



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN
GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Tendencias y correlaciones comparadas de la capacidad resolutiva y
producción de servicios en tiempos COVID-19. Centro de Atención
Primaria-II, Tayabamba-EsSalud

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA

Viera Lopez, Yosmili (ORCID N° [0000-0003-1313-3526](https://orcid.org/0000-0003-1313-3526))

ASESORA

Dra. Lora Loza, Miryam Griselda (ORCID N° [0000-0001-5099-1314](https://orcid.org/0000-0001-5099-1314))

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión de Riesgo en Salud

TRUJILLO - PERÚ

2022

Dedicatoria

A Dios:

Por permitirme tener vida, salud
y ayudarme en cada momento en
mi logro de superación profesional.

A mis Padres:

Por haberme forjado como la persona
que soy; muchos de mis logros se los
debo a ustedes siempre me motivaron con
constancia para alcanzar mis objetivos y metas.

A mi Esposo e hijo:

A mi esposo por brindarme su
apoyo constantemente al logro de mi
superación profesional

A mi hijo que es la razón de mi vida
y es el motivo a seguir adelante

Yosmili Viera Lopez.

Agradecimiento

A la Dra. Miryam Lora

Por compartir su valioso tiempo, disponibilidad, y conocimientos en este proceso de asesoría permanente, que fue muy importante para que el desarrollo de este trabajo de investigación se realice.

A los Docentes de Postgrado

Por dar lo mejor, porque cada uno nos motivaron en la realización de nuestros sueños y esperanzas en consolidar un mundo más humano, con amor, a todos a quienes encontramos.

Al Centro de Atención Primaria II Tayabamba - Essalud.

Deseo agradecer a todas las personas y usuarios quienes me brindaron amablemente la información necesaria para la realización de este trabajo de investigación.

Yosmili Viera Lopez

Índice de contenidos

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de gráficos y figuras	v
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	01
II. MARCO TEÓRICO	07
III. METODOLOGÍA	14
3.1 Tipo y Diseño de Investigación	15
3.2 Variables y Operacionalización	15
3.3 Población (criterios de selección), muestreo, unidad de análisis	16
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	17
3.5 Procedimientos	18
3.6 Método de análisis de datos	19
3.7 Aspectos éticos	19
IV. RESULTADOS	21
V. DISCUSIÓN	34
VI. CONCLUSIONES	38
VII. RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS	41
ANEXOS	46

Índice de gráficos y figuras

		Pág.
Tabla 1	<i>Tendencias comparadas de la capacidad resolutive de los servicios en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud.</i>	22
Gráfico 1	Tendencias comparadas de la Capacidad Resolutiva de los Servicios de medicina, odontología y obstetricia.	22
Tabla 2	<i>Tendencias comparadas de la producción de servicios en tiempos COVID-19, en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud.</i>	24
Gráfico 2	Tendencias de la Producción de los Servicios de medicina, odontología y obstetricia.	24
Tabla 3	<i>Relación entre capacidad resolutive y la producción del servicio de medicina en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud</i>	26
Tabla 4	<i>Tendencias comparadas entre la capacidad resolutive y la producción de servicios en medicina en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud.</i>	27
Gráfico 3	Tendencias de la capacidad resolutive y producción de servicios de medicina.	27
Tabla 5	<i>Relación entre capacidad resolutive y la producción de servicios en odontología en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud.</i>	28
Tabla 6	<i>Tendencias comparadas de la capacidad resolutive y la producción de servicios de odontología en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud.</i>	30
Gráfico 4	<i>Tendencias comparadas entre frecuencias mensuales de la capacidad resolutive y producción de servicio en odontología</i>	30
Tabla 7	<i>Relación entre capacidad resolutive y la producción de servicios en odontología, en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud.</i>	32

Tabla 8	<i>Tendencias comparadas de la capacidad resolutive y la producción de servicios en obstetricia en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud.</i>	33
Gráfico 5	<i>Gráfico 5. Tendencias comparadas entre capacidad resolutive y producción de servicio en Obstetricia</i>	33

Resumen

Con el COVID-19, aumentaron las limitaciones para las previsiones a tomar en cuenta en los procesos de mejoras de la capacidad resolutive y producción de servicios en salud, generándose incertidumbres sobre el qué y cómo hacer para superar los retos que plantea la pandemia. En tal sentido, el objetivo del estudio fue determinar las tendencias y correlaciones comparadas de la capacidad resolutive y producción de servicios en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud. Se desarrolló una investigación descriptiva-comparativa y de correlaciones. Se usó la Guía de Recolección de Datos EsSalud, 2021, observándose 96 reportes mensuales, de junio 2020-septiembre 2021, 48 sobre capacidad resolutive y 48 sobre producción de servicios. De ellos, 32 reportes correspondieron a cada servicio (medicina, odontología y obstetricia). Como resultado se obtuvo que, la tendencia de la capacidad resolutive de medicina se estableció por encima de la mediana (63%) en 9, odontología en 7 y en obstetricia, en 6. La tendencia de la producción del servicio de medicina se estableció por encima de la mediana (57,50%) en 10 meses, en odontología 6 y, obstetricia en 10. Se concluye que existe relación significativa ($p < 0,05$) entre la capacidad resolutive y producción de en el servicio de medicina, mas no así en los servicios de odontología y obstetricia ($p > 0,05$). Las tendencias comparadas tanto de capacidad resolutive y producción de servicios en medicina, odontología y obstetricia, son variados y muy variados presentándose en todos, una mayor aproximación entre ellos entre los meses de agosto a septiembre del 2021.

Palabras claves: capacidad resolutive, producción de servicios, medicina, odontología y obstetricia.

Abstract

With COVID-19, the limitations for the forecasts to be taken into account in the processes of improvement of the resolution capacity and production of health services increased, generating uncertainties about what and how to do to overcome the challenges posed by the pandemic. In this sense, the objective of the study was to determine the trends and compared correlations of the resolution capacity and production of services in times of COVID-19 in the Primary Care Center-II, Tayabamba - EsSalud. A descriptive-comparative and correlation research was developed. The EsSalud Data Collection Guide, 2021 was used, observing 96 monthly reports, from June 2020-September 2021, 48 on resolution capacity and 48 on service production. Of these, 32 reports corresponded to each service (medicine, dentistry and obstetrics). As a result, it was obtained that the trend of the resolute capacity of medicine was established above the median (63%) in nine, dentistry in seven and in obstetrics, in six. The trend of the production of the medicine service was established by above the median (57.50%) in 10 months, in dentistry 6 and obstetrics in 10. It is concluded that there is a significant relationship ($p < 0.05$) between the resolution capacity and production of in the medical service, plus not so in dentistry and obstetrics services ($p > 0.05$). The trends compared to both resolution capacity and production of services in medicine, dentistry and obstetrics, are varied and very varied, appearing in all, a greater approximation between them between the months of August to September 2021.

Keywords: resolute capacity; service production, medicine, dentistry and obstetrics.

I. INTRODUCCIÓN

Con el advenimiento de la pandemia del COVID-19, las instituciones prestadoras de salud de todo el mundo, sufrieron, de alguna manera u forma, experiencias traumáticas o situaciones extraordinariamente difíciles relativas al deterioro de su capacidad resolutive y producción de servicios. Considerándose que aún no pasa dicho fenómeno, es ya único en la historia reciente de la humanidad. Ni la llamada peste negra y otras pandemias pudieron provocarlo afectar tanto a las instituciones de salud que amerita analizarla de principio a fin y de todas sus formas (Pearce et al, 2020).

Uno de los elementos más afectados han sido los niveles de autonomía de los servicios de salud, que dejaron de responder las demandas para ocuparse exclusivamente de la atención COVID-19, distorsionándose los criterios de población asignada, estabilidad del equipo, estabilidad de los grupos básicos, actualización de análisis de la situación integral de salud o, del cumplimiento de acciones preestablecidas. Más del 80% de las instituciones de salud del 95% países del mundo dan cuenta hoy de ellos, caracterizándolo como procesos muy negativos (Asadet, 2020).

En este contexto, la producción de los servicios también fue resentida en esos mismos porcentajes, pero, dejó de ser evaluada en la medida que se cancelaron o cerraron los servicios de consulta externa, procedimientos especiales, tópico médico, referencia y contra referencia de casos no COVID-19, y los servicios de atención primaria, sólo han sido atendidos casos excepcionales de medicina, odontología y obstetricia, pero redujeron a casi 0 o hasta un 10% su nivel de atención (Chan, et al, 2020).

Esto correspondió a una política casi ciega de los países, que sin pensarlo dos veces prefirieron seguir las recomendaciones emitidas por la (OPS, 2020; OPS/OMS, 2020) para enfrentar la pandemia, recomendaciones a las que se sumaron la (ECDC, 2020; CDC, 2020a; 2020b) y otros organismos internacionales referenciales del Reino Unido y Australia.

Sin embargo, en países desarrollados como Japón, Canadá, Alemania, Estados Unidos, China, Rusia, el impacto del COVID-19 sobre la capacidad resolutive y la producción de los servicios de salud, fue casi nula, pudieron responder rápidamente con lo que tenían ante las exigencias y/o retos de la atención de casos COVID-19. No tuvieron la necesidad de cerrar otros servicios, al contrario implementaron estrategias y políticas puntuales de predicción y prevención que, junto a las políticas y estrategias epidemiológicas de cerco y aniquilamiento de la pandemia, sobrepasaron los momentos más críticos de la pandemia y aumentaron su capacidad resolutive y producción de servicios (Arik et al, 2020; Aldridge et al, 2020; Gillam, 2020).

Por otro lado, en casi la totalidad de países de Asia, África y América Latina y El Caribe, cerraron la atención de los servicios de salud que eran COVID-19, no pudieron preservar la atención de los servicios de salud no COVID-19, aun así, el impacto del fenómeno sobre la capacidad resolutive y producción de servicios de salud ha sido y es brutal, reportándose más 7 millones de muertes entre la primera y segunda ola de la pandemia, siendo que ningún factor calculado para el cumplimiento de metas o resultados puedan brindar alguna información valida al respecto (Google.com, 2020).

En América Latina, solo Brasil y Argentina lograron mantener hasta un 80% de la prestación de sus servicios de salud no COVID-19. Las características de sus estrategias fueron diferentes utilizándose en Argentina como una forma de apalancamiento la acción comunal barrio por barrio, incluso así redujo la prestación de sus servicios no COVID-19 hasta en un 35%, significando que la capacidad resolutive y producción de los servicios de salud de sus instituciones, solo puedan ser evaluadas en términos referenciales e incompletas (Wolfel, et al, 2020; OPS, 2020; Baqui, 2020).

Muy pocos son los estudios que trabajan el área temática de la capacidad resolutive y producción de servicios médicos, odontológicos y obstétricos en tiempos COVID-19, sin embargo, en los estudios de Arit, et al, 2021, en EE. UU y Japón; Ji, et al,

2020, en la Comunidad Europea y Reino Unido; Murray, 2020, en EE.UU. Aldridge, et al, 2020 en Inglaterra, al COVID-19 se le considera como fenómeno medico social distorsionador de la prestación de servicios de salud. Es decir, para ellos, el impacto del COVID-19 resiente la capacidad resolutive y la producción de servicios en salud, tanto hospitalaria como domiciliariamente. Pero, sostienen que, a pesar de ello, la atención médica, odontológica y obstétrica, presentan particularidades de acuerdo a la realidad medico social donde se desarrolla la prestación de servicios, motivo por el cual deberían ser evaluados de acuerdo a su realidad, de tal manera que puedan quedar expuestas las responsabilidades institucionales al dimensionar el impacto COVID-19 sobre dichos servicios. De hecho, estos criterios han sido compartidos por la (ECDC, 2020).

No podría ser de otra manera debido a la naturaleza diversa, variada y evolutiva de la pandemia. De una u otra forma, las instituciones prestadoras de salud tendrían que adaptar sus políticas y estrategias para mejorar su capacidad resolutive y su producción de servicios médicos, odontológicos y obstétricos, sin dejar de atender otras necesidades de la población respecto de casos no COVID-19 (Chan, et al, 2020).

En el Perú más del 90% de las instituciones del I y II nivel de atención fueron prácticamente cerradas o mantuvieron un mínimo de atención presencial, pasando, hasta en un 70%, hacia la atención virtual o teleconsulta y/o otras formas de atención en línea (online). Se agregaron, a la capacidad resolutive y la producción de servicios de las instituciones de salud, nuevos elementos, cuyos resultados temporales aún no han podido ser evaluados dentro de las condiciones que le plantea la evolución de la pandemia (OMS/OPS, 2020; Pedersen, 2020).

Sin embargo, es claro que han sido los elementos de intervención política, de mala gestión y administración estratégica, los que han influenciado u obran, por intereses particulares y mezquinos, en contra del desarrollo de la capacidad resolutive y la producción de servicios. Es más, se trasladan las responsabilidades principales del deterioro de la capacidad resolutive y de la producción de servicios médicos, odontológicos y obstétricos a los propios profesionales y trabajadores de salud,

olvidándose que ningún equipo humano puede trabajar o hacer funcionar a las instituciones de salud a ciegas. Es más, las políticas y estrategias de atención a partir del cierre de los servicios de salud para casos no COVID-19, se convirtieron erráticos, diverso y cambiantes, sin ningún norte en cuanto metas o cumplimientos objetivos y solución de problemas (Wu y McGoogan, 2020; Warren y Skillman, 2020).

Esta situación se vio reflejada directamente en la falta del conocimiento real de la capacidad resolutive y la producción de servicios médicos, odontológicos y obstétricos a nivel nacional en nuestro país. En el Centro de Atención Primaria II, EsSalud Tayabamba, esta realidad no es ajena, los indicadores para la planificación ejecución y mejora de los procesos, no son, hasta la actualidad, precisos en cuanto a su relación con la capacidad resolutive. El registro de las acciones, también se restringe a los procesos de atención referencial del COVID-19 o la atención por teleconsulta, principalmente en los servicios de medicina, odontología y obstetricia.

En la producción de servicios de medicina la consulta externa, se restringió a la atención telefónica, limitada en cuanto a los procedimientos especiales, que en su mayoría fueron cancelados al igual que los servicios de tópico médico, dejando la referencia de lado incluso casos sospechosos de COVID-19.

La atención primaria de salud, ha sido la más afectada, hasta hoy no puede restablecerse del golpe inicial de la pandemia, no tan solo por falta de personal, sino por la sobre carga laboral y/o la falta de estrategias y políticas de gestión para la mejora de los servicios dentro del contexto COVID-19. De hecho, las actividades intermedias de análisis clínico, atención ambulatoria y otras, son muy limitadas, aun así, existe la necesidad de evaluarlos para retomar la mejor forma de una acción estratégica a nivel institucional, desde esta perspectiva (OPS/OMS, 2020).

