



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

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

**Calidad del registro de historia clínica y nivel de cumplimiento del
prestador asistencial de obstetricia en Hospital público, Arequipa,
2021**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

AUTORA:

Jacobo Zapana, Yenifer Obelu (ORCID: 0000-0001-7139-915X)

ASESORA:

Dra. Villanueva Figueroa, Rosa Elvira (ORCID: 0000-0002-3919-0185)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud

LIMA - PERÚ

2021

Dedicatoria

A mi Familia, por su apoyo incondicional en este proceso de crecimiento y formación profesional, por ser mi fuerza y motor para seguir Adelante pese a las adversidades. A mis amigos, colegas y compañeros de labor que colaboraron directa e indirectamente con consejos, percepciones y palabras de aliento durante el desarrollo de esta tesis.

Agradecimiento

A Dios, principalmente por su bondad, protección y la bendición de gozar de salud y bienestar a lo largo del desarrollo de este estudio.

A mi madre, por haberme dado la vida y haber hecho de mí una persona con principios y valores que mantengo como parte esencial en mi vida.

A toda la plana de personal asistencial y administrativo del hospital en estudio, por las facilidades y apoyo para el desarrollo de recolección de datos.

A mi asesora, mis docentes y facilitadores por su guía continua y constante durante mi desarrollo estudiantil, sus correcciones a fin de mejorar dicha investigación y fortalecer mis conocimientos compartiendo los suyos, así como sus experiencias.

A la Universidad Cesar Vallejo de Lima, por la acogida y alcances de formación a fin de obtener el grado académico correspondiente.

Índice de contenido

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenido	iv
Índice de tabla	vi
Índice de figuras	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	17
3.1 Tipo y diseño de investigación	17
3.2 Variables y operacionalización.....	18
3.3 Población, muestra, muestreo y unidad de análisis	20
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	21
3.5 Procedimientos	22
3.6 Método de análisis de datos.....	23
3.7 Aspectos éticos.....	23
IV. RESULTADOS	24
V. DISCUSIÓN.....	37
VI. CONCLUSIONES	44
VII. RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS.....	46
ANEXOS	52

Índice de tabla

Tabla 1 Calidad de la historia clínica.....	24
Tabla 2 Nivel de cumplimiento del prestador asistencial.....	25
Tabla 3 Estructura de la historia clínica.....	26
Tabla 4 Proceso de la historia clínica.....	27
Tabla 5 Resultado de la historia clínica.....	28
Tabla 6 Registro del profesional médico.....	29
Tabla 7 Registro del profesional de enfermería.....	30
Tabla 8 Registro del profesional obstetra/iz.....	31
Tabla 9 Prueba de normalidad.....	32
Tabla 10 Contrastación hipótesis general.....	33
Tabla 11 Correlación hipótesis específica 1.....	34
Tabla 12 Correlación hipótesis específica 2.....	35
Tabla 13 Correlación hipótesis específica 3.....	36
Tabla 14 Detalle específico de jueces validadores.....	76
Tabla 15 Fiabilidad de alfa de Cronbach.....	77

Índice de figuras

Figura 1 Diseño de la investigación	17
Figura 2 Distribución porcentual de la variable1	24
Figura 3 Distribución porcentual de la variable 2.....	25
Figura 4 Distribución porcentual de la Estructura de historia clínica.....	26
Figura 5 Distribución porcentual del Proceso de la historia clínica	27
Figura 6 Distribución porcentual del resultado de la historia clínica	28
Figura 7 Distribución porcentual del registro del profesional medico.....	29
Figura 8 Distribución porcentual del registro del profesional de enfermería	30
Figura 9 Distribución del registro del profesional obstetra/iz	31

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo general determinar la relación entre la calidad del registro de historia clínica y el nivel de cumplimiento del prestador asistencial de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021. La investigación fue tipo básica, bajo un enfoque cuantitativo, diseño no experimental-corte transversal, nivel descriptivo correlacional – retrospectivo y método hipotético deductivo. La población fue de 1620 historias clínicas y la muestra de 311 historias clínicas comprendidas al segundo trimestre del año 2021, seleccionadas por muestreo probabilístico. La técnica usada para la recolección de datos fue la observación y guía de documentos, el instrumento aplicado fue una lista de chequeo de 54 ítems estructurado en base a normas del MINSA. El análisis estadístico fue descriptivo e inferencial mediante tablas, figuras y prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov, evidenciándose que los datos al no seguir una distribución normal se aplicó prueba no paramétrica. Los resultados obtenidos según Rho de Spearman demostraron relación positiva directa $r=0,417$ y una significancia de $p=0,000$. Por lo tanto, se concluye que, existe una relación significativa directa entre la calidad del registro de historia clínica y el nivel de cumplimiento del prestador asistencial del área investigada.

Palabras clave: Calidad, historia clínica, cumplimiento, prestador asistencial

Abstract

The general objective of the present study was to determine the relationship between the quality of the medical history record and the level of compliance of the obstetric care provider of a public Hospital, Arequipa, 2021. The research was basic type, under a quantitative approach, non-design. experimental-deductive cut. The population consisted of 1,620 medical records and the sample of 311 medical records included in the second quarter of 2021, selected by probability sampling. The technique used for data collection was observation and document guidance, the instrument applied was a checklist of 54 items structured based on MINSA standards. The statistical analysis was descriptive and inferential using tables, frequency figures and the Kolmogórov-Smirnov normality test, showing that the data did not follow a normal distribution, a non-parametric test was applied. The results obtained according to Spearman's Rho showed a direct positive relationship $r = 0.417$ and a significance of $p = 0.000$. Therefore, it is concluded that there is a direct significant relationship between the quality of the medical history record and the level of compliance of the healthcare provider in the investigated area.

Keywords: Quality, medical history, compliance, healthcare provider

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, un estudio basado en historias clínicas yace de importancia por ser un documento médico-legal que contiene un conjunto de actividades secuenciales, oportunas y específicas de cada paciente, considerándose así un elemento esencial y de gran significancia. La misma que cumple si bien un rol central en todo el proceso de atención al paciente y se encuentra contemplado dentro de un marco de ley, haciéndose de cumplimiento obligatorio por los prestadores asistenciales de salud. (OPS,2019)

A nivel internacional, el campo de los servicios asistenciales tiene en frente nuevos desafíos basados en un enfoque centrado en la calidad en todas sus dimensiones de cuidado del paciente hospitalizado o no, donde la labor del prestador asistencial debe ser medible, evidenciable y con una visión de mejora continua, aplicándose herramientas de calidad que evidencian dichas acciones en registros de información básica y esencial plasmada en la historia clínica de cada paciente misma que representa una documentación legal, además de permitir la continuidad de los cuidados y el tratamiento adecuado según la evolución del proceso..(Vargas et al. 2013)

A nivel nacional, en el transcurso del tiempo la gestión de calidad en los servicios asistenciales ha permitido implementar nuevos formatos, procesos y registros que, aunque a veces resulten engorrosos, son fuente primordial y base de datos esencial en la prestación de cuidados sanitarios de calidad. Todos estos registros de información se encuentran contenido de forma ordenada y secuencial en una historia clínica que viene a ser el soporte más importante de toda la atención a un paciente que permite intervenciones de calidad o no según su uso de los mismos, además de constituir un medio de prueba judicial que protege los intereses del paciente, profesionales e instituciones. (MINSAs,2018)

A nivel local, en el hospital público en estudio, la calidad total en servicios atención en salud no es ajena a la de los objetivos del sector de salud a nivel nacional y es por ello que, evaluar los registros de la historia clínica resulta una forma de evidenciar los cuidados prestados y/o atención al paciente, permite notablemente verificar hallazgos registrados en pos de mejorar la calidad del registro clínico y desde luego la calidad de los servicios de salud en el área.

En este sentido, los servicios del hospital que cada día atienden a una población cada vez mayor, en especial el servicio de Obstetricia donde la rotación de pacientes es alta, la capacidad resolutive al tope y el recurso humano hasta cierto punto deficiente, los esfuerzos del prestador asistencial pone a bandeja la posibilidad de que la eficiencia de los registros en la historia clínica, gestión y otros sean de baja calidad, generando la probabilidad de trascender en problemas ético legales hasta judiciales, siendo un indicador de no calidad y mil puntos menos para un proceso de acreditación que tanto se espera para la institución. Pues, en dicho hospital en mención existe la necesidad de saber el nivel de cumplimiento de cada uno de los criterios ya establecidos en la norma técnica de atención en salud relacionado al registro de información. (MINSAL,2020).

En la presente investigación se planteó como problema general; ¿Cuál es la relación entre la calidad del registro de historia clínica y el nivel de cumplimiento del prestador asistencial de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021? Planteándose, además, los problemas específicos que se refieren a la primera variable relacionadas con cada una de las dimensiones de la segunda variable y es como se presenta; ¿Qué relación existe entre la calidad del registro de historia clínica y el registro del profesional médico del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021?, ¿Qué relación existe entre la calidad del registro de historia clínica y el registro del profesional de enfermería del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021? Y ¿Qué relación existe entre la calidad del registro de historia clínica y el registro del profesional obstetra/iz del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021?

La justificación teórica de la presente investigación tuvo por propósito mejorar la calidad del llenado de registros de información y/o atención en la historia clínica, pues el adecuado registro de datos, actos y servicios brindados hacia el paciente permiten un eficiente servicio de continuidad de los cuidados ya sea en el próximo turno o en su reingreso o referencia a otra entidad de salud.

Respecto, a la justificación practica este estudio permitió determinar si la calidad del registro de historia clínica guarda relación con los registros de información del prestador asistencial en su cumplimiento, en el control de sus procesos y la definición de indicadores de medición de calidad.

Y, socialmente esta investigación proporcionó todo el conocimiento de la magnitud de ciertas deficiencias en el registro de la información de las historias de los pacientes, brindando elementos clave en el establecimiento de estrategias que contribuyan a la concientización de los prestadores sanitarios y, por lo tanto, al mejoramiento continuo.

El presente estudio tuvo como objetivo general; Determinar la relación entre la calidad del registro de historia clínica y el nivel de cumplimiento del prestador asistencial de Obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021. Y siendo, los problemas específicos: Determinar la relación entre la calidad del registro de historia clínica y el registro del profesional médico del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021; determinar la relación entre la calidad del registro de historia clínica y el registro del profesional de enfermería del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021 y finalmente; determinar la relación entre la calidad del registro de historia clínica y el registro del profesional de obstetra/iz del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021.

Para esta investigación se planteó las siguientes hipótesis general y específicas respectivamente; La calidad del registro de historia clínica se relaciona significativamente con el nivel de cumplimiento del prestador asistencial de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021, siendo las hipótesis específicas: La calidad del registro de historia clínica se relaciona significativamente con el registro del profesional médico del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021, La calidad del registro de historia clínica se relaciona significativamente con el registro del profesional de enfermería del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021 y la calidad del registro de historia clínica se relaciona significativamente con el registro del profesional de obstetra/iz del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021.

Finalmente, cabe precisar que dicho proyecto de investigación contiene el diseño según las especificaciones de las guías de productos de investigación de la universidad Cesar vallejo.

II. MARCO TEÓRICO

En referencia a los estudios previos que se han realizado con anterioridad a esta investigación no existen tales con las dos variables en estudio relacionadas que se hayan investigado, sin embargo, de manera separada si existen varios estudios relacionados tanto a nivel internacional como nacional, que citamos a continuación:

Según, Cuccato et al. (2020), en su revista *Análisis de historias clínicas de un hospital universitario de Mogi das Cruzes, Sao Paulo*, tuvieron como objetivo analizar la calidad de los registros médicos contenidos en la historia clínica. La metodología de dicho estudio fue tipo básica, la técnica la observación y el instrumento que se aplicó un cuestionario que contenía ítems obligatorios. La población y muestra fue de 191 historias clínicas de los servicios de medicina interna, pediatria, ginecología y obstetricia. Se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal- Wallis $p= 0,0003$, aceptando de este modo la hipótesis alterna y rechazando la nula con un nivel de significancia alta. Los resultados fueron puntuaciones promedio por debajo de 73%, siendo estos indicadores de un nivel de calidad medio respecto a la calidad de sus registros. Por lo tanto, se concluyó que estos deben mejorar u optar por otra alternativa más estandarizada en cuanto a la estructura de la historia clínica.

Del mismo modo, Quiroga (2019). En su tesis *Calidad del registro de la información de la historia clínica de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador*, donde el objeto de su estudio fue precisar y describir ciertas diferencias existentes relacionadas a la calidad en el registro de datos consignados en las carpetas clínicas del servicio de ginecología y traumatología, el tipo de estudio de la investigación fue descriptiva comparativa - no experimental, de enfoque cuantitativo, comparativo - no experimental, conformada por una población de mil quinientos sesenta y nueve expedientes y una muestra de ciento ochenta carpetas clínicas; en la recolección de datos se usó un Check List general debidamente validado y sometido a juicio de expertos mediante la prueba de Kruskal-Wallis. Se concluyó que existe diferencias regularmente muy significativas en relación a la calidad de registros de información clínica, pues el servicio de Ginecología evidencia mayor calidad en sus registros comparado al servicio de Traumatología.

Bajo esta misma línea, Barrios (2018). En su investigación sobre *Calidad de la Historia Clínica en Hospitalización y emergencia en un servicio de Medicina Interna. Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreño, Caracas – Venezuela*. Su objetivo fue analizar y/o evaluar la calidad de cada una de los registros clínicos consignados en la atención de los usuarios del servicio de hospitalización y emergencia de dicho nosocomio en un periodo determinado, dicho estudio fue descriptivo, con una población de 1600 pacientes ingresantes y una muestra de 160 pacientes con sus respectivas historias, como instrumento se usó una lista de chequeo. Los resultados finales evidenciaron formatos de estructura como filiación, evolución, interconsultas y plan de atención 100%, sin embargo, estas contemplan datos incompletos en relación a hora 56.9%, fechas 59.7%, entre otros registros ocupacionales 51.3%, concluyéndose que, las historias contienen estructura de buena calidad y bajo cumplimiento del registrador.

Sin embargo, Hernández et al (2018). En su investigación *cumplimiento de los registros clínicos en un hospital de II nivel de atención en México*, tuvieron como objetivo determinar el cumplimiento de los registros clínicos. El tipo de estudio fue descriptivo transversal, la población y muestra fue de 156 historias clínicas, la técnica usada la observación y el instrumento una ficha de evaluación diseñada. Los resultados que se obtuvieron fueron, el 75% no firma sus notas o registra datos incompletos, el 52% no registra diagnóstico médico, el 39% no registran fecha, mientras que el 70% si registra sus intervenciones, pero con discordancia, además de ilegibilidad y enmendaduras y solo el 61% si evidenció cumplimiento adecuado del registro. En tanto se concluyó que, el nivel de cumplimiento de los registros clínicos es bajo con un puntaje por mejorar.

Wert et al (2016). En su investigación *Calidad de historias clínicas realizadas por estudiantes de medicina del hospital Orlando Pantoja Tamayo, Cuba, 2016*. Se plantearon como objetivo general evaluar la calidad del llenado de los estudiantes de medicina clínicas. Para la recolección de muestra se usó la técnica de observación y una lista de chequeo. Los resultados obtenidos fueron desfavorables y deficientes en relación a la calidad de los registros clínicos.

Delgado et al. (2015). En su artículo *Evaluación de la calidad de la historia clínica en un servicio de medicina interna – Valladolid – España*. Se realizó un estudio de tipo descriptivo – transversal, con la finalidad de medir el grado de cumplimiento del registro de historia clínica, se evaluaron 147 expedientes clínicos que incluían formatos de notas de enfermería, consentimiento informado y Kardex de tratamiento. Siendo los resultados un grado óptimo en el registro de notas de evolución enfermera, con un porcentaje de 96.6%, seguido del 65% en relación a la legibilidad del formato de consentimiento, mientras que un 27.6 % presenta episodios de deficiencia en el momento de consignar los datos. Se concluye que pese a ya tener resultados óptimos y positivos en algunos componentes aún hay brechas que pulir en dichos registros.

A nivel nacional también se evidencia estudios previos relacionados con mayor incidencia a los estudios internacionales, que aportan mayor significancia a esta investigación, así lo refiere:

Matzumura (2020). En su artículo *calidad de los registros de las historias clínicas en el servicio de emergencias quirúrgicas de un hospital de las fuerzas armadas, Lima*. Tuvieron como objetivo evaluar la calidad de cada uno de los registros clínicos del servicio en mención. La metodología usada fue descriptiva, retrospectiva- transversal. La muestra fueron 359 historias clínicas seleccionadas por muestreo probabilístico, aplicándose una ficha de auditoria de calidad-MINSA, los resultados obtenidos mostraron que el 73.8% tuvieron un resultado por mejorar siendo los documentos de enfermería y médicos los de más bajos puntajes en relación a sus formatos de evolución, tratamiento y exámenes complementarios. Concluyéndose que pese a haber historias con porcentajes aceptables, más de las dos terceras partes son por mejorar.

En este sentido, Tumay (2020) en su investigación *nivel de cumplimiento de los registros de enfermería en la unidad de cuidados intensivos adultos de un hospital publico de Lima*. Tuvo como objetivo determinar el nivel de cumplimiento de los registros enfermeros tales como hoja gráfica, balance hídrico, notas de evolución y Kardex enfermero. El estudio fue de tipo descriptivo, corte transversal, enfoque cuantitativo y diseño no experimental. La población y muestra estuvo constituida por el total de historias clínicas del servicio, se realizó muestreo probabilístico por conveniencia, la técnica usada la observación y el instrumento

fichas de observación estructurados según la norma técnica de salud N° 029-MINSA-2016. Los resultados obtenidos fueron una calificación de 72% puntaje máximo. Concluyéndose que, el nivel de cumplimiento se encuentra en una calificación por mejorar.

Y según, Torres (2018). En su tesis *Registro de historias clínicas en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Ayacucho Miguel Ángel Mariscal Llerena*. Donde el objetivo fue evaluar los registros de la historia del servicio de pediatría. Para ello, se utilizó un diseño descriptivo, la población conformada por 450 registros de expedientes clínicos en un periodo seis a ocho meses tomándose como muestra 250 historias clínicas, para ello se utilizó un check list de auditoría médica en hospitalización, mediante un software IBM SPSS versión 25. Los resultados obtenidos fueron, un 74,8% de las historias clínicas evidencian regular puntaje de calidad; mientras que un 70,4% presentan características de una metodología regular; y un 78,8% es regular evaluándose el formato de epicrisis, asimismo mostró que el 65,2% evidencia en las notas de evolución un nivel regular, de mismo modo con un 51,6% en el formato de tratamiento; Concluyendo que, en el establecimiento en estudio se encuentra en condiciones regulares la calidad de datos e información consignada en los expedientes de prestación en salud.

