

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Salud Pública



TESIS

**Gestión de la Atención Primaria de Salud en Tiempos
de Pandemia de la COVID-19 en la Región Puno, Perú**

Lic. Yolanda Poma Callo

**Para Optar el Grado Académico de:
MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA
con orientación en Sistemas de Salud**

**Director
Dr. Gustavo Marín**

La Plata - Argentina
Octubre, 2022

DEDICATORIA

A mi esposo Edgar, por ser mi guía y mi apoyo incondicional durante el desarrollo y culminación del presente trabajo de investigación. A mis hijos Álvaro y Leydy, por ser la razón y el motivo para seguir adelante.

A mí querida mamá Francisca, por su motivación y sus consejos para seguir superándome.

A mis compañeras (os) y amigas (os), con quienes pude compartir experiencias y momentos inolvidables durante mis estudios de postgrado y estadía en La Plata, Argentina.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente a Dios por darme la vida y la salud, por bendecirme y guiarme en este reto tan importante, más aún en esta situación de emergencia sanitaria.

A la Universidad Nacional de La Plata-Argentina, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Postgrado, por permitirme realizar, presencialmente, mis estudios de Maestría y a través de sus docentes por impartir sus conocimientos y experiencias en mi formación académica y profesional.

A mi asesor de tesis, Dr. Gustavo Marín, quien desde un inicio me brindó su apoyo académico y ayuda incondicional en el desarrollo y culminación del presente trabajo de investigación.

A la DIRESA-Puno y a los directores y jefes encargados de las diferentes Redes de Salud, quienes fueron la población-sujeto en la ejecución del presente trabajo de investigación, a través de la aplicación de diversos instrumentos: entrevistas, grupo focal y revisión documental.

A la Gerencia Regional de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Puno, que me brindó la autorización y las facilidades para realizar los contactos con las diferentes Redes y Microrredes de Salud a nivel regional.

Finalmente, concluyo agradeciendo a todas aquellas personas quienes de manera directa o indirecta han contribuido durante mi formación y la culminación del presente trabajo.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Situación problemática	11
1.2. Formulación del problema	13
1.3. Objetivos de la investigación	14
1.4. Justificación	14

CAPÍTULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO Y METODOLÓGICO

2.1. Fundamento teórico	16
2.1.1. Enfoques de la salud pública	16
2.1.2. Enfoques de la salud comunitaria	17
2.1.3. Enfoques de gestión	21
2.1.4. Conceptos básicos	24
2.2. Marco metodológico de la investigación	25
2.2.1. Ámbito de estudio	25
2.2.2. Diseño metodológico	25
2.2.3. Nivel de análisis	26
2.2.4. Población y muestra	27
2.2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	28
2.2.6. Técnicas e instrumentos de análisis de datos	28

CAPÍTULO III

CONTEXTUALIZACIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO

3.1. Dimensión geopolítica	29
3.2. Características sociodemográficas	30
3.3. Dinámica sociopolítica	31
3.4. Base económica	33
3.5. Rasgos socioculturales	36
3.6. Sistema regional de salud: salud pública	38
3.6.1. La COVID-19 en la Región Puno	40

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Naturaleza de la planificación de la APS.....	42
4.1.1. Escasa e inadecuada asignación de recursos al sector salud	42
4.1.2. Improvisación en el sistema de salud y consecuencias nefastas	44
4.1.3. Incoherencia entre la normativa de la emergencia sanitaria y la realidad....	46
4.1.4. Fragmentación o atomización institucional.....	48
4.1.5. Implementación de diversos planes de acción	49
4.1.6. Instrumentos de gestión deficientes y desactualizados	50
4.2. Lógica de organización de la APS	51
4.2.1. Cultura y clima organizacional desfavorables	53
4.2.2. Centralización y priorización de la medicina curativa y recuperativa	55
4.2.3. Anarquía organizativa en el sistema regional de salud: rectoría deficiente ..	58
4.2.4. Inestabilidad institucional y organizacional.....	60
4.2.5. Politización del sistema de salud.....	61
4.2.6. Deficiencias en la formación de profesionales de salud	63
4.3. Dinámica de implementación de la APS	65
4.3.1. Estrategias aplicadas para el logro de los resultados.....	66
4.3.2. Condiciones e incentivo laboral del personal de salud	70
4.3.3. Gestión del personal de salud.....	74
4.3.4. Contexto social desfavorable	75
4.3.5. Toma de decisiones participativas.....	77
4.3.6. Pérdida de valores y ética profesional en el personal de salud	78
4.4. Acciones de evaluación de la APS	79
4.4.1. Monitoreo como una actividad permanente	80
4.4.2. Monitoreo como apoyo y mejora de capacidades	82
4.4.3. Monitoreo como mecanismo correctivo.....	82
4.4.4. Contribución de las TIC en el proceso de monitoreo.....	83
4.4.5. Rol de retroalimentación del monitoreo en contextos de diversidad sociocultural	84
4.5. Colofón: efectos de la inadecuada gestión de la APS durante la pandemia de la COVID-19.....	85
CONCLUSIONES.....	92
RECOMENDACIONES	94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	101

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Establecimientos de salud en la región Puno	27
Tabla 2. Número de distritos según provincias a nivel de la región Puno	32
Tabla 3. Planificación de la APS en la región Puno	43
Tabla 4. Organización de la APS en la región Puno	52
Tabla 5. Implementación de la APS en la región Puno	68
Tabla 6. Evaluación de la APS en la región Puno	81
Tabla 7. Perú: Reporte de casos y fallecimientos de la COVID-19 por regiones	86
Tabla 8. Puno: Casos confirmados y fallecidos por COVID-19 según Redes de Salud (acumulados) 2020 - 2021	90

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Red semántica de la categoría planificación de la APS y las subcategorías de análisis	44
Figura 2. Red semántica de la categoría organización de la APS y las subcategorías de análisis	53
Figura 3. Estructura Orgánica del Sistema de Salud en el Perú	57
Figura 4. Red semántica de la categoría implementación de la APS y las subcategorías de análisis	69
Figura 5. Tasa de Incidencia COVID-19, Perú por cada 1.000 habitantes.....	88

INTRODUCCIÓN

La atención primaria de salud (APS) es una política y estrategia de salud pública global, que fue desarrollada formalmente desde fines de los años setenta del siglo pasado, y ha sido concebida como el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con los sistemas nacionales de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada (1–3), la APS está orientada a preservar y mejorar el estado de salud de la población mediante acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación, atención bio-psico-socio-cultural y reinserción de las personas en su entorno social (2–6), haciendo que la salud como un estado de completo bienestar físico, mental, social y espiritual se constituya en un derecho humano fundamental.

No obstante, en América Latina y, específicamente, en el Perú debido a la inoperancia en la implementación y desarrollo de la APS, las grandes mayorías de la población han sido maltratadas y excluidas del sistema de salud. El que se constituye en una triste paradoja para el país que vio nacer a un pionero mundial de su concepto e implementación: Manuel Núñez Butrón (7), médico puneño que en el contexto de un sistema de salud excesivamente hospitalario, medicalizado y biologicista, y en un país con tantas barreras geográficas, comunicacionales, sociales y tan diverso culturalmente, había plasmado previo a Alma-Ata la concepción y los principios de la APS, en el mundo rural de Puno (3).

De esta manera, en el contexto de un modelo de salud pública basada en el sistema nacional de salud con una significativa fragmentación y fuerte intervención del sector privado, y predominantemente asistencial y curativo, la APS no ha sido prioritaria, esto se ha manifestado marcadamente durante la pandemia de la COVID-19. Porque los establecimientos de salud del primer nivel, que convencionalmente, desarrollan las acciones de APS, además de ser postergados, se han encontrado con la desconfianza por parte de los usuarios o pacientes. Esta situación se ha empeorado por la mentalidad de la población en que “la solución a los problemas de salud se encuentra en los grandes

establecimientos de salud de mayor nivel de complejidad”, subestimando a los establecimientos de primer nivel de atención.

Lo anterior ha dado lugar a que, durante la emergencia sanitaria de la COVID-19, de sobremanera durante la primera y la segunda ola de contagios del coronavirus, aquellos grandes establecimientos de salud de referencia a nivel de la región Puno se han visto superados, y literalmente han colapsado en cuanto a su capacidad de respuesta. En ese proceso se han puesto de manifiesto las deficiencias en varios aspectos o elementos de la gestión del sistema regional de salud, como correlato de la dinámica y lógica de funcionamiento y acción del sistema nacional de salud ante la emergencia sanitaria producida por el coronavirus emergente. Ante esta situación problemática de la salud pública, el propósito del presente estudio es analizar la gestión de la APS en tiempos de pandemia de la COVID-19, en la región Puno – Perú, con la finalidad de contribuir su comprensión y posterior solución, en beneficio de los diferentes sectores y grupos sociales que dependen de sus servicios.

La tesis está organizada en cuatro capítulos: *en el capítulo primero*, se expone el planteamiento y formulación del problema de la investigación, dando cuenta de las debilidades y situaciones críticas que presenta el tema-problema de la investigación. *En el capítulo segundo*, se presenta el fundamento teórico y metodológico que guía la investigación, definiéndose algunos conceptos básicos de modo referencial. *En el capítulo tercero*, se realiza una contextualización multidimensional del ámbito de estudio, es decir, se presenta la región Puno en contexto. *En el capítulo cuarto*, se exponen, analítica e interpretativamente, los resultados de la investigación, a la vez, que se discute en torno a las cuatro categorías de análisis previamente identificados. Y en el proceso de la investigación han emergido varias subcategorías de análisis producto de la investigación cualitativa en campo. Y finaliza con algunas conclusiones y recomendaciones, como resultado de la investigación desarrollada en torno a la gestión de la APS en la región Puno.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Situación problemática

La APS gestada en Alma-Ata, en setiembre de 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 a los individuos y las familias en la comunidad, a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo puedan soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de auto-dependencia y autodeterminación”(1,2). Sin embargo, pese a los esfuerzos realizados por los sistemas de salud en las Américas en torno al control de las enfermedades y la esperanza de vida, todavía no han logrado la eficacia necesaria como para cumplir los objetivos de la APS fijados en Alma-Ata (8).

Además, considerando que la APS ha sido concebida como el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada (1–3). La APS implica el desarrollo de un conjunto de actividades y procedimientos organizados, encaminados a preservar y mejorar el estado de salud de la población mediante acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación, atención bio-psico-socio-cultural y reinserción de las personas en su entorno social (2–6), haciendo que la salud como un estado de completo bienestar físico, mental, social y espiritual se constituya en un derecho humano fundamental.

No obstante, en América Latina la adopción de la APS como estrategia para lograr la salud para todos y por todos, ha sido compleja y heterogénea, debido a los problemas de desigualdad y exclusión social, corrupción, inestabilidad política generalizada y pobreza. Tal es así que, en el Perú debido a la inoperancia de la APS, las grandes mayorías de la población han sido maltratadas y excluidas del sistema de salud, por lo que se analizará la situación en la zona rural de Puno (7), (3).

Durante los últimos años, aquella dinámica y lógica del sistema de salud peruano se ha reproducido sin que hubiera cambios significativos en su gestión, la misma que ha sido puesta a prueba por la crisis sanitaria global producida por la Pandemia de la COVID-19, cuyos resultados han sido catastróficos. Esta nueva enfermedad ha desnudado de manera cruda y real la compleja situación sanitaria del Perú, con hospitales viejos; falta de materiales, laboratorios especializados, camas, ventiladores y especialistas; una población geriátrica abandonada; médicos mal remunerados, sin seguro médico; y como no se había observado antes falta de equipos de bioseguridad para trabajar adecuadamente frente a esta nueva enfermedad de alta transmisibilidad (9). Las consecuencias de esta emergencia sanitaria, a diciembre del año 2021, se expresan en los 2 329 717 casos positivos y 202 934 fallecidos por el nuevo Coronavirus, a nivel nacional (10); y en los 42 600 casos confirmados y 4 273 personas fallecidas, a nivel de la región Puno (11).

De otra parte, “en el Perú la aplicación de la estrategia de confinamiento como política pública ha permitido reducir la curva de infectados en un 50%, pero no ha sido suficiente para mitigar el colapso del sistema sanitario. Dicha medida ha generado altos costos sociales (enfermedades mentales, violencia familiar, abuso infantil, (feminicidio) y económicos (desempleo, pérdida de ingresos, pobreza, insolvencia empresarial) debido tanto a los problemas estructurales, como las fallas del Estado y una sociedad civil débil” (12).

En este contexto, en el Perú, así como en América Latina se ha subestimado o no se ha tomado en cuenta la capacidad de los servicios de APS en el territorio. No obstante, iniciativas de enfoque territorial y comunitario buscaron integrar la vigilancia de la salud con las actividades de promoción, prevención y cuidado, aunque con alcance parcial. Es así que la APS integral e integrada en los sistemas de salud toma nuevo sentido y reclama desarrollos que contribuyan a recobrar el equilibrio entre sociedad y medio ambiente (6).

Ante esta situación problemática en torno al sistema de salud y específicamente en torno a la APS ineficiente en el Perú, se busca analizar su gestión durante la pandemia de la COVID-19 en la región Puno, tomando en cuenta cuatro dimensiones: *planificación, organización, dirección y control* de este modelo de salud centrado en las personas, las familias y la comunidad. Porque, según algunos estudios, durante los últimos años la APS en los sistemas de salud en las Américas ha experimentado varias limitaciones y trabas estructurales, entre ellas la desorganización, el débil desarrollo del trabajo en equipo, toma de decisiones unidireccional y vertical sin la participación comunitaria, la falta de políticas de incentivos, financiamiento fragmentado y costos elevados, carencia de recursos humanos capacitados y dedicados a la APS, distribución fragmentada y desigual de servicios, y escasa supervisión. (8,13).

A partir de toda la situación problemática expuesta, con la investigación se busca brindar respuesta a los interrogantes que a continuación se formulan.

1.2. Formulación del problema

Pregunta general

¿Cómo es la gestión de la APS durante la pandemia de la COVID-19 en la región Puno – Perú, periodo 2020-2021?

Preguntas específicas:

¿Cómo es la naturaleza de la planificación de los establecimientos de salud para la APS, en la región Puno?

¿Cómo es la lógica de organización de los establecimientos de salud en torno a la APS, en la región Puno?

¿Cuál es la dinámica de implementación de las acciones en los establecimientos de salud en torno a la APS, en la región Puno?

¿Cómo se desarrollan las acciones de control en los establecimientos de salud en torno a la APS, en la región Puno?

1.3. Objetivos de la investigación

Objetivo general

Analizar la gestión de la APS en tiempos de pandemia de la COVID-19, en la región Puno – Perú, periodo 2020-2021.

Objetivos específicos:

- Caracterizar la planificación de los establecimientos de salud en torno a la APS, en la región Puno.
- Comprender la lógica de organización de los establecimientos de salud en torno a la APS, en la región Puno.
- Interpretar la dinámica de implementación de las acciones en los establecimientos de salud en torno a la APS, en la región Puno.
- Analizar el desarrollo de las acciones de control en los establecimientos de salud en torno a la APS, en la región Puno.

1.4. Justificación

Debido a que la APS es un modelo de gestión y prestación de los servicios de salud integral centrada en las personas, las familias y la comunidad, y basada en las acciones de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención bio-psico-socio-cultural y reinserción de las personas en su entorno social; y como tal, su importancia e implementación en tiempos de pandemia como la COVID-19, contribuye en la eficiencia, eficacia y efectividad de los sistemas de salud a nivel local, regional y nacional; generando mayor confianza y legitimidad de la ciudadanía.

Por lo tanto, el estudio sobre la gestión de la APS en la región Puno, Perú es muy relevante, porque, desde una perspectiva socio-institucional, ha permitido poner en situación la dinámica de funcionamiento o implementación de este modelo de prestación de servicios de salud durante la pandemia de la COVID-19, cuyos resultados permitirán a los tomadores de decisiones y gestores públicos de salud a nivel local, regional y nacional adoptar realmente el modelo de la APS integrando al sistema de salud nacional, y con ello plasmar los principios y valores establecidos en Alma-Ata.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO Y METODOLÓGICO

2.1. Fundamento teórico

Para los fines del estudio se adopta algunos enfoques teóricos que permitan analizar y comprender la problemática de la investigación, considerando las dimensiones o las categorías de análisis identificadas.

2.1.1. Enfoques de la salud pública

En la literatura académica y científica existen varias definiciones o concepciones en torno a la *salud pública (SP)*, no obstante, la definición que ha tenido mayor aceptación y consenso es la que define el adjetivo “pública” como el conjunto de servicios en particular, ni una forma de propiedad, o un tipo de problemas, sino un nivel de análisis poblacional, entendida ésta como el campo del conocimiento y el ámbito para la acción en salud (14,15).

Siguiendo a Franco (15), como campo del conocimiento, la SP tiene por objeto de estudio “las interacciones sociales y campos del poder”. No es posible una ciencia de la salud en el sentido de “ciencia natural”, pero sí es posible una ciencia social de la salud, en la medida en que la salud o la enfermedad no son hechos solo del mundo real o natural, sino también del campo de las relaciones sociales: de las valoraciones subjetivas que los actores realizan sobre los hechos, y de las situaciones del poder que ellos encarnan. La salud es un valor y no un ser.

Por otro lado, como campo de acción, la SP es “el esfuerzo organizado de la comunidad dirigido a proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando está sana y a restaurar su salud cuando ésta se pierde y, en caso de necesidad, rehabilitar y reinsertar al enfermo, integrándolo de nuevo en su medio social, cultural y laboral”.

A partir de lo anterior, si bien históricamente, en torno a la SP se han generado diversas teorías, enfoques y modelos, tales como: biomédico, epidemiológico clásico, higienista preventivo y sociomédico (14), modelo de campo de la salud de determinantes sociales canadiense, modelo de determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud – OMS, y el modelo histórico-social o de determinación social. (16), Sin embargo, el o los modelos que se han enfocado en la configuración de sistemas de salud basados en la SP coherente y compatible con la APS, principalmente, son el modelo sociomédico y el modelo histórico-social en complemento con el modelo de determinantes sociales de la OMS. Estos modelos de SP darían lugar al surgimiento y consolidación del modelo de la nueva SP, redimensionando la APS en el proceso de abordaje de la salud-enfermedad.

2.1.2. Enfoques de la salud comunitaria

La salud comunitaria (SC) surge ante el predominio del modelo biomédico de la salud, que prioriza los aspectos biológicos en la producción de la enfermedad, en los que el individuo es considerado como objeto de estudio, cuyo tratamiento se realiza sin tener en cuenta sus complejas relaciones con la realidad, y centra su quehacer diario en el ámbito hospitalario. Este enfoque, se basa en el pensamiento positivista moderno que tiende a reducir la realidad, limitando las probabilidades de lograr una atención más humana, integral, o con orientación social, de amplia cobertura y de calidad, como puede ser el modelo de la SC (17,18). En esta perspectiva, es necesario reorientar los sistemas de salud desde lo asistencial y curativo hacia la prevención y la promoción de la salud.

Aunque no se cuenta con un concepto consensuado o aceptado universalmente, el sustento epistemológico de la SC radica en la APS declarada en Alma-Ata. Así se busca trascender y transitar de un modelo selectivo o concentrado en la atención o prestación de servicios de salud a otro universalizado y democrático del abordaje de la salud-enfermedad, centrado en el individuo, la familia y la comunidad, es decir, la salud de todos para todos.

En este sentido, se han desarrollado diversos enfoques de SC, que para efectos del presente estudio se toma como referencia algunos de ellos.

Enfoque personal, desde una óptica holística la atención en salud implica integrar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la salud. Se toman en cuenta las necesidades cambiantes de la persona a través de su vida y se le ofrece una atención continua; lo cual significa llevar una atención integrada que englobe la promoción, prevención, curación y rehabilitación. Desde esta perspectiva, la interdisciplinariedad va más allá de la multidisciplinariedad, generando la transdisciplinariedad que busque la transformación y complementación en la generación de conocimientos y métodos (18).

Enfoque familiar, este enfoque en la atención de salud traslada el foco de atención desde el individuo al grupo de personas que integran la familia, porque para avanzar en las estrategias de promoción, prevención y recuperación de la salud, la familia es un agente importante en la generación de la cultura respecto del binomio salud-enfermedad. Es decir, dependiendo de las creencias, costumbres y valores familiares, los miembros de cada familia asumirán determinados hábitos con relación a la alimentación, el ejercicio, el descanso, el cuidado personal, etc., que pueden contribuir o no a promover su salud y a prevenir enfermedades o, por el contrario, constituir un factor de riesgo (18).

Para Cruz-Gómez et al. (19) el enfoque familiar de salud está relacionado con la medicina familiar, éste es el primer punto de contacto de los usuarios con el sistema de atención sanitaria. Proporciona acceso abierto e ilimitado y provee una continuidad longitudinal de la atención, de acuerdo con lo que determinen las necesidades del paciente y su entorno familiar. Se ocupa de todos los problemas de salud del individuo en sus dimensiones física, psicológica, social, cultural y existencial, independientemente de la edad, sexo u otra característica.

Enfoque de atención primaria orientada a la comunidad (APOC), este enfoque, bajo los principios y valores de la APS, entra en coherencia directa con la SC, y definida como la expresión colectiva de la salud de los individuos y grupos en una comunidad determinada y configurada por la interacción entre las características de los individuos, las familias, el medio social, cultural y ambiental, así como los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales (20,21), como la participación comunitaria real, el

reconocimiento de saberes y prácticas para entender y solucionar problemas comunales, la planificación local basada en las necesidades reales de salud de las poblaciones. Así, la SC es un modelo de atención que implica integralidad, interdisciplinariedad, intersectorialidad, territorialidad y desarrollo social a escala humana (18).

De acuerdo con lo anterior, es un sinsentido hablar de SP o de SC sin considerar que la APS fue una estrategia para introducir el enfoque salubrista y comunitario dentro del sistema sanitario; un esfuerzo para que se orientase hacia la mejora de la salud colectiva de un territorio y contribuyese, a la reducción de las brechas de desigualdad social en salud (22). Por tanto, considerando que la SP, la APS y la SC son ramas del mismo árbol, es necesario el trabajo coordinado entre ambos, más aún en tiempos de pandemia.

Entendido de otra manera, la SC implica desarrollar acciones para mejorar la salud de la comunidad, acciones comunitarias para la salud o acciones comunitarias en salud. Siendo más inclusivos con otras tradiciones comunitarias no sanitarias, podríamos considerar también las acciones comunitarias para mejorar el bienestar de una comunidad, promoviendo intervenciones que fomenten el autocuidado, la independencia y las redes de apoyo, teniendo en cuenta tanto lo local como lo próximo (21,23).

Enfoque de los determinantes sociales, según el cual la salud no se relaciona solamente en el campo sanitario, sino que las condiciones de vida, el entorno y las conductas individuales, colectivas y estructurales influyen en gran medida en ella (24). En este sentido, la postura de la OMS es que los determinantes sociales (DDSS) de la salud-enfermedad se presentan en tres niveles: estructural, es la posición social de la persona; el intermedio, son las exposiciones y vulnerabilidades diferenciales de los grupos poblacionales, como el familiar o laboral; y el proximal, que son los factores de riesgo individuales como las morbilidades de base, la edad, carga genética, el sexo y la etnia (25).

Más allá del enfoque de los DDSS, desde la epidemiología crítica latinoamericana se ha impulsado la perspectiva de la determinación social (DS) de la salud, incidiendo en la importancia de no limitarse a la realización de listados de determinantes sociales, sino analizar cómo se articulan unos con otros dentro del funcionamiento del sistema socioeconómico en el que vivimos (21). A este respecto, Hernández et al. (16), introdujo

el enfoque histórico-social o determinación social, en el que no es suficiente describir las profundas desigualdades sociales y sanitarias, sino que es indispensable develar las raíces de tales desigualdades, poniendo en cuestión al sistema social de mercado como estructura de propiedad, con sus procesos de generación y reproducción de la explotación humana y de la naturaleza.

De esta manera, las diferencias sustanciales entre estos últimos enfoques se presentan al analizar sus supuestos ontológicos, epistemológicos y praxeológicos, éstos últimos referidos a los referentes ético-políticos. Así, para los DDSS la sociedad es entendida en su realidad poblacional, como la sumatoria de individuos; para la DS la sociedad es asumida como la totalidad irreductible a la dinámica individual. Mientras que los DDSS sostienen una perspectiva funcionalista de la sociedad basada en la armonía y el consenso, en la que cualquier alteración es vista como desviación social; en tanto que la DS sostiene una perspectiva conflictual de la sociedad que implica una relación dialéctica entre lo biológico y lo social, en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, mediante procesos de producción y reproducción social (26).

Enfoque de los activos para la salud y el bienestar (ASB), esta visión pone énfasis en el empoderamiento y el aprovechamiento de las capacidades de individuos, familias y comunidades. Se caracteriza por estar relacionado con la justicia, la capacidad, la equidad y la democracia. Tiene utilidad para la mejora, la promoción o la restauración de la salud de las poblaciones y ayuda a reducir las desigualdades en salud. En este sentido, los aportes de la sociología, la psicología, las ciencias de la salud y las teorías del aprendizaje humano son esenciales para comprender la lógica del modelo de activos para la salud y el bienestar (24).

