

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

Análisis de las salas situacionales en establecimientos de salud del primer nivel de atención, micro redes y redes MINSA Lambayeque

Para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano

Línea de Investigación: Ciencias de la Salud

Bach. Damián Herrera, Pedro Francisco

Asesor metodológico y temático:

Dr. Patazca Ulfe, Julio Enrique

LAMBAYEQUE – PERÚ, 2024

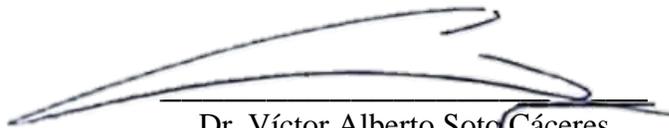
APROBADO POR:



Dra. Blanca Falla Aldana
Presidenta



Dr. Jaime Ysrael Salazar Zuloeta
Secretario



Dr. Víctor Alberto Soto Cáceres
Vocal



Dr. Julio Enrique Patazca Ulfe
Asesor

ACTA DE SUSTENTACIÓN Nº 030-2024-FMH-UNPRG

Siendo las 16:00 horas del día 22 de marzo del 2024, se reunieron los miembros de jurado evaluador designados por Resolución N°184-2023-VIRTUAL-FMH-D; conformada por los siguientes docentes:

Presidente: Dra. Blanca Santos Falla Aldana
Secretario: Dr. Jaime Ysrael Salazar Zuloeta
Vocal: Dr. Víctor Alberto Soto Cáceres

Con la finalidad de evaluar y calificar la sustentación de la tesis titulada:
"ANÁLISIS DE LAS SALAS SITUACIONALES EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, MICRO REDES Y REDES MINSA LAMBAYEQUE"
cuyo autor es el (los) bachiller (es):

DAMIÁN HERRERA, PEDRO FRANCISCO

Teniendo como Asesor Metodológico y Temático DR. JULIO ENRIQUE PATAZCA ULFE.

El acto de sustentación fue autorizado por Resolución N° 121-2024-VIRTUAL-FMH-D de fecha 22 de marzo del 2024

Después de la sustentación y absueltas las preguntas y observaciones de los miembros de jurado se procedió a la calificación respectiva otorgándole la calificación de 18 (Dieciocho) en escala vigesimal y 88 (ochenta y ocho) en la escala centesimal Nivel: MUY BUENO.

Por lo que queda APTO para optar el título profesional de Médico Cirujano de acuerdo con la Ley Universitaria 30220 y la normatividad vigente de la Facultad de Medicina Humana y la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Siendo las 17:00 horas se da por concluido el presente acto académico, dándose conformidad al presente acto, con la firma de los miembros del jurado.



DRA. BLANCA SANTOS FALLA ALDANA
PRESIDENTE



DR. JAIME YSRAEL SALAZAR ZULOETA
SECRETARIO



DR. VÍCTOR ALBERTO SOTO CACERES
VOCAL





Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: PEDRO FRANCISCO DAMIAN HERRERA
Título del ejercicio: SALA SITUACIONAL
Título de la entrega: SALA SITUACIONAL LAMBAYEQUE
Nombre del archivo: 1_INFORME_FINAL_SSS_Dami_n_Herrera.pdf
Tamaño del archivo: 1.27M
Total páginas: 55
Total de palabras: 13,029
Total de caracteres: 73,036
Fecha de entrega: 22-mar.-2024 08:56a. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega... 2327857922

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

Análisis de las salas situacionales en establecimientos de salud del primer nivel de atención, micro redes y redes MINSA Lambayeque

Para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano

Línea de Investigación: Ciencias de la Salud

Bach. Damián Herrera, Pedro Francisco

Asesor metodológico y temático:
Dr. Patazca Ulfe, Julio Enrique

LAMBAYEQUE - PERÚ, 2024

Dr. Julio Enrique Patazca Ulfe
Asesor

SALA SITUACIONAL LAMBAYEQUE

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%

INDICE DE SIMILITUD

8%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
2	www.unprg.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	www2.scielo.org.ve Fuente de Internet	1%
4	dspace.unach.edu.ec Fuente de Internet	1%
5	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unprg.edu.pe:8080 Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
8	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	<1%
9	Chacaliaza, Arturo Arnaldo Lopez. "Factores Que Influyen en la Intencion de uso de	<1%

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, DR. PATAZCA ULFE JULIO ENRIQUE, asesor temático y revisor del trabajo de Investigación “ANÁLISIS DE LAS SALAS SITUACIONALES EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, MICRO REDES Y REDES MINSA LAMBAYEQUE” cuyo autor es, Bach. DAMIÁN HERRERA PEDRO FRANCISCO, identificado con DNI 73940584; declaro que tras la evaluación minuciosa del documento constato que la misma tiene un índice de similitud de 8%, verificable en el reporte de similitud del programa informático Turnitin.

El suscrito verificó dicho reporte y determinó que cada coincidencia detectada dentro del índice de similitud permitido no constituye plagio. A mi leal saber y entender el presente trabajo de investigación cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Se adjunta el recibo digital a efectos de la trazabilidad documentaria del proceso.

Lambayeque, 11 de marzo del 2024



Dr. Julio Enrique Patazca Ulfe
DNI: 16690429
Asesor temático y metodológico

Se adjunta:

- * Resumen del Reporte Automatizado de similitudes
- * Recibo Digital

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Damián Herrera Pedro Francisco, investigador principal, y Patazca Ulfe Julio Enrique, asesor temático y metodológico del presente trabajo de investigación “ANÁLISIS DE LAS SALAS SITUACIONALES EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, MICRO REDES Y REDES MINSA LAMBAYEQUE”, declaro bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrase lo contrario, asumo responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que pueda conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 11 de marzo del 2024



Damián Herrera Pedro Francisco
DNI: 73940584
Investigador principal



Dr. Julio Enrique Patazca Ulfe
DNI: 16690429
Asesor temático y metodológico

DEDICATORIA

A mis amados padres, Pedro e Irma

Les debo todo. Su amor incondicional, apoyo inquebrantable y sacrificio han sido la lumbrera de mi sendero hacia el éxito. Gracias por creer en mí siempre.

A mi querida hermana, Esther

Por ser mi apoyo y confidente, espero celebrar juntos muchos más de nuestros logros.

A mi compañera Valérie

Tu presencia ha hecho que cada desafío sea más llevadero y cada logro sea más significativo.

A mi compañero incondicional, Loki

Mi fiel amigo de cuatro patas. Tu lealtad, alegría y amor desinteresado han sido mi mayor fuente de consuelo y motivación.

A todos ustedes, les dedico este logro. Vuestra presencia ha hecho de este camino un viaje lleno de amor, aprendizaje y gratitud.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, mi guía constante, la fortaleza y la sabiduría que me ha brindado en cada paso del camino.

A mis queridos tíos maternos, Marta y Julio, les agradezco de corazón por su apoyo incondicional y sus palabras de aliento en cada paso de este proceso.

A mis estimados tíos paternos, Susana, Manuel y José, les agradezco por su constante respaldo y motivación.

Al doctor Julio Enrique, mi mentor y guía en este proyecto, le estoy profundamente agradecido por su sabiduría, orientación y paciencia. Sus consejos expertos y su dedicación han sido fundamentales para el desarrollo de esta tesis.

A todos aquellos que en algún momento han creído en mí y han apostado por mi éxito, les extiendo mi más sincero agradecimiento.

INDICE DE CONTENIDO

	Páginas
INDICE DE CONTENIDO	viii
INDICE DE TABLAS	ix
INDICE DE FIGURAS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN.....	xiii
JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	xiv
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	xiv
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	xiv
I CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO	1
II CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO	7
III CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	12
IV CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES.....	29
V CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES	30
VI CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
VII CAPÍTULO VII: ANEXOS	35

INDICE DE TABLAS

	Páginas
Tabla 1. Tamaño muestral de las instituciones sanitarias de la Región Lambayeque	8
Tabla 2. Características del personal responsable de epidemiología en la Región Lambayeque, enero-febrero 2024	12
Tabla 3. Cualidades de la sala situacional de salud, a nivel institucional, incluyendo establecimientos, microrredes y redes de salud, enero-febrero 2024.....	13
Tabla 4. Características para elaborar la sala situacional de salud, nivel institucional, incluyendo establecimientos, microrredes y redes de salud, enero-febrero 2024.....	14
Tabla 5. Análisis institucional de la sala situacional de salud, a nivel institucional, incluyendo establecimientos, microrredes y redes de salud, enero-febrero 2024.....	15
Tabla 6. Factores intervinientes en la actualización de la sala situacional de salud, a nivel institucional, enero-febrero 2024	16
Tabla 7. Estado de desarrollo institucional de las salas situacionales sanitarias, enfoque regional, incluyendo establecimientos, microrredes y redes de salud, enero-febrero 2024.....	16
Tabla 8. Estado de desarrollo institucional de las salas situacionales sanitarias, enfoque provincial, incluyendo establecimientos, microrredes y redes de salud, enero-febrero 2024.....	17
Tabla 9. Estado de desarrollo de las salas situacionales sanitarias a nivel de establecimientos de salud del primer nivel de atención MINSA de la región Lambayeque, incluyendo establecimientos, microrredes y redes de salud, enero-febrero 2024.....	18
Tabla 10. Estado de desarrollo de las salas situacionales de salud a nivel de micro redes MINSA de salud de la región Lambayeque, enero-febrero 2024	20
Tabla 11. Análisis de asociación de las características del personal responsable y el estado de desarrollo de las salas situacionales sanitarias de la región Lambayeque, enero- febrero 2024	23

INDICE DE FIGURAS

	Páginas
Figura 1. Estado de desarrollo de las salas situacionales sanitarias según score obtenido, a nivel de establecimientos de salud del primer nivel de atención MINSA de la región Lambayeque, enero-febrero 2024	19
Figura 2. Estado de desarrollo de las salas situacionales de salud según score obtenido, a nivel de micro redes MINSA de salud de la región Lambayeque, enero-febrero 2024	21
Figura 3. Estado de desarrollo de las salas situacionales de salud, a nivel de redes MINSA de salud de la región Lambayeque, enero-febrero 2024.	22

RESUMEN

Objetivo: Analizar las salas situacionales de salud de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, micro redes y redes MINSA Lambayeque. **Material y método:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo y transversal que involucró a los responsables del área de epidemiología en diversas instituciones sanitarias de la región Lambayeque. Se utilizó tanto encuestas físicas como virtuales para recopilar datos sobre sus características personales, laborales y académicas, así como para evaluar el estado de las salas situacionales de salud en las instituciones donde trabajaban. El muestreo, no probabilístico por conveniencia, abarcó un total de 40 establecimientos de salud, 26 micro redes y 3 redes del MINSA. **Resultados:** Una encuesta fue realizada a 69 personas en el campo de la epidemiología, con un 89,86% de ellas siendo mujeres. El rango de edad más común, de 26 a 45 años, abarcó el 73,91%. Destaca que el 75,36% de los encuestados eran enfermeros, y más del 55,08% tenía menos de un año de experiencia. Además, el 81,16% tenía asignaciones formales. Menos del 50% tenía formación en epidemiología, aunque más de la mitad estaba capacitada en informática. En relación a las salas de salud en Lambayeque, el 79,71% mostraba un desarrollo deficiente o muy deficiente. **Conclusiones:** La mayoría de las salas de salud en Lambayeque son deficientes o muy deficientes en varios niveles, incluyendo establecimientos, microrredes y redes de salud. Esto se debe a la falta de características esenciales para su elaboración, análisis institucional y actualización.

Palabras clave: Diagnóstico de la Situación de Salud. Atención primaria de salud. Administración en Salud Pública. Vigilancia en Salud Pública.