En este contexto la presente investigación plantea como problema: ¿Cuáles son las tendencias y correlaciones comparadas de la capacidad resolutive y producción de servicios en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud? Bajo esta perspectiva, la investigación se justifica, desde el

punto de vista teórico conceptual, ya que no existe una teoría precisa o única que lo defina o caracterice, en la medida que permite la intervención de nuevos elementos de valoración teórica conceptual para redimensionar la capacidad resolutive y la producción de los servicios médicos, odontológicos y obstétricos en las instituciones de salud.

Desde el punto de vista metodológico la investigación se desarrolla buscando que analizar y comprender el papel de las correlaciones en el análisis y valoración de las estrategias y políticas institucionales. De hecho, las correlaciones en sí mismas son datos fríos, pero, analizadas en el contexto en que se vive, son las principales herramientas que permiten diferenciar resultados, especialmente si se trata de evaluar procesos relativos a la capacidad resolutive y la producción de servicios en salud.

Desde el punto de vista médico social, la investigación permite la formación de criterios de valor para mejorar las estrategias y política de atención en salud. Tratándose de criterios de valor sobre la relación entre la capacidad resolutive y la producción de servicios de salud, el aporte es mayor puesto que ordena un poco las referencias y los criterios a trabajar dentro de los procesos de planeación estratégicas o establecimientos de las metas y las prioridades en el accionar corporativo de las instituciones de salud.

Hipotéticamente se plantea: Existen diferencias significativas en las tendencias y correlaciones comparadas de la capacidad resolutive y producción de servicios en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud. El Objetivo General fue: Determinar las tendencias y correlaciones comparadas de la capacidad resolutive y producción de servicios en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud.

Los objetivos específicos fueron: a) Establecer las tendencias comparadas de la capacidad resolutive de los servicios en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud; b) Establecer las tendencias comparadas de la producción de servicios en tiempos COVID-19, en el Centro de

Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud; c) Establecer la relación entre capacidad resolutive y la producción del servicio de medicina en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud; d) Establecer las tendencias comparadas entre la capacidad resolutive y la producción de servicios en medicina en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud; e) Establecer la relación entre capacidad resolutive y la producción de servicios en odontología en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud; f) Establecer las tendencias comparadas entre la capacidad resolutive y la producción de servicios en odontología en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud; g) Establecer la relación entre capacidad resolutive y la producción de servicios en odontología, en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud; h) Establecer las tendencias comparadas de la capacidad resolutive y la producción de servicios en obstetricia en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud.

II. MARCO TEÓRICO

Los antecedentes empíricos que nos permiten referenciar conceptos sobre las variables de estudio, son muy pocos tanto a nivel internacional como nacional, sin embargo, a nivel internacional se puede contar con los reportes de Arit, et al, (EE.UU. y Japón, 2021) quienes entre sus objetivos cuentan con la identificación de la capacidad resolutiva de los Estados Unidos de Nortea América y Japón, dentro del marco de una evaluación prospectiva de manejo epidemiológico al aumentar la infección asociada (IA) del COVID-19. Analizó los modelos de programación para el manejo de la enfermedad que proporcionaban registros diarios de casos, mortalidad y hospitalizaciones confirmadas durante 4 semanas, encontró como resultado que, en EE.UU., la capacidad resolutiva de sus instituciones de salud disminuyo en un (<8%) según sus estándares normales y en Japón disminuía hasta en un (<29%). Concluyeron al respecto que la capacidad resolutiva de las instituciones prestadoras de servicios de salud de EE.UU., y Japón eran vulnerables al comportamiento errático de la población afectando en forma leve los modelos de atención. También señalan que de continuar la tendencia de las intervenciones no farmacéuticas y la vacunación ayudara a mejorar sustancialmente la capacidad resolutiva de las instituciones de salud.

También se cuenta con el estudio de Ji, et al. (Comunidad Europea y Reino Unido, 2020) que entre sus objetivos se encuentra el describir la asociación entre la capacidad resolutiva como dimensión de la disponibilidad de recursos de atención médica, con la mortalidad por COVID-19. La investigación de análisis documental encuentra que la capacidad resolutiva de las instituciones de salud para la disposición de recursos disminuyó en (<22%). Concluyen al respecto que existe asociación significativa ($p<0,001$) entre el aumento de la mortalidad y con la disminución de la capacidad resolutiva de las instituciones de salud para disponer de recursos de atención médica.

Así mismo en el estudio de Murray (EE.UU., 2020) quien, entre sus objetivos esta demostrar la asociación entre el exceso de la demanda de servicios hospitalarios y la disminución de la capacidad resolutiva de las instituciones de salud de cada estado de los Estados Unidos. La investigación evaluativa analiza las muertes

CoVID-19 durante 4 meses utilizando modelos estadísticos de pronóstico. Encontró como resultado que la capacidad resolutive de las instituciones de salud, en todos los estados de los Estados Unidos, mejoran hasta en un 10% mensual. Concluyó en que se pronostica una disminución de muertes por debajo de 10 muertes por cada día para los siguientes meses. La capacidad resolutive de las instituciones de salud, pueden ayudar a mejorar la atención especialmente para la UCI y ayudar a informar el desarrollo y la implementación de estrategias para mitigar esta brecha, incluida la reducción de la demanda de servicios no relacionados al COVID-19.

Se cuenta también con el trabajo de Aldridge, et al., (Inglaterra, 2020), que, entre sus objetivos de estudio, se plantea la identificación de la asociación entre la disminución de la capacidad resolutive de las instituciones de salud que atienden a grupos étnicos negros, asiáticos y minoritarios en Inglaterra con disminución de la capacidad de estas. La investigación analiza los riesgos en la disminución de las capacidades resolutivas de las instituciones de salud y la mortalidad del NHS, encontrando que las instituciones de salud que atienden a los grupos étnicos negros, asiáticos y minoritarios, presentan una disminución hasta de (<30%) de su capacidad resolutive en comparación con instituciones que atienden a la población nativa. Concluye al respecto que la disminución de la capacidad resolutive de las instituciones de salud que atienden a este tipo de grupos étnicos, representa un mayor riesgo de muerte por COVID-19 en Inglaterra.

A nivel nacional de encontraron los reportes de Viteri (La Libertad-Perú, 2019) en cuyo estudio se planteó como objetivo específico la identificación de la capacidad resolutive en el Centro de Salud Lucma. La investigación recolectó información de 109 usuarios, encontrando que la capacidad resolutive era Buena (65,1%) y que estaba marcada por un buen manejo de inequidades en la prestación de servicios de salud (74,3%), una comunicación Regular (74,3%) y un Buen trabajo en equipo (60,6%). Concluye al respecto que la capacidad resolutive en la institución era predominantemente Buena.

También se cuenta con lo reportado por Vilca y Portilla (Perú, 2018) que incluyó como objetivo específico el identificar la capacidad resolutive del Centro de Salud

Tuñad, San Pablo, desde la percepción de 430 usuarios y 4 profesionales de salud de la institución, encontrando que la capacidad resolutive era mala (40,6%) y Buena (39,9%). Concluyeron que la capacidad resolutive era predominantemente mala en el Centro de Salud Tuñad, San Pablo.

De la misma manera Mendoza (Moyobamba-Perú, 2018), se planteó entre sus objetivos específicos el identificar la capacidad resolutive de IPRESS I de la Red Salud Moyobamba, evaluando 11 IPRESS bajo la Guía observacional EsSalud, encontrando que la capacidad resolutive era deficiente en (53,9%). Al respecto, concluyó que había una predominancia de capacidad resolutive deficiente en la IPRESS I de la Red Salud Moyobamba.

En estos estudios, se define a la capacidad resolutive como el nivel de autonomía que presenta la prestación de servicios -en este caso, los servicios de medicina, odontología y obstétricos en el primer nivel de atención- para responder a las demandas, coincidiendo así con la definición que presentara la (ECDC, 2020; CDC, 2020a; 2020b). También se la define como la principal herramienta para satisfacer la demanda de servicios, según los criterios de población asignada, estabilidad de equipos e infraestructura básica para la atención y el trabajo institucional, estabilidad de grupos humanos capacitados para la atención y, manejo de información actualizada del estado de bienestar de la población y de las estrategias y políticas sanitarias que permiten el accionar corporativo de las instituciones de salud, coincidiendo, según (Lau et al, 2021), con las definiciones de la (OPS, 2020) y la (OPS/OMS, 2020).

Generalmente la población asignada está estructurada de acuerdo a las características demográficas y poblacionales donde se labora. Sirve de referencia para el establecimiento de metas, objetivos y para el desarrollo de políticas institucionales para la atención. Generalmente se la calcula por la demanda de servicios en periodos de tiempos a corto mediano y largo plazo. Este cálculo es un procedimiento técnico operativo que está modelado de acuerdo a estándares de atención mundial e institucional como lo señalara el (Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón, 2020).

En la mayoría de veces la población asignada representa una carga pesada para los servicios de salud, representando aumento de la carga laboral, de horas hombre y de distorsiones de los horarios de atención. En tiempos COVID-19 los establecimientos de salud que no fueron cerrados, las citas para la atención no COVID-19, están reprogramadas hasta con un año de anticipación, hecho que en la mayoría de veces finalmente no tiene lugar o no sucede, a pesar que el personal es, en número, el mismo que con el que se contaba antes del COVID-19 (Wang, et al, 2020).

Esto significa que no existe un criterio técnico apropiado para asignar población a atenderse por establecimiento de salud. Se estila tomar de referencia la cantidades o indicadores demográficos poblacionales del INEI o los gobiernos locales, sin tener en cuenta sus características relativas a su estado de bienestar bio-psico-social. Este contrasentido puede jugar en positivo (muy pocas veces) o en negativo puesto que aumenta el riesgo de transferir casos a establecimientos de mayor complejidad sin mayores criterios científicos (Benia y Moresinos, 2018).

La estabilidad de equipos e infraestructura básica para la atención y el trabajo institucional. Se define como el criterio de racionalidad y coherencia con lo que se quiere hacer y alcanzar a través de la prestación de servicios de salud. El supuesto es que el personal profesional y técnico que tienen más de dos años de servicios y, es laboralmente estable, brinda mayor garantía y genera menos estrés, siendo sus comportamientos y actitudes las que permiten el desarrollo del potencial profesional, sin pensar en que tienen que estar cumpliendo otras labores para lograr un mejor estatus dentro de la institución o su estabilidad laboral. La estabilidad media se caracteriza por que el personal del servicio tiene entre 1 a 2 años laborando (Freire, 2011).

Es también considerado como el indicador más positivo para la mejora de la productividad en el servicio. No responde a criterios subjetivos, responde a un plan de desarrollo cultural y organizacional y, tienen un fin conocido por los equipos de profesionales y técnicos. El supuesto es que la estabilidad del grupo es alta, cuando

el personal conoce sobre las políticas internas, sobre todo las de carácter transversal, ya que responden a las necesidades de los servicios. De igual forma sucede con los cronogramas de trabajo u horarios, que hacen más o menos estables a los grupos básicos de trabajo en los servicios (Dente y Subirats, 2014).

Pero, este elemento discrimina a la población de usuarios por su procedencia urbana o rural o semirural, no tiene una categorización de aporte directo solo se refiere a la característica de quienes solicitan un servicio. Dependiendo de estas características se supone que los equipos de salud están preparados para una atención adecuada. Por ejemplo, cuando es una población rural se puede suponer que podría ser quecha hablante o tener cierto tipo de prejuicios, mitos, creencias y hábitos de vida que durante la atención merecen un tratamiento especial. De igual manera se trabaja cuando la población asignada es minera cuya atención principal está centrada en los problemas de salud derivados de intoxicaciones con minerales y productos radiactivos (Freire, 2011).

Desde este punto de vista la capacidad resolutive se transforma en un importante elemento de viabilización de la atención o retardador de la misma, de allí que sus niveles se pueden categorizar en adecuados y no adecuados. Pero, para ello necesita estar asociada a la actualización del análisis de la salud integral. Este elemento tiene que ver con la forma en que se manejan los criterios de la atención integrar en los servicios (Pei et al, 2020).

Hoy en día, los criterios de la atención integral de la salud están protocolizados y, en el caso de EsSalud como institución, todavía más. Sin embargo, estos protocolos son productos de actualizaciones que responden a la variación de los acuerdos internacionales y nacionales, los mismos que son transformados en directivas y políticas por los organismos de gobierno de la institución, a nivel nacional y local. Estas actualizaciones suponen un mejoramiento de las herramientas de la atención integral, siendo evidenciables por la forma en que los profesionales acceden a dichas actualizaciones y por el tipo de transferencia de información, educación y comunicación que reciben (Fafard, 2015).

Así, el cumplimiento de las acciones por servicios está asociado a lo que se hace y se deja de hacer de acuerdo a las condiciones reales del trabajo en el servicio, por lo que, sus categorías, están definidas como: Nulo, Bajo, Medio y Alto. Este referente de la capacidad resolutive es muy importante en la interpretación conceptual de la prestación de servicios en salud. Es lo que más se observa en términos de negligencia médica o institucional y, lo que más rápido percibe el usuario (Yang, 2020).

Este referente analiza acceso, calidad y eficiencias. En el acceso, se destacan las interacciones de las redes de prestación de servicios de salud, el mejoramiento de la capacidad resolutive en la prestación de servicios de baja complejidad y de urgencias y, el aumento de cobertura de aseguramiento a la población pobre y vulnerable. El eje de calidad está centrado en la adecuada implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad y del fomento al desarrollo del talento humano. El eje de eficiencia, se refiere a la producción de servicios de salud, de tal manera, que las estrategias se dirigen al mejoramiento de las condiciones de carácter estructural y funcional de estas instituciones, para garantizar su viabilidad (Benias y Moresino, 2018).

Por su parte, la producción de los servicios de salud, es un concepto descriptivo y valorativo del factor calculado entre meta asignada y el resultado obtenido en un periodo de tiempo determinado (OPS, 2020). Esta definición, se aplica a todo tipo de servicio médico, odontológico y obstétrico, diferenciando niveles de atención según la complejidad del mismo. Este factor es un indicador que es asignado por la planificación, ejecución y mejora de los procesos. En la medida que es en sí mismo una forma de registro de lo que se hace o se deja de hacer, en cuanto a las tareas asignadas para cada una de las etapas del trabajo asistencial, forma parte de las herramientas que se consultan para la toma de decisiones (ECDC, 2020; CDC, 2020a; 2020b). Como instrumento para el apoyo de este análisis, se utiliza el concepto de niveles para diferenciar necesidades allí donde solo se representan las grandes etapas del proceso de producción de servicios, sin puntos de decisión y, a partir de ello, ir con mayor profundidad al análisis del trabajo institucional (OPS/OMS, 2020).