Asimismo, Gutiérrez (2017). En su investigación *Calidad de Registros de Historias Clínicas de Consultorio externo según Especialidad Médica en un Centro de Atención Primaria (CAP) III San Isidro EsSalud- 2017*, el estudio tuvo como fin determinar la calidad de una cierta gran proporción de registros clínicos donde se empleó un enfoque de tipo cuantitativo, método y diseño descriptivo - no experimental transversal, compuesta por una muestra de 379 historias clínicas producto de muestreo probabilístico, el instrumento que se usó fue el formato de chequeo según norma Es salud aplicado por un médico general, médico internista y médico comunitario y/o familia, obteniéndose como resultado que el registro de historias clínicas de un nivel aceptable para el caso del registro del médico internista con un porcentaje de 60%, seguido del médico de familia con 54% y el menos viable con 33% los registros emitidos por el médico general, dando como conclusiones el estudio recomendación de sensibilización en el correcto llenado de los formatos comprendidos en las historias clínicas, así como la permanente capacitación y retroalimentación continua.

Mientras que, Cajaleón (2017). Concluye que, a pesar de disponer con formatos estructurados, la calidad de los registros de enfermería en cuanto a su dimensión estructura, aplicación del proceso de enfermería es medio, con tendencia a ser baja en calidad ya que no hay un registro adecuado en cuanto a datos subjetivos, objetivos, diagnósticos de enfermería, planificación, evaluación de los cuidados de enfermería. Aún hay omisión de firma y sello del responsable.

Según Cuya (2015) en sus tesis *Calidad de los registros de evolución de enfermería del servicio de neurocirugía del hospital base Carlos Alberto Seguin Escobedo, Arequipa 2014*, concluye que el 70% de registros de las notas de evolución del profesional de enfermería alcanzan un nivel regular a malo, sólo el 28% de los registros se consideran buenos en cuanto a la calidad global de dichos registros del profesional de enfermería.

Respecto a las teorías y enfoques conceptuales relacionados con el tema de estudio se plantean una serie de teorías y conceptos analizados desde la antigüedad e implementados en los distintos sectores, rubros públicos y privados que ofrecen un producto o servicio a la actualidad.

Históricamente, Juran (1967), padre de la calidad, presentó su teoría aplicada *trilogía de Juran* que engloba a la planificación, control y mejora de la calidad, donde todo empieza en la definición del mercado y sus necesidades, características del servicio, desarrollo de sus procesos, cumplimiento de las expectativas, establecimiento de metas para la mejora continua, realización de proyectos, análisis, planificación y registro de resultados.

Bajo la misma perspectiva, Ishikawa (1986) afirmó en su *teoría de la normalización* que la calidad es variable según los objetivos de cada empresa y estas se representan en círculos de calidad que permite a las empresas desarrollarse y mejorar, a los trabajadores sentirse satisfechos porque son capacitados y respetados, además que descubren sus capacidades y en consecuencia mejorar su potencial en cumplimiento con sus actividades. Para ello, el autor propone el uso de 7 herramientas como el diagrama de Ishikawa, Pareto, check list, etc.

Asimismo, Crosby (1987), en su *teoría cero defectos* él sostuvo que la calidad se define en el cumplimiento de requisitos, basada en principios, y que su sistema es la prevención donde el estándar de realización es cero fallas y su medida

el precio de su incumplimiento, por lo tanto, si hay errores estos se dan por desconocimiento o falta de atención, de ese modo se propone una cultura preventiva.

Del mismo modo, Deming (1989) en su teoría calidad total planteó 14 puntos de gestión de calidad producto de su observación, que incluye crear constancia en la mejora del servicio, adoptando nuevas filosofías de compromiso, sin necesidad de inspección constante, minimizando costos en el proceso, donde la calidad debe ir de inicio a fin, siendo importante la implantación de formación en el trabajo, el liderazgo, eliminación de barreras, miedos, slogan definidos, estimulando la educación, promoviendo la automejora y así conseguir la autotransformación.

Deming y Juran (1993) en la teoría de la calidad total sostienen que un 85% de la problemática que representa una empresa es responsabilidad de la administración debido a una deficiente organización de tareas en sus empleados, donde evidentemente requerirá de una cultura de calidad y cambio organizacional a fin de establecer efectos de mejora continua.

Sin embargo, Feigenbaum (1997), sostiene que la calidad no solo es responsabilidad de un área, sino que requiere del compromiso de todos los integrantes de inicio a fin del proceso dentro de estándares establecidos, pero que no excedan sino mejoren la calidad.

Bajo esta perspectiva, Viveros (2002), creador de la teoría de los 13 principios define que para alcanzar mayor calidad y con mayor eficacia en el proceso de creación de un producto o servicio primero se debe comenzar a hacer bien las cosas, segundo, centrarse en las necesidades del cliente, tercero, buscar soluciones y no justificaciones, cuarto, mantener el optimismo, quinto, el compañerismo, sexto, cumplir las tareas, séptimo, ser puntual, octavo, mantener la cordialidad, noveno, reconocer errores y trabajar en corregirlos, décimo, mantener humildad, undécimo, mantener el orden y la organización, décimo segundo, transmitir confianza, y décimo tercero, descubrir formas simples de hacer las cosas.

Asimismo, la OMS (1996). Conceptualizó que la calidad es el alto nivel de excelencia profesional, donde los riesgos e impactos finales son mínimos para el paciente o usuario.

Y según, Montiel (1988), conceptualizó que la calidad en salud se encuentra determinada por las dimensiones de accesibilidad de servicios, satisfacción del usuario y continuidad del servicio dado, donde todo este proceso minimice riesgos e incremente el beneficio del servicio brindado.

Sin embargo, Azebedo (1994) citado por Guevara (2018) donde describe que la calidad es un fenómeno que no siempre puede darse, pero cuando ocurre se evidencia en la satisfacción del paciente. Es decir, esta opinión podría variar de un sujeto a otro en función al conocimiento de cada uno, su entorno, valores y creencias, pues es subjetiva y propia que depende de su vivencia, sus costumbres y su ambiente en el que se desarrolla.

A criterio de Ganga et al (2016) mencionan que, la calidad se encuentra relacionado con la eficiencia y buen servicio que se pueda ofrecer a la sociedad que día a día son más exigentes, debido al sin número de problemas a resolver y sin dejar de considerar los requerimientos a nivel socioeconómico, cultural seguridad y política, por ello para lograr aquello es necesario contar con instituciones sólidas, legítimas y eficientes que permitan un adecuado desarrollo.

De acuerdo a la real academia española (2014), define la calidad como la adecuación de un servicio dado o producto con ciertas características y condiciones propias efectivas y aceptables.

Así también Goetsch y Davis (2016) señalan que la calidad se enmarca en el contexto del proceso de gestión de la calidad, siendo una herramienta fundamental que optimice y mejore los procesos que coadyuven al mejoramiento de la calidad.

Y según Farzadnia et al (2017). Menciona que las practicas adoptadas en las industrias hospitalarias en la oferta de sus servicios incluyen ya en su mayoría la gestión de calidad frente a los desafíos emergentes que enfrentan los hospitales y en consecuencia van adoptando modelos de GCT a fin de sobrevivir en el mercado, además de lograr satisfacer los estándares de calidad y satisfacción del paciente, la prevalencia de la importancia de este proceso obtiene como resultado el posicionamiento en el mercado, aumento de ganancias y la construcción de una organización altamente rentable.

Y en este sentido, enfocarnos en definir la historia clínica, como tal es un documento legal, en el que se encuentra registrados datos del proceso e

identificación del paciente, de manera integrada, en orden secuencial, los mismos que están refrendados con sello y firma del profesional de salud, dichos expedientes contienen formatos específicos para cada área de hospitalización o ambulatoria, son gestionados y administrados por instituciones prestadoras de salud. (MINSA, 2018).

En este sentido, la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica aprobada por RM. N°139-MINSA/2018. Define a los registros de la historia clínica como una responsabilidad propia del Comité Institucional de Historia Clínica en todos los ámbitos hospitalarios, consultorios y comunitarios, con el único objetivo de apelar a la calidad del registro en relación a sus formatos, a través de técnicas de monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento de dichos registros según la normatividad de la historia clínica, proponiéndose implementar acciones en base a los resultados de la supervisión y hallazgos del cumplimiento de la normatividad.

En este sentido, Ghezzi y Ford (2020), menciona que, la calidad de los registros clínicos contempla no solo criterios intrínsecos como la fiabilidad, precisión e integridad sino también es de responsabilidad ética de los profesionales de salud que registran dicha información producto de una revisión sistemática y secuencial del estado físico y bienestar del paciente, quienes se convierten en guardianes perennes de la información emitida dentro un panorama.

Y según, Rodríguez (2015). Considera que, la historia clínica es un instrumento básico en el ejercicio profesional del prestador de salud, donde se recopilan información única, prescrita en el tiempo, de forma particular y global durante todo el proceso de atención médica, que alcanza su máxima dimensión en distintos niveles medico legales que se evidencia en la práctica clínica y desarrollada con principios deontológicos por parte del prestador asistencial.

Asimismo, dicho autor nos menciona que este método clínico reflejado en la práctica, su realización está condicionada a factores como desconocimiento, la no exigencia de la entidad sanitaria, el nivel de profesionalismo del prestador, la premura de una diligencia, entre otras situaciones internas. Que si bien, a la actualidad ya se adoptaron nuevas tecnologías y sofisticación de sistemas de informática, donde se han desarrollado registros médicos virtuales, aun en la mayoría de instituciones por causas económicas y gestión aún se mantienen los manuscritos, pero en cualquiera de las modalidades están deben ser accesibles a

ser auditadas, disponibles en casos que la ley lo exija, refrendados por el profesional cuidador manteniendo siempre la confidencialidad de los datos. (MINSA, 2016).

Lino y Martins (2021). Define a la historia clínica electrónica como aquella que confiere a una herramienta digital médica, que innova la práctica de la anamnesis y se enfrenta a nuevos desafíos respecto al flujo de trabajo, aunque la información consignada pierde privacidad e incluso podría disminuir la relación médico paciente, sin embargo, la calidad de registro y las falencias de identificación del profesional de salud evidencian un mayor cambio positivo y negativo respectivamente.

Bajo esta perspectiva, se definen los registros de la atención en salud y la calidad de los mismos según su ente rector y acreditador.

Según MINSA (2018), menciona que, los registros del servicio brindado al paciente deben evidenciar eficiencia y eficacia, resguardando en su cabalidad responsabilidad ético – legal, y más cuando ocurra un hecho fuera de lo esperado en el proceso normal de enfermedad. Cada uno de los prestadores asistenciales de salud tienen responsabilidad obligada en materia de información consignada pues debe cumplir con lo establecido en la norma técnica en base al registro, protocolo, estadísticas e informes asistenciales y administrativos intervinientes en los procesos clínicos, mismo que deberán ser sellados y firmados ya sea manuscrito o electrónico.

Conceptualmente, la calidad del registro de la historia clínica es una forma de auditoría interna o externa de todo lo contenido en un expediente clínico, y operacionalmente es evaluada según la normativa, teniendo en cuenta el cumplimiento total del llenado donde se consigna información general aceptable o no según lo indicado en la norma técnica en un servicio de hospitalización, el cumplimiento de llenado por área médica, en este caso dado en el servicio de obstetricia, el mismo que será determinado como aceptable, a mejorar o deficiente, siendo obtenido el puntaje promedio de las partes o formatos por área médica una ponderación de la historia clínica en estudio.(MINSA/DGSP, 2010)

Según normatividad, el criterio de evaluación de la calidad de la historia clínica año tras año se van dando con mayor frecuencia, pues las instituciones de salud públicas y privadas evalúan al personal asistencial las actividades

relacionadas a la parte documentaria, la misma que se ve reflejada en la historia clínica del paciente y estas son; diligenciamiento del expediente clínico, coherencia del diagnóstico y tratamiento con lo prescrito, veracidad en cada uno de los registros, oportunidad en los registros y secuencialidad de la atención y de los formatos de registro.

Llevar a cabo auditorías internas y externas de control tienen como objetivo buscar y mejorar la calidad del servicio de salud brindado al usuario y esta acción implica la ejecución de actividades de monitoreo, seguimiento y mejora de los procesos en el tiempo, esta actividad compara la calidad observada y lo esperado según la norma, protocolo o guías clínicas de la institución. Pues, La calidad de la atención consiste en aplicar la ciencia y la tecnología médica, mediante procesos en forma tal que maximice su valor sin aumentar en forma proporcional los riesgos y no riesgos. (Pavón y García, 2017).

Para dimensionar la variable calidad del registro de la historia clínica nos basaremos en la teoría del padre de la gestión de calidad en los servicios de salud, que menciona que; para juzgar la calidad esta puede ser clasificada en tres enfoques estructura, proceso y resultado. (Donabedian, 1980).

Según Donabedian (1980), establece las tres dimensiones en las que se podría juzgar la calidad y evaluarla mediante indicadores; la estructura atribuye a todo lo material, recursos humanos, financieros disponibles para su función, el proceso comprende a la capacidad de respuesta de los prestadores asistenciales, sus habilidades administrativas, destrezas y técnicas de respuesta, y el resultado atribuye a la valoración del nivel de satisfacción frente al cumplimiento de expectativas como usuario o prestador, es a fase en la que podríamos atribuirle el valor agregado de calidad.

Bajo esta misma línea, Ameh et al (2017) refiere que, evaluar la calidad en relación a la estructura, el proceso y el resultado sigue a un modelo de ecuación estructural que tiene que ver directamente con disponibilidad de materia, el uso correcto de dicha materia y la auditoria de los mismos, estos deben ser coherentes al accionar del profesional ejecutor, que si bien algunos pueden reflejar construcciones previstas más tienen que ver con la necesidad de fortalecer los servicios brindados y en consecuencia la mejora de la calidad.

En este sentido, Pierre et al (2018) refiere que la medición de la calidad y su resultado según las fases de un ciclo Deming que se incluyen planificar, hacer, revisar y actuar proporciona una evaluación sistemática, aplicable y reproducible en prácticas hospitalarias privadas y públicas en el tratamiento asistencial de pacientes.

Adicionalmente, Mosadeghrad y Afshari (2018), mencionan que una estrategia apropiada en gestión de calidad mejora notablemente el flujo óptimo de procesos y disminuye deducciones de facturas por parte de las aseguradoras, eliminación de actividades innecesarias y sobrecarga laboral en los prestadores de salud, es decir, la implementación adecuada de un modelo de calidad mejora notablemente la calidad de los servicios y por ende los ingresos en materia de una entidad hospitalaria.

Y respecto a la variable nivel de cumplimiento de los registros asistenciales esta es evaluada a través auditorias de gestión clínica, es una modalidad que permite motivar oportunidades de mejora, eficiencia, cobertura y calidad en la atención en global, asimismo analiza el cumplimiento establecido en la norma técnica de salud vigente.

Según la norma técnica de salud N°139-MINSA/2018/DGAIN, la evaluación del cumplimiento de los registros asistenciales se da según los criterios contemplados en cada uno de los formatos correspondientes a cada uno de los profesionales involucrados en el registro de información médica, dimensionándose en registros del profesional médico que comprende formato de notas de evolución, hoja de prescripción, interconsultas y notas clínicas, registro del profesional de enfermería que contiene hoja grafica de funciones vitales, Kardex de enfermería, hoja de balance hídrico y notas de enfermería, registros de obstetra/iz que comprende historia clínica materno perinatal, Kardex de obstetricia, grafica de funciones vitales, partograma y balance hídrico, registros del odontólogo que consta de historia clínica odontológica y formato de odontograma, cada uno de estos formatos son indicadores de medición para calcular el nivel de cumplimiento del registro de cada prestador asistencial involucrado en la atención del paciente.

Sin embargo, en la presente investigación, al ser un servicio de hospitalización para mujeres gestantes, puerperio y alumbramiento eutócico o distócico respectivamente, los registros del odontólogo no serán evaluados al no

aplicarse ninguna atención durante la estancia hospitalaria y la ausencia de dichos registros.

Evaluar la calidad de los registros de una historia clínica obstétrica es una forma inicial de auditoría, y la auditoría es el acto que tiene como principio primordial buscar la mejora en las prestaciones, además de facilitar un manejo estandarizado del proceso que lleva a desarrollo de estrategias que permitan reducir la mortalidad materna y neonatal, la cual es simple, objetiva, no costosa, de fácil aplicación y permite la identificación de deficiencias a mejorar en cada uno de los prestadores asistenciales. (MINSA/DGSP, 2010)

En este sentido, Vora et al (2018) refirió que un modo de proteger la privacidad de los datos consignados en una historia clínica electrónica o física siendo el caso es utilizar un esquema de cifrado que controlen la transferencia de datos, accesos a seguros, accesos a archivos complementarios, a fin de no afectar la confianza de paciente médico o personal de salud asistencial o en el paradigma de la telemedicina.

Valls (2017) explicó que para alcanzar un nivel de calidad aceptable o satisfactorio se debe cumplir con una serie de requisitos, donde la prioridad está enfocada en la eficacia, la eficiencia y está en consecuencia de una gestión efectiva de la organización ofertante del servicio, estos requisitos están ligados a elementos como las necesidades, las expectativas, el mercado actual y la más importante la satisfacción del usuario, todos estos determinados en características inherentes y complejas en su categoría como calidad de un carácter dinámico, subjetivo, dual e integral que se involucran en un ciclo.

Sin embargo, Safari et al (2020) menciona que la mejora continua de la calidad según el ciclo Deming, Six sigma y SGC no resultan del todo viables en áreas hospitalarias en su mayoría por su modelo de acreditación basado en otras prioridades y estándares de investigación, capacitación y calidad de servicio que va más allá del involucrado, sin embargo, su implementación se hace necesaria hasta obligatoria.

Dentro de los términos básicos que se deberán considerar en la presente investigación son los que se definen en adelante, tales como:

Calidad de la atención de salud: Es la provisión de un servicio brindado a un paciente de forma colectiva e individual, con un grado de profesionalismo óptimo, habiendo un equilibrio entre riesgo -costo y beneficio. (Ishikawa,1988).

Historia clínica: Es un documento clínico, técnico – legal en la que se consignan datos relevantes y no relevantes, manuscritos en forma cronológica donde se describen la condición de salud el paciente, los procedimientos ejecutados, programados e intervinientes, de característica confidencial y registro obligatorio. (MINSA, 2018).

Pertinencia: Es el nivel en el que un usuario encuentra un servicio con eficacia y eficiencia científica dando como resultado menores riesgos y mayores beneficios. (MINSA, 2018).

Seguridad del paciente: Se define como el principio primordial del proceso de atención en salud, donde si bien es cierto hay un nivel de riesgo, durante la práctica clínica estos se relacionan entre sí. (MINSA, 2018).

Confidencialidad: Es un acto de reserva y secreto profesional frente a la información recopilada y prescrita, donde ni el mismo auditor puede hacer uso de ella para otros fines que no contemple. (MINSA, 2018).

Auditoría en salud: Es un acto de control y supervisión de la calidad del servicio de salud durante todo su proceso de atención realizado por un prestador de salud enfermero, obstetra/iz o médico responsable. (MINSA,2018).

