

Categoría asignada y capacidad resolutive en la micro red banda de Shilcayo, 2018

Mtra. Sonia Janett Quiroz Carhuatanta

sonquiroz@unsm.edu.pe

ORCID: 0000-0002-5278-1297

Mtro. Juan Carlos Ulises Arévalo Barrera

jucar021179@gmail.com

ORCID: 0000-0002-3052-5559

Dr. José Manuel Delgado Bardales

jmdelgadob@ucvvirtual.edu.pe

ORCID: 0000-0001-6574-2759

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la categoría asignada y la capacidad resolutive en la Micro red Banda de Shilcayo. La muestra fue 06 IPRESS con categoría I-1 y II-E. La investigación fue no experimental, de diseño descriptivo correlacional. Se utilizó la técnica de la observación y como instrumento la lista de chequeo del MINSA. Resultados existe una correlación muy baja o nula entre la categoría asignada y capacidad resolutive en las IPRESS evaluados, porque se obtuvo un valor en la correlación de Pearson de - 0.149. El nivel de capacidad resolutive de las IPRESS - Micro red Banda de Shilcayo, muestra una capacidad resolutive de 73.8%, no alcanzando el estándar esperado (90%), calificando como capacidad resolutive deficiente; es decir, existen limitaciones para resolver las necesidades de salud de la población por no cumplir en su totalidad con las dimensiones exigidas en la norma técnica de categorización según la categoría asignada, no garantizando una atención oportuna y de calidad. El nivel de cumplimiento por dimensiones de la capacidad resolutive demostró que la dimensión de mayor porcentaje alcanzado fue la de infraestructura con un 81%; sin embargo, ninguna de las dimensiones cumple con el estándar esperado (90%), poniendo en riesgo la seguridad del paciente en limitadas condiciones de oportunidad y calidad. Se concluye que no existe relación entre la categoría asignada con la capacidad resolutive de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la Micro red Banda de Shilcayo, dado que el valor de del χ^2 fue 0.621 que es mayor que 0.05, donde demuestra que la hipótesis nula se acepta.

Palabras clave: categoría asignada; capacidad resolutive y categorización.

Assigned category and resolution capacity in the micro band network by Shilcayo, 2018

ABSTRACT

The research aimed to determine the relationship between the assigned category and the resolving capacity in the Micro network Band of Shilcayo. Also, the sample was 06 IPRESS with category I-1 and II-E. The research was non-experimental, descriptive correlational design. For data collection, the observation technique was used and the checklist of the MOH as an instrument was used. Results There is a very low or no correlation between the variables assigned category and resolute capacity in the institutions providing health services evaluated, because a value was obtained in the Pearson correlation of - 0.149. The level of resolute capacity of the IPRESS of the Micro network Band of Shilcayo, where it shows a resolute capacity of 73.8%, not reaching the expected standard (90%), qualifying as deficient resolute capacity; that is, there are limitations to solve the health needs of the population because they do not fully comply with the dimensions required in the technical standard of categorization according to the category assigned, not guaranteeing timely and quality care. The level of compliance by dimensions of the resolute capacity showed that the dimension with the highest percentage reached was that of infrastructure with 81%; however, none of the dimensions complies with the expected standard (90%), placing the patient's safety at risk in limited conditions of opportunity and quality. It is concluded that there is no relationship between the assigned category and the resolute capacity of the Health Services Providers of the Shilcayo Micro Band Network, given that the Chi2 value was 0.621 which is greater than 0.05, where it shows that the hypothesis null is accepted.

Keywords: assigned category; resolute capacity and categorization.

Artículo recibido: 02 Setiembre. 2021

Aceptado para publicación: 30 Setiembre. 2021

Correspondencia: sonquiroz@unsm.edu.pe

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

1. INTRODUCCIÓN

La categoría de establecimientos de salud en los países de Latinoamérica como el caso de Cuba, donde la capacidad resolutive es considerada como un resultado de la atención, desde el momento en que este se entiende como un cambio en el estado de salud que pueda atribuirse a la atención precedente en salud. Tal es así, que la capacidad que tiene un establecimiento para atender personas que solicitan atención, se ha considerado como capacidad resolutive vinculada con la accesibilidad a los servicios de salud; siendo definida estructuralmente como medicina familiar, donde la distribución de equipos básicos de salud cobertura el acceso al 100 % de la población asignada a los servicios de salud del primer nivel de atención (López, García, Sagredo, Carbonell y Santana, 2014, p. 251). En Bolivia la categorización lo denominan como “Caracterización”, aprobado en el manual nacional de caracterización de los establecimientos de salud del primer nivel de atención; donde considera que la atención integral intercultural de la salud funciona en base a la articulación de redes funcionales de servicios de salud, organizada según niveles de complejidad de acuerdo a normas técnico-operacionales, para fortalecer la capacidad técnica aislada, los flujos de información efectivos y oportunos, la referencia y contrarreferencia, la articulación –complementariedad entre la medicina tradicional y la académica con el fin de contribuir a transformar mediante la gestión participativa y control social. (Norma nacional de caracterización de los establecimientos de salud del primer nivel de atención. 2013, p.17).

En el Perú la categorización y capacidad resolutive de las instituciones prestadoras de servicios de salud son temas preocupantes y alarmantes, conocedores de la deficiencia del sistema de salud actual, el Ministerio de Salud, en el Marco de la Reforma de la Salud, ha establecido como objetivo el acceso universal al primer nivel de atención como puerta de entrada a un sistema de salud de calidad, permitiendo garantizar el acceso al primer nivel de atención pública en salud de manera integral, equitativa, efectiva, eficiente, con gratuidad en el punto de atención, con redes integradas, fortaleciendo su capacidad resolutive integral con la categorización y acreditación de las IPRESS del primer nivel de atención a nivel nacional, este fortalecimiento de la capacidad resolutive permitirá descongestionar las referencias, emergencias, atención de parto sin complicaciones y atenciones médicas que competen al primer nivel de atención. (Ministerio de Salud – MINSa, 2010, p. 10).

Es así, que el Ministerio de Salud en abril del 2011 aprueba el “Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021”, con la finalidad de contribuir a lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población, en el marco de aseguramiento universal en salud y la descentralización en salud, con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada, aprobándose el “Instrumento de Medición del Desempeño de establecimientos del Primer Nivel de Atención”, en 10 regiones piloto a los establecimientos del Primer Nivel de Atención, siendo una de estas la Región San Martín (C.S. Morales y HR. Picota), donde sólo el 39% de establecimientos visitados disponen de recursos humanos de acuerdo a la categoría asignada, el 32% disponen de la infraestructura de acuerdo a la categoría asignada y el 25% disponen de equipamiento de acuerdo a la categoría asignada. El mencionado plan señala que el financiamiento del Primer Nivel de Atención siempre fue escaso, dándosele mayor prioridad a fortalecer la capacidad resolutive en los hospitales y con ello la función curativa del sistema de salud y por ende de alto costo. Tal es así que la organización de los establecimientos de salud responde limitadamente a las necesidades y demandas de la población; infraestructura sanitaria con poca capacidad resolutive, inadecuado criterios de categorización, redes desarticuladas, sistema de referencia y contrarreferencia ineficaces por escasa implementación y organización del sistema de transporte, comunicación e información en todos los niveles de atención y la organización interna del establecimiento no sigue el modelo de atención integral de salud de ofrecer confort, privacidad y continuidad de la atención ((Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021). Asimismo, cuando el sistema de salud del Perú fortalezca su capacidad resolutive y de respuesta oportuna y efectiva, es posible reducir la mortalidad materna y perinatal. Estudios estadísticos demuestran que en el Perú las gestantes que acuden a la atención prenatal y además tienen su parto en un establecimiento de salud con capacidad resolutive, tienen un riesgo 4.54 veces menor de morir, que aquellas que no se controlan y tienen parto domiciliario. El incremento de muertes maternas ocurridas en los servicios de salud podría estar en relación con la deficiente capacidad resolutive de los establecimientos que no permiten responder adecuadamente ante las emergencias que se presentan. (MINSA, 2015, p. 8). El Gobierno Regional de San Martín cuenta con 368 IPRESS responsables de la atención de la salud de la Región San Martín, los mismos se encuentran registrados en el Registro Nacional de Instituciones Prestadores de Servicios

de Salud (RENIPRESS) y con categoría de acuerdo a su nivel de complejidad y capacidad resolutive, categoría que gran parte de las IPRESS se mantiene sin haberse reevaluado las condiciones de las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS), existiendo el 0.54% (02) IPRESS con categoría vigente y el 99.46%, con categoría vencida. En el caso de la red de salud Moyobamba cuenta con 38 IPRESS, de las cuales el 100% cuentan con categoría vencida. (Dirección Regional de Salud San Martín).

