



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

CULTURA DE SEGURIDAD EN SALUD Y BIOSEGURIDAD EN LAS
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA CLÍNICA ONCOSALUD. SAN BORJA.

LIMA. AÑO 2021

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Salud Pública con mención en
Epidemiología

Autora:

Villavicencio Gonzales, Karol Miroslava

Asesor:

Díaz Dumont, Jorge Rafael
(ORCID: 0000-0003-0921-338X)

Jurado:

Paredes Campos, Felipe Jesús
Munayco Magallanes, Américo Alejandro
Sotomayor Mancicidor, Oscar Vicente

Lima - Perú

2023

Reporte de Análisis de Similitud

Archivo:	1A VILLAVICENCIO GONZALES KAROL MIROSLAVA MAESTRIA 2021.docx
Fecha del Análisis:	21/03/2022
Analizado por:	Astete Llerena, Johnny Tomas
Correo del analista:	jastete@unfv.edu.pe
Porcentaje:	4 %
Título:	“CULTURA DE SEGURIDAD EN SALUD Y BIOSEGURIDAD EN LAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA CLÍNICA ONCOSALUD. SAN BORJA. LIMA. AÑO 2021.”
Enlace:	https://secure.arkund.com/old/view/125172025-600044-756030#DcQxDoMwEEXBu7h+ina/vYbIKhFFhAJyERrKKHcPU8y3fK6yPA3H7+6FV7zhgXd8whM5EgqooaDS6EzM5Eq5xnGOfWyvc3uXxR5WQ2FK5RyW2b3//g==



DRA. MIRIAM LILIANA FLORES CORONADO
JEFA DE GRADOS Y GESTIÓN DEL EGRESADO



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

CULTURA DE SEGURIDAD EN SALUD Y BIOSEGURIDAD EN LAS
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA CLÍNICA
ONCOSALUD. SAN BORJA. LIMA. AÑO 2021.

Línea de Investigación:
Salud Pública

Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Salud Pública

Autor(a)

Villavicencio Gonzales, Karol Miroslava

Asesor(a)

Díaz Dumont, Jorge Rafael
(ORCID: 0000-0003-0921-338X)

Jurado

Paredes Campos, Felipe Jesús
Munayco Magallanes, Américo Alejandro
Sotomayor Mancicidor, Oscar Vicente

Lima – Perú
2023

Título:

“Cultura de Seguridad en Salud y Bioseguridad en las Profesionales de Enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021.”

Asesor:

Dr. Díaz Dumont Jorge Rafael.

Autora:

Bach. Villavicencio Gonzales Karol Miroslava.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de tesis a mi familia, quienes me han apoyado de manera constante en el desarrollo de la misma.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, deseo dar las gracias a Dios, por permitirme lograr culminar la presente tesis, la cual ha sido de suma importancia y relevancia para mis grados académicos.

En segundo lugar, deseo agradecer a todas aquellas personas que intervinieron de alguna manera en el desarrollo de la misma.

Por último, deseo agradecer a mis profesores, por guiarme de manera progresiva en mis labores académico-profesionales.

ÍNDICE

ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABLAS	7
ÍNDICE DE FIGURAS.....	8
RESUMEN	9
ABSTRAC	10
I. INTRODUCCIÓN	11
1.1 Planteamiento del problema.....	11
1.2 Descripción del problema.....	11
1.3 Formulación del problema	12
- Problema general	12
- Problemas específicos.....	12
1.4 Antecedentes	12
1.5 Justificación de la investigación.....	20
1.6 Limitaciones de la investigación	22
1.7 Objetivos	22
- Objetivo general	22
- Objetivos específicos.....	22
1.8 Hipótesis del estudio	23
- Hipótesis general:	23
Hipótesis específicas.....	23
II. MARCO TEÓRICO.....	24
2.1 Marco conceptual	24
III. MÉTODO	51
3.1 Tipo de investigación	51

3.2	Población y muestra	52
3.2.1	Población del estudio	52
3.2.2	Muestra	52
3.3	Operacionalización de variables.....	53
3.4	Instrumentos	54
3.5	Procedimientos	58
3.6	Análisis de datos.....	58
3.7	Consideraciones éticas	59
IV.	RESULTADOS.....	60
4.1	Resultados descriptivos por dimensiones y variables	60
4.2	Validación de hipótesis	65
V.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	69
VI.	CONCLUSIONES	72
VII.	RECOMENDACIONES	73
VIII.	REFERENCIAS	74
IX.	ANEXOS	79
	ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA	80

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de la variable Cultura de Seguridad en Salud	54
Tabla 2: Operacionalización de la variable Bioseguridad	54
Tabla 3: Validaciones	56
Tabla 4: Confiabilidad Cuestionario de Cultura de Seguridad en Salud	57
Tabla 5: Confiabilidad cuestionario de Bioseguridad	57
Tabla 6: Cultura de seguridad en salud en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021	60
Tabla 7: Bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021	61
Tabla 8: Cultura de seguridad en salud y la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021	62
Tabla 9: Cultura de seguridad en salud y la dimensión de conocimientos teóricos de la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021	63
Tabla 10: Cultura de seguridad y la dimensión de conocimientos prácticos de la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021	64
Tabla 11: Pruebas de normalidad	65
Tabla 12: Correlación de variable y dimensiones	66
Tabla 13: Contratación de la hipótesis general y específicas	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de frecuencias de la cultura de seguridad en salud	60
Figura 2: Diagrama de frecuencias de la bioseguridad	61
Figura 3: Diagrama de barras agrupadas de la cultura de seguridad en salud y la bioseguridad.....	62
Figura 4: Diagrama de barras agrupadas de la cultura de seguridad en salud y la dimensión de conocimientos teóricos	63
Figura 5: Diagrama de barras agrupadas de la cultura de seguridad y la dimensión de conocimientos prácticos	64

RESUMEN

La presente investigación titulada “CULTURA DE SEGURIDAD EN SALUD Y BIOSEGURIDAD EN LAS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE LA CLINICA ONCOSALUD. SAN BORJA. LIMA. AÑO 2021” tuvo como objetivo general determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad en salud y la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021; siendo las variables inmersas en el estudio la Cultura de Seguridad en Salud y la Bioseguridad. El estudio de la investigación es de enfoque cuantitativo, diseño no experimental nivel correlacional; la población de 85 enfermeras y al trabajar con toda la población no se consideró muestra. Los instrumentos abordados para medir las variables fueron el cuestionario de Cultura en Seguridad en Salud con 45 reactivos y el cuestionario de Bioseguridad con 31 reactivos, cuyos resultados se presentan en tablas y figuras. Entre las principales conclusiones se tiene que: demuestra que la Cultura de Seguridad en Salud se relaciona significativamente con la Bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021; siendo que el coeficiente de correlación Rho Spearman de 0.855, demostró una alta asociación entre las variables.

Palabras clave: cultura de seguridad en salud, bioseguridad, conocimientos

ABSTRAC

The present investigation titled "CULTURE OF HEALTH SAFETY AND BIOSECURITY IN NURSING PROFESSIONALS OF THE ONCOSALUD CLINIC. SAN BORJA. LIMA. YEAR 2021" had the general objective of determining the relationship between the health safety culture and biosafety in the nursing professionals of the Oncosalud Clinic. San Borja. Lime. Year 2021; being the variables immersed in the study Health Safety Culture and Biosafety. The research study has a quantitative approach, with a quantitative approach, non-experimental design at the correlational level; the population of 85 nurses and when working with the entire population was not considered a sample. The instruments addressed to measure the variables were the Health Safety Culture questionnaire with 45 items and the Biosafety questionnaire with 31 items, the results of which are presented in tables and figures. Among the main conclusions are that: it shows that the Health Safety Culture is significantly related to Biosafety in the nursing professionals of the Oncosalud Clinic. San Borja. Lime. Year 2021; being that the Rho Spearman correlation coefficient of 0.855, showed a high association between the variables.

Keywords: health safety culture, biosafety, knowledge

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La cultura de tipo positiva en cuanto a seguridad de los pacientes en distintas instituciones sanitarias se enfatiza como pilares únicos e importantes que evitan los diversos efectos adversos que puedan ocurrir, además del aprendizaje continuo de los errores que sirven para poder reinventar y diseñar los procesos sanitarios. Desde este punto de vista, las consecuencias de una cultura que se centra en la seguridad de todos los trabajadores de la salud o del público siempre se han visto como una “buena práctica” para mejorar continuamente la seguridad del paciente. Cabe señalar que a lo largo de la historia así lo ha demostrado un informe del Foro Nacional de Calidad de 2003 realizado en Estados Unidos, en el que se brindó información sobre la actualización continua de los informes.

1.2 Descripción del problema

Desconocemos los diferentes niveles de la cultura de seguridad, enfocada radicalmente en el uso y la costumbre por preservar de manera continua la salud del paciente y su correcta aplicación consecuente de normas que se basan en el cuidado de la seguridad, debido a la escasa motivación e interés, omitiéndose en los planes la preparación que se necesita en relación a la preservación de la salud, restando importancia las maneras de preservar la salud tanto personal como del colectivo de trabajadores y pacientes, cada profesional de salud está en obligación de propender o establecer la cultura de prevención en su área, esto se aprecia también en la entidad donde se realiza el estudio, diferentes tipos de defectos que tienen cierto nivel de repercusión laboral de todo personal de enfermería de tal manera que también los usuarios y ellos mismos se ven afectados teniendo injerencia directa en la salud y los procesos de manejo hospitalario. No obstante, diversas instituciones de salud cuentan con un sobrecargo en los niveles de seguridad cultural de salud, en la que en numerosas situaciones entran a tallar aspectos

importantes como una motivación precaria, desinterés, falta de capacitación constante y continúa, en la que desemboca una serie de conductas no usuales del personal y profesional de la salud. Se resalta con éxitos, la necesidad de realizar diagnósticos en cuanto a las variables de estudio conocidas para identificar la real situación actual con el propósito de plantear estrategias que repercutan significativamente a la mejora de la gestión institucional con beneficios a largo plazo para la entidad y los trabajadores.

1.3 Formulación del problema

Problema General

¿Qué relación existe entre la cultura de seguridad en salud y la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud San Borja. Lima. Año 2021?

Problemas Específicos

- ¿Qué relación existe entre la cultura de seguridad en salud y la dimensión de conocimientos teóricos de la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021?
- ¿Qué relación existe entre la cultura de seguridad en salud y la dimensión de conocimientos prácticos de la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021?

1.4 Antecedentes

1.4.1 Antecedentes Internacionales

Vasco, (2017). Tradicionalmente, se ha centrado en el análisis de toda la cultura de seguridad principalmente en el paciente asignado al área de atención. En su estudio titulado: "Análisis de la cultura de seguridad del paciente en la enfermería del hospital de Mérida, España". Su enfoque principal es el análisis estructural de la cultura de seguridad del paciente del propio Sanatorio de Mérida. La metodología tiene un tipo de estudio descriptivo, observacional - transversal que analiza diversos factores sociales y ocupacionales de la

población general que se relacionan con las conductas / actitudes relacionadas con la seguridad del paciente. Asimismo, el análisis de las debilidades consecuentemente con sus fortalezas tiene como deducible la mejora continua de todo tipo de intervenciones derivadas de estudio y mejora del Hospital de Mérida (HM). Además, la herramienta que se usó para el cuestionario validado con alta fiabilidad fue adaptado a la lengua española en la que tuvo como resultado la continua e importante colaboración de la Universidad de Murcia y el Ministerio de Sanidad de Servicios Sociales e Igualdad de Estados Unidos.