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

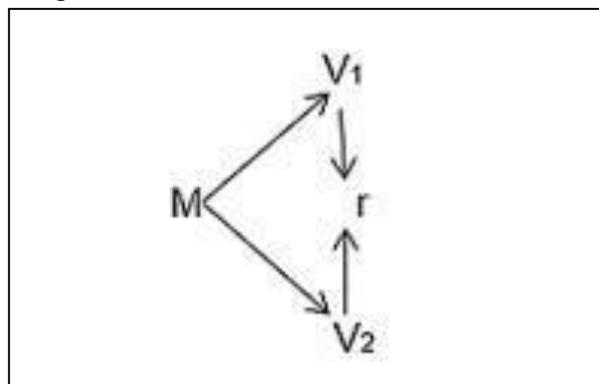
El presente estudio de acuerdo al fin que persigue fue de tipo básica, pues se tuvo como finalidad la obtención y recopilación de datos a partir de información contenida en expedientes, con un enfoque cuantitativo y método deductivo; dado que, se analizó y describió eventos, contextos y fenómenos manifestados en un hecho. Además, se recogió información medible de las variables en estudio, a fin de relacionarlas una con otra.

El nivel de investigación fue correlacional - retrospectivo, porque se buscó analizar la relación de las variables en estudio contenida en expedientes clínicos que presentan ya información recopilada y por obtener en el análisis.

De acuerdo al diseño de la investigación fue no experimental de corte transversal porque se indagó incidencias a través de una investigación observacional propia que permita medir características, relaciones de variables en un tiempo determinado.

Figura 1

Diseño de la investigación



Fuente: Metodología y diseños de investigación de Sánchez y Reyes (2006)

M = Muestra

V1 = Calidad del registro de historia clínica

V2 = Nivel de cumplimiento del prestador asistencial

r = Relación entre las variables de estudio

3.2 Variables y operacionalización

Variable/categoría 1: Calidad del registro de historia clínica

La calidad de los registros de historia clínica es el resultado de una revisión y análisis cuali cuantitativo dado mediante un proceso de auditoría interna o externa según lo establecido en la norma técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica vigente, en esta perspectiva, la evaluación de calidad está enfocada la estructura de los formatos, el proceso del registro de estos y al conjunto de actos finales para su conservación y custodia de dichos expedientes clínicos, llevados a cabo por cada prestador asistencial de salud. (MINSAL,2018).

Para la operacionalización de esta variable se realizó un instrumento a partir de cada una de las dimensiones estructura, proceso y resultado de la historia clínica, según la definición de Donabedian (1988) citado por Guevara (2018) dicho instrumento tuvo 27 Ítems, uno por cada indicador a medir, con una escala ordinal.

Para definir las dimensiones e indicadores de la variable calidad del registro clínico se tomó los conceptos y definiciones de la norma técnica de salud para la gestión de la historia en vigencia, así también como la cita de algunos autores.

La estructura de la historia clínica es la sección que contempla una estructura básica en la que se encuentra los datos de filiación del paciente, el registro de sus atención según el nivel que corresponda e información complementaria, además de una estructura variable en la que se encuentran los formatos básicos y especiales según el área especializada y nivel de atención en salud que incluyen todos los formatos ordenados funcional y cronológicamente por cada uno de los prestadores asistenciales.

El proceso de la historia clínica es la sección que contiene el proceso técnico-administrativo que va desde su apertura de la historia clínica, el manejo y organización medico legal de su archivo, el resguardo del sistema de información, además de la custodia y la conservación, la habilitación de espacios y condiciones de archivo y almacenamiento seguro, así como los medios de registro, traslado y reporte de dichos expedientes clínicos hasta el conocimiento de eliminación, acceso, depuración, y control confidencialidad de la propiedad clínico legal.

Adicionalmente, una segunda parte que comprende al proceso técnico asistencial que incluye el modo de registro, el orden de los formatos al ingreso,

durante y egreso del usuario, además del uso adecuado y ético de los expedientes con fines de docencia e investigación.

El resultado de la historia clínica el proceso de control gerencial que incluye la evaluación de los procesos antes mencionados mediante indicadores de monitoreo y medición independientemente del nivel asistencial especializado o no.

Variable/categoría 2: Nivel de cumplimiento del prestador asistencial

Es el acto de llenar a cabalidad todos los registros con anotaciones diarias que realizada por el profesional de salud durante su jornada laboral a fin de comunicar las situaciones técnico-clínicos orientada a la atención del paciente y sus cuidados. Además de avalar su calidad, continuidad de los cuidados posteriores, mejorando la comunicación y evitando errores continuos por parte de cada uno de los involucrados en la atención en salud de cada usuario (MINSa, 2016).

Para la operacionalización de la variable 2, se realizó un instrumento tipo lista de cotejo considerando cada una de las dimensiones y sus indicadores, este instrumento tendrá 27 ítems a medir, siendo la misma cantidad de indicadores a medir, con una escala ordinal por ser enunciados cualitativos.

En relación a las dimensiones de la segunda variable en estudio, se tomó en cuenta para la definición la norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud vigente.

Los registros del profesional médico, son manuscritos contemplados en formatos básicos y especiales según la complejidad del caso, y podemos mencionar tales como: notas de evolución, hoja de prescripción, anamnesis, epicrisis, interconsultas, consentimientos, etc.

Los registros del profesional de enfermería, son manuscritos dados en formatos correspondientes al dicho profesional que incluye el formato de hoja de gráfica, Kardex, balance hídrico y notas de enfermería.

Los registros del profesional obstetra, son anotaciones propias del profesional obstetra no médico que consigna información relevante en el área especializada en formatos como la historia perinatal, gráfica de funciones vitales, partograma y Kardex obstétrico.

3.3 Población, muestra y muestreo

La población estuvo conformada por 1620 historias clínicas de pacientes que ingresaron y fueron dados de alta del servicio asistencial de obstetricia del segundo trimestre del año 2021.

Dentro de los criterios de inclusión, se consideró todas historias clínicas de los meses de abril a junio del 2021 del servicio de obstetricia registradas en el sistema del Hospital Goyeneche III Arequipa.

Dentro de los criterios de exclusión, estuvo contemplado todas las historias clínicas que no correspondan al servicio de obstetricia o sean diferentes al seleccionado para dicha investigación.

Para conformar la muestra se calculó en base a formula estadística donde cada una de las unidades de medida de la población tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionadas. Siendo la muestra de 311 historias clínicas.

En tanto, se consideró la definición de Sierra (2003) que refiere “la muestra es un conjunto o parte de una población elegida y la que será sometida a observación a fin de obtener resultados validos enfocado a un universo en estudio”, según la formula detallada:

$$n = \frac{NZ^2 pq}{(N-1)E^2 + Z^2 pq} =$$

Dónde:

E = Margen de error permitido (0.05) Z = Nivel de confianza 1,96 (95%)

p = Porcentaje de calidad de registro 5%(p=0.50)

q = Porcentaje de mala calidad de registro 1-P (1-0.5 = **p=0.95**)

N = Número de historias clínicas en el segundo trimestre del 2021 (1620)

n = Tamaño de la muestra.

La unidad de medida estuvo conformada por cada uno de los expedientes clínicos en estudio que cumplen con los criterios de inclusión e exclusión para ser parte de la muestra a analizar.

El escenario de estudio, fue esencialmente las instalaciones contempladas como áreas administrativas del servicio de obstetricia y el área de archivo de expedientes clínicos, previa solicitud verbal de autorización a jefaturas respectivas para el uso de dichos espacios sin alterar la organización y flujo normal de trabajo.

Respecto a los participantes, en esta investigación se tuvo como facilitadores a profesionales de salud médico y enfermero con nivel jerárquico de jefatura administrativa, investigación y/o docencia del hospital en estudio.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La recolección de datos se obtuvo en un tiempo determinado a fin de describir las variables en estudio y relacionarlas en un momento específico.

En la presente investigación la técnica utilizada fue la observación y la guía de análisis de documentos.

El instrumento utilizado fue una lista de cotejo o Check list estructurado según lo usado en las auditorias MINSA adaptado al servicio con especificidad.

Dicho instrumento, constó de 54 ítems disgregados de los indicadores de cada variable en estudio, en ella se especifican el nombre de la ficha, nombre de autor, año, además se especificó las dimensiones de cada variable, el mismo que fue debidamente validado por juicio de expertos previo a su aplicación.

Para el diseño del instrumento se consideró como base el cuestionario de la norma técnica vigente de salud de auditoria de la calidad de la atención en salud del año 2016 y la norma técnica de gestión de historia clínica del año 2018 establecida por el ministerio de salud.

La validez del instrumento se dio por criterio de juicio de expertos, ficha elaborada en base a la NTS 029 - MINSA/DGSP-V.02-2016, con algunas precisiones en base al estudio. El resultado de la validez fue calculado según el análisis comparativo proporcional al juicio de aciertos y desaciertos valorados por los expertos, el mismo que fue ser favorable y aceptable.

Asimismo, se realizó en primera instancia una prueba piloto aplicada al 10% de la muestra de estudio, así como su verificación óptima de confiabilidad.

Para la confiabilidad, se realizó un estudio piloto, usando el instrumento debidamente validado con anterioridad a 32 historias clínicas, datos que fueron evaluados según el análisis de confiabilidad de alfa de Cronbach con un resultado de 0,857 para la primera variable y 0.887 para la segunda variable, considerándose un nivel de fiabilidad de los ítems analizados como bueno.

3.5 Procedimientos

Para la recopilación de información se llevó a cabo ciertas etapas, que permitieron un estudio dentro de lo establecido en los estatutos del área educadora y el área en estudio, tales como; gestión y coordinación de los facilitadores respectivos dentro de la entidad a fin de adquirir el permiso y facilidades en el acceso a historias clínicas en el Hospital elegido para estudio, recolección de datos usando el instrumento diseñado previa autorización de la entidad y servicio en estudio, solicitud de permiso al directorio del hospital elegido para el estudio a fin de llevar a cabo la toma de datos para dicha investigación previa emisión de la carta de presentación de la institución educadora, evaluación e identificación adecuada de las historias clínicas del servicio de obstetricia en base a ítems contemplados en la ficha de auditoria de cada uno de los formatos de la historia clínica a fin de obtener para cada quien una calificación estándar individualizada, reparación de material claro y necesario para la recopilación de datos, sin obviar la orientación respectiva al personal asistencial del servicio de obstetricia.

Es importante mencionar que el tema de tramite respecto a la constancia de autorización de la entidad para efectos de uso de nombre no concluyo el proceso debido a políticas internas que refieren que este inicia una vez se adjunte la solicitud la resolución de aprobación del proyecto mientras tanto; se tuvo la aprobación verbal del servicio y la entidad de salud para fines de recolección de datos y acceso a expedientes clínicos todo en el marco de sus estatutos.

3.6 Método de análisis de datos

El método de análisis fue descriptivo haciendo el uso de los datos obtenidos y expresados en tablas y figuras que evidencian información resultante de la recopilación de datos expresada en frecuencias y porcentajes.

Adicionalmente, se aplicó el análisis inferencial que, pese a ser descriptivo se llegó a constatar la aprobación de las hipótesis planteadas, además de deducir y sacar conclusiones obtenidas de los resultados ya analizados descriptivamente.

Finalmente, para la tabulación de datos una vez recopilada toda la información, estos serán incorporados y analizados en el programa SPSS versión 23 a fin de comprobar las hipótesis y demostrar la relación entre variables.

3.7 Aspectos éticos

En esta investigación se hizo uso principalmente del principio de confidencialidad; pues mantener el anonimato de cada nombre consignado en las historias clínicas es un principio indispensable, por lo tanto; asumir la responsabilidad total de dichos expedientes fue con absoluta discreción y medida.

Pues, se buscó en todo momento garantizar plenamente la seguridad de la información y bienestar socioemocional de un paciente.

Cada unidad investigada fue dada dentro de los estatutos y referencias de la universidad Cesar vallejo que reafirma el respeto a la integridad y autonomía, así como la búsqueda de la justicia y el bienestar.

Adicionalmente, bajo ningún contexto se manipuló sujetos, objetos o muestra con fines experimentales que dañen la integridad, salvedad y preservación del medio ambiente, salud u otro que se contemple.

IV. RESULTADOS

En el presente estudio el análisis descriptivo contiene tablas y gráficos como resultado de la aplicación del instrumento en 311 historias clínicas del Hospital público en estudio, los cuales se presentan a continuación:

Tabla 1

Calidad de la historia clínica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido DEFICIENTE	1	0,32	0,32	0,32
POR MEJORAR	244	78,46	78,46	78,46
SATISFACTORIO	66	21,22	21,22	100,0
Total	311	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del Spsps23 a partir de la muestra

Figura 2

Distribución porcentual de la variable1



Nota: Elaboración a partir de los resultados del SSPS23

En la tabla 1 y figura 1 se observa que, de 311(100%) historias clínicas evaluadas, el 78.46% (244) son expedientes por mejorar, el 21% (66) tienen un resultado satisfactorio de calidad y un 0.32% (3) expresa un resultado deficiente de calidad del registro de historia clínica.

Tabla 2

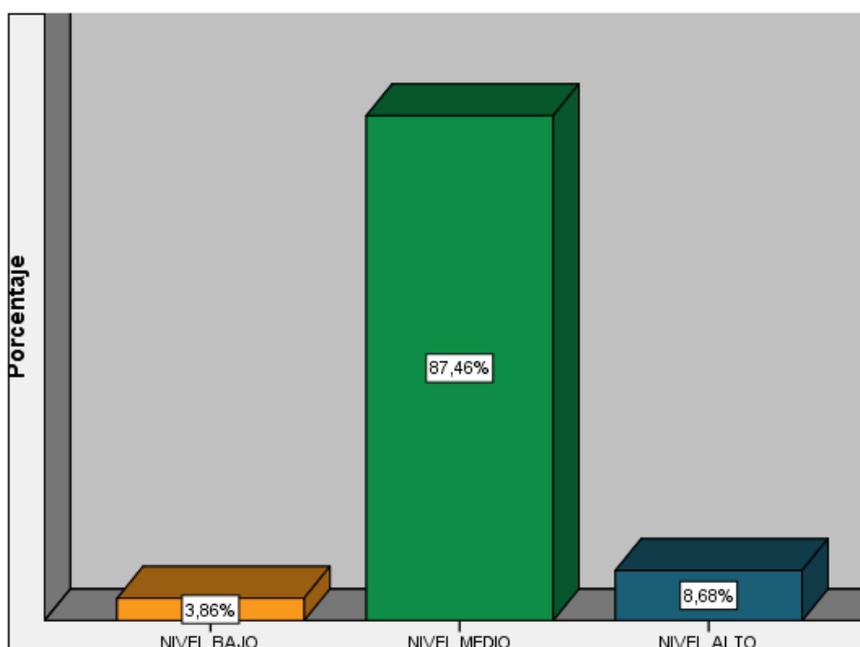
Nivel de cumplimiento del prestador asistencial

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NIVEL BAJO	12	3,86	3,86	3,86
NIVEL MEDIO	272	87,46	87,46	91,3
NIVEL ALTO	27	8,68	8,68	100,0
Total	311	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del Spss23 a partir de la muestra

Figura 3

Distribución porcentual de la variable 2



Nota: Elaboración a partir de los resultados del SSPS23

En la tabla 2 y figura 2 se observa que, del 100% (311) respecto al nivel de cumplimiento del prestador asistencial, el 87.46% (272) obtuvo un nivel alto de cumplimiento, el 8.86% (27) evidencian un nivel medio respecto al cumplimiento en sus registros y solo el 3.86% (12) se encuentra en un nivel bajo de cumplimiento.

Tabla 3

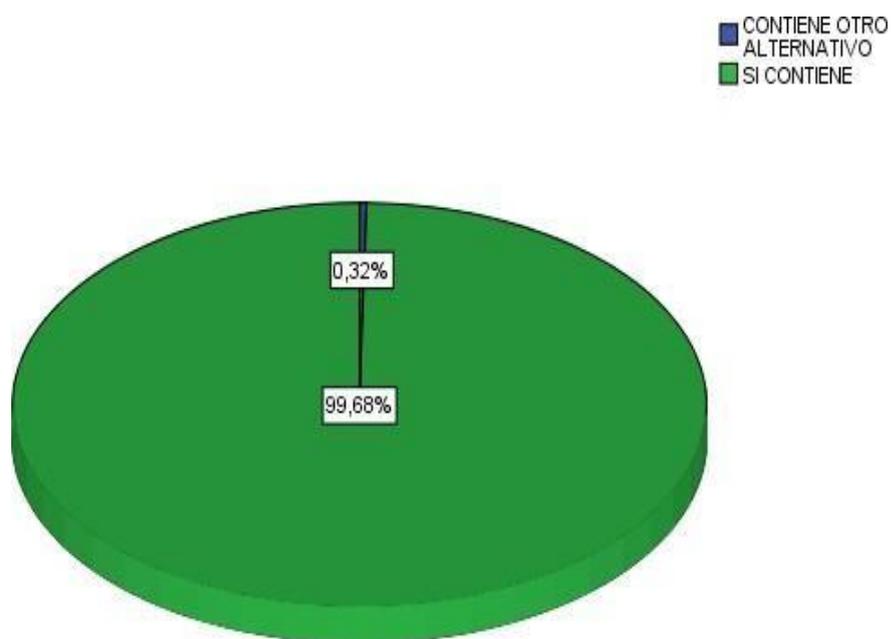
Estructura de la historia clínica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido CONTIENE OTRO ALTERNATIVO	1	0,32	0,32	0,32
SI CONTIENE	310	99,68	99,68	100,0
Total	311	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del Sps23 a partir de la muestra

Figura 4

Distribución porcentual de la Estructura de historia clínica



Nota: Elaboración a partir de los resultados del SSPS23

En la tabla 3 y figura 3 se observa que, del 100% (311), respecto a la dimensión estructura, el 99.66% (310) si contiene todos los formatos que componen la estructura de la historia clínica, solo el 0.32% (1) contiene otros formatos alternativos dentro de su estructura.

