID-19 en el sistema regional de salud de Puno.

MATERIALES Y MÉTODOS

La región de Puno, ámbito del estudio, está ubicada al extremo sureste de los andes de Perú, cuya extensión territorial es de 71 999 km², lo cual representa el 6% del

territorio nacional, es la quinta región más grande del país (15) y está distribuida en 13 provincias y 110 distritos. La población regional asciende a 1 172 697 habitantes, de los cuales el 50,7% son mujeres y el resto son hombres; el 53,8% de la población vive en áreas urbanas y el resto, en áreas rurales. El grueso de la población (65,8%) se encuentra en el grupo de 15 a 65 años. Al 2020, la región contaba con 7,6 médicos, 16,8 enfermeras y 7,6 obstetras por cada 10 000 habitantes.

La metodología de la investigación se fundamenta en el paradigma cualitativo (16), con la fenomenología como diseño adoptado, porque se analizan las subjetividades e intersubjetividades de los actores institucionales, expresadas en sus imaginarios sociales sobre la gestión organizacional de la APS en el contexto de la pandemia de COVID-19. La población sujeto de estudio o la muestra está constituida por el director de la DIRESA de Puno, directores ejecutivos de las redes de salud (11 a nivel regional), directores de dos hospitales de referencia a nivel regional, y jefes de dos centros de salud. La técnica de muestreo cualitativo aplicado es el muestreo teórico en complemento con el muestreo intencional y por conveniencia. El criterio principal aplicado para la selección de los participantes en la investigación se debe a que aquellos actores institucionales tienen la capacidad de toma de decisiones en el proceso de gestión organizacional de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención y, por ende, cuentan con representatividad socioadministrativa y organizativa en el sistema regional de salud.

Para la recolección de datos cualitativos en campo, se aplicaron tres técnicas de investigación: entrevista semiestructurada, grupo focal y revisión documental (17). La guía de entrevista se aplicó al director de la DIRESA de Puno, los directores ejecutivos de las redes de salud y algunos directores de los establecimientos de salud de referencia a nivel regional: hospitales y centros de salud. La guía de grupo focal se aplicó a los actores institucionales de una de las redes de salud de la región: Red de salud El Collao. La ficha bibliográfica se ejecutó para el registro de información de los instrumentos de gestión institucional de la DIRESA. El trabajo de campo se desarrolló desde enero hasta julio de 2021.

Las estrategias aplicadas en el procesamiento y análisis de datos cualitativos se basaron, primero, en el Software Atlas.ti 8.4, que permitió identificar las seis subcategorías de análisis emergentes en torno a la categoría central identificada previamente. Dichas subcategorías de análisis, como patrones de comportamiento de los actores, permitieron codificar los datos. En segundo lugar, los datos se analizaron con base en las técnicas de análisis de contenido (18) y el análisis del discurso (19), datos que emergieron de las entrevistas,

el grupo focal y las fichas bibliográficas. Para el análisis, la discusión y la interpretación de los resultados se recurrió, principalmente, al enfoque de gestión del talento humano, la teoría del comportamiento organizacional y el paradigma de la APS.

RESULTADOS

El análisis de la organización de la APS desde la gestión del talento humano (20-22) hace referencia a las personas que dinamizan todo ente u organismo social. La investigación empírica sobre la gestión del sistema de salud, específicamente, la gestión organizacional de la APS durante la pandemia de COVID-19 en la región Puno, revela resultados relacionados con sentimientos, pensamientos, acciones y significados que los actores atribuyen a la estructura y al entorno organizativo donde desempeñan sus funciones y responsabilidades de atención en salud.

En la Tabla 1, se identifican las seis subcategorías de análisis emergentes en torno a la gestión organizacional de la APS: a) cultura y clima organizacional desfavorables; b) centralización y priorización de la medicina curativa y recuperativa; c) anarquía organizativa en el sistema regional de salud: rectoría deficiente; d) inestabilidad institucional y organizacional; e) politización del sistema de salud, y f) deficiencias en la formación de profesionales de salud.