ABSTRACT

Aim: To analyze the health situation rooms of the health facilities of the first level of care, micro networks and MINSA Lambayeque networks. **Methodology:** A descriptive and cross-sectional study was carried out involving those responsible for the epidemiology area in different health institutions of the Lambayeque region. Both physical and virtual surveys were used to collect data on their personal, work and academic characteristics, as well as to evaluate the state of the health situation rooms in the institutions where they worked. The sampling, non-probabilistic by convenience, covered a total of 40 health facilities, 26 micro networks and 3 MINSA networks. **Results:** A survey was conducted among 69 people in the field of epidemiology, 89.86% of whom were women. The most common age range, from 26 to 45 years old, covered 73.91%. Notably, 75.36% of the respondents were nurses, and more than 55.08% had less than one year of experience. In addition, 81.16% had formal assignments. Less than 50% had training in epidemiology, although more than half were trained in informatics. In relation to health wards in Lambayeque, 79.71% showed poor or very poor development. **Conclusions:** Most health wards in Lambayeque are deficient or very deficient at various levels, including facilities, micro-networks and health networks. This is due to the lack of essential characteristics for their elaboration, institutional analysis and updating.

Key words: Diagnosis of Health Situation. Primary health care. Public health administration. Public health surveillance.

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la Salud, una Sala Situacional se configura como un centro estratégico que cumple funciones cruciales. Es considerada un Centro de Operaciones de Emergencia, Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Centro de Información. Su rol principal abarca el monitoreo de sistemas de alerta temprana, evaluación y manejo de riesgos, y coordinación de la respuesta nacional ante emergencias de Salud Pública. En su eficiente accionar, esta instancia se convierte en un baluarte indispensable que resguarda la salud de la población, facilitando la toma de decisiones informadas y la rápida acción ante cualquier amenaza. Su labor es esencial para mantener la seguridad y bienestar de la comunidad, enfrentando los desafíos sanitarios con enfoque estratégico y diligente coordinación de recursos (1).

A nivel global, regional y nacional, se ha evidenciado que las salas situacionales representan un proceso complejo que requiere considerable tiempo, recursos humanos y tecnológicos. Su implementación y mantenimiento actualizado resultan ser tareas demandantes y arduas (2) (3).

La falta de una Sala Situacional en estos establecimientos limita la capacidad de verificar de manera precisa y oportuna la información relevante para la toma de decisiones en materia de salud pública. La ausencia de este recurso dificulta la identificación de zonas y grupos vulnerables, así como el control y manejo de enfermedades prevalentes en la región (2) (4).

Los datos demográficos, de saneamiento, servicios básicos, y la relación entre animales y personas son fundamentales para prevenir enfermedades infecciosas, entre otras. Sin embargo, la falta de una base de datos estadísticos y demográficos completos en las Salas Situacionales impide la adopción de medidas preventivas adecuadas.

Esta situación genera una problemática en el plano de la salud pública, ya que el equipo de salud de estos establecimientos de salud se ve limitado en su capacidad para realizar un análisis completo y adecuado sobre la situación de salud de los afiliados. La falta de información actualizada en las Salas Situacionales impide una respuesta oportuna y efectiva ante posibles brotes epidemiológicos y otras emergencias sanitarias.

JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

El presente trabajo de investigación se justifica ya que, existe evidencia de que las salas situacionales cumplen funciones como el monitoreo de sistemas de alerta temprana, la evaluación y manejo de riesgos, y la coordinación de la respuesta nacional ante emergencias de Salud Pública. Estas funciones no solo se enfocan en el manejo de situaciones de crisis, sino también en la toma de acciones informada, implementación de campañas de promoción de la salud y establecimiento de acciones preventivas dirigidas a proteger y mejorar el bienestar de la comunidad (1).

Se ha evidenciado que donde existe el mayor dato estricto y actualizado de las salas situacionales, la respuesta es mejor para la vigilancia sanitaria en salud pública (4).

Al no contar con evidencia en la literatura que determine si las salas situacionales de salud en la región Lambayeque tienen un estado óptimo de desarrollo, el presente trabajo de investigación buscará respaldar la importancia de las salas situacionales como una vía efectiva para tomar medidas anticipadas y proactivas en el campo de la prevención y promoción de la salud.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el estado de desarrollo de las Salas Situacionales de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, Micro redes y Redes MINSA Lambayeque?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

i) OBJETIVO GENERAL

- ≡ Analizar las salas situacionales de salud de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, micro redes y redes MINSA Lambayeque.

ii) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ≡ Describir las características del personal responsable de epidemiología.
- ≡ Determinar el estado de cada sala situacional de los establecimientos de salud, micro redes y redes de la región Lambayeque.
- ≡ Determinar la asociación entre características del personal responsable con el estado de desarrollo de las salas situacionales.

CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES

La historia de las Salas Situacionales se remonta a 1939 cuando especialistas civiles y militares ingleses propusieron la creación de una "Sala Situacional" durante la Segunda Guerra Mundial. Este equipo multidisciplinario, bajo el liderazgo del Primer Ministro Winston Churchill, analizó ataques alemanes con bombas teledirigidas y determinó que las zonas impactadas eran aleatorias, sin un plan estratégico. Esta investigación fue crucial para desarrollar nuevas estrategias defensivas y establecer la importancia de la "Sala Situacional" en la toma de decisiones para gestionar situaciones de riesgo (5).

Desde 1994, varios países latinoamericanos, entre ellos Brasil, Cuba, Colombia, Ecuador y Perú, han establecido salas de situación. Para responder a emergencias de salud pública, estas salas se han utilizado como Unidades de Inteligencia Epidemiológica y Centros de Operaciones de Emergencia. Asimismo, se enfocan en el Análisis de Situación de Salud (ASIS), adaptando su metodología según el nivel territorial, desde lo municipal hasta lo nacional, para facilitar la toma de decisiones inteligentes en situaciones de crisis o emergencia (6) (7).

El objetivo de la Sala Situacional es transformar el sistema de registro de datos de los centros sanitarios en un sistema decodificador de la información. Esto permite coordinar estrechamente las tareas operativas y administrativas, así como la planificación y la gestión, para evaluar los riesgos y las pérdidas y tomar decisiones acertadas. (8).

El Sistema Único de Salud, que promovió la descentralización, la democratización y el control social en la gestión de la salud, sirvió de base para las primeras experiencias de Salas de Situación de Salud en Brasil. Desde que Carlos Matus avanzó en el examen conceptual y metodológico de estas salas, es difícil utilizarlas para influir en las políticas de salud en diversos ámbitos de gobierno (9).

En Ecuador, la primera Sala Situacional en el ámbito de la salud se instauró en 2008 en la Provincia de Los Ríos, enfocada en el Programa Ampliado de Inmunización. Esta iniciativa permitió mejorar la distribución geográfica y epidemiológica del servicio de inmunización, así como identificar áreas y grupos vulnerables a enfermedades prevenibles con planes de vacunación (10).

En el Perú, se instauró la aplicación de las Salas Situacionales a nivel local y regional en el año 2005, mediante la guía publicada por el Ministerio de Salud (11).

1.2. BASES TEÓRICAS

Es la Sala de Situación Sanitaria, un espacio atractivo y dinámico, está formada por un equipo interdisciplinar con diversas competencias y conocimientos. Su objetivo principal es realizar un análisis metódico de los datos relativos al estado de salud o las situaciones situacionales en un contexto más amplio, con el fin de proporcionar información que ayude a tomar decisiones de gestión, técnicas, organizativas y administrativas en el ámbito de la salud pública. La Sala de Situación se centra en la caracterización de la situación de salud de un espacio-población para favorecer la concentración de intervenciones en varios niveles de agregación, de acuerdo con el Instructivo para la elaboración del análisis situacional integral de salud diagnóstica situacional (2003).

Las Salas de Situación adoptan diversas formas, cada una con un propósito distinto. La Sala de Situación de salud adopta enfoques distintos: temático, enfocado en áreas específicas como violencia doméstica; multitemático, abordando diversas áreas como salud materno-infantil; o integrador, concentrándose en ejes interconectados como el proceso salud-enfermedad en niños o ancianos (12).

La Sala de Situación Sanitaria se compone de una serie de partes cruciales que hacen que funcione. Una de ellas es un equipo técnico multidisciplinario que interactúa con los componentes del sistema de información y vigilancia epidemiológica. También debe contar con una infraestructura de información suficiente que garantice un flujo continuo de información acorde con la demanda, así como con una infraestructura física que permita una conversación informada y sistémica. La infraestructura informática subyacente dispone de las herramientas y conexiones necesarias para manejar y analizar los datos relevantes para una adecuada toma de decisiones (11).

Cada Sala Situacional se destaca por su atractivo estético, su seguridad y su accesibilidad. Debe organizarse teniendo en cuenta la información documental, gráfica, visual y virtual, así como las opiniones reportadas oralmente por los funcionarios locales y las personas de la comunidad. La ubicación estratégica de la Sala es crucial para asegurar el fácil acceso, comunicación y desplazamiento, y su funcionamiento debe ser continuo sin interrupciones. Es importante que la Sala esté equipada permanentemente y se encuentre anexa al centro de comunicaciones para facilitar la coordinación y la toma de decisiones en cualquier ámbito (13).

La función primordial de una sala situacional de salud radica en administrar de manera completa, eficiente y acogedora los procedimientos sanitarios, abarcando tanto los aspectos generales, integrales como aquellos que son contingentes. Además, se encarga de suministrar

información de elevada calidad para respaldar la toma de decisiones y las intervenciones en el ámbito de la salud. Contribuye al análisis esencial de las operaciones cruciales de la salud pública, aporta al examen de la situación sanitaria de la población y al entendimiento de los problemas fundamentales de salud y los elementos de riesgo. También cumple un rol crucial en la prevención, supervisión y evaluación de los procesos, generando y diseminando reportes técnicos que evalúan la condición de salud de diversos grupos demográficos o problemáticas específicas de salud (12).

1.3. OPERACIONALIZACIÓN O CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente	Definición	Naturaleza	Dimensiones	Indicadores	Categorías	Escala de medición
Características del personal responsable de epidemiología	Cualidades inherentes del personal responsable de la elaboración y mantenimiento de las Salas Situacionales Sanitarias	Cualitativa	Características del personal responsable de la elaboración de la Sala Situacional de Salud	Edad recategorizada	18 - 25 años	Ordinal
					26 - 35 años	
					36 - 45 años	
					46 - 55 años	
					≥ 56 años	
				Sexo del responsable	Masculino / Femenino	Nominal
				Grupo ocupacional del responsable	Médico/a, Enfermero/a, Obstetra, Técnico/a, Otro	Nominal
				Tiempo de responsabilidad	< 6 meses / 6 - 11 meses / 1 - 4 años / 5 - 9 años / ≥ 10 años	Ordinal
				Memorando de responsabilidad	Sí / No	Nominal
Formación en epidemiología	No cuenta, Cursos, Diplomados, Maestría, Especialidad / Programa de Especialización en Epidemiología de Campo (PREEC)	Nominal				
Formación en informática	No cuenta / Cursos / Diplomados	Nominal				

Variables dependientes	Definición	Naturaleza	Dimensiones	Indicadores	Categorías (criterios medibles)	Escala de medición
Estado de las Salas Situacionales en centros de salud del nivel primario de atención, micro redes y redes del MINSA en la región Lambayeque	Condición actual de las Salas Situacionales Sanitarias según la institución correspondiente	Cualitativa	Cualidades de la Sala Situacional de Salud	Presencia de Sala de Situación Sanitaria	No / Sí	Nominal
				Ubicación adecuada	No / Sí	Nominal
				Actualización de la Sala Situacional	No / Sí	Nominal
				Infraestructura de Sala Estática	No / Sí	Nominal
				Funcionalidad de Sala Dinámica	No / Sí	Nominal
			Características para elaborar una Sala Situacional de Salud	Acceso a información pertinente	No / Sí	Nominal
				Claridad y precisión de información	No / Sí	Nominal
				Material logístico y tecnológico	No / Sí	Nominal
				Incluir información en tiempo real	No / Sí	Nominal
				Integrar datos epidemiológicos	No / Sí	Nominal
				Generar informes automatizados	No / Sí	Nominal
				Adaptabilidad a necesidades cambiantes	No / Sí	Nominal
			Análisis institucional de la Sala de Situación de Salud	Regularidad del análisis e interpretación	Nunca / Casi nunca / A veces / Casi siempre / Siempre	Ordinal
				Frecuencia de actualización de indicadores	Nunca / Casi nunca / A veces / Casi siempre / Siempre	Ordinal
				Accesibilidad de información para personal y autoridades	Nunca / Casi nunca / A veces / Casi siempre / Siempre	Ordinal
				Información relevante en Sala Estática	Nunca / Casi nunca / A veces / Casi siempre / Siempre	Ordinal
				Presencia de indicadores según principales problemas de salud en Sala Dinámica	Nunca / Casi nunca / A veces / Casi siempre / Siempre	Ordinal
				Claridad de información en Sala Dinámica	Nunca / Casi nunca / A veces / Casi siempre / Siempre	Ordinal
				Actualización de la Sala Dinámica según problemas de salud priorizados	Nunca / Casi nunca / A veces / Casi siempre / Siempre	Ordinal