Dicho de otra manera, el enfoque de los ASB implica el cambio del modo de pensar y analizar los contextos en los que viven y actúan individuos, familias y comunidades; lo cual, a su vez, implica el tránsito desde el enfoque centrado exclusivamente en los problemas y necesidades, hacia el paradigma de las potencialidades y las capacidades para la salud, recuperando saberes y prácticas de salud comunitaria.

2.1.3. Enfoques de gestión

Enfoques de gestión en salud, tomando como referencia a Tobar (27), la gestión está asociada más con el control de resultados, un enfoque estratégico con una orientación hacia los actores, en el que se utilizan las metáforas de la organización como sistema cultural, es decir, como mente. Ésta se distingue de la administración, entendida como conocimientos y herramientas normativas, centradas en el control de procesos desde una perspectiva mecanicista.

Siguiendo a Tobar, en torno a la *gestión en salud* identifica una tensión entre dos formas de pensar, por un lado, el de la medicina y, por el otro, el de la gestión o administración de empresas. Así, en el ámbito de la gestión en salud hay algunas particularidades, identificándose una distinción de orden, referida a los tres componentes de todo sistema de salud, y la otra distinción de grado, referida a los tres niveles de decisión en la gestión de salud. En el primer enfoque se considera los servicios de salud como el conjunto de combinaciones que admite la intersección de tres conjuntos: uno político, referido al modelo de gestión, que implica definir el “ser, hacer y estar”; otro económico, referido al modelo de financiación; y otro técnico, referido al modelo de atención o asistencial.

En el segundo enfoque, se hace referencia a los tres niveles de gestión en salud: primero, el nivel macro de gestión de sistemas de salud, referido a la gestión de la política de salud que involucra la intervención del Estado para corregir las fallas del mercado en salud y mejorar el bienestar social. Segundo, el nivel meso o gestión institucional que involucra hospitales, centros, aseguradoras y otros establecimientos de salud, en los que el desafío de la gestión es coordinar y motivar a las personas para lograr dichos objetivos. Tercero, el nivel micro o gestión clínica en el que la mayor responsabilidad recae en los profesionales de salud, particularmente en el médico responsable, quien gestiona: coordina y motiva a otras personas del propio centro y de otros centros de salud de apoyo.

Por su parte, Barrios (28) sostiene que una gestión eficiente debe sostenerse en una adecuada planeación; ya que ésta marca la pauta de las funciones de la organización, además de definir la dirección y control que en ella deben llevarse a cabo; este proceso es aún más relevante en el ámbito de la salud. En esta misma orientación, Zevallos (29)

afirma que la gestión y la gerencia en salud dependen de aquellos cuatro pilares de la gestión: planeamiento, organización, dirección y control.

El enfoque de la gestión por procesos, surge como un enfoque que centra la atención sobre las actividades de la organización, para optimizarlas. Se orienta a desarrollar la misión de la organización, mediante la satisfacción de las expectativas de sus decisores: clientes, proveedores, accionistas, empleados, sociedad. Así se llega a la reingeniería de *procesos* que se apoya en el cambio que va desde una consideración estática, orientada a las estructuras, hacia una nueva orientada a la dinámica y a los flujos que crean valor (30). Un proceso es un conjunto de actividades de trabajo interrelacionadas, que se caracterizan por requerir ciertos insumos y actividades específicas que implican agregar valor, para obtener ciertos resultados. Por tanto, los elementos del proceso son: a) entradas (inputs), referidos a la materia prima a ser transformada, b) recursos transformadores: humanos e instrumentos de apoyo, c) flujo de transformación de la materia prima, y d) resultados (outputs), referidos a bienes y servicios elaborados o procesados.

Ahora bien, considerando la fragmentación, la informalización y la precarización del sistema de salud en el Perú, Aguinaga-Fernández (31) y Domínguez-Barreda (32) para desarrollar la tarea de gestión en salud, proponen el abordaje desde dos frentes: *uno orientado a las personas*, a nivel interno y externo, en el interno dotar de capacitación al personal que tenga el perfil en competencias blandas mínimas para afrontar y brindar solución a los problemas; en el externo capacitar en cultura preventiva a las familias para explicar la importancia del primer nivel de atención y sobre la consecuencia de no conocer el funcionamiento del sistema de salud.

El segundo *orientado a la estructura*, aquí el problema es mayor, ya que no solo depende de la estructura de un hospital sino la estructura de solución de problemas en una instancia superior como una gerencia de red asistencial, gerencia regional de salud, gobierno regional, ministerio de salud, etc.; aquí el cambio de las estructuras depende de la voluntad política de los actores institucionales y políticos para mejorar la eficiencia y eficacia de los servicios de salud.

Enfoques de gestión del talento humano (GTH), el proceso de gestión de las organizaciones modernas en diferentes ámbitos y sectores tiene como elemento central las personas, conocidas desde la sociología organizacional como actores sociales, desde la administración como recursos humanos y desde la gestión como talento humano. En este contexto, desde una perspectiva sistémica, Chiavenato (33) concibe a la gestión de los recursos humanos o el talento humano como un sistema, constituido por cinco subsistemas: *integración*, que incluye la investigación del mercado de recursos humanos, el reclutamiento y la selección de personas; *organización*, comprende el diseño de puestos, descripción y análisis de puestos y evaluación de desempeño; *retención*, que implica la remuneración, planes de prestaciones sociales, calidad de vida en el trabajo y relaciones con las personas; *desarrollo*, capacitación y desarrollo del personal, y desarrollo organizacional; y *evaluación*, referido a información y control de los recursos humanos, y ética y responsabilidad social. Éstos cinco subsistemas son parte constitutiva de la GTH en salud y en SP (34).

Por otro lado, *el enfoque del talento humano*, hace referencia a hombres y mujeres como el elemento básico para que la organización pueda lograr sus objetivos. La eminente dignidad de las personas no debe perderse en el proceso de alcanzar los objetivos de una organización. Solo mediante una cuidadosa atención a las necesidades humanas puede crecer y prosperar cualquier organización. La relación persona-organización se constituye en un factor fundamental. En este sentido, las acciones estratégicas en torno a la GTH como activo principal de la organización implican cuatro elementos a tomar en cuenta (35): la selectividad en el reclutamiento, la capacitación para el desarrollo de las habilidades y destrezas, participación activa en la organización, y evaluación formativa y proactiva del desempeño.

De modo similar al anterior, Ramírez et al. (36), a través de un enfoque estratégico, sostienen que con la GTH se busca planificar, desarrollar, ejecutar, evaluar y controlar sistémicamente los procesos integrales de la organización, basada en la admisión, aplicación, compensación, desarrollo, retención y monitoreo de las personas.

2.1.4. Conceptos básicos

Gestión en salud, la gestión en salud implica adoptar cuatro elementos o dimensiones clave en la producción de servicios de salud, tales como: el ser (planificación), referido a la definición de la visión, misión y valores; el estar (organización), que hace referencia a la estructura, cultura y ambiente organizacional; y el hacer (implementación/dirección), referido a las prioridades, funciones y actividades; y de manera complementaria se incorpora la dimensión evaluativa para el control de su aplicación a niveles macro, meso y micro (27).

Planificación, como la primera función administrativa, es un proceso que conduce al capital humano a establecer metas organizacionales, definir estrategias y políticas para el logro de esas metas, desarrollar planes para asegurar la implantación de las estrategias y así obtener los fines buscados (37).

Organización, es un conjunto de personas que actúan juntas y dividen las actividades en forma adecuada para alcanzar un propósito común, además son instrumentos sociales que permiten a muchas personas combinar sus esfuerzos y lograr juntos objetivos que serían inalcanzables en forma individual (33).

Implementación, consiste básicamente en la aplicación de un diseño de política, previamente elaborado, negociado y acordado, esta implementación es en sí misma fuente de complejos problemas que usualmente no son resultado de grandes desacuerdos o conflictos sobre los valores objetivos o metodologías de las políticas públicas. La mayor parte de problemas responden a la complejidad que tienen rutinas, actividades e interacciones que solemos considerar ordinarias y por lo tanto poco importantes (38).

Evaluación, es una actividad inherente al trabajo humano, consciente o inconscientemente, las personas, los grupos y las organizaciones intentan establecer en qué medida alcanzaron, están alcanzando o alcanzarán los sueños, propósitos, metas o estándares que se habían planteado, se requiere de un punto de referencia contra el cual comparar lo que sucedió, sucede o con lo que debió suceder (39).

Atención primaria de salud, es concebida como el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el Sistema Nacional de Salud, acercando la salud al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan. La APS implica el desarrollo de un conjunto de actividades y procedimientos organizados, encaminados a preservar y mejorar el estado de salud de la población mediante acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y reinserción de las personas en su entorno social, cultural y laboral (1).

2.2. Marco metodológico de la investigación

2.2.1. Ámbito de estudio

El ámbito del presente estudio es la región Puno, región ubicada al sur del Perú, vecina con el Estado plurinacional de Bolivia y está situada en el altiplano entre los 3,812 y 5,500 m.s.n.m., la capital de la región es la ciudad del mismo nombre, que está ubicada a orillas del Lago Titicaca.

Sociodemográficamente, la región Puno cuenta con un total de 1, 172,697 habitantes, de los cuales el 50,7% son mujeres y el restante 49,3% son hombres. Según edades, la mayoría tiene entre 15 y 64 años, concentrando al 65,8% de la población, le siguen el 24,9% que tienen de 0 a 14 años y el 9,3% de 65 a más años (40). Puno es la novena región más poblada del país, representando el 4,0% de la población nacional censada en el año 2017.

2.2.2. Diseño metodológico

El fundamento metodológico de la investigación radica en el paradigma cualitativo (41), porque se busca comprender las perspectivas de los actores institucionales en torno a los fenómenos que los rodean, sus experiencias, opiniones, significados y sentidos que asignan a sus acciones en torno a la gestión de la APS en el contexto de la pandemia de la COVID-19, en la región Puno. El diseño metodológico adoptado es el fenomenológico, porque se analiza las subjetividades e intersubjetividades de los actores, expresados en

sus imaginarios sociales. Así, la investigación es de tipo no experimental, debido a que se analiza un fenómeno determinado sin la manipulación de variables, en este caso, la gestión de la APS.

Para la recolección de datos cualitativos en campo se ha aplicado tres técnicas de investigación: la entrevista semiestructurada, el grupo focal y la revisión documental (42). La *entrevista semiestructurada*, basada en una guía de entrevista, se ha aplicado al director de la Dirección Regional de Salud (DIRESA), a los Directores Ejecutivos de las Redes de Salud y a algunos directores de los establecimientos de salud de referencia a nivel regional: hospitales y centros de salud. El *grupo focal*, basada en una guía de preguntas, se ha aplicado a los actores institucionales de una de las Redes de Salud de la región. La *revisión documental*, se ha aplicado para el registro de información de los instrumentos de gestión institucional de la DIRESA en el contexto de la pandemia.

2.2.3. Nivel de análisis

El *nivel de profundidad* de la investigación es *descriptivo e interpretativo*. Descriptivo, porque inicialmente se realizó una descripción en torno a la dinámica de gestión de la APS, durante la pandemia de la COVID-19 en la región Puno, tomando en cuenta las cuatro dimensiones o categorías de análisis del estudio: organización, planificación, dirección y control. Interpretativo, porque a continuación se buscó asignar sentido y significado a los procesos y las relaciones expresadas por los actores institucionales que gestionan los servicios de APS, y quienes participaron en esta investigación.

El *nivel de alcance territorial* de la investigación es *meso*, porque el estudio abarca a nivel de las redes y establecimientos de salud de la región Puno, de las 25 regiones que tiene el Perú.

2.2.4. Población y muestra

La población de estudio del presente trabajo de investigación está constituida por los establecimientos de salud a nivel de la región Puno, que están distribuidos en cinco tipos: Dirección Regional de Salud (DIRESA), Hospital, Red, Centro de salud, y puesto de salud o posta de salud, que asciende a un total de 471 establecimientos de salud (43).

Considerando la naturaleza del tema de la investigación, referida a la gestión de la APS, de los cinco tipos de establecimientos de salud *se tomó en cuenta los cuatro primeros tipos, los cuales ascienden a un total de 118 establecimientos de salud* (ver Tabla 1).

Tabla 1. Establecimientos de salud en la región Puno

Establecimiento de salud	Nº
DIRESA	1
Hospital	11
Red	11
Centro de salud	95
Total	118

Fuente: Elaboración propia con base en MINSA (2017).

Debido a que la investigación centra su énfasis en el análisis de los actores institucionales en torno a la gestión de la APS, *la muestra o la población sujeto de estudio* está constituida, principalmente, por “Directores Ejecutivos de las Redes de Salud” que a nivel regional son 11, director de la DIRESA: 01, directores de hospital: 02, y Jefes de Centros de salud: 04. La técnica de muestreo cualitativo aplicado es el muestreo por cuotas en complemento con el muestreo intencional y por conveniencia. El criterio principal que se ha aplicado para la selección de los participantes en la investigación es porque aquellos actores tienen la capacidad de toma de decisiones en el proceso de gestión de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención.

2.2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Objetivos específicos	Técnicas	Instrumentos de recolección de datos
Caracterizar la planificación de los establecimientos de salud en torno a la APS, en la región Puno.	<ul style="list-style-type: none">• Entrevista• Grupo focal• Revisión documental	<ul style="list-style-type: none">• Guía de entrevista• Guía de grupo focal• Registro de documentos
Comprender la lógica de organización de los establecimientos de salud en torno a la APS, en la región Puno.	<ul style="list-style-type: none">• Entrevista• Grupo focal• Revisión documental	<ul style="list-style-type: none">• Guía de entrevista• Guía de grupo focal• Registro de documentos
Interpretar la dinámica de implementación de las acciones en los establecimientos de salud en torno a la APS, en la región Puno.	<ul style="list-style-type: none">• Entrevista• Grupo focal• Revisión documental	<ul style="list-style-type: none">• Guía de entrevista• Guía de grupo focal• Registro de documentos
Analizar el desarrollo de las acciones de control en los establecimientos de salud en torno a la APS, en la región Puno.	<ul style="list-style-type: none">• Entrevista• Revisión documental	<ul style="list-style-type: none">• Guía de entrevista• Registro de documentos

2.2.6. Técnicas e instrumentos de análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de datos cualitativos recolectados en campo se utilizará el Software de análisis de datos cualitativos Atlas.ti 8.4; asimismo, se hizo uso del análisis de contenido, el análisis del discurso y la técnica de la interpretación de datos, tanto primarios como secundarios.

CAPÍTULO III

CONTEXTUALIZACIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO

3.1. Dimensión geopolítica

La región Puno está ubicada al extremo sur este del Perú, entre los 13°00'00" y 17°17'30" de latitud sur y los 71°06'57" y 68°48'46" de longitud oeste del meridiano de Greenwich; cuenta con una extensión territorial de 71,999 km², que representa el 6% del territorio nacional, siendo la quinta región más grande a nivel nacional (44).

Según la misma fuente citada en el párrafo anterior, el territorio puneño comprende 43,886.36 Km² de sierra (61%); 23,101.86 Km² de zona de selva (32%) y 4,996.28 Km² (7%) que corresponden a la parte peruana del lago Titicaca y 14,5 Km² de superficie insular (0,02%). Finalmente, limita por el norte con la región Madre de Dios, por el este con el Estado Plurinacional de Bolivia, por el sur con la región Tacna y la República de Chile y por el oeste con las regiones de Moquegua, Arequipa y Cusco.

A nivel internacional, la región Puno tiene en su territorio dos corredores viales de dimensión latinoamericana. Una es la Interoceánica o llamada “eje Perú-Brasil o Eje Asiático” que articula el atlántico con el Pacífico de cara al mercado asiático, y el otro es el “eje Interoceánico central” que permite la articulación de Perú-Bolivia, Paraguay y Brasil, tiene como eje central a la carretera panamericana sur de integración con La Paz, Bolivia. Estos dos ejes viales terrestres configuran el sistema vial de la Región Puno. Sin embargo, esta posición estratégica y geográfica no es aprovechada por el déficit de vías asfaltadas de orden Regional, limitando el desarrollo de las actividades productivas, flujo de personas e intercambio de bienes y servicios (45).

A nivel Regional, el transporte terrestre es la principal forma de transporte urbano e interprovincial, a través de unidades vehiculares como: buses, taxis, moto taxis, triciclos y motos lineales que son utilizados para el transporte de pasajeros y de carga, con una alta demanda y caos en las horas pico/punta, debido a su alto grado de funcionamiento informalidad.

En segundo lugar, se cuenta con el transporte Lacustre, a través de lanchas a motor en el que se transportan los pasajeros y turistas desde la ciudad de Puno hacia a las diferentes islas del Lago Titicaca. Como la tercera modalidad de transporte regional, es el transporte aéreo, esto para los viajes de larga distancia hacia el nivel nacional. Y finalmente, la región Puno cuenta con el transporte ferroviario que es utilizado de preferencia para el traslado de turistas nacionales e internacionales.

Respecto a las *telecomunicaciones*, durante la pandemia de la COVID-19 en el Perú, el uso del internet se ha masificado, tal es así que las empresas operadoras de telecomunicaciones reportaron un incremento de hasta el 50% en el consumo habitual del servicio de conectividad, ya sea para fines laborales, educativos y de recreación. De esta manera, la telemedicina y la teleeducación también saturaron la red, el consumo de televisión abierta y televisión con cable también aumentaron, sin embargo, cabe señalar que las brechas aún existen entre el ámbito urbano y rural que son muy amplias (46).

Durante los últimos años en la Región Puno, el servicio de telefonía ha crecido progresivamente, tal es así que las líneas de telefonía fija a setiembre de 2019 fueron de 29.378 y su densidad era de 2.0 por cada 100 habitantes. Por otro lado, el número de líneas de telefonía móvil es de 1.151 635, que representa el 2,8% del total nacional, siendo la quinta región con mayor número de este tipo de servicio, de la misma forma se registra el servicio de internet, aún con limitaciones importantes (47).

3.2. Características sociodemográficas

La población total de la región Puno es de 1.172.697 habitantes, siendo la novena región más poblada del país, que representan el 4,0% de la población nacional censada (29.381.884); de los cuales 594.314 son mujeres (50,7%) y 578.383 hombres (49,3%). Según el

grupo etario, la mayoría tiene entre 15 y 64 años, que representa al 65,8% de la población, le siguen el 24,9% que tienen de 0 a 14 años y el 9,3% de 65 a más años. Puno tiene un ligero predominio de la población urbana que representa el 53,8%, mientras que la población rural es de 46,2% (48).

Respecto al nivel educativo alcanzado de la población a nivel regional, tenemos: en el nivel inicial, el 0,2%; primaria, 23,8%; secundaria, 41,3%; superior universitario, 16,7%; superior no universitario 8,6%, y sin ningún nivel educativo el 9,3%. El porcentaje de población con educación superior, es mayor en el área urbano (39,9%) que en el área rural (9,0%).

3.3. Dinámica sociopolítica

La capital de la Región Puno es la ciudad del mismo nombre, donde se encuentran las dependencias del Estado, tanto públicas como privadas. Administrativamente, cuenta con un Gobierno Regional, gobiernos locales subdivididos en Alcaldías provinciales, Alcaldías distritales y Alcaldías de centros poblados menores. Puno como capital de la región, se convierte en el centro de decisiones político-administrativas más importante de la región, desde donde se impulsan políticas, programas y proyectos de desarrollo en el ámbito regional, considerando sus recursos y potencialidades (44).

Políticamente la región Puno esta subdividido en 13 provincias y 110 distritos.

Tabla 2. Número de distritos según provincias a nivel de la región Puno

Provincia	N° de Distritos
Puno	15
Azángaro	15
Carabaya	10
Sandia	10
Lampa	10
Huancané	8
Chucuito	7
Melgar	9
Moho	4
San Antonio de Putina	5
San Román	5
El Collao	5
Yunguyo	7
Total	110

Fuente: BCRP-DEE (2020).

La organización político-partidaria de la Región Puno está configurada en la actualidad por varios movimientos políticos, tales como: Frente Amplio para el Desarrollo del Pueblo (FADEP); Gestionando Obras y Oportunidades con Liderazgo (GOOL); Moral y Desarrollo; Movimiento de Integración por el Desarrollo Regional (Mi Región); Movimiento de Integración y Revolución Andina (MIRA); Obras Siempre Obras; Poder Andino; Por las Comunidades Fuente de Integración Andina de Puno (CONFIA PUNO); Proyecto de la Integración para la Cooperación (PICO) y la Organización Política partidaria Somos Pueblo (49).

El actual gobierno en la Región Puno, está a cargo del Movimiento de Integración por el Desarrollo Regional (Mi Región), cuyas autoridades electas por el pueblo no están cumpliendo con las propuestas planteadas en su plan de gobierno, todo ello debido a una serie de conflictos políticos internos que condujeron a varias crisis, que a su vez se han traducido en la insatisfacción de la ciudadanía regional. En el ámbito de la salud, podemos

señalar dificultades en cuanto a infraestructura, equipamiento de nuevos hospitales a nivel de todas sus provincias, dotación de profesionales competentes con vocación de servicio, aseguramiento universal, reducción de la mortalidad materna y de la mortalidad infantil, anemia y la desnutrición crónica. Esta problemática ha quedado, en buena medida, postergada. Tal es así, que en el contexto de la Pandemia de la COVID-19, el sistema regional de salud ha quedado al descubierto y en crisis: colapso de los escasos establecimientos de salud, déficit de personal de salud, con remuneraciones no estimulantes y deficiente provisión de equipos de bioseguridad.

3.4. Base económica

Con relación a la base económica de la región Puno, su análisis se basa en la información generada por el BCR (47), según el cual la población económicamente activa (PEA) de la región Puno ascendió a 77,9% de la población en edad de trabajar, y tuvo una participación de 4,7% en el total nacional. La PEA ocupada representó el 4,7% de la PEA ocupada del país y significó a su vez el 96,5% de la PEA total de la región. De esta PEA Ocupada el 44,9% se concentró en actividades agropecuaria y pesquera; el 17,9% en hoteles y restaurantes; el 15,0% en comercio; el 7,7% en construcción; y el 7,3% en manufacturas.

Por su parte, *la agricultura* constituye una de las principales actividades en las zonas rurales de la Región Puno. Los productos más importantes que se producen son: la papa (35,9%), avena forrajera (22,0%), alfalfa (14,1%), quinua (4,6%), cebada forrajera (3,9%) y café (3,6%). Entre los productos con menor proporción en la producción tenemos el haba, cañihua, oca, papalisa, etc. Todos ellos son productos agroecológicos que han permitido y permiten proporcionar alimentos para las familias de la región, a través de la agricultura familiar. La Región Puno también cuenta con productos agropecuarios de exportación, tales como la quinua, café orgánico y cañihua, y al mercado interno regional forrajes para ganado como la alfalfa, avena y cebada forrajera, este último responde principalmente a la creciente dinámica de la actividad ganadera, ya que por lo general es utilizada para alimentar vacunos para la producción de leche natural.

La ganadería, en las comunidades rurales de Puno esta actividad también constituye una fuente de alimentos para las familias, es así que produce carne, huevo, leche y sus derivados. La ganadería está basada principalmente en el ganado vacuno, ovino y camélidos sudamericanos, que desde tiempos atrás son el sustento económico de la población puneña (venta de animales en pie, carne, fibra, derivados lácteos, etc.). Los desechos de origen animal son utilizados para las actividades agrícolas como fuente de fertilizante natural. Cabe resaltar que a nivel nacional la carne y la fibra de alpaca representan el 46,0% y 59,7 %, respectivamente.

La actividad pesquera, se concentra y desarrolla principalmente en el lago Titicaca conocido como el lago más alto del mundo, donde la producción de trucha en jaulas flotantes fue de 16,7% y la producción de trucha natural un 34,0%, es así que entre 2018 y 2019, el Valor Bruto de Producción (VBP) de la trucha, representó el 99,6% del total pesquero. Este producto es destinado al consumo local, regional (en especial Cusco), e internacional, principalmente Canadá.

Según el BCR, *la minería*, es la tercera actividad con mayor contribución al VAB de la región Puno, con un aporte del 9,2%, generando aproximadamente 6,5 mil empleos equivalentes al 3,1% del empleo nacional sectorial. Mientras que el año anterior (2018), la región Puno fue la única región con reservas de estaño en el país, la primera con mayores reservas de plomo 20,8%, la tercera en oro que constituye el 6,3%, la cuarta en plata 8,7%, y la sexta en zinc con 4,2%. La producción minera de la región Puno se centra principalmente en la extracción de los minerales citados. En ese contexto, la empresa MINSUR es la que explota estaño, cuyo centro de operaciones en Puno es la mina San Rafael, ubicada en el distrito de Antauta, provincia de Melgar, tanto así que, en el año 2019, su producción alcanzó el 6,4% de estaño del mundo; así mismo en 2017, la empresa obtuvo el Premio Nacional de Minería por la implementación de una planta de pre-concentración con tecnología Ore Sorting.

En la región Puno, existen aproximadamente 30,000 mineros calificados como pequeños productores; asimismo, productores artesanales entre formales e informales que ascienden alrededor de 70,000 personas que se dedican a la minería en sus diferentes modalidades. La informalidad de la minería es uno de los problemas ambientales que enfrenta la cuenca del Lago Titicaca, problemática que ha sido identificada en las

cabeceras de las cuencas de los ríos Azángaro, Suches y Coata, principalmente. Sin embargo, en algunas de las minas han construido presas de relaves con la intención de mantener a éstos fuera de los arroyos y ríos, sin ningún resultado positivo.