Cultura y clima organizacional

En el sistema regional de salud de Puno, la cultura y el clima organizacionales se configuran a partir de las relaciones sociales relativamente conflictivas entre los profesionales de diferentes niveles y especialidades, es decir, los médicos tienden a no relacionarse y a no cooperar en condiciones de igualdad con los profesionales de otras especialidades, por el poder simbólico de superioridad que se han atribuido respecto de los demás profesionales (23); de modo similar ocurre con odontólogos hacia los demás e igualmente entre las enfermeras y las obstetras.

Todo lo anterior, inevitablemente, genera climas organizacionales y laborales desfavorables que se traducen en sentimientos de insatisfacción, queja y protesta de los usuarios/pacientes de los servicios de salud. Esta situación se transmite a la cultura organizacional, entendida como el conjunto de valores y creencias esenciales expresados en normas/reglas asumidas y compartidas por los miembros de la organización y que perduran en el tiempo y el espacio (24); a su vez, esto permea el clima organizacional referido al medio ambiente laboral, lo que finalmente repercute en el comportamiento laboral individual y colectivo.

Tabla 1. Gestión organizacional de la APS en la región Puno

Categoría de análisis	Subcategoría de análisis	Enraizamiento (citas)	Cita representativa (testimonio de los actores)
Gestión organizacional de la APS	Cultura y clima organizacional desfavorables	76	[...] en mi establecimiento de salud había como cinco grupos separados y prácticamente había un miramiento total, ahí observabas que había pugnas internas porque había un sector que no se pasaba con otro, los médicos no se pasaban con las enfermeras, las enfermeras no se pasaban con las obstetras, se formaban grupos dentro del establecimiento de salud y los pacientes eran los únicos perjudicados (cita 1:21).
	Centralización y priorización de la medicina curativa y recuperativa	54	Yo pienso que las políticas de salud del nivel central tienen que ser adaptadas a nivel regional y local, y nos hemos olvidado de la atención primaria de salud (cita 3:13). Por años lo recuperativo ha sido más importante que lo preventivo y mira lo que nos ha tenido que suceder, para darnos cuenta de que estábamos errados (cita 6:6).
	Anarquía organizativa en el sistema regional de salud: rectoría deficiente	20	La organización del sistema de salud presenta muchas dificultades, por ejemplo, la DIRESA-Puno es el "ente rector" que debe impartir la política regional en el sector salud, pero lamentablemente ha dejado de cumplir esa función (cita 1:23).
	Inestabilidad institucional y organizacional	17	Las redes de salud a nivel regional tienen muchos problemas de inestabilidad debido a cambios de jefes, y dice "traigo mi gente" y en dos meses cambia su equipo de gestión, eso no lleva a ningún lugar; entonces lo que se estuvo pidiendo es que los directores de redes sean asignados por concurso público para que tengan la posibilidad de armar un equipo por un tiempo de dos años y no porque simplemente se me dio la gana de que venga otro (cita 3:36).
	Politización del sistema de salud	15	Lamentablemente, considero que durante los últimos tiempos nuestro sistema de salud se ha politizado demasiado, este hecho hace que no se elija al personal adecuado y que a veces por simples opiniones personales muchos planes quedan frustrados (cita 1:49).
Deficiencias en la formación de profesionales de salud	13	La formación universitaria para los futuros profesionales de salud tiene que estar orientada a la atención primaria, porque los currículos de las diferentes universidades, por ejemplo, en medicina, hablan muy poco de ello, al final lo que vamos a tener son médicos orientados hacia el aspecto curativo, recuperativo y hospitalario (cita 4:13).	

Centralización y priorización de la medicina curativa y recuperativa

En la medida que el proceso de las políticas públicas de salud nacional se ha implementado de acuerdo con el modelo centralizado y concentrado de toma de decisiones y adopción de dichas políticas desde el MINSA, se sostiene que dicho modelo se desarrolla en el contexto de un sistema de salud altamente fragmentado (25). Allí las decisiones y las políticas que se implementan a nivel regional son adoptadas y emanadas desde el MINSA. En ese proceso, la DIRESA únicamente juega el rol ejecutor de dichas políticas sin margen de maniobra para hacer cambios a nivel regional.