Tabla 4

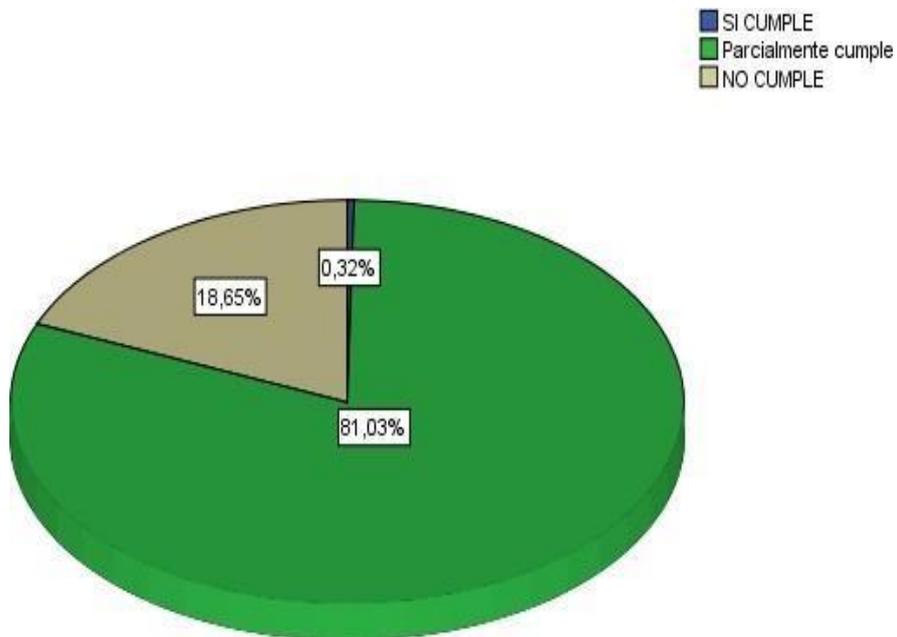
Proceso de la historia clínica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido SI CUMPLE	1	0,32	0,32	0,32
Parcialmente cumple	252	81,03	81,03	81,4
NO CUMPLE	58	18,65	18,65	100,0
Total	311	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del Sps23 a partir de la muestra

Figura 5

Distribución porcentual del Proceso de la historia clínica



Nota: Elaboración a partir de los resultados del SSPS23

En la tabla 4 y figura 4 se observa que, del 100% (311), respecto a la dimensión proceso de la historia clínica, el 81.03% (252) parcialmente cumple el proceso de la calidad del expediente en estudio, el 18.65% (58) no cumple con dicho proceso, mientras que solo el 0.32% (1) si cumple a cabalidad dicho proceso.

Tabla 5

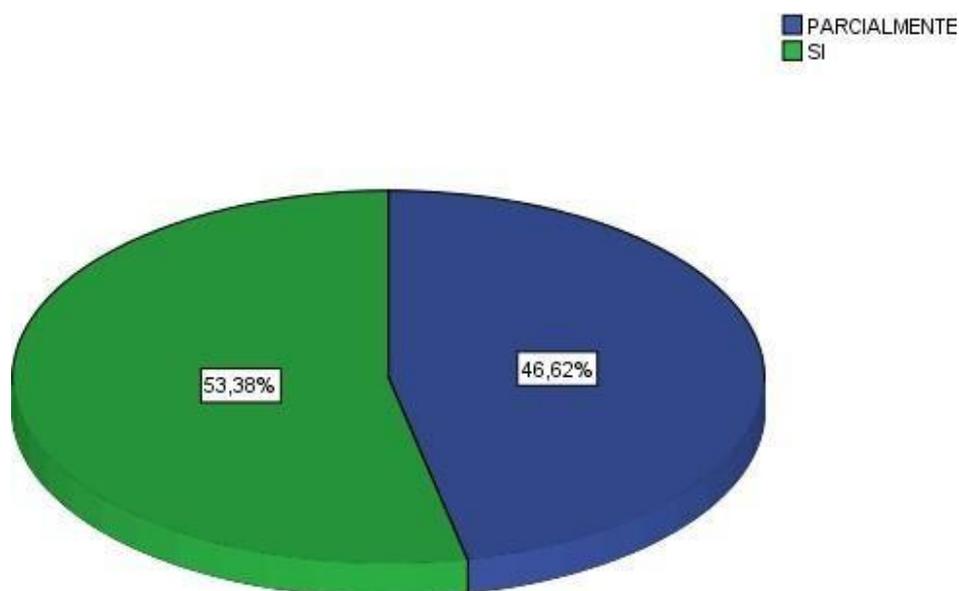
Resultado de la historia clínica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PARCIALMENTE	145	46,62	46,62	46,62
	SI	166	53,38	53,38	100,0
	Total	311	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del Sps23 a partir de la muestra

Figura 6

Distribución porcentual del resultado de la historia clínica



Nota: Elaboración a partir de los resultados del SSPS23

En la tabla 5 y figura 5 se observa que, del 100% (311), respecto a la dimensión resultado de la historia clínica, el 53.38% (166) si presenta un buen resultado de evaluación y el 46.62% (145) parcialmente evidencia calidad en el resultado de la historia clínica.

Tabla 6

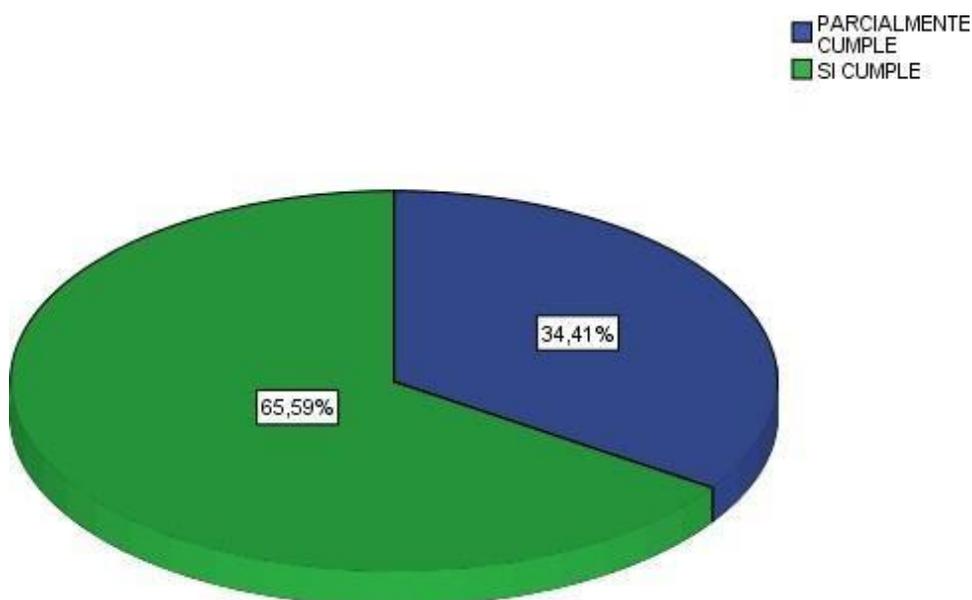
Registro del profesional médico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido PARCIALMENTE CUMPLE	107	34,41	34,41	34,41
SI CUMPLE	204	65,59	65,59	100,0
Total	311	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del Ssps23 a partir de la muestra

Figura 7

Distribución porcentual del registro del profesional medico



Nota: Elaboración a partir de los resultados del SSPS23

En la tabla 6 y figura 6 se observa que, del 100% (311), el 65.59% (204) expedientes clínicos correspondiente a los registros médicos evaluados evidencian cumplimiento en el registro de sus formatos y el 34.41% (107) de los mismos parcialmente cumple con el registro correspondiente a su ámbito y desarrollo profesional.

Tabla 7

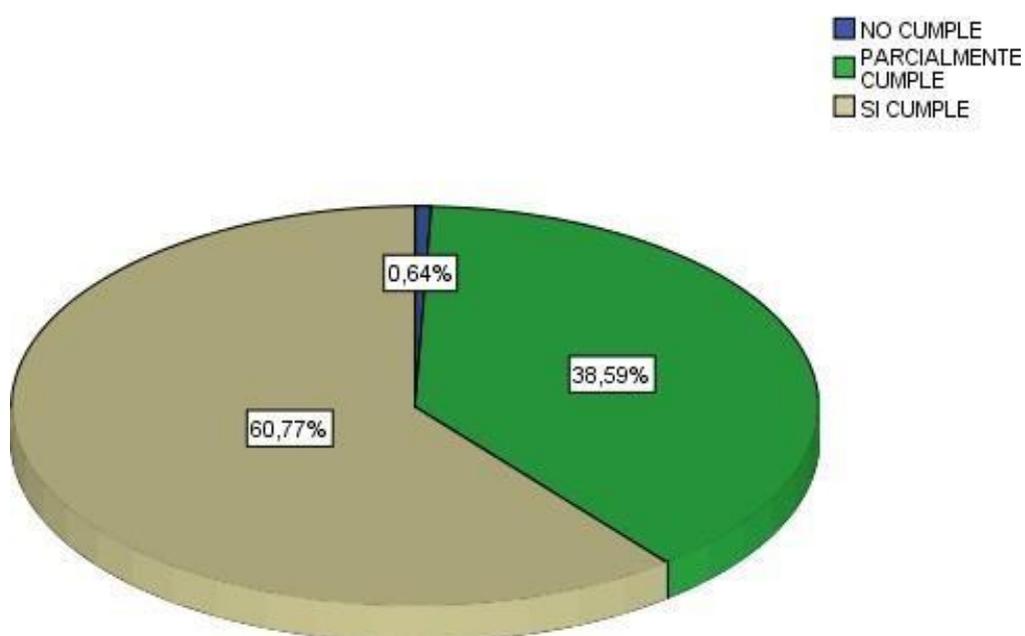
Registro del profesional de enfermería

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válid	NO CUMPLE 2	0,64	0,64	0,64
o	PARCIALMENTE CUMPLE 120	38,64	38,64	39,2
	SI CUMPLE 189	60,77	60,77	100,0
Total	311	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del Ssps23 a partir de la muestra

Figura 8

Distribución porcentual del registro del profesional de enfermería



Nota: Elaboración a partir de los resultados del SSPS23

En la tabla 7 y figura 7 se observa que, del 100% (311), el 60.77% (189) expedientes clínicos correspondiente a los registros del profesional de enfermería si cumplen con los criterios en el registro de sus formatos, el 38.59% (120) de los mismos parcialmente cumple con el registro mientras que solo el 0.64% (2) no cumple con el registro.

Tabla 8

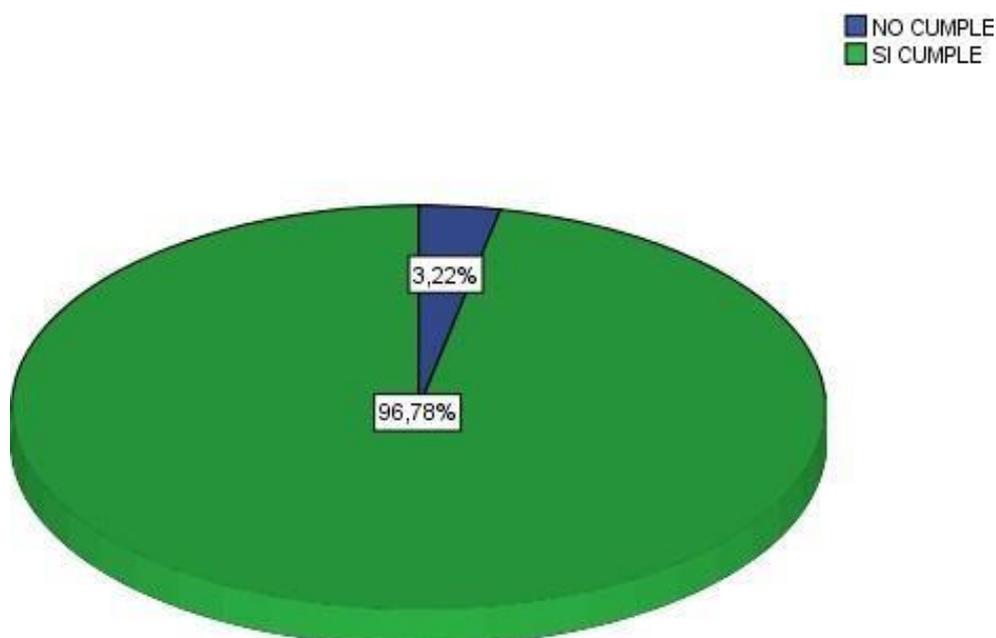
Registro del profesional obstetra/iz

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO CUMPLE	10	3,22	3,22	3,22
SI CUMPLE	301	96,78	96,78	100,0
Total	311	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos del Sps23 a partir de la muestra

Figura 9

Distribución del registro del profesional obstetra/iz



Nota: Elaboración a partir de los resultados del SSPS23

En la tabla 8 y figura 8 se observa que del 100% (311), el 96.78% (204) expedientes clínicos correspondiente a los registros del profesional de obstetricia evaluados evidencian que, si cumple con el registro de sus formatos, mientras que el 3.22% (10) de los mismos evidenciaron que no cumple con el registro correspondiente a su ámbito y desarrollo profesional.

Análisis inferencial

Dado que en esta investigación la muestra fue mayor a 50, la prueba de normalidad aplicada fue la de Kolmogórov-Smirnov, en tanto así se plantea las hipótesis respectivas:

Ho: los datos estudiados siguen una distribución normal Ha:

los datos estudiados no siguen una distribución normal

Tabla 9

Prueba de normalidad

	Kolmogórov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
VARIABLE 1: Calidad del registro de historia clínica	0,452	311	0,000
VARIABLE 2: Nivel de cumplimiento del prestador asistencial	0,232	311	0,000

Fuente: Elaboración propia obtenida de la muestra estadística

En la presente tabla, se observa como resultados estadísticos que la calidad del registro de historia clínica tiene un nivel de significancia de ($p=0,000$) y el nivel de cumplimiento del prestador asistencial un nivel de significancia de ($0,000$), en ambos casos menores a 0.05 , por lo tanto, se acepta la Ha y rechaza la Ho. Se concluye que, los datos estudiados no siguen una distribución normal y, por lo tanto, se aplicó estadística no paramétrica y para probar dicha hipótesis se utilizó la prueba de Rho de Spearman.

Contrastación de hipótesis

Objetivo general:

Determinar la relación entre la calidad del registro de historia clínica y el nivel de cumplimiento del prestador asistencial de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021.

Ho: No existe relación significativa entre la calidad del registro de historia clínica y el nivel de cumplimiento del prestador asistencial de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021.

Ha: Existe relación significativa entre la calidad del registro de historia clínica y el nivel de cumplimiento del prestador asistencial de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021.

Tabla 10
Contrastación hipótesis general

				Calidad del registro de historia clínica	Nivel de cumplimiento del prestador asistencial
Rho de Spearman	Calidad del registro de historia clínica	de	Coeficiente de correlación	1,000	0,417**
			Sig. (bilateral)		0,000
	Nivel de cumplimiento	de	Coeficiente de correlación	0,417**	1,000
			Sig. (bilateral)	0,000	.
		N	311	311	

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Datos estadísticos obtenidos a partir del procesamiento de la muestra en estudio

Según se observa en la presente tabla, se puede afirmar que existe relación positiva moderada ($r=0,416$), y de gran significancia ($p=0,000$), entre la calidad del registro de historia clínica y el nivel de cumplimiento de prestador asistencial del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021, por lo tanto; siendo dicho valor menor a 0.05, se aceptó la Ha y se rechazó la Ho.

Objetivo específico 1

Determinar la relación entre la calidad del registro de historia clínica y el registro del profesional médico del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021.

Ho: No existe relación significativa entre la calidad del registro de historia clínica y el registro del profesional médico del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021.

H1: Existe relación significativa entre la calidad del registro de historia clínica y el registro del profesional médico del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021.

Tabla 11

Correlación hipótesis específica 1

				Calidad del registro de historia clínica	Registro del profesional médico
	Calidad del registro de historia clínica	Coefficiente de correlación	de	1,000	0,004
Rho de Spearman		Sig. (bilateral)		.	0,000
		N		311	311
	Registro del profesional médico	Coefficiente de correlación	de	0,004	1,000
		Sig. (bilateral)		0,000	.
		N		311	311

Fuente: Datos estadísticos obtenidos a partir del procesamiento de la muestra en estudio

Según se evidencia en la presente tabla, podemos afirmar que existe relación positiva mínima ($r=0,004$), entre la calidad del registro de historia clínica y el registro del profesional médico del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021, pero altamente significativa ($p=0,000$), siendo dicho valor menor a 0.05, se rechazó la Ho y se aceptó la H1.

Objetivo específico 2

Determinar la relación entre la calidad del registro de historia clínica y el registro del profesional de enfermería del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021.

Ho: No existe relación significativa entre la calidad del registro de historia clínica y el registro del profesional de enfermería del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021.

H2: Existe relación significativa entre la calidad del registro de historia clínica y el registro del profesional médico del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021.

Tabla 12

Correlación hipótesis específica 2

			Calidad del Registro del	del
			registro de historia	profesional
			clínica	de
				enfermería
	Calidad del registro de historia clínica	del Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	1,000	0,122*
Rho	de clínica	N	.	0,000
Spearman			311	311
	Registro profesional enfermería	del Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	0,122*	1,000
		N	0,000	.
			311	311

***.* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Datos estadísticos obtenidos a partir del procesamiento de la muestra en estudio

Según se evidencia en la presente tabla, podemos afirmar que existe relación positiva mínima ($r=0,122$), entre la variable 1 y el registro del profesional enfermero del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021, asimismo, es significativa ($p=0,000$), pues dicho valor es menor a 0.05, por lo tanto; se rechazó la Ho y se aceptó la H2.

Objetivo específico 3

Determinar la relación entre la calidad del registro de historia clínica y el registro del profesional de obstetra/iz del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021.

Ho: No existe relación significativa entre la calidad del registro de historia clínica y el registro del profesional de obstetra/iz del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021.

H3: Existe relación significativa entre la calidad del registro de historia clínica el registro del profesional obstetra/iz del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021.

Tabla 13
Correlación hipótesis específica 3

			Calidad del Registro del	del	del
			registro de historia clínica	de profesional de obstetricia	de
Rho Spearman	Calidad del registro de historia clínica	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	1,000	0,083	
		N	311	311	0,000
	Registro profesional obstetricia	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	0,000	1,000	
		N	311	311	0,142

Fuente: Datos estadísticos obtenidos a partir del procesamiento de la muestra en estudio

Según se evidencia en la presente tabla, podemos afirmar que existe relación positiva mínima ($r=0,083$), entre la variable 1 y el registro del profesional obstetra/iz del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021, presentando además una significancia alta de ($p=0,000$), y dado que el valor es menor a 0.05, por lo tanto; se rechazó la Ho y se aceptó la H3.

V. DISCUSIÓN

Evaluar una historia clínica representa hacer una auditoría interna que contemple llevar de la mano un check list o lista de cotejo recopilando información mediante la observación, este proceso es sin duda un trabajo minucioso, legal y ético, mientras se dé en el ámbito y fin correspondiente por ser un documento legal, y desde un perspectiva más holística resulta ser una piedra angular dentro del sistema de salud, su correcto llenado permite alcanzar estándares de calidad en cuanto a atención segura, diagnóstica y reevaluativa, porque contiene información tan relevante que queda registrada en cada uno de sus formatos, en la que el responsable de su registro es cada uno de los prestadores asistenciales que se involucran en la atención directa del usuario hospitalizado o no según sea el caso, además de ser un factor primordial para la justificación académica, gestión médica y financiera sobre todo en tema de seguros afiliados con cobertura o no según sea el caso, pues tal como lo define Ghezzi y Ford (2020) que, la calidad de estos registros contemplan criterios extrínsecos e intrínsecos que son de responsabilidad ética de los prestadores de salud quienes consignan información de la atención brindada, encargándose además de su revisión, orden y custodia de estos expedientes.