La empresa manufacturera más grande de Puno es la referida a Cal y Cemento, inicialmente se especializó en la producción de cal y cemento, actualmente ha orientado toda su capacidad a la producción y comercialización de Cal, cubriendo aproximadamente el 60,0% del mercado nacional de Cal y casi por completo el mercado del sur del Perú. A nivel de la región Puno existen 55.888 empresas manufactureras formales que representan el 2,3% del total nacional; de éstas 6.540 empresas son manufactureras (11,7% del total en la región).

Por otro lado, a nivel de la región Puno, existen 6.487 microempresas, 51 pequeñas y dos grandes empresas manufactureras. De esta manera, predomina las microempresas, y la mayoría se encuentran en la provincia de San Román-Juliaca (56,0%), siendo su principal actividad la fabricación de prendas de vestir, productos textiles, productos de panadería, fabricación de muebles de metal y madera, fabricación de calzados, imprenta, producción de alimentos, elaboración de bebidas alcohólicas, entre otros; las cuales concentran el 64,9% del total de empresas manufactureras en la región.

Actividad turística, a nivel nacional Puno es la cuarta ciudad más visitada por los turistas extranjeros (4,1%), después de Lima (42,1%), Cusco (27,4%) y Arequipa (5,2%). Durante el año 2019, los visitantes extranjeros a la región Puno fueron procedentes, principalmente, de Francia (12,4%), Estados Unidos (11,9%), Alemania (8,2%), Inglaterra (6,6%), España (5,9%), Italia (5,2%), Bolivia (5,0%), Canadá (3,8%), Brasil (3,8%) y Argentina (3,0%). La actividad turística, se desarrolla por la presencia de importantes cadenas hoteleras a las cuales llegan los turistas nacionales (6.7%) y extranjeros (2.2%), durante el año 2019 aumento en un 5,4 por ciento respecto del año anterior, esto también ha permitido la mejora en los servicios conexos como los restaurantes, bares, transporte lacustre y terrestre.

La Región Puno tiene una historia milenaria grande de culturas preincas: Pukara, Tiahuanaco, Lupaca, entre otros, cuyas manifestaciones aún se mantienen vivas y son numerosas las ubicadas alrededor del Lago Titicaca, el lago más alto del mundo que tiene

majestuosos paisajes, islas (Urus, Taquile, Amantani) y playas (Chifron, Chatuma y otros) que ofrece este maravilloso lago, la inmensa biodiversidad de la selva Puneña, las chullpas enigmáticas de Sillustani, la arquitectura colonial en templos (San Pedro de Juli, San Juan de Letrán), casonas, balcones que datan del siglo XVI en Lampa, Juli, Puno, y atractivos que otorgan un potencial turístico de nivel internacional (50).

Como resultado de esta alta afluencia del turismo en la ciudad de Puno, es que, precisamente, se ha registrado el primer caso positivo de la COVID-19 (el 7 de abril de 2020), treinta días después del primer caso positivo registrado en Lima, Perú. Una turista de nacionalidad mexicana se ha convertido en el primer caso positivo en formar parte de las estadísticas de contagios en la región Puno. Esta nueva enfermedad que fue reportada por vez primera en Wuhan (China), es un fenómeno sanitario que ha desnudado la realidad del sistema de salud del país y más aun de la región Puno (51).

Como resultado de las diversas actividades económicas que se desarrollan en la región Puno, su participación o contribución en el Valor Agregado Bruto (VAB), que en el 2019 representó el 1,9% del VAB del país, ubicándose en el décimo primer lugar en el contexto nacional. El sector económico más relevante fue la agricultura, ganadería, caza y silvicultura con una contribución de 15,7%; seguido de comercio con 11,6%; extracción de petróleo, gas y minerales con 9,25%; construcción con 9,2%; administración pública y defensa con 7,9%; manufactura con 7,8%; transporte, almacenamiento, correo y mensajería con 7,8%; y el resto con el 30,8% (47).

3.5. Rasgos socioculturales

Para dar cuenta sobre los rasgos socioculturales de la región Puno, se hace referencia a lo planteado en el Plan de Desarrollo Regional Concertado al 2021 (45), según el cual, la región Puno tiene su propia identidad cultural arraigada a su idiosincrasia en sus manifestaciones culturales, es decir, las herencias culturales ancestrales que son expresadas en el conjunto de valores, tradiciones, símbolos, creencias y modos de comportamiento que funcionan como elementos dentro de un grupo social y que actúan para que los individuos que lo forman puedan fundamentar su sentimiento de pertenencia

y que hacen parte a la diversidad al interior de las mismas en respuesta a los intereses, códigos, normas y rituales que comparten dichos grupos dentro de la cultura dominante.

Idioma, la región Puno está conformada por dos grandes culturas ancestrales: los quechuas y los aimaras. Los quechuas, descendientes de los collas, se encuentran asentados en la zona norte de la región, ocupando pueblos y corredores económicos importantes y mantienen el idioma originario. En tanto que los aimaras, descendientes de los lupakas, se encuentran asentados en la zona sur y la parte circun-lacustre de la región, quienes mantienen su idioma originario, provenientes de la civilización Tiahuanaco.

Danzas, la región Puno se caracteriza por la existencia de una variedad de danzas nativas y mestizas, de los cuales varias están en proceso de extinción. Puno es la ciudad de plata, tierra de artista y poetas, ciudad del lago sagrado, tiene una riqueza folklórica a comparación de otras regiones del Perú y América Latina, por eso es considerada como la “*Capital del Folclore Peruano*”. La fiesta más importante es la Festividad de la Virgen de la Candelaria, que ha sido reconocida como Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad (2014), festividad que se realiza anualmente el 2 de febrero de cada año. En esta festividad hay más de 90 danzas típicas y nativas y más de 100 danzas en trajes de luces o mestizas provenientes de toda la región Puno y otras regiones del país, como Arequipa, Cusco, Lima y otras.

Gastronomía, la región Puno cuenta con una variedad de exquisitos platos típicos, que han sido elaborados desde la época pre hispánica y se mantienen como alimentos nutritivos y ecológicos hasta nuestros días, entre ellas destacan: el chupe de quinua, trucha frita, caldo de cabeza, huarjjata, chairo, chicharrón de alpaca, pesq'e de quinua, thimpo de carachi, canchacho, sajta puneña, huatia o pachamanca, q'espino, etc., potajes degustadas por sus propios habitantes y visitantes como los turistas nacionales e internacionales, porque son alimentos orgánicos y saludables que fortalecen la inmunidad de la población.

Deporte, en Puno se practican distintas disciplinas deportivas, entre ellas el fútbol, practicado en todos los estratos de la sociedad en su calidad de deporte rey, el voleibol y básquetbol practicados a nivel de ligas para damas y varones con baja intensidad, aunque con algunos logros a nivel escolar y profesional, como, por ejemplo, Puno destaca a nivel

nacional e internacional, con medallas tanto en damas como en varones. No obstante, las disciplinas como kick boxing, taekwondo, el automovilismo, ajedrez, natación, ciclismo, atletismo, hípica y tenis son deportes de gran competencia que en la región Puno, se practican con escasa frecuencia.

3.6. Sistema regional de salud: salud pública

El sistema de salud en el Perú, al igual que otros sistemas de la región, se caracteriza por una importante fragmentación y segmentación, con lo cual continúan operando de manera aislada y sin articulación. Asimismo, existe escasa integración horizontal entre los subsistemas, tanto en la definición de obligaciones como en la producción de servicios, es decir, cada sistema opera independientemente, con sus propias reglas y redes de proveedores, y atiende poblaciones diferentes (52). El sistema está conformado por el Ministerio de Salud (MINSA), el Seguro Social de Salud (EsSalud), los servicios de salud de las municipalidades, la sanidad de las Fuerzas Armadas (FFAA), la Policía Nacional del Perú (PNP) los servicios de salud del sector privado, las universidades y la sociedad civil organizada. Es coordinado a través del Consejo Nacional de Salud, presidido por el/a ministro/a.

El sistema de salud en el Perú tiene dos sectores, el *público* y el *privado*. El sector público se divide en el régimen subsidiado o contributivo *indirecto* y el contributivo *directo*, que corresponde a la seguridad social. Cada subsistema opera de forma separada y replica las funciones fundamentales del sistema: rectoría, financiamiento y prestación de servicios a través de sus propias Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS.

El *subsistema público subsidiado o contributivo indirecto*, está estructurado en tres niveles: nacional, regional y local. El nivel nacional está conformado por el MINSA y sus órganos desconcentrados. El nivel regional está representado por las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), pertenecientes a los gobiernos regionales, y el nivel local por los establecimientos de salud de una provincia o distrito. Este subsistema, representado por EsSalud, está adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y ofrece prestaciones de salud a los trabajadores dependientes en actividad a través de su

propia red IPRESS y otros órganos propios. La parte menos compleja de las prestaciones de salud puede ser otorgada a través de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), cuando los trabajadores así lo deciden.

El *subsistema privado* está constituido por diversas IPRESS lucrativas y no lucrativas, de menor a mayor complejidad, distribuidas en todo el territorio nacional, pero con alta concentración en Lima Metropolitana y otras ciudades. Este sector brinda prestaciones de salud a la población con capacidad de pago a través de seguros privados de salud ofrecidos por Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), y población sin capacidad de pago en servicios de salud de instituciones eclesiásticas y otras sin fines de lucro.

La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) es la institución encargada de proteger los derechos en salud de cada peruano, para lo cual orienta sus acciones a empoderar y colocar al ciudadano en el centro del sistema de salud nacional, sin importar donde se atienda o cual sea su condición de aseguramiento. Tiene potestad para actuar sobre todas las IPRESS, así como las IAFAS, públicas, privadas y mixtas del país (53).

En relación a la *población afiliada a algún seguro de salud*, en el Perú la cobertura de seguro de salud se ha incrementado significativamente, tal es así que el 75,5% está asegurada en algún seguro de salud, de los cuales el 44,4% está asegurada únicamente al seguro integral de salud SIS, el 24,8% en el seguro social de salud EsSalud y el 5,1% a otro tipo de seguro de salud, mientras que el 24,5% de la población no cuenta con ningún tipo de seguro de salud (40).

Respecto a la tasa de financiación para cada subsistema, éste es inversamente proporcional a la cobertura de la población. Esto significa que los seguros privados cuentan con más recursos (financieros, humanos, etc.) y baja cobertura poblacional; mientras que el SIS cuenta con menos recursos y elevada cobertura poblacional; es decir, diez veces más que de los seguros privados y el acceso de la población al primer nivel de atención varía en función a las condiciones del subsistema de salud público o privado por el cual tenga cobertura.

Las personas afiliadas a algún tipo de seguro de salud tienen más probabilidades de usar la consulta ambulatoria que las personas no aseguradas y los afiliados al SIS. Los afiliados al SIS usan centros y puestos de salud en un 47%, mientras que los afiliados a otros seguros utilizan como puerta de entrada hospitales y clínicas. Los no asegurados usan como puerta de entrada al sistema de farmacias y boticas en un 47,24% (13).

De otra parte, la ***Dirección Regional de Salud Puno*** (DIRESA – Puno), es un órgano de línea de la Gerencia de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Puno, entidad que es responsable de conducir las políticas regionales para garantizar la salud pública, en especial la salud de los niños y las poblaciones más vulnerables, así como dirigir, normar y evaluar a los establecimientos de salud del ámbito regional en concordancia con las políticas nacionales y planes sectoriales. No obstante, en la práctica de la gestión regional no se visualiza dichas decisiones y acciones, menoscabando su rol protagónico que debería asumir.

La DIRESA – Puno, administrativa y presupuestalmente depende del Gobierno Regional de Puno, técnica y normativamente del Ministerio de Salud. De esta manera, la DIRESA es la entidad rectora del sistema de salud en el ámbito de su jurisdicción y la Región Puno sobre todas las personas jurídicas y naturales que prestan servicios de salud que afectan directa o indirectamente a la salud de la población en general (54).

3.6.1. La COVID-19 en la Región Puno

El primer caso positivo de la COVID-19 en el Perú se ha registrado el día viernes 06 de marzo de 2020, y en la región de Puno 30 días después, es decir, el 07 de abril de 2020; como se citó precedentemente una turista de nacionalidad mexicana se convirtió en parte de la estadística de contagiados (51). Esta nueva enfermedad, que fue notificada por primera vez en Wuhan, China el 31 de diciembre del 2019, ha desnudado la realidad del sistema de salud del país y más aun de la Región Puno. La carencia de equipos, ausencia de laboratorios especializados, falta de pruebas diagnósticas, pruebas moleculares en el año 2020, sumado a una población desinformada, con miedo y renuente a las recomendaciones, son problemas estructurales que se han visibilizado en este contexto.

Ante esta situación difícil, se han ensayado múltiples estrategias y salidas, desde disposiciones de confinamiento domiciliario obligatorio, cuarentena focalizada, hasta toques de queda en horarios nocturnos. Nada de esto ha tenido un resultado esperado, porque el sistema ya había estado en crisis previamente, y los actores políticos y demás, como es habitual, han buscado actuar sobre la marcha, sin mayores resultados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Naturaleza de la planificación de la APS

Considerando que la planificación es uno de los aspectos o elementos constitutivos de la gestión del sistema de salud, sea en uno u otro nivel territorial. Para analizar y entender la naturaleza de la planificación de la APS en los diferentes establecimientos o subsistemas de salud a nivel de la región Puno, se toma en cuenta seis subcategorías de análisis emergentes de los datos empíricos recolectados durante el trabajo de campo, que se presentan en la Tabla 3 y en la Figura 1: a) escasa e inadecuada asignación de recursos al sector salud, b) improvisación en el sistema de salud y consecuencias nefastas, c) incoherencia entre normativa de la emergencia sanitaria y la realidad: recursos, d) fragmentación o atomización institucional, e) implementación de diversos planes de acción, y f) instrumentos de gestión deficientes y desactualizados. Cada una de estas subcategorías de análisis da cuenta de los aspectos o situaciones que, desde la perspectiva y la experiencia de los actores, interviene o se produce en el proceso de planificación de la APS, las mismas que son analizadas y expuestas a continuación.

4.1.1. Escasa e inadecuada asignación de recursos al sector salud

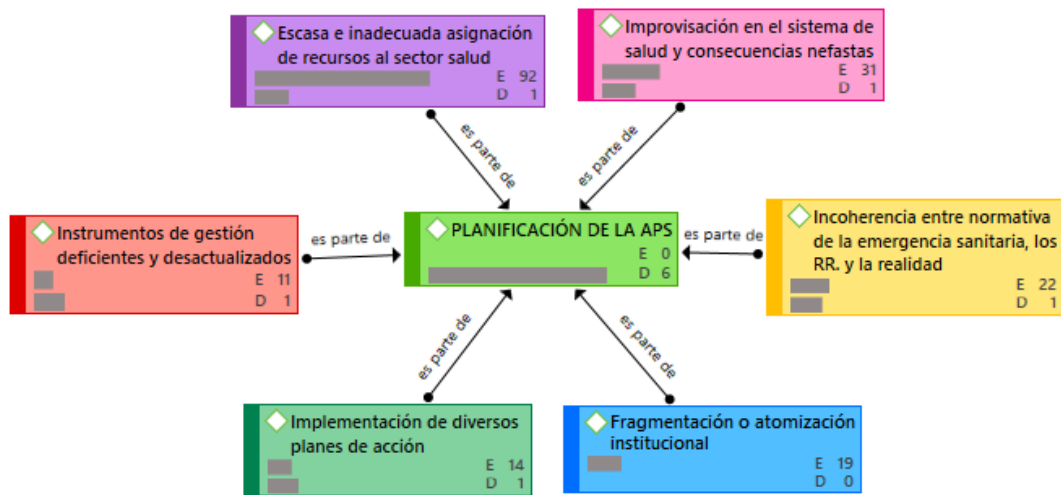
Tomando como referencia el planteamiento de Tobar (27), la dimensión económica referida a la financiación de los servicios de salud es relevante, al igual que la dimensión política y técnica. Porque la gestión de los sistemas de salud implica tomar en cuenta la asignación de recursos en sus diversas modalidades. En esta orientación, según la Tabla 3 y la Figura 1, la gran mayoría de los actores involucrados en el proceso de gestión de los servicios de APS en la región Puno sostienen que, antes y durante la pandemia de la COVID-19, la asignación de recursos ha sido escasa e inadecuada, expresándose dicha situación en las deficiencias a nivel de infraestructura, equipamiento y recursos humanos.

Tabla 3. Planificación de la APS en la región Puno

Categoría	Subcategoría	Enraizamiento (citas)	Cita Representativa (<i>Testimonio de los actores</i>)
Planificación de la APS	Escasa e inadecuada asignación de recursos al sector salud	92	Los recursos económicos no han sido distribuidos de la mejor forma para que la atención primaria de salud, en los puestos de salud, superen sus deficiencias a nivel de infraestructura, equipamiento y recursos humanos, es decir, estos niveles de atención han llegado a fallar y no han tenido la capacidad resolutive para enfrentar la COVID-19 (cita 1:4).
	Improvisación en el sistema de salud y consecuencias nefastas	31	La verdad, cuando se dio la pandemia, al inicio con los pacientes fue muy abrupta, no nos dieron tiempo para reaccionar, o sea, cuando políticamente se manejaba se decía que había 8 camas UCI, otros decían 6 o 3, pero cuando vinieron los primeros pacientes nos dimos con la sorpresa que no estábamos preparados. De las 8 camas que entre comillas estaban activas al final no llegaron a funcionar ni 5, y es verdad que los pacientes no tuvieron la oportunidad de recibir esa atención médica, había muchos pacientes que se morían en la puerta del hospital y si querías ingresar no había quien te atiende, era un caos (cita 2:6).
	Incoherencia entre normativa de la emergencia sanitaria y la realidad: recursos	22	En mi concepto hubo dispositivos legales totalmente equivocados en muchos aspectos: las famosas licencias al personal, eso ha provocado que haya un abandono de los establecimientos de salud, el cierre total y algunos trabajadores se aprovecharon de estos vacíos generados por estas normas, y la población no tenía donde acudir, los servicios colapsaron y la consecuencia es la alta tasa de fallecimientos, entiendo también que haya sido el tema del miedo que ha generado la pandemia, ahí faltó una adecuada planificación, asesoramiento por parte de algunas entidades del Ministerio de Salud (cita 4:24).
	Fragmentación o atomización institucional	19	Las acciones de nuestras autoridades locales muchas veces no son articuladas, porque para la construcción de un establecimiento de salud no consideran la participación del sector salud como ente asesor, se hicieron establecimientos de salud inadecuados sin cumplir el perfil mínimo, estas obras están con observaciones, sin liquidación y han traído muchos problemas, porque para destinar un presupuesto para su mantenimiento la obra debe estar liquidada y debe estar transferida al Ministerio de Salud (cita 1:22).
	Implementación de planes de acción coyunturales	14	En primera instancia hemos elaborado un plan multisectorial provincial de lucha contra esta segunda ola de la Covid-19, considero que esto es importante todo de manera articulada, involucrando a todos los sectores vamos a contener el avance, en este caso, la letalidad que tiene esta enfermedad (cita 1:43).
	Instrumentos de gestión deficientes y desactualizados	11	Nuestra unidad ejecutora de Azángaro tiene mucha deficiencia organizativa, donde varios instrumentos de gestión están totalmente desactualizados y los nuevos profesionales de salud no conocen cuál es su función, y esto parte lamentablemente de que la DIRESA Puno ha perdido ese control y la responsabilidad que tiene (cita 1:25).

Fuente: elaboración propia con base en Atlas.ti 8.4

Figura 1. Red semántica de la categoría planificación de la APS y las subcategorías de análisis



Fuente: elaboración propia con base en Atlas.ti 8.4

La situación de la escasa asignación de recursos al sector salud ha dado lugar a que los actores del sistema de salud regional se sientan debilitados y sin capacidad de respuesta ante la emergencia sanitaria producida por la COVID-19, de sobremanera en los servicios de APS, que convencionalmente se produce en el primer nivel de atención de salud, nivel de menor complejidad.

4.1.2. Improvisación en el sistema de salud y consecuencias nefastas

Respecto a la *improvisación en el sistema de salud y consecuencias nefastas*, como correlato del sistema de salud nacional fragmentada, informal y caótica, la gestión del sistema de salud en la región Puno, durante los últimos años y más aún durante la emergencia sanitaria generada por la pandemia de la COVID-19 se ha basado predominantemente en acciones improvisadas por los actores de poder, quienes toman las decisiones en torno a la implementación de los servicios de salud a nivel de la región. En este sentido, los actores involucrados en el proceso de gestión del sistema de salud regional, sostienen que, debido a lo abrupto y sorpresivo de la emergencia sanitaria, de ha puesto al descubierto las deficiencias del sistema.

Desde la perspectiva de los actores políticos, inmediatamente antes de la emergencia sanitaria se sostenía que, para enfrentar la pandemia, a nivel de todos los establecimientos de salud de la región, se contaría con solo ocho camas de unidad de cuidados intensivos (UCI). Sin embargo, cuando empezaron a producirse casos críticos llegaron a funcionar menos de cinco camas UCI, y así rápidamente, los hospitales de mayor complejidad a nivel de la región: Hospital Manuel Núñez Butrón, en la ciudad de Puno; el Hospital Carlos Monge Medrano, en la ciudad de Juliaca; y los dos hospitales de EsSalud de ambas ciudades más importantes de la región, han terminado colapsando.

Es altamente incoherente e insostenible que, para una población regional de 1, 172,697 habitantes (40), el sistema de salud regional solo disponga con cinco camas UCI habilitados para una emergencia sanitaria. Esta situación también da cuenta y corrobora lo que se ha sostenido en la subcategoría de análisis anterior, referido a la escasa asignación de recursos al sector salud.

En este contexto de improvisación y de marcadas deficiencias en el sistema de salud regional, el número cada vez mayor de pacientes víctimas del coronavirus no tuvieron la oportunidad de acceder y recibir servicios de salud, y quienes acudían a los establecimientos de salud, fallecían en las puertas de los hospitales, porque todo se había convertido en un caos. Esta situación del sistema de salud regional y nacional se habría producido porque la política de APS basado en el enfoque de promoción y prevención de la salud no formaba parte del sistema, inclusive, inmediatamente antes de la emergencia sanitaria, a nivel nacional hubo la iniciativa de suprimir el servicio en el primer nivel de atención del sistema de salud.

De otra parte, la improvisación de las acciones en el sistema de salud regional, durante la pandemia, se expresa en el reclutamiento repentino del personal de salud de manera inadecuada e inapropiada, esto debido a una serie de decisiones de política adoptadas desde el nivel central del sistema de salud, que tiene relación directa con la tercera subcategoría de análisis que a continuación se expone. Esta situación es corroborada por los testimonios de los actores involucrados en el funcionamiento del sistema de salud regional:

(...) contrataron especialistas entre comillas, se consiguió el oxígeno, teníamos un ambiente, pero hubo un gran problema, que no han contratado profesionales especialistas, por ejemplo, cuando yo voy a tratar pacientes UCI tienen que ser especialistas, y los contratos que se hicieron fueron a profesionales no especialistas, porque fueron médicos generales que comenzaron a aprender (cita 3:17).

De esta manera, de acuerdo con lo anterior podemos sostener que, como producto de una serie de acciones improvisadas, durante la pandemia de la COVID-19, el sistema regional de salud al convertirse en un caos generalizado, ha colapsado literalmente, generándose consecuencias nefastas, expresadas en un alto grado de contagios (59,570 casos, según la DIRESA-Puno, a agosto de 2021) y fallecimientos (2.587 fallecidos, según la DIRESA-Puno, a agosto de 2021) a nivel regional. De acuerdo con estos datos la región Puno ha registrado una Tasa de Letalidad Acumulada de 4,3%, lo que ha significado una Tasa de Mortalidad Acumulada de 209.0 por cada 100.000 habitantes (55).

4.1.3. Incoherencia entre la normativa de la emergencia sanitaria y la realidad

La tercera subcategoría de análisis está referida a la *incoherencia entre normativa de la emergencia sanitaria y la realidad: recursos*, según la cual las políticas del sistema nacional de salud son puestas en ejecución a través de normas y directivas emitidas por el Ministerio de Salud (MINSa), las que deben ser ejecutadas por la Dirección Regional de Salud (DIRESA) en cada una de las regiones a nivel nacional. Esta lógica de las decisiones y acciones se produce en el marco del sistema político presidencialista basado en la tradición política centralista; por ello, así como las demás políticas públicas, las referidas a la salud pública se diseñan y emiten desde el nivel central de gobierno, adoptando el enfoque universalista y homogeneizante de las políticas de salud, sin tomar en cuenta la amplia heterogeneidad y las particularidades socioculturales, económicas y políticas de las regiones y localidades a nivel nacional. De esta manera, en la búsqueda de la cobertura universal de las políticas de salud, se produce una paradoja, es decir, una disociación entre cobertura, acceso y uso (56).