En el ambiente HM se comprobó que el clima de tipo seguridad es seguro con alta priorización en las mejoras. No obstante, existe un porcentaje incrementado en la que Enfermería, en los últimos años, no emitió un comunicado EA (evento adverso) aun teniendo a trabajadores activos en el área de hospitalización. Se resalta que la media total en notificaciones de EA/enfermero tiene una cifra de 0,49; dicha cifra no tiene nivel de concordancia con la nota que se asignó al clima de seguridad.

Los trabajadores de Enfermería del HM cuentan con sus propias percepciones en relación a las dimensiones ya sea positiva o negativa, considerando las enfatizadas al nivel de Apoyo de la gerencia y la Dotación del personal activo. Asimismo, la percepción denotada a la Cultura de Seguridad del Paciente es altamente favorable en sus dimensiones ya sean generales, a nivel de Hospital y al nivel del servicio de la unidad.

A lo largo de las investigaciones, se detectaron fortalezas ligadas al trabajo en equipo, en el cual se destacan al personal que enfatizan en el apoyo mutuo y cuando el personal activo tiene alta carga laboral. Además, se tiene que tener en cuenta las dimensiones positivas relacionadas con los encuestados y la de los Supervisores del área de seguridad del paciente.

Grillo, (2013). En su investigación “Construcción y validación de una herramienta de gestión para evaluar la cultura de seguridad en entornos industriales”. Universidad Lull-España. Tuvo como objetivo, buscar la relación entre gestión y cultura de seguridad.

Cuantitativa, no experimental, Básica correlacional. Instrumento diseñado y validado específicamente para este estudio. El autor concluye que los puntos más saltantes han sido enfatizados por la responsabilidad y el nivel de cumplimiento relacionado a la tasa de fiabilidad con valor de 0,71 en el cual tiene como indicador Responsabilidad y la cifra 0,73 para el indicador de Cumplimiento, con posibilidad de mejorar. Asimismo, se destaca la correlación existente evaluada en las variables que tienen como resultado el sumar altos índices de siniestralidad por desconocimiento y aplicación de la culturalidad de prevención.

Briceño, (2011). En su investigación “Implementar un modelo de cultura justa de seguridad del paciente en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander HUS”. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Colombia. Tuvo como objetivo la implementación del modelo cultura de justa seguridad de los pacientes. Población alterna constituida por 23 usuarios internos y 23 usuarios externos. Descriptiva, transversal. La metodología empleada fue de tipo descriptiva-transversal, instrumento diseñado y validado para la ocasión. El autor concluye que se da la mejora de los servicios de capacitación sobre los lineamientos y políticas de seguridad del paciente y los trabajadores de la entidad.

Uno de los puntos más resaltante es el descuido de la atención oportuna de la salud y sumado a ello la burocracia administrativa, que alargan la permanencia del paciente.

Todas las políticas y estrategias de seguridad sanitaria interna y externa parte del compromiso e involucramiento de la dirección y su plana ejecutiva, esto traerá como consecuencia la mejora de los procesos.

López (2012). Seguridad de los pacientes en la Prestación de Servicios de Salud de 1er Nivel Atención. Universidad de Antioquia - Colombia. Objetivo estudiar los niveles de seguridad en el paciente en el primer nivel de atención. El diseño fue descriptivo con enfoque cuantitativo, no experimental. El autor concluye que uno de los puntos importantes encontrados es la veracidad de los reportes y sobre la no personalización de los errores.

Se concluye también en la estandarización de los procesos y su socialización y puesta en marcha, unificando una sola planificación, en donde se involucren todos los trabajadores de la entidad. Se estudia el camino de una entidad basada en la confianza mutua y en los deseos de mejorar de la mano con un liderazgo efectivo y eficaz.

Panimboza (2013). Medidas de bioseguridad aplicadas al personal de enfermería en la estancia hospitalaria de los pacientes. “Hospital Dr. José Garcés Rodríguez”. Universidad Península de Sta. Elena – Ecuador. Tuvo como objetivo general la verificación de la correcta aplicación de las medidas de bioseguridad y el conocimiento constante del personal atribuible directamente a la educación de los mismos. Asimismo, dicha investigación se hizo en base a recolección de datos directos en el que el estudio fue de tipo descriptivo. Se usaron diversos instrumentos observacionales directos con un total de 27 ítems precisos y solo 1 cuestionario enfocado en 10 preguntas. La investigación fue viable y sustentada con bases estadísticas en la que la muestra fue de 28 personas que permitieron el correcto análisis de los datos cuantitativos para resolver la problemática planteada.

Asimismo, concluyendo que, en relación al índice de barreras físicas, se puede demostrar que una proporción correspondiente de enfermeros no utiliza barreras físicas en la atención al paciente, situación preocupante ya que deben cumplir con las medidas de bioseguridad para ello. formas de proteger y prevenir enfermedades infecciosas y evitar el riesgo de exposición a agentes biológicos, por lo que se investigó si la organización suministró insumos para proteger a los empleados y con las observaciones se han realizado, se constata que sí, pero es el personal de enfermería no use la ropa correspondiente.

Por otro lado, el personal no usa gafas para prevenir infecciones por salpicaduras de cualquier contaminante, sin embargo, casi siempre usa mascarillas y guantes, por lo que las medidas de bioseguridad no se aprecian del todo. tener un accidente en el trabajo.

Además, en cuanto a la posibilidad de aplicar medidas especiales de bioseguridad al lavado de manos, se encuentra que los empleados lo hacen solo al final del manejo de heces y secreciones y al final de la jornada laboral. mientras que la mitad de la población informó que no se lava las manos después de atender a los pacientes y después de manipular los desechos.

En cuanto a la gestión de desechos, el personal de enfermería tiene una alta tasa de selección de desechos por tipo de contaminación, especialmente en la clasificación de los objetos punzantes en sus respectivos contenedores, pero vale la pena señalar que la preocupación es que el relleno del catéter no se utiliza con regularidad. porque cuando se retiren se colocarán en sus respectivas posiciones.

Concluimos que la relación que hay en nuestra investigación con la fundamentación de enfermería sirve como guía para el mejoramiento de la profesión; y como base para que investigaciones aumenten el cuerpo de conocimientos de enfermería, y la manera más eficaz en el proceso de atención de enfermería.

Becerra y Calojero (2010). La correcta aplicación de normas ligadas a la bioseguridad en profesionales de enfermería. Universidad De Oriente. Venezuela. Se realizó un estudio de tipo Descriptivo, de corte Transversal, No Experimental, con el objeto de Determinar la Aplicación de las Normas de Bioseguridad de los Profesionales de enfermería en la Unidad de Diálisis del Hospital Julio Criollo Rivas en Ciudad Bolívar, La muestra estuvo conformada por 32 profesionales de enfermería. Como instrumento se utilizó una guía de observación que permitió verificar la aplicación de las Normas de Bioseguridad por el personal de Enfermería.

Se concluye que: el personal de Enfermería no cuenta con un Manual de Bioseguridad, que sirva como apoyo al momento de consultar dudas con respecto a la prevención o manejo de algún accidente laboral. El nivel de aplicación con respecto al lavado de manos es excelente, ya que de acuerdo a la escala cualitativa el 95,31% y el 97,66% siempre se lavan las manos antes y después de cada procedimiento respectivamente.

En relación al uso de guantes se determinó que en cuanto al nivel de aplicación son excelentes, ya que de acuerdo a la escala cualitativa siempre aplican las técnicas para colocación de guantes estériles y el retiro de guantes contaminados, así como el uso en la realización de procedimientos invasivos. El 53,12% del personal utiliza el mono para trasladarse dentro y fuera de la Unidad de Diálisis. Demostrando que aplican el uso correcto del mono clínico de acuerdo a la escala cualitativa algunas veces. En cuanto al nivel de aplicación con respecto al uso correcto de la ropa descartable del personal de enfermería se observó que a menudo tiene y utiliza correctamente el tapabocas, pocas veces las botas desechables y el gorro y nunca utilizan la bata. El 100% no utiliza lentes protectores durante las actividades que requieren protección ocular. Por lo tanto, de acuerdo a la escala cualitativa nunca se aplica. De acuerdo a lo observado en el manejo de material punzocortante el nivel de aplicación es a menudo, debido a que el 74,29% del personal de enfermería practica el reencapsulado de agujas con una sola mano. Y Finalmente, cabe destacar que el personal siempre cuenta con envases adecuados para el descarte de material punzocortante, y de acuerdo al nivel de aplicación siempre separan los desechos adecuadamente.

1.4.2 Antecedentes Nacionales

Pérez (2014). La cultura de seguridad en salud y su relación con la calidad percibida en el usuario interno de la Clínica Municipal Santa Anita. Lima. 2013. Universidad Cesar Vallejo. El objetivo general de este estudio fue determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad médica y la calidad percibida de los usuarios internos de la clínica de la ciudad de Santa Anita. La población estuvo conformada por 200 trabajadores de la clínica municipal de Santa Anita, la muestra censal considerada fue la población total, donde se utilizaron las variables: Cultura de Seguridad en Salud y Calidad Percibida. El método utilizado en el estudio es el método de inferencia hipotética. Este estudio utiliza para su propósito un diseño no empírico del nivel de correlación transversal, la recolección de información en un período

específico, desarrollado mediante la aplicación de las herramientas: Cuestionario sobre cultura de seguridad y salud, compuesto por 5 preguntas en la escala Likert (Muy poca, Poca, Moderada, Regular, Alta) y el Cuestionario de Calidad Percibida, compuesto por 22 preguntas dicotómicas (Sí, No), que brinda información sobre Salud Cultural, Seguridad y Calidad Percibida, mediante la evaluación de sus diversos aspectos, se presentan los resultados gráficamente y textualmente.

Se concluye que este estudio muestra que la cultura de seguridad en salud está significativamente asociada con la dimensión climática de la calidad percibida por los usuarios internos de la clínica municipal de Santa Anita. Lima. Año 2013; determinó el coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0,710, que representa un alto grado de correlación. Se demostró que existe una relación entre la cultura de seguridad médica y el aspecto de Liderazgo de Calidad percibido por los usuarios internos de la clínica municipal de Santa Anita. Lima. Año 2013; determinó un coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0,827, lo que representa un alto grado de correlación. Se ha demostrado que la cultura de seguridad médica está significativamente relacionada con el aspecto identitario de calidad percibido por los usuarios internos de la clínica municipal de Santa Anita. Lima. Año 2013; determinó un coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0,667, lo que representa un grado moderado de correlación.