En la presente investigación que tuvo por objetivo general determinar la relación entre la calidad del registro de la historia clínica y el nivel de cumplimiento del prestador asistencial del servicio y hospital en estudio al segundo trimestre del año 2021, que según la definición de Avedis Donabedian (1980) quien mencionó que para juzgar la calidad en salud esta se dimensiona en estructura, proceso y resultado, evaluándose como estructura a todo lo contenido en una carpeta clínica, proceso como todas las actividades que se dan desde su apertura hasta el egreso del mismo a archivamiento y resultado como el fin esperado posterior a su egreso o almacenamiento, netamente al control administrativo y gerencial que compete.

En la presente investigación tal como se evidencia en la tabla 10, se encontró que si existe una correlación significativamente positiva moderada entre la calidad del registro de la historia clínica y el nivel de cumplimiento del prestador asistencial del servicio de obstetricia en estudio, con un Rho de Spearman $r=0,417$ y una significancia $p=0,000$, siendo estos datos correspondientes a lo recodificado para

efectos de interpretación visual óptima, dada por rangos que contemplan los siguientes valores correspondiente a los 27 ítems: rango (27-45)= 1(Deficiente), rango(48-63)= 2(Por mejorar) y rango (64-81)= 3(Satisfactorio), bajo esta recodificación se tuvo como resultado que en un 78.46% evidencia un puntaje de calidad por mejorar o lo que sinónimamente diríamos medianamente satisfactorio o medianamente deficiente, en ellos están comprendido valores que se encuentran en los rangos de 48 y 63 de puntaje. Concluyéndose que, se aprueba la hipótesis alterna y se rechaza la nula. Y de acuerdo al estudio realizado por Cuccato et al (2020) donde los resultados hallados fueron puntuaciones por debajo de 73% indicando un nivel de calidad medio y concluyéndose un proceso a mejorar.

Por lo tanto, en base a lo obtenido en ambos estudios en relación a los resultados se concluye que ambos guardan similitud, la misma que podría ser tal como lo define Viveros (2002), quien menciona que para alcanzar un nivel alto de calidad se debe en primer lugar comenzar a hacer bien las cosas, buscar soluciones y no justificaciones, descubriendo formas simples de resolver y descubrir soluciones, pues a mayor cumplimiento en el registro mayor será la calidad del registro. Estos resultados inicialmente calculados nos expresan cierta correlación que posteriormente al ser comprobada de significancia moderada, directa y positiva, por lo que si el nivel de cumplimiento es alto en consecuencia la calidad de registro es mayor o igual a satisfactorio, o si la calidad del registro es deficiente o por mejorar significa que el nivel de cumplimiento del registro del prestador asistencia es nivel bajo o medio, con excepción de aquellos aspectos atribuibles a la estructura y proceso de la historia clínica contemplados en la norma técnica NTS 139-MINSA/2018/DGAIN que establece cada uno de los aspectos que contiene o no contiene un expediente clínico como parte del monitoreo de auditorías

Respecto al primer objetivo específico, se tuvo por finalidad determinar la relación entre la calidad del registro de historia clínica y el registro del profesional médico del servicio de obstetricia de un Hospital público, donde según Juran (1967) sostiene en su teoría de la trilogía, que la calidad engloba el proceso de planificación, el control y mejoramiento continuo, que tiene que ver con el desarrollo de procesos, el análisis, planificación y esencialmente el registro de cada uno de los resultados el cumplimiento de expectativas. Y en esta investigación se halló como resultado que existe una relación positiva mínima entre la calidad del registro

de historia clínica y el registro del profesional médico con un $r = 0,0004$ y una significancia de $p = 0,000$, y los puntajes porcentuales arrojaron que 65.59% de las historias clínicas evaluadas si cumplen con el registro y el 34.41% cumple parcialmente. Y según el estudio realizado por Torres (2018), en su estudio realizado en pediatría de un hospital en Ayacucho evaluó los formatos del profesional médico que incluía el formato epicrisis, notas de evolución y hoja de prescripción, concluyó que en un 74,8% las historias evidencian un regular puntaje de calidad como variable agrupada e individualmente oscilan entre 51.6% y 78.8% respectivamente según cada formato por paciente, es en este sentido que, al valorar el cumplimiento del profesional médico en relación a sus registros correspondientes a su área de trabajo en el que se evidencian los siguientes resultados el 65.59 % que evidencia que si cumple con el registro y el 34.4 % cumple parcialmente, es decir no existe historias que no cumplan en su totalidad con el debido registro respectivo.

Y confrontando ambas investigaciones, se concluye que el nivel de calidad es regular para ambos pero con valores porcentuales diferentes, que podrían deberse a múltiples factores como lo expresa la carencia de lo expresado por Ganga et al (2016), que define la calidad como aquello que se relaciona con la eficiencia y el buen servicio y que aunque día a día sea más demandante y exigente, la labor del profesional médico en relación al cumplimiento del registro al ser eficiente la calidad se hace más eficiente.

Respecto al objetivo específico 2, que tuvo a fin determinar la relación que existe entre la calidad del registro de historia clínica y el registro del profesional de enfermería, Delgado et al (2015), quien realizó un estudio de tipo descriptivo – transversal a fin de medir el cumplimiento de registro en un servicio de medicina interna en España, donde evaluó 147 expedientes clínicos que contenían registros propios del profesional de enfermería, en tanto, los resultados obtenidos fueron que si existe una relación positiva mínima entre la calidad del registro y el registro de del profesional de enfermería con un $r = 0,122$ y una significancia de $p = 0,000$. Y porcentualmente los datos evaluados fueron respecto a las notas de evolución con un 96,6%, legibilidad 65% y solo un 27.6% de deficiencia en la consigna de datos, en este sentido, los registros del profesional de enfermería del hospital en estudio, se obtuvieron los siguientes datos, el 60.8% si cumple a cabalidad, siendo presente

las brechas en un 38.6% donde cumplen parcialmente y un 0.64% no cumple, que si bien los valores son aceptables estos disminuyen notablemente la evaluación de la calidad como tal, porque el índice de parcialidad representa un registro incompleto que resta a la evaluación de la calidad de la historia clínica como tal.

Pues como lo refiere Crosby (1987), el estándar de la calidad es cero defectos, y esta se define en el cumplimiento cabal de requisitos que contemplan una cultura preventiva. Sin obviar lo contemplado por la norma técnica que refiere la calidad y su resultado se dan dentro del ciclo Deming que incluye planificación, acción revisión y actuación dentro del ámbito asistencia.

Y según el objetivo específico 3, que tuvo por propósito determinar la relación que existe entre la calidad del registro de historia clínica y el registro del profesional de obstetricia, Pavón y García (2017) define la calidad de la atención como el proceso de aplicar ciencia y tecnología, de tal forma que su valor se haga mayor pero proporcional a sus riesgos. Pues respecto, a este proceso de ejecución del profesional de obstetricia, si bien no se encontraron estudios directos seleccionados para su comparación de similitud o diferencia, se tiene los resultados obtenidos a partir de esta investigación que evidencian porcentajes de 96.8% si cumple con el registro el profesional de obstetricia y solo un 3.2% de los expedientes no cumplen con el registro de sus documentos, en tanto se deduce que es el nivel más alta entre los prestadores que cumple, de ello podemos aun deducir mucho más expresando que los formatos de dicho profesional son en menor cantidad que los contenidos entre los registros del profesional médico o enfermero, pues como lo refiere, Mosadeghrad y Afshari (2018), que el flujo optimo d ellos procesos es producto de una apropiada gestión de calidad, lo cual permite la eliminación de acciones innecesarias e incrementa el tiempo para el cumplimiento de actividades inherentes al registro del todo el proceso de atención en salud.

Respecto a la metodología usada se encontró similitud con la investigación hecha por Barrios (2018), quien realizó una investigación descriptiva en un hospital de Venezuela, con el objetivo de evaluar la calidad del registro de historia clínico en servicios de hospitalización y emergencia, para ello usó una lista de chequeo aplicada a 160 expedientes llegando a la conclusión que si bien estos cumplían con tener los formatos respectivos el registro estaba incompleto en relación a fechas, hora e historia clínica. Y en esta investigación se evidenció que el 99.68%

representa a la estructura de la historia clínica es decir al contenido de formatos completos, sin embargo, al evaluar el registro de los mismos este no supera el valor medio o por mejorar. Pues según Valls (2017) explicó que, si se busca alcanzar un nivel satisfactorio de calidad, se debe cumplir requisitos ligados a una gestión enfocada en características complejas subjetivas, desarrolladas con eficacia eficiencia.

Además, Barrera K. (2016), que tuvo como finalidad de precisar la calidad del registro de historia clínica en el servicio de emergencia de un centro naval utilizó también una lista de cotejo elaborado similar a la de nuestro estudio, quien además eligió la misma metodología de investigación, descriptivo, no experimental y de corte transversal, aplicado a 85 historias y que si bien eligió distintas dimensiones a evaluar en forma pues en fondo es muy similar.

Finalmente basándonos en los en los resultados obtenidos se concluye en lo mismo donde el mayor porcentaje de 87.1% expresa el valor de regular calidad, 50.6% mala calidad y en cuanto a legibilidad se presenta en un 49.4%, del mismo modo en este estudio el mayor porcentaje es por mejorar (recodificado), donde están comprendidas las historias parcialmente completas, con enmendaduras y no situaciones comprendidas mucha cerca a deficiente y aunque con un porcentaje inferior de 21,22% se tiene un grupo de estos expedientes con resultado satisfactorio en relación a calidad en los registros, es así entonces que se tiene una similitud en cuanto a resueltos y metodología aplicada para su desarrollo pese a ser un estudio de una sola variable respecto a la nuestra que representa dos variables categóricas.

Respecto a la significancia y correlación de variables, se aplicó el Rho de Spearman, donde se comprueba la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula con un valor de significancia alta $p= 0,000$ y el nivel de correlación directa y positiva moderada $r=0,417$, por lo tanto, se concluye que si la calidad es deficiente es porque el nivel de cumplimiento es bajo o si la calidad es media o por mejorar, el nivel de cumplimiento es medio y así respectivamente, el más de uno representa el mas del otro viceversa.

En relación al puntaje obtenido sobre calidad del registro de historia clínica que tuvo por resultado 76.46% por mejorar comparado al estudio realizado por Cuccato (2020), que tuvo por resultados nivel medio, dichos estudios guardan similitud, concluyéndose para ambos casos que tales hospitales en estudio deben mejorar su complementación respecto a sus registros, sin embargo, el estudio en mención solo evaluó registros médicos, lo que hace que dicha precisión y/o similitud tenga algunas diferencias respecto a los resultados obtenidos de la agrupación de indicadores medidos.

El registro del profesional de enfermería con especificidad respecto a las notas de evolución y la calidad de los mismos en este estudio alcanzaron un puntaje de 60.77% que si cumple con sus registros a diferencia de el estudio realizado por Cuya (2015) quien concluyó que, el 70% de los registros alcanzaron un valor de regular a malo, nos llevaron a la conclusión que dichos estudios no tienen similitud respecto a dicho resultado, pese a ser un hospital de la misma región en estudio.

El segundo resultado de la tabla 2 corresponde al nivel de cumplimiento del prestador asistencial, la misma que fue agrupada a efectos de mejor interpretación dentro de rangos establecidos tales como: rango (27-45) = 1(Nivel bajo), rango (48-63) = 2(Nivel medio) y rango (64-81) = 3(nivel alto), en este sentido los resultados obtenidos son que el nivel de cumplimiento del prestador asistencial en suma es de nivel medio con un porcentaje de 87.46% y un nivel alto de cumplimiento en el registro con un porcentaje de 8.68% y solo un 3.86% evidencia un nivel de cumplimiento bajo en sus registros correspondientes por profesional.

Finalmente, en este estudio se determinó también el nivel de cumplimiento de cada uno de los prestadores asistenciales que forman parte del registro de historia clínica del servicio de obstetricia expresadas en las tablas 4, 5 y 6; teniendo como resultado que el profesional de obstetricia tiene el nivel más alto respecto al cumplimiento de registro con un 96.78% seguido del profesional médico con un porcentaje de 65,59% y finalmente el profesional de enfermería representa un puntaje de 60,77%, que en suma representan según media el 56% de nivel de cumplimiento desde una perspectiva estadística calculada, que de acuerdo a los puntajes dados en una auditoría externa estos representarían un valor no satisfactorio e incluso deficiente, sin embargo en esta investigación no fue tratado dentro de esos parámetros por ser una auditoria de tipo interna en miras a la mejora

continua de la calidad del registro y cumplimiento de los prestadores asistenciales involucrados.

Adicionalmente, una observación por parte del investigador llevó a las siguientes conclusiones, en las figuras clasificadas como por mejorar o cumple parcialmente se evidenció que en la parte de estudio clínico, anamnesis y antecedentes no se llenaron en su totalidad, en cuanto a los formatos de notas de evolución médica, enfermería, prescripción, grafica de funciones vitales, entre otras complementarias no especifica datos de filiación completos, legibles, y en su mayoría no expresa número de historia de clínica, que si bien para efectos de auditorías externas se catalogaría como deficiente, a efectos de investigación se codificó por mejorar o cumplimiento parcial.

Es necesario especificar en esta discusión que durante la investigación hubo limitaciones respecto al análisis de datos por ser una muestra considerable y recodificación de datos al momento de agrupar variables a fin de mejorar la presentación visual, y como segundo punto, otra limitación fue el tiempo de toma y recolección de datos debido a la coyuntura por la que atraviesa el sector de salud a nivel nacional y que lleva por consecuencia alta resolutiveidad en el servicio, sobrecarga laboral y cumplimiento de protocolos que exigen gastos adicionales a lo previsto en proyecto.

VI. CONCLUSIONES

En el estudio se incluyeron 311 historias clínicas del servicio de obstetricia comprendidas a altas del segundo trimestre del año 2021., y se concluye que;

- 6.1** Existe una relación significativa moderada entre la calidad del registro y el nivel de cumplimiento de prestador asistencial del servicio de obstetricia de un hospital público, según Rho de Spearman, comprobándose la hipótesis alterna y rechazando la hipótesis nula con un valor de $r=0,417$ y $p=0,000$. Es decir, el comportamiento de la variable 1, suma o resta en la otra variable 2.
- 6.2** Existe una relación significativa mínima entre la calidad del registro de historia clínica y el registro del profesional médico del servicio de obstetricia del hospital en estudio, según Rho de Spearman, comprobándose la hipótesis alterna y rechazando la hipótesis nula con un valor de $r=0,122$ y $p=0,000$.
- 6.3** Existe una relación significativa mínima entre la calidad del registro de historia clínica y el registro del profesional de enfermería del servicio de obstetricia del hospital en estudio, según Rho de Spearman, comprobándose la hipótesis alterna y rechazando la hipótesis nula con un valor de $r=0,004$ y $p=0,000$.
- 6.4** Existe una relación significativa positiva mínima entre la calidad del registro de historia clínica y el registro del profesional obstetriz del servicio de obstetricia del hospital en estudio, según Rho de Spearman, siendo tales valores, se aceptó la hipótesis alterna y rechazó la hipótesis nula con un valor de $r=0,083$ y $p=0,000$.
- 6.5** Existe una relación el valor de calidad en variables agrupadas y recodificadas donde el puntaje de calidad del registro de historia clínica es 78.46% de calidad por mejorar o media, el 21.22% es satisfactorio y solo un 0.32% es deficiente.
- 6.6** Se determinó el nivel de cumplimiento del prestador asistencial en variables agrupada y recodificada para efectos de visualización gráfica, y esta nos representó que el 87.46% es nivel medio, el 8.68% es de nivel alto y solo un 3,86% es nivel bajo.

VII. RECOMENDACIONES

En este estudio se plantean algunas recomendaciones respecto a cada una de las conclusiones mencionadas y algunas adicionales en respuesta a la justificación de la presente investigación:

- 7.1** A nivel institucional, en relación al hallazgo general se recomienda incluir en sus políticas de gestión auditorías internas y capacitaciones en los puntos deficientes, a fin de mejorar el registro de historias clínicas y el cumplimiento de los prestadores asistenciales y así aumentar el efecto de una variable en la otra.
- 7.2** Respecto al primer hallazgo específico, se propone incluir en el plan anual auditorías de calidad específicas para el área médica, desde médicos internos, residentes y médicos asistentes, con una frecuencia no mayor a 30 días con sus respectivos controles de mejora, previa capacitación progresiva, a fin de incrementar los resultados obtenidos en este estudio.
- 7.3** Según el segundo hallazgo, se recomienda al personal de enfermería asistencial y administrativo que reciban capacitaciones de llenado de formatos clínicos por que se evidencia bastantes irregularidades que si bien para efectos de la investigación se codificó como por mejorar frente a una auditoria este sería deficiente.
- 7.4** Para el tercer hallazgo específico, se propone fortalecer los conocimientos del profesional obstetrix, a fin de incrementar los resultados obtenidos en este estudio con miras a llegar a un nivel óptimo y satisfactorio de calidad.
- 7.5** Se recomienda al prestador asistencial involucrado en el registro de sus atenciones registrar datos legibles, no borriones ni enmendaduras, ordenados y codificados secuencialmente para así mejorar la funcionalidad de la historia clínica.
- 7.6** En el área de admisión al momento de la apertura de la historia clínica el personal a cargo debe asumir un compromiso de responsabilidad compartida y supervisada a fin de recoger todos los datos de filiación correctos.

REFERENCIAS

- Ameh, S., Gómez-Olivé, F., Kahn, K. (2017). Relationships between structure, process and outcome to assess quality of integrated chronic disease management in a rural South African setting: applying a structural equation model. *BMC Health Serv Res* **17**, 229. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2177-4>
- Barrera K. (2017). Calidad de la historia clínica de la unidad de observación en el servicio de emergencia del Centro Médico Naval en el tercer trimestre del año 2016. (Tesis de Maestría). Universidad César Vallejo. *Horiz. Med.:* 48-54.
- Barrios R. (2015). Calidad de la Historia Clínica en hospitalización y emergencia en un servicio de medicina interna. (Tesis de Postgrado). Universidad Central de Venezuela.
- Cárdenas Illescas, Lucy Delia (2018). Calidad del registro de enfermería de pacientes hospitalizados atendidos en el hospital San Martín de Pangoa. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/32899>
- Carranco, E. (2017). Factores que influyen en la Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica única. Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra. (Tesis de Maestría), Universidad Técnica del Norte, Ecuador.
- Carlos Manuel, Wert-Álvarez, Elianis Mojena-Rosales, Marcia Quevedo Santa-Marina, Mayra Álvarez-Peña. (2016), "Calidad de historias clínicas realizadas por estudiantes de medicina del hospital "Orlando Pantoja Tamayo", Cuba, 2016. <http://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/480>
- Casuriaga A, Giachetto G, Gutiérrez S, Martínez V, García A, Martínez F, De Oliveira N, y Boulay M. (20189). Auditoría de historias clínicas: una herramienta de 61 evaluación de la calidad asistencial. Hospital Pediátrico Centro Hospitalario.
- Pereira. Rossell. *Arch. Pediatr. Urug.* 2018; 89(4): 242-250. Cevallos C. (2017). Calidad de registro de datos en las Historias Clínicas de la Clínica Integral de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. (Tesis de Licenciatura). Universidad Central del Ecuador.