Dicho de otra manera, desde la perspectiva de los actores del sistema de salud regional, las normas y las directivas adoptadas desde el nivel central, durante la pandemia de la COVID-19, han resultado siendo equivocadas por varias razones, entre ellas: las licencias otorgadas al personal de salud (basada en su vulnerabilidad), han provocado que haya abandono y cierre total de los establecimientos de salud. Además, algunos profesionales de salud han cometido la omisión deliberada de sus funciones y responsabilidades públicas para asumir y desarrollar servicios lucrativos de salud en los establecimientos de salud particulares o privados. Esta situación del sistema de salud en la región Puno, ha generado el problema del abandono de pacientes víctimas del coronavirus, es decir, en los establecimientos de salud, al no contar con personal de salud, los pacientes no tenían donde acudir, porque los servicios de salud han colapsado.

Por tanto, podemos sostener que las decisiones y acciones adoptadas desde el nivel central del sistema de salud nacional deben tomar en cuenta, tanto los posibles efectos de aquellas decisiones como las particularidades de cada ámbito de aplicación de dichas decisiones. Además, es necesario que, a nivel subnacional, los actores políticos y técnicos involucrados en el proceso de ejecución de las políticas de salud, asuman un comportamiento más proactivo para adoptar y adaptar su aplicación al contexto regional. Este comportamiento de los actores regionales, en materia de salud, es demandada por el personal de salud responsable de las Redes de Salud y de los establecimientos de salud a nivel regional.

Nunca se puede dar una disposición nacional sin conocer la realidad de cada región, ese mandato que dio el Ministerio hizo que todo Puno fuera a parar la atención primaria de salud, entonces ¿qué sucede? cuando viene esa disposición qué se hizo, los puestos de salud prácticamente fueron desmantelados para que vengan al hospital, y que el personal de riesgo que supera los 60 años se retire porque son vulnerables, el vulnerable no es la edad, es la persona que no se cuida y a la población hay que enseñarles que se cuiden, así de simple (cita 3:3).

Hay que criticar un aspecto y espero que esto se considere, ya que muchas veces hemos estado sometidos a las normas técnicas del ámbito nacional, la cual discrepo, porque muchas actividades no van relacionadas a nuestra realidad y mucho menos a la idiosincrasia social, creo que se debe tomar muy en cuenta las creencias y vivencias de cada sector y región (cita 11:4).

4.1.4. Fragmentación o atomización institucional

La cuarta subcategoría de análisis hace referencia al problema de la *fragmentación o atomización institucional*, según la cual las diferentes instancias y entidades responsables del sistema de salud, a nivel interno y externo tienden a desarrollar sus actividades de manera aislada y desarticulada, y en numerosos casos dejando vacíos y en otros generando superposición, duplicidad y conflictos de competencias; situación que repercute en el proceso de toma de decisiones y la planificación de acciones para enfrentar la emergencia sanitaria.

Esta situación de fragmentación y desarticulación de acciones en las organizaciones o establecimientos de salud se estaría produciendo debido a su naturaleza compleja en su composición y funcionamiento burocrático (57), porque su estructura organizacional involucra a un conjunto de actores con conocimientos específicos (médicos, odontólogos, enfermeras, obstetras, técnicos y administrativos), dando lugar a dinámicas de poder y autoridad, y márgenes de autonomía muy diferentes acorde a cada profesión.

Siguiendo a las citadas autoras, en las organizaciones o establecimientos de salud, la autoridad es de naturaleza compartida entre el poder del profesional o “el experto” y el poder del político administrativo, y en ocasiones el profesional también puede ser administrador. Esta es la situación que se produce dentro del sistema de salud de la región Puno, en la cual los directores de las 11 redes de salud son profesionales de salud designados por “confianza” por el gobernador regional, al igual que los directores de algunos establecimientos de salud u hospitales más importantes de la región.

De esta manera, cada uno de los directores o responsables de red de salud se encargan de ejecutar los planes y programas de salud, asumiendo un comportamiento político-administrativo discrecional en el proceso de implementación de acciones específicas, en las que experimentan situaciones de descoordinación y trabajo aislado o desarticulado entre el personal de salud.

Las coordinadoras tienen que hacer todo el trabajo de estrategias, no hay trabajo en equipo, cómo se podría decir es un sistema fragmentado, se dividen y cada uno es responsable de sus cosas y la tienen que hacer solas, porque buscar apoyo de los demás

compañeros resulta muy difícil, entonces si tenemos ese problema, no hay ese trabajo articulado (cita 6:31).

(...) en ese entonces los equipos de protección personal se dispararon, porque creo que en tiempos normales costaba 6 soles, luego llegaron a costar 80, 100 y 150 soles, por eso yo en una reunión manifesté y les dije “hagamos una compra macro” donde todos los directores veamos la necesidad de cada unidad ejecutora, no me hicieron caso. Los únicos que me hicieron caso fueron el director de Azángaro y de Melgar donde ellos dijeron “ya doctor hay que unirnos” pero no se concretó y tuvimos que actuar cada uno (cita 8:17).

4.1.5. Implementación de diversos planes de acción

Respecto a la *implementación de diversos planes de acción*, como parte de las acciones orientadas a la APS, durante la pandemia de la COVID-19, los directores o responsables de algunas redes de salud de la región Puno han implementado diversos planes de acción. Estas acciones se han realizado por iniciativa de los directores de las redes de salud, con el propósito de articular esfuerzos de los diferentes sectores y actores a nivel local. Ante la emergencia sanitaria de la COVID-19, los actores involucrados en la gestión de los servicios de salud desde los niveles locales o las redes de salud han impulsado planes multisectoriales de coyuntura para enfrentar y disminuir la letalidad de la enfermedad por Coronavirus. Sin embargo, como resultado de la observación directa y el diálogo realizado con los diferentes actores involucrados en la gestión de los servicios de salud, se ha podido identificar la problemática de la escasa o nula cultura de planificación de las acciones de salud pública en el ámbito público-estatal.

La situación expuesta en el párrafo anterior sería producto de la estructura de organización jerárquica, vertical y fragmentada del sistema nacional de salud, la misma que con la creación de los gobiernos regionales en el año 2002 y posterior a ello se ha impulsado el proceso de descentralización administrativa de gestión de la salud pública a través de la denominada (DIRESA PUNO), constituyéndose éste en el ente rector de la salud pública regional. No obstante, predominantemente, las facultades de decisión, adopción y diseño de las políticas públicas de salud recaen en el MINSA, es decir, en un ente de nivel central o nacional. La DIRESA se constituye, únicamente, en un ente ejecutor de las políticas emanadas desde el nivel central/nacional, produciéndose así su subordinación y dependencia del MINSA.

Ante esta situación, durante la actual gestión regional se ha impulsado la iniciativa en torno a la reconfiguración de la estructura del sistema de salud regional, para transitar de la DIRESA hacia la Gerencia Regional de Salud (GERESA), que según el titular de la actual DIRESA permitiría impulsar el diseño de políticas públicas de salud desde el nivel regional:

(...) se supone que la GERESA tiene el personal adecuado que diseña políticas públicas y las pone en práctica, en cambio una dirección regional ya tiene diseñados las políticas públicas y simplemente las implementa, entonces hay una diferencia muy marcada entre las funciones de GERESA y DIRESA, por eso la importancia de la implementación de una GERESA, además de otros aspectos de autonomía, pero lo fundamental es en el diseño de políticas públicas (cita 4:20).

4.1.6. Instrumentos de gestión deficientes y desactualizados

La sexta subcategoría de análisis, está referido a los *instrumentos de gestión deficientes y desactualizados*. Esta situación de uno de los instrumentos principales de gestión del sistema de salud regional se estaría reproduciendo como resultado o correlato de la escasa o nula capacidad de planificación del ente rector del sistema nacional de salud, problemática que está relacionada con todas y cada una de las subcategorías de análisis previamente expuestas en este primer capítulo. Es decir, en la medida que existe una escasa o nula cultura de planificación en el sistema nacional de salud (31), las decisiones y acciones expresadas en diversas políticas de salud responden a visiones de corto plazo o coyunturales como para aliviar una crisis sanitaria o cubrir los intereses de determinados grupos, generando con ello la fragmentación, la atomización y la improvisación institucional.

Acompañado a lo anterior, de manera permanente, las decisiones adoptadas y las acciones implementadas por el sistema nacional de salud e impuestas a nivel regional, entran en incoherencia y ruptura con la dinámica de funcionamiento del sistema de salud regional, generando la desconfianza y apatía del personal de salud que opera y ejecuta diariamente políticas y directivas en los diferentes establecimientos de salud de primer nivel de

atención. De esta manera, la asignación de recursos escasos al sector salud, además, es administrada de manera inadecuada, sin responder a las necesidades, demandas y expectativas de los actores, agentes y de la propia ciudadanía.

4.2. Lógica de organización de la APS

Considerando que toda actividad cotidiana implica poner en ejecución la dimensión organizativa de todo ente u organismo social que tiene un propósito y fin, y cuando hacemos referencia y buscamos analizar y comprender el funcionamiento de un sistema de salud, precisamente, nos estamos abocando al análisis de su gestión organizativa. Es más, cuando hablamos de organización nos referimos a las personas que dinamizan o dan funcionalidad a todo ente u organismo social. Desde el enfoque de la GTH (33,34), la gestión de las organizaciones modernas en diferentes ámbitos y sectores tiene como elemento central las personas, conocidas desde la sociología organizacional como actores sociales, desde la administración como recursos humanos y desde la gestión como talento humano.

De acuerdo con la GTH las personas son consideradas como centro de atención en la gestión organizacional. En este sentido, la investigación empírica realizada en el ámbito de la gestión del sistema de salud, específicamente, en la gestión de la APS durante la pandemia de la COVID-19 en la región Puno, revela y proporciona resultados que están íntimamente relacionados con los sentimientos, pensamientos, acciones y los significados que los actores del sistema de salud regional atribuyen a la estructura y al entorno organizativo donde desarrollan y desempeñan sus funciones y responsabilidades de atención en salud.

En la Tabla 4 y Figura 2, se identifican los resultados en torno a la lógica de organización de la APS, en la que se observa seis subcategorías de análisis emergentes, tales como: 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.

Tabla 4. Organización de la APS en la región Puno

Categoría	Subcategoría	Enraizamiento (citas)	Cita Representativa (<i>Testimonio de los actores</i>)
Organización de la APS	Cultura y clima organizacional desfavorables	76	Le cuento una experiencia: 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 sector, 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 esa gran estrategia que es 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 que estábamos herrados (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, a nivel de la DIRESA Puno, si bien es cierto que tenemos un área de recursos humanos, hay que entender que la DIRESA es el “ente rector” que imparte la política regional en el tema del sector salud, pero lamentablemente ha dejado de cumplir esa función (cita 1:23).
	Inestabilidad institucional y organizacional	17	Los problemas que tiene la región a nivel de redes, es que hay mucha 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 puedan ser asignados por concurso público para que tengan la posibilidad de armar un equipo por un tiempo de dos años, garantizando un periodo adecuado y no porque simplemente se me dio la gana de que venga otro y esos cambios originan inestabilidad (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. La permanencia de un director es fundamental en el tiempo para el logro, justamente, de aquello que ya está determinado, porque entendemos que la máxima autoridad de salud es el director y si uno lo asume creo que esa autoridad debe imponerse (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 habla muy poco de ello, al final lo que vamos a tener son médicos orientados hacia el aspecto curativo, recuperativo y hospitalario (cita 4:13).

Fuente: elaboración propia con base en Atlas.ti 8.4

Figura 2. Red semántica de la categoría organización de la APS y las subcategorías de análisis



Fuente: elaboración propia con base en Atlas.ti 8.4

4.2.1. Cultura y clima organizacional desfavorables

Respecto a la *cultura y clima organizacional desfavorables*, en las diferentes Redes de salud que forman parte del sistema de salud regional en Puno, si bien la dinámica organizativa de cada una de ellas es diferente por el contexto sociocultural específico en el que desarrollan sus acciones, sin embargo, la cultura organizacional del sistema de salud regional es la misma, que en buena medida determina el comportamiento de los actores o personal de salud en los diferentes niveles, incluida la APS. Tal es así, que en las Redes de salud, frecuentemente, se producen relaciones sociales relativamente conflictivas entre los actores o profesionales de salud de diferentes especialidades, es decir, los médicos debido al poder simbólico de superioridad que se han atribuido y atribuyen sobre los demás profesionales de salud tienden a no relacionarse y a no cooperar en condiciones de igualdad con el personal de salud de otras especialidades, y de modo similar se produce de los odontólogos hacia lo demás, y así sucesivamente, entre las enfermeras y las obstetras.

Todo lo anterior, inevitablemente, genera unos climas organizacionales y laborales desfavorables, las mismas que se traducen en los sentimientos de insatisfacción y queja, y en los comportamientos de protesta de los usuarios o pacientes de los establecimientos de salud. En términos de Segredo et al. (58) la cultura organizacional entendida como el conjunto de valores y creencias esenciales expresadas en normas o reglas asumidas y compartidas por los miembros de una organización, y que perdura en el tiempo y espacio; se traduce en el clima organizacional definido como las características del medio ambiente de trabajo, que al ser percibidas directa o indirectamente por los miembros que se desempeñan en ese medio, repercuten en el comportamiento laboral colectivo e individual de los mismos.

Por lo tanto, con la cultura, el clima organizacional forma un sistema interdependiente altamente dinámico, donde la estructura, el funcionamiento y el comportamiento individual son elementos determinantes del desarrollo organizacional. De esta manera, en la medida que la cultura y el clima organizacional son dinámicas porque se construyen y reconstruyen permanentemente, los líderes de las organizaciones son quienes impulsan dicha construcción y reconstrucción, para orientar el desempeño y el desarrollo organizacional en uno u otro sentido: para bien o para mal.

En Macusani, por ejemplo, el personal trabaja 15 días y 15 días se van a su casa con su familia y en su casa nadie tiene porque molestarles, entonces después de esos 15 días el personal viene más oxigenado, con mejor energía, así se va premiando, aunque sea con reconocimientos verbales para que el personal se sienta contento, así en Macusani está dando resultados (cita 2:38).

Yo le voy a decir una frase “nosotros somos personas que trabajamos por la salud del pueblo, personas que atendemos a personas”, pero últimamente somos “personas que cobramos a otras personas”, la parte económica se ha puesto a todo nivel, desde la portería hasta las direcciones, todo ya tiene precio, y sobre todo los colegas médicos dicen: no tengo equipos aquí (*hospital público*) por lo tanto llevo a un consultorio (*privado*). En esta época del COVID cuántos no están trabajando por cuestión de edad, pero sí atienden en su consultorio a pacientes COVID y bien remunerados (cita 3:27).

Por tanto, a partir de estos testimonios de los directores de las Redes de salud de la región Puno, sostenemos que la cultura y el clima organizacional se construye, tanto desde la iniciativa de los líderes de las organizaciones para ser puestas en práctica y

funcionamiento en el marco de una estructura organizacional y de la mano de los propios actores o personal de los establecimiento de salud, como desde los valores, creencias y comportamiento individual del personal de salud motivado por las normas y reglas emanadas e impuestas desde la jerarquía del sistema nacional de salud.

Otro de los elementos que influye en la configuración de una determinada dinámica de la cultura y clima organizacional, es que, dentro del sistema de salud regional, así como en otros sectores, coexiste el sindicato de trabajadores en salud, el mismo que en buena medida reivindica y orienta las pautas de comportamiento del personal de salud, en uno u otro sentido.

Como en toda institución no todo brilla, siempre hay inconvenientes, no a todos vas a caer bien y mucho menos a las personas que no les gusta cumplir con su trabajo. Como en toda institución hay un sindicato de trabajadores que vienen con su malestar, pero básicamente en el sector salud pues están observando más el presupuesto, lo direccionan para compras, gastos indebidos, o contratan personal a dedo, como muchos dicen: contratan a los ahijados y frente a eso pues los trabajadores tienen razón de reclamar y ahí es donde se generan los conflictos (cita 9:37).

4.2.2. Centralización y priorización de la medicina curativa y recuperativa

La segunda subcategoría de análisis está referida a *la centralización y priorización de la medicina curativa y recuperativa*, en la medida que la organización del sistema nacional de salud responde al modelo de Estado unitario, representativo y formalmente descentralizado. Sin embargo, en la práctica el proceso de las políticas públicas de salud se ha implementado de acuerdo con el modelo centralizado y concentrado de toma de decisiones y adopción de dichas políticas en el MINSA. Como ente rector de las políticas de salud nacional, el MINSA no ha logrado asumir adecuadamente ese rol rector de la salud pública nacional, puesto que este sistema de salud es uno de los más fragmentados y atomizados de América Latina, situación y panorama que se ilustra en la Figura 3, que muestra el funcionamiento del sistema de salud en Perú.

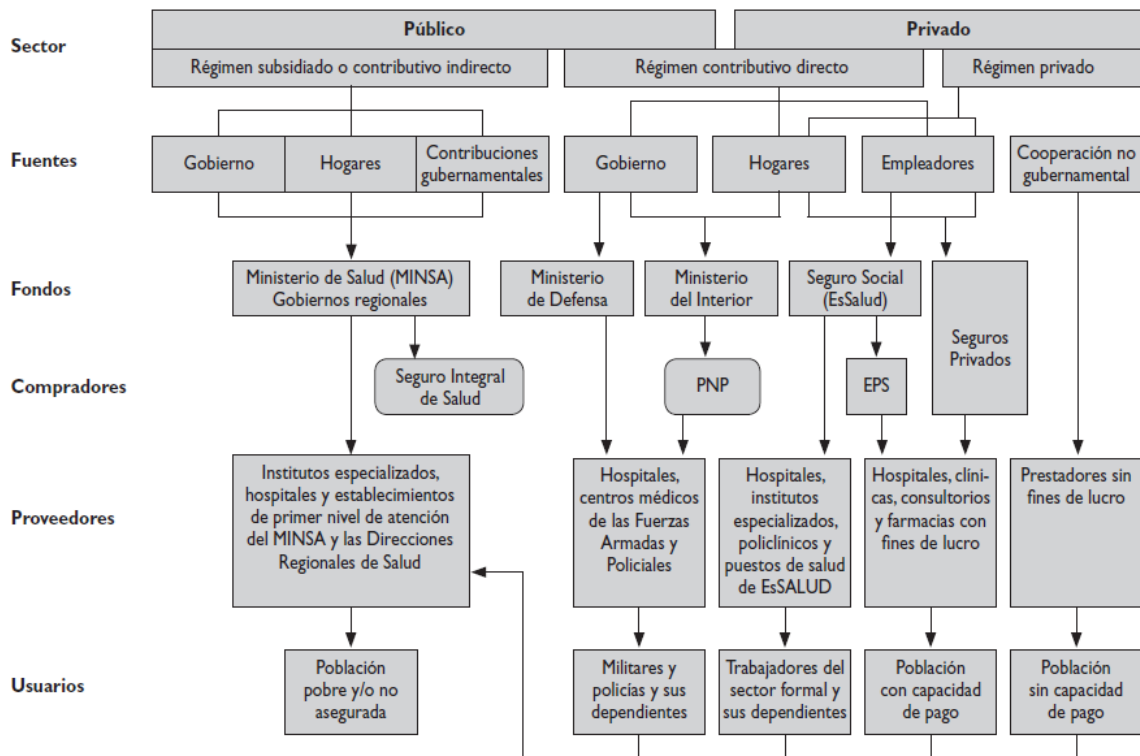
El sistema de salud peruano tiene dos sectores, el público y el privado. Para la prestación de servicios de salud, el sector público se divide en régimen subsidiado o contributivo indirecto y régimen contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social. La seguridad social se implementa en el sector público vía el seguro integral de salud (SIS), a través del MINSA; en el sector paraestatal o mixto vía el seguro social (EsSalud); y la provisión privada a través de las (EPS). Los militares, policías y sus familias tienen su propio subsistema de salud integrado por las Sanidades de las (FFAA) y la (PNP). En el sector privado se distingue el privado lucrativo y el privado no lucrativo que está clásicamente representado por un conjunto variado de asociaciones civiles sin fines de lucro (59).

Este contexto de funcionamiento complejo del sistema de salud nacional, determina que, en los ámbitos regionales, como Puno, las decisiones y las políticas que se implementan sean adoptadas y emanadas desde el MINSA, en el que la DIRESA únicamente, tiene el rol ejecutor de dichas políticas sin margen de maniobra para hacer cambios a nivel regional.

Las decisiones del nivel central han sido impuestos a nivel regional y aquí venimos a apoyar a la gestión porque yo he trabajado aquí y estamos tratando que nuevamente se actué con el primer nivel de atención (cita 3:4).

Yo pienso que las políticas de salud del nivel central tienen que ser adaptadas a nivel regional y local, y nos hemos olvidado de esa gran estrategia que es la atención primaria de salud (cita 3:13).

Figura 3. Estructura Orgánica del Sistema de Salud en el Perú



Fuente: Alcalde-Rabanal et al. (2011).

El modelo organizativo del sistema nacional de salud en el Perú, ha permitido que se implemente prioritariamente la salud pública basada en el paradigma de la medicina curativa, recuperativa y hospitalaria, menoscabando y en la mayoría de los casos dejando al margen la APS, sistema y enfoque de salud priorizados. En el contexto de la emergencia sanitaria producida por la COVID-19 ha demostrado numerosas deficiencias y vacíos en su implementación, funcionamiento y capacidad de respuesta. Esta situación se debería a que, en el Perú, desde los años noventa se ha implementado el modelo de desarrollo económico neoliberal basado en el Consenso de Washington.

Lo anterior puede ser comprendido siguiendo el enfoque de gestión de Tobar (27), según el cual en el sistema de salud peruano es relevante tomar en cuenta los tres niveles de gestión, referidas, de una parte, a la gestión de las políticas de salud a nivel macro que involucra la intervención del Estado para corregir las fallas del mercado en salud y mejorar el bienestar social. En este sentido, durante los últimos 30 años, las políticas de salud en el Perú han dejado de lado o han postergado la APS, en respuesta al modelo de

desarrollo basado en la economía de libre mercado, privilegiando las políticas y servicios de salud basados en el enfoque asistencial, excesivamente hospitalario, medicalizado y biologicista (3).

Esta situación es corroborada por los testimonios de los actores del sistema de salud a nivel de la región Puno, quienes participaron en el estudio:

La parte de la atención primaria en general desde hace muchos años atrás ha estado muy abandonada, porque tenemos que tener en cuenta que la base del bienestar físico y mental de un paciente, obviamente es la parte preventiva y promocional (cita 13:1).

A nivel nacional más se ha priorizado lo que es la parte hospitalaria, la parte recuperativa todo lo que es el tratamiento a pacientes crónicos o complicados, mas no se ha priorizado lo que es la atención primaria (cita 15:10).

La región Puno es una de las regiones que menos recursos recibe del gobierno central en materia de salud, mientras otras regiones tienen muchos más recursos, por ejemplo, el Callao, Arequipa son las dos regiones que tienen los mayores recursos en cuanto a salud y Puno está en los últimos lugares, pero a pesar de esto hay que salir adelante (cita 4:36).

4.2.3. Anarquía organizativa en el sistema regional de salud: rectoría deficiente

En relación con la subcategoría de análisis referida a la *anarquía organizativa en el sistema regional de salud: rectoría deficiente*, esta realidad del sistema de salud regional en Puno se reproduce como correlato del sistema nacional de salud, en el que las deficiencias en el rol rector del MINSA, también se replica o se reproduce en los ámbitos regionales como la DIRESA 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 en torno al proceso de las políticas públicas de salud. Reflejo de esta situación, es que, a nivel de la región Puno los instrumentos de gestión están desactualizados, como el plan estratégico del sistema de salud regional, el reglamento de organización y funciones, el manual de organización y funciones, entre otros. Al respecto se ha dado cuenta en el capítulo anterior.

La mentalidad o la cultura organizacional de los responsables y actores del sistema regional de salud, al parecer, responde a la racionalidad de la política centralista del sistema nacional de salud, según la cual, la lógica y dinámica organizativa es o debe ser impulsada y emanada desde el ente rector central, que es el MINSA. En la práctica cotidiana de los actores de salud regional se ha arraigado aquella tradición centralista, cuya racionalidad y lógica gira en torno a la idea que todos los procedimientos organizativos provendrían desde el ente rector central, situación que es corroborada por los testimonios de los actores participantes en la investigación:

El Ministerio de Salud como ente rector a nivel nacional es el encargado de emitir las normas, entonces nosotros sí velamos por el estricto cumplimiento de esas normas, lo que si podemos hacer es regular algunas de esas normas de acuerdo a nuestra realidad, sin embargo, no es mucho lo que podemos hacer, no nos dan mucho margen para poder aplicar los conocimientos de nuestra realidad a dichas normas, que esas normas son generalmente muy cerradas (cita 6:10).

Lo que observamos es que las disposiciones del nivel central llegan, como quien dice, una orden, y el gobierno regional asume esa orden y lo replica para las diferentes Redes de salud, de manera tajante. Sin embargo, el gobierno regional debió de crear sus propias políticas de salud (cita 3:24).

La organización del sistema de salud presenta muchas dificultades, por ejemplo, a nivel de la DIRESA Puno, si bien es cierto que tenemos un área de recursos humanos, hay que entender que la DIRESA es el “ente rector” que imparte la política regional en el tema del sector salud, pero lamentablemente ha dejado de cumplir esa función (cita 1:23).