El Decreto Supremo N° 031-2014-SA, en la cual se aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud, indicando en su Novena Disposición Complementaria Final, que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) que no se encuentren categorizadas o no cuenten con una categorización podrán realizarlo hasta el 31 de diciembre del 2017, también disponen que a partir del 1 de enero del 2018 los establecimientos de salud públicos y privados que no se encuentren registrados, en consecuencia no categorizadas no podrá brindar servicios de atención en salud a nivel nacional (Superintendencia Nacional de Salud-SUSALUD). Según los resultados del aplicativo funciones obstétricas y neonatales-FON Red de Salud San Martín (2018), los resultados de capacidad resolutive fueron: Hospital II – E Banda de Shilcayo (FON Esencial I) 47.5%, P.S. Unión de Sanirarca (FON Primarias) 37.2%, P.S. Progreso Km 30 (FON Primarias) 34.8%, P.S. Las Palmas (FON Primarias) 34.6%, P.S. San José Km 34 (FON Primarias) 25.4% y P.S. Bello Horizonte (FON Primarias) el 24.5%, considerando como optimo $\geq 90\%$. En marzo 2018 se inicia la atención hospitalaria en el Hospital II – E Banda de Shilcayo, generando falta de recursos humanos (para el trabajo preventivo), mejora de los procesos de atención, organización de los servicios y no cuenta con instrumentos de gestión actual.

El presente estudio busco evaluar la asociación de la categoría asignada con la capacidad resolutive del nivel de atención de las IPRESS, identificando las brechas y el estado de cumplimiento de las dimensiones existentes en cumplimiento al marco normativo, que impide su recategorización. Asimismo, será un punto de partida para la reevaluación y/o sinceramiento de la categoría real en función a la capacidad resolutive, y cartera de servicios a fin de atender la demanda existente de la población Bandina. La no implementación de las brechas para lograr mejorar la capacidad resolutive de las IPRESS trae como consecuencia un débil funcionamiento y capacidad de respuesta frente a las

necesidades de salud de la población, trae consigo el no cumplimiento de las políticas regionales y nacionales de la salud relacionadas a las Atención Primaria de la Salud-APS. Heredia, H., Tovar, M., Gallego, L., Naranjo, M. (2015), concluye que, 84,8% era del primer nivel de atención, había 53 médicos y enfermeras por cada 10.000 habitantes, en el quinquenio 2007-2011; 85% de las causas de defunción eran evitables. En el quinquenio 2009-2013 aumentó la asistencia médica al parto y disminuyó el control prenatal. La parroquia San Juan de los Morros tiene la mayor capacidad resolutive de atención materna con 68,96%, finalmente el estudio concluyó que existe una capacidad resolutive en el componente de estructura con nivel aceptable para prestar atención materna. Las dimensiones con mayor fortaleza fueron el recurso humano asistencial y la infraestructura (p. 8). Además, Ávila, N. (2016), concluyó que, en términos de capacidad resolutive, la investigación aporta al Hospital Universitario de Santander una aproximación de la sobrecarga en los servicios aportado por la red provincial y la incoherencia de la referencia abordada desde el dominio socio organizativo a partir del Modelo de red y el Registro Especial de Prestadores de Servicios REPS (p. 7). Igualmente, López, P. (2014), en conclusión, un instrumento de alcance nacional, Finalmente se concluyó que el contenido resolutive del equipamiento básico de salud puede ser medido con herramientas de trabajo propias del primer nivel de atención (p. 9). Asimismo Alama, E. (2015), en concluyó que, que los establecimientos de nivel I-4 de la Red Lima Este Metropolitana alcanzan porcentajes por debajo del 69% de capacidad resolutive, asimismo ninguno cumple con el personal mínimo requerido para un establecimiento con FONB, finalmente concluye que existen más brechas que cerrar para lograr que estos establecimientos tengan una capacidad resolutive adecuada a las necesidades de la demanda, que permitirá cumplir con los objetivos planteados de reducción de mortalidad materna en el país (p. 9). Por otro lado, Espinoza, S. (2015), concluye que, de la muestra que representa el 100%, de acuerdo con la Norma Técnica de Categorización y su guía técnica de categorización se les exige 9 unidades prestadoras de servicios de salud (UPSS) con un total de 44 grupos profesionales con lo cual alcanzaría el nivel I-4, sin embargo se observó que solo 12 grupos profesionales han sido cubiertos al 100%, cantidad que representa el 27.3% del total de la muestra y 32 grupos profesionales (72,7%) no está siendo cubierta por el total de establecimientos de la muestra. Finalmente, el estudio concluyó que ninguno de los 17 establecimientos cumplía

con las exigencias de la Norma Técnica y su guía de categorización, al no contar con los recursos humanos en salud necesarios para el funcionamiento de las UPSS exigidas para el nivel I-4 (p. 8). También, La Contraloría General de la República, (2016), encontró varios riesgos, el 48% tuvo ausencia de personal de salud en la cantidad mínima requerida, 10% de ausencia del servicio de consulta externa, el 16% carece del servicio laboratorio clínico, el 47% carece de medicamentos e insumos médicos prioritarios, 79% de carencia del equipamiento mínimo requerido, 33% en mal estado de conservación del equipamiento médico y 47% no cuentan con unidades de servicios generales y complementarios (infraestructura) mínimas, a modo de conclusión el operativo “Control Salud 2016”, detectó uno de los problemas más graves es la carencia de personal de salud registrándose en 740 centros y puestos de salud, otra deficiencia importante es la carencia de medicamentos e insumos como amoxicilina, atropina, ibuprofeno, paracetamol, etc., otro problema que afecta a los pacientes es la ubicación inadecuada de los locales de salud (39%), por estar cerca a fuentes de contaminación ambiental, esta situación se observó en más de 600 centros visitados, algunos de los cuales incluso están cerca a basurales (p. 9). Además, Huyhua, S., y Monsalve, A. (2016), concluye que, solo 2 establecimientos de salud cuentan con adecuada infraestructura, 1 con equipamiento necesario, 3 con el recurso humano y 9 con el nivel organizativo según la categoría asignada por MINSA. Solo en la dimensión del recurso humano, correspondiente a la categoría I-2 cumple con el 100% según lo establecido por el MINSA, finalmente el estudio concluyó que ninguno de los establecimientos de salud evaluados cuentan con la capacidad resolutive según la categoría asignada por el MINSA en las cuatro dimensiones, siendo las mayores falencias en equipamiento e infraestructura, seguido por la asignación de recursos humanos, y la más fortalecida y que se ajusta a categoría asignada es la organización de los centros de salud (p. 7). Contraloría General de la República, (2016), concluye que el 14.6% (7) no presta el servicio de consulta externa, de acuerdo a la categoría, de 8 establecimientos con categoría I-3 y I-4, el 50% no presta el servicio de laboratorio clínico, de 48 establecimientos el 56.3% (27) se evidenció la ausencia del personal de salud en la cantidad mínima requerida, el 54.2% cuenta con equipamiento inoperativo y 60.4% en mal estado de conservación y el 43.8 % no cuentan con unidades asistenciales mínimas (infraestructura) requeridas para la categoría, finalmente la contraloría concluye que durante la ejecución de la visita se han identificado hechos que están generando riesgos

en la prestación del servicio de salud, en el abastecimiento de medicamentos e insumos, mantenimiento del equipo médico y la infraestructura (p. 8).

