

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

**ESCUELA DE POSGRADO**



**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS  
DE LA SALUD**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS**

**TESIS:**

**RELACIÓN ENTRE FACTORES SOCIOLABORALES DE LOS  
PROFESIONALES DE SALUD Y CALIDAD DE REGISTRO DEL  
CARNET PERINATAL - RED DE SALUD CELENDÍN, 2023**

Para optar el Grado Académico de

**MAESTRO EN CIENCIAS**

**MENCIÓN: SALUD PÚBLICA**

Presentada por:

**KAREN YSABEL CACHAY CHÁVEZ**

Asesora:

**Dra. SILVIA ISABEL SÁNCHEZ MERCADO**

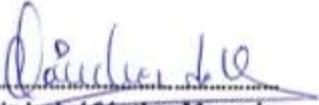
Cajamarca, Perú

2025

### CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: Karen Ysabel Cachay Chávez  
DNI: 45270580  
Escuela Profesional/Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud  
Programa de Maestría en Ciencias, Mención: Salud Pública.
2. Asesora: Dra. Silvia Isabel Sánchez Mercado
3. Grado académico o título profesional  
 Bachiller       Título profesional       Segunda especialidad  
 Maestro       Doctor
4. Tipo de Investigación:  
 Tesis       Trabajo de investigación       Trabajo de suficiencia profesional  
 Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:  
**Relación entre Factores Sociolaborales de los Profesionales de Salud y Calidad de Registro del Carnet Perinatal - Red de Salud Celendín, 2023**
6. Fecha de evaluación: **22/08/2025**
7. Software antiplagio:                       TURNITIN                       URKUND (OURIGINAL) (\*)
8. Porcentaje de Informe de Similitud: **8%**
9. Código Documento: **3117:485913176**
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:  
 **APROBADO**       PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO  
Fecha Emisión: **22/08/2025**

*Firma y/o Sello  
Emisor Constancia*

  
.....  
**Dra. Silvia Isabel Sánchez Mercado**  
**DNI: 26613805**

\* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

COPYRIGHT © 2025 by  
**KAREN YSABEL CACHAY CHÁVEZ**  
Derechos Reservados



**Universidad Nacional de Cajamarca**  
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD  
**Escuela de Posgrado**  
CAJAMARCA - PERU



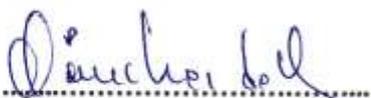
**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS**

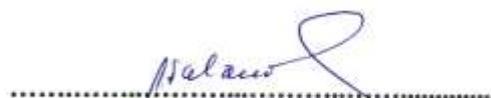
**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**

Siendo las 11:00 horas del día 24 de junio de dos mil veinticinco, reunidos en el Aula 1Q-107 de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. SARA ELIZABETH PALACIOS SÁNCHEZ**, **Dra. JUANA AURELIA NINATANTA ORTIZ**, **Dra. MARÍA YNÉS HUAMANÍ MEDINA**, y en calidad de Asesora la **Dra. SILVIA ISABEL SÁNCHEZ MERCADO**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno de la Escuela de Posgrado y la Directiva para la Sustentación de Proyectos de Tesis, Seminarios de Tesis, Sustentación de Tesis y Actualización de Marco Teórico de los Programas de Maestría y Doctorado, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada: **RELACIÓN ENTRE FACTORES SOCIOLABORALES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD Y CALIDAD DE REGISTRO DEL CARNET PERINATAL – RED DE SALUD CELENDÍN, 2023**; presentada por la **Bachiller en Obstetricia, KAREN YSABEL CACHAY CHÁVEZ**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó... Aprobar... con la calificación de Dieciocho (EXCELENTE)... la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bachiller en Obstetricia, KAREN YSABEL CACHAY CHÁVEZ**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las 12:30 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

  
.....  
**Dra. Silvia Isabel Sánchez Mercado**  
Asesora

  
.....  
**Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez**  
Jurado Evaluador

  
.....  
**Dra. Juana Aurelia Ninatanta Ortiz**  
Jurado Evaluador

  
.....  
**Dra. María Ynés Huamaní Medina**  
Jurado Evaluador

## **DEDICATORIA**

A mi esposo e hijo por su amor y paciencia infinita,  
quiénes impulsan mis sueños y materializan mis metas.  
Gracias por siempre permanecer a mi lado.

Karen

## **AGRADECIMIENTO**

A la fuerza universal y cósmica, por iluminar mi conciencia, guiando mi vida. Al director y profesionales de la Red de Salud Celendín, que proporcionaron información de suma relevancia para la realización del estudio. A mi familia por brindarme su amor y enseñarme que el esfuerzo y constancia tienen frutos de éxito. A mi asesora Dra. Silvia Isabel Sánchez Mercado por su apoyo valioso e incondicional en esta investigación. Finalmente, a la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, por haber contribuido en la continuidad de mi formación académica como Maestro en Salud Pública.

La autora

"La calidad nunca es un accidente, siempre es el resultado de un esfuerzo de la inteligencia".

John Ruskin.

# ÍNDICE

DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
EPÍGRAFE.....	vii
ÍNDICE .....	viii
LISTA DE TABLAS.....	x
LISTA DE ABREVIATURAS .....	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	xiv
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA .....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema .....	3
1.3. Justificación de la investigación .....	3
1.4. Objetivos.....	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	5
2.1. Antecedentes.....	5
2.2. Bases teóricas.....	9
2.3. Bases conceptuales.....	10
2.4. Bases legales .....	22
2.5. Definición de términos.....	23
2.6. Hipótesis.....	23
2.7. Variables .....	24
2.8. Operacionalización de los componentes de la hipótesis .....	24
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	27
3.1. Área geográfica y ámbito de estudio .....	27
3.2. Tipo y diseño de investigación .....	27
3.3. Método de investigación .....	28
3.4. Población, muestra y muestreo .....	28
3.5. Criterios de inclusión y exclusión .....	29
3.6. Unidad de análisis.....	29
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	29

3.8. Validez y confiabilidad de los instrumentos .....	31
3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de los datos .....	32
3.10. Criterios éticos.....	32
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....	33
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN .....	37
CONCLUSIONES .....	46
SUGERENCIAS .....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
ANEXOS .....	57

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1:</b> Factores sociodemográficos y laborales de los profesionales de salud de la Red de Salud Celendín, 2023	33
<b>Tabla 2:</b> Calidad de registro del Carnet perinatal y sus dimensiones en gestantes controladas de la Red de Salud Celendín, 2023	34
<b>Tabla 3:</b> Relación entre factores sociolaborales de los profesionales de salud y calidad de registro del carnet perinatal. Red de Salud Celendín, 2023	35

## LISTA DE ABREVIATURAS

CAS	: Contrato Administrativo de Servicios.
CLAP/SMR	: Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer, y Reproductiva.
ENDES	: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
ENSAP	: Escuela Nacional de Salud Pública.
DIRESA	: Dirección Regional de Salud.
ISO	: Organización Internacional de Normalización de la calidad.
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
MINSA	: Ministerio de Salud.
NA	: No aplica.
OMS	: Organización Mundial de la Salud.
OPS	: Organización Panamericana de la Salud.
SERUMS	: Servicio Rural y Urbano Marginal.
SIP	: Sistema Informático Perinatal.
SUSALUD	: Superintendencia Nacional de Salud.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la relación entre los factores sociolaborales de los profesionales de salud y la calidad de registro del carnet perinatal en gestantes controladas de la Red de Salud Celendín, 2023. **Método:** Investigación de diseño no experimental, tipo correlacional y retrospectivo, la muestra estuvo constituida por 110 profesionales de salud y 298 carnets perinatales. **Resultados:** El 76,4% de profesionales fueron de sexo femenino, 40% tenían entre 31 a 40 años, 68,2% contratados, 50% con 5 años o menos de servicio, 44,5% obstetras, 88,2% no contaban con capacitación profesional, 90% estaban abastecidos de insumos y equipos para la atención y el 61% no habían sido capacitados en atención materna según norma técnica N° 105/2013. Se encontró además que, el 70,8% de registros presentan una calidad deficiente, 24,5% por mejorar y solamente 4,7% califica como satisfactorio. **Conclusión:** los factores sociolaborales que tuvieron relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) con la calidad de registro del carnet perinatal fueron, tiempo de servicio ( $p = 0,005$ ), profesión ( $p = 0,000$ ), capacitación profesional ( $p = 0,005$ ) y capacitación en la Norma Técnica de salud materna N° 105/2013 ( $p = 0,000$ ).

**Palabras clave:** factores sociolaborales, calidad de registro, carnet perinatal.

## ABSTRACT

**Objective:** Determine the relationship between sociolaboral factors of healthcare professionals and the quality of perinatal card registration in controlled pregnant women within the Celendín Health Network, 2023.

**Method:** A non-experimental, correlational and retrospective, study design was used with a sample of 110 healthcare professionals and 298 perinatal records.

**Results:** Of the sample, 76.4% were female, and 40% were aged between 31 and 40 years. Contract staff accounted for 68.2% of participants, with 50% having five years of service or less. Obstetricians represented 44.5% of the workforce. Notably, 88.2% had not received any professional training, even though 90% reported adequate availability of supplies and equipment. Additionally, 61% had not been trained in maternal care according to Technical Standard No. 105/2013. It was also found that 70,8% of the records were of poor quality, 24.5% needed improvement, and only 4.7% were rated as satisfactory.

**Conclusion:** The sociolabor factors that had a statistically significant relationship ( $p < 0.05$ ) with the quality of perinatal card documentation were: years of service ( $p=0,005$ ), professional role ( $p=0,000$ ), professional training ( $p=0,005$ ), and training in the Maternal Health Technical Standard No. 105/2013 ( $p=0,000$ ).

**Keywords:** sociolaboral factors, registration quality, perinatal card.

## INTRODUCCIÓN

La calidad del registro no es solo un requisito técnico, es un pilar fundamental para la salud pública, al garantizar una atención integral, eficiente y basada en evidencias, por lo que las deficiencias en la información sanitaria y la carencia de personal calificado amenazan con colapsar los sistemas de salud, reflejando la complejidad de su entorno. La ausencia de registros completos, oportunos y precisos compromete la capacidad de respuesta ante riesgos maternos y perinatales, limita la vigilancia epidemiológica y debilita la gestión sanitaria (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la ruta para abordarlos, es el estudio de las condiciones sociolaborales, que limitan el desempeño profesional como: edad, sexo, condición laboral, tiempo de servicio, profesión, capacitación y el abastecimiento de insumos y equipos para la atención (2).

El Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) desarrolló el Sistema Informático Perinatal (SIP), plataforma compuesta por diversos instrumentos, entre los cuales destaca el Carnet Perinatal diseñado con precisión, coherencia y riqueza descriptiva, con la finalidad de estandarizar el registro de la atención prenatal y contribuir a la mejora de la calidad de atención (3).

Esta investigación tuvo el propósito de explorar algunos factores sociolaborales de los profesionales relacionados con la calidad del registro del carnet perinatal, en gestantes controladas de la Red de Salud Celendín. Se desarrolló bajo un diseño no experimental de tipo correlacional, de corte transversal utilizando una encuesta y ficha de recolección de datos, se aplicaron técnicas estadísticas para establecer la relación entre las variables, cumpliendo criterios éticos y de rigurosidad metodológica propios de la investigación.

El estudio busca aportar evidencia que contribuya a optimizar el registro del carnet perinatal para fortalecer la atención materna y mejorar las condiciones laborales de los profesionales de salud. Además, aportará a los estudiantes de pre y posgrado una visión detallada e información valiosa y será referente de futuras investigaciones que versen en el tema.

## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA

#### 1.1. Planteamiento del problema

El carnet perinatal es una herramienta clave en el seguimiento de la salud materno neonatal, pues permite el registro sistemático de los eventos más relevantes del embarazo, parto y posparto, contribuyendo a la mejora de la calidad de la atención. Sin embargo, la calidad de su registro depende de diversos factores que involucran tanto a los profesionales de salud como a las condiciones del entorno laboral en el que se desempeñan. Donde, la precisión y exhaustividad en la recopilación de datos, no sólo refleja el cumplimiento de los protocolos establecidos, sino también la capacidad del sistema de salud.

Los registros de información deben estar dirigidos a unificar la recolección de datos mediante la adopción y cumplimiento de las normas técnicas de salud, facilitar la comunicación entre los niveles de atención, favorecer la auditoría y dotar al profesional que realiza la atención, la información necesaria para su manejo adecuado, sin embargo, se evidencia una calidad deficiente, registros incorrectos, con errores u omisiones, reflejando un sistema de salud fragmentado, con ausencia de rectoría y limitado a brindar una atención integral y de calidad.

A nivel mundial, la calidad del registro de las historias clínicas se muestra como una corriente de evaluación y auditoría en salud de los procesos de prestación de servicios, que brindan los profesionales de salud. En la última década se ha establecido que entre el 20 al 70% de los registros de historias clínicas perinatales, no se elaboran de acuerdo a los protocolos, por lo cual deben pasar por un filtro de calidad, en forma rutinaria. El porcentaje de registro deficiente inferiores al 15% lo presentan: Estados Unidos, Canadá, Japón, Alemania, Suiza y Suecia, donde los procesos son automatizados y los profesionales son entrenados constantemente (4).

En América Latina, el deficiente registro de historias clínicas perinatales lo presentan: México 70,9%, Guatemala y Bolivia 67%, Paraguay 66%, Colombia y Ecuador con promedios similares o mayores (5).

Un estudio en Colombia en 2022, 91,7% de profesionales han sido capacitados; 66,7% son médicos y 33,3% enfermeros, sin embargo, 58,3% tienen deficiencia de insumos y equipos (6). En Ecuador Vázquez señaló que, el 69% no cuentan con estudios de posgrado de segunda especialidad, ni maestría 89%, 70% son nombrados y 30% contratados, 9% tienen menos de 25 años, 13% de 26 a 40; 41% de 41 a 50 y 24% más de 51, 34% tienen de 1 a 5 años de servicio, 16% de 6 a 10; 7% de 11 a 15 y 43% mayor a 15 (7).

En Perú, el 62% de los registros perinatales presentan una calidad deficiente, atribuido a factores sociolaborales de los profesionales que influyen sobre los estándares de calidad y el valor predictivo de eventos adversos. Estas cifras reflejan una tendencia alarmante en los establecimientos de salud del país (8).

En la investigación realizada por Pariapaza et al. en Arequipa (2018), revela que el 60,3% de registros son deficientes, 36,4% por mejorar y 3,3% satisfactorios, el 92,8% de profesionales son de sexo femenino y 7,3% masculino, 57,2% tenían de 27 a 35 años, 71,4% tienen maestría y 85,7% especialidad, 50% tienen 5 años de experiencia y 85,8% de 10 a más (9).

En la región Cajamarca, la calidad de los registros sanitarios se clasifican según Chapoñan (2021) como deficientes 67,3%, aceptable 32% y excelente 0,7% (10). Así mismo, un estudio en Jaen (2018), determinó que el 15,8% de profesionales no fueron capacitados en la norma técnica de atención materna, 31,7% no están abastecidos de insumos ni equipos, 94,7% eran mujeres y 5,3% varones, con un rango de edad de 25 a 40, 68,4% tenían entre 1 a 5 años de experiencia laboral y 89,5% no cuenta con segunda especialidad (11).

Como ente rector en la región, la Dirección Regional de Salud (DIRESA) reforzó la calidad de los registros sanitarios. Es así que, en 2024 lanzó la Historia Clínica Electrónica de la Gestante (HCE-Gestante) en la Red Integrada de Salud Cajamarca para estandarizar y garantizar la calidad del registro prenatal (Carnet Perinatal: atenciones prenatales, monitoreo y seguimiento), mejorando la trazabilidad y oportunidad del dato clínico (12).