De acuerdo con los resultados expuestos, se puede sostener que la racionalidad y la lógica organizativas del sistema regional de salud en Puno están basadas en las acciones coyunturales de acuerdo con lo necesario o lo requerido por las entidades superiores o de nivel central. Esta lógica organizativa del sistema de salud regional en Puno, según Hintze (60) implicaría la pérdida o ausencia de dos tipos de capacidades en el sistema: en primer lugar, la de mantener su propio funcionamiento interno en orden y, en segundo lugar, la de interactuar con el contexto incierto de manera compatible con ese orden interno. Dicho de otra manera, la pérdida de dichas capacidades en el sistema organizativo se traduciría en el fenómeno de la entropía, considerado como sinónimo de desorganización o anarquía organizativa que se aproxima al comportamiento azaroso y observable como pérdida de capacidades, cuyas características básicas serían el desorden y la incertidumbre.

Ahora bien, en la perspectiva de una gestión eficiente, Barrios (28) sostiene que una adecuada planeación es el paso previo que marca la pauta de las funciones de la organización, además de definir la dirección y control que en ella deben llevarse a cabo, sobre todo en las organizaciones sanitarias. No obstante, los resultados de la investigación dan cuenta que, precisamente, uno de los instrumentos de gestión: la planificación, está desactualizado, lo que habría condicionado la gestión eficiente y eficaz de los servicios de salud en la región Puno.

4.2.4. Inestabilidad institucional y organizacional

Articulado a la lógica de organización expuesta en la sección anterior, la *inestabilidad institucional y organizacional* del sistema regional de salud en Puno, es otra de las categorías de análisis emergentes de la investigación. La inestabilidad a nivel del sistema regional de salud se produce en dos orientaciones o sentidos: primero, los actores responsables del sistema regional de salud en Puno, actúan o desempeñan sus funciones en respuesta a demandas y necesidades coyunturales y de corto plazo, sin tener una visión o enfoque planificado de mediano y largo plazo. Esta situación está condicionada por la dimensión política, es decir, en la medida que el director de la DIRESA y los directores de las diferentes Redes de salud dependen política y orgánicamente del gobernador regional, y por ende son designados por confianza de este ente gubernamental; es, el margen de maniobra de estas autoridades de salud es limitada.

Además, frecuentemente, los responsables de aquellas entidades de salud regional son removidos de sus cargos de manera abrupta en cualquier momento, lo cual no permite la planificación adecuada de las acciones de salud en el corto, mediano y largo plazo, repercutiendo negativamente en la construcción y desarrollo de una cultura y clima organizacional favorables, y que ello permita tanto el desarrollo de un orden a nivel interno en las Redes y establecimientos de salud como el desarrollo de las capacidades de respuesta para su interacción en el entorno externo.

Los problemas que tiene la región a nivel de Redes de salud, es que hay mucha 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 puedan ser asignados por concurso público para que tengan la posibilidad de armar un equipo por un tiempo de dos años, garantizando un periodo adecuado, no porque simplemente se me dio la gana de que venga otro, y esos cambios originan inestabilidad (cita 3:36).

En segundo lugar, la inestabilidad es generada por la brecha de personal profesional en los establecimientos de salud a nivel de la región Puno, situación problemática que durante los últimos años se ha paliado, para cubrir esa brecha, con médicos titulados de las diferentes Universidades del país, es decir, con quienes para obtener su habilitación profesional realizan, obligatoriamente, el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS). Este personal de salud, es que, temporalmente y cada cierto tiempo, por lo general, anualmente cubre las brechas de personal en los establecimientos de salud de primer nivel, generando cambios e inestabilidad interna y externa en el sistema de salud.

En lo que tenemos que trabajar bastante es en la permanencia de los recursos humanos que ya tiene la confianza de su población y se debe lograr la continuidad, el SERUMS y el personal CAS sí nos ayudan a cubrir esa brecha que hay en el personal de salud, pero la dificultad está en la rotación de personal, que cada año viene nuevo personal y empieza otro trabajo, y cuando terminan dejan el trabajo y otra vez se empieza de nuevo, porque cada quien tiene su manera de trabajar y nada es igual (cita 5:26).

De esta manera, la inestabilidad institucional y organizacional producida desde la agencia o los actores, durante la pandemia de la COVID-19, habría condicionado la serie de dificultades y limitaciones determinantes al sistema regional de salud en Puno, generando problemas como la escasa o nula capacidad de respuesta de los establecimientos de salud en sus diferentes niveles de atención, y de sobremanera en la APS. Esta política de salud ha sido subordinada y subestimada por los entes rectores del sistema nacional de salud, en detrimento de la salud de las grandes mayorías de la población.

4.2.5. Politización del sistema de salud

La quinta subcategoría de análisis emergente de la investigación es la *politización del sistema de salud*, durante los últimos años después de la creación de los gobiernos regionales. Administrativamente, los diferentes sectores del Estado central han pasado a

ser competencia de los niveles subnacionales de gobierno, entre ellas la salud, en ese proceso las diferentes gestiones de turno, de manera consecutiva y permanente, el titular de pliego (gobernador regional) es quien se ha atribuido las facultades discrecionales para designar, bajo confianza, al director regional de salud a través de la DIRESA y a los directores de las Redes de salud.

En muchos casos las designaciones de los responsables del sistema regional de salud han respondido a la lógica del clientelismo político y a las prebendas que se desarrollan durante las campañas electorales y llegado al poder político se realizan los intercambios de favores. En términos de Schröter (61) el clientelismo político es el intercambio de bienes y servicios por apoyo político y votos, y debido a que intenta resolver problemas de distribución y mediar entre intereses diversos, siempre es político. Según esta autora, cuando el medio de intercambio involucra recursos públicos, la modalidad de clientelismo político aplicado es el *patronazgo*, el mismo que significa la preferencia o discriminación irregular de personas o grupos de personas familiares, étnicas u otras en la regulación del acceso a un cargo público.

La práctica de este fenómeno de la politización o clientelismo político 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.

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. La permanencia de un director es fundamental en el tiempo para el logro, justamente, de aquello que ya está determinado, porque entendemos que la máxima autoridad de salud es el director y si uno lo asume creo que esa autoridad debe imponerse (cita 1:49).

4.2.6. Deficiencias en la formación de profesionales de salud

La sexta subcategoría de análisis está referida a las *deficiencias en la formación de profesionales de salud*, este es uno de los aspectos que estaría condicionando la naturaleza del desempeño y el desarrollo organizativo del sistema regional de salud en Puno para impulsar la APS. El problema de la formación de los actores clave o profesionales de salud tiene dos sentidos u orientaciones: primero, referido a la escasa o nula priorización de la APS en los currículos de formación académica en las universidades; y segundo, la debilidad en la formación ético-moral de los profesionales de salud.

En relación con la escasa o nula priorización de la APS en el proceso de formación universitaria de los profesionales de salud, a pesar que hace décadas la OMS definiera la salud como un "estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades", la práctica de salud ha permanecido en gran medida en el ámbito de los médicos y profesionales de la salud ellos, tradicionalmente, han examinado la salud y los problemas de salud precisamente con un enfoque biomédico (62), o como sostuvieran Carbone y Palomino (3) el sistema de salud en el Perú privilegia las políticas y servicios de salud basados en el enfoque asistencial, excesivamente hospitalario, medicalizado y biologicista. Este enfoque de salud ha subestimado la APS en los diferentes niveles, debilitando con ello la capacidad de respuesta del sistema. Ante esta situación es necesario el cambio en la formación de los profesionales de salud.

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 habla muy poco de ello, al final lo que vamos a tener son médicos orientados hacia el aspecto curativo, recuperativo y hospitalario (cita 4:13).

Por tanto, para la formación de los futuros profesionales de salud es necesaria la reformulación curricular de los programas educativos, de tal manera que al mismo tiempo promueva la APS y, a su vez, permitirá la difusión de un paradigma de salud basado en los principios de universalidad, inclusión, horizontalidad y equidad.

Respecto a la debilidad en la formación ético-moral de los profesionales de salud, a nivel internacional se exige la introducción de la asignatura de ética médica en el currículo de todas las carreras y especialidades de salud. Ante situaciones de crisis sanitaria, desastres y guerras emergen conductas de todo tipo: valientes y cobardes, heroicas y de traición, enaltecedoras y denigrantes (63). Los mecanismos empleados para prevenir conductas negativas giran en torno al fomento del honor por las profesiones, los códigos de ética (código de ética de funcionarios del Estado y del gobierno, código de ética de la ciencia), y los juramentos: militar, hipocrático, entre otros.

No obstante, pese a todos los mecanismos de prevención de conductas negativas, antes y durante la pandemia de la COVID-19, en el sistema regional de salud en Puno 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.

Mucho tiene que ver también la formación, yo tuve la oportunidad de hacer mi SERUMS en San Gabán, donde yo encontré a *personas nombradas* y ellos no tenían buen trato, da la impresión de que como nadie los iba a tocar, no querían cambiar. Yo tengo estudios en la ciudad de Arequipa, allí los maestros me enseñaron, me dijeron que gracias a este paciente tu eres algo, gracias a este paciente tú te educas, tienes casa, has educado a tus hijos; si no habría este paciente no habría razón de ser, yo creo que es así. Si no habría el paciente no habría razón de ser médico, enfermera, obstetra, nada. Entonces, a mí me enseñaron que gracias a ese paciente tu eres algo, entonces tienes que verlo con calidad y creo que aquí la gente interpreta de otra manera (cita 2:27).

Si van a supervisar a cualquier puesto de salud no van a encontrar profesionales, debido a la mala formación que ya se tiene, van, asumen su cargo y después trabajan cuando quieren, se debe a que no hay incentivos, o sea, profesional que va a trabajar al campo se debe de dar incentivos también (cita 3:25).

De acuerdo con lo expuesto, para fines de una organización adecuada de la APS es indispensable la formación académico-profesional y ético-moral de los profesionales de salud porque, en buena medida, la gestión organizativa del sistema de salud depende de dichos actores formados bajo un modelo de salud basado en los principios de humanidad, universalidad, inclusión, horizontalidad, equidad, solidaridad y justicia social. De esta

manera, se lograría superar, en buena medida, una de las situaciones problemáticas del sistema de salud en el Perú: la agencia o el personal de salud (31), porque el sentido de vocación de servicio del personal involucrado en salud dista mucho de lo aceptable, lo cual implica dotar de capacitación en competencias blandas.

De esta manera, en la medida que se superen las deficiencias en la formación y en la práctica de los profesionales de salud, se podrá superar la segunda situación problemática identificada por Aguinaga-Fernández (31): la estructura institucional y organizacional del sistema de salud, la reforma estructural partirá de un análisis de eficiencia y eficacia de los procesos, y los responsables que darán fluidez a los recursos necesarios para solucionar escenarios negativos del sistema serán los propios profesionales de salud probos y competentes.

Por tanto, realizada las tareas de cambio en el sistema de salud desde las dos perspectivas o frentes, el escenario negativo planteado por Tejada (64), en el que los valores ético-morales generadores de salud para todos y de APS, por lo general, son declaraciones formales sin definiciones conceptuales, sin asignación de actividades efectivas ni de los recursos mínimos necesarios, habrá quedado atrás para dar paso a un escenario positivo de nuevos emprendimientos.

4.3. Dinámica de implementación de la APS

La dirección o implementación es el elemento y componente de la gestión que, en este caso, da cuenta del proceso de gestión de la APS desarrollada durante la pandemia de la COVID-19 en el sistema regional de salud en Puno, Perú.

En la dimensión de implementación del proceso de gestión se pueden identificar lo referido a las funciones y a las actividades en relación con la visión, misión y recursos de la organización. Dicho de otra manera, según el modelo de gestión de salud propuesto por Tobar (27), el sistema y proceso de gestión implica tomar en cuenta tres dimensiones, a saber: la dimensión del Ser, referida a la visión, misión y valores; la dimensión del Estar, referida a la cultura, estructura y ambiente; y la dimensión del Hacer, referida a las prioridades, funciones y actividades.

En el modelo de gestión de Tobar, la implementación está directamente relacionada con la dimensión del Hacer, según la cual es indispensable la definición de las prioridades en relación con la visión y misión de la organización, es decir, del sistema regional de salud en Puno. De manera que las funciones¹ y las actividades² sean asumidas y desarrolladas por los actores y profesionales de salud para el logro de los resultados de acuerdo con las prioridades definidas y establecidas previamente. El liderazgo del gerente o director del sistema de salud regional en la coordinación de funciones y actividades es irremplazable e indelegable.

De acuerdo con los datos cualitativos que se presentan en la Figura 4 y la Tabla 3, en el proceso de la investigación se ha logrado construir siete subcategorías de análisis emergentes que dan cuenta de la dinámica de implementación de la APS en la región Puno durante la pandemia de la COVID-19, a saber: a) estrategias aplicadas para el logro de resultados, b) condiciones e incentivo laboral del personal de salud, c) gestión del personal de salud, d) contexto social desfavorable, e) toma de decisiones participativas, f) asignación de personal y distribución de funciones, y g) pérdida de valores y ética profesional en el personal de salud.

4.3.1. Estrategias aplicadas para el logro de los resultados

Respecto a las *estrategias aplicadas para el logro de los resultados*, de acuerdo con la Tabla 5 y la Figura 4, se constituye en la primera subcategoría de análisis emergente relacionada con la implementación de la APS en el sistema regional de salud en Puno, porque según la perspectiva de los actores participantes en la investigación, en su gran mayoría, han expresado las diversas estrategias que han aplicado y aplican en el logro de los resultados en materia de atención y provisión de servicios de salud en los diferentes niveles del sistema, durante la pandemia de la COVID-19. Entre las diversas estrategias

¹ Las funciones son los requisitos que deben ser cubiertos para alcanzar la misión, y cada función constituye un conjunto articulado de actividades que es coherente en sí mismo y que facilita el desempeño o funcionamiento de la organización (Tobar, 2002).

² Las actividades son el trabajo o las tareas realizadas por las personas, en tanto que las funciones corresponden a las unidades organizativas, puestos/cargos. Aquellas tareas pueden ser más o menos estandarizadas de acuerdo con la naturaleza y la misión de la organización (Ídem).

aplicadas podemos destacar algunas que contribuyen en la capacidad de respuesta del sistema y por ende en el logro de resultados de salud.

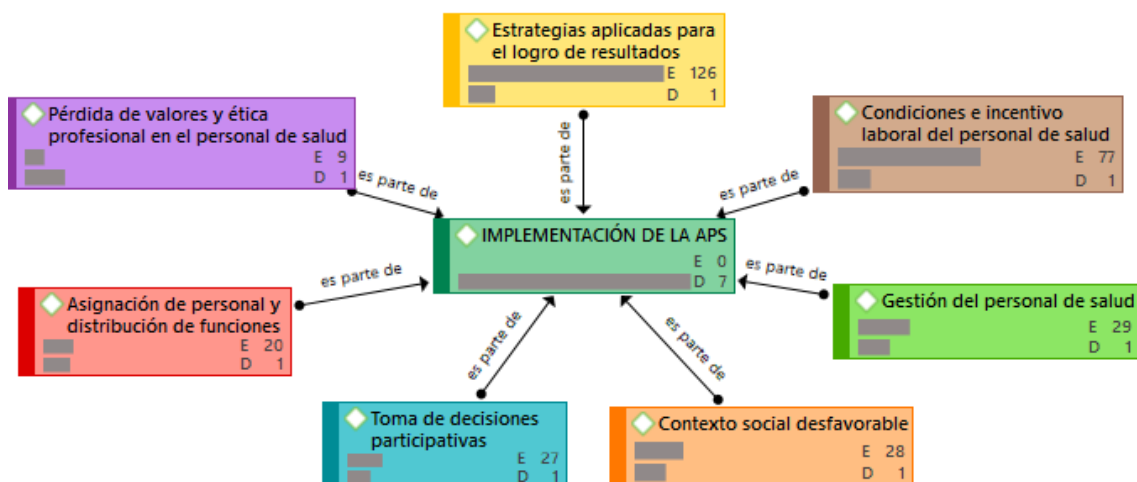
- A nivel local, desde las Redes y Microrredes de salud se ha iniciado con una mayor asignación de recursos al primer nivel de atención de salud.
- Se ha racionalizado y optimizado el tiempo de trabajo y permanencia del personal en los establecimientos de salud: 15 días de trabajo continuado y 15 de descanso.
- Implementación de instrumentos de recolección y construcción de la base de datos para la gestión del sistema de salud regional: ficha familiar.
- Implementación de las Tecnologías de Información y Comunicación TIC para la capacitación del personal de salud, provisión de servicios de salud (telemedicina), y para acortar los tiempos administrativos.
- Articulación y mayor proximidad del personal de salud con la comunidad a través de los agentes comunitarios y demás actores sociales comunales a nivel rural y urbano, usando la lengua materna: aimara y quechua.
- Impulso de la reforma del sistema de gestión de salud regional: el tránsito de la DIRESA a la GERESA.
- Implementación del trabajo colectivo ampliado y participativo con los diferentes sectores y actores a nivel local y regional.
- Introducción del enfoque horizontal en el proceso de gestión organizativa del personal de salud.
- Dotación de los equipos de protección personal (EPP) a los profesionales de salud, aunque de manera tardía.

Tabla 5. Implementación de la APS en la región Puno

Categoría	Subcategoría	Enraizamiento (citas)	Cita Representativa (Testimonio de los actores)
Implementación de la APS	Estrategias aplicadas para el logro de resultados	126	En Macusani, el personal trabaja 15 días y 15 días se van a su casa con su familia y en su casa nadie tiene porque molestarles, entonces después de esos 15 días el personal viene más oxigenado, con mejor energía y se va premiando, aunque sea con reconocimientos verbales, y el personal se siente contento, así en Macusani está dando resultados (cita 2:38).
	Condiciones e incentivo laboral del personal de salud	77	El trabajador satisfecho es un trabajador que produce, el trabajador insatisfecho es un trabajador que genera problemas, se ha visto en Macusani: el medico gana 9 mil soles, la enfermera 6 mil, la obstetra gana 6 mil, entonces nos damos cuenta, por qué la calidad de la atención de una enfermera frente a la calidad que uno trabaja en Juliaca. En Juliaca una enfermera u obstetra gana 2 mil (cita 2:30).
	Gestión del personal de salud	49	Qué sucede, muchas veces he estado como director, hemos destituido a tres compañeros de trabajo porque cometieron faltas graves y han ido hasta Puno para revocar mi decisión, mantuve firme mi decisión y esos tres no volvieron, para eso debe crearse un sistema, para que tanto a nivel local como regional se hable un solo lenguaje (cita 3:29).
	Contexto social desfavorable	28	Esta situación de incremento de casos que se está viendo, no solamente es lo que la gente dice, la nueva variante, sino es consecuencia de que la población no se ha cuidado en diciembre, navidad, año nuevo que son fiestas tradicionales, y si usted va por Juliaca va encontrar gran cantidad de centros nocturnos (cita 3:16).
	Toma de decisiones participativas	27	En cuanto a la toma de decisiones lo hacemos permanentemente, en el contexto de la pandemia todas las autoridades participan: los alcaldes, tenientes gobernadores, fuerzas armadas, policiales, se plantean todos los problemas que tenemos, todo se informa y todos participamos y se toma las decisiones (cita 5:34).
	Pérdida de valores y ética profesional en el personal de salud	9	La salud no es considerada como un derecho, sino que es considerada como una mercancía, desde el punto de vista ideológico ese es el principal problema, también la superestructura del Estado está orientada a eso, en general la medicina occidental tiene esa concepción, entonces es un hecho que tiene que cambiar y tiene que partir de las exigencias de las comunidades, ciudadanía y sociedad civil (cita 4:15).

Fuente: elaboración propia con base en Atlas.ti 8.4

Figura 4. Red semántica de la categoría implementación de la APS y las subcategorías de análisis



Fuente: elaboración propia con base en Atlas.ti 8.4

Como se puede observar y analizar, en buena medida, las diversas estrategias aplicadas en el proceso de implementación de las acciones de gestión de la APS han sido de carácter más coyuntural que sostenido, porque la escasa o nula cultura de planificación y visión de mediano y largo plazo, determina que los actores del sistema regional de salud en sus diferentes niveles hayan adoptado algunas estrategias y acciones, por iniciativa propia y sobre la marcha, para afrontar el fenómeno de la emergencia sanitaria producida por la COVID-19. Salvo, algunas estrategias que denotan una visión de mediano y largo plazo, como: la implementación de instrumentos de recolección y construcción de la base de datos para la gestión del sistema regional de salud: ficha familiar, y el impulso de la reforma del sistema de gestión de salud regional: el tránsito de la DIRESA a la GERESA.

Más o menos 20 años vengo aplicando y desarrollando lo que es la llamada “ficha familiar”, es un instrumento que nos permite medir diversas variables en la familia, demografía, afiliación, grado de instrucción, documento de identidad, enfermedad actual, situación de las mujeres en edad fértil, situación de la vivienda, servicios básicos, en fin, es un diagnóstico básico, pero muy aproximado a la realidad que tiene cada familia (cita 4:4).

En este momento a nivel de la DIRESA tenemos un modo tanto pasado diríamos de 8 años y seguimos siendo vertical, estamos haciendo las gestiones para la modernización de la DIRESA para que se transforme en una GERESA, donde la organización es mucho más horizontal, en ese sentido se están haciendo los trámites a nivel del gobierno regional, porque son ellos al final de cuentas quienes deben aprobar ese cambio de DIRESA a GERESA, se han presentado todos los documentos de gestión para que sea de manera horizontal (cita 6:24).

De otra parte, si analizamos aquellas estrategias aplicadas para el logro de resultados en salud, llegamos a la conclusión que, predominantemente, están orientadas o basadas en el enfoque clínico y hospitalario de la salud pública, e incorporando de manera subalterna el enfoque comunitario de la APS. No obstante, según Martínez et al. (65) hay una visión tradicional de relacionar el nivel de salud con la disponibilidad de médicos y hospitales, y sugiere los determinantes para la salud, no solo el sistema sanitario (que además es el que consume más recursos económicos), sino también el estilo de vida, el ambiente y la biología humana. En este sentido, las estrategias de intervención en salud basadas en la APS cobran mayor importancia y trascendencia en tiempos de crisis pandémica.

4.3.2. Condiciones e incentivo laboral del personal de salud

La segunda subcategoría de análisis emergente respecto de la implementación de la APS es la referida a las *condiciones e incentivo laboral del personal de salud*, que está vinculada a la lógica organizativa del sistema de salud, que hace referencia al reconocimiento de las funciones y actividades desarrolladas y los resultados obtenidos, en uno u otro sentido, por el personal de salud.

En secciones anteriores se ha expuesto y citado que, uno de los problemas del sistema nacional de salud son las personas, en este caso, el personal de salud. Es decir, en la medida que haya una formación académico-profesional, ético-moral y integral de los profesionales de salud, y unas adecuadas condiciones e incentivos laborales para los profesionales; se superaría significativamente los problemas que presenta el sistema de salud a nivel nacional. Sin embargo, a día de hoy las condiciones y la realidad laboral son adversas en el sistema regional de salud en Puno.

Uno de los incentivos laborales, quizá el único, es el sueldo o los honorarios profesionales que percibe, mensualmente, el personal de salud, los, presentan una marcada variación o diferencias entre profesionales de diferentes especialidades, la categoría laboral y los tipos de contratos bajo las que desempeñan sus funciones y actividades, como sostiene Pardo et al. (66).

Los regímenes de relación contractual son diversos, estableciéndose dos grandes grupos de trabajadores: el personal nombrado y el personal contratado; en este último grupo existen diversas modalidades de contratación regidas por legislación propias de cada sector, que generan, a su vez, diversas escalas remunerativas con composiciones variables que incluyen beneficios e incentivos relacionados con la productividad y otras formas (p. 343).

En la región Puno, de acuerdo con los testimonios de los directores y responsables de las Redes de salud, el personal de los diferentes establecimientos y niveles de salud, desempeñan sus funciones y actividades en condiciones y con incentivos marcadamente diferenciados, lo que ha condicionado, en buena medida, la capacidad de respuesta del sistema de salud durante la pandemia de la COVID-19. Con ese trato diferenciado el personal de salud se ha visto y sentido maltratado, y por consiguiente la productividad o la calidad de atención a los pacientes se ha visto perjudicada.

El trabajador satisfecho es un trabajador que produce, el trabajador insatisfecho es un trabajador que genera problemas, lo cual se ha visto en Macusani: el médico gana 9 mil soles, la enfermera 6 mil, la obstetra gana 6 mil, entonces nos damos cuenta, ¿Por qué la calidad de atención de una enfermera varía frente a la calidad que una trabaja en Juliaca? Porque en Juliaca una enfermera u obstetra gana solo 2 mil soles (cita 2:30).

Cómo podríamos hacer una buena gestión si no tenemos personal permanente, tenemos personal CAS que gana una miseria, ahora con esta pandemia hay una diferencia entre los trabajadores, por ejemplo, en la zona de Cjapaso ganan 1700 soles y los que están como personal COVID están ganado más de 4000 soles, esa diferencia en las Redes de salud es un maltrato hacia los trabajadores de salud (cita 5:39).