			Mapas de calor de los problemas de salud priorizados en Sala dinámica	Nunca / Casi nunca / A veces / Casi siempre / Siempre	Ordinal
			Mejora en toma de decisiones	Nunca / Casi nunca / A veces / Casi siempre / Siempre	Ordinal
			Mejora en atención de pacientes	Nunca / Casi nunca / A veces / Casi siempre / Siempre	Ordinal
			Implementación de acciones preventivas y de control	Nunca / Casi nunca / A veces / Casi siempre / Siempre	Ordinal
		Factores intervinientes en la actualización de la Sala Situacional	Cuenta con tiempo suficiente	Nunca / Casi nunca / A veces / Casi siempre / Siempre	Ordinal
			Sobrecarga laboral / responsabilidades adicionales	Nunca / Casi nunca / A veces / Casi siempre / Siempre	Ordinal
			Personal capacitado / exclusivo	Nunca / Casi nunca / A veces / Casi siempre / Siempre	Ordinal
			Deficiencias logísticas y tecnológicas	Nunca / Casi nunca / A veces / Casi siempre / Siempre	Ordinal
			Recursos financieros	Nunca / Casi nunca / A veces / Casi siempre / Siempre	Ordinal
			Apoyo por parte del jefe institucional	Nunca / Casi nunca / A veces / Casi siempre / Siempre	Ordinal
			Comunicación y coordinación entre diferentes servicios	Nunca / Casi nunca / A veces / Casi siempre / Siempre	Ordinal
			Capacitación continua	Nunca / Casi nunca / A veces / Casi siempre / Siempre	Ordinal

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio se enmarca como investigación aplicada, enfocándose en el desarrollo de salas situacionales en establecimientos de salud del primer nivel de atención, micro redes y redes MINSA Lambayeque. Según la participación del investigador, se cataloga como observacional, ya que no se manipula el factor en estudio. De acuerdo al conocimiento generado, se clasifica como descriptivo, ya que busca identificar y detallar los aspectos relevantes del tema en cuestión. Adopta un enfoque transversal, al realizar por única vez mediciones. Se caracteriza como retrospectivo, dado que se recoge información de acontecimientos pasados.

2.2. POBLACIÓN, MUESTRA

2.2.1. POBLACIÓN

El presente trabajo se llevó a cabo en establecimientos de salud del primer nivel de atención, micro redes y redes MINSA Lambayeque, durante el periodo enero 2023 – enero 2024.

2.2.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN

a) Criterios de inclusión

- ≡ Pertenecer al Área de Epidemiología: quienes ocupen el cargo de coordinadores y responsables del área de epidemiología.
- ≡ Personal con desempeño laboral activo al momento de la investigación.
- ≡ Personal laboral específicamente de la región Lambayeque.

b) Criterios de exclusión

- ≡ Personal que se encontraba de vacaciones, o con descanso médico.
- ≡ No disposición a participar en el presente estudio.
- ≡ Establecimientos de salud que no contaban con categorización.

2.2.3. MUESTRA Y MUESTREO

La región Lambayeque cuenta con 187 establecimientos de salud MINSA del primer nivel atención, 26 micro redes y 3 redes. El tipo de muestreo fue no probabilístico, de tipo por conveniencia. La muestra estuvo conformada por 69 instituciones públicas del sector salud, entre establecimientos de salud, micro redes y redes (véase Tabla A).

Tabla 1. Tamaño muestral de las instituciones sanitarias de la Región Lambayeque

Categorización I-4 I-3 I-2

Red	Micro red	Distrito	Nombre EESS	Dirección
FERREÑAFE	Ferreñafe	Ferreñafe	Señor de la Justicia	Av. Víctor Muro 964
		Mesones Muro	Mesones Muro	Av. Víctor Raúl Haya de la Torre S/N
		Pueblo Nuevo	Pueblo Nuevo	Ca. Arenas S/N
	Inkawasi	Incahuasi	Inkawasi	Ca. Los Eucaliptos S/N
	Kañaris	Kañaris	Kañaris	Caserío Kañaris
	Pítipo	Pítipo	Pítipo	Ca. Miguel Grau 200
LAMBAYEQUE	Íllimo	Pacora	Pacora	Ca. Democracia 150
		Íllimo	Íllimo	Ca. Balta S/N
	Jayanca	Jayanca	Jayanca	Av. Diego Ferré 1248
	Lambayeque	Lambayeque	Toribia Castro Chirinos	Ca. Andrés Avelino Cáceres 489
	Mochumí	Mochumí	Mochumí	Ca. Federico Villarreal S/N
	Mórrope	Mórrope	Mórrope	Ca. Santa Ana S/N
	Motupe	Chóchope	Chóchope	Ca. Universidad La Católica S/N
		Motupe	Motupe	Av. Cruz de Chalpón 186
	Olmos	Olmos	Olmos	Ca. Bolognesi S/N Cdra. 1
	Salas	Salas	Salas	Ca. Cáceres 100
	San José	San José	San José	Av. Augusto B. Leguía S/N
Túcume	Túcume	Túcume	Ca. Unión S/N	
CHICLAYO	Cayaltí - Zaña	Cayaltí	Cayaltí	Ca. San José S/N - El Palmo S/N
		Saña	Zaña	Jr. Patria 280
	Chiclayo	Chiclayo	José Olaya	Av. Salaverry 317-319
	Chongoyape	Chongoyape	Víctor E. Tirado Bonilla	Ca. Los Andes 1120
	Circuito de Playa	Eten	Ciudad Eten	Ca. Manuel Bonilla 899
		Monsefú	Monsefú	Av. Quiñones 110
		Puerto Eten	Puerto Eten	Ca. Sucre S/N Cuadra 2 Lambayeque
		Santa Rosa	Santa Rosa	Ca. 7de junio 535
	JLO	JLO	JLO	Ca. Húsares de Junín 1295
	La Victoria	La Victoria	El Bosque	Ca. Lloque Yupanqui 1749
	Oyotún	Nueva Arica	Nueva Arica	Ruperto Baca Cuadra 2
		Oyotún	Oyotún	Ca. Alfonso Ugarte S/N
	Picsi	Picsi	CLAS PICSÍ	Ca. San Martín 181
	Pimentel	Pimentel	Pimentel	Av. Juan Velasco Alvarado 109
	Pomalca	Pomalca	Pomalca	Ca. Elvira García García S/N
	Pósope Alto	Pátapo	Pósope Alto	Ca. Los Ángeles L, 1
		Pucalá	Pucalá	Av. Santa Rosa S/N
Tumán		Tumán	Sector Casuarinas I Etapa Mz 114 Lote 8	
Reque - Lagunas	Mocupe (Lagunas)	Túpac Amaru	Túpac Amaru S/N	
	Reque	Reque	Av. Mariscal Castilla 605	

No se tuvo en cuenta establecimientos de salud con categorización I-1 ya que no se cuenta con personal responsable de epidemiología.

2.3. TÉCNICAS, INSTRUMENTO, EQUIPOS Y MATERIALES

2.3.1. TÉCNICAS

En este estudio, consiste en recopilar información a través de un cuestionario.

2.3.2. INSTRUMENTO

Como método para analizar las salas situacionales de salud, se aplicó un cuestionario; que constaba de 4 instrumentos (véase Anexo 2), con un total de 38 preguntas: cualidades de la sala situacional, características para elaborar una sala situacional, siendo estos dos primeros, encuestas con dos alternativas de respuesta (No = 0; Sí = 1); análisis institucional y factores intervinientes en la actualización de la sala situacional, encuesta con cinco alternativas de respuesta (Likert de 5 categorías: Nunca = 1; Casi nunca = 2; A veces = 3; Casi siempre = 4; Siempre = 5), y la ficha de recolección de datos. Siendo la última, el registro correspondiente del personal responsable del área de epidemiología. El cuestionario posterior a una evaluación de expertos mostró un **excelente grado de concordancia significativa** del 93.65%. Los expertos incluidos son profesionales con experiencia en epidemiología, estadística, docencia de salud pública, maestría en gestión, entre otros.

Además, se evaluó la confiabilidad de los instrumentos mediante el **coeficiente alfa de Kuder Richardson 20**, obteniendo un valor **aceptable** de 0.72 y 0.80, para los instrumentos Calidad de la sala situacional, y Características para elaborar una sala situacional, respectivamente.

Asimismo, se evaluó la confiabilidad del instrumento análisis institucional y factores intervinientes en la actualización de la sala situacional, el cual obtuvo un **excelente grado de confiabilidad** de 0.82 (alfa de Cronbach). De modo que, el cuestionario cuenta con validez de contenido, como confiabilidad, para ser aplicado en el presente trabajo de investigación (véase Anexo 3).

El cuestionario valora el estado de desarrollo de las salas situacionales de salud en forma general, se realizó la baremación correspondiente, estratificándolo en: aceptable = 88-107, deficiente = 75-87, y muy deficiente = 19-75. Se concluyó con esta baremación, debido a la distribución real de los puntajes obtenidos, ajustándose los intervalos, para reflejar mejor la distribución. El investigador entrevistó por única vez, a los responsables de epidemiología en 40 centros de salud representativos de cada distrito, así como en 26 centros cabecera de micro redes y las 3 redes MINSA de la Región Lambayeque. Los participantes, al recibir y firmar el consentimiento informado, confirmarán su participación.

Los responsables de epidemiología respondieron el cuestionario de evaluación, asistidos por el investigador para aclaraciones.

2.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN RECOPIADA

Una vez recolectados los datos mediante el cuestionario, se procedió a codificar y tabular la database en Excel Microsoft 365, posterior al control de calidad, fue importada al software STATA v.18 su análisis.

Respecto al análisis descriptivo, se resumieron las variables cualitativas según frecuencias absolutas y relativas, explicándolas mediante gráficos combinados, gráficos circulares en 3D, anillos, y gráficos personalizados. Se recategorizó la variable edad, en las siguientes categorías: 18-25 años, 26-35 años, 36-45 años, 46-55 años, 56 años a más; para facilitar el análisis. Asimismo, se recategorizó la variable análisis institucional y factores intervinientes en la actualización de la sala situacional de la sala situacional, en las siguientes categorías: Nunca (anteriormente nunca y casi nunca), A veces (se mantuvo), Siempre (antes siempre y casi siempre).

En el análisis de asociación, se aplicó la prueba exacta de Fisher, para las variables cualitativas, siendo el umbral de significancia en todas las pruebas estadísticas de 0.05, con intervalo de confianza del 95%.

2.5. ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto de investigación contó con la revisión y aprobación de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Previo a la ejecución del presente, se obtuvo la carta de autorización del Área de Capacitación de Recursos Humanos, brindado por la Gerencia Regional de Salud Chiclayo, para realizar el proyecto de tesis en Establecimientos de Salud del Primer nivel de atención, micro redes y redes MINSA Lambayeque. (véase Anexo 4).

Los responsables participantes cumplieron el cuestionario tras haber firmado el consentimiento informado (véase Anexo 1), por lo que se garantizó el principio de autonomía. Asimismo, los participantes contaron con la libertad de retirarse del presente estudio sin consecuencias, y se les explicó la utilidad de los resultados de la investigación.

Se mantuvo la confidencialidad de los datos personales del responsable del establecimiento de salud, micro red, y red, cumpliéndose con el principio de beneficencia y no maleficencia. Se asignaron códigos a los datos personales y los correspondientes a las micro redes y redes, para dicho propósito. En el marco de los principios del Informe Belmont, de la Declaración de Helsinki, del código de ética y deontología del Colegio Médico del Perú, y de la Ley N° 29733, de la Protección de Datos Personales, la información recolectada, se usó con fines de investigación, al finalizar el estudio se realizó un informe final, tras el cual, los datos fueron eliminados garantizando así, la privacidad de los participantes.