De otra parte, el modelo organizativo del sistema nacional de salud ha priorizado la salud pública basada en el paradigma de la medicina curativa y recuperativa, menoscabando la APS y, en muchos casos, dejándola al margen. Dicho modelo de salud, en el contexto de la emergencia sanitaria de COVID-19, ha demostrado muchas deficiencias y vacíos en su implementación, funcionamiento y capacidad de respuesta. Uno de los factores condicionantes durante los últimos 30 años habría sido que las políticas de salud han postergado la APS en respuesta al modelo de desarrollo basado en la economía de libre mercado, privilegiando las políticas y los servicios de salud basados en el enfoque asistencial, excesivamente hospitalario, medicalizado y biologicista (3).

Anarquía organizativa en el sistema regional de salud: rectoría deficiente

El MINSA no ha logrado asumir adecuadamente el rol rector de la salud pública nacional, pues las deficiencias se evidencian en un contexto del sistema de salud altamente fragmentado con acciones atomizadas. Esta dinámica de funcionamiento del sistema de salud se reproduce en los ámbitos regionales como la DIRESA de Puno. Es decir, ante la situación de fragmentación y atomización de los servicios de salud pública, el ente rector habría perdido la capacidad de liderazgo para la coordinación y articulación de diversas iniciativas y acciones de los diferentes actores de salud; situación que se traduce en la ausencia y desactualización de instrumentos de gestión de las políticas regionales de salud: plan estratégico, reglamento de organización y funciones, manual de organización y funciones, entre otros.

La cultura organizacional de los actores del sistema regional de salud responde a la tradición centralista del sistema nacional de salud, cuyas acciones deben ser impulsadas desde el ente rector central, el MINSA. Esta lógica organizativa del sistema regional de salud refleja la pérdida/ausencia de capacidad para mantener el orden interno e interactuar con el contexto incierto; esto conlleva a la desorganización o anarquía organizativa (26) que se aproxima a comportamientos azarosos, en la que las actividades son burocratizadas, no coordinadas, vagamente conectadas y en incertidumbre.

Inestabilidad institucional y organizacional en el sistema regional de salud

Esta inestabilidad se produce en dos orientaciones. Primero, en la medida que el director de la DIRESA y los directores de las redes de salud dependen, política y orgánicamente, del gobernador regional, porque son designados por confianza de este ente gubernamental; entonces, el margen de maniobra de aquellas autoridades de salud es limitada. Además, con frecuencia, dichas autoridades de salud regional son removidas de sus cargos de manera abrupta y después de breves periodos, lo cual no permite la planificación adecuada de acciones en corto, mediano y largo plazo, repercutiendo negativamente en la cultura y el clima organizacional.

Segundo, la inestabilidad es creada por la brecha de profesionales en los establecimientos de salud de la región, problemática que durante los últimos años se ha venido paliando con médicos titulados, quienes realizan por obligación el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS) para obtener su habilitación profesional. Dichos profesionales desarrollan servicios de salud durante un año, cubriendo temporalmente las brechas de personal en los establecimientos de salud de primer nivel, lo que ocasiona cambios e inestabilidad interna y externa en el sistema de salud.

Politización del sistema de salud

En el proceso de gestión de las políticas regionales de salud, según la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales N°27867, al gobernador regional se le atribuyen las facultades discrecionales a fin de designar y cesar a los funcionarios de confianza: director regional de salud y directores ejecutivos de las redes de salud. En muchos casos, la designación de estas autoridades del sistema regional de salud ha respondido a la lógica del clientelismo político y a las prebendas desarrolladas durante la campaña electoral y, llegado al poder político, se realizan los intercambios de bienes y servicios por apoyo político y votos (27). Esta práctica en el proceso de asignación de cargos públicos vinculados con la gestión del sistema regional de salud en Puno habría condicionado en buena medida las designaciones inadecuadas de los responsables de la salud pública regional, dando lugar a una serie de deficiencias, cuestionamientos, insatisfacciones y actitudes de protesta desde diferentes sectores.

Deficiencias en la formación de profesionales de salud

Las deficiencias en la formación de profesionales de salud tienen dos orientaciones. En primer lugar, en lo que respecta a la escasa o nula priorización de la APS en los currículos de formación académica en las universidades, donde las prácticas de salud se han mantenido en el

terreno de los profesionales de salud y desde un enfoque biomédico (28), asistencial, excesivamente hospitalario, medicalizado y biologicista (3), subestimando el paradigma de la APS en los diferentes niveles y debilitando con ello la capacidad de respuesta del sistema, pese a la longevidad de este.