Para la planificación, ejecución y mejora de los procesos en la prestación de servicios de salud, siempre se precisa del registro de las actividades, tareas, etapas y tomas de decisiones que se realizan. Dependiendo de las necesidades, el detalle con que se representan las actividades, va a variar los flujos de los procesos. Conocer el nivel de productividad, no solo es útil a la institución, sino también, al trabajador, ya que de su conocimiento se deducen un conjunto de conclusiones basadas en la información sobre sus éxitos y fracasos en el desempeño de su misión. Esto permite tomar medidas que incrementan sus posibilidades de éxito y disminuyen el número de fracasos. También permite proporcionar información a los equipos de gestión para que puedan tomar decisiones de acuerdo a la oportunidad, justicia y objetividad (OPS/OMS, 2020).

El problema principal estriba en fijar la unidad de medida, porque, aunque la productividad puede evaluar el resultado, éste no siempre es definitivo. Así, por ejemplo, una obstetra puede atender una consulta en 20 minutos, sin embargo, otra profesional de la misma área atiende dos consultas en el mismo tiempo y, esto es posible debido a que el tiempo en sí de la consulta es relativo a cada caso, de allí las diferenciaciones valorativas de los procesos productivos (OPS, 2020).

Por lo tanto, la productividad no puede identificarse sin la fijación previa de un mínimo estimado (meta) de acuerdo a los criterios de calidad de la atención. Productividad y la calidad pueden determinar un modo razonablemente de establecer metas de producción de servicios en salud, pero hay otros aspectos dentro del proceso de medición de la productividad que no gozan de esta cualidad, como el desarrollo de las habilidades y destrezas profesionales del personal de servicio, su capacidad de iniciativa y de trabajo articulado en grupo, elementos determinantes del nivel de producción en la prestación de servicios de salud. Pero, estos últimos elementos en realidad son referenciados como exigencias de productividad demandables de acuerdo una serie de obligaciones bajo los criterios de compensar la baja productividad de otros profesionales (Benia y Moresino, 2018).

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de Investigación

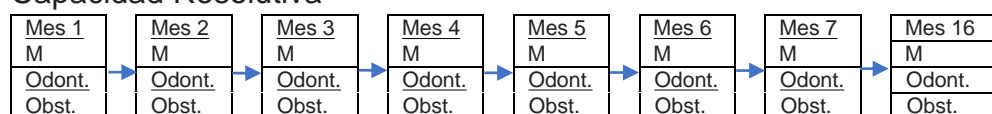
3.1.1 Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo descriptiva comparativa y de correlaciones. En este tipo de investigación se exige la presencia de grupos comparados de datos para determinar las tendencias en periodos de tiempos determinados (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

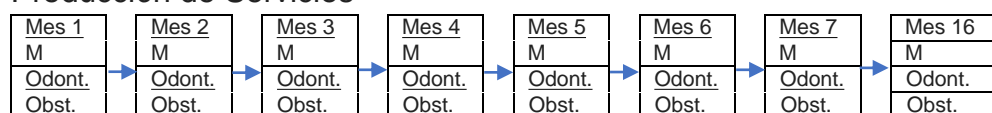
3.1.1 Diseño de Investigación

El diseño de la investigación es longitudinal de tendencias comparadas, los datos que referencian mediciones mensuales, las mismas que en el presente estudio pertenecen al periodo Junio del 2020 a septiembre del 2021 y miden la capacidad resolutive y la producción de servicios de medicina, odontología y obstetricia, en 16 meses (Hernández y Mendoza, 2018), se puede graficar:

Capacidad Resolutiva



Producción de Servicios



Las correlaciones específicas por servicio y de periodos mensuales presentan el diseño:

$$M_1 - OX^1_{(i=1)} \text{ r } OY^1_{(i=1)} \neq M_2 - OX^2_{(i=1)} \text{ r } OY^2_{(i=1)}$$

$$M_1 - OX^1_{(i=1)} \text{ r } OY^1_{(i=1)} \neq M_3 - OX^3_{(i=1)} \text{ r } OY^3_{(i=1)}$$

$$M_2 - OX^2_{(i=1)} \text{ r } OY^2_{(i=1)} \neq M_3 - OX^3_{(i=1)} \text{ r } OY^3_{(i=1)}$$

Dónde

M¹ = Muestra de atenciones servicio de medicina

M² = Muestra de atenciones servicio de odontología

M³ = Muestra de atenciones servicio de obstétrica

OX¹ = Observación de la capacidad resolutive del servicio de medicina

OX² = Observación de la Capacidad resolutive del servicio de odontología.

OX³ = Observación de la capacidad resolutive del servicio de obstetricia.

OY¹ = Observación de la producción de servicios en medicina

OY² = Observación de la producción de servicios en medicina

OY³ = Observación de la producción de servicios en medicina

3.2 Variables y operacionalización de variables

3.2.1 Variable correlacionales I (Categórica)

Capacidad resolutive de los servicios

- *Capacidad resolutive del servicio de medicina*
- *Capacidad resolutive del servicio de odontología*
- *Capacidad resolutive del servicio de obstetricia*

3.2.2 Variable correlacional II (Categórica)

Producción de servicios

- Producción de servicios de medicina
- Producción de servicios de odontología
- Producción de servicios de obstetricia

3.3 Población, muestra y muestreo

3.3.1 Población

Lo constituyeron 96 reportes mensuales, entre junio del 2020 a septiembre del 2021 sobre capacidad resolutive y producción de servicios en medicina, odontología y obstetricia. De los 96 reportes 48 corresponden a la capacidad resolutive (16 de medicina; 16 de

odontología y 16 de obstetricia) y 48 a la producción de servicios (16 de medicina; 16 de odontología y 16 de obstetricia). Los reportes fueron brindados por la Oficina de Informática y Estadística del Centro de Atención Primaria II Tayabamba-EsSalud.

Cuadro1. Número de reportes de registro de datos, junio 2020-septiembre 2021

Servicios	Reportes de registro de datos Junio 2020-septiembre 2021		Total
	Capacidad resolutiva	Producción de servicio	
Medicina	16	16	32
Odontología	16	16	32
Obstetricia	16	16	32
Total	48	48	96

Nota: Elaboración Propia

Criterios de inclusión

- Registro de datos completos sobre capacidad resolutiva mensual y producción de servicios en la institución, especialmente en las áreas de medicina, odontología y obstetricia durante el periodo de junio 2020- septiembre 2021.

Criterios de Exclusión

- Inexistencia de datos o registros incompletos de los mismos.

3.3.2 Muestra

Lo constituyeron el 100% de los 96 reportes mensuales, entre junio del 2020 a septiembre del 2021, sobre capacidad resolutiva y producción de servicios en medicina, odontología y obstetricia.

3.3.3 Muestreo

Se practicó un muestreo por interés tomando al 100% de la población en estudio.

3.3.4 Unidad de análisis:

Reportes mensuales, de junio del 2020 a septiembre del 2021, sobre capacidad resolutive y producción de servicios en medicina, odontología y obstetricia

3.4 Técnicas e instrumentos de recopilación de datos, validez y confiabilidad

3.4.1 Técnica:

Documental y de Registro de datos del sistema informático Centro de Atención Primaria Il Tayabamba-EsSalud durante el periodo de junio del 2020 a septiembre del 2021.

3.4.2 Instrumentos

Guía de recolección de datos EsSalud. Consta de 21 (7 por servicio) reactivos sobre la capacidad resolutive de los servicios de salud y 15 reactivos (5 por servicio) relativos a la producción de los servicios. Los reactivos sobre la capacidad resolutive los constituyen: la población asignada, la estabilidad del equipo, la estabilidad del grupo básico, el tipo de población asignada, la actualización del análisis de la situación integral de salud de la población asignada y el cumplimiento de las acciones definidas para los servicios sus valoraciones son asignadas en la forma siguiente: (Ver anexos 1-2)

3.4.3 Validez y confiabilidad

La guía de valoración de la capacidad resolutive y producción de servicios son instrumentos oficiales de EsSalud aprobados por Acuerdo de Consejo N° 14-11EsSalud 2016, y está aprobado su usabilidad en el Plan Maestro 2021, ratificado en el Resolución de gerencia General N° 455 GG-EsSalud-2019 del 12 de marzo del 2019. En consecuencia, no necesita ser validado ni confirmada su confiabilidad (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

Cuadro 2. Ficha técnica de validación y confiabilidad

Título	Tendencias y correlaciones comparadas de la capacidad resolutive y producción de servicios en tiempos COVID-19. Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud
Autora	Lic. Yosmili Viera Lopez
Asesora	Dr. Miryam Griselda Lora Loza
Instrumento	Guía de recolección de datos EsSalud
Validación	Esta ficha de recolección de datos es utilizada por EsSalud a nivel nacional y forma parte del Acuerdo de Consejo N° 14-11 EsSalud 2016, que aprobó el Plan Maestro al 2021 cuyo eje estratégico 3 modernización institucional, se establece el objetivo de modernizar EsSalud agregando valor en todos sus procesos bajo el enfoque sistemático e integral centrado en el asegurado, así como el objetivo específico de la separación de roles y gestión descentralizada. Este Acuerdo fue ratificado en la Resolución de la Gerencia General N° 455-GG-ESSALUD-2019 del 12 de marzo del 2019.
Confiabilidad	La presente Guía o instrumento de estudio, al ser una herramienta informática de la oficina de estadística e informática a nivel institucional de EsSalud desde 2016, la misma que ha sido ratificada en Resolución de Gerencia General N° 455-GG-ESSALUD-2019 del 12 de marzo del 2019, no necesita prueba alguna para demostrar su confiabilidad en el presente estudio.
Conclusiones	Estando de acuerdo a los criterios y perspectivas con que se trabaja institucionalmente EsSalud a nivel nacional la Guía de recolección de datos para medir la capacidad resolutive y producción de servicios en EsSalud se acepta como instrumento a aplicable en el presente estudio.

3.5 Procedimientos

Una vez aprobado el proyecto por la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo se solicitó autorización correspondiente para recoger los datos en el Centro Médico, Tayabamba-EsSalud.

Cedidas las autorizaciones se coordinó con la jefatura de estadística e informática para acceder a la información sobre la capacidad resolutive de los servicios y la producción de los servicios durante el periodo de junio del 2020 a septiembre del 2021.

Los datos fueron calificados y codificados para su ingreso directo a la computadora con la ayuda del paquete estadístico SPSS V22 en español.

3.6 Métodos de análisis de datos

Una vez ingresados los datos a la computadora se procedió a realizar estimaciones estadísticas descriptivas de tendencia central para observar comportamiento de la capacidad resolutive y la producción de servicios en medicina, odontología y obstetricia. También se hizo uso de estadísticas correlacionales a través de los coeficientes Spearman R por tener mediciones ordinales y no por intervalos. La prueba de distribución de normalidad presenta resultados negativos para el uso de Pearson R

Cuadro 3: Prueba de distribución de Normalidad

Shapiro-Wilk		
Estadístico	gl	Sig.
,612	16	,000
,820	16	,005
,591	16	,000
,768	16	,001
,788	16	,002
,787	16	,002

Nota: extraída de SPSS V22 en español.

Los resultados se presentan en tablas de entrada simple, entrada doble y gráficos de tendencia comparada. Por tratarse de estimaciones de tendencia sobre datos nominales, también se hace uso del Chi cuadrada estableciéndose una matriz de proximidades.

3.7 Aspectos éticos

La investigación se sometió estudio y aprobación ante el Comité de Ética en Investigación de la Universidad César Vallejo Unidad de Posgrado. Se asumieron los principios de confidencialidad de la información recogida siguiendo los principios de Helsinki (AMM, 2013) el informe Belmont (Belmont, 1979) y las pautas éticas recogidas en el Acuerdo del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS/OMS/OPS, 2016). El estudio está clasificado como de riesgo mínimo de fuga de información ya que sus resultados son de acceso público. Además, el

informe se sometió a la prueba de Turnitin para determinar el grado de originalidad y derechos de autoría asumiendo todas las responsabilidades al respecto

3.8 Aportes de la investigación a la comunidad científica

La investigación contribuye con comunidad científica internacional estableciendo las primeras pautas investigativas para el análisis de las tendencias y correlaciones comparadas sobre la capacidad resolutive y la producción de servicios en salud. Adicionalmente permite una mejor comprensión de los fenómenos evolutivos y transformacionales por los que atraviesan las instituciones de salud en países en vías de desarrollo como es nuestro Perú.

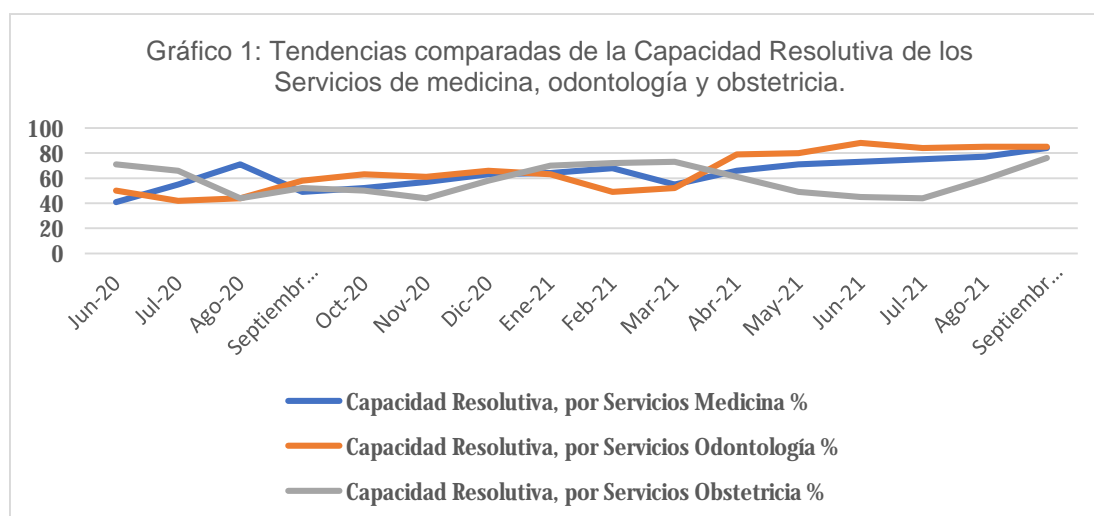
IV. RESULTADOS

Tabla 1

Tendencias comparadas de la capacidad resolutive de los servicios en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud.

Años/Meses	Capacidad Resolutiva de los Servicio		
	Servicio de	Servicio de	Servicio de
	Medicina	Odontología	Obstetricia
	%	%	%
Junio 2020	41	50	71
Julio 2020	55	42	66
Agosto 2020	71	44	44
Septiembre 2020	49	58	52
Octubre 2020	52	63	50
Noviembre 2020	57	61	44
Diciembre 2020	63	66	58
Enero 2021	64	63	70
Febrero 2021	68	49	72
Marzo 2021	55	52	73
Abril 2021	66	79	61
Mayo 2021	71	80	49
Junio 2021	73	88	45
Julio 2021	75	84	44
Agosto 2021	77	85	59
Septiembre 2021	84	85	76

Nota: Elaboración Propia, extraído de reportes SPSS V22 en español.



Nota: Elaboración Propia.