Se evitó cualquier forma de discriminación, asimismo, se aseguró de que todos los participantes tengan igualdad de oportunidades para participar en el estudio, cumpliendo así con el principio de justicia.

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. RESULTADOS

3.1.1. Características del personal responsable de epidemiología

A nivel general, 7 de cada 10 responsables de epidemiología, poseen una edad comprendida entre 26 y 45 años, siendo la mayoría mujeres (89,86%). El grupo ocupacional más frecuente fue enfermería (75,36%). Siendo el tiempo de servicio en el área de epidemiología menor a un año el de mayor frecuencia (54,08%). El 81,16% de responsables, contaban con memorando de responsabilidad o acta de asignación de funciones. La formación específica para el área de epidemiología no era la esperada en el 60,87% de responsables, asimismo, casi la mitad no contaba con formación en informática (véase tabla 2).

Tabla 2. Características del personal responsable de epidemiología en la Región Lambayeque, enero-febrero 2024 (N = 69)

Característica	n	%
Edad recategorizada		
18 – 25 años	7	10,14%
26 – 35 años	27	39,13%
36 – 45 años	24	34,78%
46 – 55 años	6	8,70%
56 años a más	5	7,25%
Sexo		
Femenino	62	89,86%
Masculino	7	10,14%
Grupo ocupacional		
Enfermera(o)	52	75,36%
Médico(a)	7	10,14%
Otro	6	8,70%
Técnica(o)	3	4,35%
Obstetra	1	1,45%
Tiempo de servicio		
1 - 5 meses	20	28,99%
6 - 11 meses	18	26,09%
1 - 4 años	16	23,19%
5 - 9 años	10	14,49%
10 años a más	5	7,25%
Memorando de responsabilidad		
Sí	56	81,16%
No	13	18,84%
Formación en epidemiología		
No cuenta	42	60,87%
Cursos de actualización	23	33,33%
Especialidad / PREEC	4	5,80%
Formación en informática		
No cuenta	34	49,28%
Cursos de actualización	30	43,48%
Diplomados	5	7,25%

Fuente: Registro de datos, elaboración propia.

3.1.2. Estado de las salas situacionales sanitarias en establecimientos de salud del primer nivel de atención, micro redes y redes MINSA Lambayeque

Enfoque institucional según dimensiones

Todas las instituciones evaluadas contaban con sala situacional. La gran mayoría de las salas (91.30%) están ubicadas en lugares considerados adecuados. Aproximadamente el 88.41% de las salas están actualizadas. Alrededor del 66.67% de las salas tienen una infraestructura estática completa y cuentan con la infraestructura necesaria para su funcionamiento. El 76.81% de las salas se consideran dinámicas, completas y funcionales (véase tabla 3).

Tabla 3. Cualidades de la sala situacional de salud, a nivel institucional, incluyendo establecimientos, microrredes y redes de salud, enero-febrero 2024 (N = 69)

Cualidades de la sala situacional	No		Sí	
	n	%	n	%
Cuenta con sala			69	100,00%
Ubicación adecuada	6	8,70%	63	91,30%
Sala actualizada	8	11,59%	61	88,41%
Sala estática completa, infraestructura necesaria	23	33,33%	46	66,67%
Sala dinámica completa y funcional	16	23,19%	53	76,81%

Fuente: Registro de datos, elaboración propia.

El 82.61% de las salas situacionales sanitarias (SSS) tienen fácil acceso a la información. La gran mayoría de las SSS (91.30%) cuentan con información clara y precisa. El 55.07% de las SSS cuentan con material logístico y tecnológico adecuado. El 72.46% de las SSS presentan información en tiempo real. La mayoría de las SSS (73.91%) integran diferentes fuentes de información. El 57.97% de las SSS generan informes técnicos de situación de salud. La gran mayoría de las SSS (94.20%) se adaptan fácilmente a las necesidades cambiantes en salud (véase tabla 4).

Tabla 4. Características para elaborar la sala situacional de salud, nivel institucional, incluyendo establecimientos, microrredes y redes de salud, enero-febrero 2024 (N = 69)

Elaboración de Sala Situacional	No		Sí	
	n	%	n	%
Fácil acceso a información	12	17,39%	57	82,61%
Información clara, precisa	6	8,70%	63	91,30%
Material logístico y tecnológico	38	55,07%	31	44,93%
Ingreso información en tiempo real	19	27,54%	50	72,46%
Integración de diferentes fuentes de información	18	26,09%	51	73,91%
Genera informes técnicos de situación de salud	29	42,03%	40	57,97%
Fácil adaptación a necesidades cambiantes en salud	4	5,80%	65	94,20%

*Los valores adversos, se muestran en **negrita***

Fuente: Registro de datos, elaboración propia.

Se observa que el 66.67% de las instituciones realizan análisis e interpretación regular de la información de las salas situacionales. La mayoría de las instituciones (82.61%) actualizan con frecuencia los indicadores de salud en las salas situacionales. El 69.57% de las instituciones informan sobre la accesibilidad adecuada de la sala. La mayoría de las instituciones (72.46%) tienen una sala estática con información relevante de los establecimientos de salud. El 92.75% de las instituciones informan tener indicadores de problemas de salud priorizados en la sala dinámica. La mayoría de las instituciones (98.55%) reportan tener información entendible en la sala dinámica. El 80.43% de las instituciones tienen información actualizada de problemas de salud priorizados en la sala dinámica. La mayoría de las instituciones (89.86%) informan tener mapas de calor de problemas priorizados en la sala dinámica. El 73.91% de las instituciones reportan una toma de decisiones eficiente tras la implementación de la sala. La mayoría de las instituciones (66.67%) informan sobre la atención de calidad tras la implementación de la sala. El 73.91% de las instituciones reportan intervenciones de prevención y control de principales problemas de salud tras la implementación de la sala (véase tabla 5).

Tabla 5. Análisis institucional de la sala situacional de salud, a nivel institucional, incluyendo establecimientos, microrredes y redes de salud, enero-febrero 2024 (N = 69)

Análisis institucional de la Sala Situacional	Nunca		A veces		Siempre	
	n	%	n	%	n	%
Análisis e interpretación regular	4	5,80%	19	27,54%	46	66,67%
Frecuencia de actualización de indicadores	2	2,90%	10	14,49%	57	82,61%
Accesibilidad de sala			5	7,25%	64	92,75%
Sala estática con información relevante de la IPRESS			4	5,80%	65	94,20%
Indicadores de problemas de salud priorizados en sala dinámica	2	2,90%	3	4,35%	64	92,75%
Información entendible en sala dinámica			1	1,45%	68	98,55%
Información actualizada de problemas de salud priorizados en sala dinámica	3	4,35%	10	14,49%	56	81,16%
Mapas de calor de problemas priorizados en sala dinámica	18	26,09%	14	20,29%	37	53,62%
Toma de decisiones eficiente tras implementación de la sala situacional	10	14,49%	24	34,78%	35	50,72%
Atención de calidad tras implementación de sala	6	8,70%	17	24,64%	46	66,67%
Intervenciones de prevención y control de principales problemas de salud tras implementación	8	11,59%	10	14,49%	51	73,91%

Los valores adversos, se muestran en **negrita**

Fuente: Registro de datos, elaboración propia.

Más de la mitad de los encuestados (53.62%) indicaron que no disponían de tiempo suficiente para realizar la actualización. Cerca del 70% de los encuestados indicaron que experimentan sobrecarga laboral y/o responsabilidades adicionales. Aproximadamente el 58% de los encuestados señalaron que cuentan con personal capacitado o exclusivo para la actualización. Cerca del 60% de los encuestados reportaron enfrentar problemas logísticos y tecnológicos. La mayoría de los encuestados (casi el 74%) indicaron que cuentan con suficientes recursos financieros para la actualización. La gran mayoría de los encuestados (más del 75%) indicaron recibir apoyo por parte del jefe del establecimiento de salud. La mayoría de los encuestados (más del 76%) reportaron una buena comunicación y coordinación entre los diferentes servicios de salud. Cerca del 44% de los encuestados indicaron recibir capacitación continua (véase tabla 6).

Tabla 6. Factores intervinientes en la actualización de la sala situacional de salud, a nivel institucional, enero-febrero 2024 (N = 69)

Factores intervinientes	Nunca		A veces		Siempre	
	n	%	n	%	n	%
Tiempo suficiente	37	53,62%	20	28,99%	12	17,39%
Sobrecarga laboral y/o responsabilidades adicionales	16	23,19%	5	7,25%	48	69,57%
Personal capacitado / exclusivo	16	23,19%	40	57,97%	13	18,84%
Problemas logísticos y tecnológicos	19	27,54%	9	13,04%	41	59,42%
Recursos financieros	17	24,64%	51	73,91%	1	1,45%
Apoyo del jefe del establecimiento de salud	11	15,94%	6	8,70%	52	75,36%
Comunicación y coordinación entre servicios	15	21,74%	1	1,45%	53	76,81%
Capacitación continua	30	43,48%	11	15,94%	28	40,58%

Los valores adversos, se muestran en **negrita**
Fuente: Registro de datos, elaboración propia.

Enfoque regional según estado de desarrollo institucional de salas situacionales de salud

El 33,33% de las salas situacionales se clasifican como "Muy deficiente". Además, el 46,38% se clasifican como "Deficiente". Solo el 20,29% de las salas se clasifican como "Aceptable" (véase tabla 7).

Tabla 7. Estado de desarrollo institucional de las salas situacionales sanitarias, enfoque regional, incluyendo establecimientos, microrredes y redes de salud, enero-febrero 2024 (N = 69)

Estado de desarrollo de la Sala Situacional	Institucional	
	n	%
Aceptable	14	20,29%
Deficiente	32	46,38%
Muy deficiente	23	33,33%

Los valores adversos, se muestran en **negrita**
Fuente: Registro de datos, elaboración propia.

Enfoque provincial según estado de desarrollo institucional de salas situacionales de salud

En la provincia de Chiclayo, el 38,24% de las salas se clasifican como "Muy deficiente", el 50,00% como "Deficiente", y el 11,76% como "Aceptable". En la provincia de Ferreñafe, el 45,45% de las salas se clasifican como "Muy deficiente", el 36,36% como "Deficiente", y el 18,18% como "Aceptable". En la provincia de Lambayeque, el 20,83% de las salas se clasifican como "Muy deficiente", el 45,83% como "Deficiente", y el 33,33% como "Aceptable" (véase tabla 8).

Tabla 8. Estado de desarrollo institucional de las salas situacionales sanitarias, enfoque provincial, incluyendo establecimientos, microrredes y redes de salud, enero-febrero 2024 (N = 69)

Provincia	Estado de desarrollo de la Sala Situacional					
	Muy deficiente		Deficiente		Aceptable	
	n	%	n	%	n	%
Chiclayo	13	38,24%	17	50,00%	4	11,76%
Ferreñafe	5	45,45%	4	36,36%	2	18,18%
Lambayeque	5	20,83%	11	45,83%	8	33,33%
Total, general	23	33,33%	32	46,38%	14	20,29%

Los valores relevantes, se muestran en colores

Fuente: Registro de datos, elaboración propia.

Enfoque provincial según estado de desarrollo de salas situacionales de salud, por establecimientos de salud del primer nivel de atención MINSA Lambayeque

En Chiclayo, el 61,90% de los establecimientos de salud del primer nivel tienen un estado de desarrollo "Muy deficiente", el 33,33% tienen un estado "Deficiente", y el 4,76% tienen un estado "Aceptable". En Ferreñafe, el 83,33% de los establecimientos de salud del primer nivel tienen un estado de desarrollo "Muy deficiente", el 16,67% tienen un estado "Deficiente", y ninguno tiene un estado "Aceptable". En Lambayeque, el 7,69% de los establecimientos de salud del primer nivel tienen un estado de desarrollo "Muy deficiente", el 30,77% tienen un estado "Deficiente", y el 61,54% tienen un estado "Aceptable" (véase tabla 9).