Según norma técnica sanitaria N°021-MINSA/DGSP-V.03 “Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimientos del Sector Salud”, lo define como la clasificación que caracteriza a los establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales comunes, para lo cual cuentan con Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) que en conjunto determinan su capacidad resolutive, respondiendo a realidades socio-sanitarias similares y diseñadas para enfrentar demandas equivalentes. La asignación de categorías considera principalmente los elementos cualitativos de la oferta, quedando los aspectos cuantitativos de la misma sujetos a un análisis técnico local en función a la demanda, a fin de cumplir con las funciones en cada una de las UPSS de la categoría determinada. (MINSA, 2011, p. 12). Categorías de los establecimientos de salud públicos, privados y mixtos son. En el primer nivel de atención: Categoría I-1, Categoría I-2, Categoría I-3, Categoría I-4

En el segundo nivel de atención: Establecimientos de salud de atención general: Categoría II-1, Categoría II-2. Establecimientos de salud de atención especializada: Categoría II-E.

En el tercer nivel de atención: Establecimientos de salud de atención general: Categoría III-1 Establecimientos de salud de atención especializada: Categoría III-E y Categoría III-2. Asimismo menciona que la categoría de un establecimiento de salud está basada en la existencia de determinadas Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) consideradas como mínimas y en el cumplimiento obligatorio de actividades de atención directa y de soporte, dicha categoría tiene una vigencia de tres años, luego de las cuales la máxima autoridad del establecimiento de salud debe solicitar la re-categorización, la misma se podrá solicitar antes de los tres años cuando el director médico o responsable del establecimiento de salud considere que la capacidad resolutive ha cambiado, o cuando las Direcciones Regionales de Salud, previa evaluación, consideren pertinente su recategorización (MINSA, 2011, p.12).

Dimensiones de la categoría sin internamiento, establecimientos de salud que por su categoría y capacidad resolutive no cuentan con la UPSS hospitalización, no permitiendo el internamiento de pacientes para continuar con su atención. En el primer nivel de atención, categoría I-1, el grupo de clasificación de un establecimiento de salud del primer nivel de atención con capacidad resolutive para satisfacer las necesidades de

salud de la persona, familia y comunidad, en un régimen ambulatorio, con acciones intramurales y extramurales y a través de estrategias de promoción de la salud, la prevención de riesgos y el control de daños a la salud, también se dedica a la recuperación y rehabilitación de los problemas de salud , de acuerdo a la competencia del profesional de la salud no médico – cirujano a su cargo, para lo cual cuenta como mínimo con la UPSS de Consulta Externa, corresponden a esta categoría los siguientes establecimientos de salud: Puesto de salud denominado también posta de salud (con profesional de la salud no médico cirujano) y consultorio de profesional de la salud (no médico cirujano) (MINSa, 2011, p.13).

Categoría I-2, grupo de clasificación de un establecimiento de salud del primer nivel de atención con la capacidad resolutoria para satisfacer las necesidades de salud de la persona, la familia y la comunidad, en régimen ambulatorio , mediante acciones intramurales y extramurales y a través de estrategias de promoción de la salud, la prevención de riesgos y el control de daños a la salud, así como la recuperación y rehabilitación de los problemas de salud, de acuerdo a la competencia del profesional de la salud no médico – cirujano a su cargo, para lo cual cuenta como mínimo con la IPSS de Consulta Externa con Médico - Cirujano. Corresponden a esta categoría los siguientes establecimientos de salud: Puesto de salud, también denominado, Posta de Salud. (con médico cirujano). Consultorio médico, (con médico cirujano con o sin especialidad) (MINSa, 2011, p. 13).

Categoría I-3, grupo de clasificación de un establecimiento de salud del primer nivel de atención con capacidad resolutoria para satisfacer las múltiples necesidades de la salud de la persona, la familia y la comunidad, en el régimen ambulatorio, mediante acciones intramurales y extramurales y a través de diversas estrategias de promoción de la salud, así como la recuperación y rehabilitación de problemas de salud, para lo cual cuenta como mínimo con la UPSS Consulta Externa y la UPSS Patología Clínica. Corresponden a esta categoría los siguientes establecimientos de salud: Centro de Salud, Centro Médico y Centro Médico Especializado

Con internamiento, establecimientos de salud que por su categoría y capacidad resolutoria cuentan con la UPSS hospitalización, permitiendo el internamiento de pacientes para continuar con su atención (MINSa, 2011, p. 13).

Categoría I-4, grupo de clasificación de un establecimiento de salud del primer nivel de atención con la capacidad resolutoria para satisfacer las necesidades de salud de la persona,

la familia y la comunidad, en régimen ambulatorio, mediante acciones intramurales y extramurales y a través de estrategias de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, así como la recuperación y la rehabilitación de los problemas de salud, para lo cual cuenta como mínimo con la UPSS Consulta Externa, UPSS Patología Clínica y Farmacia. Estos establecimientos de salud ofertan atención de salud ambulatoria e internamiento. Corresponden a esta categoría los siguientes establecimientos de salud: Centro de salud con camas de internamiento y Centro médico con camas de internamiento. Estos establecimientos de salud cuentan como mínimo con Médicos especialistas (MINSa, 2011, p. 13).

En el segundo nivel de atención, categoría II-E, grupo de clasificación de establecimientos de salud del segundo nivel de atención con capacidad resolutoria para satisfacer las necesidades de salud de la población, a través de atención ambulatoria, de emergencia y de hospitalización, que comprende a los establecimientos de salud de atención especializada que desarrollan servicios de salud en una especialidad principal y opcionalmente otras especialidades; además, podrán desarrollar uno o más servicios subespecializados derivados de la especialidad principal. Estos establecimientos de salud que brindan atención especializada en un campo clínico o grupo etario, cuentan con las UPSS necesarias para garantizar la atención integral del paciente, siendo las UPSS de Atención Directa: Consulta Externa y Hospitalización obligatorias; así como las UPSS de Atención de Soporte: Diagnóstico por Imágenes, patología clínica, farmacia, Nutrición y Dietética. En esta categoría los establecimientos de salud desarrollan las siguientes funciones generales en salud, así como las actividades o intervenciones según corresponda: a) Promoción, b) Prevención, c) Recuperación, d) Rehabilitación, e) Gestión.