Prueba de mediana		Tipo de servicios		
		Medicina	Odontología	Obstetricia
Capacidad Resolutiva	> Mediana	9	7	6
Mensual	<= Mediana	7	9	10

Nota: Elaboración Propia, extraído de reportes SPSS V22 en español.

	Capacidad Resolutiva
Mediana	63,00
Chi-cuadrado	1,175 ^b
gl	2
Sig. asintótica	,556

Nota: Elaboración Propia, extraído de reportes SPSS V22 en español.

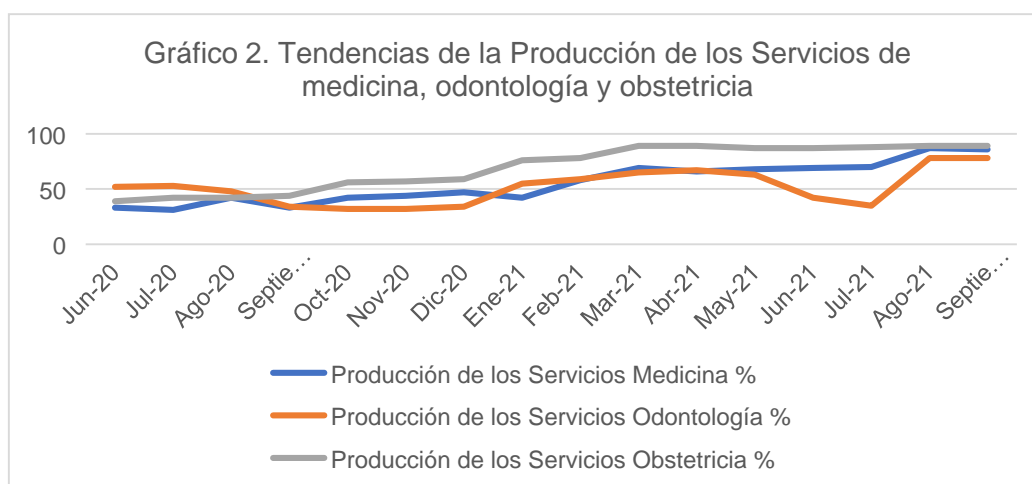
La tabla 1 y Gráfico 1, se muestra que en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud, la tendencia de la capacidad resolutiva de los servicios de medicina, odontología y obstetricia. En el servicio de medicina la capacidad resolutiva está por encima de la mediana (del 63%) en 9 meses y en 7 por debajo del mismo. En el servicio de odontología la capacidad resolutiva está por encima de la media en 7 meses y en 9 por debajo de la misma. En el servicio de obstetricia, la capacidad resolutiva está por encima de la media en 6 meses y, en 10 meses, por debajo de la misma. Sin embargo, la diferencia entre la capacidad resolutiva entre los tres servicios, no son significativas ($p > 0,05$). Resultado que posiblemente respondan a los cambios evolutivos y transformacionales al que indujo la pandemia del COVID-19, en periodos cortos de tiempos, dentro del accionar corporativo de los servicios.

Tabla 2

Tendencias comparadas de la producción de servicios en tiempos COVID-19, en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud.

Años/ Meses	Producción de los Servicios		
	Servicio de Medicina	Servicio de Odontología	Servicio de Obstetricia
	%	%	%
Junio 2020	33	52	39
Julio 2020	31	53	42
Agosto 2020	42	48	42
Octubre2020	33	34	44
Septiembre 2020	42	32	56
Noviembre 2020	44	32	57
Diciembre 2020	47	34	59
Enero 2021	42	55	76
Febrero 2021	58	59	78
Marzo 2021	69	65	89
Abril 2021	66	67	89
Mayo 2021	68	63	87
Junio 2021	69	42	87
Julio 2021	70	35	88
Agosto 2021	87	78	89
Septiembre 2021	86	78	89

Nota: Elaboración Propia, extraído de reportes SPSS V22 en español.



Nota: Elaboración Propia

Prueba de mediana		Tipo de servicios		
		Medicina	Odontología	Obstetricia
Capacidad Resolutiva	> Mediana	8	6	10
Mensual	<= Mediana	8	10	6

Nota: Elaboración Propia, extraído de reportes SPSS V22 en español.

	Producción de servicios
N	48
Mediana	57,50
Chi-cuadrado	2,000
gl	2
Sig. asintótica	,368

Nota: Elaboración Propia, extraído de reportes SPSS V22 en español.

La tabla 2 y Gráfico 2, se muestra la tendencia mensual de la producción de los servicios de medicina, odontología y obstetricia. El servicio de obstetricia está por encima de la mediana (del 57,50%) en 10 de 6 meses. Medicina presenta 8 meses de producción de servicios dentro de la medida y 8 meses por debajo de la misma. Odontología en 10 meses presenta una producción por debajo de la media y en 6 por encima de ella. Sin embargo, de las diferencias en la producción de servicios en los 16 meses en estudio, entre los tres servicios, no son significativas ($p > 0,05$). Resultado que posiblemente respondan a los cambios evolutivos y transformacionales al que indujo la pandemia del COVID-19, en periodos cortos de tiempos, dentro del accionar corporativo de los servicios.

Tabla 3

Relación entre capacidad resolutive y la producción del servicio de medicina en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud.

Capacidad resolutive servicio Medicina	Producción de Servicios en Medicina							
	Baja		Media		Alta		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mínima	02	12,5	00	00,0	00	0,0	02	12,5
Media	06	37,5	06	37,5	01	6,3	13	81,3
Máxima	00	00,0	00	00,0	01	6,3	01	6,3
Total	08	50,0	06	37,5	02	12,5	16	100,0

Nota: Elaboración Propia, extraído de reportes SPSS V22 en español.

Medidas simétricas				
	Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Correlación de Spearman	,519	,148	2,272	,039 ^c

Nota: Elaboración Propia, extraído de reportes SPSS V22 en español.

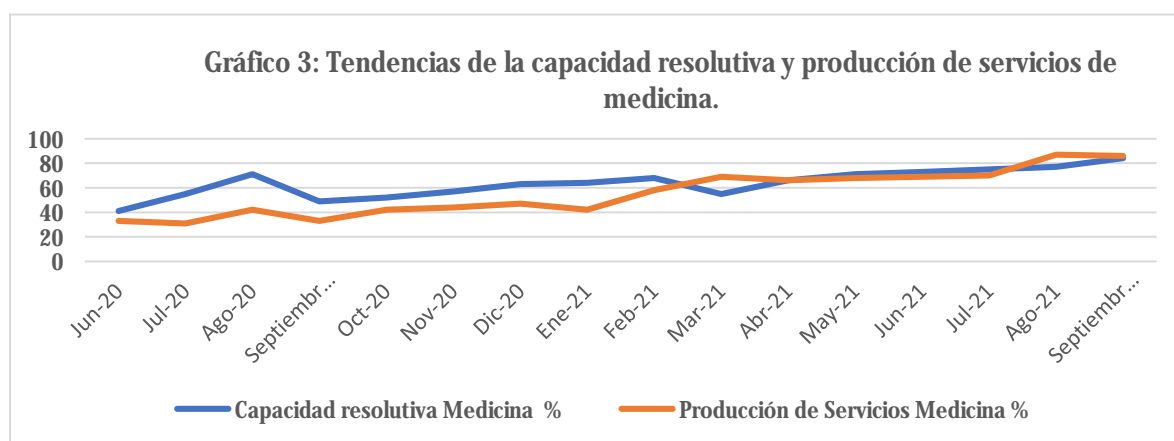
La tabla 3 muestra que en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud, la capacidad resolutive del servicio de Medicina, fue preponderantemente Media (81,3%) y la producción de servicios Baja (50%). También muestra que existe correlación moderada ($SpR >,250 <,650$) y significativa ($p < 0,05$) entre las variables, en tiempos COVID-19. Resultados posiblemente se deban a la consistencia, en el tiempo, de la relación entre la capacidad resolutive y producción de servicios en medicina.

Tabla 4

Tendencias comparadas entre la capacidad resolutive y la producción de servicios en medicina en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud.

Años/ Meses	Capacidad resolutive Medicina %	Producción de Servicios Medicina %
Junio 2020	41	33
Julio 2020	55	31
Agosto 2020	71	42
Octubre2020	49	33
Septiembre 2020	52	42
Noviembre 2020	57	44
Diciembre 2020	63	47
Enero 2021	64	42
Febrero 2021	68	58
Marzo 2021	55	69
Abril 2021	66	66
Mayo 2021	71	68
Junio 2021	73	69
Julio 2021	75	70
Agosto 2021	77	87
Septiembre 2021	84	86

Nota: Elaboración Propia, extraído de reportes SPSS V22 en español.



Nota: Elaboración Propia

Chi-cuadrado para establecer diferencia mensual entre frecuencias de capacidad resolutive y producción de servicios en medicina.																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	,000	1,100	1,013	,549	,011	,136	,251	,666	,197	1,505	,745	,602	,558	,516	1,207	,861
2		,000	,163	,560	1,178	1,045	,948	,508	1,446	2,796	2,026	1,890	1,850	1,811	2,558	2,206
3			,000	,436	1,096	,953	,848	,373	1,387	2,847	2,017	1,871	1,828	1,786	2,604	2,221
4				,000	,594	,452	,345	,086	,822	2,164	1,392	1,251	1,209	1,168	1,894	1,541
5					,000	,157	,280	,723	,199	1,604	,789	,636	,589	,544	1,294	,920
6						,000	,123	,575	,371	1,803	,975	,821	,774	,729	1,500	1,119
7							,000	,463	,510	1,973	1,129	,974	,926	,881	1,675	1,286
8								,000	,982	2,424	1,598	1,450	1,405	1,362	2,157	1,777
9									,000	1,520	,638	,470	,419	,369	1,185	,776
10										,000	,904	1,090	1,149	1,206	,438	,858
11											,000	,178	,233	,287	,522	,101
12												,000	,055	,109	,716	,292
13													,000	,054	,778	,351
14														,000	,838	,409
15															,000	,450
16																,000

Nota: Elaboración Propia, extraído de reportes SPSS V22 en español.

La tabla 4 y Gráfico 3 se muestra que las tendencias comparadas entre la capacidad resolutive y producción de servicios de medicina presentan diferencias leves durante los meses de julio del 2020 a enero del 2021. Los picos de mayor negatividad lo presentan la producción de los servicios, en tres oportunidades, julio y septiembre del 2020 y enero del 2021. A partir de abril del 2021 a septiembre la matriz de proximidades muestra mayor asociación entre la capacidad resolutive y la producción de servicios de medicina en tiempos COVID-19. Resultado que posiblemente respondan a los cambios evolutivos y transformacionales al que indujo la pandemia del COVID-19, en periodos cortos de tiempos, dentro del accionar corporativo de los servicios.

Tabla 5

Relación entre capacidad resolutive y la producción de servicios en odontología en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud.

Capacidad resolutive servicio Odontología	Producción de Servicios en Odontología							
	Baja		Media		Alta		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mínima	1	6,3	3	18,8	0	0,0	4	25,0
Media	4	25,0	4	25,0	0	0,0	8	50,0
Máxima	2	12,5	0	0,0	2	12,5	4	25,0
Total	7	43,8	7	43,8	2	12,5	16	100,0

Nota: Elaboración Propia, extraído de reportes SPSS V22 en español.

Medidas simétricas				
	Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Correlación de Spearman	,042	,305	1,157	,877

Nota: Elaboración Propia, extraído de reportes SPSS V22 en español.

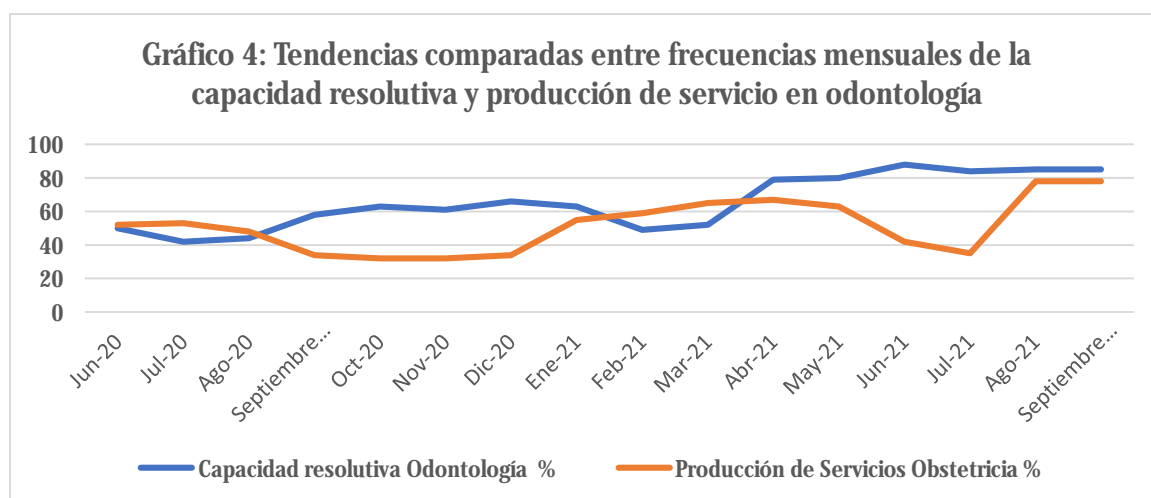
La tabla 5 muestra que, en el servicio de odontología del Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud, la capacidad resolutive fue preponderantemente Media (50,0%) y la producción de servicios Baja y media con (43,8%) cada una. También muestra que existe una correlación muy baja (SpR. <,250), no significativa ($p > 0,05$) entre las variables. Resultados que posiblemente se deban a la inconsistencia, en el tiempo, de la relación entre la capacidad resolutive y producción de servicios en odontología.

Tabla 6

Tendencias comparadas de la capacidad resolutive y la producción de servicios de odontología en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud.

Años/ Meses	Capacidad resolutive	Producción de Servicios
	Odontología	Obstetricia
	%	%
Junio 2020	50	52
Julio 2020	42	53
Agosto 2020	44	48
Octubre2020	58	34
Septiembre 2020	63	32
Noviembre 2020	61	32
Diciembre 2020	66	34
Enero 2021	63	55
Febrero 2021	49	59
Marzo 2021	52	65
Abril 2021	79	67
Mayo 2021	80	63
Junio 2021	88	42
Julio 2021	84	35
Agosto 2021	85	78
Septiembre 2021	85	78

Nota: Elaboración Propia, extraído de reportes SPSS V22 en español.



Nota: Elaboración Propia.