Tabla 9. Estado de desarrollo de las salas situacionales sanitarias a nivel de establecimientos de salud del primer nivel de atención MINSA de la región Lambayeque, incluyendo establecimientos, microrredes y redes de salud, enero-febrero 2024 (N = 40)

Estado de desarrollo	Establecimientos de salud del primer nivel						Total N (%)
	Chiclayo (N = 21)		Ferreñafe (N = 6)		Lambayeque (N = 13)		
	n	%	n	%	n	%	
Muy deficiente	13	61,90%	5	83,33%	1	7,69%	19 (47,5)
Deficiente	7	33,33%	1	16,67%	4	30,77%	12 (30)
Aceptable	1	4,76%			8	61,54%	9 (22,5)

*Los valores relevantes, se muestran en colores
Fuente: Registro de datos, elaboración propia.*

Según los scores obtenidos en la evaluación del estado de desarrollo de las salas situacionales, el score promedio de Chiclayo como provincia, fue de 70,2 puntos, siendo un 65,6% del estado de desarrollo; siendo el valor mínimo de 46, y el valor máximo 92. Hacia el nor-este la provincia de Ferreñafe, obtuvo un score promedio de 69,3 puntos, lo que equivale a un 64,8% del estado de desarrollo; siendo los valores extremos, 48 y 77. Finalmente, al nor-oeste, la provincia de Lambayeque, obtuvo una media de 87,1 puntos, lo que equivale a un 81,4% de desarrollo de la sala situacional a nivel de establecimientos de salud del primer nivel de atención en la región Lambayeque; contando con valor extremo inferior 59, y como valor extremo superior a 107 (véase figura 1).

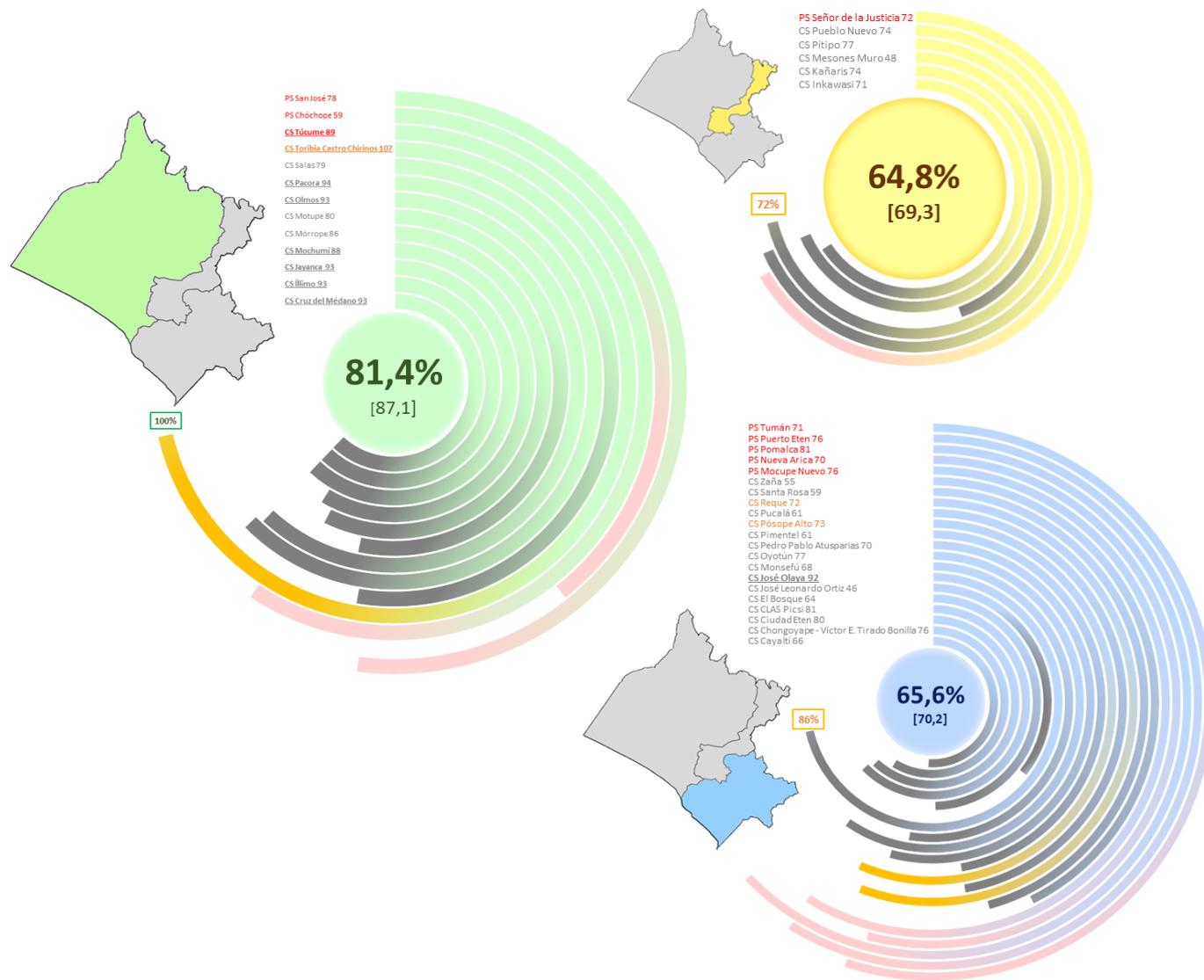


Figura 1. Estado de desarrollo de las salas situacionales sanitarias según score obtenido, a nivel de establecimientos de salud del primer nivel de atención MINSA de la región Lambayeque, enero-febrero 2024.

Enfoque provincial según estado de desarrollo de salas situacionales de salud, por microrredes de salud MINSA Lambayeque

En Chiclayo, no se reportan salas situacionales con un estado de desarrollo "Muy deficiente", el 83,33% tienen un estado "Deficiente", y el 16,67% tienen un estado "Aceptable". En Ferreñafe, tampoco se reportan salas situacionales con un estado de desarrollo "Muy deficiente", el 50,00% tienen un estado "Deficiente", y el otro 50,00% tienen un estado "Aceptable". En Lambayeque, el 30,00% de las micro redes MINSA tienen un estado de desarrollo "Muy deficiente", el 10,00% tienen un estado "Deficiente", y ninguna tiene un estado "Aceptable" (véase tabla 10).

Tabla 10. Estado de desarrollo de las salas situacionales de salud a nivel de micro redes MINSA de salud de la región Lambayeque, enero-febrero 2024 (N = 26)

Estado de desarrollo	Micro redes MINSA de la región Lambayeque						Total N (%)
	Chiclayo (N = 12)		Ferreñafe (N = 4)		Lambayeque (N = 10)		
	n	%	n	%	n	%	
Muy deficiente					3	30,00%	3 (11,54)
Deficiente	10	83,33%	2	50,00%	7	70,00%	19 (73,08)
Aceptable	2	16,67%	2	50,00%			4 (15,38)

Fuente: Registro de datos, elaboración propia.

De acuerdo a los puntajes obtenidos en la evaluación del estado de desarrollo de las salas situacionales, Ferreñafe como microrred alcanzó un puntaje promedio de 85,75 puntos, lo que representa el 80,1% del estado de desarrollo. El puntaje mínimo registrado fue de 79, mientras que el máximo fue de 94. Hacia el sur, la microrred Chiclayo, obtuvo un puntaje promedio de 83,8 puntos, equivalente al 78,3% del estado de desarrollo, con valores extremos de 79 y 95. Por último, hacia el norte, la microrred Lambayeque registró un promedio de puntaje de 76,4 puntos, representando el 71,4% de desarrollo de la sala situacional a nivel de microrredes de salud en la región. Los valores extremos fueron de 62 como mínimo y 83 como máximo (véase figura 2).

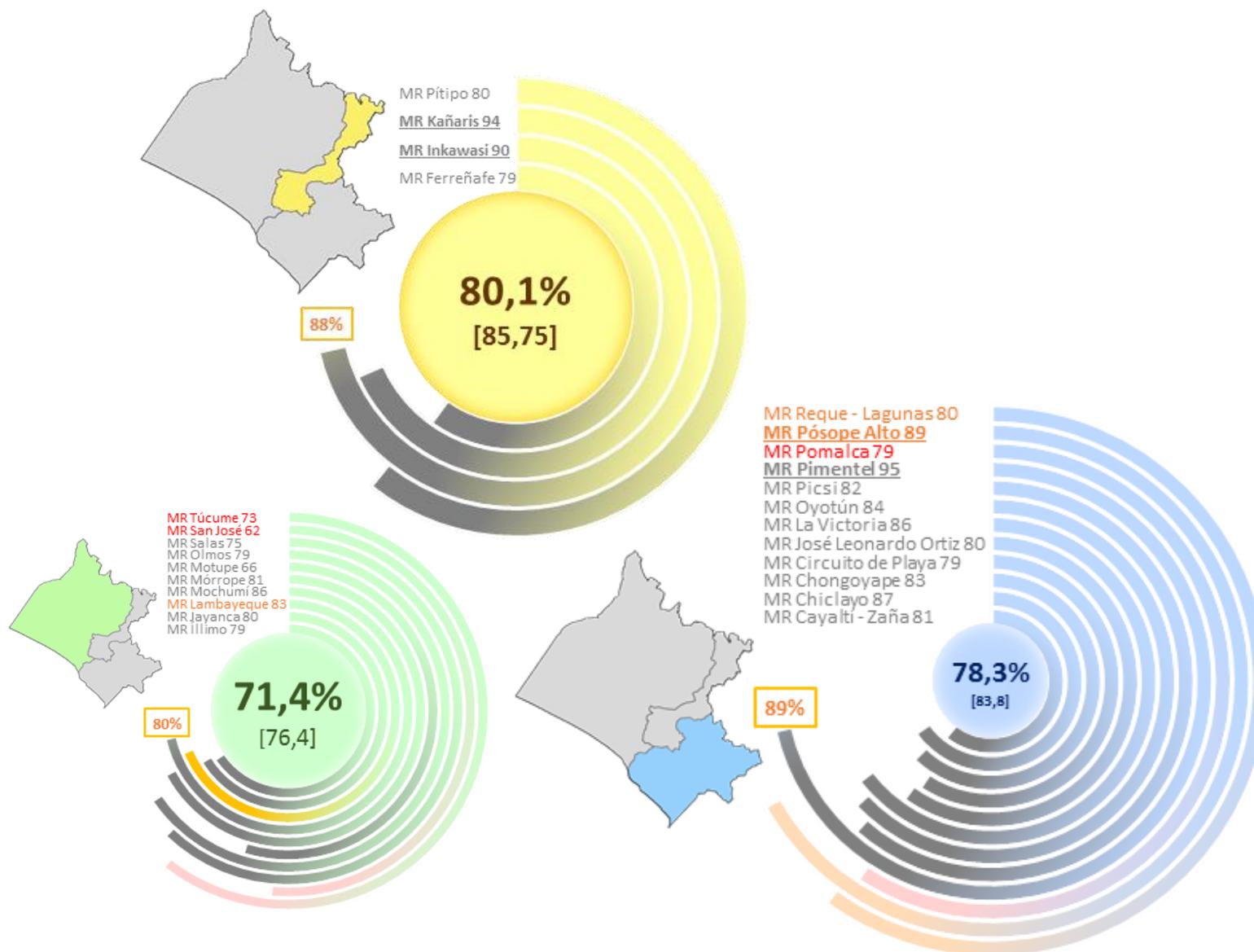


Figura 2. Estado de desarrollo de las salas situacionales de salud según score obtenido, a nivel de micro redes MINSA de salud de la región Lambayeque, enero-febrero 2024.

Enfoque regional según estado de desarrollo de salas situacionales de salud, por redes de salud MINSA Lambayeque

El estado de desarrollo de las salas situacionales sanitarias se encuentra en un estado "Muy deficiente" en el 33,33% de las redes. Asimismo, el 33,33% de las redes cuentan con un estado de desarrollo "Deficiente", finalmente el mismo porcentaje se encuentra para el estado "Aceptable". Según los puntajes obtenidos en la evaluación del estado de desarrollo de las salas situacionales, la red de salud de Chiclayo alcanzó un puntaje de 88 puntos, lo que equivale al 82% del estado de desarrollo. En la región nor-este, la red de salud de Ferreñafe obtuvo un puntaje de 87 puntos, lo que representa el 81% del estado de desarrollo. Por último, en la región nor-oeste, la red de salud de Lambayeque registró un puntaje de 69 puntos, lo que equivale al 64% de desarrollo de la sala situacional (véase figura 3).