La asignación diferenciada de recursos y por ende el trato diferenciado al personal de salud en las diferentes Redes de salud de la región Puno, se produce como correlato o reproducción de la naturaleza y la lógica de distribución de recursos presupuestarios a

nivel nacional. Es decir, las regiones que son depositarias de recursos minerales y de su explotación, tienen acceso a mayores ingresos por Canon y Regalías mineras, y por ende tienen posibilidad para contratar y pagar retribuciones económicas onerosas a los profesionales de los diferentes sectores. Esta situación ha dado lugar a que numerosos profesionales de salud, tanto nombrados como contratados, de los diferentes establecimientos de salud de la región Puno han abandonado sus puestos laborales para migrar hacia otras regiones donde hay mayores y mejores condiciones e incentivos laborales, generándose con ello el debilitamiento de la capacidad de respuesta del sistema regional de salud.

El otro problema que hemos tenido es, por ejemplo, con Moquegua que ofrece unos sueldos muy altos a sus profesionales, principalmente a los especialistas y hemos tenido nosotros varios especialistas que han salido de licencia sin goce de haber y se han ido a trabajar a Moquegua, entonces Moquegua sí tiene especialistas y nosotros hemos perdido especialistas, somos parte del Estado, pero con una desigualdad en cuanto al presupuesto (cita 6:19).

De otra parte, durante la emergencia sanitaria el personal de salud, a nivel nacional, ha sido beneficiario de un bono económico de 700.00 soles, como un incentivo por la labor de atención de salud desempeñada, que ha sido considerado como insuficiente por el propio personal de salud, habida cuenta que ellos consideran se están enfrentando a una situación muy compleja con la enfermedad por el coronavirus. Además, en este contexto es necesario considerar la sobrecarga laboral que afronta el personal de salud debido a la escasa capacidad de respuesta del sistema, porque no se dispone de recursos necesarios ni suficientes. Esta realidad del sistema de salud, según González y Pérez (67) requiere de reformas importantes para mejorar el desempeño de los profesionales de salud, entre ellas: el incremento significativo del presupuesto público, mejorar el modelo de gestión y su capacidad de respuesta, y hacer coherente la calidad de atención con la salud física y mental de los profesionales de salud.

Pese a la serie de dificultades y vacíos en las condiciones e incentivos laborales que presenta el sistema regional de salud en Puno, un sector importante y significativo del personal de salud ha puesto por delante, por encima de todo y, ante todo, haciendo honor a su juramento hipocrático, la salud de sus conciudadanos inclusive, durante la pandemia

de la COVID-19. Este sector del personal de salud está constituido por el personal contratado, quienes en comparación con el personal nombrado (que generalmente presenta una mayor improductividad) ha desempeñado sus funciones y actividades encomendadas a la altura de las circunstancias, pese a la sobrecarga laboral; desempeño que ha sido valorado muy positivamente por los propios directores o responsables de las Redes de salud a nivel de la región Puno.

Bueno como en toda entidad pública, tenemos personal nombrado y contratado que es CAS y como es de conocimiento público, lamentablemente, en la región de Puno, el personal CAS no es bien remunerado y por ese lado quizás genera incomodidad y malestar en cada uno de los trabajadores (cita 9:24).

Nosotros les encomendamos sus funciones dependiendo en que área están trabajando y este personal CAS es el que trabaja sin poner “peros” ni condiciones, en cambio el personal nombrado por el hecho que son nombrados ya tiene una estabilidad y a veces es el personal que cumple su hora y se retira, no da un poco más de su tiempo (cita 9:33).

Mucho tiene que ver la voluntad que tiene el personal de salud, entonces yo les doy a conocer mis ideas, pero es bonito cuando todos te aceptan, lo oficializan, cambian y demuestran que van a trabajar, eso se ha visto. Tú, formas brigadas con personal CAS: 10 brigadas, 8 de la mañana están saliendo y todo el día en el sol, sus charlas por acá, por allá y llegan cansados, pero si nosotros encargamos ese trabajo al personal nombrado, no lo van a hacer (cita 2:26).

El problema son los nombrados, ellos comienzan a ser improductivos tienen esa idea de que ya han sufrido para nombrarse, entonces ahora les toca descansar y eso se escucha en el área de personal, y ahora con el COVID tenemos un problema más que es el CAS-COVID, han entrado ganando tres veces más el sueldo que normalmente tiene un CAS ordinario y aquí ya se pelean funciones, en época de COVID el CAS normal no quería atender pacientes COVID diciendo si a ti te pagan más es para que tú lo atiendas y cuando bajó el COVID se voltea la tortilla y los trabajadores COVID decían yo estoy para COVID no para asistencial, entonces el CAS-COVID ya no hacía nada. Así se ha generado una gran fricción entre propios colegas y compañeros de trabajo, entonces ha empeorado la situación laboral de nuestros trabajadores (cita 6:43).

4.3.3. Gestión del personal de salud

Respecto a la *gestión del personal de salud*, que es la tercera subcategoría de análisis emergente en la investigación, desde la perspectiva de la gestión del talento humano (GTH) implica una adecuada canalización de las potencialidades del personal en sus diversas modalidades: especialidades, categorías y otros. De modo más integral, la gestión del personal de salud basada en el enfoque de la GTH implica organizar estratégicamente en torno a cinco componentes o subsistemas: selectividad en el reclutamiento, organización y participación activa en la misma, retención y compensación, desarrollo personal y organizacional, y evaluación formativa y proactiva del desempeño (33–36,68).

Sin embargo, en el sistema regional de salud en Puno, la escasa o nula cultura de planificación de los actores del sistema habría condicionado la elaboración, actualización, socialización y aplicación de los instrumentos de gestión del personal de salud. De manera que la gestión del personal se ha efectuado de manera improvisada y con injerencia política de las autoridades regionales de turno, desde el reclutamiento basado en el clientelismo político; la asignación de funciones y responsabilidades basadas en la ambigüedad; su permanencia está sujeta a circunstancias de aceptación o rechazo público; el desarrollo personal y organizacional no es sostenido en el tiempo, sino coyuntural, porque su estabilidad es relativamente incierta; y la evaluación/monitoreo de su desempeño se basa en circunstancias y es improvisada, aspecto que retomaremos en el siguiente capítulo.

En este contexto sombrío de la gestión del personal de salud en la región Puno, los directores o responsables de las Redes de salud, por iniciativa propia y a fuerza de voluntad, durante la pandemia de la COVID-19, han desarrollado funciones y actividades de gestión de la APS. Proceso en el que han emprendido algunas acciones aisladas y orientadas a la gestión del personal de los establecimientos de salud de sus jurisdicciones, tales como acciones correctivas en torno al comportamiento indebido del personal, acciones de motivación personal y organizacional, optimización en la asignación de personal, generación de un clima organizacional favorable mediante la distribución equitativa de funciones y actividades.

Qué sucede, muchas veces he estado como director, hemos destituido a tres compañeros de trabajo porque cometieron faltas graves y han ido hasta Puno para revocar mi decisión, mantuve firme mi decisión y esos tres no volvieron, para eso debe crearse un sistema, para que tanto a nivel local como regional se hable un solo lenguaje (cita 3:29).

Entonces se le ha motivado y cuando uno trabaja articuladamente los motiva y ya empieza a ver también la opinión de cada uno de ellos y eso es bueno porque ahora en tiempos de pandemia necesitamos estar más unidos que nunca y a ese nivel se está trabajando (cita 9:44).

Tengo personal, no en una cantidad óptima, pero nos hemos organizado en 26 brigadas de trabajo para la primera ola y cada brigada se constituía con un promedio de 3 a 4 personas, que han logrado superar este problema, no solo en José Antonio Encinas, sino que también en toda la jurisdicción de las Microrredes, Huata, Sorasa, Paucarcolla, y obviamente nuestros peri urbanos (cita 13:11).

Aquí como jefe de este establecimiento siempre he propugnado de que aquí, así sea nombrado, plazas orgánica, sea CAS todos somos trabajadores del centro de salud y bajo esa premisa todos los compañeros han respondido a la altura, y no ha habido esta discusión de que unos trabajan más y otros no, todos hemos trabajado por igual, es más hasta en nuestros roles hemos tenido que adecuarnos para que todos trabajemos por igual, porque en el caso de los compañeros CAS, ellos tienen menos días de descanso que nosotros los nombrados, eso hemos tratado de igualar bueno lo hemos igualado con la aceptación de todos los nombrados (cita 14:17).

4.3.4. Contexto social desfavorable

Con relación a la subcategoría de análisis referida al *contexto social desfavorable*, durante la pandemia de la COVID-19, en el Perú se han generado fenómenos sociales *sui generis* y nunca antes vividas ni vistas: de una parte, las masivas migraciones internas de retorno desde las grandes, medianas y pequeñas ciudades hacia las zonas rurales de origen de los habitantes; y de otra parte, el estilo de vida de los habitantes urbano-marginales y rurales basadas en su cultura e idiosincrasia local, barrial y comunal. Estos fenómenos sociales han generado situaciones de mayor complejidad en cuanto al control y la capacidad de respuesta del sistema de salud. Este contexto social se produjo porque la pandemia se

presentó súbitamente en un escenario económico, social y político complejo, en tiempos de bajo crecimiento económico y elevados niveles de informalidad laboral (69), y producto del cierre inesperado de una serie de actividades económicas, tanto formales e informales, y con el despido masivo de trabajadores, que se han visto obligados a retornar a sus lugares de origen.

En la provincia de El Collao tenemos población pobre y extremo pobre, tenemos un promedio de 22 familias y más las familias que han retornado, con ese enfoque debemos de trabajar la atención primaria de la salud y no se está haciendo (cita 5:69).

De otra parte, el sistema regional de salud en Puno enfrenta un contexto sociocultural complejo expresado en una serie de sentimientos, pensamientos, actitudes y comportamientos de los habitantes, tanto urbanos como rurales, que en numerosos casos se convierten en un desafío e, inclusive, en una amenaza de cara al control y superación de la emergencia sanitaria. En palabras de Cabezas (69) si bien los protocolos de bioseguridad recomendados, como las buenas prácticas de higiene, el adecuado lavado de manos, el distanciamiento físico, el confinamiento obligatorio en determinados horarios, son medidas aparentemente fáciles de cumplir, pueden no ser factibles en las sociedades más pobres y socioculturalmente diversas.

Esta situación de incremento de casos que se está viendo, no solamente es por lo que la gente dice, la nueva variante, sino es consecuencia de que la población no se ha cuidado en diciembre, navidad y año nuevo, que son fiestas tradicionales; y si usted va por Juliaca va encontrar gran cantidad de centros nocturnos (cita 3:16).

El comportamiento de las familias en un primer momento fue reacio, se sabe que la realidad de las comunidades no es igual a la de la ciudad, en la ciudad hay canales de televisión y radio, y allá en la altura lo único que hay es la radio, la radio Pachamama y Onda azul y son los únicos medios que la población escucha (cita 5:7).

La gente no quiere cambiar, nos dicen que es nuestra costumbre, que así han vivido por años y sobre todo la gente de periferia no son fáciles de aceptar, ahora que ha llegado las vacunas va ser muy difícil de inmunizarlos y debemos trabajar en la sensibilización (cita 5:77).

4.3.5. Toma de decisiones participativas

La quinta subcategoría de análisis del estudio está referida a la *toma de decisiones participativas* en el proceso de implementación de la APS, lo cual significa que, en buena medida, los directores o responsables de las Redes de salud a nivel de la región Puno, en el contexto de la emergencia sanitaria han puesto sus mejores oficios para incorporar el enfoque participativo en el proceso de toma de decisiones para dirigir e implementar las diversas acciones de salud en los diferentes niveles del sistema. El enfoque participativo en salud es propio del paradigma y política de APS gestada en Alma Ata. En esta perspectiva, la producción, provisión y sostenibilidad de los servicios de salud con atributos de participación comunitaria y gestión participativa requieren de la legitimidad y un mapa político que lo sostenga (70).

Dicho de otra manera, el enfoque de gestión participativa en la APS implica la implementación de un modelo de gestión del sistema regional de salud, con una decisión política desde la gestión política regional y la legitimidad social necesaria, en la que se establezcan principios y valores orientadores y compartidos por los diferentes actores involucrados en la producción y provisión de servicios de salud de calidad con sentido humano. Sin embargo, los resultados de la investigación dan cuenta que, en el sistema regional de salud en la región Puno, la gestión participativa de la APS se realiza por iniciativas aisladas de algunos directores y responsables de las Redes y Microrredes de salud, algunos por convicción y otros porque así lo exige la situación de la emergencia sanitaria para abordar los asuntos de salud.

Desde un principio, ¿qué necesidad nace de la parte usuaria? y cuando uno como autoridad identifica una necesidad de la parte usuaria, simplemente, hay que implementarla y se acabó, no necesitas pedir permiso ni que te dejen un documento, creo que el sistema de salud está bien encaminado, el problema es que no lo queremos entender. Claramente, la parte usuaria te crea una necesidad y nosotros los funcionarios tenemos que analizar esa necesidad y simplemente implementarlo, así sea para abajo o hacia arriba (cita 2:45).

En cuanto a la toma de decisiones lo hacemos permanentemente, en el contexto de la pandemia todas las autoridades participan: los alcaldes, tenientes gobernadores, fuerzas

armadas, policiales, se plantean todos los problemas que tenemos, todo se informa y todos participamos y se toma las decisiones (cita 5:34).

El hecho que la lógica y dinámica de gestión del sistema regional de salud en Puno no tenga implementado un determinado modelo de gestión, es producto de que, frecuentemente, los diferentes gobiernos de turno a nivel regional desarrollan acciones improvisadas de corto plazo en respuesta a los intereses coyunturales de los grupos de poder regional o local que llegan a cargos públicos basados en la lógica del clientelismo político. Es decir, así como las demás políticas sectoriales, las políticas de salud regional son, prácticamente, inexistentes, porque en buena medida se depende de las políticas del nivel central o nacional del sistema de salud. Ante esta situación, también existen iniciativas y demandas de construir e implementar un modelo de gestión del sistema de salud en Puno, con una mayor participación de la sociedad civil organizada y de otros sectores.

La sociedad civil, las universidades, los entes deben de propiciar un debate sobre los roles, porque hay un divorcio muy grande entre la sociedad civil y los intereses de la sociedad civil o de la población con respecto al actuar de los servicios de salud y no solamente de salud sino también de la seguridad social. Entonces, yo creo que es necesario que se aborde ese tema porque en la medida en que la sociedad civil organizada, responsable, con intereses legítimos se involucre en las decisiones de los actores de la salud, mejorará la situación (cita 4:41).

4.3.6. Pérdida de valores y ética profesional en el personal de salud

Finalmente, la sexta subcategoría de análisis está referida a la *pérdida de valores y ética profesional en el personal de salud*, en este sentido se podría sostener que el juramento hipocrático no guarda relación ni con la moral actual del médico, ni con la práctica médica moderna y se venera ciegamente. Tal es así que, según Barreiro (63) en la crisis sanitaria producida por la pandemia de la COVID-19 se han evidenciado posturas y decisiones no congruentes con la ética médica; de ahí que hospitales de numerosos países han colapsado.

En el sistema regional de salud en la región Puno, el personal médico se ha distanciado significativamente de sus valores morales y éticos al ver y considerar la salud de las

personas como una mercancía, dejando atrás su juramento hipocrático. Durante esta el comportamiento no digno del personal médico, también ha sido motivado por dispositivos o directivas emanadas desde el ente rector del sistema nacional de salud, el MINSA. No obstante, en tiempos de normalidad, con frecuencia, se producen actos que contravienen a un comportamiento moral y ético, expresado en los diagnósticos simulados que no responden a las necesidades sentidas ni a las demandas de los pacientes.

La salud no es considerada como un derecho, sino que es considerada como una mercancía, desde el punto de vista ideológico ese es el principal problema, también la superestructura del Estado está orientada a eso, en general la medicina occidental tiene esa concepción, entonces es un hecho que tiene que cambiar y tiene que partir de las exigencias de las comunidades, ciudadanía y sociedad civil para que esa situación cambie (cita 4:15).

Se ha comercializado la medicina, si alguien tiene una clínica, el médico dice: muy bien, sabes que hay que hacerte un análisis, y después le dice: sabes que encontramos un cuadro de gastritis; es decir, lo hacen dar vuelta por toda la clínica y el paciente sale pelado y más enfermo (3:44).

No creo que estemos mercantilizando los puestos de trabajo, porque estaríamos jugando con la salud de la población (cita 5:63).

Quienes manejan la salud no son los que velan los intereses de la comunidad y de la sociedad civil, sino ¡otro tipo de gente! (cita 4:16).

4.4. Acciones de evaluación de la APS

Considerando como punto de partida la escasa o nula cultura de planificación de los actores del sistema regional de salud en Puno, entre las acciones de control o evaluación frecuentemente desarrolladas se destaca el monitoreo y la supervisión que, tanto desde la DIRESA como desde las Redes y Microrredes de salud, impulsan y desarrollan los directores o responsables en cada uno de los establecimientos de salud de la región. Es infrecuente o a veces hasta inexistente el diseño y la evaluación de los planes operativos anuales (POA), debido a que hay una frecuente inestabilidad del personal directivo, tras los cambios permanentes que se producen las acciones se desarrollan de manera coyuntural y aislada.

En la medida que la evaluación es una herramienta poderosa, informa la toma de decisiones, ayuda a identificar y corregir errores en la implementación de los programas y permite hacer las intervenciones más eficientes y efectivas (71). Entendida de esta manera, la evaluación no debe ser usada como un instrumento de castigo, ni tampoco como una excusa para realizar auditorías o contralorías. En esta perspectiva, según la Tabla 6, en el sistema regional de salud en Puno, las acciones de monitoreo y supervisión de las acciones de salud se realizan de manera, relativamente, frecuente y permanente.

4.4.1. Monitoreo como una actividad permanente

El monitoreo como una actividad permanente ha permitido mejorar la eficiencia y la eficacia en las estrategias y programas de intervención en salud, actividad e instrumento de gestión que durante la emergencia sanitaria se ha visto afectada y perjudicada, lo abrupto de la emergencia, el propio confinamiento social, la incertidumbre y los sentimientos de miedo a contagiarse durante la práctica médica y de salud, han hecho que las acciones de monitoreo no se logren implementar regularmente.

En palabras de Vega-de la Cruz y Nieves-Julbe (72) el monitoreo y supervisión son actividades continuas que incorporadas a las actividades normales generan respuestas dinámicas, entre ellas el seguimiento sistemático realizado por las diferentes estructuras de dirección y evaluaciones puntuales que son ejecutadas por los responsables de las áreas, en este caso, por los directores de las Redes y Microrredes de salud.

Tabla 6. Evaluación de la APS en la región Puno

Categoría	Subcategoría	Enraizamiento (citas)	Cita Representativa (<i>Testimonio de los actores</i>)
Evaluación de la APS: acciones de monitoreo o supervisión	Monitoreo como una actividad permanente	45	Nosotros hacemos seguimiento en todo aspecto: materno, niño, vacunas y nutrición. Todas las semanas el equipo sale obviamente a diferentes establecimientos, tenemos un jefe que va monitoreando todo ese sistema, otro jefe encargado de supervisiones y tenemos todas las jefaturas de las estrategias que acompañan a nuestros equipos (cita 2:52).
	Monitoreo como apoyo y mejora de capacidades	30	Sabes que todos los días te van a hacer supervisión, pero las supervisiones que nosotros hacemos es más de capacitación, identificando los problemas que tienen las redes para mejorar su implementación, pero aún existe una brecha, en cuanto a números estamos bien, pero cuando uno hace un análisis en la práctica la realidad es otra, pero lamentablemente nos miden por números que nos dan, pero la realidad no es así, los informes son más cuantitativos que cualitativos (cita 2:53).
	Monitoreo como mecanismo correctivo	22	Lamentablemente hay que decir las cosas como son, en cuanto a supervisión y monitoreo, salimos de manera inopinada a nuestros establecimientos de salud a verificar a que se cumplan las cosas, pero lamentablemente el personal, y esto viene de hace años, tiende a faltarse, llegar tarde y cierran los establecimientos. Entonces se está trabajando en eso, porque no se puede cambiar de un día para el otro (cita 9:39)
	Contribución de las TIC en el proceso de monitoreo	18	Siempre nos supervisamos todos los días, hemos creado un grupo de WhatsApp al cual informamos todos los percances e inconvenientes que ha tenido el personal, entonces reportamos siempre y hay que estar observando todos los días, haciendo seguimientos y así (16:32). Uno es por WhatsApp y el otro es cumpliendo las visitas que yo las tengo planificadas, y también tenemos ya pactado con los jefes de cada establecimiento, que el segundo jueves de cada mes nos reunimos para poder ver esos puntos (16:33).
	Rol de retroalimentación del monitoreo en contextos de diversidad sociocultural	17	La retroalimentación que tenemos como resultado de un monitoreo es riquísima, ahí nos vamos dando cuenta que la realidad no es la misma en todo el país y dentro de nuestra región tampoco lo es, tenemos muy marcada la zona quechua y aimara, y es distinta la realidad de cada una de ellas, inclusive, tenemos diferencias dentro de las 13 provincias, entonces eso sí a nosotros nos da mucha información (cita 6:56).

Fuente: elaboración propia con base en Atlas.ti 8.4

4.4.2. Monitoreo como apoyo y mejora de capacidades

Como parte del proceso de evaluación del sistema regional de salud, con el estudio se ha podido identificar al monitoreo como un instrumento de apoyo y mejora de capacidades. En ese sentido, su aplicación generalizada y más frecuente ha permitido la puesta en valor de sus ventajas y potencialidades en el proceso de gestión de los servicios de APS y de otros servicios de salud durante la pandemia de la COVID-19. Como sostiene Di Virgilio (73), el principal beneficio del monitoreo radica en el aprendizaje y mejora continua de un servicio, política, programa o proyecto. Es decir, el éxito del monitoreo reside en el aprendizaje que los actores participantes pueden obtener acerca de lo que funcionó y lo que no, para mejorar el proceso y lograr mejores resultados en las intervenciones actuales y futuras. De esta manera, el propósito fundamental del monitoreo es fortalecer las capacidades del recurso humano, por lo cual se centra en detectar las habilidades y necesidades del personal para mejorar su desempeño.

Sabes que todos los días te van a hacer monitoreo, pero los monitoreos que nosotros hacemos son más de capacitación, identificando los problemas que tienen las redes para mejorar su implementación, pero aún existe una brecha. En cuanto a números estamos bien, pero cuando uno hace un análisis en la práctica la realidad es otra, pero lamentablemente nos miden por números que nos dan, pero la realidad no es así, los informes son más cuantitativos que cualitativos (cita 2:53).

4.4.3. Monitoreo como mecanismo correctivo

La otra potencialidad del *monitoreo es que se constituye en un instrumento correctivo* en el proceso de gestión del sistema regional de salud, puesto que en la implementación de los servicios de salud se producen errores, omisiones, conflictos, cambios y rupturas de los procedimientos de ejecución de las funciones y actividades. Ante esta situación, mediante las acciones de monitoreo y supervisión se realizan los correctivos necesarios para el cumplimiento de los objetivos propuestos en las estrategias y programas de intervención desarrolladas en los diferentes establecimientos de salud. En esta orientación, en un círculo virtuoso, la efectividad de los instrumentos de gestión podrá ser monitoreada a partir de la función de supervisión, promoviendo la transparencia y

asegurando que todos los actores del sistema cumplan con sus funciones y actividades (74).

Lamentablemente hay que decir las cosas como son, en cuanto a supervisión y monitoreo, salimos de manera inopinada a nuestros establecimientos de salud a verificar a que se cumplan las cosas, pero lamentablemente el personal, y esto viene de hace años, tiende a faltarse, llegar tarde y cierran los establecimientos. Entonces se está trabajando en eso, porque no se puede cambiar de un día para el otro (cita 9:39)

El alto aumento de muertes maternas se produce porque no se han estado monitoreando de manera oportuna las distintas estrategias que cuentan las redes de salud para el logro de los objetivos trazados, deberían de estar siguiendo estos procedimientos de monitoreo y supervisión (cita 1:45).

4.4.4. Contribución de las TIC en el proceso de monitoreo

De otra parte, producto de la emergencia sanitaria producida por la COVID-19, de manera imprevista, abrupta y obligatoria, se ha puesto en *funcionamiento las tecnologías de información y comunicación (TIC) para el monitoreo y supervisión* del proceso de implementación de las estrategias y programas de salud en la región Puno, donde los aplicativos más frecuentemente utilizados o aplicados han sido el WhatsApp, el Facebook y el correo electrónico. Estas nuevas tecnologías que antes eran resistidas por los actores, durante la pandemia se han convertido en una alternativa para mantenerse en el trabajo, e incluso, ha significado un escape ante el confinamiento social obligatorio que se ha implantado durante la pandemia.

En el contexto actual de la pandemia de las TIC han representado un apoyo muy valioso en la comunicación con la población, en la educación al personal de salud, así como en la vigilancia epidemiológica, despertando el interés de la comunidad en salud pública (75). Las TIC son una oportunidad de innovación y mejora para los sistemas de salud, en este caso, en el proceso de monitoreo y supervisión de las acciones y servicios de APS en la región Puno.

Siempre nos supervisamos todos los días, hemos creado un grupo de WhatsApp al cual informamos todos los percances e inconvenientes que ha tenido el personal, entonces reportamos siempre y hay que estar observando todos los días, haciendo seguimientos y así (16:32).