La capacidad resolutoria del Establecimiento de Salud de la Categoría II - E.- Estos establecimientos de salud brinda atención especializada en un campo clínico o grupo etario, y están en la capacidad de prestar servicios de atención ambulatoria de hospitalización y de emergencia en la(s) especialidad(es) que desarrollen, según corresponda (MINSa, 2011, p. 13). En diversos países existen normas sanitarias establecidas para regular el funcionamiento y operatividad de los establecimientos de salud, utilizando diversas definiciones sobre categorización; así como en Paraguay donde el proceso de Categorización lo establece mediante un método clasificatorio que permite determinar las prestaciones que cada establecimiento está en condiciones de proveer. La

Categorización es un proceso destinado a ordenar la oferta de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (Hospitales o Sanatorios) de acuerdo a su complejidad, y que permite, por lo tanto, definir niveles de atención, concentrar actividades y clasificar las prestaciones de acuerdo con la viabilidad de su realización. (Manual de Categorización y Acreditación de la Superintendencia de Salud SUPSALUD, Paraguay, 2009, p. 16). Así como en Bolivia la Categorización es denominada “Caracterización de Establecimiento de Salud”, la misma que lo define como el diseño básico de infraestructura, equipamiento, provisión de insumos y medicamentos, provisión de recursos humanos, flujos funcionales, sistema de control y normas de organización y funcionamiento interno. Cuenta con 2 componentes: Estructural: recursos humanos, infraestructura y equipamiento, insumos y medicamentos, y Funcional: ordenamiento institucional, procesos de gestión y sostenibilidad institucional. (Ministerio de Salud y Deporte, Bolivia, 2013, p. 17)

Y en Paraguay, la categorización se aplica mediante documento normativo denominado “Manual de habilitación de establecimientos proveedores de servicios de salud”, donde lo establece como la tipificación, clasificación de los establecimientos proveedores de servicios de salud, de acuerdo con los parámetros establecidos para el nivel de resolución, cobertura geográfica, grado de complejidad, actividades de formación docente e investigación. (Manual de Habilidadación de Establecimientos Proveedores de servicios de salud del Ministerio de Salud, Nicaragua, 2011, p. 18). En nuestro país, la categorización lo define como el proceso que conduce a clasificar los diferentes establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales, que permitan responder a las necesidades de salud de la población que atiende. (MINSA, 2011, p. 14).

Capacidad resolutive, en el país Chileno lo clasifica y lo define como: capacidad resolutive cuantitativa, que es la capacidad que tiene un profesional, establecimiento o nivel de atención para atender a los que solicitan atención, esta depende solamente de un factor cuantitativo, el volumen total de atención que él puede otorgar, depende del volumen de instrumentos de atención disponible (horas/médicos, días/camas, etc.), y del rendimiento de esos instrumentos (pacientes atendidos por hora, tasa de ocupación y giro de camas); y la capacidad resolutive cualitativa, es la capacidad que tiene ese profesional, establecimiento o nivel de atención para satisfacer la necesidad del paciente, pues sólo depende de un factor cualitativo, la complejidad de la atención otorgada que, a su vez,

está condicionada por el grado de capacitación del profesional que otorga la atención, la complejidad de los servicios de apoyo con los cuales él cuenta para el diagnóstico y la complejidad de los recursos terapéuticos de que dispone para tratar el caso. (Capacidad resolutive de la demanda de atención de morbilidad a nivel primario, 1981)

En el año 2004, el Ministerio de Salud de Perú define como la capacidad de oferta de servicios para satisfacer las necesidades de salud de la población en términos: Cuantitativos: Es la capacidad que tienen los recursos de un establecimiento para producir la cantidad de servicios suficientes para satisfacer el volumen de necesidades existentes en la población. (Depende de la cantidad de sus recursos disponibles). Cualitativa: Es la capacidad que tienen los recursos del establecimiento para producir el tipo de servicios necesarios para solucionar la severidad de las necesidades de la población. (Depende de la especialización y tecnificación de sus recursos). (MINSa, 2004, p. 14). El Ministerio de Salud (2015), modifica la definición como la capacidad que tienen los establecimientos de salud de producir el tipo de servicios necesarios para solucionar las diversas necesidades de la población, incluye la “satisfacción de los usuarios” (depende de la especificación y tecnificación de sus recursos). Según García, A. (2006), ha reconocido que la capacidad resolutive de los servicios primarios de atención sería la mejor medida de sus resultados (para los fines de la eficiencia), al tener un abordaje de la relación recursos-resultados. Dentro de los aspectos que con mayor frecuencia se estudian están: la adecuación del ingreso hospitalario y las urgencias, la satisfacción del paciente, el uso de la tecnología, la calidad de la prescripción y el gasto por persona (p. 15). La capacidad que tiene un establecimiento de salud o una red, ha considerado como capacidad resolutive vinculada con la accesibilidad a los servicios de salud, este término incluye un concepto geográfico, en la relación con la ubicación y cómo llegar a los establecimientos, y otro que es de tipo socioinstitucional, el cual involucra el término “rechazo” a la demanda de atención, definiendo al rechazo no solo como la falta de atención cuando esta es solicitada, sino que además debe incorporar temas como la demora o dificultades que enfrenta el usuario para acceder a instancias de diagnóstico y tratamientos oportunos. La accesibilidad a los establecimientos de atención primaria de salud (APS) es en general muy buena, en términos de distancia desde el hogar de los usuarios y de compatibilidad de horarios de atención con las necesidades de un alto porcentaje de pacientes. Sin embargo, la capacidad resolutive se ve comprometida por largos tiempos de espera. De

hecho, cerca del 70% de los usuarios en la APS deben esperar más de una hora antes de recibir atención. La espera, en general, es causa de insatisfacción del usuario, el cual, la califica reiteradamente de "poco humana" (Corporación de Salud y Políticas Sociales - CORSAP, 1999). Alineado con Donabedian, la capacidad resolutive lo establece como el proceso asistencial visto como un continuo, y procura aclarar que este análisis de proceso y resultados no se debe ver de forma aislada o fragmentada entre medios y fines, sino como una "cadena ininterrumpida de medios antecedentes, seguida de fines intermedios los que, a su vez, son medios para otros fines" (Donabedian, 2005).

Dimensiones de la capacidad resolutive

Recursos Humanos, es el personal del establecimiento con formación en áreas de la salud en posesión de un título profesional o técnico, por cualquier institución formadora de la educación superior o técnica media, debidamente reconocida por la legislación en la materia (Ministerio de Salud, 2015, p. 15).

Infraestructura, conjunto organizado de elementos estructurales, no estructurales y equipamiento de obra de una edificación que permite el desarrollo de prestaciones y actividades de salud (Ministerio de Salud, 2015, p. 15).

Equipamiento biomédico, es el dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos, hidráulicos y/o híbridos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. No constituye equipo biomédico, aquellos dispositivos médicos implantados en el ser humano o aquellos destinados para un solo uso. (Ministerio de Salud, 2015, p. 15).

Visita de categorización, visita realizada por el equipo operativo de categorización, previa comunicación al prestador de servicios, en la cual se verifica la información presentada por el director médico o el responsable de la atención de salud al momento de solicitar su categorización. Al finalizar la visita se suscribe un Acta y se eleva un Informe de al Comité Técnico de Categorización.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPRESS, son aquellos establecimientos de salud y servicio médico de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento, y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios

o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.

Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS), es la UPS organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud, en relación directa con su nivel de complejidad, y están referidas a los procesos operativos (UPSS de Atención Directa de Salud, UPSS de Investigación, y Docencia) y a los procesos de soporte (UPSS de Atención de Soporte de Salud) del establecimiento de salud, y que a través de los servicios que produzcan resuelven necesidades de salud individuales de un usuario en el entorno de su familia y comunidad.

Nivel de atención, constituye una de las formas de organización de la oferta de los servicios de salud, en la cual se relacionan la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población, con la capacidad resolutive. De acuerdo al comportamiento de la demanda, se reconocen tres niveles.

Primer Nivel de Atención: Es la puerta de entrada de la población al sistema de salud, en donde se desarrollan principalmente actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, teniendo como eje de intervención las necesidades de salud más frecuentes de la persona, familia y comunidad. El grado de severidad y magnitud de los problemas de salud de este nivel, plantea la atención con una oferta de gran tamaño, y de baja complejidad (MINSA, 2011, p. 15).

Segundo Nivel de Nivel de Atención: Se complementa la atención integral iniciada en el nivel precedente, agregando, agregando un grado de mayor especialización tanto en recursos humanos como tecnológicos, brindando, un conjunto de servicios de salud dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas del primer nivel de atención o aquellas que por urgencia o emergencia acudan a los establecimientos de salud de este nivel. Además, realiza actividades preventivas promocionales según correspondan.