A pesar de las limitaciones geográficas, se continua con el seguimiento y acompañamiento a los establecimientos de salud, lo que evidencia un sistema de información activo. Estas acciones se apoyan en la estrategia regional de transformación digital donde Cajamarca fue pionera en implementar historias clínicas electrónicas y en la planificación operativa orientada a mejorar la calidad y el uso de los datos para la toma de decisiones (12).

En la Red de Salud Celendín, los estándares de calidad de los registros clínicos, como el Carnet Perinatal no se han establecido, a pesar de que diversos factores profesionales evidencian posibles limitaciones como, ausencia de planes de capacitación, condiciones laborales inequitativas y corta experiencia laboral, contribuyen a una calidad deficiente.

En consecuencia y considerando lo anteriormente descrito, se llevó a cabo la presente investigación con el propósito de determinar la relación entre los factores sociolaborales de los profesionales de salud y la calidad de registro del carnet perinatal en la Red de Salud Celendín, 2023.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la relación entre los factores sociolaborales de los profesionales de salud y la calidad de registro del carnet perinatal en la Red de Salud Celendín, 2023?

## **1.3. Justificación de la investigación**

Al ser la calidad un indicador fundamental de salud materna, resulta necesario analizar la atención sanitaria para comprender y abordar los factores determinantes que influyen directamente en el desempeño profesional; sin embargo, en la Red de Salud Celendín, no se han realizado estudios acerca de la relación entre calidad de registro del carnet perinatal y factores sociolaborales de los profesionales como edad, sexo, condición laboral, tiempo de servicio, profesión, capacitación y abastecimiento de insumos y equipos, teniendo en cuenta que las complicaciones maternas y perinatales van en incremento, debido principalmente a registros asistenciales deficientes, que pueden comprometer la calidad del cuidado prenatal e intervenciones integrales que favorezcan a la población gestante. (13)

El propósito de la investigación es generar evidencia científica que permita comprender como los factores sociolaborales de los profesionales se relacionan con la calidad de registro del carnet perinatal, con el fin de proponer estrategias orientadas para mejorar las condiciones laborales como: capacitación continua para el fortalecimiento de competencias, asistencia técnica constante, gestión de la información e implementación de los comités de auditoría en salud. Además, se podrán diseñar intervenciones institucionales y políticas públicas que contribuyan a un entorno laboral equitativo, mejorando indirectamente la salud materna y neonatal, con la finalidad de contribuir a la calidad de atención en salud.

Este estudio está dirigido a múltiples actores del sistema de salud: autoridades sanitarias, gestores y responsables de recursos humanos. Los hallazgos serán útiles para la toma de decisiones al optimizar los procesos de atención y calidad del registro en salud materna, así como para los profesionales, quienes se beneficiarán de mejoras en las condiciones laborales. Asimismo, los resultados contribuirán al cuerpo académico y científico en salud pública, referente para futuras investigaciones, aportando evidencia sobre la necesidad de integrar enfoques sociolaborales en el análisis de la calidad de los registros asistenciales, promoviendo una visión más integral y humana del cuidado de la salud, siendo los principales beneficiarios, la población materna e infantil.

#### **1.4. Objetivos**

##### **1.4.1. Objetivo general:**

- Determinar la relación entre los factores sociolaborales de los profesionales de salud y la calidad de registro del carnet perinatal en la Red de Salud Celendín, 2023.

##### **1.4.2. Objetivos específicos:**

- Describir los factores sociodemográficos y laborales de los profesionales de salud de la Red de Salud Celendín, 2023.
- Identificar la calidad de registro del carnet perinatal y sus dimensiones en gestantes controladas de la Red de Salud Celendín, 2023.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la investigación

##### 2.1.1. Antecedentes internacionales

**Vásquez P. (2022)**, en Ecuador realizó un estudio con el objetivo de determinar factores asociados a la calidad del registro. El estudio fue de tipo transversal, retrospectivo y correlacional, constituido por 110 historias. *Resultados:* Los factores asociados fueron, Edad: menor a 25 años (9%); 26 a 30 (13%); 31 a 40 (13%); 41 a 50 (41%); más de 51 (24%). Tiempo de servicio: de 0 a 5 años (34%); 6 a 10 (16%); 11 a 15 (7%) y mayor a 15 (43%). Con segunda especialidad (31%) y maestría (11%), nombrado (70%) y contratado (30%). En Calidad: deficiente (11%); regular (75%) y bueno (14%). Los factores que tuvieron relación son: edad ( $p=0,007$ ), y capacitación ( $p= 0,040$ ). *Conclusión:* se encontró influencia entre factores profesionales y la calidad del registro (7).

**Kasaye M. et al. (2022)**, en Etiopía realizaron un estudio mixto con el objetivo de evaluar la práctica documental en hospitales y los factores asociados. Incluyó un total de 2900 participantes. *Resultados:* Los factores asociados fueron: conocimiento de guías estandarizadas (AOR=2,14; IC95%: 1,32–3,46), capacitación profesional (AOR=3,02; IC95%: 1,85–4,94), motivación (AOR=2,47; IC95%: 1,53–4,00), alfabetización en salud digital (AOR=2,56; IC95%: 1,57–4,18), actitud favorable (AOR=2,85; IC95%: 1,75–4,65), y disponibilidad de insumos y equipos para la tención (AOR=3,35; IC95%: 1,91–5,87). *Conclusión:* Se encontró asociación significativa entre calidad de registros y factores asociados (OR = 26,96; IC: 12,8 y 47,7; P = 0,001) (14).

**Pacho I. (2021)**, en su investigación en Ecuador, con el propósito de analizar la aplicación de estándares de calidad de registro en el Centro de Salud Rioverde. El estudio fue de tipo cuantitativo, con diseño no experimental – transversal, correlacional, constituido por 54 profesionales. *Resultados:* Según profesión el registro fue realizado por: médicos (12,5%); enfermeras (35%) y obstetras (52,5%); en los estándares de calidad los registros fueron aceptables (86%) y deficientes (14%). *Conclusión:* La calidad de los registros se relacionan significativamente a factores asociados, por ello que, es necesario aplicar estrategias de mejoramiento continuo a partir de la información recopilada (15).

**Castro C. et al. (2019)**, realizaron una investigación en Bogotá, con la finalidad de establecer los factores que influyen en el registro de salud materna. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, conformado por 153 participantes. *Resultados:* Los factores encontrados fueron, Sexo: (75%) femenino y (25%) masculino. Edad: de 26 a 30 años (50%); 31 a 40 (29%); 41 a 50 (15%) y mayor a 51 años (6%). Capacitación profesional: especialización (23%) y maestría (1%). Calidad: (25%) Regular, (50%) Buena (25%) Excelente. Los factores influyen en el registro, tales como: sexo, edad, experiencia laboral y el tiempo de vinculación laboral. *Conclusión:* Los factores influyen significativamente en el registro (16).

**Cabascango K. (2018)**, efectuó un estudio en Ecuador, con el propósito de establecer los factores que influyen en la calidad de registro. De tipo descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo, constituido por 364 clínicas. *Resultados:* Los factores encontrados fueron: Salario (35,9%); condición laboral: nombrado (77,2%) y contratado (22,8%); con título o licenciatura (88%), maestría (7,6%) y especialidad (4,3%); tiempo de servicio: (27,1%) de 0 a 5 años; (19,5%) 6 a 11; (13%) 11 a 15 y (40,2%) mayor a 15. Los factores que influyen en la calidad fueron: capacitación profesional, salario y tiempo de servicio. *Conclusión:* Los factores intrínsecos y extrínsecos de los profesionales se relacionan significativamente con la calidad del registro (17).

### 2.1.2. Antecedentes nacionales

**Aguilar G. et al. (2022)**, investigación desarrollada en Lima, con la finalidad de determinar la relación entre factores laborales y calidad de registro en un Centro Materno Infantil. Estudio de tipo cuantitativo, correlacional, no experimental. Constituido por 86 profesionales. Resultados: Los factores asociados, Sexo: (76%) femenino y (24%) masculino. Edad: menor a 30 años (10%); 31 a 45 (44%); 46 a 60 (39%); más de 61 (7%). Condición laboral: (30%) Contratado y (70%) nombrado. Tiempo de servicio: de 0 a 5 años (34%); 6 a 10 (16%); 11 a 15 (7%) y mayor a 15 (43%). Con especialidad (67%), maestría (33%). Conclusión: Los factores laborales se relacionan significativamente con calidad de registro (rho de Spearman=0.685; p=0.000) (18).

**Jacobo Y. (2021)**, en su trabajo de investigación en Arequipa, con el objetivo de evaluar la calidad del registro de historia clínica y nivel de cumplimiento del profesional de salud. El estudio fue de tipo cuantitativo, de corte transversal, correlacional y retrospectivo, constituido por 311 historias clínicas. Resultados: Calidad, alcanzaron una clasificación: por mejorar (78,46%); satisfactorio (21,22%); y deficiente (0,32%). Según profesión: médicos (65,59%); enfermeros (60,77%) y obstetras (96,78%). Conclusión: La calidad del registro se relaciona significativamente con el nivel de cumplimiento del profesional de salud (rho de Spearman =0,417 y una significancia de p=0,000) (19).

**Díaz P. (2019)**, en su estudio en Lambayeque, con el propósito de identificar la calidad del registro del Carnet Perinatal en la atención prenatal. El estudio fue de tipo cuantitativo, de corte transversal, correlacional y retrospectivo, constituido por 325 historias y 51 profesionales de la salud. Resultados: Capacitación en normas o guías de atención materna: capacitados (80,4%) y no capacitados (19,6%); Abastecimientos de insumos y equipos para la atención: desabastecidos (41,2%) y abastecidos (58,8%); Calidad: Adecuado (84,3%) e inadecuado (25,7%). Conclusión: Las competencias profesionales se asocian significativamente a la calidad del registro del carnet perinatal (20).

**Ayala R. et al. (2019)**, efectuó un estudio en Lima, con el fin de establecer la calidad del registro en el Centro de Salud Materno Infantil. El estudio fue de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo, de corte transversal, constituido por 147 historias clínicas. Resultados: La calidad de los registros: satisfactorio (74,8%) y por mejorar (25,2%). Datos sociodemográficos (77,1%) satisfactorio y por mejorar (22,9%); Antecedentes (61,5%) satisfactorio y por mejorar (38,5%); Embarazo actual (51,5%) satisfactorio y por mejorar (48,5%); Atención prenatal (93,9%) satisfactorio y por mejorar (6,1%). Conclusión: La calidad de los registros constituyen un indicador de calidad de los servicios de salud, por lo que, se debe implementar planes de mejora continua (21).

**Castillo Z. (2017)**, realizó un estudio en Trujillo, con el objetivo de evaluar la relación entre determinantes sociales y laborales con la calidad del registro. Estudio tipo descriptivo-correlacional, constituido por 48 profesionales. Resultados: Calidad fue: satisfactorio (77,1%), por mejorar (14,6%) y deficiente (8,3%). Los determinantes sexo: femenino (68,8%) y masculino (31,2%); edad: menor de 25 (2,1%), 26 a 30 (4,2%), 31 a 40 (31,2%), 41 a 50 (54,2%) y 51 a más (8,3%), contratados (37,5%) y nombrados (62,5%), tiempo de servicio: menor a 5 años (6,3%), 6 a 15 (54,2%), mayor a 20 (16,7%); capacitación en normas técnicas asistenciales (81,3%) y (18,7%) no capacitados. Conclusión: Los determinantes sociales y laborales se correlacionan significativamente con la calidad de registro ( $\rho$  de Spearman=0.448;  $p=0.000$ ) (22).

### 2.1.3. Antecedentes locales

**Chapoñan M. (2021)**, desarrolló un estudio en Cajamarca, con el propósito de valorar a calidad de registro y factores asociados a los profesionales. La investigación fue de tipo descriptivo de corte transversal, constituido por 555 historias. Resultados: Factores profesionales encontrados: edad de 22 a 42 años (50,98%), 43 a 53 (27,45%) y mayor de 54 (21,57%); sexo: masculino (69,61%) y (30,39%) femenino; con especialidad (100%), experiencia laboral mayor de 1 año (99,10%); calidad de registro: satisfactorio (0,7%); deficiente (67,3%) y por mejorar (32%). Conclusión: Los factores profesionales se asocian significativamente con la calidad del registro (10).

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Teoría de los Factores Sociales**

La teoría de Michael Marmot, líder de la comisión de la OMS, sobre determinantes sociales de la salud propone que las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven y trabajan, tienen un impacto profundo en su salud y desempeño laboral. Destaca la importancia de factores como, sexo, edad, condición laboral, tiempo de servicio, profesión, capacitación y oportunidades de desarrollo. Cuando estas condiciones son desfavorables e inequitativas, incrementa el estrés, fatiga emocional y el riesgo de agotamiento, lo que repercute directamente en la calidad del servicio brindado.

Esta teoría busca abordar los factores sociolaborales de los profesionales de manera positiva evitando las desigualdades, ya que, repercuten en la atención generando registros incompletos, ilegibles, con errores u omisiones. Siendo fundamental la implementación de políticas que promuevan entornos laborales favorables y equitativos, con la participación de los profesionales y el reconocimiento de sus competencias, pudiendo percibirse a través, de una atención de mayor calidad, integral y con calidez hacia las gestantes (23).

### **2.2.2. Teoría de la calidad de atención**

La teoría de Kaoru Ishikawa, japonés pionero en la gestión de calidad, se basa en el concepto de mejora continua mediante la participación activa de todos los miembros de una organización, desde los niveles operativos, hasta los directivos. Su propuesta más influyente fue la implementación de los Círculos de Calidad, grupos voluntarios de trabajadores que se reúnen periódicamente para identificar problemas en sus procesos, proponer soluciones y aplicar mejoras. Ishikawa planteó que la calidad no depende solo de los controles finales, sino del compromiso de todos los profesionales con la prevención de errores y el perfeccionamiento constante de sus tareas. Esta visión holística promueve, la capacitación continua y la responsabilidad compartida (24).

Esta teoría subraya la importancia de la calidad de atención, al integrar a los profesionales de salud en los procesos sistemáticos de mejora continua y refuerza el argumento de que mejorar la calidad de los registros asistenciales como el carnet perinatal requiere no solo recursos técnicos, sino también de factores sociolaborales adecuados que fomenten la participación activa y la mejora constante esenciales para lograr registros precisos, completos y oportunos, que se verá reflejado a través de una atención de calidad (24).

## **2.3. Bases conceptuales**

### **2.3.1. Calidad**

Para Ishikawa, la calidad es el resultado de un proceso continuo de mejora que involucra a todos los miembros de la organización, desde la alta dirección hasta el personal operativo. Su concepto se basa en que la calidad no se limita al producto final, sino se basa en la prevención de errores y promueve la participación activa de todos los trabajadores, en favor de los usuarios (24).

Según Donabedian, es la aplicación del conocimiento teórico y de la tecnología de forma que se obtenga un máximo de beneficios con un mínimo de riesgos, teniendo en cuenta las preferencias de cada paciente, que, además están sujetos a ser medidos a través de, criterios explícitos y normas estandarizadas, con la finalidad de identificar su concordancia o incumplimiento (25).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha conceptualizado la calidad como “El conjunto de servicios, preventivos, de diagnóstico y tratamiento realizados oportunamente, con el objetivo de lograr una atención sanitaria integral”, que permita satisfacer las necesidades del paciente en todas sus dimensiones como un ser holístico (4).

Crosby, menciona que la calidad debe definirse como el ajuste a las especificaciones y no como bondad o excelencia. Para Deming, la calidad es el orgullo de la mano de obra, y agrega que se define en términos de quien la valora (26).

Según la norma de la Organización Internacional de Normalización de la calidad (ISO 9000), es el grado en el que un conjunto de características inherentes a un registro cumple con los requisitos, generalmente implícitos u obligatorios. Señala además que, el término “calidad” puede utilizarse acompañado de adjetivos tales como pobre o deficiente, aceptable o por mejorar, satisfactorio o excelente (27).