- Córdova, G. y Sosa, E. (2010). Calidad de las notas de enfermería en los profesionales de enfermería hospitalaria. Piura.
- Crosby B., Philip (1987). La calidad no cuesta. El arte de cerciorarse de la calidad. Compañía Editorial Continental, S.A. de C.V.
- Crosby B (1991) Philip. Calidad sin lagrimas: el arte de administrar sin problemas. CECOSA.
- Cuccato Ribeiro, Bruno Skawinski Dalaneze, Mariah Padovan de Oliveira Peruchi , Raquel Barbosa Cintra. Análisis de historias clínicas de un hospital universitario de Mogi das Cruzes, São Paulo, Brasil. Rev. Bioét. vol.28 no.4 Brasília Oct./Dic. 2020. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020284438>
- Cuya, C (2015). Tesis Calidad de los registros de evolución de enfermería del servicio de neurocirugía del hospital base Carlos Alberto Seguin Escobedo, Arequipa, 2014. [https://1library.co/document/y4w3j5rq- registros-evolucion-enfermeria-servicio-neurocirugia-hospital-escobedo- arequipa.html](https://1library.co/document/y4w3j5rq-registros-evolucion-enfermeria-servicio-neurocirugia-hospital-escobedo-arequipa.html)
- Delgado – Márquez AJ, Hernan-Garcia C., et. (2015). En su artículo “Evaluación de la calidad de la historia clínica en un servicio de medicina interna – Valladolid España”. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=705980>
- Deming, W.E. (1993). Quality, productivity and competitive position. M.I.T. Center for Advanced Engineering Study, Cambridge, MA.
- Deming. (1989). “Calidad productiva y competitiva: la salida de las crisis” (pág. 22). España: Ediciones Díaz de Santos.
- Donabedian A. (1980). Evaluating the quality of medical care. Recuperado de: <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/-Avedis-1parte.pdf>.
- Donabedian, A. (1990). Garantía de la calidad y la atención médica, enfoques para la evaluación. México: Perspectivas en Salud Pública. Instituto en Salud Pública. 1990:20-33.
- Elaheh Farzadnia , Zahra Hosseini y Ahmad Riahi (2017). Study of hospital quality management and improvement rates in the hospitals. Department of Management, Payam Noor University, Tehran, Iran. DOI: [10.22034/JHI.2017.59549](https://doi.org/10.22034/JHI.2017.59549)
- Espinosa, N y Gómez, J. Evaluación de la calidad. Dirección de la Calidad. Editorial ISPJAE, 2006 [fecha de acceso 13 marzo del 2014]. https://www.ecured.cu/Juan_Almeida_Bosque.

- Hernández E, Reyes A, García M. (2018): En su estudio “Cumplimiento de los registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención”. Nuevo León, México.
- Feigenbaum, A. V. (1997). Control Total de la Calidad. CECSA, México. : Compañía Editorial Continental.
- Franco, E. La historia clínica importancia y repercusiones. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación – SCARE, 1998.
http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/1998/4/3/histo_importreper_v4_r3.pdf. 30.
- Ghezzi P and Ford E. (2020), Dimensions of Health Information Quality. Front. Public Health 8:223. Artículo publicado DOI:
<http://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00223>
- Goetsch, D. and Davis, S., (2016). Quality management for organizational excellence: Introduction to total quality. 8th ed. Pearson. <https://dokumen.pub/quality-management-for-organizational-excellence-introduction-to-total-quality-1292022337-9781292022338.html>
- Guevara C. (2017). Calidad del registro de las historias clínicas en una clínica de la ciudad de Chiclayo - Perú, 2016. Rev. Salud y Vida Sipanense; 4(2): 42- 49.
- Gutiérrez G. (2017). Calidad de Registros de Historias Clínicas de Consultorio externo según Especialidad Médica en un Centro de Atención Primaria, EsSalud- 2017. (Tesis de Maestría). Universidad César Vallejo.
- Guzmán, F., & Arias, C. (2012). La Historia Clínica: elemento fundamental del acto médico.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. Quinta Edición, 2014. 35.
- Ishikawa, K. (1986). ¿Qué es el control total de calidad?: la modalidad japonesa/Kaoru Ishikawa: traducción de Margarita Cárdenas. Bogotá, Colombia: Editorial Norma
- Ishikawa, K. (1969). Education and training of quality control in Japanese industry. Reports of Statistical Application and Research (1969)
- Juran, J. M. (1967). Management of quality control. New York.
- León Ávila, B. (2015). La importancia de la Calidad en las Empresas.
<https://bit.ly/2A4RRpc>

- Lino L, Martins H. (2021). Medical History Taking Using Electronic Medical Records: A Systematic Review. International Journal of Digital Health. DOI: <http://doi.org/10.29337/ijdh.36>
- Matzumura, Juan, Gutiérrez, Hugo (2020). Calidad de los registros de las historias clínicas en el Servicio de Emergencias Quirúrgicas de un Hospital de las Fuerzas Armadas. Lima. <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/view/2880>
- Mariana Cuccato Ribeiro Bruno Skawinski Dalaneze Mariah Padovan de Oliveira Peruchi Raquel Barbosa Cintra (2016). Análisis de historias clínicas de un hospital universitario de Mogi das Cruzes, São Paulo, Brasil. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020284438>
- Mehri Safari, Masoomah Davoodi, Bayat shahparast Fatemeh (2020). Strategies to improve patient safety indicators in hospitals. Iran. DOI: [10.31838/jcr.07.10.81](https://doi.org/10.31838/jcr.07.10.81)
- MINSA (2020). Diagnóstico de brechas de infraestructura o acceso a servicios en el sector de salud. <https://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=301>
- MINSA/DGSP (2010). Auditoría para el Manejo Estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales: Módulo 3 (Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales) / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1140_DGSP275-3.pdf
- MINISTERIO DE SALUD Normas Técnicas de Estándares de Calidad para Hospitales e Institutos Especializados Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud Estándares de Calidad para Hospitales e Institutos Especializados https://www.minsa.gob.pe/calidad/observatorio/documentos/seg_pac/EstandarHosp2003.pdf
- MINSA (2018). “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”: NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN, aprobada por Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA, y su modificatoria aprobada con Resolución Ministerial N°265-2018/ MINSA. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4379.pdf>

- Ministerio de Salud del Perú. (2016). Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud. Lima - Perú.
- Mosadeghrad, A.M. and Afshari, M. (2018) The impact of quality management on income of operating theatre in a hospital: Brief report. Tehran University Medical Journal, 75 (10). pp. 768-772.
<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2....>
- Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica: NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN, aprobada por Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA, y su modificatoria aprobada con Resolución Ministerial N°265. 2018/ MINSA.
- OMS (1988). CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD. CAP. N°8.
<https://www.ama-med.org.ar/images/uploads/files/Capitulo%208.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2019), Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos de la salud. Washington, D.C., Estados Unidos de América.
<https://www3.paho.org/data/index.php/es/indicadores.html>
- Pavón, R y García, S (2017). LA AUDITORÍA MÉDICA COMO HERRAMIENTA DE CONTROL EN LA ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA DEL ECUADOR. 1ª edición.
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/13411/1/La%20auditoria%20m%C3%A9dica.pdf>
- Pierre-Yves Cousson, Nicolas Decerle, Marie-Laure Munoz-Sanchez, Dominique Roux, Sophie Doméjean, Emmanuel Nicolas y Martine Hennequin (2018). The Plan phase of a Deming cycle: Measurement of quality and outcome of root canal treatments in a university hospital.
<https://doi.org/10.1111/eje.12393>
- Quesada, L. (2015). Importancia de la Historia Clínica.
<https://mundogestalt.com/importancia-de-la-historia-clinica/>
- Quiroga Mantilla, Irma (2019). Calidad del registro de la información de la historia clínica de los servicios de hospitalización del Hospital General IESS Quevedo, Ecuador – 2019.
https://hdl.handle.net/20_500.12692/44565

- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2014): Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.4 en línea] <https://dle.rae.es>
- Reyes Meza, C. y Sánchez Carlessi, H. (2006). Metodología y diseños en la investigación científica. Lima, Peru: Visión Universitaria
- Rodríguez, R. (2015). La historia clínica médica como documento. Rev.Med. Electrón. vol.37 no.6.Renau, J., y Pérez, I. (2001). Evaluación de la calidad de las historias clínicas. Papeles Médicos. 2001; 10(1):32-40
- Sampieri, R. (2010). Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill. México
- Sarmiento Rueda, T. (2018). Gestión de la calidad en los servicios de salud del hospital Sergio E. Bernales. Lima. Recuperado de: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/20080>
- Sierra bravo, r. (1986). Tesis doctorales y trabajos de investigación científica; metodología general de su elaboración y documentación (1a. Ed.). Madrid: paraninfo.
- SIGC/MINSA (2016). Documento técnico: RM 519-2006/MINSA. Lima. http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000_SGICALIDAD-2.pdf
- Silvia, A y Tejada, S (2010). La historia clínica como instrumento de calidad.
- Valderrama, M. (2018). Pasos para elaborar proyectos de investigación científica. Editorial San Marcos. Octava reimpresión. Lima - Perú.
- Valls W, Román V, Chica C, Salgado G (2017). La calidad del servicio. Vía segura para alcanzar la competitividad. ISBN 978-9942-959-81-2. Edición primera.
- Vargas González, Vilma; Valecillos, José y Hernández, Carmen (2013). Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición Revista de Ciencias Sociales (Ve), vol. XIX, pp. 663-671 Universidad del Zulia Maracaibo, Venezuela. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28029474005>
- Vora J, Prit I, Sudeep T, Tyagi, Kumar y Obaida M (2018) "Ensuring Privacy and Security in E- Health Records," 2018 International Conference on Computer, Information and Telecommunication Systems (CITS), 2018, pp. 1-5, DOI: [10.1109/CITS.2018.8440164](https://doi.org/10.1109/CITS.2018.8440164)
- Viveros Pérez & Jesús Alberto (2002) "Apuntes de principios y modelos de calidad."(pág. 15); derechos reservados.

ANEXOS

Anexo N° 1: Matriz de consistencia

TÍTULO: Calidad del registro de historia clínica y nivel de cumplimiento del prestador asistencial de obstetricia en Hospital público, Arequipa, 2021.				
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud				
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema principal: ¿Cuál es la relación entre la calidad del registro de historia clínica y el nivel de cumplimiento del prestador asistencial de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021?</p> <p>Problemas secundarios: ¿Qué relación existe entre la calidad del registro de historia clínica y el registro del profesional médico del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021?</p> <p>¿Qué relación existe entre la calidad del registro de historia clínica y el registro del profesional de enfermería del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021?</p> <p>¿Qué relación existe entre la calidad del registro de historia clínica y el registro del profesional obstetra/iz del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021?</p>	<p>Objetivo general: Determinar la relación entre la calidad del registro de historia clínica y el nivel de cumplimiento del prestador asistencial obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021.</p> <p>Objetivos específicos: Determinar la relación entre la calidad del registro de historia clínica y el registro del profesional médico del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021.</p> <p>Determinar la relación entre la calidad del registro de historia clínica y el registro del profesional de enfermería del servicio de un Hospital público, Arequipa, 2021.</p> <p>Determinar la relación entre la calidad del registro de historia clínica y el registro del profesional de obstetra/iz del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021.</p>	<p>Hipótesis general: La calidad del registro de historia clínica se relaciona significativamente con el nivel de cumplimiento del prestador asistencial obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021.</p> <p>Hipótesis específicas: HE₁: La calidad del registro de historia clínica se relaciona significativamente con el registro del profesional médico del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021.</p> <p>HE₂: La calidad del registro de historia clínica se relaciona significativamente con el registro del profesional de enfermería del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021.</p> <p>HE₃: La calidad del registro de historia clínica se relaciona significativamente con el registro del profesional de obstetra/iz del servicio de obstetricia de un Hospital público, Arequipa, 2021.</p>	<p>Variable 1: Calidad del registro</p> <p>Variable 2: Nivel de cumplimiento</p>	<p>Tipo: Básica</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Método: Deductivo - Inductivo</p> <p>Nivel: Descriptivo</p> <p>Diseño: No experimental de corte transversal</p> <p>Población: Formada por historias clínicas 1620 historias clínicas.</p> <p>Muestra: La muestra es de 311 historias clínicas.</p> <p>Muestreo: Muestreo Probabilístico</p> <p>Instrumento: Lista de chequeo / Escala ordinal tipo Likert</p> <p>Técnica: La observación y guía de documentos</p> <p>Procesamiento de información: Rho de Spearman</p>

Anexo N° 2: Matriz de operacionalización

Variable 1: Calidad del registro de la historia clínica

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de Medición
La calidad del registro de expedientes clínicos es el resultado de una forma de auditoría interna o externa que se da mediante una verificación seriada de información registrada en cada uno de los formatos contenidos en la historia clínica dadas por el profesional de salud. (MINSA/DGSP,2010).	Para medición de la variable se operacionalizará mediante una lista de cotejo o Check List compuesto por un promedio de 27 ítems estructurado en base la definición de Avedis Donavedian citada por Guevara (2005) que menciona que para juzgar la calidad esta se dimensiona en 3 categorías estructura, proceso y resultado.	ESTRUCTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA	Hoja grafica	Contiene hoja grafica de funciones vitales según NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02	Ordinal
			Formato de filiación	Contiene formatos de filiación completos según ficha de evaluación de calidad en hospitalización – NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02	
			HC obstétrica	Contiene formato de historia clínica obstétrica	
			Formato de Partograma	Contiene formato de partograma	
			Formato de anamnesis	Contiene formato de anamnesis para registro de enfermedad actual y antecedentes, examen clínico, diagnóstico y plan de trabajo según la NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02	
			Formato de evolución medica	Contiene formato de notas de evolución medica cronológicamente según NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02	
			Formato de prescripción medica	Contiene formato de prescripción médica según NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02	
Formato de notas de enfermería	Contiene formato de notas de evolución de enfermería cronológicamente según NTS N°029-				

MINSA/DIGEPRES-V.02

	Formato de balance hídrico	Contiene formato de balance hídrico según NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02	
	Formatos complementarios y especiales	Contiene información complementaria y especial: exámenes auxiliares, interconsultas, consentimiento, formato SIS, formato de referencia y contrarreferencia según lo referido en NTS N°139 - MINSA/2018/DGAIN.	
	Formato de epicrisis	Contiene formato de epicrisis según NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02	
PROCESO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Proceso técnico administrativo – apertura de HC.	En el proceso técnico administrativo: la apertura de la historia clínica se da a través de su DNI según lo establece el DS N° 024-2005 -SA y DL N° 1306.	
	Historia clínica en telemedicina	En la modalidad de telemedicina, se cuenta con una historia física o electrónica, donde el personal de salud registra todos los actos y hallazgos sin omisión	Ordinal
	Estudio de imágenes e informes	Los formatos que integran la historia clínica deben estar completos, en orden cronológico, ordenado y racional.	
	Formatos completos y ordenados	La carpeta de historia clínica cuenta con código de barra o distintivo para su mejor identificación y control.	

Código de barra o distintivo en H.C	Se cuenta con un registro de control de préstamos, devoluciones e Historia Clínica pendientes de devolución.
Registro de control de H.C	La custodia y conservación de la historia clínica se da según lo especificado en la NTS N°139 - MINSA/2018/DGAIN.
Custodia y conservación	El servicio cuenta con condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales que garanticen la integridad física y técnica de la H.C.
Condiciones locativas	En el proceso técnico asistencial: El registro y codificación de los diagnósticos son de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE 10 o la versión vigente.
Registro y codificación CIE10	Las anotaciones de internos y/o residentes de medicina y otros profesionales de la salud son refrendadas con la firma y sello del profesional responsable de la atención.
Firma y sello del profesional	Lo errores en el registro de la Historia Clínica se corrigen trazando una línea con lapicero rojo sobre el mismo y escribiendo el término correcto por encima de la línea, anotando la fecha, firma y sello de la persona responsable de la <u>corrección.</u>

	Registro de errores en H.C	Todas las hojas de la Historia Clínica son identificadas con el nombre completo y número de Historia Clínica del paciente, servicio y número de cama.	
	Registro de nombres de paciente en todas las hojas de H.C	Todas las hojas de la Historia Clínica son identificadas con el nombre completo y número de Historia Clínica del paciente, servicio y número de cama.	
	Orden de formatos al egreso	Los formatos de la historia clínica al egreso del paciente tienen un orden funcional.	
	Remisión de H.C	Al egreso del paciente hospitalizado, la historia clínica es remitida al archivo para el procesamiento de esta (compaginación, codificación, indización, entre otros) en un plazo no mayor a las cuarenta y ocho horas.	
RESULTADO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Atributos finales de la H.C	El registro de la historia clínica evidencia atributos como la pulcritud, legibilidad, sin borrones ni enmendaduras.	Ordinal
	Proceso de control gerencial: nivel óptimo de calidad	En el proceso de control gerencial: existe un nivel óptimo de calidad del registro de la historia clínica	
	Proceso de control gerencial: archivamiento oportuno a la alta médica.	En el proceso de control gerencial: Se lleva a cabo un archivamiento oportuno de formatos de hospitalización a la alta médica.	

Variable 2: Nivel de cumplimiento del prestador asistencial

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de Medición
<p>Es el acto de llenar a cabalidad todos los registros anotaciones durante una jornada laboral a fin de comunicar las situaciones técnicas orientada a la atención del paciente y sus cuidados, puede ser medida por una evaluación muestral, determinada en base a una ponderación obtenida por el profesional médico, enfermería, odontología y obstetricia (MINSA/DGSP, 2016).</p>	<p>Para medición de la variable se operacionalizará mediante una Lista de cotejo o check list compuesto por 27 ítems estructurado en base a cada una de las dimensiones o área establecidas en la NTS 139- MINSA/2018/DGAIN y NTS 029 - MINSA/DGSP-V2- obtenida por el 2016.</p>	<p>Registro del profesional médico</p>	Fecha y hora en Notas de evolución	Las notas de evolución registran fecha y hora	<p>Ordinal</p>
			Apreciación objetiva y subjetiva	Las notas de evolución registran apreciación objetiva y subjetiva	
			Firma y sello del medico	Las notas de evolución tienen firma y sello del medico	
			Plan diagnóstico y terapéutico	Las notas de evolución consignan plan diagnóstico y terapéutico	
			Nombre del medicamento, Presentación, dosis, frecuencia y vía	La prescripción médica consigna nombre del medicamento, presentación, dosis, frecuencia y vía.	
			Cuidados de enfermería, obstetricia y nutrición.	La prescripción médica consigna cuidados de enfermería, obstetricia y nutrición.	
			Exámenes auxiliares e interconsultas.	La prescripción médica consigna indicación de exámenes auxiliares e interconsultas.	
			Hoja de interconsulta	La hoja de interconsulta consigna todos los datos solicitados	
				El informe médico consigna todo el reporte operatorio pertinente con sello y firma del profesional.	
Epicrisis	La epicrisis registra todos los datos solicitados, firma y sello del médico.				