Tercer Nivel de Atención: Es el nivel de mayor especialización y capacidad resolutive en cuanto a recursos humanos y tecnológicos dirigidos a la resolución de las necesidades de salud que son referidas de los niveles de atención precedentes, así como aquellas personas que acudan a los establecimientos de este nivel por razones de urgencia o emergencia. Además, realiza actividades preventivas promocionales según correspondan.

Nivel de Complejidad de Establecimientos de Salud, es el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, alcanzando merced a la especialización y tecnificación de sus recursos. El nivel de complejidad guarda relación directa con las categorías de establecimientos de salud.

Se formuló como Problema General

- ¿Cuál es la relación entre la categoría asignada con la capacidad resolutive en la Micro red Banda de Shilcayo, 2018?,

Problemas Específicos

- ¿La categoría asignada se encuentra acorde a su nivel de capacidad resolutive en la Micro red Banda de Shilcayo, 2018?;
- ¿Cuál es el nivel de capacidad resolutive de la Micro red Banda de Shilcayo, 2018?;
- ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de las dimensiones de la capacidad en la Micro red Banda de Shilcayo, 2018?

Se formuló como Objetivo General:

- Determinar la relación entre la categoría asignada con la capacidad resolutive en la Micro red Banda de Shilcayo, 2018.

Objetivo Específicos

- Identificar si la categoría asignada se encuentra acorde a su capacidad resolutive en la Micro red Banda de Shilcayo, 2018.
- Analizar el nivel de capacidad resolutive en la Micro red Banda de Shilcayo, 2018.
- Conocer el nivel de cumplimiento por dimensiones de la capacidad resolutive de recursos humanos, infraestructura, equipamiento y organización de la atención en la Micro red Banda de Shilcayo, 2018.

Como Hipótesis General:

- Existe relación entre la categoría asignada con la capacidad resolutive en la Micro red Banda de Shilcayo, 2018.

Hipótesis Específicas:

- La categoría asignada con la capacidad resolutive en la Micro red Banda de Shilcayo, 2018, son acorde.
- El nivel de capacidad resolutive en la Micro red Banda de Shilcayo, 2018, es deficiente.

- El nivel de cumplimiento de las dimensiones recursos humanos, infraestructura, equipamiento y organización de la atención de la capacidad resolutive en Micro red Banda de Shilcayo 2018, es óptimo.

2. METODOLOGIA

El estudio de investigación fue de tipo básica no experimental debido que para su desarrollo no se alteró las variables abordadas con el propósito lograr resultados fidedignos. Por otro lado, en base a la observación se pudo determinar el comportamiento y sus características dentro del ambiente natural (Hernández Sampieri, 2010). La investigación utilizada fue de diseño descriptivo correlacional, porque se examinó la relación entre dos variables, para finalmente determinar la existencia y grado de correlación entre las mismas, en la misma unidad de investigación o sujeto de estudio. (Hernandez Sampieri, 2010). Las variables fueron: variable 1: Categoría asignada y variable 2: Capacidad resolutive. La población y muestra estuvo constituido por 06 Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la Micro red Banda de Shilcayo registrados en RENIPRES – SUSALUD al 30 de setiembre del 2017, según el siguiente detalle: 1.- Hospital.II La Banda de Shilcayo; 2.- P.S. I-1 Las Palmas; 3.- P.S. I-1 Bello Horizonte; 4.- P.S.I-1 Unión de Sanirarca; 5.- P.S. I-1 Progreso KM 30; 6.- P.S. I-1 San José Km 34

La técnica utilizada fue la observación, porque se recolectó datos a través de la percepción directa de los hechos. El instrumento considerando la naturaleza del problema se elaboró una lista de chequeo para cada variable, que consistió en un listado de ítems o verificadores para las dimensiones detallados en la matriz de operacionalización de variables. Se ha observado que de acuerdo a Ley cuando se asigna la Categoría de una IPRESS ésta debe de estar cumpliendo la totalidad de exigencias para la cual ha sido designado esa Categoría y por lo cual todos los establecimientos de salud encuestados deben tener puntajes perfectos acorde a la Categoría Asignada. Para la medir la variable categoría asignada, se utilizó la clasificación de categoría de establecimiento de salud según nivel de complejidad. Para la variable capacidad resolutive se determinó el nivel de la capacidad resolutive de los establecimientos de la microred Banda de Shilcayo. Para su formulación del instrumento se tomó como referencia la “Guía técnica para la categorización de establecimientos del sector salud”, aprobado mediante Resolución

Ministerial N° 076-2014/MINSA. El instrumento estuvo conformado por 4 dimensiones: Recursos Humanos, Equipamiento, Infraestructura y Organización para la Atención.

Las dimensiones están conformadas por 71 ítems o verificadores en las IPRESS con categoría I-1 y 218 ítems o verificadores en II-E, donde la puntuación se determina con valor 1 cuando cumple, valor 2 cuando no cumple y valor 3 cuando no aplica. La escala de medición utilizada fue la nominal considerándose lo siguiente: Optimo = > o igual 90% de verificadores cumple; Deficiente < de 90% de verificadores cumple.

Los datos recolectados a través de los instrumentos, fueron procesados y analizados de manera automatizada utilizando Software IBM SPSS versión 22.0 más la hoja de cálculo de Microsoft Office Excel 2013, luego se realizó la tabulación simple o cruzada. Los resultados fueron presentados mediante tablas estadísticas de entrada simple y doble, de acuerdo a los objetivos propuestos en la investigación, considerando sus respectivos gráficos de frecuencias absolutas y porcentuales. La asociación de datos se logró aplicando la prueba de independencia de Criterios Chi Cuadrado (X^2) y el nivel de significancia estadística se clasificará con $p < 0,05$. Además de la correlación para saber la influencia de las variables.

En el presente estudio se tuvo en cuenta las normas del código de ética, respetando siempre la identidad y la dignidad de los colaboradores del área asistencial que participan en el estudio, se mantuvo la confidencialidad de la información y se protegió su integridad

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Resultados

Tabla 1

Correlaciones entre categoría y capacidad resolutive de las IPRESS Micro red Banda de Shilcayo

		Categoría	Capacidad Resolutiva
Categoría	Correlación de Pearson	1	-0,149
	Sig. (bilateral)		0,66
	N	6	6
Capacidad Resolutiva	Correlación de Pearson	-0,149	1
	Sig. (bilateral)	0,66	
	N	6	6

Fuente: Instrumento aplicado

El coeficiente de correlación de Pearson de las variables de estudio de la presente investigación, demuestran una correlación muy baja o nula, el valor del coeficiente es de

-0.149, es decir, la categoría asignada a las IPRESS de la Micro red Banda de Shilcayo no están acorde o en relación a su capacidad resolutive de las mismas.

Tabla 2

Nivel de la Capacidad Resolutiva en la Micro red Banda de Shilcayo.

Categoría	Nombre de la Ipress	Capacidad Resolutiva			
		Total	Meta	Nivel De Cumplimiento	Criterio De Cumplimiento $\geq 90\%$
I-1	P.S. Palmas	15	42	36%	No cumple
	P.S. Bello Horizonte	30	42	71%	No cumple
	P.S. Progreso Km 30	18	42	43%	No cumple
	P.S. San José Km. 34	20	42	48%	No cumple
	P.S. Unión de Sanirarca	25	42	60%	No Cumple
II-E	Hospital Banda de Shilcayo	146	152	96%	Cumple

Fuente: Instrumento aplicado

En la tabla 02 se muestra los porcentajes alcanzados por las IPRESS de la Micro red Banda de Shilcayo, de la variable capacidad resolutive; donde se evidencia que ninguna IPRESS de categoría I-1 cumple con el 90% de cumplimiento y respecto a la categoría II-E solo cumple el Hospital Banda de Shilcayo con el 96%, obteniendo una capacidad resolutive óptima ya que supera el 90% del cumplimiento de las dimensiones, seguido de los establecimientos P.S. Bello Horizonte y P.S. Unión de Sanirarca que alcanzaron el 71% y 60% respectivamente pero no cumplen el 90%, los de menos capacidad resolutive son de 40% a menos, teniendo como resultado una capacidad resolutive deficiente.