Se demostró que la cultura de la seguridad médica tiene una relación significativa con el aspecto Motivacional de la calidad percibida por los usuarios internos de la clínica municipal de Santa Anita. Lima. dos mil trece; determinó un coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0,712, lo que representa un alto grado de correlación. Asimismo, se ha demostrado que la cultura de seguridad en salud tiene una relación significativa con la calidad percibida de los usuarios internos de la clínica municipal de Santa Anita. Lima. dos mil trece; determinó un

coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0,896, lo que representa un alto grado de correlación.

Cóndor (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas en bioseguridad en las unidades de cuidados intensivos de dos hospitales de Lima-Perú. USMP. Objetivos: Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre bioseguridad entre los trabajadores de la salud en las unidades de cuidados intensivos (UCI) de dos hospitales de Lima, Perú. Métodos: se realizó un estudio descriptivo transversal en las unidades de cuidados intensivos de los hospitales nacionales de Dos de Mayo e Hipólito Unanue. Se desarrolló una herramienta de recolección de datos, compuesta por 27 ítems ($KR20 = 0.81$) aplicados a médicos, enfermeros y técnicos de enfermería.

Los autores concluyen que podemos apreciar que 66.3 trabajadores tenían un conocimiento adecuado de los estándares de bioseguridad, siendo estos resultados superiores a los encontrados en otros estándares de bioseguridad. Investigaciones previas se realizaron en Perú, sin embargo, asumimos que el nivel óptimo de conocimiento debe ser mucho mayor. Un estudio realizado en Camagüey Cuba mostró que un programa de capacitación en estándares de bioseguridad que se lleva a cabo en unidades de alto riesgo (cuidados intensivos, sala de partos, curetaje, quirófano, urología) mejoró el nivel de comprensión total en promedio del 55%.

De igual manera, también apreciamos que el nivel adecuado de práctica es 7.5%, resultado que es mayor en promedio al encontrado en estudios previos realizados en Perú, sin embargo, creemos que idealmente todos los trabajadores de la UCI deberían tener un buen nivel de práctica de bioseguridad. Un estudio realizado en Tacna-Perú mostró que luego de una intervención educativa, el nivel de buenas prácticas aumentó en un 39.2%. El nivel de satisfacción fue del 95%, lo que podría ser favorable ya que una actitud positiva es un factor de cumplimiento de los estándares de bioseguridad.

Estudios CAP como estos pueden ayudar a identificar posibles brechas para los trabajadores en la capacitación en estándares de bioseguridad para reducir las tasas de infección intrahospitalaria en las unidades.

Rodríguez (2013). Conocimiento en bioseguridad y aplicación de medidas de protección para enfermeros del departamento de neonatología del Hospital Belén de Trujillo. UPAO. El presente estudio descriptivo de correlación se realizó con el objetivo de determinar la relación entre el conocimiento en bioseguridad y la aplicación de medidas de protección por enfermeros de neonatología del Hospital Belén de Trujillo 2013. El universo muestral incluye 45 enfermeros de salud. Se utilizaron dos herramientas, la primera para medir el conocimiento de la enfermera sobre bioseguridad y la segunda una guía observacional para verificar la aplicación de las medidas de protección por parte de la enfermera.

Los autores concluyeron que 40% enfermeras de la unidad neonatal tenían un nivel moderado de comprensión y el 60% tenía un nivel alto de comprensión. Los enfermeros de la unidad neonatal respetaron la aplicación de medidas de protección en el 73,3% y el 26,7% no respetó la aplicación de las medidas de protección. Hubo una relación significativa entre el nivel de conciencia de bioseguridad y la adopción de medidas de protección por parte de los enfermeros de neonatología del Hospital Belén de Trujillo ($p = 0,032$ y $<0,05$).

1.5 Justificación de la investigación

La investigación tiene como justificación:

- Considerar segura la práctica clínica o una cultura de seguridad y salud cuando se hace con la “certeza” de que, a lo largo del proceso, se ha utilizado la mejor evidencia disponible en ese momento. Para prevenir, minimizar y eliminar efectos no deseados. causado por la práctica anterior. La cultura de seguridad del personal de enfermería es la pauta básica que facilita la calidad de la atención, y paulatinamente se ha convertido en un objeto de preocupación generalizada en el ámbito de salud. Por tanto, es

importante conocer qué ocurre con el cumplimiento de las enfermeras de esta "cultura de seguridad", a fin de dar una descripción de la realidad en la entidad objeto de este estudio, así como un punto de partida para sugerir mejoras, actuar y contribuir a la investigación en esta área, ya que la cultura de la seguridad se está convirtiendo en una competencia obligatoria del personal de enfermería en el mundo moderno; porque esto es crucial para monitorear y mantener la salud del paciente.

- La prevención y protección del personal, los usuarios y el medio ambiente es uno de los elementos fundamentales de la política sanitaria. El proceso de atención al paciente siempre genera residuos, los cuales deben ser bien gestionados para prevenir accidentes y enfermedades laborales a los usuarios, empleados y la comunidad en general. Los establecimientos de salud requieren el cumplimiento de un programa integral de bioseguridad como parte de su política organizacional y operativa, que debe incluir estándares que aseguren un ambiente de trabajo ordenado y seguro, que conduzca a una mejor calidad de la atención y racionalización de costos.
- Esto es importante porque es fundamental para el desempeño óptimo de las organizaciones en términos de salud y seguridad, ya que los esfuerzos de prevención de las organizaciones se vuelven menos efectivos, lo que significa que ocurre en un momento en que los recursos aplicados a la seguridad y la salud no están dando los resultados esperados. Las organizaciones de salud continúan mejorando y el incumplimiento comienza a integrar la salud y la seguridad en los procesos de atención y en su propia fuerza laboral, especialmente entre las enfermeras expuestas. Con la mayoría de los pacientes con esta estrategia de trabajo, comience a implementar un sistema de gestión de salud y seguridad eficaz.
- En materia de bioseguridad, es responsabilidad de las autoridades competentes de cada entidad que el colectivo colaborador en la atención directa del paciente tenga todos los

conocimientos de las normativas de bioseguridad tales como: lavarse las manos adecuadamente, utilizar antes mascarilla y guantes al realizar un tipo de procedimiento invasivo al paciente, entre otros; La implementación de estas medidas de protección, para evitar enfermedades cruzadas y así reducir las complicaciones del cuadro clínico de los pacientes hospitalizados. Además, aplicando todos los estándares de bioseguridad, nos esforzaremos por reducir la morbilidad y la mortalidad entre los usuarios que se encuentran hospitalizados en diversos establecimientos de salud pública, por lo que prevenimos estadías hospitalarias prolongadas y recortamos costos para el establecimiento de salud y para los pacientes y sus familias. Tanto una cultura de bioseguridad correctamente aplicada como de seguridad sanitaria reducen la morbilidad y la mortalidad, es decir, son pilares para mejorar las estadísticas epidemiológicas desde un punto de vista preventivo.

1.6 Limitaciones de la investigación

Se tuvo una delimitación temporal en cuanto al desarrollo de la investigación, el cual fue la emergencia sanitaria en que se vive y la evolución de la pandemia expandió el tiempo de desarrollo del estudio.

1.7 Objetivos

Objetivo general

Determinar qué relación existe entre la cultura de seguridad en salud y la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021.

Objetivos específicos

- Determinar qué relación existe entre la cultura de seguridad en salud y la dimensión de conocimientos teóricos de la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021.

- Determinar qué relación existe entre la cultura de seguridad en salud y la dimensión de conocimientos prácticos de la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021.

1.8 Hipótesis del estudio

Hipótesis general

La cultura de seguridad en salud se relaciona significativamente con la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021.

Hipótesis Específicas

- La cultura de seguridad en salud se relaciona significativamente con la dimensión de conocimientos teóricos de la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021.
- La cultura de seguridad en salud se relaciona significativamente con la dimensión de conocimientos prácticos de la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco conceptual

2.1.1. Bases teóricas de la variable: Cultura de Seguridad en Salud.

Concepto de Cultura de Seguridad en Salud.

Según el Instituto Sindical de Trabajo (2018) define como “el valor primordial que la compañía sostiene sobre el trabajador en cuanto a su seguridad; además, será tomada así por diversos grupos según la escala de organización” (p. 2).

Los centros de salud, ofrecen servicios orientados a la atención a los usuarios y trabajadores. Sin embargo, como en la mayoría de los trabajos la modernización de sistemas que incluyen aparatos tecnológicos, que, en muchos casos, es un aspecto positivo para el crecimiento de la entidad, genera un riesgo al complicar la situación al paciente como al profesional de la salud que lo atiende.

Asimismo, el Instituto Sindical de Trabajo (2018) lo define como “conjunto de valores, actitudes y normas establecidas que guiarán en la toma de decisiones en la organización, así como la participación individual como en equipo” (p. 3).

La Organización Mundial de la Salud indicó que 1 de cada 10 pacientes, al menos uno padece de iatrogenia o una complicación adversa. Para evitar un registro errado y sistema bloqueado, se ha realizado un análisis tanto de incidencia como de prevalencia. Sin embargo, el sistema falla por alguna causa lo que conllevaría a que la investigación se paralice.

Igualmente, el Instituto Sindical de Trabajo (2018) ratificó que “la cultura de seguridad en salud es un elemento importante de la cultura organizacional, donde las actitudes y la conducta de los trabajadores tienen un lugar importante en la organización ejecutora” (p. 1).

El conjunto de actitudes y valores de los trabajadores que se encuentran sujetos a las acciones laborales de la entidad de salud se consideran como Cultura de Seguridad de salud, sumado a ello la identidad, responsabilidad y dedicación que se brindan en áreas de atención

al usuario con profesionalismo y seguridad, induciendo confianza para satisfacer las percepciones y expectativas previniendo acontecimientos que pudieran ser adversos para el usuario y el profesional de salud.

Carmona (2018) enfatiza que “todas las entidades que se esfuerzan en mejorar sin conformarse, comienzan a integrar la seguridad y salud que es fundamental en los procesos de trabajo, como la inclusión de un sistema que gestiona la seguridad y la salud efectiva” (p. 1).

La economía en salud se centra en la inversión de herramientas que se necesitan para el buen manejo de base de datos, interpretación de información, asignación de personal calificado en sus respectivas áreas de trabajo, entre otros; dado que, el desarrollo de competencias y capacitaciones que implican la formación de recursos, resulta el inicio al gerenciamiento de los riesgos.

La Biblioteca Virtual en Salud (2018) ratifica que “las organizaciones que comienzan a recorrer este camino invierten en la evaluación de aspectos culturales, comienzan a observar el comportamiento y a analizar sus causas” (p. 9).

La plana ejecutiva contempla un sin número de actividades, que, al mismo tiempo, se compromete con sus responsabilidades creando personalización, el cual permite los miembros de su organización se desarrollen de manera positiva y transparente.