### **2.3.2. Registro**

Según la norma ISO 9000, lo define como un documento que presenta los resultados obtenidos, a través de un proceso o proporciona evidencia de las actividades realizadas (27).

### **2.3.3. Calidad de registro**

Desde la perspectiva de Ishikawa, la calidad del registro implica que la información se realice de manera exacta, completa y oportuna, evitando errores desde el origen. Busca estandarizar los procesos, capacitar al personal y fomentar la responsabilidad compartida para que cada dato consignado sea confiable. En este sentido, no es solo una tarea administrativa, sino un elemento clave para la mejora continua y la toma de decisiones correctas.

Según Donabedian la monitorización de la calidad se realiza en dos etapas: Primero, se identifica el registro de los criterios explícitos o normativa técnica vigente en la atención; y Segundo, se someten a un examen detallado por parte de otro profesional, práctica que es conocida como “revisión por colegas” (“peer review”). Esta combinación de un estudio inicial seguido de un examen detallado en el seno de la organización, cumple con los objetivos de la supervisión, siempre que se tenga la voluntad y la capacidad para emplearla en forma adecuada (25).

La Normativa ISO 21549 y la ISO 9001- 2015, sistemas de gestión de calidad que rigen el manejo de la historia clínica universalmente, la primera estipula que se facilite el acceso, a la información de los pacientes a través de las tarjetas o Carnets sanitarios, como el Carnet Perinatal. La segunda en sus

Ítems: 7 dirigida a la mejora de los procesos documentados y 8 al control de procesos en la provisión y producción adecuada de los servicios (28).

El MINSA establece la conformación del Comité Institucional de Auditoría en salud, que es el equipo de profesionales asistenciales y administrativos, designados por la dirección o jefatura de los establecimientos o redes de salud, tienen la responsabilidad de velar por la calidad del registro de la historia clínica y demás formatos asistenciales, a través del monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento de la normatividad, así como proponer a la dirección de la institución acciones a implementarse en base a los resultados y hallazgos encontrados (29).

#### **2.3.4. Carnet perinatal**

Instrumento que permite el registro de las atenciones prenatales, duplicando la información de la Historia Clínica, que se entrega a la usuaria para efectos de seguimiento y continuidad en la atención (30).

Es una herramienta impulsada por la OPS / CLAP-SMR, gratuita y estructurada que permite al profesional registrar de manera integral la atención prenatal desde el embarazo hasta el alta, fortaleciendo la vigilancia epidemiológica, investigación y gestión en salud materno-perinatal, mejorando así la precisión y continuidad del registro (3).

El MINSA señala que es un documento médico-legal que enfatiza que los datos deben registrarse de forma sistemática, completa y organizada, tanto los que declara la gestante como los observados por el profesional (13).

##### **2.3.4.1. Dimensiones del Carnet Perinatal**

- **Sociodemográfica y de Filiación:** recolecta información de identificación de la gestante (número de historia clínica, apellidos y nombres, documento nacional de identidad, dirección, teléfono, tipo de seguro, ocupación, edad, estudios, estado civil y nombre del padre del recién nacido) y permite situar el embarazo en un contexto de determinantes sociales de salud (31).

Hansell, ha demostrado que los datos sociodemográficos completos impactan significativamente en la calidad de atención y el acceso a los servicios de salud. Asimismo, un registro deficiente conduce a un seguimiento inoportuno y demora en la toma de decisiones acertadas sobre la salud materna (32).

- **Antecedentes:** Incluye antecedentes obstétricos, familiares, personales, gestación anterior y vacunas previas, esencial para identificar predisposiciones y factores de riesgo. Datos como enfermedades crónicas, abortos previos o partos complicados permiten clasificar obstétricamente a la gestante y planificar intervenciones preventivas.

Seghieri C. et al. En su investigación destacan la importancia del registro de los antecedentes para el abordaje integral a la gestante con enfoque de riesgo, realizando una ruta o plan de atención que guiará las atenciones prenatales con el objetivo de reducir las complicaciones maternas y perinatales (33).

- **Gestación Actual:** Consigna datos clínicos del embarazo vigente: peso, talla, vacuna antitetánica, tipo de sangre, fuma, drogas, fecha de última menstruación, edad gestacional, hallazgos ecográficos, hospitalización, emergencia, violencia basada en género, examen físico y de laboratorio. Esta vigilancia continua es clave para detectar complicaciones, facilitando la toma de decisiones clínicas oportunas.

Santos I. et al. En su estudio de Cohortes en Brasil, han demostrado que los registros completos y con estándares satisfactorios de calidad, del carnet perinatal se relacionan positivamente con mejores resultados maternos y neonatales (34).

- **Atención Prenatal:** Abarca el registro de la atención realizada: fecha y hora, edad gestacional, peso, temperatura, presión arterial, pulso, altura uterina, situación, presentación, posición, frecuencia cardíaca y movimiento fetal, proteinuria cualitativa, reflejo osteotendinoso, examen de pezón, indicación de Hierro/Ácido fólico, Calcio y Ácido fólico, orientación y consejería, edad gestacional de ecografía control, perfil biofísico, cita, visita domiciliaria, plan de parto, establecimiento y responsable de la atención, gráfica de incremento de peso materno y de altura uterina por semanas de amenorrea.

Según la OMS, se requieren al menos 4 a 8 controles prenatales y señala que la deben realizar profesionales entrenados, para garantizar una atención integral y de calidad. Así como, el registro adecuado y oportuno del carnet perinatal, para conocer información relevante en el manejo de complicaciones maternas y perinatales en todos los niveles de atención (35, 36).

### **2.3.5. Calidad de registro del carnet perinatal**

Se define como el grado de cumplimiento de los criterios técnicos, normativos y éticos establecidos para el adecuado llenado de esta herramienta clínica, de acuerdo con los principios establecidos en la Norma Técnica N.º 029-MINSA: Auditoría de la calidad de la atención en salud. Esto implica que los datos consignados en el carnet perinatal deben ser completos, precisos, legibles, coherentes, oportunos y verificables, garantizando la continuidad del cuidado, la toma de decisiones clínicas informadas y la continuidad de la atención prestada durante el embarazo (37).

Según la OPS y OMS, el correcto registro del carnet perinatal guía el seguimiento y evaluación oportuna, destacando su utilidad, adaptabilidad cultural y capacidad de facilitar atención primaria de calidad. Recomienda y apoya la implementación de estos registros para mejorar la atención materno-infantil, la comunicación entre niveles de atención de los sistemas de salud, y fortalece las prácticas basadas en evidencia sanitaria (3,4).

El MINSA, mediante la Resolución Ministerial N° 142-2007, aprobó el documento técnico sobre Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal, el cual incluye directrices para la correcta registro y gestión del Carnet Perinatal como parte de la historia clínica. Estas normas subrayan la necesidad de que el registro sea completo, preciso y funcional, como base para la evaluación de la calidad de atención perinatal y la toma de decisiones clínicas pertinentes (38).

### 2.3.5.1 Evaluación de Calidad del Registro del Carnet Perinatal

La evaluación refleja no solo la competencia técnica del profesional de salud, sino también el cumplimiento de las normas legales y documentos técnicos vigentes, convirtiéndose en un insumo clave para los procesos de auditoría, supervisión y mejora continua de los indicadores de salud materna (37).

### 2.3.5.2. Cálculo De Puntaje

El puntaje máximo esperado es de 100. Si hay indicadores marcados como No Aplica (NA), se le asignará el puntaje máximo otorgado a dichos ítem, posteriormente se calcula el puntaje de cumplimiento, de la sumatoria total de todos los indicadores, y se asigna la calificación correspondiente. (37) En el estudio se le asignó valores a cada indicador de acuerdo al número de casilleros a registrar en cada uno, se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- **Completo (1):** cuando contiene toda la información requerida. Debe ser clara, precisa, legible y reflejar correctamente el procedimiento o dato clínico correspondiente, sin omisiones, ni enmendaduras.
- **Incompleto (0,5):** con información parcial, ilegible o con enmendaduras, lo que impide su adecuada interpretación clínica o administrativa.
- **No existe (0):** si no se realizó el registro. Su ausencia representa una deficiencia en el registro.
- **No aplica (1):** indica si el registro no corresponde, en función a la situación clínica específica de la gestación. Es relevante porque identifica el correcto registro, según las condiciones del caso evaluado.

### 2.3.5.3. Clasificación de los estándares de Calidad del Carnet perinatal

- **Satisfactorio (90-100%):** Calidad óptima. Refleja el cumplimiento riguroso y sistemático de los criterios establecidos, con registros completos, precisos y actualizados, en concordancia con las normativas técnicas y protocolos clínicos vigentes (37).

- **Por Mejorar (75-89%),** Calidad con oportunidades de mejora. Cumple con la mayoría de los criterios esenciales, pero se evidencian algunas inconsistencias, omisiones menores o áreas parcialmente completadas. Aunque no comprometen gravemente la funcionalidad, pueden limitar su eficacia, requieren intervenciones específicas en capacitación, supervisión o mejora de procesos (37).
- **Deficiente (<75%),** Calidad insuficiente e inadecuado, que pone en riesgo la utilidad del carnet perinatal como herramienta de gestión clínica y salud pública. Refleja una alta frecuencia de errores, omisiones o registros incompletos que afectan negativamente la continuidad del cuidado, detección de factores de riesgo y capacidad de respuesta del sistema (37).

### **2.3.6. Factores sociolaborales de los profesionales de salud**

De acuerdo con la sociología médica son las características individuales y/o grupales que limitan el desempeño profesional, de acuerdo a estándares internacionales de productividad, calidad y seguridad requeridos por las organizaciones de salud. Además de experiencias de aplicación de competencias laborales a la formación académica, existe una vertiente de aplicación de este enfoque en la gestión de recursos humanos en el área de prestación de servicios desde la década del 80, con su máxima expresión en Perú con el Proyecto 2000 (39).

Según Bembibre, son elementos que condicionan una situación y pueden ser causantes del progreso o transformación de los hechos. Estos contribuyen a obtener determinados resultados al ser los responsables de la variación o de cambios (40).

Ascensión Barañano, subraya la importancia de los sistemas de evaluación y auditoría de la calidad, para fomentar la mejora continua en los servicios de salud. Esto implica no solo cumplir con estándares técnicos, sino también considerar la satisfacción del paciente y la eficiencia organizacional. Además de la formación y capacitación continua de los profesionales, ya que la calidad en la atención depende, en gran medida, de la competencia y empatía del personal que atiende a los pacientes (41).

### 2.3.6.1. Factores sociodemográficos

La antropóloga Benedict, los define como el estudio de las características individuales de la población que incluyen indicadores como la edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, entre otras. Que permiten comprender cómo las condiciones sociodemográficas influyen en el desempeño profesional. Su análisis es fundamental para identificar desigualdades, patrones de conducta y brechas que pueden afectar la calidad de la atención (42).

Según Sampieri, los factores sociodemográficos constituyen indicadores fundamentales en la investigación y son clave para caracterizar a los sujetos de estudio, establecer relaciones con otras variables y comprender mejor el contexto en el que se desenvuelven (43).

- **Sexo:** características biológicas y fisiológicas que definen a varones y mujeres. Para Bernardi, son atributos biológicos y sociales que, a lo largo de la historia, las distintas culturas han definido roles, funciones, posiciones y conductas esperadas para cada sexo, las que siempre han dejado a las mujeres en una posición de desventaja y subordinación (44).

Mosqueda A. et al. señalan que, históricamente, las sociedades han estructurado los sistemas educativos bajo criterios diferenciados por sexo, lo que ha condicionado la orientación vocacional y profesional de las personas. Este fenómeno ha favorecido la concentración de mujeres en profesiones vinculadas al cuidado, como las del ámbito de la salud, configurando así una extensión de los roles tradicionalmente asignados al género femenino dentro de la esfera doméstica hacia el campo laboral asistencial (45).

- **Edad:** lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia y se mide en años, meses y días. Cada uno de los periodos evolutivos en que, por tener ciertas características comunes, se divide en cursos de vida como: niño, adolescente, joven, adulto y adulto mayor (46).

Ekkehard Ernst, advierte que el envejecimiento de la fuerza laboral que pasó de un 10,5 % en 1990, podría superar los 750 millones de personas para 2030. Aunque los trabajadores de mayor edad aportan experiencia valiosa y pueden impulsar el dinamismo económico, también, puede generar desajustes de

competencias, reduciendo la adaptabilidad a nuevas tecnologías y métodos de trabajo. Propone como estrategia clave incentivar su permanencia laboral e incrementar la participación femenina, ya que muestran mayor resiliencia, capacidad y liderazgo (47).

Ishikawa, en su enfoque de calidad total y círculos de calidad, no asigna un peso determinante a la edad o al sexo como limitantes para la participación y el aporte a la mejora continua. En su visión, cualquier trabajador independientemente de su edad o sexo puede contribuir a la calidad si recibe capacitación adecuada, cuenta con motivación y se le brinda un entorno de colaboración y respeto. La clave está en la experiencia, el compromiso y el trabajo en equipo (24).

#### 2.3.6.2. Factores laborales

Para Davis y Newstrom, son elementos actitudinales o personales que, estando presentes en las condiciones de trabajo pueden alterar las actividades del trabajador, para producir bienes y/o servicios (48).

- **Condición laboral:** modalidad de vínculo laboral que el empleador otorga a sus trabajadores en su aspecto económico, jurídico y social, para el desempeño de sus funciones y facilitar la prestación de servicios (49).
- **Contratado:** profesional que labora bajo un régimen laboral temporal, mediante contrato administrativo de servicios (CAS) u otras modalidades que no otorgan estabilidad laboral permanente.

El MINSA, menciona que los profesionales bajo este régimen de contrato temporal, enfrentan condiciones laborales más precarias, con menor acceso a beneficios sociales, oportunidades de capacitación o incentivos institucionales, lo que influye negativamente en su desempeño, motivación y calidad de los registros sanitarios como, el carnet perinatal (50).

- **Nombrado:** profesional que ha accedido a una plaza permanente dentro del sistema público, a través de procesos de concurso o nombramiento legal conforme a la Ley del Servicio Civil o normativa sectorial vigente.

El MINSA, señala que este tipo de vínculo laboral otorga más estabilidad, beneficios laborales completos, acceso a capacitaciones financiadas por la institución y una integración al sistema de carrera pública. Los profesionales presentan mayor continuidad en el servicio, compromiso institucional y capacitaciones en normas técnicas de atención, factores que favorecen la calidad de los registros, entre ellos la del carnet perinatal (51).

- **Tiempo de servicio:** tiempo transcurrido en días, meses o años desde el inicio de su labor asistencial o administrativa, en una institución o establecimiento de salud público o privado hasta la actualidad (52).

Desde la perspectiva de Ishikawa, en el marco de los círculos de calidad, la antigüedad laboral contribuye a la creación de equipos más cohesionados y con mayor capacidad para proponer mejoras sostenidas, dado que el personal con mayor trayectoria integra la memoria organizacional y aporta criterios validados por la práctica. Así, el tiempo de servicio no solo representa un indicador de estabilidad laboral, sino también un recurso clave para consolidar la cultura de mejora continua que sustenta la filosofía de calidad total (24).

- **Profesión:** actividad laboral que requiere de una formación académica, en instituciones educativas superiores universitarias públicas o privadas, para adquirir competencias para su desempeño y ejercicio profesional (53).

Ishikawa considera que la base es comprender que cada profesión posee un conjunto de conocimientos y competencias que, al integrarse en equipos multidisciplinarios y participar en círculos de calidad, potencian la solución de problemas e innovación. Así, la diversidad profesional se convierte en un recurso estratégico para lograr objetivos organizacionales sólidos y sostenibles (24).