Tabla 3

Nivel de la Capacidad Resolutiva de las IPRESS según categoría.

Valor	Escala	Categoría	% Capacidad Resolutiva	% Brecha de Capacidad Resolutiva
Optimo	> igual 90%	I – 1	51.6%	48.4%
Deficiente	cumple	II – E	96.0%	4.0%
	<90% cumple	Total	73.8%	26.2%

Fuente: Instrumento aplicado

En la tabla 3, se muestra los porcentajes de la capacidad resolutive por categoría de IPRESS, observándose que las IPRESS con categoría II-E alcanzan mayor porcentaje capacidad resolutive representado por el 96,0% a diferencia de la categoría I-1 en 51.6%, siendo un total del 73.8% de capacidad resolutive calificando como deficiente, ya que no alcanza el estándar esperado de 90% de cumplimiento de las dimensiones, con una brecha por implementar del 26.2%.

Tabla 4.**Nivel de cumplimiento en la dimensión Infraestructura.**

Categoría	Nombre de la Ipress	Infraestructura			
		Puntaje	Meta	Nivel de Cumplimiento	Criterio de Cumplimiento $\geq 90\%$
I-1	P.S. Palmas	5	6	83%	No cumple
	P.S. Bello Horizonte	6	6	100%	Cumple
	P.S. Progreso Km 30	4	6	67%	No cumple
	P.S. San José Km. 34	4	6	67%	No cumple
	P.S. Unión de Sanirarca	3	6	50%	No Cumple
II-E	Hospital Banda de Shilcayo	24	27	89%	No Cumple

Fuente: Instrumento aplicado

La tabla 4, muestra el número y porcentaje alcanzado por las IPRESS Micro red Banda Shilcayo en la dimensión Infraestructura, donde la IPRESS P.S. Bello Horizonte de la categoría I-1 ha superado el estándar esperado de 90% alcanzando el 100%. Sin embargo, se puede apreciar que la categoría II-E Hospital Banda de Shilcayo alcanzó 89% muy cerca al estándar esperado, observándose del mismo modo en la categoría I-1 las IPRESS P.S. Palmas, P.S. Progreso Km 30, P.S. San José Km. 34 y P.S. Unión de Sanirarca alcanzaron de 83% a menos.

Tabla 5.**Nivel de cumplimiento dimensión Recursos Humanos.**

Categoría	Nombre de la ipress	Recursos humanos			
		Puntaje	Meta	Nivel de Cumplimiento	Criterio De Cumplimiento $\geq 90\%$
I-1	P.S. Palmas	5	10	50%	No cumple
	P.S. Bello Horizonte	6	10	60%	No Cumple
	P.S. Progreso Km 30	4	10	40%	No cumple
	P.S. San José Km. 34	4	10	40%	No cumple
	P.S. Unión de Sanirarca	3	10	30%	No Cumple
II-E	Hospital Banda de Shilcayo	35	38	92%	Cumple

Fuente: Instrumento aplicado

En la tabla 5 muestran el número y porcentaje alcanzado por las IPRESS de la Micro red Banda de Shilcayo en la dimensión Recursos Humanos. Asimismo, se puede apreciar correspondiente a la categoría II-E, que es el Hospital Banda de Shilcayo alcanzó un 92% de cumplimiento en esta dimensión, superando el estándar esperado de 90%. Sin embargo, se puede apreciar que la categoría I-1 las IPRESS P.S. Bello Horizonte, P.S. Palmas, P.S. Progreso Km 30, P.S. San José Km. 34 y P.S. Unión de Sanirarca alcanzaron de 60% a menos.

Tabla 6.*Nivel de cumplimiento dimensión Equipamiento.*

Categoría	Nombre de la ipress	Equipamiento			
		Puntaje	Meta	Nivel de Cumplimiento	Criterio de Cumplimiento $\geq 90\%$
I-1	P.S. Palmas	6	13	46%	No cumple
	P.S. Bello Horizonte	8	13	62%	No Cumple
	P.S. Progreso Km 30	6	13	46%	No cumple
	P.S. San José Km. 34	8	13	62%	No cumple
	P.S. Unión de Sanirarca	9	13	69%	No Cumple
II-E	Hospital Banda de Shilcayo	56	61	92%	Cumple

Fuente: Instrumento aplicado

En la tabla 6 se muestra el número y porcentaje alcanzado por las IPRESS de la Micro red Banda de Shilcayo en la dimensión Equipamiento. Asimismo, se puede apreciar correspondiente a la categoría II-E, que el Hospital Banda de Shilcayo alcanzó un 92%, alcanzando el estándar esperado 90%. Sin embargo, se puede apreciar que la categoría I-1 las IPRESS P.S. Bello Horizonte, P.S. Palmas, P.S. Progreso Km 30, P.S. San José Km. 34 y P.S. Unión de Sanirarca alcanzaron de 69% a menos.

Tabla 7.*Nivel de cumplimiento dimensión Organización para la Atención.*

Categoría	Nombre de la ipress	Organización para la atención			
		Puntaje	Meta	Nivel De Cumplimiento	Criterio De Cumplimiento $\geq 90\%$
I-1	P.S. Palmas	6	13	46%	No cumple
	P.S. Bello Horizonte	8	13	62%	No Cumple
	P.S. Progreso Km 30	6	13	46%	No cumple
	P.S. San José Km. 34	6	13	46%	No cumple
	P.S. Unión de Sanirarca	9	13	69%	No Cumple
II-E	Hospital Banda de Shilcayo	31	35	89%	No Cumple

Fuente: Instrumento aplicado

La tabla 7 se muestra el número y porcentaje alcanzado por las IPRESS de la Micro red Banda de Shilcayo en la dimensión Organización para la Atención. Asimismo, se puede apreciar correspondiente a la categoría II-E, que el Hospital Banda de Shilcayo alcanzó el mayor porcentaje con 89%, no alcanzó el estándar esperado 90%. Sin embargo, se puede apreciar que la categoría I-1 las IPRESS P.S. Bello Horizonte, P.S. Palmas, P.S. Progreso Km 30, P.S. San José Km. 34 y P.S. Unión de Sanirarca alcanzaron de 69% a menos. Es decir, ningún establecimiento superó el estándar establecido.

Tabla 8.***Nivel de Cumplimiento en las dimensiones de la Capacidad Resolutiva de las IPRESS.***

Dimensión	Meta	Cumplimiento	% Cumplimiento
Infraestructura	57	46	81%
Recursos Humanos	88	57	65%
Equipamiento	126	93	74%
Organización para la Atención	100	66	66%

Fuente: Instrumento aplicado

La tabla 8, se muestra los porcentajes del cumplimiento en las dimensiones de la capacidad resolutiva de las IPRESS de la Micro red Banda de Shilcayo, evidenciándose que las dimensiones no cumplen con el estándar esperado 90%; sin embargo, se observa que la dimensión de equipamiento es el de mayor cumplimiento (81%), seguido por la dimensión equipamiento (74%), luego por la dimensión de organización para la atención (66%) y por último la dimensión de recursos humanos (65%).

Tabla 9.***Prueba de Chi-Cuadrado para Capacidad Resolutiva y Categoría asignada de la Micro red Banda de Shilcayo.***

	Valor	Grados De Libertad	Significancia Asintótica (2 Colas)
Chi-cuadrado de Pearson	0,244 ^a	1	0,621
N de casos válidos	6		

Fuente: Instrumento aplicado

La prueba de hipótesis de independencia de variables Chi Cuadrado, demuestra que nuestra hipótesis nula se acepta, dado que el valor de la significancia es 0.621 que es mayor que 0.05 (Ver Cuadro N° 01). Análogamente si observamos el valor del estadístico Chi Cuadrado que es 0.244 es menor que el valor tabulado de la prueba con 0.05 de probabilidad y 2 grados de libertad que es 5.99 (Ver gráfico N° 01), por lo tanto, dicho valor de encuentra en la región de aceptación de la hipótesis nula. Se concluye que no existe relación entre la capacidad resolutiva de las IPRESS y su categoría asignada.