Chi-cuadrado para establecer diferencia mensual entre frecuencias de capacidad resolutive y producción de servicios en odontología																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	,000	,676	,166	1,963	2,453	2,334	2,440	,647	,529	,677	,789	1,071	2,876	3,272	,496	,496
2		,000	,496	2,581	3,064	2,945	3,060	1,332	,166	,034	1,502	1,774	3,522	3,896	1,230	1,230
3			,000	2,076	2,555	2,439	2,543	,800	,347	,487	,945	1,217	2,970	3,356	,663	,663
4				,000	,468	,362	,428	1,405	2,497	2,673	1,358	1,079	,719	1,158	1,684	1,684
5					,000	,105	,047	1,908	2,994	3,179	1,882	1,600	,217	,670	2,220	2,220
6						,000	,060	1,788	2,872	3,053	1,757	1,477	,329	,777	2,090	2,090
7							,000	1,888	2,990	3,178	1,862	1,575	,270	,728	2,206	2,206
8								,000	1,204	1,372	,117	,413	2,305	2,728	,206	,206
9									,000	,140	1,377	1,659	3,469	3,852	1,092	1,092
10										,000	1,558	1,845	3,682	4,064	1,272	1,272
11											,000	,313	2,304	2,742	,345	,345
12												,000	1,993	2,439	,665	,665
13													,000	,494	2,688	2,688
14														,000	3,121	3,121
15															,000	,000
16																,000

Nota: Elaboración Propia, extraído de reportes SPSS V22 en español.

La tabla 6 y Gráfico 4, se muestra que las tendencias comparadas entre la capacidad resolutive y producción de servicios de odontología del Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud, tienen tres momentos muy diferenciados: el primero se presenta entre agosto del 2020 a enero del 2021, el mismo que es muy leve pero presenta una capacidad resolutive más positiva que la producción de servicios que cae ostensiblemente; el segundo es corto entre febrero a marzo del 2021, con diferencias leves y; el tercero se da entre mayo a agosto del 2021, presentando la producción de servicios su mayor pico de negatividad. A partir de agosto las distancias entre la capacidad resolutive y la producción de servicios se acorta mostrándose proximidades muy notorias la matriz de proximidades de mayor asociación entre la capacidad resolutive y la producción de servicios de odontología en tiempos COVID-19. Resultado que posiblemente respondan a los cambios evolutivos y transformacionales al que indujo la pandemia del COVID-19, en periodos cortos de tiempos, dentro del accionar corporativo de los servicios.

Tabla 7

Relación entre capacidad resolutive y la producción de servicios en odontología, en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud.

Capacidad resolutive servicio Obstetricia	Producción de Servicios en Obstetricia							
	Baja		Media		Alta		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mínima	1	6,3	2	12,5	2	12,5	5	31,3
Media	3	18,8	3	18,8	5	31,3	11	68,8
Máxima	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	4	25,0	5	31,3	7	43,8	16	100,0

Nota: Elaboración Propia, extraído de reportes SPSS V22 en español.

Medidas simétricas				
	Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Correlación de Spearman	,000	,242	0,000	1,000

Nota: Elaboración Propia, extraído de reportes SPSS V22 en español.

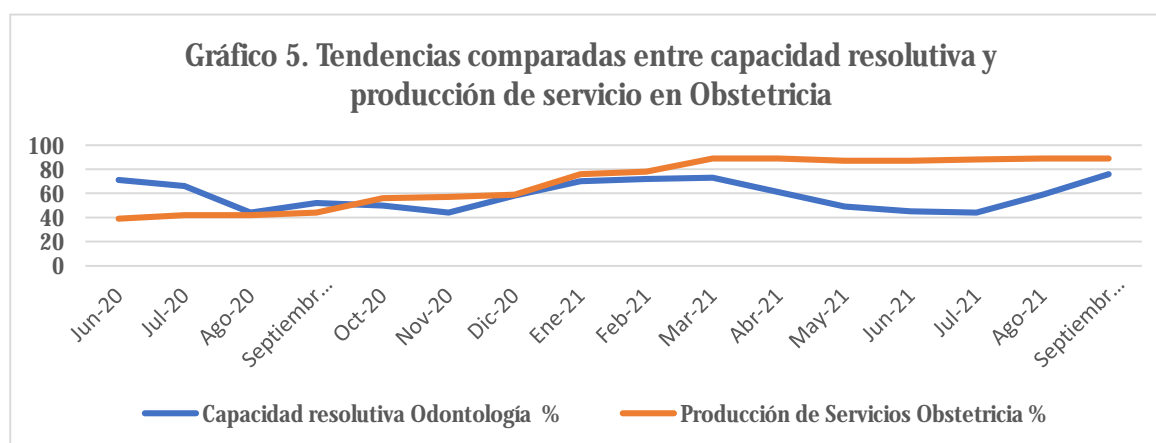
La tabla 7 muestra que, el servicio de obstetricia del Centro de Atención Primaria II, Tayabamba-EsSalud, presentó una capacidad resolutive preponderantemente Media (68,8%) y la producción de servicios Alta (43,8%), en tiempos COVID-19. También muestra que no existe correlación (SpR.,000), entre las variables. Resultados que posiblemente se deban a la inconsistencia, en el tiempo, de la relación entre la capacidad resolutive y producción de servicios en obstetricia.

Tabla 8

Tendencias comparadas de la capacidad resolutive y la producción de servicios en obstetricia en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud.

Años/ Meses	Capacidad resolutive	Producción de Servicios
	Odontología	Obstetricia
	%	%
Junio 2020	71	39
Julio 2020	66	42
Agosto 2020	44	42
Octubre2020	52	44
Septiembre 2020	50	56
Noviembre 2020	44	57
Diciembre 2020	58	59
Enero 2021	70	76
Febrero 2021	72	78
Marzo 2021	73	89
Abril 2021	61	89
Mayo 2021	49	87
Junio 2021	45	87
Julio 2021	44	88
Agosto 2021	59	89
Septiembre 2021	76	89

Nota: Elaboración Propia, extraído de reportes SPSS V22 en español.



Nota: Elaboración Propia

Chi-cuadrado para establecer diferencia mensual entre frecuencias de capacidad resolutive y producción de servicios en obstetricia.																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	,000	,525	1,888	1,515	2,572	3,057	2,276	2,643	2,649	3,160	3,805	4,449	4,722	4,841	3,921	3,011
2		,000	1,389	1,003	2,047	2,539	1,738	2,080	2,083	2,585	3,240	3,898	4,177	4,297	3,359	2,434
3			,000	,405	,550	1,038	,224	,473	,468	,916	1,562	2,226	2,506	2,622	1,679	,768
4				,000	,993	1,488	,668	,947	,944	1,414	2,073	2,744	3,027	3,146	2,192	1,263
5					,000	,521	,359	,122	,131	,339	1,034	1,749	2,048	2,170	1,160	,179
6						,000	,887	,679	,691	,238	,456	1,175	1,475	1,596	,582	,397
7							,000	,262	,255	,745	1,453	2,174	2,476	2,601	1,580	,582
8								,000	,009	,507	1,260	2,025	2,342	2,474	1,396	,332
9									,000	,520	1,278	2,046	2,365	2,498	1,415	,344
10										,000	,784	1,579	1,909	2,044	,924	,181
11											,000	,805	1,138	1,271	,141	,964
12												,000	,332	,464	,665	1,758
13													,000	,130	,998	2,086
14														,000	1,131	2,221
15															,000	1,105
16																,000

Nota: Elaboración Propia, extraído de reportes SPSS V22 en español.

La tabla 8 y Gráfico 5, se muestra que las tendencias comparadas entre la capacidad resolutive y producción de servicios de obstetricia tienen dos momentos muy diferenciados: el primero se presenta entre junio a agosto del 2020; el segundo es largo, entre marzo a agosto del 2021, siendo más pronunciada las diferencias en este último periodo. Las distancias entre la capacidad resolutive y la producción de servicios se acortan mucho en septiembre del 2021, mostrándose mayor asociación entre ellas. Resultado que posiblemente respondan a los cambios evolutivos y transformacionales al que indujo la pandemia del COVID-19, en periodos cortos de tiempos, dentro del accionar corporativo de los servicios.

V. DISCUSIÓN

Los resultados del estudio muestran tendencias y correlaciones comparadas preocupantes. Nos dicen que aún no hemos podido salir de los traumas organizacionales y de gestión que planteó el COVID-19, desde su aparición en nuestro país. La mediana de la capacidad resolutive de los servicios de medicina, odontología y obstetricia de dicho establecimiento, fue de (63,0%) y la producción de servicios de (57,5%), que, en situaciones no COVID-19, o consideradas normales, resultaría contraproducente, indignante e inhumana para la realidad medica social donde está instalado el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud.

Pero, no es lo único que muestran los resultados del presente estudio, solo medicina muestra correlación significativa entre su capacidad resolutive y su producción de servicios, lo que significa que se abandonó o descuidaron claramente los servicios de odontología y obstetricia. Las tendencias de producción de servicios odontológicos y obstétricos, nunca correspondieron a lo que realmente se podía o se puede obtener como resultado. Lo raro es que a pesar que el COVID-19 ha dado oportunidades claras, durante el tiempo que comprende el estudio fundamentalmente, para que las instituciones de salud puedan reformular y mejorar sus perspectivas y metas de trabajo, sobre todo entre los meses de abril a septiembre del 2021, en donde claramente aumentó la capacidad resolutive de los servicios, hecho que no se tradujo en mayor producción de los mismos.

Estos resultados pueden considerarse contrarios a los reportados por Arit, et al, 2021, en EE.UU. y Japón; Ji, et al, 2020, en los países de la Comunidad Europea y Reino Unido; Murray 2020, en EE.UU., que mostraron disminución de su capacidad resolutive, entre 8% a 29%, solo durante el primer mes de la pandemia, recuperando su nivel desde el segundo mes. En estos reportes no se considera disminución alguna de la producción de servicios, al contrario, aumentaron las tendencias del mismo hasta en un 30% como fue el caso de Inglaterra, 2020 (Aldridge, et al, 2020).

Desde la perspectiva de análisis de autores como (Chan, Wong y Tang, 2020; Ji et al, 2020; Pei, Kandula y Shaman, 2020 y; Lau et al, 2021), los resultados pueden interpretarse como un proceso de sinceramiento de la realidad médico social en que vivimos. Hemos estado trabajado, aparentemente, ciegos o, de espaldas a la realidad medico social de nuestro entorno o contexto geopolítico. Miles de vidas se han perdido y muchas más se han visto afectadas por esta ceguera institucional, por creer que nunca nadie nos podía sacar de nuestro estado de confort.

Nunca, antes del COVID-19, nos hemos sentido tan amenazados, tan limitados de espacios, de personal capacitado, de presupuestos, de estrategias y/o, políticas básicas para enfrentar la crisis que viene induciendo la pandemia del COVID-19. Hemos estado trabajando autoaislados en nuestra propia idea de que es real, generalmente por temor a quedar expuestos o cometer errores de previsibilidad, por falta de estrategias u preparación para flexibilizar, en crisis extremas los comportamientos organizacionales y las propias estructuras de trabajo institucional (Pei, Kandula y Shaman, 2020).

Solo cuando hemos estado frente a frente con la amenaza COVID-19, nos hemos puesto a trabajar, pero, al parecer con la idea de retomar una ilusa realidad llamada "normalidad". Al parecer esto se da por que las cosas son muy inciertas, con recuperaciones divergentes de la capacidad resolutive en los servicios o en la producción de los mismos, incluso, dentro del trabajo de una misma institución. Ello no nos permite darnos cuenta de lo que estamos viviendo "una nueva normalidad", quizás, guiada o condicionada por nuevos quehaceres, nuevos compromisos de prestación servicios, etc., etc. (Lau et al, 2021)

Pero, esta experiencia, casi traumática institucionalmente, históricamente no es rara, ya paso lo mismo con las instituciones prestadoras de servicios de salud europeas cuando la peste bubónica mató aproximadamente al 25% de su población. Sus instituciones de salud fueron reconstituidas y en la diversidad de trastornos inducidos por la pandemia y del grado de respaldo de las políticas, cambiaron sus perspectivas de trabajo, asumiendo nuevas formas de trabajar en medio de una gran incertidumbre de lo que hubieran podido obtener con ello. Pero

las incertidumbres no los limitaron y consiguieron mejorar grandemente la capacidad resolutive de sus instituciones de salud, haciendo que a estos procesos le corresponda necesariamente un mayor y mejor producción de servicios (Scott y Duncan, 2001)

El informe (WEO) del Fondo Monetario Internacional (FMI), también da cuenta de situaciones similares que vienen ocurriendo en países de economías emergentes y en desarrollo de Europa, como Turquía, Polonia, Rumania, Hungría y Bulgaria, en donde se habla de una gran incertidumbre en el marco del trabajo institucional de salud para mejorar la capacidad resolutive y la producción de los servicios institucionales. Aunque estos países vienen atravesando por una sexta ola de la pandemia, las plataformas de trabajo y sus propias condiciones para la prestación de servicios ya cambió drásticamente, haciendo que las mejoras logradas en la capacidad resolutive de sus servicios, se correspondan directamente con la producción en todas las áreas de la atención y asistencia médica hospitalaria (FMI, 2021).

Esto muestra la diferencia en que se están abordando los temas en los diversos países del mundo. Mientras que aquí nos parece bien trabajar a un 63% o menos de nuestra capacidad resolutive y obtener una mediana de 57,5% en cuanto a la producción de nuestros servicios, para otros, es inaceptable. Incluso, se procuran políticas para limitar los daños permanentes, haciendo que tomen singular importancia el evitar las dificultades financieras y promover la evolución de las respuestas institucionales frente al COVID-19 (Ji, et al, 2020).

Desde esta última perspectiva, los resultados mostrarían que no hemos aprendido aún a manejar la relación entre la capacidad resolutive de los servicios y la producción de los mismos, o, no queremos verlo por evitar el rompimiento de la composición de los servicios, ya que los de atención primaria de salud tienen características muy particulares por las formas en que se necesita de la comunicación, información, gestión, recursos humanos y financieros. Es decir, no vemos con claridad que es posible la resiliencia institucional para superar sus propias falencias (Chan, Wong y Tang, 2020).

La otra interpretación a los resultados la estaría dando la dependencia de las incertidumbres institucionales a la trayectoria de la pandemia, que ha demostrado que esta para quedarse con la característica de ser variada y diversa en su comportamiento y especialmente por su alta capacidad para mutar y evolucionar en periodos muy cortos de tiempo (Arit, et al, 2021).

Esto, sin duda ha generado limitaciones para las previsiones a tomar en cuenta dentro de las perspectivas del trabajo institucional. Sin embargo, lo pero no lo vemos en ese campo, a pesar de su importancia, sino, en el campo del análisis de los cambios de expectativas para lograr mejoras significativas en torno a la capacidad resolutive y la producción de los servicios. Nos estamos quedando trabados en los procesos de vacunación de nuestra propia población objetivo, sin asociarlo a las expectativas de mediano y largo plazo para la mejora de la capacidad resolutive y la producción de servicios (Murray 2020).