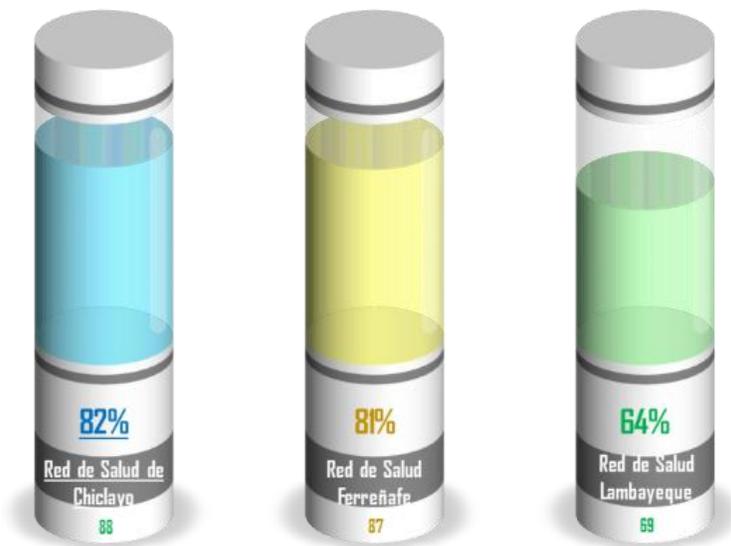


Figura 3. Estado de desarrollo de las salas situacionales de salud, a nivel de redes MINSA de salud de la región Lambayeque, enero-febrero 2024.

3.1.3. Asociación entre características del personal responsable con el estado de desarrollo de las salas situacionales

En el análisis de asociación entre el personal responsable de epidemiología y el estado de desarrollo de las salas situacionales sanitarias en la región Lambayeque, se identificaron asociaciones cercanas a la significancia entre el tiempo de servicio ($p = 0.058$) y la formación en informática ($p = 0,068$). No se encontraron asociaciones significativas con otras características del personal analizadas en este estudio (véase tabla 11).

Tabla 11. Análisis de asociación de las características del personal responsable y el estado de desarrollo de las salas situacionales sanitarias de la región Lambayeque, enero-febrero 2024 (N = 69)

Características del personal responsable	Estado de desarrollo			p*
	Aceptable n _a (%)	Deficiente n _d (%)	Muy deficiente n _m (%)	
Edad recategorizada				
18 - 25 años	1 (14,29%)	3 (42,86%)	3 (42,86%)	0,917
26 - 35 años	5 (18,52%)	13 (48,15%)	9 (33,33%)	
36 - 45 años	7 (29,17%)	11 (45,83%)	6 (25%)	
46 - 55 años		3 (50%)	3 (50%)	
56 años a más	1 (20%)	2 (40%)	2 (40%)	
Sexo				
Femenino	12 (19,35%)	30 (48,39%)	20 (32,26%)	0,534
Masculino	2 (28,57%)	2 (28,57%)	3 (42,86%)	
Ocupación				
Médico(a)	2 (28,57%)	2 (28,57%)	3 (42,86%)	0,577
Enfermera(o)	10 (19,23%)	24 (46,15%)	18 (34,62%)	
Obstetra			1 (100%)	
Otro [Bióloga(o)]	2 (33,33%)	3 (50%)	1 (16,67%)	
Técnica(o)		3 (100%)		
Tiempo de servicio				
1 - 5 meses	6 (30%)	5 (25%)	9 (45%)	0,058
6 - 11 meses	1 (5,56%)	10 (55,56%)	7 (38,89%)	
1 - 4 años	5 (31,25%)	8 (50%)	3 (18,75%)	
5 - 9 años		6 (60%)	4 (40%)	
10 años a más	2 (40%)	3 (60%)		
Memorándum de responsabilidad				
No	2 (15,38%)	6 (46,15%)	5	0,924
Sí	12 (21,43%)	26 (46,43%)	18	
Formación en epidemiología				
No cuenta	6 (14,29%)	21 (50%)	15 (35,71%)	0,488
Cursos de actualización	6 (26,09%)	10 (43,48%)	7 (30,43%)	
Especialidad / PREEC	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	
Formación en informática				
No cuenta	3 (8,82%)	17 (50%)	14 (41,18%)	0,068
Cursos de actualización	8 (26,67%)	14 (46,67%)	8 (26,67%)	
Diplomados	3 (60%)	1 (20%)	1 (20%)	

*Prueba exacta de Fischer

Fuente: Registro de datos, elaboración propia.

3.2. DISCUSIÓN

Pocos estudios de investigación se han centrado en analizar tanto las salas situacionales como las características del personal encargado de su elaboración (18).

3.2.1. Características del personal responsable de epidemiología

El sexo **femenino** fue predominante, siendo el 89,86%; teniendo la mayoría entre **26 a 45 años** (73,91%), similar a un estudio de Brasil (16). **Enfermería** fue el grupo ocupacional mayoritario (75,36%), de igual manera Andrade W, halló que enfermería representaba el 51,4% (16), ya que enfermería contribuye a garantizar que los establecimientos de salud cuenten con información precisa y actualizada de manera constante (4). El **tiempo de servicio** predominante fue **menor de 1 año** (55,08%), a diferencia del 27,6% obtenido Seidl H (24), esto podría estar vinculado a la alta rotación de estos profesionales (26). Ocho de cada diez responsables, **contaban con memorando de responsabilidad**, similar a lo encontrado por Andrade W (16), y Seidl H (24), donde siete de cada diez responsables contaban con memorando, esto explicaría la estructura organizativa formal en las responsabilidades y roles del personal. Sólo el **39,13%** y el **50,73% de responsables, contaban con formación en epidemiología e informática**, respectivamente, contrastando con el 83,4% obtenido por Seidl H (24), no cumpliendo lo estipulado en la Guía de implementación de salas situacionales del Ministerio de Salud (11) y el Manual de Instalación y Funcionamiento de salas situacionales del Seguro Social de Salud – EsSalud (19).

3.2.2. Estado de desarrollo de las salas situacionales sanitarias en establecimientos de salud del primer nivel de atención, micro redes y redes MINSA Lambayeque

Enfoque institucional según dimensiones

El total de instituciones cuentan con sala situacional, ya que es fundamental para crear una mentalidad que valore el análisis de datos en los servicios de salud, según Bergonzoli (5); de forma similar, encontró Alvarado J en la DIRESA Callao (4). Casi la totalidad de salas están adecuadamente ubicadas, facilitando el acceso al personal y usuarios (15), del estado de salud, condiciones de vida y factores de riesgos de la jurisdicción (18, 20). El 88,41% de salas están actualizadas, garantizando el acceso a información esencial, para la proyección de escenarios y toma de decisiones en tiempo real (13); otro estudio similar en Perú encontró el 90,90% (4), contrastando con el 50% obtenido en Ecuador (21), y el 29,7% obtenido en Brasil (16). Más

del 60% de salas cuentan con sala estática y dinámica completas, ya que presentan datos de gestión, situación de salud histórica, proyectos propuestos, análisis del comportamiento observado según enfermedad, incluyendo gráficos de tendencia (11), guardando relación, con Alvarado J, donde más del 90% de salas situacionales tenían ambas salas completas (4).

El 82.61% de responsables cuenta con fácil acceso a la información, según Pistoletti M (25), se busca el acceso equitativo, actualizado, oportuno y adecuado a las fuentes de información científico-técnica en salud, donde quiera que se desempeñen los profesionales (9, 11), relacionado con el 71,6% hallado por Andrade W (16). La mayoría de responsables (91.30%) encuentran información clara y precisa, para poder llegar al gestor facilitando la interpretación de datos, la identificación de tendencias epidemiológicas y de salud (2, 13), similar al 91,8% que encontró Andrade W (16). El 55,07% de responsables reportan falta de material logístico y tecnológico, contrastando con el 100% de gestores que reportaron el mismo problema en Brasil (16), esto podría relacionarse con la falta de interés por el equipo de gestión hacia esta área, compartiendo recursos de otras áreas con ella (15, 25). El 72.46% de responsables ingresan información en tiempo real a la sala, contrastando el 27,27% reportado por Alvarado J, esto podría deberse a la disponibilidad de diferentes fuentes de información y la entrega de reportes a su inmediato superior semanalmente. La mayoría (73,915) integran diferentes fuentes de información, contrastando con el 50% reportado en Brasil (16), esto puede ser debido a que existen múltiples sistemas de información, como los reportes HIS MINSA, los informes operacionales de las estrategias sanitarias nacionales, los reportes del sistema NOTIWEB, los reportes de otros sistemas [FED, IAR, etc.] (22, 23). El 57,97% de instituciones genera informes técnicos de situación de salud, menor al 91,8% hallado en Brasil (16), esto podría deberse a la ausencia de material logístico y tecnológico exclusivo del área. El 94.2% de responsables pueden adaptarse al ambiente cambiante en salud, concordando con el 90,9% encontrado por Alvarado J, esto explica el empeño de contar con salas situacionales en funcionamiento.

El 66,67% de instituciones siempre analizan sus salas, esto es mayor al 32,4% encontrado por Andrade W (16), esto explicaría por qué la toma de decisiones, la atención de calidad y las intervenciones instauradas en estas instauradas no siempre son positivas. El 82,61% siempre actualizan sus indicadores, más allá del 51,4% hallado en Brasil (16), indicando el compromiso con mantener los datos actualizados, fundamental para la detección temprana de problemas de salud y la toma de decisiones informadas (11). La gran mayoría cuentan con salas accesibles y con información de la IPRESS en sala estática, diferente a otro estudio en Perú, donde sólo la tercera parte lo reportó (4), esto se explicaría por el amplio espacio en donde se ubican las salas

situacionales, y con el 66,67% de salas con sala estática completa. La mayoría de las salas tienen indicadores de problemas de salud priorizados en la sala dinámica (92.75%) y proporcionan información entendible en dicha sala (98.55%), similar al 71,6% encontrado por otro estudio en Brasil (16); el 81.16% de las instituciones siempre actualiza los problemas de salud priorizados en la sala dinámica, contrastando con el 29,8% obtenido por Andrade W (16), esto explicaría el 76,81% de salas dinámicas completas y funcionales a nivel institucional. El 26.09% de las instituciones nunca realizan los mapas de calor de problemas priorizados en sala dinámica, mientras que el 53.62% lo hace siempre, contrastando con el 89% obtenido por Andrade W (16), esto explicaría la falta de intervención focalizada según zonas de mayor riesgo. El 50,72% de instituciones usa la sala situacional para tomar decisiones eficientes, sin embargo, Andrade W encontró un porcentaje mayor del 83,8% (16), lo cual explica la pobre gestión según la jurisdicción, y el desaprovechamiento de esta herramienta. El 66.67% de instituciones brindan atención de calidad utilizando la sala situacional, mucho más bajo que el 91,9% obtenido por Andrade W en Brasil (16), esto explicaría la insatisfacción de los usuarios, pese a los planes ejecutados o intervenciones aplicadas. El 73,91% de instituciones planificaron intervenciones de prevención y control de principales problemas de salud, distinto al 54,1% encontrado por Andrade W (16), esto explicaría que aunque el equipo de salud implemente, planifique intervenciones, sin incluir a la comunidad en el análisis, el grado de insatisfacción con la calidad, será alto en la población.

El escaso tiempo disponible para actualizar la sala situacional (53.62%) se vincula con la sobrecarga laboral (69.57%), en Brasil se reporta que esto sucede en el 87,8% de los responsables (16), esto se debería a la asignación de múltiples programas, estrategias y cargos administrativos adicionales, deteriorando la calidad de atención, y la gestión de procesos. El 18,84% de responsables cuenta a veces con personal capacitado o exclusivo, similar al 28,8% encontrado en Brasil (16), esto contrasta con el 81,16% de responsables con memorando de responsabilidad, indicando que esto último no es condición de exclusividad al área de epidemiología. El 59.42% reportan que siempre presentan problemas logísticos y tecnológicos para actualizar las salas, esto corrobora el 55,07% que reporta ausencia de equipos de cómputo y de internet; esto se relaciona con el 100% de gestores que reportaban el mismo problema en Brasil (16). El 98,55% reporta que a veces o nunca cuentan con recursos financieros, similar al 75,7% encontrado por Seidl H et al. (24), esto se asocia con los problemas logísticos, asimismo con la necesidad del apoyo por parte de recursos humanos para lograr una asignación adecuada del presupuesto para apoyar estas actividades. El 75,35% de responsables siempre reportó

apoyo del jefe del establecimiento, en Brasil, el 100% de gestores lo reportaron (16). El 40,58% de responsables siempre reportaron capacitación continua, contrastando con el 81,1% reportado por Seidl H (24), esto explicaría la pobre cualificación de los responsables con servicio mayor de 1 año en el área, respecto a la formación en epidemiología e informática.