3.2. Discusión

El presente estudio se ha enfocado en las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud –IPRESS, de la Micro red de Banda de Shilcayo, asignado con categoría I-1 y II-E, registrado en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –RENIPRESS, estas cumplen un papel importante siendo la puerta de entrada de la

población al sistema de salud, donde se atiende el 80% de la demanda de la población con problemas de salud, el cual el 70% debería ser resuelto en este nivel y el 10% derivados al segundo nivel de atención, estas desarrollan principalmente actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos de daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

La red de salud San Martín cuenta con 50 IPRESS, de estos 49 son del primer nivel de atención corresponden a: 35 IPRESS categoría I-1, 04 IPRESS categoría I-2, 08 IPRESS categoría I-3, 02 IPRESS categoría I-4, estas pueden realizar la actividad de referencia del parto, atención de emergencias e internamiento sólo en el nivel II-E las 24 horas según complejidad, siendo estos soporte de contención para el segundo nivel de atención, si su capacidad resolutive no es fortalecida, es referida a otro establecimiento de mayor complejidad, siendo en la actualidad el Hospital Banda de Shilcayo, la misma que cuenta con una gran deficiencia en infraestructura, equipamiento y recursos humanos, congestionando los servicios de salud; siendo en las referencias realizadas desde las cabeceras de Micro red al Hospital Banda de Shilcayo el 75% aproximadamente corresponden a causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio, el 20% a otros casos de emergencias y el resto 5% casos más complejos.

Uno de nuestros objetivos fue el de determinar si la categoría asignada de las IPRESS de la Micro red Banda de Shilcayo 2018, se encuentra acorde a su capacidad resolutive, teniendo como resultado un valor de -0,149 de la coeficiente de correlación de Pearson, donde demuestra que la categoría asignada no está acorde a su capacidad resolutive, resultados que guardan relación con el estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (2012), el mismo que llegó a concluir que la mayoría de los establecimientos de salud que fueron visitados no llegan a cumplir las categorías actuales, encontrando deficiencias de infraestructura, equipamiento y en relación a los recursos humanos. Así mismo se ratifica con los resultados del estudio encontrado por Huyhua, S. & Monsalve, A. (2016), donde concluyen que ninguno de los establecimientos de salud evaluados cuenta con la capacidad resolutive según categoría asignada por el Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud establece la capacidad resolutive como la capacidad que tienen los establecimientos de salud de producir el tipo de servicios necesarios para solucionar las diversas necesidades de la población, incluye la “satisfacción de los usuarios” (depende

de la especificación y tecnificación de sus recursos). Asimismo, menciona que la categoría de un establecimiento es clasificada en base a niveles de complejidad y a características funcionales comunes, para lo cual cuenta con Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) que en conjunto determinan su capacidad resolutive. Se puede afirmar entonces que el bajo nivel de cumplimiento de las dimensiones establecidas en la norma de categorización, existencia de brechas y la falta de implementación de UPSS según categoría implicaría una capacidad de respuesta deficiente, por ende, insatisfacción del usuario externo e interno, ya que responde a sus necesidades de salud de la población. El segundo objetivo del estudio fue Identificar el nivel de capacidad resolutive de las IPRESS de la Micro red Banda de Shilcayo 2018, donde las IPRESS del primer de atención obtuvieron 51.6% de capacidad resolutive, no alcanzando el estándar esperado 90%, calificado como capacidad resolutive deficiente, obteniendo una brecha de 48.4%, el mismo que es corroborado con el estudio del Sistema de Salud Suramérica-Bolivia, donde concluye que la Capacidad resolutive de los establecimientos de salud del primer nivel de atención (Puesto de salud, promedio nacional 96%) sin capacidad resolutive efectiva, ya que esta categoría de establecimiento de salud está a cargo de auxiliar o técnico de enfermería. También los resultados coincide con el estudio de Alama, E. (2015), quien obtuvo como resultado que dichos establecimientos alcanzaron porcentajes por debajo del 69% de capacidad resolutive, es decir ninguno cumplió con el total del personal mínimo requerido para un establecimiento con FONP (primer nivel de atención), y en nuestro presente estudio se obtuvo como resultado una capacidad resolutive por encima de 90% en las IPRESS con categoría II-E, la misma que cumple con el recurso humano mínimo para la categoría asignada, representado por el Hospital Banda de Shilcayo.

El siguiente objetivo fue determinar el nivel de cumplimiento por dimensiones de la capacidad resolutive de recursos humanos, infraestructura, equipamiento y organización de la atención de las IPRESS del primer nivel de atención de la Micro red Banda de Shilcayo, 2018, donde se obtuvo como resultado que ninguna dimensión cumplió con el estándar esperado (90%), alcanzando el mayor porcentaje la dimensión infraestructura 81%, seguido por la dimensión equipamiento (74%), luego por la dimensión de organización para la atención (66%) y por último la dimensión recursos humanos (65%), es decir la dimensión con mayor falencia es la de recursos humanos y la dimensión que

obtuvo mayor porcentaje es la dimensión de infraestructura. Corroborando con los estudios realizados por el MINSA (2010), realizado a 10 regiones del país en las IPRESS del primer nivel de atención de mayor capacidad resolutive (I-4) en relación al cumplimiento de los estándares de la norma de categorización, el cual mostró que solo el 32% de establecimientos de salud visitados disponen de la Infraestructura, de acuerdo a la categoría asignada, el 25% de establecimientos de salud visitados disponen de equipamiento, de acuerdo a la categoría asignada y el 39% de establecimientos de salud visitados disponen de Recursos Humanos, de acuerdo a la categoría asignada, no alcanzó el 90% de cumplimiento de los estándares evaluados, es decir los resultados poseen características no improbables al cumplimiento de los objetivos del primer nivel de atención siendo esta como puerta de entrada al sistema de salud. Los resultados del estudio se contraponen a lo encontrado por Huyhua, S y Monsalve, A (2016), donde señala que las mayores falencias de los establecimientos de salud están en la dimensión equipamiento e infraestructura, seguido por la asignación de recursos humanos, siendo la organización de los centros de salud la más fortalecida y la que más se ajusta a la categoría asignada. Del mismo modo ocurre con los resultados encontrados por Heredia, H., Tovar, M., Gallego, L., Naranjo, M. (2015), en su estudio denominado quienes concluyen que existe una capacidad resolutive en el componente de estructura con nivel aceptable para prestar atención materna, las dimensiones con mayor fortaleza fueron el recurso humano asistencial y la infraestructura. Asimismo, los resultados del presente estudio revelan que de las seis (06) IPRESS evaluados solo el Hospital Banda de Shilcayo categoría II-E cumple con el 92% de cumplimiento de las dimensiones requerido para tener capacidad resolutive óptima, es decir, que 05 IPRESS representada por el 83% del total de IPRESS evaluadas tienen capacidad resolutive deficiente, obteniendo brechas recursos humanos, equipamiento, infraestructura y organización para la atención. Estos resultados revelan que el sistema de salud se encuentra en un estado CRÍTICO, con respecto a la operatividad y funcionalidad de las IPRESS del primer nivel de atención.

Según Espinoza, S. (2015) ha evidenciado en su estudio que los Establecimientos de Salud, no cuentan con la totalidad de recursos humanos en salud exigidos por la Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud” ni tienen implementadas en su totalidad, las UPSS que les corresponde tener en vigencia

4. CONCLUSIONES

No existe relación entre la categoría asignada con la capacidad resolutive de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la Micro red Banda de Shilcayo, dado que el valor de la significancia del Chi cuadrado es 0.621 que es mayor que 0.05, donde demuestra que la hipótesis nula se acepta.