VI. CONCLUSIONES

1. La tendencia de la capacidad resolutive del servicio de medicina se estableció por encima de la mediana (63%) en 9 de 16 meses en estudio, en odontología solo en 7 meses y, en obstetricia, en 6 de los 16 meses en estudio, el resto de meses se estableció por debajo de la misma.
2. La tendencia de la producción del servicio de medicina se estableció por encima de la mediana (57,50%) en 10 de 16 meses, en odontología 6 de de 16 meses y, en obstetricia, en 10 de 16 meses. El resto de meses se estableció por debajo de la misma de la mediana.
3. Existe relación significativa ($p < 0,05$) en un nivel moderado entre la capacidad resolutive, preponderantemente Media (81,3%) con la producción del servicio de Medicina, preponderantemente Baja (50%).
4. Las tendencias comparadas entre la capacidad resolutive y producción de servicios de medicina presentan diferencias leves durante los meses de julio del 2020 a enero del 2021. Los picos de mayor distanciamiento negativo se presentan en tres oportunidades, julio y septiembre del 2020 y enero del 2021. De abril a septiembre del 2021, existe mayor asociación entre la capacidad resolutive y la producción de servicios de medicina en tiempos COVID-19.
5. No existe relación significativa ($p > 0,05$) entre la capacidad resolutive, preponderantemente Media (50,0%) con la producción del servicio de odontología, preponderantemente Baja (43,8%) y media (43,8%).
6. Las tendencias comparadas entre la capacidad resolutive y producción de servicios de odontología presentan tres momentos muy diferenciados, entre agosto del 2020 a enero del 2021; entre febrero a marzo del 2021 y entre mayo a agosto del 2021, presentando la producción de servicios su mayor pico de negatividad en este último periodo. A partir de agosto las distancias se acorta mostrándose proximidades de mayor asociación.

7. No existe relación ($p > 0,05$) entre la capacidad resolutive, preponderantemente Media (68,8%) con la producción del servicio de obstetricia, preponderantemente Alta (43,8%).

8. Las tendencias comparadas entre la capacidad resolutive y producción de servicios de obstetricia tienen dos momentos muy diferenciados, entre junio a agosto del 2020 y entre marzo a agosto del 2021, siendo más pronunciada las diferencias en este último periodo. A partir de septiembre del 2021 existe mayor aproximación y asociación entre ellas.

VII. RECOMENDACIONES

1. A las autoridades del Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud, establecer estrategias y políticas de mejora de la capacidad resolutive y producción de los servicios adaptativas a las plataformas de cambios en tiempos cortos, respetando las necesidades y posibilidades de plasmar perspectivas de trabajo resilientes a nivel institucional. El Objeto no solo es la mera de la capacidad resolutivas y la producción de los servicios sino también la búsqueda de su asociatividad. Es decir, capacidad resolutive y producción de servicios deben corresponderse en todas las áreas de trabajo no solo en los servicios de medicina.
2. A los profesionales de la salud de la institución, buscar la manera de terminar con las incertidumbres que limitan las iniciativas y el cumplimiento de las metas y objetivos primarios de la atención. El objeto es trabajar para limitar los daños permanentes que deja la pandemia en la población, promoviendo la evolución de las respuestas institucionales en tiempos más cortos y racionales.
3. Al personal institucional, no tratar de evitar el rompimiento de la composición de los servicios, al contrario, hay que contribuir desde cada puesto, desde cada área de trabajo con la mejora de la comunicación organizacional, la información, las políticas de gestión y de recursos humanos con el objeto de tener mayor claridad sobre nuestro papel sabiendo que es posible la resiliencia institucional, que es la que nos hade llevar a la mejora final de la capacidad resolutive y la producción de los servicios.

REFERENCIAS

1. Aldridge, R. W. et al. (2020). Los grupos étnicos negros, asiáticos y minoritarios en Inglaterra tienen un mayor riesgo de muerte por COVID-19: estandarización indirecta de los datos de mortalidad del NHS. *Bienvenidos Open Res.* **5**,88.
2. AMM (Asociación Médica Mundial) (2013). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos 64 Asamblea General. Asociación Médica Mundial. Septiembre 2013.
3. Arık, S.Ö., Shor, J., Sinha, R. et al. (2021). Una evaluación prospectiva de la epidemiología aumentada por IA para pronosticar COVID-19 en los Estados Unidos y Japón. *dígito npj. Med.* **4**, 146. <https://doi.org/10.1038/s41746-021-00511-7>
4. Asadet H, Johnston C, Blyth I, Holborow A, Bone A, Porter L, Tidswell P, Healy B. (2020). Trabajadores de la salud y pacientes como caballos de Troya: un brote de COVID19 en una sala. *Prevención de infecciones en la práctica* 2: 3, 100073. Crossref. se abre en una nueva pestaña.
5. Baqui P, Bica I, Marra V, Ercole A y Van Der Schaar M. (2020). Variaciones étnicas y regionales en la mortalidad hospitalaria por COVID-19 en Brasil: un estudio observacional transversal. *Lancet Global Health* **8**, e1018–e1026.
6. Benia W, Moresino S, coord. (2018). Buenas prácticas en capacidad resolutive. Primer nivel de atención del SNIS. 2018. Montevideo Uruguayas: Gráfica Mosca (Meralir S.A)
7. Belmont (1979). Observatori de Bioética I Dret. Informe de Belmont Principios y Guías Éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Observatori de National Institutes of Health. Abril 1979.
8. CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (2020a). Guía provisional de EE. UU. Para la evaluación de riesgos y la gestión de la salud pública del

- personal sanitario con posible exposición en un entorno sanitario a pacientes con enfermedad por coronavirus (COVID-19) Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assessment-hcp.html>
9. CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (2020b). Trabajadores de Salud: Consideraciones operacionales provisionales para el manejo en la salud pública de trabajadores de atención médica expuestos al COVID-19 o con COVID-19 presunto o confirmado: entornos de atención médica extranjeros. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/non-us-settings/gestion-de-rabajadores-sanitarios-expuestos.html>
 10. Chan KW, Wong VT, Tang SCW. (2020). COVID-19: Una actualización de la evidencia y las pautas epidemiológicas, clínicas, preventivas y terapéuticas de la medicina integrativa chino-occidental para el manejo de la nueva enfermedad por coronavirus de 2019. Am J Chin Med 2020: 1-26. [Publicación electrónica antes de impresión] 13 de marzo de 2020. <https://doi.org/10.1142/S0192415X20500378>.
 11. CIOMS /OMS/OPS. (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas/ Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud). (2016). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Diciembre 2016.
 12. Dente B, Subirats J. (2014). Decisiones públicas. Análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas públicas. Barcelona-España: Editorial Planeta
 13. ECDC (Centro Europeo Para la Prevención y el Control de Enfermedades: Una agencia de la Unión Europea). (2020). Medidas de prevención y control de la infección por COVID-19 para atención primaria, incluidas las prácticas de médicos generales, entornos de clínicas dentales y farmacias: primera actualización 19 de septiembre de 2020 ECDC Technical Report

14. Fafard P. (2015). Beyond the usual suspects: using political science to enhance public health policy making. 2015 Feb 25. pii: jech-2014-204608. doi: 10.1136/jech-2014-204608
15. Freire JM. (2011). El buen gobierno, ¿eslabón perdido en la calidad en el SNS español? *Rev Calid Asist.* 2011; 26(4):211-4.
16. Gillam, M. La respuesta de Japón a la pandemia de coronavirus. <https://www.jlgc.org/04-28-2020/8414/> (2020).
17. Google.com (2020). Informes de movilidad comunitaria Covid-19. <https://www.google.com/covid19/mobility/> (2020).
18. Hernández R y Mendoza C. (2018). Metodología de la investigación: las tres rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. En S. A. de C. V. E. Mc Graw Hill Interamericana Editores (Ed.), Mc Graw Hill (Primera Ed, Vol. 1, Número México). http://www.mhhe.com/latam/sampieri_mi1e.
19. International Monetary Fund. (2021). World Economic Outlook: Managing Divergent Recoveries. Washington, DC, April
20. Ji Y, Ma Z, Peppelenbosch M y Pan Q. (2020). Asociación potencial entre la mortalidad por COVID-19 y la disponibilidad de recursos de atención médica. *Lancet Global Health* 8, e480 (2020). [Artículo Google Académico](#)
21. Lau, H. et al. (2021). Evaluar el subregistro masivo y las pruebas insuficientes de los casos de covid-19 en múltiples epicentros globales. *Neumología* 27,110–115.
22. Mendoza P. (2018). Asociación de la categoría asignada con la capacidad resolutoria de las instituciones prestadora de servicios de salud-IPRESS de la red de salud Moyobamba. Perú. UCV.

23. Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón. (2020). Manual de estadísticas de salud y bienestar. <https://www.mhlw.go.jp/english/database/db-hh/2-2.html> .
24. Molinelli F. (2020). EsSalud frente al COVID-19. Disponible en: https://www.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2020/covid19/files/presentacion_ce_congreso_02112020_essalud.pdf
25. Murray, C. J. Pronóstico del impacto de COVID-19 en los días de cama de hospital, días de UCI, días de ventilador y muertes por estado de nosotros en los próximos 4 meses. Preimpresión en <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.27.20043752v1> .
26. OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2020). Recomendaciones técnicas para la elección de Sitios Alternativos de Atención Médica (SAAM). Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/recomendaciones-tecnicas-para-eleccion-sitios-alternativos-atencion-medica-saam>
27. OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud) (2020). Directrices provisionales de bioseguridad de laboratorio para el manejo y transporte de muestras asociadas al nuevo coronavirus 2019 (2019-nCoV), 28 de enero de 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51896>
28. Pearce, N., Vandenbroucke, J. P., VanderWeele, T. J. & Greenland, S. (2020). Las estadísticas precisas sobre COVID-19 son esenciales para la orientación y las decisiones de políticas. *Am. J. Salud Pública* 110, 949–951 (2020).
29. Pedersen, SF y Ho, Y-C. (2020). SARS-CoV-2: A storm is raging. *J Clin Invest* 2020; published online March 27, 2020. <https://doi.org/10.1172/JCI1137647>.
30. Pei, S., Kandula, S. & Shaman, J. (2020). Efectos diferenciales del momento de intervención en la propagación de COVID-19 en los Estados Unidos. *Sci. Adv.* 6, eabd6370 (2020).

31. Scott S & Duncan CJ. (2001). *Pest Biology: Evidence from Historical Populations*. (Cambridge University Press, 2001)
32. Vilca H y Portilla E (2018) Percepción del servicio de salud en relación con la capacidad resolutoria del Establecimiento de Salud Tuñad de San Pablo – Perú: UCV
33. Vitteri C (2019) Dimensiones de la funcionalidad de capacidad resolutoria y calidad de la atención desde la percepción del usuario. Centro de Salud Lucma. Perú: UCV
34. Wang, L., Chen, J. & Marathe, M. Tdefsi: theory guided deep learning based epidemic forecasting with synthetic information. *Transacción de ACM. Spatial Algorithms Syst. (TSAS)* **6.3**, 1–39 (2020).
35. Warren, M. S. & Skillman, S. W. (2020). Cambios en la movilidad en respuesta a COVID-19. Preimpresión en <https://arxiv.org/abs/2003.14228> .
36. Wolfel R, Corman VM, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Muller MA, et al. (2020) Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature* 2020. [Publicación electrónica antes de imprimir] 1 de abril de 2020. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x>.
37. Yang, Z. et al. (2020). Predicción modificada de la tendencia epidémica de COVID-19 en China bajo intervenciones de salud pública. *J. Dis. Torácica*. **12**,165–174 (2020).

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Nivel de medición y
<i>Capacidad resolutive de los servicios</i>	nivel de autonomía que manifiesta la prestación de servicios -en este caso, los servicios de medicina, odontología y obstétricos en el primer nivel de atención- para responder a las demandas, coincidiendo así con la definición que presentara la (ECDC, 2020)	Resultado de evaluación de registro de datos informáticos	<i>Capacidad resolutive del servicio de medicina</i>	Población asignada Estabilidad del equipo Estabilidad del grupo básico Tipo de población asignada Actualización del análisis de la situación integral de salud Cumplimiento de las acciones definidas para los servicios	Nominal y ordinal
			<i>Capacidad resolutive del servicio de odontología</i>	Población asignada Estabilidad del equipo Estabilidad del grupo básico Tipo de población asignada Actualización del análisis de la situación integral de salud Cumplimiento de las acciones definidas para los servicios	
			<i>Capacidad resolutive del servicio de obstetricia</i>	Población asignada Estabilidad del equipo Estabilidad del grupo básico Tipo de población asignada Actualización del análisis de la situación integral de salud Cumplimiento de las acciones definidas para los servicios	
<i>Producción de servicios</i>			Producción de servicios de medicina	Consulta externa Procedimientos especiales Tópico médico Referencias Atención primaria – salud individual.	Nominal y ordinal
			Producción de servicios de odontología	Consulta externa Procedimientos especiales Tópico médico Referencias Atención primaria – salud individual.	
			Producción de servicios de obstetricia	Consulta externa Procedimientos especiales Tópico médico Referencias	

				Atención primaria – salud individual.	
--	--	--	--	---------------------------------------	--

ANEXO 2

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

TENDENCIAS Y CORRELACIONES COMPARADAS DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA Y PRODUCCIÓN DE SERVICIOS EN TIEMPOS COVID-19. CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA-II, TAYABAMBA-ESSALUD

GUÍA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CAPACIDAD RESOLUTIVA y PRODUCCIÓN DE SERVICIOS (EsSalud 2021: Acuerdo de Consejo N° 14-11 EsSalud 2016, que aprobó el Plan Maestro al 2021)

CAPACIDAD RESOLUTIVA			
Dimensión	Indicador	Valoración	Valor promedio mensual
Población asignada	Máxima (Mx) Entre 1400-1500 Media (Md) Entre 1399-1200 Mínima (Mn) Entre 900-1999	Mx = 3 Md = 2 Mn = 1	Mediana de Porcentaje acumulado
Estabilidad del equipo	Alta (A) más de dos años Media (M) entre 1 a 2 años Baja (B) < 1 año	A = 3 M = 2 B = 1	
Estabilidad del grupo básico	Alta (A) Más de 2 años con todas las plazas cubiertas Media (M) Entre 1-2 años con las plazas cubiertas Baja (B) Menos de un año con las plazas cubiertas	A = 3 M = 2 B = 1	
Tipo de población asignada	Urbana y Rural (UR) Urbana (U) Rural (R)	UR = 3 U = 1 R = 2	
Actualización del análisis de la situación integral de salud	Actualizado (Ac) evidenciable. Desactualizado (B) evidenciable. Ausente (A) evidenciable.	Ac= 2 B= 1 A = 0	
Cumplimiento de las acciones definidas para los servicios	Nulo (N) Sin acciones a desarrollar. Bajo (B) Menos de 50 % de cumplimiento. Medio bajo (Mb) e/ el 51 y el 70 % de cumplimiento.	N= 0 B = 1 Mb = 2 Ma = 3	

	Medio alto (Ma) e/ el 71 y el 90 % de cumplimiento. Alto (A) más del 90 % de cumplimiento.	A = 4	
PRODUCCIÓN DE LOS SERVICIOS			
Producción de los servicios de medicina: Consulta externa Procedimientos especiales Tópico médico Referencias Atención primaria – salud individual.	Factor: Producción ----- x 100 Meta asignada	Baja < 50% Media 51 -80% Alta >80%	Porcentaje Mediana acumulado de
Producción de los servicios de odontología Servicio de odontología y atención primaria de salud individual Actividades intermedias análisis clínicos	Factor: Producción ----- x 100 Meta asignada	Baja < 50% Media 51 -80% Alta >80%	Porcentaje Mediana acumulado de
Producción de los servicios de Obstetricia y otros: Atención obstetricia Atención ambulatoria de obstetricia Procedimientos especiales Ayuda al DX y TTO Atención Primaria salud individual	Factor: Producción ----- x 100 Meta asignada	Baja <50% Media 51-80% Alta >80%	Porcentaje Mediana acumulado de

ANEXO 3
BASE DE DATOS SPSS:
OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA-II,
TAYABAMBA-ESSALUD

Title: Tendencias y correlaciones comparadas de la capacidad resolutive y producción de servicios en tiempos COVID-19. Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud.