- **Profesionales de salud,** individuos con estudios superiores universitarios en el campo de la salud, encargados de la prestación de servicios, promoviendo la prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de enfermedades (53).

- **Médico:** profesional entrenado en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Su rol abarca la vigilancia del embarazo, el manejo de patologías obstétricas y la toma de decisiones que garanticen el bienestar de la gestante y el feto, responsable de consignar información relevante sobre antecedentes, diagnósticos y tratamientos, por lo que sus conocimientos y habilidades influyen directamente en la calidad del registro y de la atención materna y neonatal (53).
  - **Obstetra:** profesional especializado en la atención integral en salud sexual y reproductiva, con competencias específicas en la atención integral de la mujer gestante, parto y puerperio normales. Realiza el registro detallado de las atenciones prenatales, signos de alarma, evolución del embarazo y consejerías, así como, en la prevención de complicaciones maternas y perinatales. Su formación en atención primaria le permite una actuación técnica y ética que incide directamente en la calidad del registro (53).
  - **Enfermera(o):** profesional que participa en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, mediante el cuidado integral de la persona, familia y comunidad. Forma parte activa en la educación sanitaria y el seguimiento clínico, su participación en el equipo multidisciplinario le otorga una posición estratégica para asegurar la integridad, continuidad y calidad de la información registrada, en cumplimiento de la Norma Técnica de Salud materna vigente (53).
- **Capacitación profesional:** proceso educativo sistemático, planificado y continuo destinado a actualizar y fortalecer las competencias técnicas y cognitivas de los profesionales. Está orientada a mejorar el desempeño de funciones específicas, respondiendo a necesidades identificadas, permitiendo mejorar la calidad del registro en instrumentos como el carnet perinatal, al reforzar conocimientos en guías, normas, protocolos y registros clínicos (54).

Desde la perspectiva de Donabedian, el profesional continuamente capacitado no solo adquiere competencias técnicas actualizadas, sino que también desarrolla habilidades comunicacionales, éticas y de gestión que fortalecen la integralidad del cuidado. En este sentido, la capacitación no es un gasto, sino una inversión estratégica que sustenta la mejora continua, favorece la seguridad del paciente, equidad y accesibilidad de los servicios de salud (25).

- **Segunda Especialidad:** plan académico dirigido a profesionales que buscan profundizar sus conocimientos y habilidades en un área especializada. Permite adquirir competencias adicionales y están diseñados para ofrecer conocimientos prácticos y avanzados que permitan mejorar la calidad de los servicios de salud (55).
  - **Maestría:** programa que tiene como objetivo proporcionar una formación profunda y especializada en un área específica del conocimiento. Prepara a los profesionales para abordar problemas complejos de salud a nivel comunitario, institucional y poblacional, y desarrollar habilidades y competencias en investigación, gestión y diseñar e implementar estrategias de salud pública (56).
- **Abastecimiento de insumos y equipos para la atención:** según el MINSA, la disponibilidad y dotación suficiente de materiales, medicamentos y equipos es un requisito indispensable para garantizar la continuidad y eficacia de los servicios, evitando retrasos y reduciendo riesgos para la seguridad del paciente. Por lo que, provee a los establecimientos insumos, reactivos y equipos empleados en la atención materna, como: carnet perinatal, camilla, balanza, tallímetro, termómetro, estetoscopio, tensiómetro, equipo detector de latidos fetales y/o fetoscopio de Pinard, cinta obstétrica, gestograma, martillo de reflejos, hemoglobínómetro, kits de pruebas rápidas: VIH, sífilis y Hepatitis B y suplementos vitamínicos: ácido fólico, hierro y calcio, entre otros. (57).

Desde la perspectiva de Donabedian, los recursos forman parte de la estructura del sistema de salud, la cual determina en gran medida la capacidad de ofrecer procesos asistenciales seguros, oportunos y efectivos. Una deficiencia en el abastecimiento no solo compromete los resultados clínicos (outcomes), sino que limita la posibilidad de alcanzar estándares de calidad sostenibles en el tiempo (25).

- **Capacitación en atención materna según Norma Técnica N° 105/2013:** Se refiere al proceso formativo, sistemático y estructurado dirigido a profesionales, orientado a fortalecer competencias técnicas, éticas y operativas necesarias para brindar una atención integral, oportuna y de calidad, según Norma técnica para la Atención Integral de Salud Materna, que busca unificar criterios, estandarizar procesos y registros basados en evidencia (57).

La Teoría del Aprendizaje Organizacional de Argyris y Schön plantea que las organizaciones aprenden a través de sus miembros, quienes adquieren, comparten y aplican conocimientos para mejorar el desempeño colectivo, sostiene que los procesos formativos no solo deben transmitir habilidades técnicas, sino también fomentar la reflexión crítica y la capacidad de cuestionar supuestos, lo que se conoce como aprendizaje de doble bucle (58).

De este modo, la capacitación se convierte en una herramienta estratégica para transformar rutinas ineficaces, promover la adaptación a entornos cambiantes y generar innovaciones que fortalezcan la calidad de los servicios. En esencia, no basta con “hacer mejor las cosas”, sino aprender a hacer las cosas correctas de forma consciente y sostenida.

#### **2.4. Bases Legales**

- Ley N° 26842 Ley General de Salud, dispone que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; por lo que su protección es de interés público (59).
- Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable (60).
- Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA, establece el documento técnico, estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplan con funciones obstétricas y neonatales (38).
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA del 13 de marzo del 2018. Norma técnica de salud N°139, Gestión de la historia clínica (29).
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA del 15 de Julio del 2016, Norma técnica de salud N° 029: Auditoría de la calidad de la atención en salud (37).
- Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA del 24 de diciembre 2013, Norma técnica de salud N° 105, para la Atención Integral de salud Materna (57).

## 2.5. Definición de términos

- **Factores sociodemográficos:** características individuales como edad, sexo, nivel educativo y estado civil, que permiten describir y analizar el perfil de los profesionales de salud y como influyen en su desempeño laboral (43).
- **Factores laborales:** elementos que afectan el desempeño de los profesionales, como: capacitación, tiempo de servicio, recursos disponibles, entre otros que, impactan en la calidad de los servicios de salud (48).
- **Calidad de registro:** grado de precisión, integridad y consistencia con el que se consignan los datos en los documentos, implica que la información registrada sea clara, completa y conforme a los estándares establecidos (28).
- **Carnet perinatal:** instrumento que busca estandarizar, guiar y evaluar la atención prenatal, para facilitar la identificación de factores de riesgo y contribuir a reducir las complicaciones maternas y neonatales (30).
- **Gestante controlada:** se considera en el Perú a la mujer gestante que cumple con seis controles prenatales y con el paquete de atención integral (57).
- **Profesionales de salud:** individuos con formación académica en diversas especialidades, actores clave en la promoción de salud y prevención de enfermedades y la columna vertebral de los sistemas de salud (53).

## 2.6. Hipótesis

**Ha:** La relación entre factores sociolaborales de los profesionales de salud y la calidad de registro del carnet perinatal es significativa en gestantes controladas en la Red de Salud Celendín, 2023.

**Ho:** La relación entre factores sociolaborales de los profesionales de salud y la calidad de registro del carnet perinatal no es significativa en gestantes controladas en la Red de Salud Celendín, 2023.

## 2.7. Variables

- **Variable 1:** Factores sociolaborales de los profesionales de salud.
- **Variable 2:** Calidad de registro del carnet perinatal.

## 2.8. Operacionalización/Categorización de los componentes de las hipótesis

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Categorías	Escala			
Factores socio laborales de los profesionales de salud.	Son las características individuales y/o grupales que limitan el desempeño profesional, de acuerdo a estándares internacionales de productividad, calidad y seguridad requeridos por las organizaciones de salud (34).	Son los criterios elegidos para medir los factores sociodemográficos y laborales de los profesionales de salud, ajustados a las competencias profesionales, fue medido a través, de una ficha de recolección de datos elaborada por la investigadora partir del cuestionario de Castillo Z. (22).	<b>Factores Socio demográficos</b>	Sexo	Femenino Masculino	Nominal			
				Edad	20 – 25 años 26 – 30 años 31 – 40 años 41 – 50 años 51 años a más	Intervalo			
			<b>Factores Laborales</b>	Condición laboral	Contratado Nombrado	Nominal			
				Tiempo de servicio	≤ 5 años 6 - 10 años 11 – 15 años 16 – 20 años > 20 años	Intervalo			
				Profesión	Médico Obstetra Enfermera	Nominal			
				Capacitación profesional	Ninguna Segunda especialidad Maestría	Nominal			
				Abastecimiento de insumos y equipos para la atención	Abastecidos Desabastecidos	Nominal			
				Capacitación en atención materna según Norma técnica N° 105/2013	Sí No	Nominal			
			Calidad de registro del carnet perinatal	Es el grado de cumplimiento de los criterios técnicos, normativos y éticos establecidos para el	Son los estándares, escogidos para medir la calidad de registro del carnet perinatal, clasificados como:	<b>Registro socio demográfico y de filiación</b>	Número de Historia clínica	<b>Satisfactorio:</b> (90 – 100%)  <b>Por mejorar:</b> (75 – 89%)  <b>Deficiente:</b> (<75%)	Intervalo
							Apellidos y Nombres		
Establecimiento de salud									
Documento Nacional de Identidad									
Dirección									

<p>adecuado del registro del carnet perinatal, de acuerdo con la Norma Técnica N.º 029 (37).</p>	<p>Satisfactorio, por mejorar y deficiente, de acuerdo al número de indicadores evaluados en cada una de las cuatro secciones del carnet, fue medido a través, de una ficha de recolección de datos elaborada por la investigadora, en base al formato de evaluación de la calidad de registro en consulta externa de la norma técnica N° 029/MINSA. Auditoría de la calidad de la atención en salud (37).</p>		Localidad		
			Departamento		
			Provincia		
			Distrito		
			Teléfono		
			Tipo de seguro		
			Ocupación		
			Edad		
			Estudios		
			Estado civil		
			Nombre del padre del recién nacido		
		<b>Registro de Antecedentes</b>	Antecedentes Obstétricos	<p><b>Satisfactorio:</b> (90 – 100%)</p> <p><b>Por mejorar:</b> (75 – 89%)</p> <p><b>Deficiente:</b> (&lt;75%)</p>	Intervalo
			Gestación anterior		
			Captada		
			Referida por agente comunitario		
			Antecedentes Familiares		
			Antecedentes Personales		
			Vacunas previas		
		<b>Registro de Embarazo Actual</b>	Peso habitual	<p><b>Satisfactorio:</b> (90 – 100%)</p> <p><b>Por mejorar:</b> (75 – 89%)</p> <p><b>Deficiente:</b> (&lt;75%)</p>	Intervalo
			Talla		
			Antitetánica		
Tipo de sangre					
Fuma					
Drogas					
Fecha de última menstruación					
Duda					
Edad Gestacional (Ecografía)					
Fecha					
Fecha probable de parto					
Hospitalización					
Emergencia					
Violencia/género					
Examen físico					
Exámenes de laboratorio					
<b>Registro de Atención Prenatal</b>	Fecha y hora de atención	<p><b>Satisfactorio:</b> (90 – 100%)</p> <p><b>Por mejorar:</b> (75 – 89%)</p> <p><b>Deficiente:</b> (&lt;75%)</p>	Intervalo		
	Edad gestacional				
	Peso materno				
	Temperatura				
	Presión arterial				
	Pulso materno				
	Altura uterina				
	Situación				
Presentación					

				Posición		
				Frecuencia Cardíaca Fetal		
				Movimiento Fetal		
				Proteinuria cualitativa		
				Edema		
				Reflejo Osteotendinoso		
				Examen de pezón		
				Indicación Hierro/Ác. Fólico		
				Indicación Calcio		
				Indicación Ác. Fólico		
				Orientación/ Consejería		
				Edad gestacional de ecografía control		
				Perfil Biofísico		
				Cita		
				Visita Domiciliaria		
				Plan de Parto		
				Establecimiento de la atención		
				Responsable de la Atención		
				Gráfica de incremento de peso materno por semanas de amenorrea		
				Gráfica de altura uterina por semanas de amenorrea		

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. Área geográfica y ámbito de estudio

##### Área geográfica

La investigación se llevó a cabo en la provincia de Celendín, departamento de Cajamarca situada al norte del país, con una altitud de 2645 m.s.n.m., limita por el norte con las provincias de Chota y Luya, por el sur con San Marcos, por el este con Chachapoyas y Bolívar, por el oeste con Hualgayoc y Cajamarca, con una temperatura que varía de 5 a 21 °C (61).

##### Ámbito de estudio

La presente investigación tuvo como ámbito de aplicación los 49 establecimientos de la Red de Salud Celendín, conformada por un Hospital de apoyo del segundo nivel de atención categoría II -1, 45 puestos de salud del primer nivel categoría I-1 y 3 centros de salud I-3. Cuya población asignada para el año 2023 fue de 18263 habitantes, con una meta de gestantes programadas según población INEI de 1329 y un total de 110 profesionales de salud entre médicos, enfermeras y obstetras (61).

#### 3.2. Tipo y diseño de investigación

El diseño fue no experimental, tipo correlacional y retrospectivo (43).

- **No experimental:** porque se estudiaron las variables sin manipularlas, observándolos tal y como se encuentran, para después analizarlas.
- **Correlacional:** porque mide la relación en términos estadísticos entre las variables, con el propósito de identificar si los cambios en una de ellas se vinculan significativamente con variaciones en la otra.
- **Retrospectivo:** porque parte de hechos ya ocurridos y utiliza información previamente registrada para analizar variables y relaciones.

### 3.3. Método de investigación

Se utilizó el método Hipotético-deductivo, dado que se planteó una hipótesis que fue contrastada mediante técnicas estadísticas inferenciales, con el fin de validar o refutar las relaciones establecidas entre las variables y verificar si las predicciones deducidas eran correctas o no (43).

### 3.4. Población, muestra y muestreo

#### 3.4.1. Población 1: Factores sociolaborales de los trabajadores de salud

Estuvo conformada por 110 profesionales de salud, que laboraron en la Red de Salud Celendín durante el año 2023, según la planilla de trabajadores, que obra en el área de recursos humanos de la sede administrativa, que cumplieron satisfactoriamente los criterios de inclusión y exclusión. La muestra estuvo constituida igualmente por 110 profesionales, se empleó un muestreo censal, lo que implicó la inclusión de la totalidad de la población objetivo, esta decisión se justificó por el tamaño manejable de la población, lo que permitió un abordaje exhaustivo y aumentó la validez interna de los resultados al eliminar el error muestral inherente a los métodos probabilísticos.

#### 3.4.1. Población 2: Calidad de registro del carnet perinatal

El tamaño de la muestra se calculó tomando como referencia la meta de gestantes según población INEI 2023 de 1329. Para determinar el tamaño de la muestra se realizó a través de la fórmula de proporciones con población finita y conocida, para lo cual, se tuvo en cuenta una confiabilidad de 95% ( $Z = 1.96$ ), se admitió un error máximo tolerable del 5% ( $E=0,05$ ) y se asumió un valor  $p = 0.5$  y  $q = 0.5$ . Por lo tanto, se trabajó con 298 carnets perinatales de gestantes controladas en la Red de Salud Celendín, durante el año 2023 y se utilizó la siguiente fórmula:

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

### **3.5. Criterios de inclusión y exclusión**

#### **Criterios de inclusión**

- Profesionales de salud que aceptaron participar en el estudio.
- Profesionales que laboraron en la Red de Salud Celendín, durante el año 2023.
- Profesionales de la Salud que registraron en el Carnet Perinatal de gestantes controladas en los establecimientos de la Red de Salud Celendín.

#### **Criterios de exclusión**

- Personal de salud no profesional como técnicos y auxiliares de enfermería que hayan registrado en el Carnet Perinatal.