Los valores y la Cultura de la seguridad en salud

Ruiz (2018) contextualiza que:

La cultura de la seguridad en salud es esencial para todos los centros de salud, puesto que, se considera una herramienta didáctica que se creó en el año 1993 cuando el Advisory Committee on the Safety On Nuclear Installations (ACSNI), donde se determinó como la asociación de valores tanto individuales como grupales, percepciones, compromiso, estilo y habilidades en gestión de salud y seguridad de una organización. Este término corresponde a la importancia de crear confianza con el

paciente encaminadas al bienestar del mismo. El propósito es construir elementos necesarios a través de prácticas y actitudes perseverantes para llegar a una cultura de seguridad. Por lo tanto, el conjunto de diversos elementos sugeridos sumado al cambio de actitudes a positivas como son, la forma de pensar, gerenciar y actuar, modificará el ánimo del trabajador a un ser inspirador con metas proyectadas (p. 3)

En este orden de ideas, para la cultura de seguridad deben tener los siguientes componentes como, valores; los más importantes como la ética; creencias, cómo se darán las situaciones; normas; cómo se realizarán y actitudes positivas. El resultado será positivo si se contemplan estos elementos. Es decir, si las entidades u organizaciones trabajan en conjunto con cultura, los miembros serán competentes para realizar cualquier actividad.

Unidades de una cultura de seguridad

Ruiz (2018) indica que las unidades principales de una cultura de seguridad son:

- 1.- Para que exista una cultura informada e informante debemos gestionar de manera adecuada la culpa y el consiguiente castigo. Una organización libre de culpas no es posible; el que afirme lo contrario es un idealista. Una "cultura justa" es aquella capaz de crear una atmósfera de confianza que incentive la información que se proporcione para aumentar los niveles de seguridad de nuestros centros o unidades.
- 2.- Un motor que es la ambición por conseguirla, y aunque difícil de alcanzar merece la pena esforzarse por conseguir este objetivo.
- 3.- Las organizaciones campeonas en seguridad son capaces de adaptarse ante los nuevos peligros de manera rápida. Por tanto, una "cultura flexible" en la que los profesionales son capaces de afrontar los nuevos peligros sin necesidad de que se tenga que poner en marcha la cadena de mando jerárquica; adaptabilidad para afrontar crisis que se basa en el respeto hacia las habilidades, destrezas y experiencia de los profesionales.

4.- El motor ha de ser potente y eso depende del respeto que le tengamos a la creencia de que puede ocurrir un accidente, es decir, tener miedo ante los peligros, lo que nos mantendrá alerta y en guardia constante.

5.- Para mantener este estado permanente de cautela es necesario disponer de información sobre resultados no deseados, eventos adversos, incidentes y accidentes. Eso es lo que llamaríamos tener una "cultura informada".

6.- Esa información no hay otra manera de obtenerla que de los trabajadores en contacto con los pacientes en riesgo; por eso hay que poner en marcha una "cultura informante" con profesionales dispuestos a notificar sus incidentes y errores para que sean recopilados, analizados y generen informes.

7.- "Cultura que aprende", es decir, saca conclusiones de los sistemas de información e implanta las reformas necesarias cuando hace falta. Elementos primordiales son los de "cultura que informa", "cultura justa", "cultura flexible" y "cultura que aprende". La interacción de todos configura una cultura de seguridad que hace reducir los incidentes o accidentes organizativos. (p. 16)

En este punto destacar la labor fundamental que han de desempeñar los jefes de servicio, coordinadores o supervisores de áreas teniendo en cuenta que ese respeto ha de ganarse y no imponerse. Los líderes inspiran a sus equipos a través del ejemplo que predicán, las buenas prácticas y el sentido de responsabilidad institucional. Las organizaciones con mayor capacidad para aprender son aquellas que mantienen una mentalidad abierta y un sentimiento de curiosidad, y que asumen que siempre hay algo que aprender debido a la complejidad e inseguridad que caracterizan la incertidumbre en la práctica asistencial.

Importancia de la Cultura de Seguridad en Salud

Unne (2018) enfatiza que:

Aunque no existe evidencia clara sobre la relación de la cultura de seguridad con la prevención de eventos adversos, algunos estudios encuentran correlación entre el clima de seguridad positivo en las instituciones y la mejora en la implementación de prácticas seguras y mejores resultados clínicos. El rol que ejerce el comportamiento humano tanto en la generación como en la resolución de incidentes, además de la influencia directa de la cultura de la organización y el entorno de trabajo en este comportamiento son aspectos a considerar al abordar estrategias de enseñanza o implementación de medidas de mejora. El estudio del factor humano (FH) engloba todos los factores del entorno, organización, del trabajo y las características humanas e individuales que influyen en el comportamiento en el trabajo y afectan a la salud y la seguridad. Se entiende el FH en su forma individual, es decir, en relación al sujeto en contacto directo con el paciente, o bien en su forma colectiva, que abarca las relaciones que se establecen en el equipo humano que trata al paciente. (p. 1).

Cambiar la cultura de seguridad de las organizaciones sanitarias es un reto complejo que requiere evitar el adoctrinamiento y las recetas conductuales. Las teorías del aprendizaje adulto sobre andragogía han demostrado que no se trata de decirle al profesional lo que debe hacer, sino de implicarlo en el cambio a través del aprendizaje experiencia. Por ese motivo la utilización de incidentes reales recopilados a partir de un sistema de notificación de incidentes críticos, tienen un valor significativo en ese aprendizaje, especialmente cuando esa experiencia se da en un entorno cercano, real e identificado por el profesional como propio.

Propuestas de intervención para mejorar la cultura de seguridad en salud.

Ibermutuamur (2018) indicó que:

Todo empieza por el vértice de la pirámide. La excelencia en salud y seguridad no se consigue a base de presión o de vigilancia permanente sobre el trabajador, sino promoviendo una cultura de liderazgo. Existen evidencias científicas de que los

directivos pueden tener una influencia efectiva en la cultura preventiva de su organización si son capaces de generar relaciones de confianza con los trabajadores y practican un liderazgo de tipo transformacional y transaccional. No existen sistemas que garanticen una seguridad total y para siempre, ni seres humanos infalibles. La organización del trabajo, en tanto que proceso cambiante y gestionado por personas, requiere de continuos ajustes y adaptaciones y está sometida a una determinada probabilidad de fallos. El objetivo no es tanto eliminar al 100% todo tipo de errores sino gestionarlos de tal manera que puedan ser detectados de forma precoz y corregirlos antes de que tengan consecuencias. Registrar e investigar sistemáticamente los incidentes permite evitar que se conviertan en accidentes con lesiones y daños para la salud de las personas. Ello constituye un componente esencial de la cultura preventiva. (p. 8)

Para que funcione este tipo de vigilancia y aprendizaje a partir de los fallos, se requiere una atención constante y una disposición a informar por parte de todos los miembros de la organización. Dicha colaboración se verá dificultada si no existe un sistema justo de disciplina.

Si las personas temen ser sancionadas por cada incidente es muy probable que prefieran ocultar sus fallos individuales, con lo que se cercena toda posibilidad de aprendizaje colectivo.

Riesgos en el personal de enfermería en relación a la cultura de seguridad en salud.

Murano (2018) ratifica que:

En la última década se ha introducido en América Latina y el Caribe una serie de reformas en el sector de la salud en las que las condiciones de trabajo no fueron incorporadas como una prioridad. En el sector de la salud el mercado laboral se ha desarrollado hacia patrones más flexibles, con la redefinición de procesos de trabajo, una creciente inestabilidad laboral, y en la mayoría de los casos, disminución en las compensaciones financieras. Las enfermeras, por ejemplo, han reportado la necesidad

de mantener dos o tres trabajos para poder sostener a sus familias. Ellas relatan que, con los cambios en el modelo de atención, ahora realizan más trabajo en menos tiempo, con menos personal, con poblaciones más enfermas y con mayores restricciones en materia de suministros, equipos y servicios en el interior de sus instituciones. Estas malas condiciones de trabajo en las instituciones del sector han conducido a que disminuya el número de profesionales entrenados, con graves consecuencias en los resultados de la prestación de servicios de salud. (p. 11)

Hay relación entre la seguridad del paciente y los resultados de atención realizados con calidad debido a que están insertos con el personal que realiza la atención y a su vez con los niveles centrales de la organización. Los requerimientos de personal de enfermería de los países desarrollados propicia la migración de estos afectando a los países de menor desarrollo, por la desproporción de las remuneraciones y condiciones de vida , esto afecta la atención por haber menos recursos con experiencia y por la capacidad de atención de las instituciones de salud, es especialmente en este grupo de enfermeras donde se dan los mayores accidentes laborales por la menor cantidad de personal y por las limitaciones de infraestructura y equipamiento, estos accidentes afectan más cuando se trabaja con estrés, con menos recursos y sin el liderazgo necesario para la conducción del personal.

Teorías de la Cultura de Seguridad en Salud.

La teoría de la identidad social

Rocco, C. (2017) analiza que “Los individuos intentan mejorar su autoestima identificándose con un grupo. La organización debe generar intervenciones en el área de seguridad y promover la creación de redes seguras para que las personas estén incluidas. También debe promover la formación de especialistas y personal” (p. 7).

La falta de una cultura de seguridad puede significar que ciertos comportamientos de riesgo se conviertan en la norma, por lo que es crucial promover prácticas seguras dentro de la

organización, evaluando continuamente las consecuencias. Esto permite reevaluar rutinas que se entienden como “normales” y sugiere estandarizar prácticas y desarrollar pautas de consenso para la práctica clínica, sustentadas en evidencia científica. La estandarización de estas prácticas ayuda a unificar criterios y acciones dentro de las organizaciones de salud.

La teoría de la auto categorización

Rocco, C. (2017) indagó que “los individuos se identifican con diferentes grupos (microculturas) y renegocian constantemente su identidad; La organización debe promover el refuerzo positivo, premiar el trabajo seguro, dar a conocer los programas de seguridad y debe fortalecer la autoestima de quienes trabajan para el desarrollo de la organización, evitando las consecuencias que pueden surgir negativos que interfieran con la seguridad. cultura de seguridad” (p. 8).

Los profesionales experimentados tienden a involucrarse en comportamientos basados en creencias fuertes, a veces en desacuerdo con tal estandarización: un buen ejemplo es la implementación de la Lista de Verificación Quirúrgica de la OMS (LVQ) que generó preguntas de resistencia. A pesar de muchos esfuerzos, la implementación aún está incompleta, los principales obstáculos son: percepción de imposición, sensación de duplicación de funciones, falta de adaptación de LVQ a las necesidades locales, modestia y sentirse ridiculizado.

Además, en algunos centros, el registro tiene prioridad sobre el cumplimiento, lo que da como resultado datos descentralizados. Desarrollar una cultura de seguridad y aprender de los éxitos y fracasos de la implementación de ciertas prácticas de seguridad es esencial para lograr un equilibrio entre la estandarización y el respeto por la autonomía profesional.

Dimensiones de la Cultura de Seguridad en Salud.

De acuerdo con el instrumento de la Agencia de investigación de salud y calidad. USA. Adaptado por Pérez, (2014), para las definiciones de dimensiones, “Directrices del Convenio de 1981 sobre seguridad y salud en el trabajo (núm. 155), el Protocolo de 2002 y el Convenio

de 2006 (núm. 187) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)” (pág. 75); donde se mencionan las siguientes dimensiones:

Dimensión asistencial.