Variable Labels:

- V1/ Capacidad resolutive no categorizada en el servicio de medicina
- V2/ Capacidad resolutive no categorizada en el servicio de odontología
- V3/ Capacidad resolutive no categorizada en el servicio de obstetricia
- V4/ Producción de servicios no categorizado en medicina
- V5/ Producción de servicios no categorizado de odontología
- V6/ Producción de servicios no categorizado de obstetricia
- V7/ Capacidad resolutive categorizada, servicio de medicina
- V8/ Capacidad resolutive categorizada, servicio de odontología
- V9/ Capacidad resolutive categorizada, servicio de obstetricia
- V10/ Producción de servicios categorizado de medicina
- V11/ Producción de servicios no categorizado de odontología
- V12/ Producción de servicios no categorizado de obstetricia

Value labels:

- V1/ S/V (Ingreso, nominal)
- V2/ S/V (Ingreso, nominal)
- V3/ S/V (Ingreso, nominal)
- V4/ S/V (Ingreso, nominal)
- V5/ S/V (Ingreso, nominal)
- V6/ S/V (Ingreso, nominal)
- V7/ 1 'Mínima' 2 'Media' 3 'Alta'
- V8/ 1 'Mínima' 2 'Media' 3 'Alta'
- V9/ 1 'Mínima' 2 'Media' 3 'Alta'
- V10/ 1 'Baja' 2 'Media' 3 'Alta'
- V11/ 1 'Baja' 2 'Media' 3 'Alta'
- V12/ 1 'Baja' 2 'Media' 3 'Alta'

Begin Data:

	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12
Junio 2020	41	50	71	33	52	39	1	1	2	1	2	1
Julio 2020	55	42	66	31	53	42	2	1	2	1	2	1
Agosto 2020	71	44	44	42	48	42	2	1	1	1	1	1
Septiembre 2020	49	58	52	33	34	44	1	2	2	1	1	1
Octubre 2020	52	63	50	42	32	56	2	2	1	1	1	2
Noviembre 2020	57	61	44	44	32	57	2	2	1	1	1	2
Diciembre 2020	63	66	58	47	34	59	2	2	2	1	1	2
Enero 2021	64	63	70	42	55	76	2	2	2	1	2	2
Febrero 2021	68	49	72	58	59	78	2	1	2	2	2	2
Marzo 2021	55	52	73	69	65	89	2	2	2	2	2	3
Abril 2021	66	79	61	66	67	89	2	2	2	2	2	3
Mayo 2021	71	80	49	68	63	87	2	2	2	2	2	3
Junio 2021	73	88	45	69	42	87	2	3	1	2	1	3
Julio 2021	75	84	44	70	35	88	2	3	1	2	1	3
Agosto 2021	77	85	59	87	78	89	2	3	2	3	3	3
Septiembre 2021	84	85	76	86	78	89	3	3	2	3	3	3

End Data (Fin de los datos o datos finales)

ANEXO 4



Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Señor : **Doctor
Hernan Diego MENDOZA BENITES
Director de CAP II Tayabamba- Essalud**

Asunto: solicito autorización de obtención de datos de atenciones de pacientes en las áreas de medicina, odontología y obstetricias con el fin obtener grado de Magíster en Gestión de los Servicios de la Salud - UCV.

Tengo el honor de dirigirme a Ud., con la finalidad de SOLICITAR a su digno despacho, se me autorice la obtención de datos de atenciones de pacientes en las áreas de medicina, odontología y obstetricias; lo cual, será de gran ayuda en el desarrollo de mi trabajo de investigación, titulado: "TENDENCIAS Y CORRELACIONES COMPARADAS DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA Y PRODUCCIÓN DE SERVICIOS EN TIEMPOS COVID-19. CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA-II, TAYABAMBA-ESSALUD"; teniendo como objetivo obtener el grado de Magister en Gestión de los servicios de la salud - UCV.

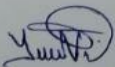
DATOS PERSONALES:

- NOMBRES Y APELLIDOS : Yosmili VIERA LOPEZ
- DNI : 46650397
- CELULAR : 965333951
- UNIDAD LABORAL : HOSPITAL I LA ESPERANZA -ESSALUD
- GRADO : LISENCIADA
- PROFESIÓN : TÉCNOLOGO MÉDICO

Es propicia la ocasión para reiterarle los sentimientos de mi especial consideración y deferente estima personal.

Dios guarde a Ud.

Atentamente:


CTMP: 12692

ANEXO 5

BASE DE DATOS

SERVICIO ODONTOLÓGICA - SES MENSUAL - 2021

SERV. ODONTOLÓGICA	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
CONSULTANTES AL SERVICIO (NUEVOS + REINGRESOS)	14	33	55	41	32	45
HORAS PROGRAMADAS	208200	184	294	97201	90201	92201
HORAS EFECTIVAS	208200	184	294 (94)	91201	90201	91201
CONSULTORIO FÍSICO	1	1	1	1	1	1
CONSULTORIO FUNCIONAL	1	1	1	1	1	1
SESIONES	1	1	1	1	1	1
TRABAJOS ODONTOLÓGICOS	110	54	32	46	46	52
NÚMERO DE PROFESIONALES	1	1	1	1	1	1
ATENCIÓN PRIMARIA SALUD INDIVIDUAL	22	12	20	22	12	20
CONSULTA ODONTOLÓGICA DE PREVENCIÓN (NUEVOS)	0	0	0	0	0	0
EDUCACIÓN GRUPAL	0	0	0	0	0	0
CONSEJERÍAS (SALUD BUCAL)	0	0	0	0	0	0

NOTA: ENTREGAR DATOS A MÁS TARDAR Q2 DE CADA MES

SERVICIO ODONTOLÓGICA - SES MENSUAL - 2021

SERV. ODONTOLÓGICA	ENERO	FEBRERO	MARZO
CONSULTANTES AL SERVICIO (NUEVOS + REINGRESOS)	14	33	55
HORAS PROGRAMADAS	208200	184	294
HORAS EFECTIVAS	208200	184	294 (94)
CONSULTORIO FÍSICO	1	1	1
CONSULTORIO FUNCIONAL	1	1	1
SESIONES	1	1	1
TRABAJOS ODONTOLÓGICOS	61	54	32
NÚMERO DE PROFESIONALES	121	84	113
ATENCIÓN PRIMARIA SALUD INDIVIDUAL	1	1	1
CONSULTA ODONTOLÓGICA DE PREVENCIÓN (NUEVOS)	17	19	20
EDUCACIÓN GRUPAL	0	0	0
CONSEJERÍAS (SALUD BUCAL)	0	0	0

NOTA: ENTREGAR DATOS A MÁS TARDAR Q2 DE CADA MES

SERVICIO ODONTOLÓGICA - SES MENSUAL - 2020

SERV. ODONTOLÓGICA	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
CONSULTANTES AL SERVICIO (NUEVOS + REINGRESOS)	41	28	30	22
HORAS PROGRAMADAS	4120	3030	3030	2230
HORAS EFECTIVAS	4120	3030	3030	2230
CONSULTORIO FÍSICO	1	1	1	1
CONSULTORIO FUNCIONAL	1	1	1	1
SESIONES	1	1	1	1
TRABAJOS ODONTOLÓGICOS	67	30	30	30
NÚMERO DE PROFESIONALES	114	43	43	43
ATENCIÓN PRIMARIA SALUD INDIVIDUAL	1	1	1	1
CONSULTA ODONTOLÓGICA DE PREVENCIÓN (NUEVOS)	22	15	9	20
EDUCACIÓN GRUPAL	0	0	0	0
CONSEJERÍAS (SALUD BUCAL)	0	0	0	0

NOTA: ENTREGAR DATOS A MÁS TARDAR Q2 DE CADA MES

SERVICIO ODONTOLÓGICA - SES MENSUAL - 2021

SERV. ODONTOLÓGICA	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
CONSULTANTES AL SERVICIO (NUEVOS + REINGRESOS)	49	29	49
HORAS PROGRAMADAS	4540	3340	4940
HORAS EFECTIVAS	4540	3340	4940
CONSULTORIO FÍSICO	1	1	1
CONSULTORIO FUNCIONAL	1	1	1
SESIONES	1	1	1
TRABAJOS ODONTOLÓGICOS	90	77	77
NÚMERO DE PROFESIONALES	1	1	1
ATENCIÓN PRIMARIA SALUD INDIVIDUAL	0	0	0
CONSULTA ODONTOLÓGICA DE PREVENCIÓN (NUEVOS)	17	13	13
EDUCACIÓN GRUPAL	0	0	0
CONSEJERÍAS (SALUD BUCAL)	0	0	0

NOTA: ENTREGAR DATOS A MÁS TARDAR Q2 DE CADA MES

SERVICIO DE OBSTETRICIA- DATOS PARA SES MENSUAL - 2021			
N° ATENCIONES DE OBSTETRICIA			
	ENERO	FEBRERO	MARZO
ESTIMULACION PRENATAL			
ATENCION AMBULATORIA	121	83	199
VISITA DOMICILIARIA	04	04	05
EDUCACION GRUPAL			
PSICOPROFILAXIS			
N° ATENCIONES AMBULATORIAS DE OBSTETRICIA			
ATENCION PRENATAL	75	20	28
ATENCION DE PLANIFICACION FAMILIAR	34	30	39
TOMA DE MUESTRAS PAP	25	20	25
ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS	47	33	131
PROCEDIMIENTOS ESPECIALES			
RESULT. MAMOGRAFIA PREVENT. 50 - 69 AÑOS	0	0	0
AYUDA AL DX Y TTO			
RESULT. MUESTRAS PROCESADAS PAP 30 - 64 AÑOS	25	20	25
RESULT. MUESTRAS PROC. PAP CERV. VAG. 30 - 64 AÑOS - POSITIVO			
RESULT. PRUEBAS ELISA PARA VIH			
RESULT. PRUEBAS RAPIDAS PARA VIH			
RESULT. PRUEBAS PARA VIH GESTANTES	03	05	04
ATENCION PRIMARIA SALUD INDIVIDUAL			
GESTANTES CON PRIMERA CONSULTA EXTERNA MEDICA PREVENTIVA			
EDADES			
12 - 17 AÑOS			
18 - 29 AÑOS	01		04
30 - 40 AÑOS	02	04	03
>41 AÑOS		01	
TRIMESTRE			
I TRIMESTRE	02	04	05
II TRIMESTRE	01		03
III TRIMESTRE		01	01
CONSULTA EXTERNA MEDICA DE LA GESTANTE	03	05	04
CONSEJERIAS			
CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	15	12	18

SERVICIO DE OBSTETRICIA- DATOS PARA SES MENSUAL - 2021			
N° ATENCIONES DE OBSTETRICIA			
	ABRIL	MAYO	JUNIO
ESTIMULACION PRENATAL			
ATENCION AMBULATORIA	154	164	156
VISITA DOMICILIARIA	06	08	08
EDUCACION GRUPAL			
PSICOPROFILAXIS		01	01
N° ATENCIONES AMBULATORIAS DE OBSTETRICIA			
ATENCION PRENATAL	31	24	31
ATENCION DE PLANIFICACION FAMILIAR	32	38	32
TOMA DE MUESTRAS PAP	20	15	20
ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS	91	99	93
PROCEDIMIENTOS ESPECIALES			
RESULT. MAMOGRAFIA PREVENT. 50 - 69 AÑOS	0	0	0
AYUDA AL DX Y TTO			
RESULT. MUESTRAS PROCESADAS PAP 30 - 64 AÑOS	20	15	20
RESULT. MUESTRAS PROC. PAP CERV. VAG. 30 - 64 AÑOS - POSITIVO			
RESULT. PRUEBAS ELISA PARA VIH			
RESULT. PRUEBAS RAPIDAS PARA VIH			
RESULT. PRUEBAS PARA VIH GESTANTES	05	05	05
ATENCION PRIMARIA SALUD INDIVIDUAL			
GESTANTES CON PRIMERA CONSULTA EXTERNA MEDICA PREVENTIVA			
EDADES			
12 - 17 AÑOS			
18 - 29 AÑOS	01	01	02
30 - 40 AÑOS	04	03	03
>41 AÑOS		01	
TRIMESTRE			
I TRIMESTRE	03	04	02
II TRIMESTRE	02	01	01
III TRIMESTRE			02
CONSULTA EXTERNA MEDICA DE LA GESTANTE			
CONSEJERIAS			
CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	25	26	20

SERVICIO DE OBSTETRICIA- DATOS PARA SES MENSUAL - 2020				
N° ATENCIONES DE OBSTETRICIA				
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	
ESTIMULACION PRENATAL				
ATENCION AMBULATORIA	61	61	44	
VISITA DOMICILIARIA	06	05	06	
EDUCACION GRUPAL				
PSICOPROFILAXIS				
N° ATENCIONES AMBULATORIAS DE OBSTETRICIA				
ATENCION PRENATAL	27	22	22	
ATENCION DE PLANIFICACION FAMILIAR	22	22	16	
TOMA DE MUESTRAS DE PAP				
ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS	02	22	06	
PROCEDIMIENTOS ESPECIALES				
RESULT. MAMOGRAFIA PREVENT. 50 - 69 AÑOS				
AYUDA AL DX Y TTO				
RESULT. MUESTRAS PROCESADAS PAP 30-64 AÑOS				
RESULT. MUESTRAS PROCES. PAP CERV. VAG. 30-64 AÑOS - POSITIVO				
RESULT. PRUEBAS ELISA PARA VIH				
RESULT. PRUEBAS RAPIDAS PARA VIH				
RESULT. PRUEBAS PARA VIH GESTANTES	05	08		
ATENCION PRIMARIA SALUD INDIVIDUAL				
GESTANTES CON PRIMERA CONSULTA EXTERNA MEDICA PREVENTIVA				
CONSULTA EXTERNA MEDICA DE LA GESTANTE	05	06	06	
CONSEJERIAS				
CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	04	10	06	