### **3.6. Unidad de análisis**

Para la variable factores sociolaborales se consideró como unidad de análisis a cada profesional de la Red de Salud Celendín, durante el año 2023.

Para la variable calidad de registro, se tomó a cada carnet perinatal de gestantes controladas en la Red de Salud Celendín, durante el año 2023.

### **3.7. Técnicas e instrumentos de recopilación de datos**

#### **3.7.1. Técnica**

La técnica utilizada fue la encuesta y el análisis documental, se realizó siguiendo los siguientes pasos: Se obtuvo la autorización del director de la Red de Salud Celendín; a través, de una solicitud informando los objetivos y los procedimientos a llevarse a cabo (Anexo 1). Luego del consentimiento, se realizó la recolección de la información, mediante la Ficha de recolección de datos (Anexo 2), que facilitó la organización de la información y la obtención de resultados.

#### **3.7.2. Instrumentos**

Los instrumentos empleados fueron el cuestionario y la ficha de recolección de datos, elaborados por la autora.

- ✓ Cuestionario: **Factores Sociolaborales de los Profesionales de Salud**, elaborada a partir de la ficha de Castillo Z. (22), formada por 8 indicadores,

2 factores sociodemográficos (sexo y edad) y 6 laborales (condición laboral, tiempo de servicio, profesión, capacitación profesional, abastecimiento de insumos y equipos para la atención y capacitación en atención materna según Norma técnica N°105/2013), con 4 respuestas politómicas y dicotómicas.

✓ Ficha de Recolección: **Calidad de Registro del Carnet Perinatal**, desarrollada por la autora en base al Formato de Evaluación de la Calidad de Registro en Consulta Externa (Pág. 33 – 34), establecido en la Norma técnica de salud N°029: Auditoría de la calidad de la atención en salud (37), conformado por 4 dimensiones y un total de 68 indicadores: sociodemográficos y de filiación (16), antecedentes (15), gestación actual (40) y atención prenatal (29), se les fue asignados valores a cada indicador de acuerdo al número de casilleros a registrar y se tuvo en cuenta para la puntuación los siguientes criterios:

- **Completo (1)**, cuando contiene toda la información requerida: clara, precisa, legible, sin omisiones, ni enmendaduras.
- **Incompleto (0,5)** con información parcial, ilegible o con enmendaduras.
- **No existe (0)**, si no se realizó el registro.
- **No aplica (1)**, indica si el registro no corresponde en función a la situación clínica específica de la gestación.

<b>CALIFICACIÓN</b>	
<b>SATISFACTORIO</b>	90-100% del puntaje máximo esperado
<b>POR MEJORAR</b>	75-89% del puntaje máximo esperado
<b>DEFICIENTE</b>	<75% del puntaje máximo esperado

### **3.8. Validez y confiabilidad de los instrumentos**

#### **3.8.1. Ficha de Recolección: Calidad de Registro del Carnet Perinatal**

Para la ficha de recolección de datos, no se aplicó las pruebas de validez de contenido, ni de fiabilidad o consistencia interna debido a que, el Carnet Perinatal es un instrumento oficial, estandarizado y normado por el Ministerio de Salud, cuyo contenido ha sido previamente definido y validado a nivel nacional e internacional, por lo que no requiere de procesos de validez. El CLAP/SMR diseñó el carnet en colaboración con profesionales expertos en ginecología, obstetricia, neonatología, epidemiología y salud pública de varios países. Desde entonces ha emitido versiones actualizadas, por lo que no requiere pruebas adicionales de lo que ya está validado internacionalmente (3)

Asimismo, al tratarse de un registro clínico que recopila variables independientes como, edad gestacional, presión arterial, hemoglobina, esquema de vacunación, entre otros. No constituye una escala unidimensional ni mide un constructo latente, razón por la cual la consistencia interna evaluada a través del Alfa de Cronbach, carece de pertinencia estadística y conceptual.

En consecuencia, se optó por procedimientos de validación de la calidad de registro según los criterios técnicos del MINSA y de auditoría documental, basados en la Norma Técnica N°029: Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, garantizando la objetividad y pertinencia de la información recolectada (37).

#### **3.8.2. Cuestionario Factores sociolaborales de los profesionales de salud**

La validación se realizó; a través, del de juicio de cinco expertos, empleando el Coeficiente de Validación "V" AIKEN (Anexo 3), obteniendo un valor de 1, indicando que el instrumento es válido y aceptable para su aplicación (62).

Para comprobar la confiabilidad del instrumento, se realizó la prueba estadística Coeficiente Alfa de Cronbach (Anexo 4). Obteniendo una fiabilidad de 0,816, indicando que el instrumento es bueno y confiable. (63).

### 3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de los datos

Los datos fueron registrados en el cuestionario y la ficha de recolección de datos elaborado por la investigadora, posteriormente fueron procesados utilizando el software estadístico SPSS versión 27.

El análisis de datos se realizó teniendo en cuenta los procedimientos estandarizados cuantitativos (estadística descriptiva e inferencial), para organizar y resumir los datos en tablas simples y cruzadas con frecuencias absolutas y relativas de relevancia para el estudio. La medida de correlación entre las variables se realizó a través, de la aplicación de la prueba de hipótesis estadística Chi-cuadrado de Pearson con 95% de confiabilidad y admitiendo un error máximo tolerable del 5%, considerándose  $p < 0,05$  como significativo.

### 3.10. Criterios éticos

La presente investigación se realizó teniendo en cuenta los criterios éticos:

**Autonomía:** se garantizó la participación voluntaria y libre, previa firma del consentimiento informado. Los participantes fueron informados sobre los objetivos, procedimientos y el derecho a retirarse en cualquier momento del estudio.

**Beneficencia:** la investigación se orientó a maximizar los beneficios potenciales y minimizar cualquier riesgo o daño para los participantes. No se realizaron intervenciones que afecten su integridad.

**Privacidad y confidencialidad:** la información obtenida a través de la ficha de recolección de datos, fue de carácter confidencial teniendo acceso únicamente la investigadora, sin revelar ninguna información que permita a terceros reconocer a los profesionales participantes en el estudio.

## CAPÍTULO IV

### PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

**Tabla 1.** Factores sociodemográficos y laborales de los profesionales de salud de la Red de Salud Celendín, 2023.

<b>Factores Sociodemográficos y laborales</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Femenino	84	76,4
Masculino	26	23,6
<b>Edad</b>		
< 25 años	5	4,5
25 a 30 años	35	31,8
31 a 40 años	44	40,0
41 a 50 años	14	12,7
51 a más años	12	11,0
<b>Condición laboral</b>		
Contratado	75	68,2
Nombrado	35	31,8
<b>Tiempo de servicio</b>		
0 - 5 años	55	50,0
6 - 10 años	22	20,0
11 - 15 años	14	12,7
> 15 años	19	17,3
<b>Profesión</b>		
Médico	28	25,5
Obstetra	49	44,5
Enfermera	33	30,0
<b>Capacitación profesional</b>		
Ninguno	97	88,2
Segunda especialidad	5	4,5
Maestría	78	7,3
<b>Abastecimiento de insumos y equipos para la atención</b>		
Abastecidos	99	90,0
Desabastecidos	11	10,0
<b>Capacitación en atención materna según Norma técnica N°105/2013</b>		
Sí	43	39,0
No	67	61,0

N= 110

En la tabla 1, se observa que, 76,4% de profesionales fueron mujeres, 40% tenían entre 31 a 40 años, 68,2% eran contratados, 50% tenían hasta 5 años de servicio, 44,5% eran obstetras, 88,2% no contaban con capacitación profesional, 90% estaban abastecidos de insumos y equipos y 61% no fueron capacitados en la Norma técnica de atención materna N° 105/2013.

**Tabla 2.** Calidad de registro del carnet perinatal y sus dimensiones en gestantes controladas de la Red de Salud Celendín, 2023.

<b>Calidad del registro del carnet perinatal</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Satisfactorio	14	4,7
Por mejorar	73	24,5
Deficiente	211	70,8
<b>Dimensiones</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sociodemográficos y de Filiación</b>		
Satisfactorio	31	10,4
Por mejorar	124	41,6
Deficiente	143	48,0
<b>Antecedentes</b>		
Satisfactorio	13	4,4
Por mejorar	73	24,5
Deficiente	212	71,1
<b>Gestación actual</b>		
Satisfactorio	0	0
Por mejorar	10	3,4
Deficiente	288	96,6
<b>Atención Prenatal</b>		
Satisfactorio	24	8,0
Por mejorar	132	44,3
Deficiente	142	47,7

N= 298

En la tabla 2, se evidenció que, el 70,8% de carnets perinatales evaluados tuvieron una calidad deficiente, 24,5% por mejorar y solamente el 4,7% calificó como satisfactorio. También se observó que, las cuatro dimensiones presentaron una calidad deficiente, especialmente Gestación actual con 96,6%. Las dimensiones como: Sociodemográficos y de Filiación (41,6%), Antecedentes (24,5%) y Atención prenatal (44,3%), mostraron una calidad por mejorar, y se apreció una marcada reducción en la calidad de satisfactorio en todas las dimensiones.

**Tabla 3.** Relación entre los factores sociolaborales de los profesionales de salud y la calidad de registro del carnet perinatal en la Red de Salud Celendín, 2023.

Factores sociolaborales	Calidad del registro del carnet perinatal						Chi-Cuadrado	
	Satisfactorio		Por mejorar		Deficiente		X <sup>2</sup>	p-valor
	n <sup>a</sup>	%	n <sup>b</sup>	%	n <sup>c</sup>	%		
<b>Sexo</b>							5,45	0,065
Femenino	4	3,5	25	22,7	55	50,0		
Masculino	1	0,9	2	1,8	23	21,0		
<b>Edad (años)</b>							4,43	0,815
De 25 a menos	0	0,0	2	1,8	3	2,7		
De 25 a 30	2	1,8	6	5,5	27	24,5		
De 31 a 40	3	2,7	11	10,0	30	27,3		
De 41 a 50	0	0,0	5	4,5	9	8,2		
De 51 a más	0	0,0	3	2,7	9	8,2		
<b>Condición laboral</b>							5,18	0,074
Contratado	2	1,8	15	13,6	58	52,8		
Nombrado	3	2,7	12	10,9	20	18,2		
<b>Tiempo de servicio</b>							18,41	0,005*
De 0 a 5 años	0	0,0	11	10,0	44	40,0		
De 6 a 10 años	2	1,8	4	3,6	16	14,6		
De 11 a 15 años	3	2,7	4	3,6	7	6,4		
Más de 15 años	0	0,0	8	7,3	11	10,0		
<b>Profesión</b>							44,32	0,000*
Médico	0	0,0	1	0,9	27	24,5		
Obstetra	5	4,5	25	22,7	19	17,3		
Enfermera	0	0,0	1	0,9	32	29,1		
<b>Capacitación profesional</b>							85,47	0,005*
Ninguna	0	0,0	20	18,2	77	70,0		
Segunda especialidad	4	3,6	1	0,9	0	0,0		
Maestría	1	0,9	6	5,5	1	0,9		
<b>Abastecimiento de insumos y equipos para la atención</b>							2,43	0,296
Abastecido	5	4,5	26	23,6	68	61,8		
Desabastecido	0	0,0	1	0,9	10	9,1		
<b>Capacitación en atención materna según Norma Técnica N° 105/2013</b>							70,31	0,000*
Sí	5	4,5	27	24,5	11	10,0		
No	0	0,0	0	0,0	67	61,0		

N= 110

n<sup>a</sup> = 5 n<sup>b</sup> = 27 n<sup>c</sup> = 78

\*p<0,05

En la tabla 3, Al relacionar los factores sociolaborales y calidad de registro del carnet perinatal, se ha podido determinar que, el 50% de profesionales que

presentaron un registro deficiente fueron mujeres y 21% hombres, también muestran un resultado deficiente el 27,3% de trabajadores entre 31 a 40 años; así mismo, es deficiente el registro en el 52,8% del personal contratado y en el 40% de profesionales con hasta 5 años de servicio. Por mejorar el registro de obstetras en 22,7%, pero deficiente el de enfermeros y médicos en 29,1% y 24,5% respectivamente. Por otro lado, el 70% de profesionales que no tuvieron ninguna capacitación presentaron una calidad deficiente, el 61,8% de profesionales estaban abastecidos con insumos y equipos para la atención, mostrando un registro deficiente, y el 61% de profesionales que no estuvieron capacitados en atención materna según Norma técnica N°105/2013, presentaron una calidad deficiente.

Se encontró que, los factores sociolaborales que tuvieron relación estadísticamente significativa con la calidad de registro del carnet perinatal fueron, tiempo de servicio ( $p= 0,005$ ), profesión ( $p=0,000$ ), capacitación profesional ( $p=0,005$ ) y capacitación en la Norma Técnica N° 105/2013 ( $p=0,000$ ), según la aplicación de la prueba de hipótesis estadística Chi-cuadrado con 95% de confiabilidad.

## CAPÍTULO V

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En la **tabla 1**, se observa que el 76,4% de profesionales fueron de sexo femenino y 23,6% masculino. Los datos encontrados en la presente investigación tienen similitud a los encontrados por Castro C. et al. (16) quienes en su investigación determinaron que el 75% son femeninos y 25% masculinos, de igual manera, coincide con los reportados por Castillo Z. (22) quien halló que el 68,8% fueron femeninos y 31,2% masculinos. Estos resultados concuerdan con los encontrados en el estudio ya que mayoritariamente son mujeres; sin embargo, difieren del estudio realizado por Chapoñan M. (10), quien evidenció que el 69,6% son masculinos y el 30,3% femeninos.

Mosqueda A. et al. Señalan que, a través de la educación las sociedades han modelado a mujeres y varones según estereotipos, los cuales han traspasado al ámbito laboral estableciendo trabajos por sexo. Por lo que, no es difícil entender por qué las profesiones de salud como: medicina, enfermería y obstetricia, son ejercidas mayoritariamente por mujeres, ya que se ha considerado como una extensión del rol femenino de cuidado (45).

Lo que demuestra su liderazgo, capacidad y talento en las diversas especialidades, contribuyendo significativamente al avance de la ciencia y la salud, generando un desarrollo histórico y un ejercicio profesional definido, demostrando así su validez social y científica. Sin embargo, aún existen inequidades de género en el sector, que las mujeres tienen que afrontar.

- En cuanto a la *edad* el 4,5% tienen menor de 25 años, 31,8% entre 25 a 30, 40% de 31 a 40, 12,7% de 41 a 50 y 11% de 51 a más. Estos datos se asemejan al estudio realizado por Castro C. et al. (16) quienes obtuvieron un 50% entre 26 a 30 años, 29% de 31 a 40, 15% 41 a 50 y 6% mayor a 51; así mismo, tienen similitud a los encontrados por Castillo Z. (22), quien determinó que el 2.1% poseen menos de 25 años, 4,2% de 26 a 30, 31,2% de 31 a 40, 54,2% de 41 a 50 y 8,3% de 51 a más. Estos resultados concuerdan con los recogidos por la investigadora. No obstante, difieren con las cifras encontradas por Vásquez P.

(7), quien determinó un 9% en menores a 25 años; 13% de 26 a 30, 13% de 31 a 40, 41% de 41 a 50 y 24% más de 51 señalando una diferencia porcentual en los rangos de edades de 26 a 30 en un 19%, 24,5% de 31 a 40, 28,5% de 41 a 50 y 11,5% en mayores de 51.

Según Ekkehard Ernst, explica que, cuando la fuerza de trabajo en promedio es adulta (30 a 49 años) tienen mayores probabilidades de ocupar un puesto laboral debido a la experiencia acumulada en el trabajo y su preparación académica, tornándolos más competentes y elegibles para las instituciones, que ven en ellos una ganancia a corto plazo. A diferencia de los profesionales jóvenes (18 a 29 años) y recién egresados, que por su falta de experiencia deben recibir inducción y jornadas de capacitación a cargo de las instituciones empleadoras, que les representa un costo de inversión a largo plazo (47).