Cada paciente es potencialmente propenso a riesgos que se presentan durante la prestación del servicio, ya sea por error humano o por otra causa.

Los usuarios de los sistemas sanitarios son cada vez más conscientes de la necesidad de un entorno seguro y solicitan ser agentes activos de su salud. Los procedimientos son cada vez más efectivos, pero a la vez más complejos y fragmentarios. A pesar de los esfuerzos por implantar una medicina basada en la evidencia científica, sigue existiendo una gran variabilidad en las prácticas asistenciales, variabilidad que es especialmente notable en el ámbito de la salud.

En relación a las cuestiones de seguridad del paciente, parece evidente la necesidad de disponer de profesionales con conocimientos, valores y habilidades en aspectos como la aplicación de la mejor evidencia disponible, capacidad de comunicación y diálogo y que perciban que la mejora de la calidad asistencial y los factores que contribuyen a prestar una asistencia sanitaria más segura son esenciales en el ejercicio de la profesión.

Se va creando la necesidad de ambientes de salud más seguro para prestadores y usuarios, aquí la pieza clave es el personal de salud que se debe comprometer con el empleo correcto de las guías clínicas de atención.

Dimensión de Organización.

Salazar (2014) enfatiza que:

Entre los componentes del entorno interno se encuentra la propia organización, con su estructura, historial de éxitos, comunicación, consecución de objetivos, etc; personal, incluyendo sus relaciones laborales, educación, capacitación, programas de capacitación, satisfacción laboral, exámenes médicos preventivos realizados,

absentismo, quejas de capacidad y actitudes hacia los trabajadores y la producción, incluidas las condiciones adecuadas y seguras para el proceso de producción, el uso de tecnología, la compra de materias primas, entre otras cosas (p. 27).

Básicamente se define como la organización que se somete a la formación y selección de líderes para implementar, operar y mejorar el sistema de salud basado en la prevención y establecer una cultura de salud en la cultura.

Messite (2014) indica que:

Las razones para que las empresas promuevan programas de promoción de la salud incluyen evitar la pérdida de productividad de los trabajadores debido a enfermedades y discapacidades prevenibles y el absentismo relacionado, la mejora del bienestar y la mejora de la salud y el alcance de los servicios de salud requeridos. Consideraciones similares han despertado el interés de los sindicatos en promover programas, particularmente cuando su membresía se distribuye entre muchas organizaciones que son demasiado pequeñas para ejecutar programas efectivos por sí mismas. (pp. 34-35).

El lugar de trabajo tiene ventajas incomparables como lugar de educación sanitaria y promoción de la salud. Como un lugar donde muchos trabajadores se reúnen y pasan la mayor parte de su tiempo de trabajo, este es un buen lugar para acceder a los modelos. Además de las relaciones cercanas, las amistades cercanas y las coincidencias de intereses facilitan el ejercicio de presiones homogéneas que fomentan la participación a largo plazo en actividades promotoras de la salud. La relativa estabilidad de la fuerza laboral (la mayoría de los trabajadores permanecen en la misma organización durante largos períodos de tiempo) permite el mantenimiento de los comportamientos saludables necesarios para que se beneficien.

Dimensión de relaciones

Agencia Europea para la seguridad y la Salud en el Trabajo (2018) ratifica que “todos los procesos de prevención priorizan minimizar el riesgo, primero identificándolos y luego

mediante estrategias apropiadas eliminarlos, para esto las acciones que conllevan el éxito de la prevención deben ser prácticas y oportunas, la parte más importante la capacitación de las personas a cargo” (p. 13).

El logro de estas actividades se da cuando se cuenta con un liderazgo efectivo, además de una correcta motivación al personal de salud y sobre todo la mejora del ambiente laboral propicia un entendimiento y comunicación efectiva en todos los niveles, es decir el efecto es inmediato con conocimiento de todas las áreas involucradas.

Carmona (2018) indagó que:

En cuanto a la organización de las coberturas en la empresa, el primer punto clave que hay que desarrollar es establecer una Política de Coberturas en la empresa. Esta política debe ser aprobada por la gerencia y con la participación y el apoyo de los empleados, y es una declaración de principios y compromiso para promover el respeto por las personas y la dignidad en el lugar de trabajo. Su trabajo, mejorar continuamente las actividades relacionadas con la prevención de la seguridad, volverse más efectivo (pp. 30-31)

Para establecer la cultura de seguridad en salud hay que establecer redes entre el personal para la aplicación de la cultura como un efecto de repercusión con tinte socializador, para que la cultura quede impregnada en la personalidad del trabajador en forma permanente. Para lograr el establecimiento de costumbres preventivas se debe de monitorear los procesos de las mismas, teniendo en cuenta que un hábito o costumbre se va transformando en culturización en los individuos involucrados.

Dimensión de gestión

Seguridad Minera (2014) indica que “para realizar los cambios en la entidad parte del compromiso de sus autoridades en asumir el liderazgo de cambio, romper antiguos paradigmas es fácil cuando se motiva en el trato personal, en continuas capacitaciones y sobre todo con una

planificación y recursos adecuados previamente comprometidos para su ejecución pronta y oportuna, son muchas las entidades que no cuentan con los recursos necesarios pero con ingenio e innovación se pueden conseguir resultados impresionantes, siendo la clave el compromiso formal de los líderes y el personal sanitario” (p. 26).

La gestión de la cultura de seguridad en salud es no implantarla obligatoriamente si no como una herramienta que no solo mejorara la gestión si no que tendrá incidencia directa en la salud del trabajador y el paciente. El tema de gestión implica previo un diagnóstico de debilidades y amenazas, la evaluación de los recursos existentes, la asignación de tareas y el compromiso del grupo siempre y cuando la dirección con un liderazgo adecuado impulse estas actividades.

2.2.2 Bases teóricas de la variable: Bioseguridad.

Definición de Bioseguridad.

La bioseguridad es un conjunto de normas, medidas y procedimientos que se aplican en una variedad de procedimientos llevados a cabo en el contexto de la investigación y el trabajo científico.

Sus objetivos son la prevención de riesgos, la seguridad de los trabajadores, la seguridad del paciente, la evitación de la contaminación por patógenos, la reducción de la morbilidad y mortalidad por estos aspectos, la reducción de la natalidad química, física, química y todo aquello que potencialmente pueda generar un peligro.

Ruiz (2014) “La bioseguridad consiste en medidas y normas destinadas a mantener el medio ambiente general y la seguridad de los visitantes a los trabajadores, pacientes e instituciones médicas” (p. 18).

La bioseguridad se define como un conjunto de medidas preventivas, destinadas a mantener el control de los factores de riesgo ocupacional por agentes biológicos, físicos o químicos, para prevenir efectos adversos. Asegurar que el desarrollo o producto final de estos

procesos no suponga una amenaza para la salud. y seguridad de los trabajadores sanitarios, los pacientes, los visitantes y el medio ambiente.

Ruiz (2014) “La bioseguridad es la aplicación de conocimientos, técnicas y equipos para evitar que las personas, los laboratorios, las áreas hospitalarias y el medio ambiente entren en contacto con agentes potencialmente infecciosos o considerados infecciosos” (p. 32).

Se organiza a través de métodos y acciones científicas para crear estándares que regulen el tratamiento de agentes infecciosos con el fin de eliminar los peligros biológicos y eliminar su posible exposición a las personas.

Terrazos (2018) lo define como “todas las precauciones destinadas a proteger la salud y la seguridad del personal, los pacientes y el público contra los diversos riesgos que plantean los agentes biológicos, físicos, químicos y mecánicos” (p. 58).

La normatividad de la bioseguridad regula el riesgo de contagio de agentes patógenos procedentes de fuente conocida o no en los servicios de salud cuya exposición y contagio se da por contacto con estos elementos patógenos, este contagio afecta a cualquier persona que esté cerca de la contaminación si no se da un correcto manejo a estos residuos.

Rosas (2018) enfatiza que “el sistema de normas de acciones de seguridad que regulan y orientan la práctica en salud, cuyo objetivo o fin es satisfacer o responder a expectativas de cada una de las partes” (p. 71).

Para proteger la seguridad del paciente, se han establecido programas de seguridad del usuario de forma continua, y cada instalación implementa procedimientos prerreguladores aprobados por el regulador de salud, que se enfoca en prevenir infecciones y contaminación que le pueden ocurrir a cualquier persona en el entorno hospitalario. y quién podría ser susceptible a la contaminación o la enfermedad.

Valera (2018) contextualiza el “sistema de normas de acciones de seguridad que regulan y orientan la práctica en salud, cuyo objetivo o fin es satisfacer o responder a expectativas de cada una de las partes” (p. 31).

La bioseguridad esta conceptualizada como medidas y disposiciones cuyo objetivo es la prevención de la vida y el ambiente. También es un conjunto de medidas, normas y procedimientos que reducen a lo mínimo posible la posibilidad de riesgo en todos los pasos del manejo de residuos contaminados, protegiendo al medio ambiente, la vida humana y la biodiversidad.

Importancia de la Bioseguridad.

Valera (2018) define:

La bioseguridad nace con el objetivo de reducir los riesgos que ponen en peligro la salud e incluso la vida de las personas, familias y comunidades, y se puede aplicar en todos los campos; en casa, en la escuela, en el trabajo y otras actividades. En la industria de la salud, esto juega un papel importante ya que los trabajadores de la salud están frecuentemente presentes y en contacto con pacientes enfermos y / o equipos contaminados, lo que hace que los trabajadores de la salud sean más susceptibles a enfermedades infecciosas, infecciones y contagios. (pp. 35-37)

El personal de mayor riesgo en un centro de salud son los trabajadores de la salud debido a su proximidad a pacientes, fluidos y áreas infectadas, por lo que el personal más cuidadoso debe aplicar los siguientes estándares: estándar de prevención para ellos y sus pacientes que reciben tratamiento hospitalario, entre las enfermedades con resultados de mayor riesgo está el SIDA, todas las formas de hepatitis, en comparación con las salas de hospital, el mayor riesgo es la emergencia debido a la extensión de la lesión y la rapidez de la atención, es decir, en estos casos, las prácticas de bioseguridad se traducen en una cultura de prevención riesgo, que ayuda a anticipar los problemas de infección y la propagación de patógenos.

Principios de la Bioseguridad.

Los principios de bioseguridad se pueden resumir según Vasco (2017):

- **Universalidad:** Las medidas deben involucrar a todos los pacientes de todos los servicios, independientemente de conocer o no su serología.
- **Uso de barreras:** Comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos.
- **Medios de eliminación de material contaminado:** Comprende el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados a través de los cuales los materiales utilizados en la atención de pacientes, son depositados y eliminados sin riesgo. (p. 46).

La bioseguridad nunca debe verse como una práctica común, sus regulaciones deben cumplirse sin restricciones, evitando la mortalidad y la carga de los costos de atención médica. Todo el personal médico, administrativo, de seguridad e higiene de un hospital debe cumplir con lo especificado, especialmente durante accidentes de bioseguridad y pacientes contaminados o potencialmente contaminados. Fluidos causantes de enfermedades, esta es una regla para todas las personas que ingresan o trabajan en un hospital. Las barreras entretejidas pueden no evitar el contacto, pero pueden reducir las consecuencias de la contaminación.