En segundo lugar, la deficiencia yace en la debilidad en la formación ético-moral. En este sentido, a nivel internacional se exige la introducción de la asignatura de ética médica en el currículo de todas las carreras y especialidades de salud, porque ante situaciones de crisis sanitaria, desastres y guerras aparecen conductas de todo tipo: valientes y cobardes, heroicas y de traición, enaltecedoras y denigrantes (29). En Puno, durante la pandemia de COVID-19, se han puesto de manifiesto conductas reñidas, ética y moralmente, por parte de los profesionales de salud, sobreponiendo sus intereses lucrativos por encima de la preservación de la salud y la vida de los pacientes.

DISCUSIÓN

La gestión organizacional del sistema regional de salud y, por ende de la APS, requieren indispensablemente de personal con formación académico-profesional en APS (30,31), con educación ético-moral (29), en competencias blandas (32) y liderazgo estratégico (33). Es decir, el pilar esencial del desarrollo y la transformación del sistema de salud es el “recurso humano” basado en la gestión del talento humano por competencias en APS (34). Además, para una gestión organizacional adecuada de la APS, son necesarias la sensibilización y la educación ciudadana en salud (32) y, con ello, la participación social en salud (35).

De acuerdo con los resultados de la investigación, la renovación del modelo de gestión organizacional “centralizado, fragmentado, politizado y dependiente”, implica la adopción de un modelo de salud unificado y complementario entre la APS y el enfoque biomédico, basado en los principios de humanidad, universalidad, inclusión, horizontalidad, equidad, solidaridad y justicia social. Allí, la atención en salud implica un conjunto de acciones encaminadas a preservar y mejorar el estado de salud de la población mediante acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación, atención biopsicosociocultural y reinserción de las personas en su entorno social, haciendo que la salud como un estado de completo bienestar físico, mental, social y espiritual se constituya en un derecho humano fundamental.

Todo lo anterior demanda la reforma estructural del modelo y el sistema de salud. Para ello son necesarios el análisis y la interpretación crítica de las posiciones ideológicas en disputa entre ambos enfoques, es decir, reconocer los principios y valores impuestos por la lógica

de mercado y reflexionar sobre los propios de una lógica del derecho a la salud (30), cuyo resultado debe dar cuenta de las potencialidades y debilidades de ambos enfoques; esto, de modo que se posibilite la adopción de políticas de salud pública integral, universal y sostenible, en la que la voluntad política de los actores será decisiva.

La implementación de un modelo de gestión organizacional compatible con un sistema de salud unificado y complementario implica considerar las siguientes dimensiones: la rectoría, el financiamiento, los recursos para la APS, la integralidad y continuidad y la relación con otros sectores (36). Como estrategia, este proceso puede desarrollarse desde los niveles regionales o subnacionales del sistema de salud y basado transversalmente en la gestión del talento humano de las personas en salud.

Para una mayor consistencia de los resultados alcanzados con el estudio, se deben desarrollar investigaciones de carácter mixto y desde la perspectiva de los usuarios, las cuales permitan establecer tendencias a nivel regional y nacional en torno a la dinámica de gestión organizacional de los sistemas regionales y el sistema nacional de salud ♠

Agradecimientos: A la Gerencia Regional de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Puno por los contactos con las autoridades del sistema regional de salud. Al director de la DIRESA y a los directores de las redes y establecimientos de salud por su participación directa en la investigación.