Ishikawa no abordó la edad como un factor limitante para la calidad, sino como una variable que debía gestionarse de forma estratégica dentro de la organización. Desde su enfoque, la experiencia acumulada de los trabajadores mayores aporta un conocimiento valioso para la resolución de problemas y la formación de las nuevas generaciones, mientras que la energía e innovación de los más jóvenes contribuían a impulsar mejoras y adaptaciones a los cambios. La clave no reside en la edad en sí, sino en integrar las fortalezas de cada grupo etario dentro de un sistema de trabajo colaborativo, en el que la transferencia de conocimientos y la participación activa fueran permanentes, fomentando una cultura de calidad sostenida en el tiempo (24).

Lo que evidencia que la edad juega un papel crucial en el desempeño profesional, retando a los jóvenes inexpertos frente a los adultos habituados, con disponibilidad al trabajo, que garantizan su permanencia y experiencia en las instituciones especialmente de salud.

- En lo referente a la *condición laboral* el 68,2% de los profesionales de salud son contratados y sólo el 31,8% son nombrados; sin embargo, estos datos difieren de las investigaciones realizadas por Vásquez P. (7), quien establece que los profesionales en un 70% son nombrados y 30% contratados; así mismo, con lo reportado por Cabascango K. (17) evidenciando un 77,2% nombrados y 22,8% contratados. Además de Castillo Z. (22) quien halló que el 62,5% son nombrados

y 37,5% contratados. Estos resultados contradicen a los obtenidos en el estudio.

No obstante, los datos obtenidos por la autora, se asemejan a los publicados por el MINSA, según la información de recursos humanos en el Sector Salud, el 42,7% de los profesionales son nombrados y el 57,3% contratados. Originado por la alta tasa de rotación del personal nombrado, el crecimiento poblacional, que genera la creación de establecimientos del primer nivel de atención en lugares de limitado acceso geográfico, con escalas salariales inequitativas y ausencia de bonos de incentivo laboral, que ocasionan la deserción de los profesionales; así como, el obsoleto sistema de nombramiento con largas listas de espera, tiempos no razonables y la inexistencia de concursos públicos para su acceso (64).

- En cuanto al *tiempo de servicio* el 50% tienen de 0 a 5 años, 20% de 6 a 10, 12,7% de 11 a 15 y 17,3% mayor a 15; sin embargo, estos datos difieren de las investigaciones realizadas por Vásquez P. (7), quien obtiene que el 34% poseen de 0 a 5 años; 16% de 6 a 10, 7% de 11 a 15 y 43% mayor a 15; así como, los reportados por Cabascango K. (17) determinando un 27,1% de 0 a 5 años; 19,5% de 6 a 11; 13% de 11 a 15 y 40,2% mayor a 15. Además de Castillo Z. (22) quien halló que el 6,3% cuentan con menor a 5 años, 54,2% de 6 a 15, 16,7% mayor a 20. Estos resultados difieren a los recogidos por el estudio, ya que la mayor parte tienen entre 0 a 5 años, debido a la inaccesibilidad geográfica, ausencia de medios de transporte, así como, de vías de comunicación, lo que ocasiona la renuncia constante de los profesionales y como medida de garantizar su permanencia, el Ministerio de Salud destina plazas de zonas lejanas, al Servicio Rural Urbano Marginal (SERUMS), cuya estancia laboral es temporal.

Según el MINSA ante las precarias condiciones de trabajo en estas zonas no permiten un adecuado ejercicio profesional, sumado a la carencia de equipamiento y tecnología básica, repercuten de forma negativa en la calidad de atención; logrando además «inmunizar» a los jóvenes profesionales a no querer volver a laborar en establecimientos de primer nivel, optando por la especialización o las plazas en hospitales públicos y servicios privados (64).

Asimismo, debe ser analizado desde la perspectiva del profesional, cuyo proceso de adaptación a los registros y protocolos de atención puede tomar meses

generando una mayor frecuencia de registros deficientes, incompletos y errados, que repercuten en la calidad de atención.

Desde la perspectiva de Ishikawa, el tiempo de servicio puede interpretarse como un activo estratégico dentro de la gestión de la calidad, ya que la experiencia acumulada por los trabajadores a lo largo de su permanencia en una organización fortalece su conocimiento de los procesos, facilita la detección de causas raíz y mejora la precisión en la resolución de problemas (24).

- En lo concerniente a *Profesión* el 25,5% eran médicos, 44,5% obstetras y 30% enfermeras. Estos datos tienen similitud a los obtenidos por Pacho I. (15) quien encontró que el 12,5% eran médicos; 52,5% obstetras y 35% enfermeras. Estos resultados concuerdan con los recogidos por la investigadora; sin embargo, estos datos difieren de las investigaciones realizadas por Castro C. et al. (16) quien evidencia que el registro es realizado en un 80% por médicos y 20% profesionales de salud. Estos resultados no concuerdan con los obtenidos en el estudio, ya que fue realizado en el país de Colombia, donde no existe la profesión de Obstetricia, por lo que el registro del Carnet Perinatal se realiza mayoritariamente por el profesional médico, debido a la organización de sus servicios de salud.

Según la ENDES 2023 el 97,8% de gestantes en el último nacimiento, recibieron atención prenatal de un profesional calificado: 84,6% obstetra, 30,1% médico y 8,4% por enfermera, evidenciando el incremento de la atención por obstetra y enfermera y la reducción por médico, donde el 36,2% del área urbana recibieron atención por médico frente al 11,6% de la rural. La atención por obstetra, no presenta tanta diferencia entre la urbana y rural (84,4% y 85,5%, respectivamente); en tanto que, por enfermera, fue mayor en el área rural que en la urbana con un 16,2% y 5,8%, respectivamente (8).

Estas cifras son el resultado de la brecha de recursos humanos en el sector y a la carencia de políticas que garanticen profesionales entrenados en atención materna en todos los niveles de atención, considerando las características epidemiológicas de la población, para dar cumplimiento al modelo de atención por curso de vida; así como, al registro adecuado y oportuno de los documentos sanitarios entre ellos el carnet perinatal.

Ishikawa considera que la profesión de cada trabajador influye en la forma en que este aporta a la gestión de la calidad y sostiene que la mejora continua no debía ser exclusiva de un grupo profesional específico. En su visión, todos los trabajadores y directivos comparten la responsabilidad de mantener y elevar los estándares de calidad. La base es comprender que cada profesión posee un conjunto de conocimientos y competencias que, al integrarse en equipos multidisciplinarios y participar en círculos de calidad, potencian la solución de problemas e innovación. Así, la diversidad profesional se convierte en un recurso estratégico para lograr objetivos organizacionales sólidos y sostenibles (24).

- En lo referente a *capacitación profesional* el 88,2% no poseen ninguna, el 4,5% tienen segunda especialidad y 7,3% maestría. Estas cifras tienen similitud a las obtenidos por Cabascango K. (17) establece que el 88,1% no cuenta con capacitación alguna, el 4,3% tiene especialidad y 7,6% maestría. Así mismo, los datos encontrados por Castro C. et al. (16) quienes determinaron que el 76%, no poseen capacitación, 23% tienen especialización y 1% maestría; así mismo, Vásquez P. (7) detalla que el 58% no presentan ninguna, el 31% cuentan con segunda especialidad y el 11% tiene maestría. Estos resultados concuerdan con los recogidos por la investigadora.

Ishikawa sostenía que la formación no debe limitarse a un evento aislado, sino constituir un proceso sistemático e inclusivo que, involucre a todos los niveles de la institución. Consideraba que, al mejorar el conocimiento y las habilidades del personal, se fortalece la capacidad para identificar problemas, participar activamente en los círculos de calidad y proponer soluciones efectivas. No solo a aspectos técnicos, sino también al desarrollo de una actitud proactiva y comprometida con la mejora continua, que repercute en la calidad (24).

El MINSA, ha propuesto dentro de los lineamientos de la Reforma del Sector Salud, que los profesionales que se encuentren laborando en zonas alejadas o de difícil acceso, accedan a la formación académica a través de medios digitales como la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) órgano académico para el fortalecimiento de competencias, además a la capacitación también se acompaña un bono de retribución económica acorde al nivel de complejidad de las funciones de los trabajadores por lo que, es indispensable una adecuada planificación presupuestal, ya que, la falta de financiamiento puede derivar en salarios

inadecuados y una clara desmotivación de permanecer en el lugar de trabajo (65).

Sin embargo, el limitado acceso a la conectividad, especialmente a la señal de internet y teléfono, existentes en pleno siglo XXI, aunado a la baja escala remunerativa especialmente del personal contratado, carga familiar y laboral, analfabetismo digital y la no generación de estímulos de desempeño laboral como bonos y asenso de escalas salariales por grados de estudio obtenidos, son algunas de las limitantes encontradas en el estudio.

- En el apartado de *abastecimiento de insumos y equipos para la atención*, el 90% están abastecidos, mientras que sólo el 10% están desabastecidos. Estos dígitos tienen analogía a los obtenidos por Díaz P. (20) quien encontró que el 58,8% estaban abastecidos y 41,2% desabastecidos. Estos resultados concuerdan con los recogidos en el estudio, debido a que el MINSA, garantiza el abastecimiento de insumos y medicamentos estratégicos, gracias a la creación del programa presupuestal Materno Neonatal a partir del año 2008 y a la firma de convenios institucionales, que establecen un mínimo de 85% de disponibilidad de equipos, medicamentos e insumos críticos necesarios; así como, inmunizaciones y suplemento de hierro para brindar el paquete de atención integral (66).

Según Donabedian, la distribución de los recursos; a través del abastecimiento de insumos y materiales, así como, su distribución equitativa, han llegado a convertirse en características fundamentales para evaluar la calidad de atención, como resultado del proceso (25).

Sin embargo, se evidencia que el abastecimiento de insumos y equipos, no garantizan un adecuado servicio de salud, sino que, depende en gran medida de la pericia del profesional y del ejercicio de sus competencias para brindar una atención óptima y de calidad, haciendo uso eficiente y razonable de los recursos de la institución de salud.

- En cuanto a la *capacitación según Norma técnica para la atención integral de salud materna N°105/2013*, el 39% estaban capacitados y 61% no lo están; sin embargo, estos datos difieren de la investigación realizada por Díaz P. (20) quien

evidenció que el 80,4% fueron capacitados y 19,6% no. Estos resultados no concuerdan con los obtenidos en el estudio, ya que, se realizaron en diferentes regiones, con características geográficas y administrativas distintas; demostrando que al tratarse de diferentes contextos difieren.

Del mismo modo, los datos del estudio coinciden con la del MINSA, que menciona que sólo el 29% de recursos humanos están capacitados según las normas técnicas y protocolos de atención, debido a la geografía agreste que limita el acceso a las tecnologías de la información y comunicación; así como, a la ausencia de planes de capacitación, para fortalecer las competencias profesionales (64).

Es necesario destacar la importancia de la capacitación al recurso humano; así como, su entrenamiento en las reformas y cambios en los programas gubernamentales, incluyendo el conocimiento de las directivas promovidas por el MINSA y organismos supervisores como la Superintendencia Nacional de salud (SUSALUD). Se requiere además que, no sean programas aislados, sino que se incorporen como parte de la educación continua de los profesionales, para que puedan optimizar la gestión sanitaria (64).

En la **tabla 2**, se evidenció que, el 70,8% de carnets perinatales evaluados tuvieron una calidad deficiente, 24,5% por mejorar y solamente el 4,7% calificó como satisfactorio. Estos datos se asemejan al estudio realizado por Chapoñan M. (11) quien estable 67,3% deficiente, 32% por mejorar y 0,7% satisfactorio. Pero difieren con las cifras halladas por Pacho I. (15), quien evidenció 86% por mejorar y 14% deficiente. Así mismo, la investigación realizada por Jacobo Y. (19) obtuvo 78,46% por mejorar, 21% satisfactorio y 0,54% deficiente. De igual manera, Catillo Z. (22) obtuvo satisfactorio 77,1%, por mejorar 14.6% y deficiente 8.3%, con una discrepancia porcentual de 50,9; 12,1 y 63 individualmente. Estos resultados se oponen a lo obtenido, donde los profesionales realizan un registro deficiente en su mayoría.

Pérez-Lu J. et al., explicó que países en vías del desarrollo, como Perú; no cuentan con datos estadísticos de calidad que sean el soporte de decisiones, a causa de defectuosos procesos de recolección y transmisión de información. Debido a la fragmentación de los sistemas de información (67).

Conforme al MINSA, la mayor parte de los registros son deficientes, atribuido al desconocimiento de los estándares de calidad, afirmando que existe una brecha de desarrollo del recurso humano y de competencias del profesional en el país.

Aunado a la ausencia de asistencia técnica, monitoreo y acompañamiento, limitada formación profesional y una oferta de recursos humanos desalineada a las necesidades reales del sector en atención primaria y trabajo extramural comunitario, han logrado un sistema de información defectuoso y obsoleto, por lo deficiente de su registro (8).

En la **tabla 3** se apreció que, los factores sociolaborales que tuvieron relación estadísticamente significativa con la calidad de registro del carnet perinatal fueron, tiempo de servicio ( $p= 0,005$ ), profesión ( $p=0,000$ ), capacitación profesional ( $p=0,005$ ) y capacitación en la Norma Técnica para la atención integral de salud materna N° 105/2013 ( $p=0,000$ ), según la aplicación de la prueba de hipótesis estadística Chi-cuadrado con 95% de confiabilidad. Datos similares fueron los encontrados por Aguilar G. (18), quien evidenció que los factores sociolaborales se relacionan significativamente con la calidad de registro ( $\rho$  de Spearman= $0,685$ ;  $p=0,000$ ). En los factores profesionales e institucionales con  $0.692$  ( $p=0,000$ ) y  $0.680$  ( $p=0,000$ ), respectivamente. Así mismo, Kasaye M. et al. (14), encontraron asociación significativa entre calidad de registros y factores asociados (OR =  $26,96$ ; IC:  $12,8$  y  $47,7$ ;  $P = 0,001$ ), como: conocimiento de guías estandarizadas (AOR= $2,14$ ; IC95%:  $1,32-3,46$ ), capacitación profesional (AOR= $3,02$ ; IC95%:  $1,85-4,94$ ), y disponibilidad de insumos y equipos para la atención (AOR= $3,35$ ; IC95%:  $1,91-5,87$ ), cuyos resultados concuerdan con los obtenidos en el estudio.

Desde una perspectiva teórica, estos resultados pueden ser explicados por el modelo de competencias de Le Boterf, quien plantea que la calidad no depende solo de la posesión de conocimientos, sino de la capacidad de activar, articular y contextualizar saberes para garantizar que los datos registrados sean un reflejo fiel de la atención brindada y, por ende, una base sólida para la toma de decisiones, el enfoque permite comprender que mejorar la calidad del registro no solo implica reforzar la formación técnica, sino también optimizar las condiciones sociolaborales que favorecen el desempeño profesional (68).

La OPS ha planteado que, es momento de diseñar nuevas herramientas dotando de recursos académicos a los profesionales, para que sean capaces de producir

servicios de calidad que generen el mayor beneficio a la población. Garantizando la continuidad de su formación profesional y el fortalecimiento de competencias, con la socialización de documentos de gestión y asistencia técnica constante. Además de, mejorar las condiciones laborales y el acceso a la carrera sanitaria, con la designación de salarios equitativos y dignos (5).