SERVICIO DE OBSTETRICIA- DATOS PARA SES MENSUAL - 2020				
N° ATENCIONES DE OBSTETRICIA				
	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECEMBRE	
ESTIMULACION PRENATAL				
ATENCION AMBULATORIA	63	111	79	
VISITA DOMICILIARIA	04	06	08	
EDUCACION GRUPAL				
PSICOPROFILAXIS				
N° ATENCIONES AMBULATORIAS DE OBSTETRICIA				
ATENCION PRENATAL	23	22	24	
ATENCION DE PLANIFICACION FAMILIAR	24	24	29	
TOMA DE MUESTRAS PAP	20	25	20	
ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS	20	20	21	
PROCEDIMIENTOS ESPECIALES				
RESULT. MAMOGRAFIA PREVENT. 50-69 AÑOS				
AYUDA AL DX Y TTO				
RESULT. MUESTRAS PROCESADAS PAP 30-64 AÑOS	20	25	20	
RESULT. MUESTRAS PROC. PAP CERV. VAG. 30-64 AÑOS - POSITIVO				
RESULT. PRUEBAS ELISA PARA VIH				
RESULT. PRUEBAS RAPIDAS PARA VIH				
RESULT. PRUEBAS PARA VIH GESTANTES	04	12	04	
ATENCION PRIMARIA SALUD INDIVIDUAL				
GESTANTES CON PRIMERA CONSULTA EXTERNA MEDICA PREVENTIVA				
CONSULTA EXTERNA MEDICA DE LA GESTANTE	04	08	04	
CONSEJERIAS				
CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	04	16	17	

DATOS SES MENSUAL - SERVICIO DE MEDICINA GENERAL - 2021

	ABRIL		MAYO		JUNIO		TOTAL
	CAI	CAI/COVID	CAI	CAI/COVID	CAI	CAI/COVID	
CONSULTA EXTERNA							
CONSULTANTES AL ESTABLECIMIENTO	96	98	184	174	90	454	188
CONSULTANTES AL SERVICIO	96	98	194	164	90	494	188
CONSULTAS	277	287	494	484	287	1542	551
NUMERO DE MEDICOS	1	1	1	1	1	1	1
HORAS PROGRAMADAS	150	150	300	184	200	734	300
HORAS EFECTIVAS	150	150	300	184	200	834	300
CONSULTORIO FISICO	1	1	1	1	1	1	1
CONSULTORIO FUNCIONAL	1	1	1	1	1	1	1
CONSULTANTES NUEVOS	1	1	1	1	1	1	1
NUMERO DE CITAS OTORGADAS EN CONSULTA EXTERNA	277	287	494	484	287	1542	551
PROCEDIMIENTOS ESPECIALES							
ECOGRAFIAS	60	60	60	60	60	60	60
ENYESADOS	63	63	63	63	63	63	63
TOPICO MEDICO							
CONSULTA EXTERNA	20	20	20	20	20	20	20
EMERGENCIA	03	03	03	03	03	03	03
ODONTOLOGIA	02	02	02	02	02	02	02
EXAMENES RADIOLOGICOS	02	02	02	02	02	02	02
ATENCION PRIMARIA - SALUD INDIVIDUAL							
CONSULTA MEDICA PREVENTIVA	48	48	48	48	48	48	48

DATOS SES MENSUAL - SERVICIO DE MEDICINA GENERAL - 2021

	ENERO		FEBRERO		MARZO		TOTAL
	CAI	CAI/COVID	CAI	CAI/COVID	CAI	CAI/COVID	
CONSULTA EXTERNA							
CONSULTANTES AL ESTABLECIMIENTO	264	88	352	185	315	757	182
CONSULTANTES AL SERVICIO	264	88	352	185	315	757	182
CONSULTAS	346	141	493	267	454	1160	558
NUMERO DE MEDICOS	1	1	1	1	1	1	1
HORAS PROGRAMADAS	75	75	150	117	150	382	150
HORAS EFECTIVAS	75	75	150	117	150	382	150
CONSULTORIO FISICO	1	1	1	1	1	1	1
CONSULTORIO FUNCIONAL	1	1	1	1	1	1	1
CONSULTANTES NUEVOS	1	1	1	1	1	1	1
NUMERO DE CITAS OTORGADAS EN CONSULTA EXTERNA	346	141	493	267	454	1160	558
PROCEDIMIENTOS ESPECIALES							
ECOGRAFIAS	48	48	50	50	51	51	51
ENYESADOS	52	52	52	52	54	54	54
TOPICO MEDICO							
CONSULTA EXTERNA	30	30	27	27	33	33	33
EMERGENCIA	2	2	4	4	1	1	1
ODONTOLOGIA	1	1	1	1	1	1	1
EXAMENES RADIOLOGICOS	1	1	1	1	1	1	1
ATENCION PRIMARIA - SALUD INDIVIDUAL							
CONSULTA MEDICA PREVENTIVA	46	46	44	44	41	41	41

DATOS SES MENSUAL - SERVICIO DE MEDICINA GENERAL - 2021

	JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		TOTAL
	CAI	CAI/COVID	CAI	CAI/COVID	CAI	CAI/COVID	
CONSULTA EXTERNA							
CONSULTANTES AL ESTABLECIMIENTO	74	87	65	97	74	174	175
CONSULTANTES AL SERVICIO	74	87	65	97	74	174	175
CONSULTAS	284	278	411	320	374	1377	683
NUMERO DE MEDICOS	1	1	1	1	1	1	1
HORAS PROGRAMADAS	114	111	300	173	153	751	300
HORAS EFECTIVAS	114	111	300	173	153	851	300
CONSULTORIO FISICO	1	1	1	1	1	1	1
CONSULTORIO FUNCIONAL	1	1	1	1	1	1	1
CONSULTANTES NUEVOS	1	1	1	1	1	1	1
NUMERO DE CITAS OTORGADAS EN CONSULTA EXTERNA	284	278	411	320	374	1377	683
PROCEDIMIENTOS ESPECIALES							
ECOGRAFIAS	56	56	52	52	48	48	48
ENYESADOS	02	02	01	01	01	01	01
TOPICO MEDICO							
CONSULTA EXTERNA	42	42	40	40	32	32	32
EMERGENCIA	04	04	03	03	01	01	01
ODONTOLOGIA	1	1	1	1	1	1	1
EXAMENES RADIOLOGICOS	1	1	1	1	1	1	1
ATENCION PRIMARIA - SALUD INDIVIDUAL							
CONSULTA MEDICA PREVENTIVA	60	60	68	68	62	62	62

SESSERVICIO MEDICINA GENERAL- 2020

	OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE		TOTAL
	CAI	CAI/COVID	CAI	CAI/COVID	CAI	CAI/COVID	
CONSULTA EXTERNA							
CONSULTANTES ESTABLECIMIENTO	62	97	66	35	101	94	12
CONSULTANTES AL SERVICIO	62	97	66	35	101	94	12
CONSULTAS	267	1330	297	146	412	333	46
NUMERO MEDICOS	1	1	1	1	1	1	1
HORAS PROGRAMADAS	150	162	100	132	75	75	195
HORAS EFECTIVAS	150	162	100	132	75	75	195
CONSULTORIO FISICO	1	1	1	1	1	1	1
CONSULTORIO FUNCIONAL	1	1	1	1	1	1	1
CONSULTANTES NUEVOS	1	1	1	1	1	1	1
NUMERO DESERCCIONES EN CONSULTA EXTERNA	03	90	37	82	54	32	7
NUMERO DE CITAS OTORGADAS EN CONSULTA EXTERNA	267	1330	297	146	412	333	46
PROCEDIMIENTOS ESPECIALES							
ECOGRAFIAS	23	28	38	38	40	40	40
ENYESADOS	01	01	02	02	02	02	02
TOPICO MEDICO							
TOTAL DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR EL MEDICO	26	40	52	52	58	58	58
REFERENCIAS							
OTROS SERVICIOS							
CONSULTA EXTERNA	11	11	30	30	27	27	27
EMERGENCIA	4	4	4	4	5	5	5
ODONTOLOGIA							
ANALISIS DE LABORATORIO							
EXAMENES RADIOLOGICOS							
CONTRAFERENCIAS							
CONTRAFERENCIAS ENVIADAS							
OTROS SERVICIOS							
CONSULTA EXTERNA							
CONTRAFERENCIAS RECIVIDAS							
OTROS SERVICIOS							
CONSULTA EXTERNA							
ATENCION PRIMARIA - SALUD INDIVIDUAL							
CONSULTA MEDICA PREVENTIVA	24	24	39	39	38	38	38

NOTA: ENTREGAR INFORMACION A MAS TARDAR EL DIA 2 DE CADA MES

ANEXO 6

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Tendencias y correlaciones comparadas de la capacidad resolutive y producción de servicios en tiempos covid-19. centro de atención primaria-II, Tayabamba - Essalud

Autora: Yosmili Viera Lopez

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ítems	Escala de valores
¿Cuáles son las tendencias y correlaciones comparadas de la capacidad resolutive y producción de servicios en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud?	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar las tendencias y correlaciones comparadas de la capacidad resolutive y producción de servicios en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud.</p> <p>Los objetivos específicos</p>	Existen diferencias significativas en las tendencias y correlaciones comparadas de la capacidad resolutive y producción de servicios en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud	<i>Capacidad resolutive de los servicios</i>	<p>Capacidad resolutive del servicio de medicina</p> <p>Capacidad resolutive del servicio de odontología</p> <p>Capacidad resolutive del servicio de obstetricia</p>	<p>Población asignada</p> <p>Estabilidad del equipo</p> <p>Estabilidad del grupo básico</p> <p>Tipo de población asignada</p> <p>Actualización del análisis de la situación integral de salud</p> <p>Cumplimiento de las acciones definidas para los servicios</p>	21 reactivos	Nominal /ordinal
	<p>a) Establecer las tendencias comparadas de la capacidad resolutive de los servicios en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud;</p> <p>b) Establecer las tendencias comparadas de la producción de servicios en tiempos COVID-19, en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud;</p> <p>c) Establecer la relación entre capacidad resolutive y la producción del servicio de medicina en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud;</p> <p>d) Establecer las tendencias comparadas entre la capacidad resolutive y la producción de servicios en medicina en tiempos COVID-19 en el Centro de</p>		<i>Producción de servicios</i>	<p>Producción de servicios de medicina</p> <p>Producción de servicios de odontología</p> <p>Producción de servicios de obstetricia</p>	<p>Consulta externa</p> <p>Procedimientos especiales</p> <p>Tópico médico</p> <p>Referencias</p> <p>Atención primaria – salud individual.</p>	15 reactivos	Nominal/ordinal

	<p>Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud;</p> <p>e) Establecer la relación entre capacidad resolutive y la producción de servicios en odontología en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud;</p> <p>f) Establecer las tendencias comparadas entre la capacidad resolutive y la producción de servicios en odontología en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud;</p> <p>g) Establecer la relación entre capacidad resolutive y la producción de servicios en odontología, en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud;</p> <p>h) Establecer las tendencias comparadas de la capacidad resolutive y la producción de servicios en obstetricia en tiempos COVID-19 en el Centro de Atención Primaria-II, Tayabamba-EsSalud.</p>						
--	---	--	--	--	--	--	--

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA	CONCLUSIONES
<p>Se desarrolló una investigación cuantitativa, descriptiva comparativa y de correlaciones. Cuyo diseño es longitudinal.</p>	<p>Población: Lo constituyeron 96 reportes mensuales, entre junio del 2020 a septiembre del 2021 sobre capacidad resolutive y producción de servicios en medicina, odontología y obstetricia. De los 96 reportes 48 corresponden a la capacidad resolutive (16 de medicina; 16 de odontología y 16 de obstetricia) y 48 a la producción de servicios (16 de medicina; 16 de</p>	<p>Documental y de Registro de datos del sistema informático Centro de Atención Primaria II Tayabamba-EsSalud durante el periodo de junio del 2020 a septiembre del 2021.</p> <p>Guía de recolección de datos EsSalud</p>	<p>Descriptivas de tendencia central y correlacionales</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La tendencia de la capacidad resolutive del servicio de medicina se estableció por encima de la mediana (63%) en 9 de 16 meses en estudio, en odontología solo en 7 meses y, en obstetricia, en 6 de los 16 meses en estudio, el resto de meses se estableció por debajo de la misma. 2. La tendencia de la producción del servicio de medicina se estableció por encima de la mediana (57,50%) en 10 de 16 meses, en odontología 6 de 16 meses y, en obstetricia, en 10 de 16 meses. El resto de meses se estableció por debajo de la misma de la mediana. 3. Existe relación significativa ($p < 0,05$) en un nivel moderado entre la capacidad resolutive, preponderantemente Media (81,3%) con la producción del servicio de Medicina, preponderantemente Baja (50%). 4. Las tendencias comparadas entre la capacidad resolutive y producción de servicios de medicina presentan diferencias leves durante los meses de julio

	<p>odontología y 16 de obstetricia). Los reportes fueron brindados por la Oficina de Informática y Estadística del Centro de Atención Primaria II Tayabamba-EsSalud.</p> <p>Muestra: Lo constituyeron el 100% de los 96 reportes mensuales, entre junio del 2020 a septiembre del 2021, sobre capacidad resolutive y producción de servicios en medicina, odontología y obstetricia.</p>		<p>del 2020 a enero del 2021. Los picos de mayor distanciamiento negativo se presentan en tres oportunidades, julio y septiembre del 2020 y enero del 2021. De abril a septiembre del 2021, existe mayor asociación entre la capacidad resolutive y la producción de servicios de medicina en tiempos COVID-19.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. No existe relación significativa ($p>0,05$) entre la capacidad resolutive, preponderantemente Media (50,0%) con la producción del servicio de odontología, preponderantemente Baja (43,8%) y media (43,8%). 6. Las tendencias comparadas entre la capacidad resolutive y producción de servicios de odontología presentan tres momentos muy diferenciados, entre agosto del 2020 a enero del 2021; entre febrero a marzo del 2021 y entre mayo a agosto del 2021, presentando la producción de servicios su mayor pico de negatividad en este último periodo. A partir de agosto las distancias se acorta mostrándose proximidades de mayor asociación. 7. No existe relación ($p>0,05$) entre la capacidad resolutive, preponderantemente Media (68,8%) con la producción del servicio de obstetricia, preponderantemente Alta (43,8%). 8. Las tendencias comparadas entre la capacidad resolutive y producción de servicios de obstetricia tienen dos momentos muy diferenciados, entre junio a agosto del 2020 y entre marzo a agosto del 2021, siendo más pronunciada las diferencias en este último periodo. A partir de septiembre del 2021 existe mayor aproximación y asociación entre ellas.
--	--	--	---

ANEXO 7