De esta manera, las TIC requieren una mayor atención y énfasis de parte de las autoridades políticas regionales de turno para su mayor y mejor implementación, con el propósito que dichos instrumentos tecnológicos permitan al sistema de salud acercar sus servicios a los sectores sociales y poblaciones que tengan la posibilidad de acceso a través de medios virtuales; así como también, para mejorar la gestión del sistema regional de salud acorde con las necesidades y demandas de las sociedades modernas. De manera que, se puedan cerrar las brechas de desigualdad en el acceso a los servicios de salud con un enfoque de la APS, más inclusivo e integral.

4.4.5. Rol de retroalimentación del monitoreo en contextos de diversidad sociocultural

Finalmente, *el rol de retroalimentación del monitoreo en contextos de diversidad sociocultural*, es otra de las contribuciones del monitoreo en el proceso de gestión del sistema regional de salud en Puno. A partir de la identificación de dificultades, recursos y potencialidades diversas en los establecimientos del sistema de salud, el o los responsables del monitoreo plantean alternativas y estrategias de superación y solución de las dificultades y los problemas identificados, ya sea a nivel asistencial, promoción y prevención, o administrativo, con el propósito de alcanzar los objetivos y lograr los resultados esperados del sistema.

En la medida que se aplica y se desarrollan las acciones de monitoreo y supervisión en torno a las diversas estrategias y programas de intervención del sistema regional de salud, las situaciones identificadas y la información recolectada en el proceso es variado de acuerdo con cada contexto sociocultural. Por ello, el acercamiento de la DIRESA y de los directores y responsables de las Redes y Microrredes de salud, *in situ*, a los establecimientos de salud más alejados y remotos de la región es muy importante, porque

permite el conocimiento y reconocimiento de las diversas situaciones desde el territorio para desarrollar acciones de retroalimentación apropiadas y acordes con cada contexto sociocultural, sea aimara o quechua.

La retroalimentación que tenemos como resultado de un monitoreo es riquísima, ahí nos vamos dando cuenta que la realidad no es la misma en todo el país y dentro de nuestra región tampoco lo es, tenemos muy marcada la zona quechua y aimara, y es distinta la realidad de cada una de ellas, inclusive, tenemos diferencias dentro de las 13 provincias, entonces eso si a nosotros nos da mucha información (cita 6:56).

4.5. Colofón: efectos de la inadecuada gestión de la APS durante la pandemia de la COVID-19

En el Perú, el 05 de marzo 2020 se confirmó el primer caso importado de la COVID-19, en una persona con historial de viajes a España, Francia y República Checa. Desde esa fecha a diciembre 2021 se ha reportado un total de 2.329.717 casos positivos y 202.934 defunciones. Mientras que en la región Puno el primer caso positivo de COVID-19 se confirmó el 07 de abril 2020, treinta días después del primer caso positivo registrado en Lima, Perú. Una turista de nacionalidad mexicana se ha convertido en el primer caso positivo en formar parte de las estadísticas de contagiados en la región Puno, y hasta diciembre 2021 se han confirmado 42.600 casos positivo y 4.273 fallecidos por la COVID-19 (76).

Tabla 7. Perú: Reporte de casos y fallecimientos de la COVID-19 por regiones

Región	Total de casos	Total de Fallecidos	Letalidad
PERÚ	2.329.717	202.934	8,71
Lima Metropolitana	955.858	82.245	8,60
Piura	96.392	12.308	12,77
La Libertad	95.017	10.405	10,95
Callao	105.896	10.132	9,57
Arequipa	119.549	9.766	8,17
Lambayeque	65.954	8.720	13,22
Ica	62.382	8.619	13,82
Lima Región	76.862	7.308	9,51
Junín	90.721	7.109	7,84
Ancash	82.465	6.773	8,21
Cusco	77.692	4.835	6,22
Loreto	45.486	4.285	9,42
Puno	42.600	4.273	10,03
Cajamarca	68.171	4.200	6,16
Ucayali	32.413	3.077	9,49
San Martín	49.626	3.041	6,13
Huánuco	37.259	2.727	7,32
Ayacucho	35.381	2.165	6,12
Tacna	32.076	1.981	6,18
Tumbes	19.716	1.597	8,10
Moquegua	30.573	1.537	5,03
Apurímac	26.931	1.527	5,67
Amazonas	33.245	1.289	3,88
Huancavelica	16.707	1.182	7,07
Pasco	16.574	1.053	6,35
Madre De Dios	14.171	780	5,50

Fuente: MINSA: Sala situacional COVID-19, a diciembre de 2021.

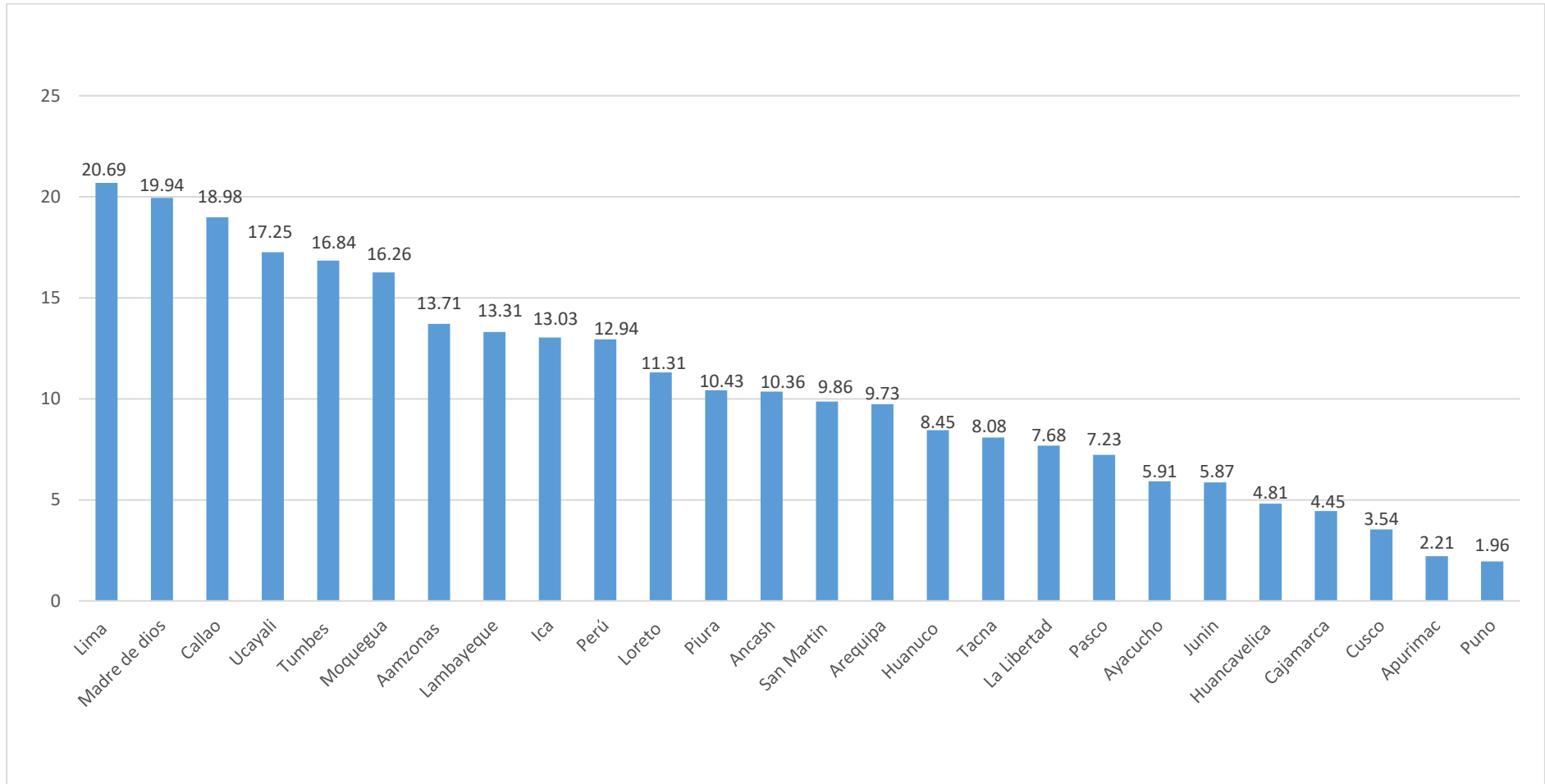
Según la Tabla 7, las regiones más afectadas que reportaron el mayor número de casos confirmados de la COVID-19 ha sido Lima Metropolitana, Arequipa, la provincia constitucional del Callao, Piura y La libertad, que se encuentran ubicadas en la costa centro y norte del Perú. Respecto a los fallecimientos, Lima metropolitana es la que registra el mayor número de fallecidos, seguido por la región Piura, La Libertad, Callao y Arequipa. En este contexto, la región Puno, pese al bajo grado de incidencia de la

COVID-19, el sistema regional de salud ha experimentado muchísimas dificultades, hasta el punto en que la capacidad de respuesta del sistema había colapsado, literalmente.

De esta manera, la pandemia de la COVID-19, en el Perú ha puesto a prueba el sistema de salud nacional y regional, así como de otros países Latinoamericanos. El Perú fue uno de los primeros países de América Latina en decretar el estado de emergencia, cerrar fronteras e implementar el confinamiento social obligatorio de sus habitantes para controlar la expansión del virus. Sin embargo, no fue suficiente como para evitar la transmisión ni el colapso de los hospitales, con cifras crecientes de hospitalización y muertes. Esto ha hecho que el Perú se convierta en uno de los países con la tasa de letalidad más alta en el continente americano y la tercera más alta en el mundo por cada millón de habitantes (77).

Si bien las estadísticas sanitarias, a nivel nacional, dan cuenta de un país con alta incidencia por COVID-19, se sostiene que dicha situación no se expresa de la misma forma en las regiones andinas del sur peruano, donde las cifras señalan un porcentaje alto de personas asintomáticas o que han evolucionado de manera favorable a la enfermedad; un ejemplo claro es precisamente la región Puno. Allí según los comunicados del MINSA, desde el primer caso identificado el 7 de abril 2020 ha mantenido un crecimiento exponencial en su tasa de contagios, con la particularidad de que la gran mayoría de los casos eran asintomáticos. Es decir, el bajo nivel de humedad, la menor presión atmosférica y el elevado índice de radiación ultravioleta habrían logrado que la propagación sea más lenta y con ello una alta probabilidad de inactivación del coronavirus, lo que nos indicaría que posiblemente el factor climático de las regiones andinas como Ayacucho, Cusco, Apurímac y Puno, disminuiría la acción del coronavirus, convirtiéndose en un factor de disminución de la capacidad infectiva de dicho patógeno (78).

Figura 5. Tasa de Incidencia COVID-19, Perú por cada 1.000 habitantes



Fuente: MINSA: Situación actual COVID-19, a 31 de Julio de 2020.

De acuerdo con la Figura 5, las regiones que han presentado altos grados de incidencia, es decir, el mayor número de casos nuevos de COVID-19 por cada 1.000 habitantes en el Perú, al 31 de julio de 2020, han sido Lima, Madre de Dios, la provincia constitucional del Callao y Ucayali, presentando cifras de entre 20.69 a 17.25 casos. Mientras que la región Puno, ámbito del presente estudio, se ubica en el último lugar de la tabla de incidencia de la COVID-19. No obstante, pese a este indicador pandémico, de acuerdo con la caracterización y el análisis realizado en los capítulos precedentes, en la región Puno, durante la primera y segunda ola de la pandemia, los casos de contagios han dado lugar a que la situación de salud haya sido catastrófica. Porque los grandes establecimientos de salud de referencia a nivel de la región Puno, literalmente han colapsado en cuanto a su capacidad de respuesta, presentándose deficiencias en varios aspectos de la gestión del sistema de salud. Esta situación ha sido expresada por los propios actores del sistema regional de salud.

Por tanto, si en la región Puno con un bajo grado de incidencia de la COVID-19 (1.96 casos), el sistema regional de salud ha colapsado en su capacidad de respuesta; la pregunta es ¿Cómo habría sido el comportamiento de los sistemas regionales de salud en regiones con un alto grado de incidencia de la COVID-19? De esta manera, se insta a que en futuras investigaciones se pueda analizar el nivel de impacto de la pandemia en aquellas y otras regiones a nivel nacional, desarrollando investigaciones de carácter mixta, en términos metodológicos.

Tabla 8. Puno: Casos confirmados y fallecidos por COVID-19 según Redes de Salud (acumulados) 2020 - 2021

Redes de Salud	Casos confirmados		Fallecidos	
	Nº	%	Nº	%
Azángaro	2.812	4,7	74	2,9
Carabaya	2.313	3,9	79	3,1
Chucuito	2.638	4,4	101	3,9
El Collao	2.596	4,4	101	3,9
Huancané	2.142	3,6	81	3,1
Lampa	1.765	3,0	38	1,5
Melgar	1.831	3,1	69	2,7
Puno	15,473	26,0	952	3,8
San Román Juliaca	25,374	42,6	957	37,0
Sandia	1.078	1,8	44	1,7
Yunguyo	1.548	2,6	91	3,5
Total	59.570	100	2.587	100

Fuente: DIRESA-Puno: Situación de salud COVID-19 al 23/08/2021.

La Tabla 8, permite observar y analizar el número de casos de COVID-19 según las diferentes Redes de salud en la región Puno, donde se observa que la Red de Salud San Román en la ciudad de Juliaca es el epicentro de mayores contagios a nivel regional, presentando el mayor número de casos positivos de COVID-19, seguido por la Red Puno, Red Azángaro y Red Chucuito. Las Redes de salud menos afectadas fueron las Redes Sandia, Lampa y Yunguyo, respectivamente.

Pese a lo expuesto en los párrafos anteriores, la región Puno, ha sido duramente afectada por la COVID-19 en todo el sistema regional de salud. La carencia de equipos, ausencia de laboratorios especializados, falta de pruebas moleculares y rápidas moleculares y una población desinformada y renuente a las recomendaciones ha causado el colapso total de los hospitales de mayor complejidad y los establecimientos de primer nivel de atención, frente a esta difícil situación tanto en la ciudad de Juliaca como en Puno y toda la región, se ha aplicado múltiples estrategias para reducir la incidencia de la pandemia, como las disposiciones de confinamiento obligatorio, cuarentenas focalizadas y hasta toques de queda en horarios nocturnos, ninguna de estas intervenciones ha tenido un resultado

esperado (51), en ese contexto la APS no ha sido priorizada ni puesta en práctica por el sistema regional de salud.

CONCLUSIONES

En el sistema regional de salud en Puno, la ***cultura de planificación de las acciones de salud pública y por ende la APS*** en el ámbito público-estatal es muy escasa o nula, dando lugar a que los instrumentos de gestión sean deficientes y desactualizados. Esta situación estaría condicionada por la escasa asignación de recursos al sector, las decisiones y acciones improvisadas por parte de los actores de poder, las políticas y directivas adoptadas e impuestas desde el nivel central/nacional, y la fragmentación o atomización institucional del propio sistema de salud.

La ***lógica y dinámica organizativa de la APS*** en el sistema regional de salud en Puno, en buena medida, está condicionada por una cultura y clima organizacional desfavorables, porque en las diferentes Redes de salud, frecuentemente, se producen relaciones sociales relativamente conflictivas entre los actores/profesionales de salud. Esta situación se produce en un contexto de anarquía organizativa del sistema, en el que la rectoría es deficiente, generándose con ello la inestabilidad institucional y organizacional, acompañado de la politización del sistema de salud.

En coherencia con el modelo de salud en el Perú basado en la centralización y la priorización de la medicina curativa, recuperativa y hospitalaria, durante los últimos 30 años, la APS ha sido postergada. Muestra de ello es que la formación académica de los profesionales de salud ha sido deficiente, en el sentido que, hubo una escasa o nula priorización de la APS en los currículos de formación académica en las universidades, y la debilidad en la formación ético-moral de esos profesionales.

Respecto a la ***implementación de las acciones de APS***, las condiciones e incentivo laboral del personal de salud han sido adversas en el sistema regional de salud en Puno, porque se evidencia un trato diferenciado y discriminatorio al personal contratado respecto del personal nombrado. Esta situación responde, en buena medida, a la pérdida de valores y ética profesional del personal de salud, y a la inadecuada gestión del personal, sin tomar en cuenta la gestión del talento humano. No obstante, la incorporación del enfoque de la toma de decisiones participativas desde la Redes y Microrredes de salud ha contribuido

relativamente en la APS, durante la emergencia sanitaria, pese al contexto social desfavorable.

Como parte de las *acciones de control o evaluación de la APS*, desde la DIRESA, las Redes y Microrredes de salud se han impulsado y desarrollado acciones de monitoreo y supervisión de los servicios de salud en cada uno de los establecimientos de salud de la región. Estas acciones de monitoreo y supervisión se desarrollan de manera permanente como mecanismos de apoyo y mejora de capacidades, como mecanismo correctivo de acciones erráticas, y como mecanismo de retroalimentación de las acciones desarrolladas; en las que las TIC han contribuido significativamente durante la emergencia sanitaria.

RECOMENDACIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos cualitativamente, para futuras investigaciones relacionadas con la gestión de la APS, se recomienda adoptar complementariamente el paradigma metodológico cuantitativo para tener una visión más amplia e integral sobre la temática y problemática de la APS en el sistema regional de salud en Puno y otros ámbitos.

Relacionado con lo anterior, se recomienda que la gestión de la APS sea abordada, de manera complementaria, desde la perspectiva de los usuarios: personas, familias y comunidades.

A las Universidades se recomienda la formación académica de los profesionales de salud bajo un enfoque complementario entre la APS y el enfoque clínico y asistencial, sin dejar de lado la formación ético-moral.

A los entes responsables del sistema regional de salud en Puno, se recomienda que el sistema de salud sea convertido en un organismo autónomo con capacidad de toma de decisiones políticas y de gestión administrativa, en el que acceso a los puestos de alta dirección/gerencia y mando medio (directores de REDES) sean meritocráticos, es decir, por concurso público, con el propósito de despolitizar y generar mayor estabilidad, compromiso y eficiencia al sistema de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tejada de Rivero DA. La historia de la Conferencia de Alma-Ata. *Rev Peru Ginecol Obs.* 2018;64(3):361–6.
2. Segredo Pérez AM. Caracterización del sistema de dirección en la Atención Primaria de Salud. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2009;35(4):78–109.
3. Carbone FI, Palomino Y. La atención primaria en salud. La experiencia peruana. *Rev Peru Ginecol Obs.* 2018;64(3):367–73.
4. 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.* 2018;42:1–6.
5. Lizana M, Flores E, Carhuayo-Luján S. Evaluación de los atributos de atención primaria de salud en establecimientos del primer nivel atención de Ayacucho, Perú. *Rev Medica Hered.* 2020;31(3):175–80.
6. 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* [Internet]. 2021;19:1–28. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462021000100402&tlng=es
7. Solari L. Atención primaria de la salud: un compromiso pendiente. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2014;30(2):173–4.
8. 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.
9. Maguiña Vargas C. Reflexiones sobre el COVID-19, el Colegio Médico del Perú y la Salud Pública. *Acta Medica Peru.* 2020;37(1):8–10.
10. Ministerio de Salud - MINSA. Sala situacional Covi-19 Perú [Internet]. 2020. p. 1. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
11. Gobierno Regional de Puno - Sala Situaconal COVID-19. Reporte N° 230 [Internet]. Puno; 2020. Dispoble en: <https://www.regionpuno.gob.pe/comunicados-covid-19/>
12. Gonzales-Castillo JR, Varona-Castillo L, Domínguez-Morante MG, Ocaña-Gutierrez VR. COVID-19 pandemic and public health policies in Peru: March-May 2020. *Rev Salud Publica.* 2020;22(2):1–9.
13. 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 la Fac Med.* 2018;79(4):346–50.
14. Hernández-Girón C, Orozco-Núñez E, Arredondo-López A. Modelos conceptuales y paradigmas en salud pública. *Rev Salud Pública.* 2012;14(2):315–24.

15. Franco ÁG. Tendencias y teorías en salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2006;24(2):119–30.
16. Hernández LJ, Ocampo J, Ríos DS, Calderón C. El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Rev Salud Pública*. 2017;19(3):393–5.
17. Escudero Rodríguez B, Limón Ramírez E. Enfoque personal y familiar en atención primaria de salud. En: Martín-Zurro y Gloria Jodar (eds) *Atención familiar y salud comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes*. Barcelona: Elsevier España; 2011. p. 19–33.
18. Pimentel González JP, Correal Muñoz CA. Reflections on the concept of community health and considerations for application. *Salud Uninorte*. 2015;31(2):415–23.
19. Cruz-Gómez LF, Libreros-Arana LA, Cruz-Libreros ÁM, Solarte Y, Castro-Jaramillo HE, Badiel-Ocampo M, et al. Propuesta para la formación en Medicina Familiar y Comunitaria, desde la percepción, conceptualización y experiencia práctica de los enfoques de Salud Familiar. *Entramado*. 2017;13(2):230–47.
20. Pasarín Rua MI, Forcada Vega C, Gonzalez Carrión F. Salud comunitaria y atención primaria presentada a la comunidad. In: Martín-Zurro, A y Glora Jodar (eds) *Atención familiar y salud comunitaria Conceptos y materiales para docentes y estudiantes*. Barcelona: Elsevier España; 2011. p. 71–85.
21. Sobrino Armas C, Hernán García M, Cofiño R. What we mean when we talk about “community health”. *SESPAS Report 2018. Gac Sanit*. 2018;32(S1):5–12.
22. Segura del Pozo J. Salud pública, atención primaria y salud comunitaria: tres ramas del mismo árbol. *Gac Sanit*. 2020;(enero):2.
23. Bastida A, Calzada N, Daban F, Diez E, Fernández A, Ferrer N, et al. Salud comunitaria confinada: reflexiones y experiencias desde la salud pública local. *Rev Española Salud Pública*. 2020;94:1–10.
24. Hernán-García M, García Blanco D, Cubillo Llanes J, Cofiño R. Fundamentos del enfoque de activos para la salud en atención primaria de salud. *FMC Form Medica Contin en Aten Primaria* [Internet]. 2019;26(2):1–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2019.06.005>
25. Hernández Navarro E, Robalino Morales GE, Leiva Suero LE, Villacís Valencia SE, Acosta Acosta J. Prevención del Covid-19, una estrategia comunitaria. *Rev Univ MEDICIENCIAS* [Internet]. 2020;4(4):46–53. Disponible en: <https://medicienciasuta.uta.edu.ec/index.php/MedicienciasUTA>
26. Morales-Barrero C, Borde E, Eslava-Castañeda JC, Concha-Sánchez SC. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev Salud Pública*. 2013;15(6):797–804.

27. Tobar F. Modelos de gestión en salud [Internet]. Buenos Aires; 2002. 106 p. Disponible en: https://www.academia.edu/36650684/Modelos_de_Gestión_en_Salud
28. Barrios León M. Modelo de gestión en el sector salud basado en la calidad de servicios. Rev Ing UC [Internet]. 2011;18(1):80–7. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70723245010>
29. Zevallos Velasquez FM. Gestión y gerencia en salud. Proyecto de consultorio dental. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2020. p. 87.
30. Mallar MÁ. La gestión por procesos: un enfoque de gestión eficiente. Rev Científica Visión Futur [Internet]. 2010;13(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357935475004>
31. Aguinaga-Fernández HA. Menuda tarea: Hacer gestión en salud en el Perú. Rev del Cuerpo Médico del HNAAA. 2019;12(4):250–2.
32. Domínguez-Barrera C. Menuda tarea: Hacer gestión en salud en el Perú. Rev del Cuerpo Médico del HNAAA. 2020;13(1):95–6.
33. Chiavenato I. Administración de recursos humanos. El capital humano de las organizaciones [Internet]. Octava edi. México D.F.: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2007. 518 p. Disponible en: <http://www.itescam.edu.mx/principal/sylabus/fpdb/recursos/r91760.PDF>
34. Muñoz IF, Higuera Y, Molina G, Gómez LM. Características de la gestión del talento humano en salud pública. In: Molina, G, Ramírez, Andrés A y Adriana M Ruiz (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. Primera ed. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia; 2014. p. 265–96.
35. Pardo Enciso CE, Porras Jiménez JA. La gestión del talento humano ante el desafío de organizaciones competitivas. Gestión Soc [Internet]. 2011;4(2):167–83. Disponible en: <http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/gs/article/view/280>
36. Ramírez RI, Espindola CA, Ruiz GI, Hugueth AM. Gestión del talento humano: análisis desde el enfoque estratégico. Inf Tecnol. 2019;30(6):167–76.
37. Leal de Valor DY, Bolívar de Muñoz ME, Castillo Torrealba CO. La planificación estratégica como proceso de integración de un equipo de salud. Enfermería Glob. 2011;(24):180–8.
38. Cortázar Velarde JC. ¿En qué consiste la implementación de los programas sociales? Washington: Instituto Interamericano de Desarrollo Social - INDES, del Banco Interamericano de Desarrollo; 2005. p. 1–28.
39. Ávalos García MI. Calidad y gestión de servicios de salud. Horiz Sanit [Internet]. 2010;9(1):9–19. Disponible en: http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2010_enero

40. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Perú: Perfil sociodemográfico, informe nacional. Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Lima: INEI; 2018. 644 p.
41. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6°. México D.F.: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2014. 634 p.
42. Ortiz N. Análisis de desigualdades en salud. Una propuesta cualitativa. Rev Fac Nac Salud Pública. 2020;39(1):1–11.
43. Ministerio de Salud -MINSA. Información básica de unidades ejecutoras al nivel de gobiernos regionales y organismos públicos del sector Salud [Internet]. Lima: MINSA; 2017. p. 63. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3981.pdf>
44. Congreso de la República del Perú - CRP. Carpeta georeferencial región Puno Perú. Puno: Congreso de la República del Perú; 2019. 20 p.
45. Gobierno Regional de Puno - GRP. Plan de desarrollo regional concertado Puno al 2021. Puno; 2013.
46. Centro de Planificación Nacional - CEPLAN. Informe Nacional: Perú a mayo de 2020. La protección de la vida en la emergencia y después [Internet]. Perú, II Informe Nacional Voluntario sobre la implementación de la agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Lima; 2020. Disponible en: <http://www.fao.org/3/ca5162es/ca5162es.pdf%0Ahttp://www.fao.org/3/b-i6431s.pdf>
47. BCRP BC de R del P. Caracterización del departamento de Puno. Vol. 2, Análisis Económico Regional. Puno: Banco Central de Reserva del Perú; 2020. p. 1–15.
48. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Puno. Resultados definitivos Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas [Internet]. Censos Nacionales. Lima: INEI; 2018. 1375 p. Disponible en: http://www.inr.pt/uploads/docs/recursos/2013/20Censos2011_res_definitivos.pdf
49. Juarado Nacional de Elecciones - JNE. Registro de Organizaciones Políticas - ROP [Internet]. Directorio de Organizaciones Políticas. 2021. p. 1. Disponible en: https://aplicaciones007.jne.gob.pe/srop_publico/Consulta/OrganizacionPolitica
50. Cayo N, Apaza A. Evaluación de la ciudad de Puno como destino turístico - Perú. Comuni@cción [Internet]. 2017;8(2):116–24. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/comunica/v8n2/a05v8n2.pdf>
51. Villalba Díaz A. El COVID-19 en la región Puno y la UNAJ. XULLACA Debate y Alternativas. 2020;1(1):24–5.
52. Centrángolo O, Bertranou F, Casanova L, Casalí P. El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. Lima: EsSalu - OIT; 2013. 186 p.