Bioseguridad en el trabajo de la enfermera.

Por otra parte, Reina (2018) señala que: “El proceso de atención del personal de enfermería a los pacientes con desechos de la vida diaria debe estar bien gestionado, porque depende no solo de la prevención de accidentes y enfermedades profesionales, sino también de la prevención de enfermedades, discapacidad para los usuarios y la comunidad. Generalmente hablando” (pp. 1-3).

Una complicación común en bioseguridad es la infección intrahospitalaria prolongada, que es una de las causas de los costosos costos de la atención, daña la salud del paciente y, cada

vez más, aumenta la morbilidad y la mortalidad. Un número alarmante de muertes se debe al incumplimiento de los procedimientos, pero en enfermería, el hábito o la necesidad de atención rápida hacen que los accidentes sean más frecuentes en el campo de la enfermería. En esta área médica profesional, el contacto diario y de varias horas con los pacientes aumenta el riesgo de infección o transmisión de enfermedades infecciosas independientemente del manejo de fluidos corporales que son la fuente de contaminación.

Manual de Bioseguridad - MINSA

El cumplimiento de las normas establecidas en el presente Manual de Normas de Bioseguridad, será obligatorio y de responsabilidad de todo el personal que labora en los Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre del Sector Salud.

Carmona (2018) señala que los objetivos son:

- Establecer las medidas de prevención de accidentes del personal de salud que está expuesto a sangre y otros líquidos biológicos.
- Minimizar los riesgos protegiendo al paciente, al trabajador de la salud, a toda la comunidad y al medio ambiente de agentes que son potencialmente nocivos.
- Determinar la conducta a seguir frente a un accidente con exposición a dichos elementos.
- Llevar a cabo programas de educación continua (p. 11).

Cisneros (2018) enfatiza que las actitudes adquiridas en la bioseguridad son:

- La imitación: representa un tipo de formación de actitudes, en la que las internas de enfermería aprenden modos de conducta o reacción, sin someterlo en forma alguna a técnicas educacionales.
- La identificación: al imitar conscientemente a una enfermera u otro trabajador de salud, debido a que uno se identifica con ella y adopta inconscientemente su comportamiento.
- La instrucción: cuando se trata de modificar actitudes ya definidas de algunas personas.

- La educación: en este proceso se le inculca al estudiante e interna de enfermería modos de conducta con cierta obligatoriedad (pp. 2-4).

Las instalaciones de atención médica y sus gerentes deben tener un programa de capacitación en bioseguridad para todo el personal independientemente de la ubicación, luego asegurarse de que todas las partes sigan las regulaciones. Respeto total, monitoreo y evaluación permanente de los resultados y el establecimiento de un comité de apoyo para investigar accidentes, sus causas, sus consecuencias y sus responsables, socializándolo para que todos puedan conocer sus detalles y acciones para no repetirlo. La formación conducirá a la adquisición de conocimientos y actitudes, cuyo resultado será un cambio de conciencia hacia lo aprendido, provocando un cambio significativo de comportamiento.

Teorías y enfoques de la Bioseguridad.

La Caja de Seguro Social de Panamá (2018) ratifica que:

Otro rasgo de la lógica y la racionalidad de la investigación científica es el desarrollo de teorías científicas. La ciencia tiene como objetivo ir más allá de las observaciones y mediciones de una investigación en particular, es decir, se ocupa de recopilar observaciones, desarrollar explicaciones por asociaciones y construir teorías. Entre las diversas definiciones de teoría científica encontradas en la literatura técnica, se destacan las siguientes: teoría es una explicación dada para dar dirección a eventos coordinados o dependientes. Mutuamente ", es decir, las teorías son los argumentos lógicos utilizados para probar las relaciones y supuestos en el que se basa, comparándolos con la evidencia empírica (pp. 30-31).

El trabajo de investigación actual se basa en la teoría científica de la investigación social, ya que la función de la teoría es facilitar la formulación de hipótesis que “establezcan los resultados esperados de una situación particular”. En esta situación, el investigador intentará explorar de forma sistemática las posibles relaciones entre las variables en el contexto

teórico establecido para determinar si la evidencia empírica apoya la hipótesis y, por tanto, teórica o no. Ejemplos de teorías en los campos educativo y psicológico, teoría del reforzamiento, teoría de la disonancia cognitiva, teoría de las transacciones, en las finanzas internacionales, teoría de la paridad del poder adquisitivo y teoría de la paridad de tasas de interés, entre otras teorías.

Dimensiones de la Bioseguridad.

El Comité Institucional de Bioseguridad (2016) señala que “de acuerdo con la encuesta de bioseguridad del autor Dr. Murano, J. en su investigación sobre Bioseguridad en el manejo de residuos hospitalarios. 2014, con la finalidad de investigar sobre los conocimientos de la bioseguridad, destaca dos dimensiones: Dimensión de conocimientos teóricos y Dimensión de conocimientos prácticos, los mismos que se definen a continuación” (p.71).

Dimensión de conocimientos teóricos.

Díaz (2016) enfoca que “Debido a la importancia fundamental de la prevención en todos los niveles de atención, se han establecido conjuntos comunes de estándares para proteger la seguridad y salud de los empleados en todos los países del mundo, crear manuales sobre estándares de bioseguridad; Está claro que los estándares están en su lugar, escritos al alcance de todo el personal, pero esto no constituye bioseguridad, la bioseguridad no son estándares sino el pleno respeto de estos estándares. Este estándar, con su conocimiento de sus fundamentos teóricos, nos permite distinguir entre las prácticas de bioseguridad que en realidad sólo aparecen” (pp.40-42).

La información es fundamental para los profesionales sanitarios sobre el uso y la orientación de la bioseguridad en los entornos sanitarios y, dependiendo de la facilidad de acceso a la información, se obtendrán resultados más positivos. Para la adopción de la prevención de riesgos que promueva una cultura de seguridad sanitaria, también debe haber normas administrativas que garanticen la protección de los trabajadores de la salud,

fomentando la adopción a largo plazo de procedimientos de bioseguridad. Aprenda no solo a obtener una atención de calidad, sino a obtener una atención segura.

El Comité Institucional de Bioseguridad (2016) ratifica que “El conocimiento teórico es la suma total de representaciones abstractas que tenemos sobre un aspecto de la realidad. En este sentido, el conocimiento es una especie de mapa conceptual diferenciado del territorio o de la realidad.” (p. 34).

Los conocimientos teóricos impartidos sobre bioseguridad son sus estándares y principios. En general, el aprendizaje que cada persona recibe en el trabajo cotidiano se registra de manera subconsciente y se da con una actitud mecanizada en un primer momento, luego pasa a una actitud plenamente consciente y se refleja en ella, desempeñar, generar análisis de competencias y mejorar continuamente lo aprendido.

Dimensión de conocimientos prácticos.

Echegoyen (2018) conceptualiza que “Cualquiera que sea su definición, la práctica se considera sinónimo de experiencia, para que las personas pongan en práctica cierto tipo de conocimientos, es necesario tener el primer acercamiento desde el principio, el contacto directo a través del uso de los sentidos y la conducta psicomotora, que es, experimentarlo; Es imposible practicar este o aquel conocimiento si no se obtiene la experiencia de antemano” (p. 1).

Todas las habilidades psicomotoras del individuo se entienden mediante la evaluación de metas alcanzables, la práctica en sí es una aplicación de los conocimientos teóricos y está repleta de su repetibilidad, el cual produce un nivel de experiencia deseado para lograr lo que se requiere.

Grillo (2013) afirma que: “Los procedimientos de trabajo estandarizados son el factor más básico y al mismo tiempo el más importante para la protección de cualquier tipo de trabajador; Las personas que por su actividad ocupacional tengan un contacto más o menos directo con materiales infectados o agentes infecciosos, deben ser conscientes de los riesgos

potenciales asociados con su trabajo y también deben recibir la formación adecuada. seguro para ellos manipular estos materiales biológicos” (p. 80).

Al conceptualizar la práctica, se refiere a la práctica de medidas de bioseguridad, que es simplemente la aplicación de conocimientos teóricos en pacientes, en entornos médicos.

2.2.3. Definición de términos básicos.

Términos Básicos de Cultura de Seguridad en Salud.

Actividades, procesos, operaciones o labores de alto riesgo: Aquellas cuya realización implica un trabajo con alta probabilidad de daño a la salud del trabajador. La relación de actividades calificadas como de alto riesgo será establecida por la autoridad competente.

Cultura de seguridad o cultura de prevención: Conjunto de valores, principios y normas de comportamiento y conocimiento respecto a la prevención de riesgos en el trabajo que comparten los miembros de una organización.

Evaluación de riesgos: Proceso posterior a la identificación de los peligros, que permite valorar el nivel, grado y gravedad de los mismos, proporcionando la información necesaria para que la empresa esté en condiciones de tomar una decisión apropiada sobre la oportunidad, prioridad y tipo de acciones preventivas que debe adoptar.

Gestión de Riesgos: Es el procedimiento, que permite una vez caracterizado el riesgo, la aplicación de las medidas más adecuadas para reducir al mínimo los riesgos determinados y mitigar sus efectos, al tiempo que se obtienen los resultados esperados.

Gestión de la Seguridad y Salud: Aplicación de los principios de la administración moderna a la seguridad y salud, integrándola a la producción, calidad y control de costos.

Salud: Bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o de incapacidad.

Seguridad: Son todas aquellas acciones y actividades que permiten al trabajador laborar en condiciones de no agresión tanto ambientales como personales, para preservar su salud y conservar los recursos humanos y materiales.

Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo: Conjunto de elementos interrelacionados o interactivos que tienen por objeto establecer una política, objetivos de seguridad y salud en el trabajo, mecanismos y acciones necesarios para alcanzar dichos objetivos. Estando íntimamente relacionado con el concepto de responsabilidad social empresarial, en el orden de crear conciencia sobre el ofrecimiento de buenas condiciones laborales a los trabajadores, mejorando de este modo la calidad de vida de los mismos, así como promoviendo la competitividad de las empresas en el mercado. (Echegoyen, 2018, p.70).

Términos Básicos de Bioseguridad.

Agente biológico. Son todos aquellos organismos vivos y sustancias derivadas de los mismos, presentes en el puesto de trabajo, que pueden ser susceptibles de provocar efectos negativos en la salud de los trabajadores. Estos efectos negativos se pueden concretar en procesos infecciosos, tóxicos o alérgicos.

Antisepsia. Conjunto de procedimientos científicos destinados a combatir, prevenir y controlar la contaminación con microorganismos infecciosos.

Área de asepsia: espacio con separación física o funcional en el cual se efectúan los procesos de limpieza, desinfección y esterilización de los equipos, herramientas y utensilios utilizados en las diferentes prácticas, técnicas y procedimientos de estética ornamental.

Asepsia. Conjunto de procedimientos científicos destinados a evitar el contagio con gérmenes infecciosos.