	Claridad del registro	El registro de profesional médico es legible, no borrones ni enmendaduras, solo lapicero azul y rojo.
	Datos de Hoja graficas de funciones vitales	La grafica de funciones vitales consigna todos los datos de filiación y peso.
	Contenido del registro de la gráfica	El contenido del registro de la gráfica de funciones vitales consigna el registro de todas las funciones vitales trazado en rojo y azul respectivamente.
	Registro de dias hospitalización y otros.	La grafica registra dias de hospitalización, postoperatorio y/o componentes sanguíneos
Registros del profesional de Enfermería	Datos de Notas de enfermería	Las notas de enfermería consignan todos los datos de filiación, servicio y numero de cama.
	Registro de SOAPIE	Las notas de enfermería consignan el PAE – SOAPIE
	Registro de mediación eventos e intervenciones	Las notas de enfermería, registran la medicación administrada, eventos adversos y evaluación de intervenciones con sello y firma del profesional.
	Kardex de tratamiento	El Kardex de enfermería consigna todos los datos de filiación, diagnostico, registro de alergias y grado de dependencia.
	Correctos de la medicación	El contenido del Kardex registra los cinco correctos de la medicación, exámenes de apoyo diagnostico e interconsultas con lapicero de color oficial.

	Dieta y pruebas especiales	El Kardex registra la dieta indicada y pruebas especiales con hora y fecha.	
	Datos de Hoja de balance hídrico	La hoja de balance hídrico registra todos los datos de filiación y peso de la paciente.	
	Contenido de Hoja de balance hídrico	El contenido del balance hídrico registra toda la información solicitada según diagnóstico con sello y firma del profesional.	
	Claridad del registro	El registro del profesional de enfermería es legible, no borrones ni enmendaduras, solo lapicero azul y rojo.	
Registros del profesional de Obstetra/iz	Datos de Historia clínica materno-perinatal	El formato de historia clínica perinatal consigna todos los datos pertinentes según el diagnóstico de la paciente.	Ordinal
	Datos del RN y huella	El formato de historia clínica consigna todos los datos del RN y huella respectiva	
	Partograma	El formato de partograma consigna todos los datos solicitados son firma y sello del profesional	
	Claridad del registro	El registro del profesional de obstetricia es legible, no borrones ni enmendaduras, solo lapicero azul y rojo.	

Anexo N° 3: Instrumento de recolección de datos

FICHA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA DE OBSTETRICIA EN HOSPITAL PUBLICO, AREQUIPA, 2021.

(Elaborado por: Yenifer Obelu Jacobo Zapana)

(Instrumento estructurado en base a la normativa del MINSA)

N°	DIMENSIONES / Ítems	VERIFICACIÓN		
		Si contiene (3)	Contiene otro Alternativo (2)	No contiene (1)
DIMENSIÓN: ESTRUCTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA				
1	Contiene hoja grafica de funciones vitales según NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02			
2	Contiene formatos de filiación completos según ficha de evaluación de calidad en hospitalización – NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02			
3	Contiene formato de historia clínica obstétrica			
4	Contiene formato de partograma			
5	Contiene formato de anamnesis para registro de enfermedad actual y antecedentes, examen clínico, diagnóstico y plan de trabajo según la NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02			
6	Contiene formato de notas de evolución medica cronológicamente según NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02			
7	Contiene formato de prescripción médica según NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02			
8	Contiene formato de notas de evolución de enfermería cronológicamente según NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02			
9	Contiene formato de balance hídrico según NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02			
10	Contiene información complementaria y especial: exámenes auxiliares, interconsultas, consentimiento, formato SIS, formato de referencia y contrarreferencia según lo referido en NTS N°139 - MINSA/2018/DGAIN.			
11	Contiene formato de epicrisis según NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02			
	SUBTOTAL			
DIMENSIÓN: PROCESO DE LA HISTORIA CLÍNICA				
		Si cumple (3)	Parcialmente (2)	No cumple (1)
12	En el proceso técnico administrativo: la apertura de la historia clínica se da a través de su DNI según lo establece el DS N° 024-2005 -SA y DL N° 1306.			
13	En la modalidad de telemedicina, se cuenta con una historia física o electrónica, donde el personal de salud registra todos los actos y hallazgos sin omisión alguna.			

14	Los formatos que integran la historia clínica deben estar completos, en orden cronológico, ordenado y racional.			
15	La carpeta de historia clínica cuenta con código de barra o distintivo para su mejor identificación y control.			
16	Se cuenta con un registro de control de préstamos, devoluciones e Historia Clínica pendientes de devolución.			
17	La custodia y conservación de la historia clínica se da según lo especificado en la NTS N°139 - MINSA/2018/DGAIN.			
18	El servicio cuenta con condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales que garanticen la integridad física y técnica de la H.C.			
19	En el proceso técnico asistencial: El registro y codificación de los diagnósticos son de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE 10 o la versión vigente.			
20	Las anotaciones de internos y/o residentes de medicina y otros profesionales de la salud son refrendadas con la firma y sello del profesional responsable de la atención.			
21	Lo errores en el registro de la Historia Clínica se corrigen trazando una línea con lapicero rojo sobre el mismo y escribiendo el término correcto por encima de la línea, anotando la fecha, firma y sello de la persona responsable de la corrección.			
22	Todas las hojas de la Historia Clínica son identificadas con el nombre completo y número de Historia Clínica del paciente, servicio y número de cama.			
23	Los formatos de la historia clínica al egreso del paciente tienen un orden funcional.			
24	Al egreso del paciente hospitalizado, la historia clínica es remitida al archivo para el procesamiento de esta (compaginación, codificación, indización, entre otros) en un plazo no mayor a las cuarenta y ocho horas.			
	SUBTOTAL			
DIMENSIÓN: RESULTADO DE LA HISTORIA CLÍNICA		Si (3)	Parcialmente (2)	No (1)
25	El registro de la historia clínica evidencia atributos como la pulcritud, legibilidad, sin borrones ni enmendaduras.			
26	En el proceso de control gerencial: existe un nivel óptimo de calidad del registro de la historia clínica			
27	En el proceso de control gerencial: Se lleva a cabo un archivamiento oportuno de formatos de hospitalización a la alta médica.			
	SUBTOTAL			
CALIFICACIÓN				
SATISFACTORIO		90 – 100% DEL PUNTAJE MAXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR		75 - 89% DEL PUNTAJE MAXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE		<75% DEL PUNTAJE MAXIMO ESPERADO		

**FICHA DE EVALUACIÓN DE NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL PRESTADOR
ASISTENCIAL DE OBSTETRICIA EN HOSPITAL PUBLICO, AREQUIPA, 2021.**

(Elaborado por: Yenifer Obelu Jacobo Zapana)

(Instrumento estructurado en base a la normativa del MINSA)

N°	DIMENSIONES / Ítems	VERIFICACIÓN		
		Si (3)	Parcialmente (2)	No (1)
DIMENSIÓN: REGISTRO DEL PROFESIONAL MÉDICO		Si (3)	Parcialmente (2)	No (1)
1	Las notas de evolución registran fecha y hora			
2	Las notas de evolución registran apreciación objetiva y subjetiva			
3	Las notas de evolución tienen firma y sello del medico			
4	Las notas de evolución consignan plan diagnóstico y terapéutico			
5	La prescripción médica consigna nombre del medicamento, presentación, dosis, frecuencia y vía.			
6	La prescripción médica consigna cuidados de enfermería, obstetricia y nutrición.			
7	La prescripción médica consigna indicación de exámenes auxiliares e interconsultas.			
8	La hoja de interconsulta consigna todos los datos solicitados			
9	El informe médico consigna todo el reporte operatorio pertinente con sello y firma del profesional.			
10	La epicrisis registra todos los datos solicitados, firma y sello del médico.			
11	El registro de profesional médico es legible, no borrones ni enmendaduras, solo lapicero azul y rojo.			
	SUBTOTAL			
DIMENSIÓN: REGISTROS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA		Si (3)	Parcialmente (2)	No (1)
12	La grafica de funciones vitales consigna todos los datos de filiación y peso.			
13	El contenido del registro de la gráfica de funciones vitales consigna el registro de todas las funciones vitales trazado en rojo y azul respectivamente.			
14	La grafica registra dias de hospitalización, postoperatorio y/o componentes sanguíneos			
15	Las notas de enfermería consignan todos los datos de filiación, servicio y numero de cama.			
16	Las notas de enfermería consignan el PAE – SOAPIE			
17	Las notas de enfermería, registran la medicación administrada, eventos adversos y evaluación de intervenciones con sello y firma del profesional.			

18	El Kardex de enfermería consigna todos los datos de filiación, diagnóstico, registro de alergias y grado de dependencia.			
19	El contenido del Kardex registra los cinco correctos de la medicación, exámenes de apoyo diagnóstico e interconsultas con lapicero de color oficial.			
20	El Kardex registra la dieta indicada y pruebas especiales con hora y fecha.			
21	La hoja de balance hídrico registra todos los datos de filiación y peso de la paciente.			
22	El contenido del balance hídrico registra toda la información solicitada según diagnóstico con sello y firma del profesional.			
23	El registro del profesional de enfermería es legible, no borrones ni enmendaduras, solo lapicero azul y rojo.			
	SUBTOTAL			
DIMENSIÓN: REGISTRO DEL PROFESIONAL DE OBSTETRA/IZ		Si consigna (3)	No consigna (2)	No aplica (1)
24	El formato de historia clínica perinatal consigna todos los datos pertinentes según el diagnóstico de la paciente.			
25	El formato de historia clínica consigna todos los datos del RN y huella respectiva			
26	El formato de partograma consigna todos los datos solicitados son firma y sello del profesional			
27	El registro del profesional de obstetricia consigna registro legible, no borrones ni enmendaduras, solo lapicero azul y rojo.			
	SUBTOTAL			
CALIFICACIÓN				
NIVEL ALTO		90 – 100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
NIVEL MEDIO		75 - 89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
NIVEL BAJO		<75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		

Anexo N° 4: Validación de instrumento

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA CALIDAD DEL REGISTRO DE LA HISTORIA CLINICA

N°	DIMENSIONES/Ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSION 1: ESTRUCTURA DE LA HISTORIA CLINICA							
1	Contiene hoja grafica de funciones vitales según NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02	X		X		X		
2	Contiene formatos de filiación completos según ficha de evaluación de calidad en hospitalización – NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02	X		X		X		
3	Contiene formato de historia clínica obstétrica	X		X		X		
4	Contiene formato de partograma	X		X		X		
5	Contiene formato de anamnesis para registro de enfermedad actual y antecedentes, examen clínico, diagnóstico y plan de trabajo según la NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02	X		X		X		
6	Contiene formato de notas de evolución medica cronológicamente según NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02	X		X		X		
7	Contiene formato de prescripción médica según NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02	X		X		X		
8	Contiene formato de notas de evolución de enfermería cronológicamente según NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02							
9	Contiene formato de balance hídrico según NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02	X		X		X		
10	Contiene información complementaria y especial: exámenes auxiliares, interconsultas, consentimiento, formato SIS, formato de referencia y contrarreferencia según lo referido en NTS N°139 - MINSA/2018/DGAIN.	X		X		X		
11	Contiene formato de epicrisis según NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02	X		X		X		
	DIMENSION 2: PROCESO DE LA HISTORIA CLINICA							
12	En el proceso técnico administrativo: la apertura de la historia clínica se da a través de su DNI según lo establece el DS N° 024-2005 -SA y DL N° 1306.	X		X		X		
13	En la modalidad de telemedicina, se cuenta con una historia física o electrónica, donde el personal de salud registra todos los actos y hallazgos sin omisión alguna.	X		X		X		
14	Los formatos que integran la historia clínica deben estar completos, en orden cronológico, ordenado y racional.	X		X		X		
15	La carpeta de historia clínica cuenta con código de barra o distintivo para su mejor identificación y control.	X		X		X		
16	Se cuenta con un registro de control de préstamos, devoluciones e Historia Clínica pendientes de devolución.	X		X		X		
17	La custodia y conservación de la historia clínica se da según lo especificado en la NTS N°139 - MINSA/2018/DGAIN.	X		X		X		

18	El servicio cuenta con condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales que garanticen la integridad física y técnica de la H.C.	X		X		X		
19	En el proceso técnico asistencial: El registro y codificación de los diagnósticos son de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE 10 o la versión vigente.	X		X		X		
20	Las anotaciones de internos y/o residentes de medicina y otros profesionales de la salud son refrendadas con la firma y sello del profesional responsable de la atención.	X		X		X		
21	Lo errores en el registro de la Historia Clínica se corrigen trazando una línea con lapicero rojo sobre el mismo y escribiendo el término correcto por encima de la línea, anotando la fecha, firma y sello de la persona responsable de la corrección.	X		X		X		
22	Todas las hojas de la Historia Clínica son identificadas con el nombre completo y número de Historia Clínica del paciente, servicio y N° de cama.	X		X		X		
23	Los formatos de la historia clínica al egreso del paciente tienen un orden funcional.	X		X		X		
24	Al egreso del paciente hospitalizado, la historia clínica es remitida al archivo para el procesamiento de esta (compaginación, codificación, indización, entre otros) en un plazo no mayor a las cuarenta y ocho horas.	X		X		X		
DIMENSION 3: RESULTADO DE LA HISTORIA CLINICA								
25	El registro de la historia clínica evidencia atributos como la pulcritud, legibilidad, sin borrones ni enmendaduras.	X		X		X		
26	En el proceso de control gerencial: existe un nivel óptimo de calidad del registro de la historia clínica	X		X		X		
27	En el proceso de control gerencial: Se lleva a cabo un archivamiento oportuno de formatos de hospitalización a la alta médica.	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [SI]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

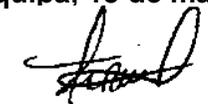
Apellidos y nombres del juez validador. Mg: Michel Ponce Saldívar DNI: 43302484

Especialidad del validador: **MAESTRO EN SALUD OCUPACIONAL**

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado. ²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Arequipa, 15 de mayo del 2021



Mg. Michel Ponce Saldívar

D.N.I. N° 43302484

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO

N°	DIMENSIONES/Ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSION 1: REGISTRO DEL PROFESIONAL MEDICO							
1	Las notas de evolución registran fecha y hora	X		X		X		
2	Las notas de evolución registran apreciación objetiva y subjetiva	X		X		X		
3	Las notas de evolución tienen firma y sello del medico	X		X		X		
4	Las notas de evolución consignan plan diagnóstico y terapéutico	X		X		X		
5	La prescripción médica consigna nombre del medicamento, presentación, dosis, frecuencia y vía.	X		X		X		
6	La prescripción médica consigna cuidados de enfermería, obstetricia y nutrición.	X		X		X		
7	La prescripción médica consigna indicación de exámenes auxiliares e interconsultas.	X		X		X		
8	La hoja de interconsulta consigna todos los datos solicitados							
9	El informe médico consigna todo el reporte operatorio pertinente con sello y firma del profesional.	X		X		X		
10	La epicrisis registra todos los datos solicitados, firma y sello del médico.	X		X		X		
11	El registro de profesional médico es legible, no borrones ni enmendaduras, solo lapicero azul y rojo.	X		X		X		
	DIMENSION 2: REGISTROS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA							
12	La grafica de funciones vitales consigna todos los datos de filiación y peso.	X		X		X		
13	El contenido del registro de la gráfica de funciones vitales consigna el registro de todas las funciones vitales trazado en rojo y azul respectivamente.	X		X		X		
14	La grafica registra días de hospitalización, postoperatorio y/o componentes sanguíneos	X		X		X		
15	Las notas de enfermería consignan todos los datos de filiación, servicio y N° de cama.	X		X		X		
16	Las notas de enfermería consignan el PAE – SOAPIE	X		X		X		
17	Las notas de enfermería, registran la medicación administrada, eventos adversos y evaluación de intervenciones con sello y firma del profesional.	X		X		X		
18	El Kardex de enfermería consigna todos los datos de filiación, diagnostico, registro de alergias y grado de dependencia.	X		X		X		
19	El contenido del Kardex registra los cinco correctos de la medicación, exámenes de apoyo diagnostico e interconsultas con lapicero de color oficial.	X		X		X		

20	El Kardex registra la dieta indicada y pruebas especiales con hora y fecha.	X		X		X		
21	La hoja de balance hídrico registra todos los datos de filiación y peso de paciente.							
22	El contenido del balance hídrico registra toda la información solicitada según diagnóstico con sello y firma del profesional.	X		X		X		
23	El registro del profesional de enfermería es legible, no borrones ni enmendaduras, solo lapicero azul y rojo.	X		X		X		
	DIMENSION 3: REGISTRO DEL PROFESIONAL DE OBSTETRICIA							
24	El formato de historia clínica perinatal consigna todos los datos pertinentes según el diagnóstico de la paciente.	X		X		X		
25	El formato de historia clínica consigna todos los datos del RN y huella respectiva	X		X		X		
26	El formato de partograma consigna todos los datos solicitados son firma y sello del profesional	X		X		X		
27	El registro del profesional de obstetricia consigna registro legible, no borrones ni enmendaduras, solo lapicero azul y rojo.	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [SI]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. Michel Ponce Saldívar **DNI:** 43302484

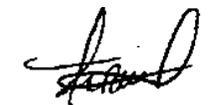
Especialidad del validador: MAESTRO EN SALUD OCUPACIONAL

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado. ²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Arequipa, 18 de mayo del 2021