Conflictos de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Tejada de Rivero DA. La historia de la Conferencia de Alma-Ata. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2018; 64(3):361-6. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2098>.
2. Segredo Pérez AM. Caracterización del sistema de dirección en la Atención Primaria de Salud. *Rev Cubana Med Gen Integr [Internet].* 2004 [cited 2022 Jun 13]; 20(5-6):78-109. <https://bit.ly/3COdRTs>.
3. Carbone FI, Palomino Y. La atención primaria en salud. La experiencia peruana. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2018; 64(3):367-73. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2099>.
4. Ares-Blanco S, Astier-Peña MP, Gómez-Bravo R, Fernández-García M, Bueno-Ortiz JM. El papel de la atención primaria en la pandemia COVID-19: Una mirada hacia Europa. *Aten Primaria.* 2021; 53(8):102134. <https://doi.org/10.1016%2Fj.aprim.2021.102134>.
5. Villalbí JR, Farrés J. Culminar la reforma de la atención primaria de salud: gestión del cambio en Barcelona, 1998-2003. *Atención Primaria.* 2005; 35(9):484-8.
6. Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Pública [Internet].* 2018 [cited 2022 Jun 13]; 42:1-6. <https://bit.ly/3iCr0bi>.
7. Lizana M, Flores E, Carhuayo-Luján S. Evaluación de los atributos de atención primaria de salud en establecimientos del primer nivel de atención de Ayacucho, Perú. *Rev Medica Hered.* 2020; 31(3):175-80. <https://doi.org/10.20453/rmh.v31i3.3807>.
8. Giovanella L, Vega R, Tejerina-Silva H, Acosta-Ramirez N, Parada-Lezcano M, Ríos G, et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trab Educ e Saúde.* 2021; 19:1-28. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>.
9. Nebot Adell C, Rosales Echevarria C, Borrell Bentz RM. Desarrollo de competencias en atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Pública.* 2009; 26(2):176-83. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892009000800011>.
10. Cabral-Bejarano MS, Nigenda G, Conill E, Arredondo A. Implementación de la atención primaria de salud en Paraguay en tres periodos de gobierno: dimensiones políticas, sociales y técnicas observadas en el nivel subnacional. *Rev Esp. Salud Pública* 2020; 94:1-14.
11. Ministerio de Salud del Perú. Metodología para la formulación de perfiles de competencias para trabajadores del primer nivel de atención. Lima: Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos; 2005 [cited 2022 Jun 13]. <https://bit.ly/3QCoqOY>.
12. Solari L. Atención primaria de la salud: un compromiso pendiente. *Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet].* 2014 [cited 2022 Jun 13]; 30(2):173-4. <https://bit.ly/3WaCYGS>.
13. Maguñá Vargas C. Reflexiones sobre el COVID-19, el Colegio Médico del Perú y la Salud Pública. *Acta Méd Peru.* 2020; 37(1):8-10. <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.371.929>.
14. Cuba-Fuentes MS, Romero-Albino Z, Dominguez R, Rojas Mezarina L, Villanueva R. Dimensiones claves para fortalecer la atención primaria en el Perú a cuarenta años de Alma Ata. *An Fac Med [Internet].* 2018 [cited 2022 Jun 13]; 79(4):346-50. <https://bit.ly/3H2dDKM>.
15. Perú. Congreso de la República. Carpeta georeferencial región Puno, Perú. Puno: Congreso de la República del Perú; junio 30 de 2016 [cited 2022 Jun 13]. <https://bit.ly/3vZHbIZ>.
16. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6° ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2014.
17. Ortiz-Ruiz N. Análisis de desigualdades en salud. Una propuesta cualitativa. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2020; 39(1):1-11. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e339563>.
18. Sánchez-Gómez MC, Martín-Cilleros MV, García Peñalvo FJ, Muñoz Sánchez JL, Pinto Bruno Á, Parra E, et al. Análisis de contenido cualitativo: estudio de la satisfacción de los usuarios sobre la presentación de un nuevo medicamento en la salud pública. In: Costa AP, Sánchez-Gómez MC, y Martín-Cilleros MV (eds). *La práctica de la investigación cualitativa: ejemplificación de estudios.* Aveiro: Ludomedia; 2017. p. 57-92.
19. Sánchez-Saus M, Marí-Sáez VM, Ceballos-Castro G. Análisis del discurso solidario de las ONG españolas sobre el coronavirus en Twitter. *Tonos Digit [Internet].* 2021; 2(41):1-40 [cited 2021 Apr 25]. <https://bit.ly/3HPwTZS>
20. Chiavenato I. Administración de recursos humanos. El capital humano de las organizaciones. 8° ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2007.
21. Muñoz IF, Higueta Y, Mlina G, Gómez LM. Características de la gestión del talento humano en salud pública. In: Molina G, Ramírez AA, Ruiz AM (eds). *Tensiones en las decisiones en salud Pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares.* Medellín: Universidad de Antioquia; 2014. p. 265-96.
22. Pardo Enciso CE, Díaz Villamizar OL. Desarrollo del talento humano como factor clave para el desarrollo organizacional, una visión desde los líderes de gestión humana en empresas de Bogotá D.C. *Suma Negocios.* 2014; 5(11):39-48. [https://doi.org/10.1016/s2215-910x\(14\)70018-7](https://doi.org/10.1016/s2215-910x(14)70018-7).
23. Cabral Doricci G, Caccia-Bava MC, Guanaes-Lorenzi C. Dinámica relacional de los equipos de salud de atención primaria y su impacto en la construcción de la cogestión. *Salud Colect.* 2020; (16):1-15. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.3094>.