Autoridades sanitarias. Entidades jurídicas de carácter público con atribuciones para ejercer funciones de rectoría, regulación, inspección, vigilancia y control de los sectores

público y privado en salud y adoptar medidas de prevención y seguimiento que garanticen la protección de la salud pública.

Biocarga (o carga microbiana). Es el número y tipo de microorganismos viables presentes en un elemento determinado.

Contaminación ambiental. Se entiende por contaminación ambiental la alteración del ambiente con sustancias, formas de energía puesta en él, por actividad humana o de la naturaleza en cantidades, concentraciones o niveles capaces de interferir el bienestar y la salud de las personas.

Control. Consiste en las atribuciones que tienen el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, los servicios seccionales, distritales y locales de salud dentro de las competencias establecidas en la ley y los decretos reglamentarios, para ordenar los correctivos necesarios para subsanar una situación crítica o irregular en cualquiera de los sujetos sometidos a su control, mediante acto administrativo de carácter particular.

Cortopunzante. Son aquellos que por sus características punzantes o cortantes pueden dar origen a un accidente percútanlo infeccioso. Dentro de estos se encuentran: limas, lancetas, cuchillas, agujas, restos de ampollitas, pipetas, láminas de bisturí o vidrio, y cualquier otro elemento que por sus características punzantes pueda lesionar y ocasionar un riesgo infeccioso.

Descontaminación. Proceso físico o químico mediante el cual los objetos contaminados se dejan seguros para ser manipulados por el personal, al bajar la carga microbiana.

Desinfección. Es el proceso físico o químico por medio del cual se logra eliminar los microorganismos de formas vegetativas en objetos inanimados, sin que se asegure la eliminación de esporas bacterianas. Por esto los objetos y herramientas a desinfectar, se les debe evaluar previamente el nivel de desinfección que requieren para lograr la destrucción de los microorganismos que contaminan los elementos.

Elementos de protección personal (o de barrera). Todo dispositivo diseñado para la protección contra los accidentes y enfermedades profesionales, de forma que se garantice razonablemente la seguridad y la salud de los trabajadores.

Elementos no críticos. Son todos los instrumentos que solo tienen contacto con la piel intacta o no entran en contacto con las personas. En este caso, la piel sana actúa como una barrera efectiva para evitar el ingreso de la mayoría de los microorganismos y por lo tanto el nivel de desinfección requiere ser menor. En general, solo exigen limpieza adecuada, secado y en algunas ocasiones desinfección de bajo nivel.

Esterilización. Proceso químico o físico mediante el cual se eliminan todas las formas vivas de microorganismos incluyendo las formas esporuladas.

Factor de riesgo. Cualquier elemento, material o condición presente en los ambientes laborales de los establecimientos que ofrecen servicios de estética ornamental que por sí mismo, o en combinación puede producir alteraciones negativas en la salud de los trabajadores y usuarios, cuya probabilidad de ocurrencia depende de la eliminación o control de dicho factor.

Indicador químico. Dispositivo para monitorear un proceso de esterilización, diseñado para responder con un cambio químico o físico característico, a una o más de las condiciones físicas dentro de la cámara de esterilización.

Infraestructura Básica. El sistema de instalaciones y servicios necesarios para el funcionamiento de un establecimiento comercial de servicios de esteticista.

Inspección. La inspección incluye la asignación por parte del Oficial Nacional de Salud, el departamento, la región y los servicios de salud locales de vez en cuando para verificar, solicitar, confirmar y analizar, y en la forma, detalles y términos definidos por las regulaciones, información sobre la condición sanitaria y sanitaria. de personas, instalaciones,

edificios y, en general, de todas las entidades, según lo requiera la ley y los reglamentos de la misma, es probable que " sean controlados por estos.

Limpieza. Es la remoción, generalmente realizada con agua y detergente, de la materia orgánica e inorgánica visible.

Material contaminado. Es aquel que ha estado en contacto con microorganismos o es sospechoso de estar contaminado.

Medidas sanitarias. Conjunto de medidas de salud pública y demás precauciones sanitarias aplicadas por la autoridad sanitaria, para prevenir, mitigar, controlar o eliminar la propagación de un evento que afecte o pueda afectar la salud de la población.

Medidas sanitarias de seguridad. Las medidas de seguridad son de inmediata ejecución, tienen carácter preventivo y transitorio y se aplicarán sin perjuicio de las sanciones a que hubiere lugar.

Material sanitario. Todo material durable, liso, no poroso, no absorbente, de fácil limpieza y desinfección y resistente al ataque químico.

Microorganismos (u organismos microscópicos). Son Organismos dotados de individualidad, que presentan una organización biológica elemental. En su mayoría son unicelulares, y por lo general corresponden a virus, bacterias, algas hongos o protozoos.

Prevención. Conjunto de acciones o medidas adoptadas o previstas, que evitan o disminuyen los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, proporcionando una mejor calidad de vida a los miembros de una comunidad.

Procedimiento invasivo. Es aquel procedimiento realizado por un profesional de la medicina en el cual el cuerpo es agredido química y/o mecánicamente o mediante inyecciones intradérmicas y/o subcutáneas, o se introduce un tubo o un dispositivo médico.

Protocolo. Conjunto de técnicas basadas en normas, y medidas preventivas, que conforman un estándar que nos permite examinar nuestros procesos, compararlos con modelos

que nos fijamos como deseables y necesarios, para la correcta organización y desarrollo de un procedimiento, ocupación u oficio.

Prueba de sensibilidad. Corresponde a la respuesta que se presenta al aplicar un producto cosmético en un individuo, aun cuando él ya lo haya utilizado anteriormente, por eso es recomendable hacer una prueba de sensibilidad antes de aplicar los cosméticos de manejo especial.

Residuos biodegradables. Son aquellos restos químicos o naturales que se descomponen fácilmente en el ambiente. En estos restos se encuentran los vegetales, residuos alimenticios no infectados, papel higiénico, papeles no aptos para el reciclaje, jabones y detergentes biodegradables, madera y otros residuos que puedan ser transformados fácilmente en materia orgánica.

Residuo biosanitario. Son todos aquellos elementos o instrumentos utilizados durante la ejecución de un procedimiento que tiene contacto con materia orgánica, sangre o fluidos corporales del usuario.

Residuos inertes. Son aquellos que no se descomponen ni transforman en materia prima y su degradación natural requiere grandes períodos de tiempo. Entre estos se encuentran algunos tipos de papel como el papel carbón y algunos plásticos.

Residuos infecciosos o de riesgo biológico. Son aquellos que contienen microorganismos patógenos tales como bacterias, parásitos, virus, hongos, virus oncogénicos y recombinantes como sus toxinas, con el suficiente grado de virulencia y concentración que pueda producir una enfermedad infecciosa en huéspedes susceptibles.

Residuo no peligroso. Son aquellos producidos por el generador en cualquier lugar y en desarrollo de su actividad, que no presentan riesgo para la salud humana y/o el medio ambiente.

Residuos peligrosos. Son aquellos residuos producidos por el generador con alguna de las siguientes características: infecciosos, combustibles, inflamables, explosivos, reactivos, radioactivos, volátiles, corrosivos y/tóxicos, los cuales pueden causar daño a la salud humana y/ o al medio ambiente. Así mismo se consideran peligrosos los envases, empaques y embalajes que hayan estado en contacto con ellos.

Residuos reciclables. Son aquellos que no se descomponen fácilmente y pueden volver a ser utilizados en procesos productivos como materia prima. Entre estos residuos se encuentran: algunos papeles plásticos, chatarra, vidrio, telas, radiografías, partes y equipos obsoletos o en desuso entre otros.

Residuos ordinarios o comunes. Son aquellos generados en el desempeño normal de las actividades. Estos residuos se generan en oficinas, pasillos, áreas comunes, cafeterías, salas de espera, auditorios, cabinas, centros de estética y en general en todo tipo de establecimiento.

Residuos químicos. Son los restos de sustancias químicas y sus empaques o cualquier otro residuo contaminado con estos, los cuales, dependiendo de su concentración y tiempo de exposición, tienen el potencial para causar la muerte, lesiones graves, o efectos adversos a la salud y el medio ambiente.

Sanitización. Reducción de la carga microbiana que contiene un objeto o sustancia a niveles seguros para la población.

Vigilancia. Consiste en las atribuciones que tienen el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y los servicios seccionales, distritales y locales de salud para velar porque las personas naturales o jurídicas, los establecimientos comerciales y, en general, todos los entes sometidos a su vigilancia ajusten sus instalaciones, actividades, funcionamiento, etcétera, a lo establecido en las normas sanitarias; así como a ejercer su poder coercitivo.

Vigilancia y control sanitario. Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de inspección, vigilancia y control del cumplimiento de normas y procesos para asegurar una adecuada situación sanitaria y de seguridad de todas las actividades que tienen relación con la salud humana.

III. MÉTODO

3.1 Tipo de investigación

El diseño se refiere al plan o estrategia concebida para obtener la información deseada (Hernández et al, 2014, p.30).

La presente investigación es de diseño descriptivo, correlacional, sustentado teóricamente por;

Investigación Descriptiva.

Es el procedimiento usado en ciencia para describir las características del fenómeno, sujeto o población a estudiar. Al contrario que el método analítico, no describe por qué ocurre un fenómeno, sino que se limita a observar lo que ocurre sin buscar una explicación. (Martínez, 2018, p. 1).

Investigación Correlacional

Es un tipo de investigación no experimental en la que los investigadores miden dos variables y establecen una relación estadística entre las mismas (correlación), sin necesidad de incluir variables externas para llegar a conclusiones relevantes. (Mejía, 2018, p. 32).

3.1.1 Diseño de estudio

No experimental

La investigación no experimental es también conocida como investigación Ex Post Facto, término que proviene del latín y significa después de ocurridos los hechos. La investigación Ex Post Facto según Hernández et al (2014) es “un tipo de investigación sistemática en la que el investigador no tiene control sobre las variables independientes porque ya ocurrieron los hechos o porque son intrínsecamente manipulables; en la investigación Ex Post Facto los cambios en la variable independiente ya ocurrieron y el investigador tiene que limitarse a la observación de situaciones ya existentes dada la incapacidad de influir sobre las variables y sus efectos (p. 41).

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población del estudio

Constituido por 85 enfermeras de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021.

3.2.2 Muestra

Al trabajar con toda la población no se considera muestra.

3.2.3. Muestreo

No se aplican técnicas de muestreo al no existir muestra.

3.2.4. Criterios de selección

a) Criterios de inclusión

Ser enfermeras de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021.

Enfermeras de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021, que son voluntarios a la encuesta.

Enfermeras de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021, que asistieron el día de la encuesta.

b) Criterios de exclusión.

No ser enfermeras de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021.

Enfermeras de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021, que no son voluntarios a la encuesta.

Enfermeras de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021, que no asistieron el día de la encuesta.

3.3 Operacionalización de variables

El presente estudio ha considerado las siguientes variables:

Variable Independiente: Cultura de Seguridad en Salud.

Variable Dependiente: Bioseguridad.