Enfoque regional según estado de desarrollo institucional de salas situacionales de salud

De acuerdo a los resultados obtenidos y a la evaluación de las salas situacionales sanitarias en las instituciones mencionadas, no se observaron disparidades en el nivel de desarrollo de estas salas, independientemente de si pertenecían a un establecimiento de salud de primer nivel, una microrred o una red de salud. Por lo tanto, para esta sección y la siguiente, se calculó el promedio de las puntuaciones obtenidas por institución evaluada. Del total de salas situacionales evaluadas en la **región Lambayeque**, sin distinción como establecimiento de salud, microrred o red de salud, la mayoría de ellas tienen un **estado de desarrollo deficiente o muy deficiente**, representando el **79.71%**. Esto sugiere que existe una clara necesidad de mejorar y fortalecer estas salas situacionales.

Enfoque provincial según estado de desarrollo institucional de salas situacionales de salud

Sin distinción como establecimiento de salud, microrred o red de salud, **Chiclayo** tiene el mayor porcentaje de salas situacionales clasificadas como **deficiente (50%)**. **Ferreñafe**, mientras tanto, cuenta con la mayoría de salas situacionales **muy deficientes (45,45%)**. **Lambayeque**, aunque cuenta con el segundo lugar en salas situacionales **deficientes (45,83%)**, es la provincia con mayor número de salas situacionales **aceptables**.

Enfoque provincial según estado de desarrollo de salas situacionales de salud, por establecimientos de salud del primer nivel de atención MINSA Lambayeque

Ferreñafe, cuenta con la mayor cantidad de salas situacionales **muy deficientes (83,33%)**, seguido de **Chiclayo**, quien presenta el **61,90%** del mismo estado, y con el **33,33%** de salas situacionales **deficientes**. **Lambayeque**, por el contrario, cuenta con el **61,54%** de sus salas como **aceptables**. Estando el **77,5%** de las salas situacionales en un estado **deficiente y muy deficiente**, resultado similar encontró Alvarado J (4), donde halló que el **72,72%** de 44 establecimientos de la **Región Callao** tenía salas situacionales con información **incompleta** tras ser evaluados y supervisados, indicando que la mayor parte de estos establecimientos no tienen salas actualizadas.

Enfoque provincial según estado de desarrollo de salas situacionales de salud, por microrredes de salud MINSA Lambayeque

Lambayeque cuenta con el **30%** de salas situacionales en estado de desarrollo **muy deficiente**, asimismo cuenta con el **70%** restante, en estado **deficiente**. **Chiclayo**, cuenta con el **83,33%** de salas situacionales en estado de desarrollo **deficiente**, mientras tanto, **Ferreñafe**, cuenta con el **50%** de salas situacionales con estado de desarrollo **aceptable**, y la otra mitad es **deficiente**. Estando el **84,62%** de las salas situacionales en un estado **deficiente** y **muy deficiente**.

Enfoque regional según estado de desarrollo de salas situacionales de salud, por redes de salud MINSA Lambayeque

Chiclayo, cuenta con sala situacional de salud en estado de desarrollo **aceptable**, **Ferreñafe**, con sala situacional en estado de desarrollo **deficiente**, finalmente, **Lambayeque**, con sala situacional sanitaria en estado de desarrollo **muy deficiente**. Resultado similar encontró Alvarado J (4), donde halló que el **total de las redes** de la **región Callao**, presentaban salas situacionales en estado **incompleto** o **desactualizado**, esto según indicadores evaluados.

3.2.3. Asociación entre características del personal responsable con el estado de desarrollo de las salas situacionales

En el análisis bivariado entre las características del personal responsable y el estado de desarrollo de las salas situacionales no se encontró asociación estadísticamente significativa.

3.3. LIMITACIONES

El presente estudio presentó sendas limitaciones, entre ellas, para poder ejecutar el instrumento, se obtuvo una carta de autorización por parte del área de capacitación de recursos humanos de la GERESA Lambayeque, pese a esta autorización, hubo un establecimiento de salud, en el cual el responsable de epidemiología solicitó la carta de autorización del jefe del establecimiento. Asimismo, la falta de disponibilidad de tiempo de los responsables para acceder a responder, la ausencia del personal debido a que no tenía turno o estaba de vacaciones, los recursos económicos para poder desplazarse entre las 69 instituciones evaluadas, a lo largo de los 38 distritos que cuenta la región Lambayeque.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES

1. El 79,71% de salas situacionales de salud a nivel institucional (establecimientos de salud del primer nivel de atención, micro redes y redes MINSA Lambayeque), se encontraron en estado de desarrollo deficiente o muy deficiente.
2. La mayor parte de responsables eran mujeres, siendo de mayor frecuencia el rango etáreo entre 26 y 45 años, y predominantemente enfermeras. El tiempo de servicio más frecuente fue el menor de un año, contando en su mayoría con memorándum de responsabilidad. Menos de la mitad de los responsables contaban con formación en epidemiología, y aproximadamente la mitad con formación en informática.
3. El 77,5% de los establecimientos de salud, el 84,62% de las microrredes de salud y el 66,67% de las redes de salud mostraron salas situacionales sanitarias con estados desarrollo que van desde deficientes hasta muy deficientes.
4. Finalmente, no se halló asociación estadísticamente significativa en el análisis bivariado entre las características del personal responsable y el estado de desarrollo de las salas situacionales.

CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES

1. A los responsables del área de epidemiología, generar informes técnicos de la situación de salud de su jurisdicción de manera óptima y eficiente; asimismo convocar al análisis e interpretación regular de los resultados obtenidos en la sala situacional, para estimular la cultura de cuestionamiento crítico de la situación de salud, mejorar la implementación de la sala dinámica de la sala situacional (mapas de calor, curva epidémica, canal endémico y zonas de riesgo).
2. El gestor de salud no solamente debe apoyar o incentivar al área de epidemiología para la elaboración de la sala situacional, sino formar también, parte de la implementación de ella. Así, asegurar una toma de decisiones eficiente, y con ello brindar una atención de calidad.
3. Al departamento de Recursos Humanos debe proporcionar capacitación a los empleados y ofrecer incentivos económicos basados en sus logros para optimizar su rendimiento. Además, se deben facilitar los procesos para obtener recursos logísticos, tecnológicos y financieros, reduciendo así los problemas que afectan la actualización de las salas situacionales a nivel regional. Es necesario programar sesiones de pausas activas para aumentar la productividad del personal y fomentar la interacción entre compañeros. También se busca reducir la rotación de personal y garantizar la exclusividad del personal de epidemiología.
4. A los futuros investigadores, se sugiere, realizar muestreo aleatorizado, estratificado, o por afijación proporcional u óptima; asimismo, evaluar al equipo responsable (implementación), al equipo de gestión (uso de sala situacional y toma de decisiones), y al usuario receptor (atención percibida).

CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (2005), tercera edición [en línea]. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2016. [fecha de acceso 7 junio de 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/246186/9789243580494-spa.pdf>
2. Ministerio de Salud y Asistencia Social. El análisis de sala situacional en salud - conceptos, técnicas, reflexiones y recomendaciones [en línea]. Guatemala: Dirección Área de Salud de Alta Verapaz; 2010. [fecha de acceso 7 junio de 2023]. Disponible en: https://www.medicosdelmundo.org/sites/default/files/migrate/documents/instructivo_sala_situacional_alta_verapaz-mdm-es.pdf
3. Fuentes-Egas, E. Sala situacional con enfoque epidemiológico del dispensario “Puñachizag” del seguro social campesino [Tesis de pregrado]. Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2017.
4. Alvarado-Pereda, J. Participación de la enfermera en los procesos epidemiológicos en la DIRESA Callao 2016 [Tesis de postgrado]. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2017.
5. Bergonzoli G. Sala Situacional: instrumento para la vigilancia de la salud pública. Venezuela: Instituto de Altos Estudios en Salud Pública Dr. Arnaldo Gabaldón; 2006.
6. Hospital Rafael Uribe, Empresa Social del Estado (E.S.E). Diagnóstico local Antonio Nariño [en línea]. Colombia: Equipo de Análisis de Situación Salud – ASIS Hospital Rafael Uribe ESE; 2013. [fecha de acceso 7 junio de 2023]. Disponible en: http://www.eserafaeluribe.gov.co/web2013/salud_publica/asis/salasituacional/2014/InformeFinalSalaSituacional_AntonioNarino_Enero302014.pdf

7. Hospital Tunjuelito, II Nivel Empresa Social del Estado (E.S.E). Sala Situacional 2015 [en línea]. Colombia: Equipo de Análisis de Situación en Salud – ASIS del Hospital Tunjuelito II NIVEL ESE; 2015. [fecha de acceso 7 junio de 2023]. Disponible en: http://www.esetunjuelito.gov.co/phocadownloadpap/salasisituacional/Juventud/HT_InformeSalaC_280415.pdf
8. Ministerio de Salud Pública. Guía de funcionamiento Sala Situacional de Salud [en línea]. Quito – Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2015. [fecha de acceso 7 junio de 2023]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/345565366/Guia-Sala-Situacional-2016-Mf#>
9. Organización Panamericana de la Salud. Salas de situación en salud: compartiendo las experiencias de Brasil [en línea]. Brasilia, DF - Brasil: Organización Panamericana de la Salud; 2010. [fecha de acceso 7 junio de 2023]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3580/9788579670510_por.pdf
10. Ministerio de Salud Pública. Instructivo para la elaboración del análisis situacional integral de salud [en línea]. Quito – Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2013. [fecha de acceso 7 junio de 2023]. Disponible en: <https://www.studocu.com/en-us/document/neumann-university/business-law/analisis-situacional-integral-de-salud-final/63098830/download/analisis-situacional-integral-de-salud-final.pdf>
11. Ministerio de Salud. Sala de situación de salud, Guía para su implementación [en línea]. Lima – Perú: Ministerio de Salud; 2005. [fecha de acceso 7 junio de 2023]. Disponible en: https://bvs.minsa.gob.pe/local/OGEI/806_MS-OGE90.pdf
12. Secretaría Distrital de Salud. La Sala Situacional Central de la Secretaria Distrital de Salud [en línea]. Bogotá – Colombia: Secretaría Distrital de Salud; 2007. [fecha de acceso 7 junio de 2023]. Disponible en: <http://www.setianworks.net/SSCSDS/DOCUMENTOEXECUTIVOSSSDS.doc>

13. Organización Panamericana de la Salud. Experiencias, Salas de situación de Salud en Venezuela [en línea]. Venezuela: Organización Panamericana de la Salud; 2018. [Acceso: 7 junio de 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/5188>
14. Napoleão A et al. Sala de situação para tomada de decisão: percepção dos profissionais que atuam na Atenção Básica à saúde de Sobral–Ceará. SANARE-Revista de Políticas Públicas (2013); 12(2): 40-46.
15. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Sala Situacional de Salud, “Guía práctica para su implementación en los Puertos de Venezuela” [en línea]. Venezuela: Ministerio del Poder Popular para la Salud; 2013 [fecha de acceso 7 junio de 2023]. Disponible en: http://isbn.cenal.gob.ve/catalogo.php?mode=busqueda_menu&id_autor=89038
16. Andrade W. Sala de situação de saúde em unidade de atenção primária: ferramenta para planejamento e monitoramento na secretaria regional III – Fortaleza – Ceará [Tesis de postgrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2019.
17. Asociación Peruana de Facultades de Medicina. Formación en Salud Pública de los Médicos del Perú – Diagnóstico y propuestas para su fortalecimiento. Lima – Perú: Asociación Peruana de Facultades de Medicina; 2021 [fecha de acceso 17 febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.aspefam.org.pe/series/serie7.pdf>
18. Apolaya C, Flores M. Digitalización de sala situacional utilizando Power BI y Azure SQL Database para mejorar el monitoreo de COVID-19 en etapa de emergencia-Red Asistencial EsSalud Lambayeque [Tesis de pregrado]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2022.
19. Seguro Social de Salud (EsSalud). Manual de Instalación y Funcionamiento de la Sala de Situación de Salud del Seguro Social de Salud EsSalud – 2011 [en línea]. Lima: Gerencia Central de Prestaciones de Salud; 2011. [fecha de acceso 27 julio de 2023]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/noticias/m_impl_s_sit_salud.pdf