24. Segredo Pérez AM, García Milian AJ, León Cabrera P, Perdomo Victoria I. Desarrollo organizacional, cultura organizacional y clima organizacional. Una aproximación conceptual. INFODIR [Internet]. 2017 [cited 2022 Jun 13];(24):86-99. <https://bit.ly/3CMmwFJ>.
25. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. Salud Publica Mex. 2011; 53(Suppl 2):243-54.
26. Small M. Analysis of an organisation: A university of the third age (U3A), Mornington, Victoria. Aust J Adult Learn [Internet]. 2017;57(1):147-58 [cited 2021 May 10]. <https://bit.ly/3ulwe95>.
27. Schröter B. Clientelismo político: ¿existe el fantasma y cómo se viste? Rev Mex Sociol [Internet]. 2010; 72(1):141-75 [cited 2021 Apr 30]. <https://bit.ly/3rlcsse>.
28. Miranda JJ, Yamin AE. Educando a los futuros profesionales de la salud: un reto para la salud y los derechos humanos en América Latina. Rev Perú Med Exp Salud Pública [Internet]. 2008 [cited 2022 Jun 13]; 25(3):302-8. <https://bit.ly/3W7tOL9>.
29. Barreiro Vázquez AR. La ética ante las crisis sanitarias a propósito de la COVID-19. Rev Cuba. 2021; 50(1):1-17. <https://bit.ly/3XaxNrM>.
30. Molano-Builes PE, Mejía-Ortega LM, Gómez-Granada JA, Vargas-Bentancourt ML, Cuellar-Bravo K. Conceptos y directrices que orientan la atención primaria en salud en diversos territorios colombianos (2017). Rev. Salud Pública. (Bogotá) 2020; 22(5):1-8. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n5.90114>.
31. Ruiz-Rodríguez M, Acosta-Ramírez N, Rodríguez Villamizar LA, Uribe LM, León-Franco M. Experiencia de implementación de un modelo de atención primaria. Rev. Salud Pública. (Bogotá) 2011; 13(6):885-96. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642011000600002>.
32. Aguinaga-Fernández HA. Menuda tarea: Hacer gestión en salud en el Perú. Rev Cuerpo Med HNAAA. 2019; 12(4):250-2. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2019.124.553>.
33. Puertas EB, Sotelo JM, Ramos G. Liderazgo y gestión estratégica en sistemas de salud basados en atención primaria de salud. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 13]; (44):1-9. <https://bit.ly/3khLFBJ>.
34. Rey-Gamero AC, Acosta-Ramírez N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. Rev Gerenc Polit Salud [Internet]. 2013 [cited 2022 Jun 13]; 12(25):28-39. <https://bit.ly/3GZVA87>.
35. Carrillo Franco J, López L. Participación social en salud en la atención primaria en Bogotá: Voces de mujeres. Rev Gerenc Polit Salud [Internet]. 2014 [cited 2022 Jun 13]; 13(26):144-57. <https://bit.ly/3iv9XYN>.
36. Bursztyn I, Kushnir R, Giovanella L, Stolkner A, Sterman-Heimann L, Riveros MI, et al. Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. Rev. Salud Pública. (Bogotá) 2010; 12(1):77-88. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642010000700006>.