53. Ministerio de Salud - MINSA. Análisis de situación de salud del Perú 2018. Primera Ed. Lima: Ministerio de Salud; 2019. 116 p.
54. DIRESA DR de S. Plan operativo institucional 2020. Puno: Dirección Regional de Salud; 2019. p. 81.
55. Dirección Regional de Salud - DIRESA. Situación de salud COVID-19. DIRESA Puno [Internet]. Puno; 2021. Disponible en: <https://cutt.ly/9z37bgT>
56. Gomes-Temporão J, Faria M. Reformas de los sistemas de salud en sudamérica: una oportunidad para UNASUR. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014;31(4):740–6.
57. Ariovich A, Crojethovic M. La fragmentación institucional y la potencialidad de las redes de servicios de salud. Un aporte para su análisis. En: XI jornadas de sociología Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires [Internet]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2015. p. 18. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-061/252>
58. Segredo Pérez AM, García Milian AJ, León Cabrera P, Perdomo Victoria I. Desarrollo organizacional, cultura organizacional y clima organizacional. Una aproximación conceptual. *Rev Inf Científica para la Dir en Salud INFODIR*. 2017;(24):86–99.
59. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. *Salud Publica Mex*. 2011;53(Supl. 2):243–54.
60. Hintze J. La desorganización óptima. *Rev del CLAD Reforma y Democr* [Internet]. 2008;(42):131–72. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3575/357533673005.pdf>
61. Schröter B. Clientelismo político: ¿Existe el fantasma y cómo se viste? *Rev Mex Sociol* [Internet]. 2010;72(1):141–75. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-25032010000100005&script=sci_abstract
62. 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 Peru Med Exp Salud Publica*. 2008;25(3):302–8.
63. Barreiro Vázquez AR. La ética ante las crisis sanitarias a propósito de la COVID-19. *Rev Cuba Med Mil*. 2021;50(1):1–17.
64. Tejada de Rivero DA. Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(2):283–7.
65. Martínez Rodríguez A, Martínez Rodríguez E, Paz Lourido B. Estrategias de intervención en promoción de la salud. *Fisioterapia*. 2008;30(5):238–43.
66. Pardo K, Andia M, Rodríguez A, Pérez W, Moscoso B. Remuneraciones, beneficios e incentivos laborales percibidos por trabajadores del sector salud en el Perú: análisis comparativo entre el ministerio de salud y la seguridad social, 2009. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2011;28(2):342–51.
67. González Jaimes EI, Pérez Saucedo E. Condiciones laborales y desgaste profesional en trabajadores de la salud. *Altern en Psicol*. 2012;Año XVI(27):8–22.

68. Molina-Marím G, Oquendo-Lozano T, Rodríguez-Garzón S, Montoya-Gómez N, Vesga-Gómez C, Lagos-Campos N, et al. Gestión del talento humano en salud pública. Un análisis en cinco ciudades colombianas, 2014. *Rev Gerenc y Polit Salud*. 2016;15(30):108–25.
69. Cabezas C. Pandemia de la Covid-19: tormentas y retos. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(4):603–4.
70. Báscolo E. Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud. *Rev Salud Publica*. 2010;12(Supl. 1):8–27.
71. Montero Rojas E. Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. *Población y Salud en Mesoamérica*. 2004;1(2):1–17.
72. Vega-de la Cruz LO, Nieves-Julbe AF. Procedimiento para la gestión de la supervisión y monitoreo del control interno. *Ciencias Holguín*. 2016;22(1–19).
73. Di Virgilio MM, Solano R. Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales [Internet]. 1a ed. Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales. Buenos Aires: Fundación CIPPEC; 2012. 129 p. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/cippec_uni_monitoreo_evaluacion.pdf
74. Eslava Rincón JI, Camelo Tovar FA, Mina-Rosero L, Vásquez-Candia ME, Mejía-Rocha MM. Análisis de la capacidad de respuesta de los sistemas de información en salud para la supervisión de riesgos que afectan el derecho a la salud en Colombia. *Gerenc y Políticas Salud*. 2018;17(35):1–31.
75. Díaz de León Castañeda C. Las TIC en el sector público del sistema de salud de México: avances y oportunidades. *Acta Univ*. 2020;30:1–25.
76. Ministerio de Salud - MINSA. Sala situacional COVID-19 Perú [Internet]. 2021. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
77. Ponce de Leon Z. Sistema de Salud en el Perú y el COVID-19. Documento de política pública. *Políticas y debates públicos* [Internet]. 2021;(2):1–8. Disponible en: <https://escuela.pucp.edu.pe/gobierno/wp-content/uploads/2021/05/La-salud-en-tiempos-de-covid-VF.pdf>
78. Tello-Ayllón CA. Evolución de la pandemia COVID19 en las regiones andinas del Perú. *An Fac med*. 2020;81(2):252–3.

ANEXOS

Anexo 1: GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
Dirigido a los directores de las Redes y Establecimientos de Salud (ES)

Proyecto: Gestión de la Atención Primaria de Salud en Tiempos de Pandemia de la Covid-19 en la Región Puno, 2020-2021

Datos generales del/a entrevistado/a

Pregunta de apertura o inicio

I. PLANIFICACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN LA APS

- ¿Antes de la pandemia, el sistema de salud nacional contemplaba los servicios de APS?
- ¿Cómo ha sido la demanda de APS en su ES, durante la pandemia de la Covid-19?
- ¿En qué sentido se ha priorizado el abordaje de los casos de Covid-19, en el sistema de salud nacional?
- ¿A nivel regional y local, cuál ha sido la prioridad en el abordaje de los casos de Covid-19?
- ¿Dónde y cómo se implementan los servicios de APS, durante la pandemia de la Covid-19?
- ¿Con qué recursos se ha dispuesto o se dispone para afrontar la pandemia de la Covid-19?
- ¿Qué instrumentos de planificación utilizan para la gestión de los servicios de APS?

II. ORGANIZACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN LA APS

- ¿Qué rol juega la organización del sistema de salud nacional en la implementación de los servicios de APS?
- ¿Cómo se organiza los servicios de APS en su ES, durante la pandemia de la Covid-19? *(se basa más en la jerarquía de mando o en la participación y el diálogo)*
- ¿Quién o quiénes asumen la responsabilidad de las acciones y omisiones en torno a la APS?
- ¿Cómo observa usted la infraestructura física del establecimiento de salud de cara a la pandemia?
- ¿Cómo son las condiciones laborales en el ES? *(describa en términos de respuesta las expectativas, compromiso, estabilidad laboral, incentivos, información y comunicación, y confianza)*

III. DIRECCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN LA APS

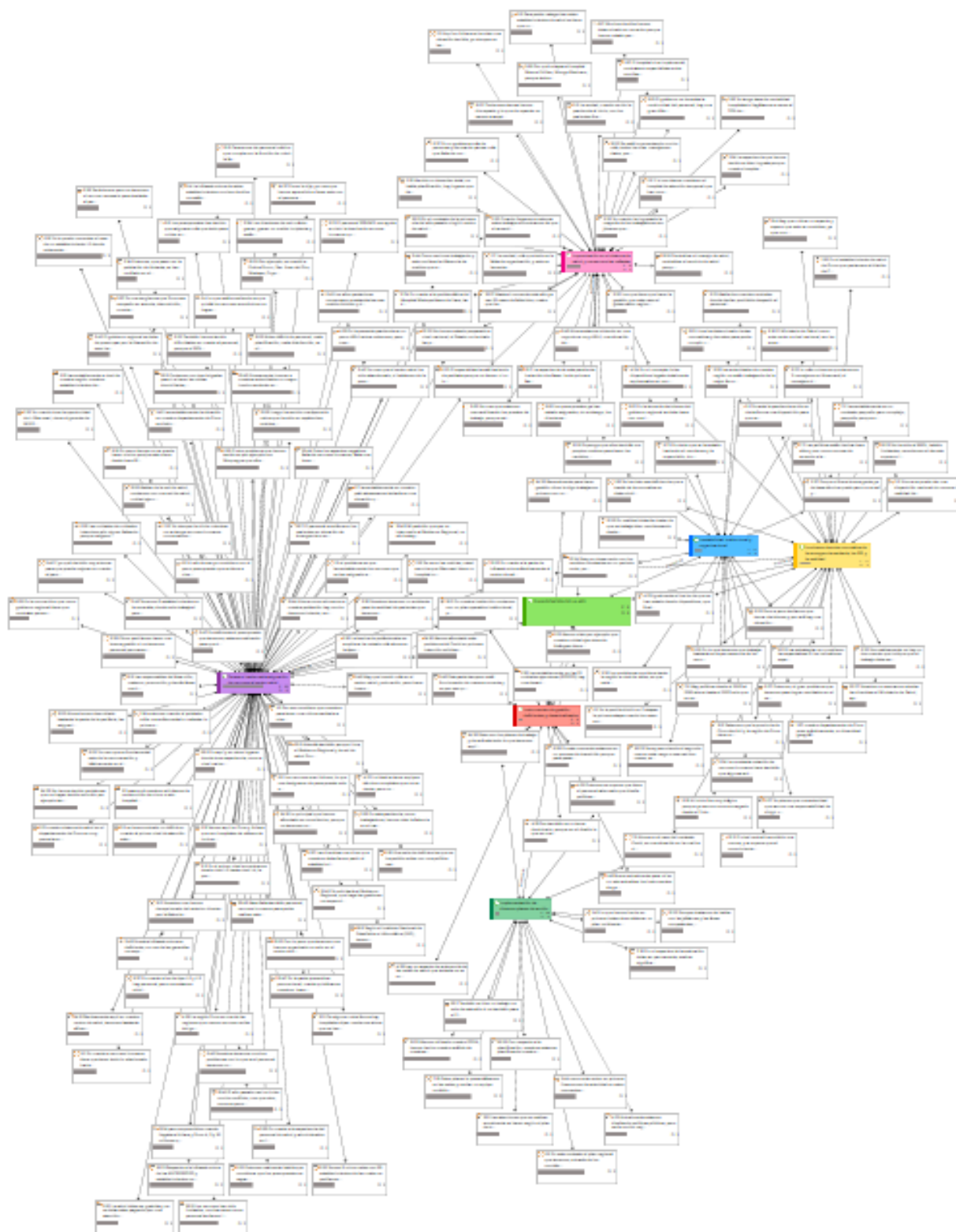
- ¿Cómo se distribuye o asigna las funciones y actividades del servicio de APS en su ES?
- ¿Cómo se dirige la implementación de los servicios de APS en su ES, durante la pandemia?
- ¿Cómo se toman las decisiones en torno a la implementación de la APS, durante la pandemia?
- ¿Qué estrategias utiliza para lograr resultados satisfactorios en la implementación de los servicios de APS? (*iniciativa y compromiso de trabajo en equipo*)
- ¿Cómo se resuelven los problemas/conflictos en la implementación de los servicios de APS?

IV. EVALUACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN LA APS

- ¿Cómo se realiza la supervisión de las acciones del establecimiento de salud?
- ¿Quién realiza la supervisión, sobre qué aspectos?
- ¿Con qué frecuencia se realiza la supervisión?
- ¿Qué resultados se obtiene y hay retroalimentación?

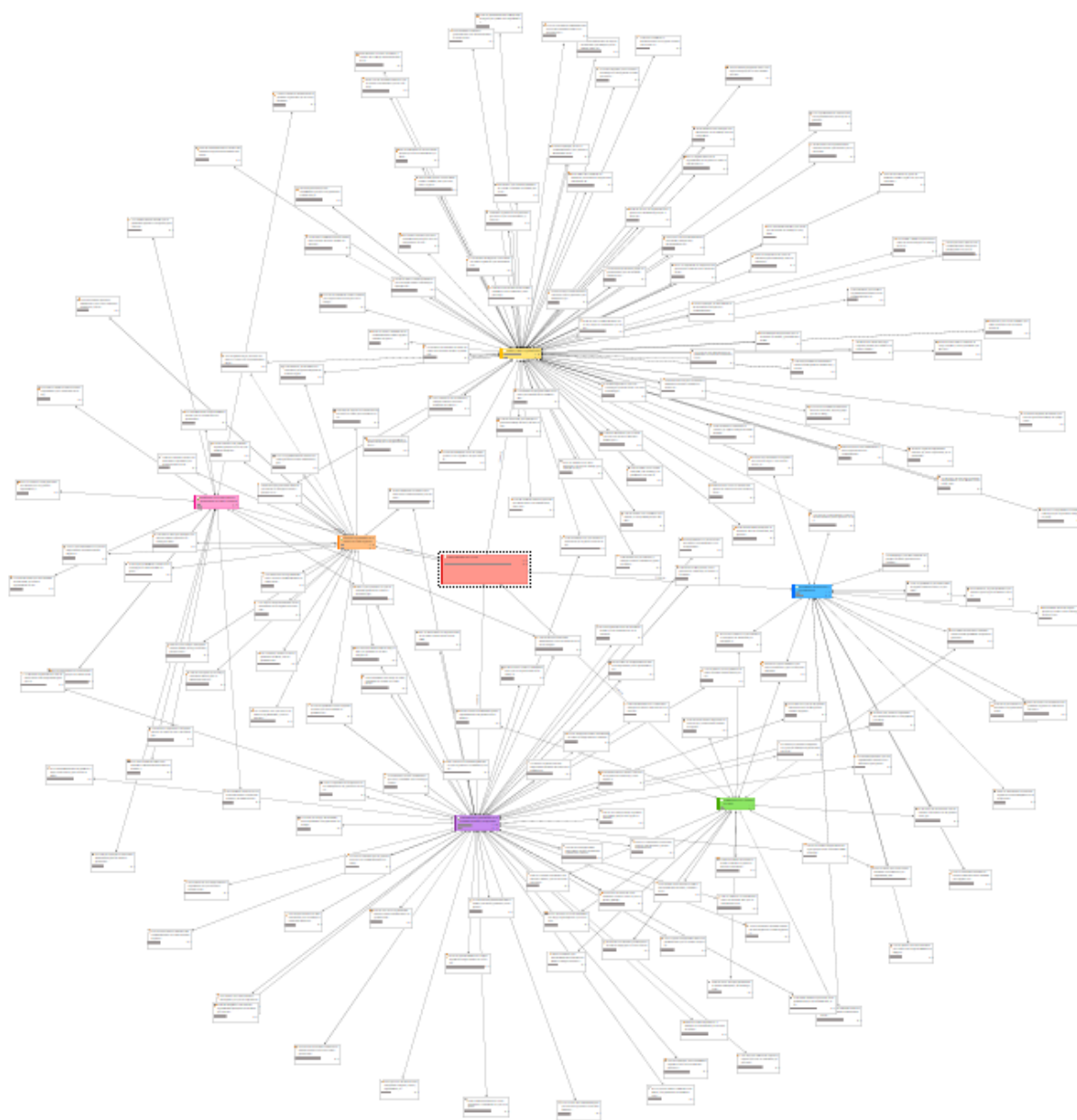
Preguntas de cierre

Anexo 2: Red semántica de la naturaleza de planificación de la APS



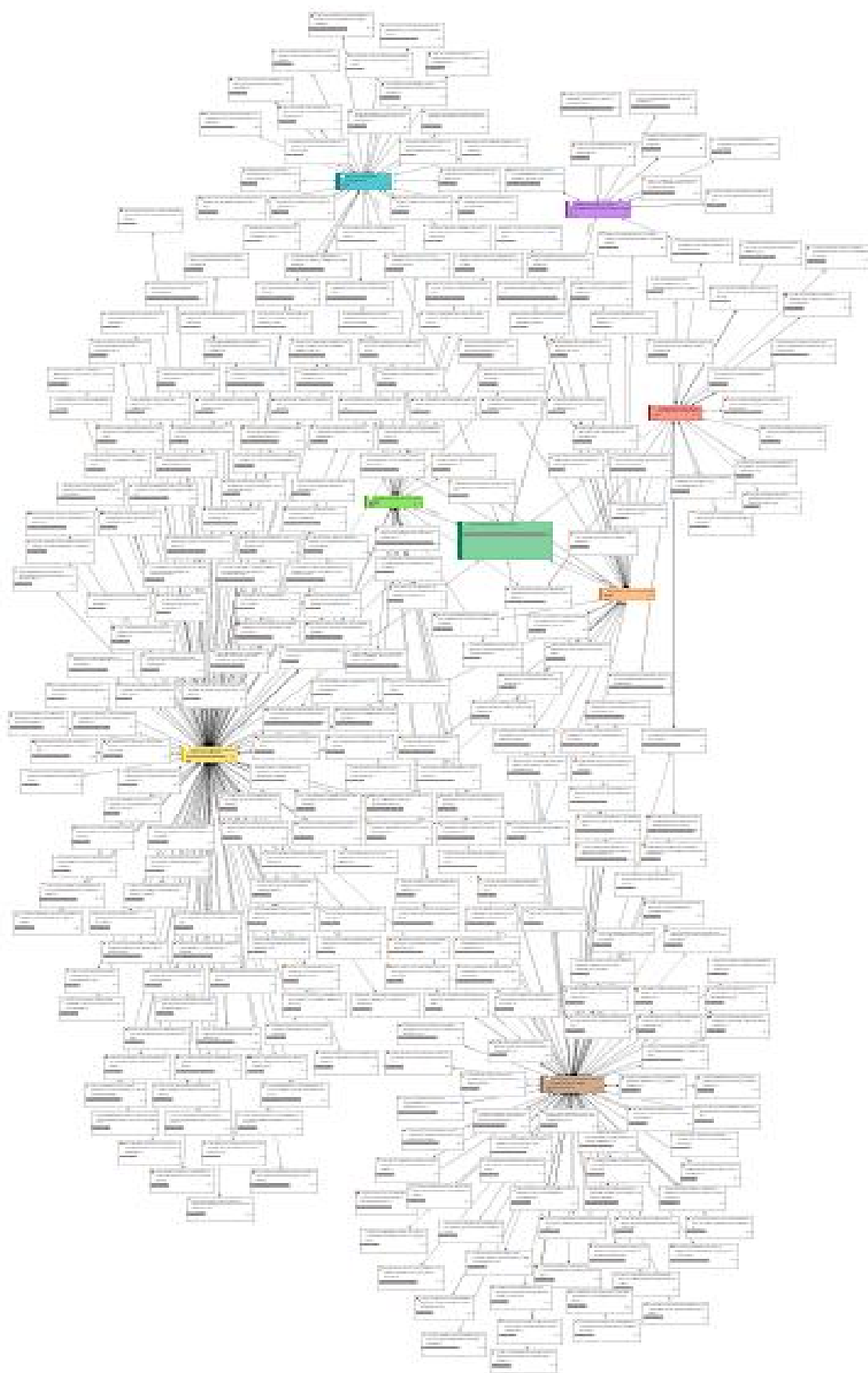
Fuente: elaboración propia con base en Atlas.ti 8.4

Anexo 3: Red semántica de la lógica de organización de la APS



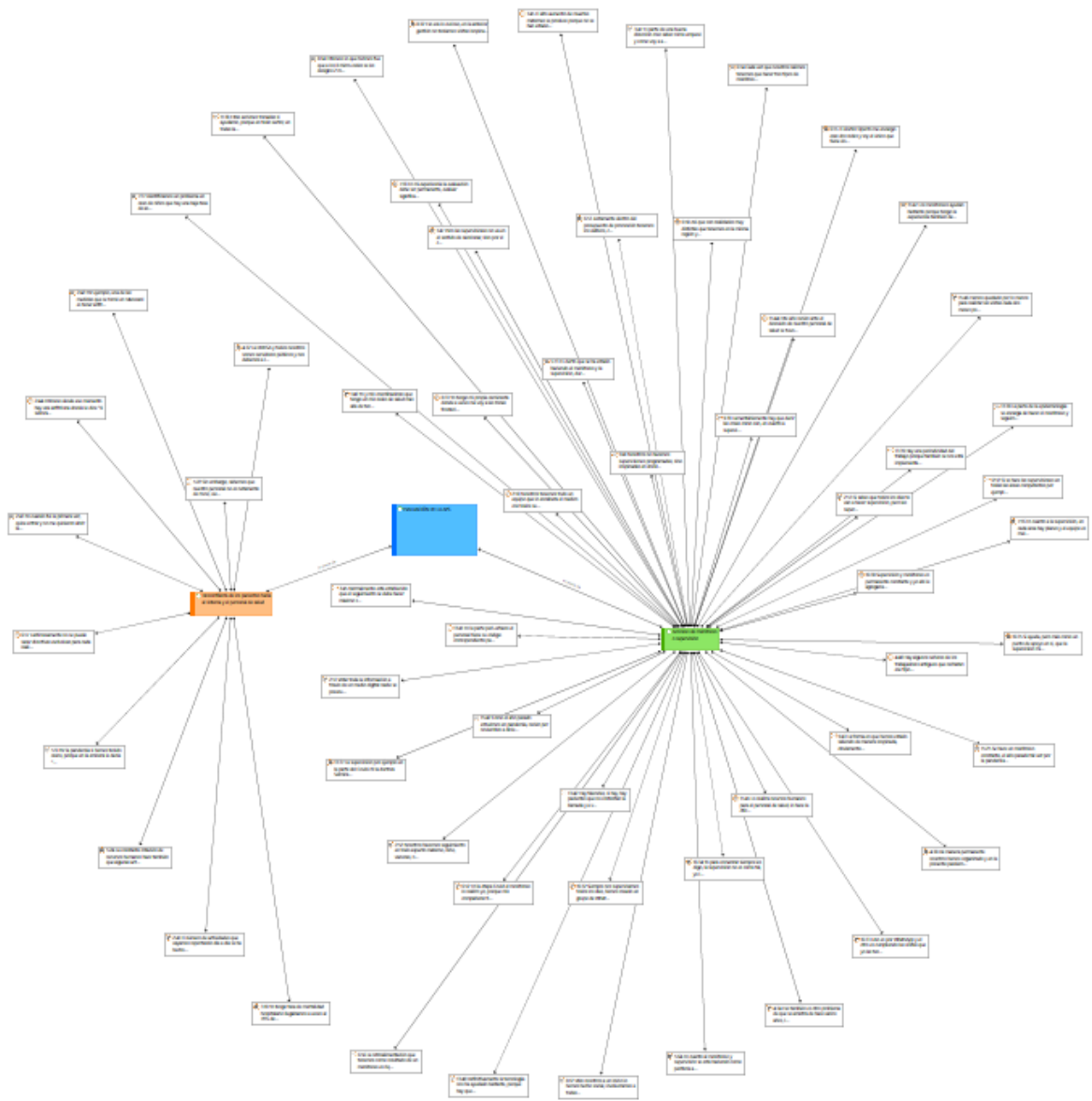
Fuente: elaboración propia con base en Atlas.ti 8.4

Anexo 4: Red semántica de la dinámica de implementación de la APS



Fuente: elaboración propia con base en Atlas.ti 8.4

Anexo 5: Red semántica de evaluación de la APS



Fuente: elaboración propia con base en Atlas.ti 8.4

Anexo 6: Imagen del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, sede de la DIRESA-Puno.



Fuente: Los Andes.