20. Cunalema R. Implementación de una Sala Situacional Virtual de Salud para Fortalecer la Atención de Pacientes del Hospital León Becerra del Cantón Milagro [Tesis de postgrado]. Piura: Universidad César Vallejo; 2019.
21. Pazmiño J. Sala situacional del subcentro de salud San isidro área de salud n° 6 enero-septiembre del 2011” [Tesis de bachillerato]. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo; 2011.
22. Ministerio de salud del Perú [Internet]. Perú; Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - NOTIWEB [citado el 27 de septiembre del 2023]. Disponible en: <https://app7.dge.gob.pe/notiWeb/index.php/index/login>
23. Gerencia regional de salud, Gobierno regional de Lambayeque [Internet]. Chiclayo, Perú; Oficina de Estadística [citado el 27 de septiembre del 2023]. Disponible en: <http://oei.geresalambayeque.gob.pe/estadistica/vistas/index.php>
24. Seidl H et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. Saúde debate (2014); 38(especial): 94-108.
25. Pistoletti M. La equidad en el acceso a la información: el caso de la Biblioteca Virtual en Salud. Library and information science (Barcelona) 2010; 1(2): 584-590.
26. Campos CV, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos no Programa de Saúde da Família. Revista de Administração Pública (Rio de Janeiro) 2008; 42 (2): 347-368.
27. Mendonça M et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. Cienc. saúde coletiva (Rio de Janeiro) 2010; 15 (5): 2355-2365. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500011>.

CAPÍTULO VII: ANEXOS

7.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de Investigación: "Análisis de las Salas Situacionales en Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención, Micro redes y Redes MINSA Lambayeque"

Investigador Principal: Pedro Francisco Damián Herrera

Institución de Investigación: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo

Objetivo del Estudio: Este estudio tiene como objetivo analizar las Salas Situacionales en establecimientos de salud del primer nivel de atención, micro redes y redes del MINSA Lambayeque. La información recopilada permitirá comprender el estado y la eficacia de estas salas, así como identificar factores intervinientes en la actualización de la sala situacional.

Procedimiento: Si usted decide participar en este estudio, se le pedirá que complete un cuestionario de evaluación que aborda diferentes aspectos de las Salas Situacionales y su funcionamiento. El cuestionario incluirá preguntas sobre la existencia, actualización, estructura y características de las salas, así como los desafíos que enfrentan en la actualización de datos.

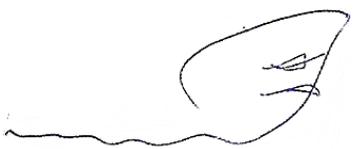
Confidencialidad y Privacidad: Toda la información que proporcione en el cuestionario será tratada de manera confidencial. Su nombre y cualquier otro dato identificativo no estarán vinculados a tus respuestas. Solo se utilizarán datos agregados y anonimizados para el análisis y la presentación de resultados.

Voluntariedad: La participación en este estudio es completamente voluntaria. Si decide participar, puede retirarse en cualquier momento sin penalización alguna. Su decisión de participar o no participar no afectará su relación con la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Consentimiento: Al completar y enviar el cuestionario, estará indicando su consentimiento para participar en este estudio. Si tiene alguna pregunta sobre el estudio, puede ponerse en contacto con el Investigador principal en pdamian@unprg.edu.pe para aclaraciones.

Agradezco su participación en este estudio y la contribución que hará para mejorar la comprensión de las Salas Situacionales en el ámbito de la salud.

Responsable del Área de Epidemiología



Damián Herrera Pedro Francisco

7.2. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN

Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con la Sala Situacional en el establecimiento de salud. Por favor, lea cada afirmación y seleccione la opción que mejor describa la situación en su institución.

Nombre del EESS: _____ Microrred: _____

Red de Salud: _____

Nombre y apellidos: _____

DNI: _____

I. Cualidades de la Sala Situacional de Salud ^{2,5,6}

	No	Sí
¿Cuentan con Sala Situacional?		
¿Tiene ubicación adecuada para vista del público y del personal de salud?		
¿La Sala Situacional se mantiene actualizada?		
¿La Sala Estática está completamente desarrollada y cuenta con la infraestructura necesaria?		
¿La Sala Dinámica está completamente desarrollada y funcional?		

II. Características para elaborar una Sala Situacional de Salud ^{2,4-8}

	No	Sí
¿Cuenta con facilidad de acceso a la información pertinente?		
¿Cuenta con información clara, precisa y comprensible para elaborarla?		
¿Cuenta con material logístico y tecnológico para realizarla?		
¿Logra incluir información en tiempo real?		
¿Realiza la integración de datos epidemiológicos de diferentes fuentes?		
¿Genera informes automatizados y personalizados de la situación de salud?		
¿Logra adaptarse a las necesidades cambiantes del entorno de salud?		

III. Análisis institucional de la Sala de Situación de Salud ^{2, 5, 6}

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
¿Se realiza regularmente el análisis e interpretación de la información presentada en la Sala Situacional?					
Los indicadores presentados en la Sala Situacional se actualizan con una frecuencia: <ul style="list-style-type: none"> • semana epidemiológica: siempre • mensual: casi siempre • trimestral: a veces • casi nunca: semestral • nunca: anual 					
¿Es accesible la información de la Sala Situacional de Salud para el personal de salud, autoridades y población?					
¿La sala situacional estática cuenta con información relevante de la institución de salud?					
¿La sala situacional dinámica cuenta con indicadores de los principales problemas de salud de la localidad, región y país?					
<ul style="list-style-type: none"> • ¿En la sala dinámica, la información mostrada es fácil de entender? 					
<ul style="list-style-type: none"> • ¿La sala dinámica cuenta con información actualizada de los problemas de salud priorizados (pandemias, epidemias, endemias, brotes, etc.)? 					
<ul style="list-style-type: none"> • ¿La sala dinámica cuenta con mapas de calor según los problemas de salud priorizados? 					
¿Ha mejorado la toma de decisiones en el establecimiento de salud, micro redes y redes de la Región Lambayeque?					
¿Ha mejorado la atención de los pacientes a partir de la implementación de la Sala Situacional?					
¿Se han implementado acciones de prevención y control de los principales problemas de salud, basadas en la información de la Sala Situacional?					

IV. Factores intervinientes en la actualización de la sala situacional ^{1-2, 4-8}

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Cuenta con tiempo suficiente					
Sobrecarga laboral/responsabilidades adicionales					
Cuenta con personal capacitado / exclusivo para esta área					
Existen problemas logísticos y tecnológicos					
Cuenta con recursos financieros					
Cuenta con apoyo del jefe del establecimiento de salud					
Existe comunicación efectiva y coordinación entre los diferentes servicios/áreas para el flujo de información					
Se brinda capacitación continua para el personal de salud					

V. Características del personal responsable de elaborar la Sala Situacional ^{2, 4-8, 17}

Edad: _____ Sexo: M / F

Grupo ocupacional: () Médico/a () Enfermero/a () Obstetra

() Técnico/a () Otro: _____

Tiempo de responsabilidad: () 1 – 5 meses () 6 – 11 meses () 1 – 4 años

() 5 – 9 años () 10 años a más

¿Cuenta con memorando de responsabilidad? () Sí () No

Formación académica en epidemiología:

() No cuenta () Cursos () Diplomados () Maestría

() Especialidad / Programa de Especialización en Epidemiología de Campo
(PREEC)

Formación académica en informática:

() No cuenta () Cursos () Diplomados

7.3. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO

VALIDACIÓN DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS

Criterios	Jueces								
	Exp 1 25-09	Exp 2 11-09	Exp 3 06-10	Exp 4 14-09	Exp 5 16-08	Exp 6 10-09	Exp 7 07-10	Exp 8 12-10	Exp 9 14-10
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	0	1	0	0	0	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Exp: Experto. La validación se realizó en el año 2023.

≡ **VALIDEZ DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS: 93.65%**

EXPERTOS	CARGOS
EXPERTO 1	Jefe de epidemiología de Red Ferreñafe
EXPERTO 2	Jefa de epidemiología de Red Lambayeque
EXPERTO 3	Ex-jefa de epidemiología GERESA Lambayeque, jefa de epidemiología CS José Olaya
EXPERTO 4	Jefe de epidemiología GERESA Lambayeque
EXPERTO 5	Equipo de epidemiología GERESA Lambayeque
EXPERTO 6	Jefe de Estadística GERESA Lambayeque
EXPERTO 7	Equipo de Estadística GERESA Lambayeque
EXPERTO 8	Jefa de epidemiología CS TCCH (2021- actual), estudiante de PREEC
EXPERTO 9	Jefa de UVICLIN CS TCCH, docente en salud pública

GERESA: Gerencia Regional de Salud. CS: Centro de Salud. TCCH: Toribia Castro Chirinos. PREEC: Programa de Especialización en Epidemiología de Campo. UVICLIN: Unidad de Vigilancia Clínica

7.4. VALIDACIÓN ESTADÍSTICA

a) **Confiabilidad del Instrumento:** Cualidades de la sala situacional

		N	%
Casos	Válidos	30	100
	Excluidos ^a	0	0
	Total	30	100

a: Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento

Alfa de Kuder Richardson-20	Nº de ítems
0,72	5

Confiabilidad del instrumento: ACEPTABLE

b) **Confiabilidad del Instrumento:** Características para elaborar una sala situacional

		N	%
Casos	Válidos	30	100
	Excluidos ^a	0	0
	Total	30	100

a: Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento

Alfa de Kuder Richardson-20	Nº de ítems
0,80	7

Confiabilidad del instrumento: ACEPTABLE

c) **Confiabilidad del Instrumento:** Análisis institucional y factores intervinientes en la actualización de la sala situacional

		N	%
Casos	Válidos	30	100
	Excluidos ^a	0	0
	Total	30	100

a: Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento

Alfa de Cronbach	Nº de ítems
0,82	19

Confiabilidad del instrumento: EXCELENTE

7.5. CARTA DE AUTORIZACIÓN GERESA



GOBIERNO REGIÓN LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CHICLAYO
OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
OFICINA DE GESTIÓN Y DESARROLLO DEL POTENCIAL HUMANO
UNIDAD DE CAPACITACIÓN

"AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA
INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS
DE JUNIN Y AYACUCHO"

Expediente N°215238313-0

CARTA DE AUTORIZACIÓN N°0014 REALIZAR PROYECTO DE TESIS

Sr. Pedro Francisco Damián Herrera
Estudiante de Escuela de Medicina Humana
Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo

Es grato dirigirme a usted y expresarle mi cordial saludo y atendiendo a lo requerido mediante expediente de la referencia, comunicarle que la Oficina de Capacitación de esta Gerencia Regional de Salud Lambayeque **AUTORIZA** realizar su proyecto de investigación titulado "**NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN Y USO DE SALAS SITUACIONALES ASOCIADOS A LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA SU ELABORACIÓN EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE LA REGION LAMBAYEQUE 2024**", expedida según Resolución N°022-2024-VIRTUAL-FMH de fecha 23 de Febrero del 2024, en mérito al Convenio Marco Interinstitucional firmado entre su Universidad y nuestra Gerencia Regional de Salud.

A realizarse en **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la región Lambayeque** a partir:

Del: 25 de febrero del 2024

Al: 25 de marzo del 2024

Solicitando al jefe del establecimiento de salud brindar las facilidades para la realización del proyecto de investigación, respetando la privacidad, espacios y tiempos. El resultado de dicha investigación deberá ser alcanzado en un ejemplar a la Oficina de Capacitación al email: capacitacion.geresal@gmail.com

Chiclayo 23 de febrero del 2024

RLVV/inypn
cc: Archivo
Se adjunta relación de IPRESS

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD


Dra. Rosa Luz Villafánca Velasquez
JEFA DEL ÁREA DE CAPACITACIÓN RECURSOS HUMANOS