Existe una correlación muy baja o nula entre las variables categoría asignada y capacidad resolutive en las instituciones prestadoras de servicios de salud – IPRESS evaluados, porque se obtuvo un valor en la correlación de Pearson de - 0.149, por lo cual se establece que no existe relación.

El nivel de capacidad resolutive de las IPRESS de la Micro red Banda de Shilcayo, donde muestra una capacidad resolutive de 73.8%, no alcanzando el estándar esperado (90%), calificando como capacidad resolutive deficiente; es decir, existen limitaciones para resolver las necesidades de salud de la población por no cumplir en su totalidad con las dimensiones exigidas en la norma técnica de categorización según la categoría asignada, no garantizando una atención oportuna y de calidad.

El nivel de cumplimiento por dimensiones de la capacidad resolutive demostró que la dimensión de mayor porcentaje alcanzado fue la de infraestructura con un 81%; sin embargo, ninguna de las dimensiones cumple con el estándar esperado (90%), poniendo en riesgo la seguridad del paciente en limitadas condiciones de oportunidad y calidad.

5. REFERENCIAS

Ávila, N. (2016). Incidencia de la capacidad resolutive de las IPS provinciales en la calidad de la prestación de los servicios del Hospital Universitario de Santander, 2015. Universidad Militar Nueva Granada, Facultad de Ciencias Económicas, Maestría en gestión de organizaciones, Bogotá. Recuperado de:<http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/15049/6/AvilaFlorezNeyllaMarcela2016.pdf>

Alama, E. (2015). Capacidad Resolutiva de Establecimientos de Centros Maternos (Nivel I-4) de la Red Lima Este Metropolitana. (Vol. 11, N° 02). Tesis de maestría. Universidad San Martín de Porres. Facultad de Obstetricia y Enfermería. Lima, Perú. Recuperado de:
<http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/749>

Contraloría General de la República, (2016), “Prestación de Servicios de Salud, Abastecimiento de Medicamentos e Insumos Médicos y Estado de Equipamiento

- Médico e Infraestructura”. (Informe Regional N° 01-2016-CG/COREMO-OP). San Martín, Perú.
- Corporación de Salud y Políticas Sociales (1999). “Capacidad resolutive de redes descentralizadas de atención de salud”. Santiago, Chile. Recuperado en:<http://studyres.es/doc/3463553/capacidad-resolutiva-y-trabajo-en-equipo--factores-de-la-...?page=1>
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical Care. *Milbank Q.* 83(4): 691-729. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x/abstract>
- Dirección Regional de Salud San Martín (2017). Dirección de Regulación y Fiscalización Sectorial en Salud, Categorización de Establecimientos de Salud de la Región San Martín. Moyobamba, Perú.
- Espinoza, S. (2015). Nivel de cumplimiento de los estándares de categorización en los establecimientos de salud públicos instituto de gestión de servicios de salud, 2015. Tesis para optar grado de maestra en gestión estratégica de la calidad y auditoría médica. Lima – Perú. Recuperado de:http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2090/3/espinoza_st.pdf
- García, A., Álvarez, A. Pautas conceptuales para futuros estudios nacionales de la eficiencia en los servicios médicos primarios. *Rev. Cubana Salud Pública.* 2006 [citado 11 Mar 2013]; 32(2). Recuperado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000200010
- Heredia, H., Tovar, M., Gallego, L. Naranjo, M. (2015). Capacidad Resolutiva de la Atención Materna en el Municipio Juan Germán Roscio de Guárico, Venezuela. (Vol. 2, N° 01). Artículo de Investigación Científica. España. Recuperado de: <http://journalhealthsciences.com/index.php/UDES/article/view/24>
- Huyhua, S. Monsalve, A. (2014). Capacidad resolutive de los establecimientos de salud donde realizan su internado los estudiantes de enfermería, 2014. *Revista de Investigación Científica: Ciencias Sociales y Humanidades.* Amazonas – Perú. Recuperado de: <file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/capacidad%20resolutiva%20amazonas.pdf>

- López, P. García, A., Segredo, A., Carbonell, L. y Santana, A. (2014). Procedimiento para medir capacidad resolutive de los Equipos básicos de salud. (Vol. 40, N° 4). Revista Cubana de Salud Público. Escuela Nacional Pública La Habana, Cuba. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v40n4/spu02414.pdf>
- La Contraloría General de la República (2016), Boletín N° 042 Nov/2016 “Gestión y Control”. Lima - Perú. Recuperado de: http://www.contraloria.gob.pe/wps/wcm/connect/fedf89a4-4bb6-4d8b-b516-f9540109fa19/Boletin_Gestion_Control_N_42_Nov2016.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=fedf89a4-4bb6-4d8b-b516-f9540109fa19
- Ministerio de Salud y Deportes (2013). Norma Nacional de Caracterización de establecimientos de salud del primer nivel de atención. La Paz-Bolivia. Recuperado de: https://srhr.org/abortion-policies/documents/countries/16-Bolivia-Norm-Characterisation-of_Primary-Health-Level-Facilities-2013.pdf
- Ministerio de Salud (2010). Lineamientos de Política Sectorial en Salud. Lima – Perú.
- Ministerio de Salud - MINSA (2011). Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021. Aprobada con Resolución Ministerial N° 278-2011/MINSA. (Documento Técnico). Lima, Perú. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1620.pdf>
- Ministerio de Salud, MINSA (2009). Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna perinatal. Aprobada con Resolución Ministerial N° 207-2009/MINSA. (Documento Técnico). Lima, Perú. Recuperado de: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Peru/peru_mnh_plan_estrategico_nacional_2009-2015.pdf
- Ministerio de Salud (2011). Norma Técnica “Categorías de establecimientos del sector salud”, NTS N° 021-MINSA/DGSP. V 03, aprobada con Resolución Ministerial N°546-2011/MINSA. Lima, Perú. Recuperado de: http://doc.contraloria.gob.pe/operativos/operativo-salud-2016/normativa_operativo_Salud_5.PDF
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2009). Manual de Categorización y Acreditación de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud. Edición 2009, aprobado con Resolución S.G. N° 187. Asunción – Paraguay. Recuperado de: http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&

- category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=72-manual-de-categorizacion-y-acreditacion-de-la-superintendencia-de-salud&Itemid=253
- Ministerio de Salud. (2011). Manual de Habilitación de Establecimientos Proveedores de servicios de salud. Dirección General de Regulación Sanitaria. Normativo N° 080. Managua – Nicaragua. Recuperado de:http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=587-indicador-12-manual-habilitacion-minsa-hss&category_slug=documentos-proyecto-holanda&Itemid=235
- Ministerio de Salud (2004). Norma Técnica “Categorías de establecimientos del sector salud”, NTS N° 021-MINSA/DGSP. V 01. Lima - Perú. Recuperado de:<https://es.slideshare.net/juantolenb/categorizacion-de-los-establecimientos-de-salud>
- Ministerio de Salud. (2015). Resolución Ministerial N° 045-2015/MINSA. Norma técnica de salud N° 113-MINSA/DGIEM-V.01: Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del primer nivel de atención.
- Superintendencia Nacional de Salud-SUSALUD (2014). Reglamento de infracciones y sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud, aprobada con el Decreto Supremo N° 031-2014-SA, Lima-Perú. Recuperado de:<http://www.elperulegal.com/2014/11/decreto-supremo-n-031-2014-sa-aprueban.html>
- Simeant, S. (1981). Capacidad resolutive de la demanda de atención de morbilidad a nivel primario. Chile. Pp. 128. Recuperado de:<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/16990/v97n2p125.pdf?sequence=1>