Por otro lado, la Teoría del Aprendizaje Organizacional de Chris Argyris y Donald Schön plantea que las organizaciones aprenden a través de sus miembros, quienes adquieren, comparten y aplican conocimientos para mejorar el desempeño colectivo. De este modo, la capacitación se convierte en una herramienta estratégica para transformar rutinas ineficaces, promover la adaptación a entornos cambiantes y generar innovaciones que fortalezcan la calidad de los servicios, especialmente en el ámbito de la salud pública. En esencia, no basta con “hacer mejor las cosas”, sino aprender a hacer las cosas correctas de forma consciente y sostenida (58).

Al concluir el estudio se puede afirmar que, se ha cumplido con la hipótesis de investigación: La relación entre factores sociolaborales de los profesionales de salud y la calidad de registro del carnet perinatal es significativa en gestantes controladas en la Red de Salud Celendín, 2023.

## CONCLUSIONES

- Los factores sociodemográficos y laborales predominantes en los profesionales de la Red de Salud Celendín fueron, de sexo femenino (76,4%), tenían entre 31 a 40 años (40%); contratados (68,2%), con 5 años o menos de servicio (50%), obstetras (44,5%); estaban abastecidos de insumos y equipos para la atención (90%), no contaban con capacitación profesional (88,2%), ni habían sido capacitados en la norma técnica de atención materna N°105/2013 (61%).
- La calidad de registro del carnet perinatal en la Red de Salud Celendín durante el año 2023, fue en su gran mayoría deficiente (70,8%).
- Se encontró relación estadísticamente significativa entre los factores sociolaborales y calidad del registro del carnet perinatal en, tiempo de servicio ( $p=0,005$ ), profesión ( $p=0,000$ ), capacitación profesional ( $p=0,005$ ) y capacitación en la Norma Técnica de Salud Materna N° 105/2013 ( $p=0,000$ ).

## SUGERENCIAS

Con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de atención, se sugiere:

- Al director y equipo de gestión de la Dirección Regional de Salud Cajamarca, implementar programas de capacitación, que permitan fortalecer las competencias del profesional de salud e impulsar la creación de los comités de auditoría en salud desde el primer nivel de atención, para optimizar los registros asistenciales y cooperar con el cuidado prenatal en la región.
- A la directora y equipo técnico de la Red de Salud Celendín, realizar supervisiones inopinadas no punitivas y conformar los comités de auditorías en salud desde el primer nivel de atención, para brindar asistencia y acompañamiento en la implementación de las normas técnicas de atención, con la finalidad de estandarizar los registros y sistematizar los procesos de atención en salud.
- A los profesionales de salud, participar activamente en las jornadas de capacitación en actualización y correcto registro de la información, combinando teoría y práctica supervisada con retroalimentación.
- A la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, promover la investigación sobre calidad de los servicios de salud, donde se aborden otras variables como el registro y su impacto en la salud materna y neonatal, que serán utilizadas posteriormente como referentes para proponer soluciones que contribuyan a mejorar el sistema de salud.
- A la directora de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca, proponer la creación del programa de segunda especialidad en Obstetricia, con la finalidad de poner al alcance de este grupo ocupacional el perfeccionamiento profesional; para el abordaje integral de la salud en la mujer.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz Hernández DP. Una visión sucinta de la enseñanza de la salud a lo largo de la historia: I. Iatreia [Internet]. 2011 [citado 4 jul 2023];24(1):90–6. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180522540010>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas: panorama regional y perfiles del país [Internet]. Publicación científica y técnica N.º 642. Washington D.C.: OPS; 2017 [citado 4 jul 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>.
3. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Centro Latinoamericano de Perinatología: Sistema Informático Perinatal | OPS/OMS [Internet]. Montevideo: OPS/OMS; [citado 29 may 2023]. Disponible en: [https://www3.paho.org/clap/index.php?option=com\\_content&view=article&id=84:sistema-informatico-perinatal&Itemid=242&lang=es](https://www3.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=84:sistema-informatico-perinatal&Itemid=242&lang=es).
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la calidad del registro de historias clínicas perinatales [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 6 ago 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es>.
5. Organización Panamericana de la Salud. Análisis comparado del marco jurídico sobre Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente (CASP) en América Latina, España y la Comunidad Europea [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2020 [citado 6 ago 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/analisis-comparado-marco-juridico-calidad-atencion-seguridad-paciente>.
6. Rojas Rangel J, Medina Riascos C, Pinto Ortiz G, Escobar Díaz F. Adherencia a la ruta de atención en salud materno-perinatal en una institución hospitalaria, Valledupar, Colombia. Rev Salud Pública (Bogotá) [Internet]. 2022;24(3):1–10. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v24n3/0124-0064-rsap-24-03-e207.pdf>.
7. Vásquez Panta V. Factores asociados a la calidad del registro de la historia clínica de un hospital en Guayaquil, Ecuador, 2021 [tesis]. Lima: Universidad César Vallejo; 2022 [citado 6 ago 2023]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/80722>.

8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Salud materna: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - Informe principal ENDES 2023 [Internet]. Lima: INEI; 2023 [citado 15 mar 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6389989/5601739-resumen-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2023.pdf>.
9. Pariapaza Huanca J, Puga Cáceres L. Factores personales e institucionales y calidad de los registros del servicio de medicina, H.R.H.D. Arequipa – 2017 [tesis]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2018 [citado 6 ago 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/items/82198a73-f4fa-4f1a-a366-faa505b66336>.
10. Chapoñan Terrones M. Evaluación de la calidad y factores asociados a la historia clínica del Hospital Regional Cajamarca [Internet]. Chiclayo (PE): Universidad César Vallejo; 2021 [citado 23 jun 2025]. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/56414/Chapo%C3%B1an\\_TM%C3%81-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/56414/Chapo%C3%B1an_TM%C3%81-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
11. Izarra Estrella E. Características epidemiológicas de la mortalidad materna 2010-2017. Calidad de la atención prenatal en el hospital general de Jaén [tesis]. Cajamarca (PE): Universidad Nacional de Cajamarca; 2019. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4524/Tesis%20Sim%C3%B3n%20Estrella.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Dirección Regional de Salud Cajamarca. Plan Estratégico Institucional 2023 - 2027 [Internet]. Cajamarca: DIRESA; 2023 [citado 6 ago 2024]. Disponible en: [https://www.diresacajamarca.gob.pe/media/portal/TUNGW/documento/48197/PEI\\_2023\\_-\\_2027\\_aprobado\\_1.pdf?r=1713975912](https://www.diresacajamarca.gob.pe/media/portal/TUNGW/documento/48197/PEI_2023_-_2027_aprobado_1.pdf?r=1713975912).
13. Ministerio de Salud del Perú. Manual de Usuario Historia Clínica Electrónica Primer Nivel: Atención Prenatal [Internet]. Lima: MINSA; [citado 11 ago 2023]. Disponible en: [https://www.minsa.gob.pe/sihce/manuales/mu\\_atencion\\_prenatal.pdf](https://www.minsa.gob.pe/sihce/manuales/mu_atencion_prenatal.pdf).
14. Kasaye MD, Belayneh T, Getnet M, Kelkay MM, Animut Y. Medical documentation practice and associated factors among health workers at private hospitals in the Amhara region, Ethiopia, 2021. BMC Health Serv Res. 2022;22:809. <https://doi.org/10.1155/2023/5565226>.

15. Pacho I. Evaluación de la aplicación de estándares de calidad en embarazadas con preeclampsia atendidas en el centro de salud tipo C Rioverde, desde junio a septiembre 2020 [Internet]. Esmeraldas (EC): Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2021. No disponible en línea públicamente.
16. Castro Rivera M, León Amaya M, Fragozo Ortiz J. Factores que influyen en la calidad del registro de la historia clínica electrónica en el servicio de urgencias de dos instituciones de salud de Bogotá [Internet]. Bogotá (CO); 2021 [citado 23 jun 2025]. Disponible en: [https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/7331/Castro.Rivera\\_Mauricio\\_Alejandro\\_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/7331/Castro.Rivera_Mauricio_Alejandro_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
17. Cabascango K. Factores que influyen en la calidad de los registros de enfermería en la historia clínica única. Hospital San Vicente De Paúl, Ibarra-2017 [Internet]. Ibarra (EC): Universidad Técnica del Norte; 2017. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/8066/1/PG%20622%20tesis.pdf>.
18. Aguilar Guerrero JF, Fernández-Giusti A, González Sánchez JE. Factores asociados al desempeño laboral en el personal de salud del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2022. Horiz Med [Internet]. 2024 abr [citado 23 jun 2024];24(2): e2438. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X202400200003&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X202400200003&lng=es). doi:10.24265/horizmed.2024.v24n2.03.
19. Jacobo Zapana Y. Calidad del registro de historia clínica y nivel de cumplimiento del prestador asistencial de obstetricia en hospital público, Arequipa, 2021 [Internet]. Arequipa (PE): Universidad César Vallejo; 2021. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/86401/Jacobo\\_zyo-sd.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/86401/Jacobo_zyo-sd.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
20. Díaz-Morón P. Evaluación de calidad de la atención prenatal en centros de salud de la provincia de Lambayeque adscritos a la Gerencia Regional de Salud Lambayeque. Rev Exper Med Hosp Reg Lambayeque [Internet]. 2020 dic 21 [citado 29 ene 2023];6(3). Disponible en: <http://rem.hrlamb.gob.pe/index.php/rem/article/view/474>.
21. Ayala-Mendivil R, Israel-Ballena C, Puente J. Calidad de las historias clínicas de consulta externa de obstetricia de un establecimiento de salud nivel I-4 del Callao. Rev Investig Univ Norbert Wiener. 2019;8(1):29–41.

doi:10.37768/unw.rinv.08.01.002.

22. Castillo Z. Determinantes sociales y laborales de competencias profesionales en salud y su relación con la calidad del registro de historias clínicas perinatales. Microred El Porvenir, 2016 [tesis]. Trujillo (PE): Universidad César Vallejo, Escuela de Posgrado; 2017 [citado 23 jun 2025]. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/32902/castillo\\_ez.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/32902/castillo_ez.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
23. Marmot M. The health gap: the challenge of an unequal world. *Lancet*. 2015 Sep 19;386(10011):2442–4. doi:10.1016/S0140-6736(15)00150-6. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00150-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00150-6).
24. Mejías Acosta A, Gutiérrez Pulido H, Duque Araque D, D'Armas Regnault M, Cannarozzo Tinoco M. Gestión de la calidad: una herramienta para la sustentabilidad organizacional. 1a ed. Valencia (VE): Universidad de Carabobo; 2018. 140 p. ISBN: 978-980-233-724-8. Disponible en: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/105867336/ISBN\\_9789802337248.pdf](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/105867336/ISBN_9789802337248.pdf).
25. Donabedian A. La calidad de la atención médica [Internet]. [citado 18 feb 2024]. Disponible en: [https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/07/La\\_Calidad\\_de\\_la\\_Atencion\\_Medica\\_Donabedian.pdf](https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/07/La_Calidad_de_la_Atencion_Medica_Donabedian.pdf).
26. Miyahira Arakaki JM. Calidad en los servicios de salud: ¿Es posible? *Rev Med Hered* [Internet]. 2001 jul [citado 20 dic 2024];12(3):75–7. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X200100300001](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X200100300001).
27. Organización Internacional de Normalización (ISO). ISO 9000:2015(es): Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario [Internet]. [citado 19 feb 2024]. Disponible en: <https://www.iso.org/obp/ui/es/#iso:std:iso:9000:ed-4:v1:es:term:3.6.2>.
28. Organización Internacional de Normalización (ISO). Terminología de la familia ISO 9000 sobre gestión de la calidad [Internet]. [citado 20 oct 2024]. Disponible en: <https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/standards/docs/en/terminology-ISO9000-family.pdf>.
29. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud N°139: Gestión de la Historia Clínica [Internet]. Lima (PE): MINSA; 2018 [citado 22 feb 2024].

Disponible en: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/969231/rm\\_214-2018\\_minsa.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/969231/rm_214-2018_minsa.pdf).

30. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. 2.<sup>a</sup> ed. Lima (PE): INMP; 2018. p. 351–9 [Internet]. [citado 1 jun 2023]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>.
31. Vic SB, Bianconi F, Minelli L, Mondo A, Avenali L, Seghieri C, et al. Determinantes sociodemográficos y acceso a la atención prenatal en Umbría. *BMC Health Services Research*. 2014;14:174. doi:10.1186/1472-6963-14-174.
32. Hansell MJ. Sociodemographic factors and the quality of prenatal care. *American Journal of Public Health*. 1991 Aug;81(8):1023–8. doi:10.2105/AJPH.81.8.1023. PMID:1854016.
33. Vic SB, Bianconi F, Minelli L, Mondo A, Avenali L, Seghieri C, et al. Determinantes sociodemográficos y acceso a la atención prenatal en Umbría. *BMC Health Services Research*. 2014;14:174. doi:10.1186/1472-6963-14-174.
34. Santos IS, Horta BL, Menezes AMB, Barros AJD, Hallal PC, Matijasevich A, et al. Calidad de la atención prenatal y sus determinantes sociodemográficos: cohorte de nacimientos de Pelotas 2015. *BMC Health Services Research*. 2021;21:7053. doi:10.1186/s12913-021-07053-9.
35. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre la atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>.
36. Md M, Shariff S, Shahidah N, Mohamed F, Ahmad R. Factores que influyen en el uso de la atención prenatal: una revisión sistemática. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2018;6(3):102–13. doi:10.22038/jmrh.2018.10561.

37. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud N° 029: Auditoría de la calidad de la atención en salud. Lima: MINSA; 2016. p. 26–37 [Internet]. [citado 2024 feb 22]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3930.pdf>.
38. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA: Documento Técnico. Estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales. Lima: MINSA; 2007.
39. Calderón B. Proyecto 2000: Un proyecto de innovaciones en salud. Reporte técnico final del equipo de asistencia técnica: 1 de febrero de 1995 – 31 de octubre de 2002. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2003. Informe técnico final del Proyecto 2000.
40. Bembibre C. Definición de factores [Internet]. DefinicionABC; 2022 mar [actualizado marzo 2022; citado 2024 feb 22]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/general/factores.php>.
41. Henao-Castaño A, Vergara-Escobar O, Gómez-Ramires O. Humanización de la atención en salud: análisis del concepto. Rev Cienc Cuid [Internet]. 2021;18(3):84–95. Disponible en: <https://doi.org/10.22463/17949831.2850>.
42. Roldán A. Teoría e historia antropológica: Ruth Benedict y el concepto de modelo cultural [Internet]. [citado 2 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://teoriaehistoriaantropologica.blogspot.com/2012/03/ruth-benedict-y-el-concepto-de-modelo.html>.
43. Hernández-Sampieri R. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 6.ª ed. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2018. p. 80, 150–6.
44. Bernardi B. Age class systems: social institutions and polities based on age. Cambridge [UK]; New York: Cambridge University Press; 1985. 191 p. (Cambridge studies in social anthropology).
45. Mosqueda-Díaz A, Paravic-Klijn T, Valenzuela-Suazo S. División sexual del trabajo y enfermería. Index Enferm [Internet]. 2013 [citado 2024 feb 23];22(1–2):70–4. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962013000100015](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100015).