Mg. Michel Ponce Saldívar

D.N.I. N° 43302484

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA CALIDAD DEL REGISTRO DE LA HISTORIA CLINICA

N°	DIMENSIONES/ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSION 1: ESTRUCTURA DE LA HISTORIA CLINICA							
1	Contiene hoja grafica de funciones vitales según NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02	X		X		X		
2	Contiene formatos de filiación completos según ficha de evaluación de calidad en hospitalización – NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02	X		X		X		
3	Contiene formato de historia clínica obstétrica	X		X		X		
4	Contiene formato de partograma	X		X		X		
5	Contiene formato de anamnesis para registro de enfermedad actual y antecedentes, examen clínico, diagnóstico y plan de trabajo según la NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02	X		X		X		
6	Contiene formato de notas de evolución medica cronológicamente según NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02	X		X		X		
7	Contiene formato de prescripción médica según NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02	X		X		X		
8	Contiene formato de notas de evolución de enfermería cronológicamente según NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02	X		X		X		
9	Contiene formato de balance hídrico según NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02	X		X		X		
10	Contiene información complementaria y especial: exámenes auxiliares, interconsultas, consentimiento, formato SIS, formato de referencia y contrarreferencia según lo referido en NTS N°139 - MINSA/2018/DGAIN.	X		X		X		
11	Contiene formato de epicrisis según NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02	X		X		X		
	DIMENSION 2: PROCESO DE LA HISTORIA CLINICA							
12	En el proceso técnico administrativo: la apertura de la historia clínica se da a través de su DNI según lo establece el DS N° 024-2005 -SA y DL N° 1306.	X		X		X		
13	En la modalidad de telemedicina, se cuenta con una historia física o electrónica, donde el personal de salud registra todos los actos y hallazgos sin omisión alguna.	X		X		X		
14	Los formatos que integran la historia clínica deben estar completos, en orden cronológico, ordenado y racional.	X		X		X		
15	La carpeta de historia clínica cuenta con código de barra o distintivo para su mejor identificación y control.	X		X		X		
16	Se cuenta con un registro de control de préstamos, devoluciones e Historia Clínica pendientes de devolución.	X		X		X		
17	La custodia y conservación de la historia clínica se da según lo especificado en la NTS N°139 - MINSA/2018/DGAIN.	X		X		X		
18	El servicio cuenta con condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales que garanticen la integridad física y técnica de la H.C.	X		X		X		

19	En el proceso técnico asistencial: El registro y codificación de los diagnósticos son de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE 10 o la versión vigente.	X		X		X		
20	Las anotaciones de internos y/o residentes de medicina y otros profesionales de la salud son refrendadas con la firma y sello del profesional responsable de la atención.	X		X		X		
21	Lo errores en el registro de la Historia Clínica se corrigen trazando una línea con lapicero rojo sobre el mismo y escribiendo el término correcto por encima de la línea, anotando la fecha, firma y sello de la persona responsable de la corrección.	X		X		X		
22	Todas las hojas de la Historia Clínica son identificadas con el nombre completo y número de Historia Clínica del paciente, servicio y N° de cama.	X		X		X		
23	Los formatos de la historia clínica al egreso del paciente tienen un orden funcional.	X		X		X		
24	Al egreso del paciente hospitalizado, la historia clínica es remitida al archivo para el procesamiento de esta (compaginación, codificación, indización, entre otros) en un plazo no mayor a las cuarenta y ocho horas.	X		X		X		
DIMENSION 3: RESULTADO DE LA HISTORIA CLINICA								
25	El registro de la historia clínica evidencia atributos como la pulcritud, legibilidad, sin borrones ni enmendaduras.	X		X		X		
26	En el proceso de control gerencial: existe un nivel óptimo de calidad del registro de la historia clínica	X		X		X		
27	En el proceso de control gerencial: Se lleva a cabo un archivamiento oportuno de formatos de hospitalización a la alta médica.	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [x] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. DR: PEDRO ANIBAL SOLIS CESPEDES DNI: 26601922

Especialidad del validador: DOCTOR EN SALUD PUBLICA

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado. ²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Arequipa, 15 de mayo del 2021



DR. PEDRO ANIBAL SOLIS CESPEDES
D.N.I. N° 26601922

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO

N°	DIMENSIONES/Ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSION 1: REGISTRO DEL PROFESIONAL MEDICO							
1	Las notas de evolución registran fecha y hora	X		X		X		
2	Las notas de evolución registran apreciación objetiva y subjetiva	X		X		X		
3	Las notas de evolución tienen firma y sello del medico	X		X		X		
4	Las notas de evolución consignan plan diagnóstico y terapéutico	X		X		X		
5	La prescripción médica consigna nombre del medicamento, presentación, dosis, frecuencia y vía.	X		X		X		
6	La prescripción médica consigna cuidados de enfermería, obstetricia y nutrición.	X		X		X		
7	La prescripción médica consigna indicación de exámenes auxiliares e interconsultas.	X		X		X		
8	La hoja de interconsulta consigna todos los datos solicitados							
9	El informe médico consigna todo el reporte operatorio pertinente con sello y firma del profesional.	X		X		X		
10	La epicrisis registra todos los datos solicitados, firma y sello del médico.	X		X		X		
11	El registro de profesional médico es legible, no borrones ni enmendaduras, solo lapicero azul y rojo.	X		X		X		
	DIMENSION 2: REGISTROS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA							
12	La grafica de funciones vitales consigna todos los datos de filiación y peso.	X		X		X		
13	El contenido del registro de la gráfica de funciones vitales consigna el registro de todas las funciones vitales trazado en rojo y azul respectivamente.	X		X		X		
14	La grafica registra días de hospitalización, postoperatorio y/o componentes sanguíneos	X		X		X		
15	Las notas de enfermería consignan todos los datos de filiación, servicio y N° de cama.	X		X		X		
16	Las notas de enfermería consignan el PAE – SOAPIE	X		X		X		
17	Las notas de enfermería, registran la medicación administrada, eventos adversos y evaluación de intervenciones con sello y firma del profesional.	X		X		X		
18	El Kardex de enfermería consigna todos los datos de filiación, diagnostico, registro de alergias y grado de dependencia.	X		X		X		
19	El contenido del Kardex registra los cinco correctos de la medicación, exámenes de apoyo diagnostico e interconsultas con lapicero de color oficial.	X		X		X		

20	El Kardex registra la dieta indicada y pruebas especiales con hora y fecha.	X		X		X		
21	La hoja de balance hídrico registra todos los datos de filiación y peso de paciente.							
22	El contenido del balance hídrico registra toda la información solicitada según diagnóstico con sello y firma del profesional.	X		X		X		
23	El registro del profesional de enfermería es legible, no borrones ni enmendaduras, solo lapicero azul y rojo.	X		X		X		
	DIMENSION 3: REGISTRO DEL PROFESIONAL DE OBSTETRICIA							
24	El formato de historia clínica perinatal consigna todos los datos pertinentes según el diagnóstico de la paciente.	X		X		X		
25	El formato de historia clínica consigna todos los datos del RN y huella respectiva	X		X		X		
26	El formato de partograma consigna todos los datos solicitados son firma y sello del profesional	X		X		X		
27	El registro del profesional de obstetricia consigna registro legible, no borrones ni enmendaduras, solo lapicero azul y rojo.	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [x]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador. DR: PEDRO ANIBAL SOLIS CESPEDES DNI: 26601922

Especialidad del validador: DOCTOR EN SALUD PUBLICA

1Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado. **2Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
3Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Arequipa, 15 de mayo del 2021



DR. PEDRO ANIBAL SOLIS CESPEDES
D.N.I. N° 26601922

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA CALIDAD DEL REGISTRO DE LA HISTORIA CLINICA

N°	DIMENSIONES/Items	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSION 1: ESTRUCTURA DE LA HISTORIA CLINICA								
1	Contiene hora gráfica de funciones vitales según NTS N°029 MINS/OIGEPRES-V.02							
2	Contiene formatos de diagnóstico Corrip (los según ficha de evaluación de calidad en hospitalización - NTS N°02. -MINS4 /DIGEPRES -V . 02							
3	Contiene formato de historia clínica obstétrica			X		X		
4	Contiene formato de parlograma	X		X		X		
	Contiene formato de anamnesis para registro de enfermedad actual y antecedentes, examen físico, diagnóstico y plan de trabajo según la NTS N°029-MINS/OIGEPRES-V.02			X		X		
	Contiene formato de notas de evolución médica cronológicamente según NTS N°029-MINS/OIGEPRES-V.02			X		X		
7				X		X		
8	Contiene formato de prescripción médica según NTS N°029-MINS/OIGEPRES -V.02			X		X		
9	Contiene formato de notas de evolución médica cronológicamente según NTS N°029-MINS/OIGEPRES-V.02			X		X		
	Contiene formato de balance hídrico según NTS N°029-MINS/OIGEPRES-V.02	X		X		X		
10	Contiene información complementaria y especial: exámenes auxiliares, Interconsultas, seguimiento, formato SFS, formato de referencia y contrareferencia según lo • referido en NTS N°139 • MINS/2018/DGAIN.	X		X		X		
11	Contiene formato de epicrisis según NTS N°029-MINS/OIGEPRES-V.02	X		X		X		
DIMENSION 2: PROCESO DE LA HISTORIA CLINICA								
12	En el proceso técnico administrativo: la apertura de la historia clínica se da a través de lo que establece el DS N° 024-2005 -SA y DL N° 1306.	X		X		X		
13	En la totalidad de la historia clínica se cuenta con una historia física o electrónica, donde el personal de salud registra todos los actos y hallazgos sin omisión alguna.	X		X		X		
14	Los formatos que integran la historia clínica deben estar completos, en orden cronológico, ordenado y racional			X		X		
15	La carpeta de historia clínica cuenta con código de barra o dispositivo para su identificación y se cuenta con un registro de control de préstamos, devoluciones e historia clínica pendientes de devolución.	X		X		X		
17	La custodia y conservación de la historia clínica se da según lo especificado en la NTS N°139 - MINS/2018/DGAIN.			X		X		
18	El servicio cuenta con candidatos o candidatos, procedimientos, materiales y materiales que garanticen la integridad física y técnica de la H.C.			X		X		

19	En el proceso técnico asistencial, el registro y codificación de los diagnósticos son de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE 10 o la versión vigente.		X	X
20	Las anotaciones de internos y/o residentes de medicina y otros profesionales de la salud son refundadas con la firma y sello del profesional responsable de la atención.	X	X	X
	Las notas de ingreso y egreso de la Historia Clínica se corrigen trazando una línea con lapicero rojo sobre el mismo y escribiendo el comentario correcto por encima de la línea, anotando la fecha, firma y sello de la persona responsable de la corrección.		X	X
22	Todas las hojas de la Historia Clínica son identificadas con el nombre completo y número de Historia Clínica del paciente, sexo y número de cama.		X	X
23	Los formularios de la historia clínica al ingreso del paciente tienen un orden funcional.	X	X	X
**	Al egreso del paciente hospitalizado, la historia clínica es remitida al archivo para el procesamiento de esta (compaginación, codificación, indexación, entre otros) en un plazo no mayor a las cuarenta y ocho horas.		X	X
	DUPLICACION 3: RESULTADO DE LA HISTORIA CLINICA	X	X	
25	El registro de la historia clínica evidencia atributos como la puntualidad, legibilidad, sin borrones ni enmendaduras.		X	X
	En el proceso de control gerencial: existe un nivel óptimo de calidad del registro de la historia clínica.		X	X
27	En el proceso de control gerencial: Se lleva a cabo un archivar y/o modificación oportuna de los documentos de historia clínica.	X	X	X

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____ r 'O6 5-

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] **Aplicable después de corregir []** No aplicable ()

Apellidos y nombres del juez validador: Mamani, Castillo, Bertha Tecla DNI: 2

Ejemplo de correo electrónico: bertha.castillo@mamani.com

1. Relevance: El ítem es apropiado para presentar el componente o dimensión específica del constructo.
 2. Clarity: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es claro, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Arequipa, 15 de mayo del 2021


DRA. MAMANI CASTILLO BERTHA T.
 DNI N° /9%f.#2&

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO

t	DIMENSIONES/Items	Pertinencia		Relevancia		Miandad		Sugerencias
		SI	No	Si	No	St	No	
	DIMENSION 1: REGISTRO DEL PROFESIONAL MEDICO							
1	Las notas de evolución registran fecha y hora	X		X		X		
2	Las notas de evolución registran apreciación objetiva y subjetiva	X		X		X		
3	Las notas de evolución tienen firma y sello del médico	X		X		X		
4	Las notas de evolución consignan plan diagnóstico y terapéutico	X		X		X		
5	La prescripción médica consigna nombre del medicamento, presentación, dosis, frecuencia y vía.	X		X		X		
6	La prescripción médica consigna cuidados de enfermería, obstetricia y nutrición.					X*		
7	La prescripción médica consigna indicación de exámenes auxiliares e interconsultas,							
8	La hoja de interconsulta consigna todos los datos solicitados							
9	El informe médico consigna todo el reporte operatorio pertinente con sello y firma del profesional.							
10	La epicrisis registra todos los datos solicitados, firma y sello del médico.					W		
11	El registro de profesional médico sea legible, no borrones ni enmendaduras, solo lapicero azul y rojo.							
	DIMENSION 2: REGISTROS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA	X		X		X		
12	La gráfica de funciones vitales consigna todos los datos de frecuencia y peso.	X		X		X		
13	El contenido del registro de la gráfica de funciones vitales consigna el registro de todas las funciones vitales trazado en rojo y azul respectivamente.	X		X		X		
14	La gráfica registra días de hospitalización, postoperatorio y/o componentes sanguíneos			X		X		
				X		X		
				X		X		
15	Las notas de enfermería consignan todos los datos de filiación, servicio y N° de cama.			X		X		
16	Las notas de enfermería consignan el PAE - SOAP(E)			X		X		
17	Las notas de enfermería, registran la medicación administrada, eventos adversos y evaluación de intervenciones con sello y firma del profesional.			X		X		
18	El Kardex de enfermería consigna todos los datos de filiación, diagnósticos, registro de alergias y grado de dependencia.			X		X		
19	El contenido del Kardex registra los cinco correctos de la medicación, exámenes de							

	aprove diagnóstico e interconsultas con lapicero de color oficial.	X	X	X
20	El Kardex registra la dieta indicada y pruebas especiales con hora y fecha.	X	X	X
21	La hoja de balance hidrico registra todos los datos de filiación y peso de paciente.	X	X	X
22	El formulario de historia clínica registra toda la información solicitada según el formato del profesional.	X	X	X
23	El registro de enfermería es legible, no borrones ni enmendaduras, solo lapicero azul.		X	X
	" DIMENSION 3: CLARIDAD DEL REGISTRO	X	X	X
24	El formato de historia clínica perinatal consigna todos los datos pertinentes según el diagnóstico de la paciente.		X	X
25	El formato de historia clínica consigna todos los datos del RN y huella respectiva		X	X
26	El formato de parlograma consigna todos los datos solicitados son firma y sello del profesional		X	X
27	El formato de historia clínica de obstetricia es legible, no borrones ni enmendaduras.		X	X

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Sin Observaciones

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] **Aplicable después de corregir** [] No aplicable []
 Apellidos y nombres del juez validador: J/ " Castillo Bertha Tecla DNI: 29295220
 Especialidad del validador: Doctor en ciencias: Salud pública

•pertinencia: El ítem corresponde al campo teórico formulado.
 •Relevancia: El ítem es apropiado para representar a 1 componente o dimensión específica del constructo
 •Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo
 Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Arequipa, 15 de mayo del 2021

 DRA. MAMANI CASTILLO BERTHA T.
 DNI N° 29295220

Anexo N° 5: Tabla de jueces expertos

Tabla 14

Detalle específico de jueces validadores

Apellidos y nombres del juez experto	Grado académico	Especialidad del validador	Apreciación respecto al instrumento	Autor del instrumento
Ponce Saldívar Michael	Maestro	Maestro en salud ocupacional	Aplicable	Jacobo Zapana Yenifer Obelu
Solís Cespedes Pedro Aníbal	Doctor	Doctor en salud publica	Aplicable	
Mamani Castillo Bertha Tecla	Doctor	Doctor en ciencias publicas	Aplicable	

Fuente: Elaboración propia

Anexo N°6: Resultados de confiabilidad

Tabla 15

Fiabilidad de alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,857	,857	27
,877	,877	27

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del SSPS23

Anexo N° 7: Calculo del tamaño de muestra

Caso 2:		Cálculo de proporciones con población finita o de tamaño conocido.	
Variables	Poner en %	Formula:	Variable Cualitativa con población
Z	1.960	95%	
p	0.5	$n = \frac{NZ^2 pq}{(N-1)E^2 + Z^2 pq} =$	310.67
q	0.5		311.00
E	0.05		
N	1620		

Fuente: Elaboración propia extraído de Excel

Anexo N° 8: Base de datos

IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

2: P1 3 Visible: 62 de 62 variables

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	f
1	3	3	1	3	3	2	3	2	1	1	3	1	2	1	3	
2	3	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3	1	2	1	3	
3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	1	3	1	2	3	3	
4	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	1	2	3	3	
5	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	3	3	
6	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	3	3	
7	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	1	2	3	3	
8	3	3	2	3	3	3	3	3	1	3	3	1	2	3	3	
9	3	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	1	2	3	3	
10	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	3	3	
11	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	3	3	
12	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	3	3	
13	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	1	2	3	3	
14	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	3	3	
15	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	1	3	
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	1	3	
17	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	1	3	
18	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	1	3	
19	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	1	3	
20	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	1	3	
21	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	1	3	
22	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	3	3	
23	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	3	3	
24	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	3	3	
25	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	3	3	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Casos: 100 Unicode: ON

Escribe aquí para buscar

21°C 13:52 10/07/2021

IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

2: P1 3 Visible: 62 de 62 variables

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	f
1	3	3	1	3	3	2	3	2	1	1	3	1	2	1	3	
2	3	3	3	3	2	3	3	3	1	3	3	1	2	1	3	
3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	1	3	1	2	3	3	
4	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	1	2	3	3	
5	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	3	3	
6	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	3	3	
7	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	1	2	3	3	
8	3	3	2	3	3	3	3	3	1	3	3	1	2	3	3	
9	3	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	1	2	3	3	
10	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	3	3	
11	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	3	3	
12	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	3	3	
13	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	1	2	3	3	
14	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	3	3	
15	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	1	3	
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	1	3	
17	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	1	3	
18	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	1	3	
19	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	1	3	
20	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	1	3	
21	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	1	3	
22	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	3	3	
23	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	3	3	
24	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	3	3	
25	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	3	3	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Casos: 100 Unicode: ON

Escribe aquí para buscar

21°C 13:52 10/07/2021

Anexo N° 9: Carta de presentación



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Lima, 10 de Junio de 2021

Carta P. 197-2021-UCV-EPG-SP

DR.
DIRECTOR/A DEL HOSPITAL III GOYENECHE
DIRECTOR
HOSPITAL REGIONAL III GOYENECHE

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted, para presentar a **JACOBO ZAPANA , YENIFER OBELO**; identificado(a) con DNI/CE N° 44829190 y código de matrícula N° 7002530391; estudiante del programa de MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD en modalidad semipresencial quien, en el marco de su tesis conducente a la obtención de su grado de MAESTRO(A), se encuentra desarrollando el trabajo de investigación (tesis) titulado:

CALIDAD DEL REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA Y NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL PRESTADOR ASISTENCIAL DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GOYENECHE, AREQUIPA, 2021.

En este sentido, solicito a su digna persona facilitar el acceso a nuestro(a) estudiante, a fin que pueda obtener información en la institución que usted representa, siendo nuestro(a) estudiante quien asume el compromiso de alcanzar a su despacho los resultados de este estudio, luego de concluir con el desarrollo del trabajo de investigación (tesis).

Agradeciendo la atención que brinde al presente documento, hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi mayor consideración.

Atentamente,

Ruth Angélica Chicana Becerra
Coordinadora General de Programas de Posgrado Semipresenciales
Universidad César Vallejo

Somos la universidad de los
que quieren salir adelante.