46. Clínica Universidad de Navarra. Diccionario médico: término “edad” [Internet]. España: CUN; [citado 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/edad>.
47. Ernst E, Feist L. Tomorrow at Work: The Age of Shortages. *Intereconomics*. 2024 May/Jun;59(3):125–31. DOI: 10.2478/ie-2024-0027. Disponible en: <https://www.intereconomics.eu/contents/year/2024/number/3/article/tomorrow-at-work-the-age-of-shortages.html>.
48. Davis KA, Newstrom WJ. *Organizational Behavior: Human Behavior at Work* [Internet]. New York: McGraw-Hill; 2001.
49. Ministerio de Salud del Perú. Perfil de competencias del personal de salud del primer nivel de atención [Internet]. Lima: MINSA; 2020 [citado 2024 feb 22]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/2357345-perfil-de-competencias-del-personal-de-salud-del-primer-nivel-de-atencion>.
50. Perú. Congreso de la República. Decreto Legislativo N.º 1057: Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios [Internet]. Diario Oficial El Peruano. 2008 jun 28 [citado 2024 feb 22]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-regula-el-regimen-especial-de-contrata-decreto-legislativo-n-1057-270717-1/>.
51. Perú. Congreso de la República. Decreto Legislativo N.º 276: Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público [Internet]. Diario Oficial El Peruano. 1984 mar 24 [citado 2024 feb 22]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-bases-de-la-carrera-administrativa-y-de-remuneraciones-decreto-legislativo-n-276-31958-1/>.
52. SERVIR. Del reconocimiento de tiempo de servicios en la Administración Pública [Internet]. Informe Legal N° 000801-2021-SERVIR-GPGSC. [citado 2024 feb 22]. Disponible en: <https://lpderecho.pe/reconocimiento-tiempo-servicios-administracion-publica-informe-000801-2021-servir-gpgsc>.
53. Benavides FG, Llimós M, Segura A. La profesión de la salud pública y sus profesionales [Internet]. Zaragoza: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS); 2023 [citado 2024 feb 22]. Disponible en: [https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/3141/20230515\\_sespas%20libro%20blanco.pdf](https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/3141/20230515_sespas%20libro%20blanco.pdf).

54. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo de recursos humanos en salud: capacitación y formación continua [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2016 [citado 2024 feb 22]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28541/9789275319542\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28541/9789275319542_spa.pdf)
55. Asamblea Nacional de Rectores. Lineamientos para la organización de programas de segunda especialidad profesional [Internet]. Lima: ANR; 2010 [citado 2024 feb 22]. Disponible en: [https://repositorio.sunedu.gob.pe/bitstream/handle/20.500.12558/1174/Linea\\_mientos\\_programas\\_segunda\\_especialidad\\_ANR\\_2010.pdf](https://repositorio.sunedu.gob.pe/bitstream/handle/20.500.12558/1174/Linea_mientos_programas_segunda_especialidad_ANR_2010.pdf).
56. Ministerio de Educación del Perú. Decreto Supremo N.º 006-2019-MINEDU: Reglamento de grados y títulos [Internet]. Diario Oficial El Peruano. 2019 mar 9 [citado 2024 feb 22]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/484026/Decreto\\_Supremo\\_006-2019-MINEDU.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/484026/Decreto_Supremo_006-2019-MINEDU.pdf).
57. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud N° 105 - MINSA/DGSP.V.01: Atención integral de salud materna. Estimulación prenatal [Internet]. Lima: MINSA; 2013 [citado 2024 feb 22]. p. 10–16. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/202170/198935\\_RM827\\_2013\\_minsa.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/202170/198935_RM827_2013_minsa.pdf).
58. Argyris C, Schön D. Aprendizaje organizacional: teoría, método y práctica [Internet]. 2.ª ed. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 1996 [citado 2024 ago 14]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=26716>
59. Perú. Congreso de la República. Ley N° 26842: Ley General de Salud [Internet]. 1997 jul 15 [citado 2023 feb 6]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/284868/ley-general-de-salud.pdf>.
60. Perú. Congreso de la República. Ley N° 27657: Ley del Ministerio de Salud [Internet]. 2002 ene 28 [citado 2023 feb 6]. Disponible en: [https://www.peru.gob.pe/docs/planes/10032/plan\\_10032\\_ley\\_27657\\_2011.pdf](https://www.peru.gob.pe/docs/planes/10032/plan_10032_ley_27657_2011.pdf).
61. Gobierno Regional de Cajamarca. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) adscritas al GORE Cajamarca, por provincia, año 2021. En: Piloto Cortegana 2023-2024: situación de salud y oferta institucional [Internet]. Cajamarca: Gobierno Regional de Cajamarca; s. f. [citado 14 ago 2025]. p. 74.

62. Ecurra Mayaute L. Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Rev Psicol (PUCP)* [Internet]. 1988 [citado 2024 feb 22];6(1-2):103–11. Disponible en: <https://doi.org/10.18800/psico.198801-02.008>.
63. George D, Mallery P. *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update*. 4th ed. Boston: Allyn & Bacon; 2003. p. 231.
64. Inga-Berrosipi F, Arosquipa Rodríguez C. Avances en el desarrollo de los recursos humanos en salud en el Perú y su importancia en la calidad de atención. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2019 [citado 2024 mar 18];36(2):312–8. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2019.v36n2/312-318/>.
65. Escuela Nacional de Salud Pública. Escuela Nacional de Salud Pública – ENSAP [Internet]. Lima: Ministerio de Salud del Perú; [citado 2024 jun 23]. Disponible en: <https://www.gob.pe/ensap>.
66. Ministerio de Salud del Perú. Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal [Internet]. Lima: MINSa; 2008 [citado 14 ago 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/campa%C3%B1as/356-programa-presupuestal-salud-materno-neonatal>.
67. Pérez-Lu JE, Iguñiz Romero R, Bayer AM, García PJ. Reduciendo las inequidades en salud y mejorando la salud materna mediante la mejora de los sistemas de información en salud: Wawared Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2015 abr [citado 2025 feb 5];32(2):373–7. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-4634201500200025&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-4634201500200025&lng=es).
68. Le Boterf G. Construir las competencias individuales y colectivas: Cómo afrontar los desafíos de la profesionalización y del desempeño. 1ª ed. Santiago de Chile: Ediciones Dolmen; 2000. 295 p.

# ANEXO 1

## SOLICITUD DIRIGIDA AL DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CELENDÍN

 **DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA**

**GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA**  
**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA**  
**RED DE SERVICIOS DE SALUD CELENDÍN**

*"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"*

**SOLICITO: PERMISO PARA RECOLECTAR DATOS DE MUESTRA PARA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE MAESTRÍA**

**Dr. DANIEL MEDINA ATOCHE**  
**SEÑOR DIRECTOR DE LA RED INTEGRADA DE SALUD CELENDÍN**

**GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA**  
**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA**  
**RBB III - CELENDÍN**  
**TRAMITE DOCUMENTARIO**

N.º: 5018 Folio: 02  
**17 NOV. 2023**  
Hora: 4:03 Firma: *[Firma]*

Yo, KAREN YSABEL CACHAY CHÁVEZ identificado con DNI N° 45270580, con domicilio real en Pasaje Lourdes C/1, Obstetra de profesión con COP N° 29169, personal contratado del Hospital de Atención General Celendín, ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo:

Que, connotados de su espíritu de colaboración y preocupación por la salud Celendina, solicito a Ud. Permiso para recolectar datos para la muestra del proyecto de investigación titulado: "RELACIÓN ENTRE FACTORES SOCIOLABORALES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD Y CALIDAD DE REGISTRO DEL CARNET PERINATAL RED DE SALUD CELENDÍN, 2023", que está siendo elaborado mi persona para obtener el grado de magister en la Universidad Nacional de Cajamarca; a través, de la visita in situ y entrevista a los profesionales de salud de los diferentes establecimientos de salud de su jurisdicción, así mismo, solicito me brinde las facilidades y el permiso para ingresar a las instalaciones de los consultorios externos del área de materno y el acceso a las tarjetas de Control prenatal, recordándole, a la vez que los mismo serán utilizados exclusivamente para la investigación y guardando la confidencialidad y privacidad de los datos obtenidos. Los resultados obtenidos en la investigación serán compartidos con Ud. Y la coordinación de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, para implementar acciones de mejora en continua en los servicios de salud y contribuir con la reducción de la morbilidad materna y neonatal.

Sin otro particular, me despido de usted reiterándole mi saludo y las muestras de consideración y estima personal.

Celendín, 17 de noviembre 2023.

  
**Karen Ysabel Cachay Chavez**  
**OBSTETRA**  
Especialista en Obstetricia de Alto Riesgo  
COP N° 29169 RNE N° 4164-1117

## ANEXO 2

### INSTRUMENTOS

#### I. CUESTIONARIO: FACTORES SOCIOLABORALES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD

##### I.1. Factores Sociodemográficos

- |             |  |
|-------------|--|
| <b>Sexo</b> | <input type="checkbox"/> Femenino      |
|             | <input type="checkbox"/> Masculino     |
|             | <input type="checkbox"/> < 25 años     |
| <b>Edad</b> | <input type="checkbox"/> 25-30 años    |
|             | <input type="checkbox"/> 31 a 40 años  |
|             | <input type="checkbox"/> 41 a 50 años  |
|             | <input type="checkbox"/> 51 a más años |

##### I.2. Factores Laborales

- |   |   |
|---|---|
| <b>Condición laboral</b>  | <input type="checkbox"/> Contratado           |
|   | <input type="checkbox"/> Nombrado             |
|   | <input type="checkbox"/> 0 - 5 años           |
| <b>Tiempo de servicio</b>   | <input type="checkbox"/> 6 - 10 años          |
|   | <input type="checkbox"/> 11 - 15 años         |
|   | <input type="checkbox"/> >15 años             |
| <b>Profesión</b>  | <input type="checkbox"/> Médico               |
|   | <input type="checkbox"/> Obstetra             |
|   | <input type="checkbox"/> Enfermera            |
| <b>Capacitación profesional</b>   | <input type="checkbox"/> Ninguna              |
|   | <input type="checkbox"/> Segunda especialidad |
|   | <input type="checkbox"/> Maestría             |
| <b>Abastecimiento de insumos y equipos para la atención</b>             | <input type="checkbox"/> Abastecidos          |
|   | <input type="checkbox"/> Desabastecidos       |
| <b>Capacitación en atención materna según Norma técnica N° 105/2013</b> | <input type="checkbox"/> Si                   |
|   | <input type="checkbox"/> No                   |

**I. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: CALIDAD DE REGISTRO DEL CARNET PERINATAL**

<b>1. Sociodemográficos y de Filiación</b>	<b>COMPLETO</b>	<b>INCOMPLETO</b>	<b>NO EXISTE</b>	<b>NO APLICA</b>
• Número de Historia clínica				
• Apellidos y Nombres				
• Establecimiento de salud				
• Documento Nacional de Identidad				
• Dirección				
• Localidad				
• Departamento				
• Provincia				
• Distrito				
• Teléfono				
• Tipo de seguro				
• Ocupación				
• Edad				
• Estudios				
• Estado civil				
• Nombre del padre del Recién Nacido				
<b>Total:</b>				
<b>1. Antecedentes</b>	<b>COMPLETO</b>	<b>INCOMPLETO</b>	<b>NO EXISTE</b>	<b>NO APLICA</b>
• Antecedentes Obstétricos				
• Gestación Anterior				
• Captada				
• Referida por Agente comunitario				
• Antecedentes Familiares				
• Antecedentes Personales				
• Vacunas previas				
<b>Total:</b>				
<b>2. Gestación actual</b>	<b>COMPLETO</b>	<b>INCOMPLETO</b>	<b>NO EXISTE</b>	<b>NO APLICA</b>
• Peso habitual				
• Talla				
• Antitetánica				
• Tipo de sangre				
• Fuma				
• Drogas				
• Fecha de última menstruación				
• Duda				
• Edad Gestacional (Ecografía)				
• Fecha				
• Fecha probable de parto				
• Hospitalización				
• Emergencia				
• Violencia/género				
• Examen físico				
• Exámenes de laboratorio				
<b>Total:</b>				

<b>3. Atención Prenatal</b>	<b>COMPLETO</b>	<b>INCOMPLETO</b>	<b>NO EXISTE</b>	<b>NO APLICA</b>
• Fecha y hora de atención				
• Edad gestacional				
• Peso materno				
• Temperatura				
• Presión arterial				
• Pulso materno				
• Altura uterina				
• Situación				
• Presentación				
• Posición				
• Frecuencia Cardíaca Fetal				
• Movimiento Fetal				
• Proteinuria cualitativa				
• Edema				
• Reflejo Osteotendinoso				
• Examen de pezón				
• Indicación Hierro/Ac. Fólico				
• Indicación Calcio				
• Indicación Ac. Fólico				
• Orientación/ Consejería				
• Edad gestacional de ecografía control				
• Perfil Biofísico				
• Cita				
• Visita Domiciliaria				
• Plan de Parto				
• Establecimiento de la atención				
• Responsable de la Atención				
• Gráfica de incremento de peso materno por semanas de amenorrea				
• Gráfica de altura uterina por semanas de amenorrea				
<b>Subtotal:</b>				
<b>Puntaje Total:</b>				
<b>CALIFICACIÓN</b>				
<b>SATISFACTORIO</b>	90-100% del puntaje máximo esperado			
<b>POR MEJORAR</b>	75-89% del puntaje máximo esperado			
<b>DEFICIENTE</b>	<75% del puntaje máximo esperado			

### ANEXO 3

#### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

#### COEFICIENTE DE VALIDACIÓN "V" AIKEN

**CUESTIONARIO:** Factores Sociolaborales De Los Profesionales De Salud.

Ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	S	V de Aiken	Descripción
Ítem 1	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido
Ítem 2	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido
Ítem 3	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido
Ítem 4	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido
Ítem 5	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido
Ítem 6	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido
Ítem 7	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido
Ítem 8	1	1	1	1	1	5	1,00	Válido
<b>AIKEN TOTAL</b>							<b>1,00</b>	Válido

Calificación:

A: Apreciación positiva (V=1)

B: Apreciación negativa (V=0)

#### Coeficiente V-AIKEN

$$v = \frac{S}{(n \cdot C - 1 \cdot C)}$$

V= Coeficiente de Validación: V de Aiken

S= Sumatoria de respuestas positivas

n= Numero de jueces= 5 jueces

C= Número de valores de la escala de evaluación = 2 (A, B)

$$V = 1$$

**Coeficiente V-AIKEN > 0.70 es valido**

- La validez del instrumento: CUESTIONARIO: “Factores sociolaborales de los profesionales de la salud” presentó un Coeficiente de Aiken igual a 1, indicando que es válido y aceptable. (62)

### JUECES

Jueces	Apellidos y nombres	Título y/o Grado Académico	Cargo de la Institución donde labora
	Oblitas Vargas,	Médico Cirujano.	Jefe de Auditoría y Auditor
<b>Juez 1</b>	Iván Jesús	Auditor médico. Magister en Gerencia de servicios de Salud.	médico. Hospital de Atención General Celendín.
<b>Juez 2</b>	Aldave Torres, Mirtha Janeth	Obstetra Especialista en Emergencia Obstétrica y Cuidados críticos. Magister en Gobierno y Gerencia en Salud	Responsable de Calidad de los Servicios de Salud. Dirección Regional de Salud Cajamarca.
<b>Juez 3</b>	Ramírez Raico, Juan Ysrael	Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia	Jefe del Servicio de Gineco Obstetricia. Hospital de Atención General Celendín.
<b>Juez 4</b>	Gálvez Sánchez, Óscar Miguel	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria	Jefe del Servicio de Emergencia. Hospital de Atención General Celendín.
<b>Juez 5</b>	León Díaz, Claudia Rosa	Obstetra Especialista en Emergencia Obstétrica y Cuidados críticos Auditora en salud.	Jefa del gremio de Obstetras. Hospital de Atención General Celendín.



Mg. Julio César Guatupo Alvarez  
COESPE N° 254

## ANEXO 4

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

#### COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH

##### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	0,0
	Total	10	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

##### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
0,816	8

La confiabilidad del instrumento presenta un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,816, lo que indica que el instrumento es bueno y confiable.

#### EVALUACIÓN DEL COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH

Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación. Como criterio general, George y Mallery (63) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes:

- Coeficiente alfa > 0,9 es excelente.
- Coeficiente alfa > 0,8 es bueno.
- Coeficiente alfa > 0,7 es aceptable.
- Coeficiente alfa > 0,6 es cuestionable.
- Coeficiente alfa > 0,5 es pobre.
- Coeficiente alfa < 0,5 es inaceptable.