3.3.1 Definición conceptual

Variable Independiente: **Cultura de Seguridad en Salud.**

Messite (2014) señala que “las organizaciones que siguen mejorando y no se conforman, comienzan a integrar la seguridad y salud en los procesos de trabajo, empiezan a implantar un sistema de gestión de la seguridad y salud efectivo” (p. 41).

La inversión se convierte en la sistematización, en el manejo de la base de datos, en la interpretación de la información, en la asignación de puestos con su respectiva responsabilidad, desarrollando las competencias, capacitando para la formación de recursos, dándose inicio al gerenciamiento de los riesgos.

Variable Dependiente: **Bioseguridad.**

Panimboza (2013) enfatiza que el “sistema de normas de acciones de seguridad que regulan y orientan la práctica en salud, cuyo objetivo o fin es satisfacer o responder a expectativas de cada una de las partes” (p. 51).

Para proteger la seguridad del paciente, se han establecido en forma permanente los programas de seguridad del usuario, cada institución pone en práctica protocolos previamente normados y aprobados por el ente rector de salud, donde se hace énfasis a la prevención de las posibles infecciones y contaminaciones que puede pasarle a cualquier persona que esté en el entorno hospitalario y que pueda ser susceptible de contaminarse o contraer alguna enfermedad.

3.3.2 Definición operacional:

Tabla 1

Operacionalización de la variable Cultura de Seguridad en Salud

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles y rangos
Asistencial	Cumplimiento Conocimiento Aplicación	Del (01) al (15)	Si	Adecuada
			No	(167-225) Media (106-166)
Organización	Confianza Planificación Evaluación Monitoreo	Del (16) al (27)		Inadecuada (45-105)
Relaciones	Trabajo en Equipo Comunicación Socialización	Del (28) al (34)		
Gestión	Planificación Organización Implementación Evaluación	Del (35) al (45)		

Fuente: Elaboración Propia (2021).

Tabla 2

Operacionalización de la variable Bioseguridad

Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles/ Rangos
Conocimientos teóricos	Comunicación Perspectiva	Del (01) al (22)		Alta
		Del (23) al (31)	Muy poco Poco Medio	(115-155) Media (73-114)
Conocimientos prácticos	Aplicación Recepción		Bastante mucho	Baja (31-72)

Fuente: Elaboración Propia (2021).

3.4 Instrumentos

Ficha Técnica de la Encuesta Cultura de Seguridad en Salud.

Nombre del Instrumento: “Medical Office Survey on Patient Safety Culture” (MOSPS).

Autor: Agencia de Investigación de Salud y Calidad. USA. Adaptado por Pérez, L (2014)

Año: 2009

Tipo de instrumento: Cuestionario.

Objetivo: Evaluar hasta qué punto la cultura de seguridad de la entidad.

Población: Enfermeras de la clínica Oncosalud.

Número de ítem: 45

Aplicación: Directa

Tiempo de administración: 60 minutos

Normas de aplicación: La enfermera marcará en cada ítem de acuerdo lo que considere evaluado respecto lo observado.

Escala: Dicotómica.

Niveles o rango: Ordinal.

Ficha Técnica: De la Variable 2 Bioseguridad.

Nombre del Instrumento: Encuesta de Bioseguridad.

Autor: Dr. Murano, J.

Año: 2016

Descripción

Tipo de instrumento: Encuesta.

Objetivo: Determinar los niveles de Bioseguridad en la entidad.

Población: Enfermeras de la Clínica Oncosalud.

Número de ítem: 31 (Agrupados)

Aplicación: Directa

Tiempo de administración: 30 minutos

Normas de aplicación: El usuario marcará en cada ítem de acuerdo lo que considere evaluado respecto lo observado.

Niveles o rango: En un extremo de la escala se representa la respuesta negativa, mientras que en el otro se representa la positiva.

Escala: De Likert

Niveles y Rango: Ordinal

Validez

La validez de los instrumentos está dada por juicio de expertos quienes se detallan en la siguiente tabla. (Mejía, 2018, p. 80).

Tabla 3

Validaciones

Validador	Resultado
Dr. Jorge Rafael Diaz Dumont	Aplicable
Dra. Mildred Jénica Ledesma Cuadros	Aplicable
Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osoreo	Aplicable

Fuente: Elaboración Propia (2021).

Confiabilidad

La confiabilidad de una medición o de un instrumento, con el denominador común de que todos son básicamente expresados como diversos coeficientes de correlación. La confiabilidad de los instrumentos se hizo por la aplicación del coeficiente “Alfa de Cron Bach” y “KR-20”, para la variable politómica y dicotómica, que nos dio el grado en que el instrumento es confiable.

Tabla 4*Confiabilidad Cuestionario de Cultura de Seguridad en Salud*

Estadísticos de fiabilidad	
KR-20	N de elementos
,896	45

Fuente: Elaboración Propia (2021)

Interpretación:

Considerando la siguiente escala (De Vellis, 2006, p.8)

Por debajo de .60 es inaceptable

De .60 a .65 es indeseable.

Entre .65 y .70 es mínimamente aceptable.

De .70 a .80 es respetable.

De .80 a .90 es buena

De .90 a 1.00 Muy buena

Siendo el coeficiente de Kurt Richardson superior a 0.80 indicaría que el grado de confiabilidad del instrumento es buena.

Tabla 5*Confiabilidad cuestionario de Bioseguridad*

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,899	31

Fuente: Elaboración Propia (2021)

Interpretación:

Considerando la siguiente escala (De Vellis, 2006, p.8)

Por debajo de .60 es inaceptable

De .60 a .65 es indeseable.

Entre .65 y .70 es mínimamente aceptable.

De .70 a .80 es respetable.

De .80 a .90 es buena

De .90 a 1.00 Muy buena

Siendo el coeficiente de Alfa de Cron Bach superior a 0.90 indicaría que el grado de confiabilidad del instrumento es muy bueno.

3.5 Procedimientos

Respecto al método empleado, la presente investigación utilizó el hipotético deductivo, Peña (2012) señala que:

El método hipotético-deductivo es el procedimiento o camino que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica. El método hipotético-deductivo tiene varios pasos esenciales: observación del fenómeno a estudiar, creación de una hipótesis para explicar dicho fenómeno, deducción de consecuencias o proposiciones más elementales que la propia hipótesis, y verificación o comprobación de la verdad de los enunciados deducidos comparándolos con la experiencia (p. 30).

Este método obliga al científico a combinar la reflexión racional o momento racional (la formación de hipótesis y la deducción) con la observación de la realidad o momento empírico (la observación y la verificación). Una hipótesis debe al final como conclusión darse como verdadero o falsa según los resultados estadísticos aceptándose formalmente, por este método se comprueba la validez o no de la hipótesis.

3.6 Análisis de datos

Para analizar cada una de las variables se ha utilizado del programa SPSS V. 23, porcentajes en tablas y figuras para presentar la distribución de los datos, la estadística descriptiva, para la ubicación dentro de la escala de medición.

a) Prueba hipótesis: La hipótesis es un planteamiento que establece una relación entre dos o más variables para explicar y, si es posible, predecir probabilísticamente las propiedades y conexiones internas de los fenómenos o las causas y consecuencias de un determinado problema.

b) Método Estadístico: Coeficiente de Correlación de Spearman: En estadística, el coeficiente de correlación de Spearman, ρ es una medida de la correlación (la asociación o interdependencia) entre dos variables aleatorias continuas. Para calcular “ ρ ”, los datos son ordenados y reemplazados por su respectivo orden.

3.7 Consideraciones éticas

La presente investigación, respecto a los aspectos éticos, salvaguarda en primer lugar, la propiedad intelectual de los autores, respecto a las teorías y conocimientos diversos; citándolos apropiadamente y precisando las fuentes bibliográficas en donde se encuentra lo referenciado; respecto a lo indicado, Díaz (2018), refiere que: “La propiedad intelectual comprende los derechos de autor y propiedad industrial; en este contexto la propiedad intelectual escrita propiamente, está referida a los derechos de autor; sin embargo, es solo una parte; puesto que abarca el derecho de propiedad de la obra por el autor; la cual tiene su génesis cuando se materializa. En esta realidad deben existir mecanismos implementados por el Estado peruano que resguarden al autor” (p. 89).

IV. RESULTADOS

4.1 Resultados descriptivos por dimensiones y variables

Tabla 6

Cultura de seguridad en salud en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud.

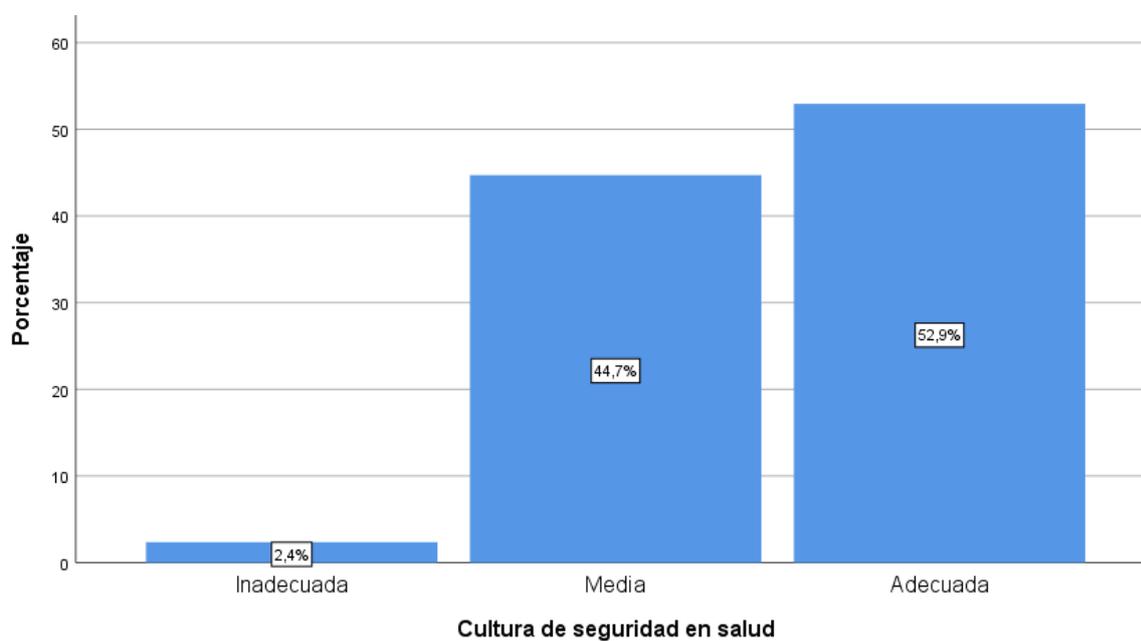
San Borja. Lima. Año 2021

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuada	2	2,4
Media	38	44,7
Adecuada	45	52,9
Total	85	100,0

Fuente: Cuestionario de cultura de seguridad en salud (Anexo 2)

Figura 1

Diagrama de frecuencias de la cultura de seguridad en salud



Interpretación: Como se observa en la tabla y figura; la cultura de seguridad en la población estudiada presenta un nivel inadecuado en un 2.4%, media un 44.7% y alta un 52.9%.

Tabla 7

Bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima.

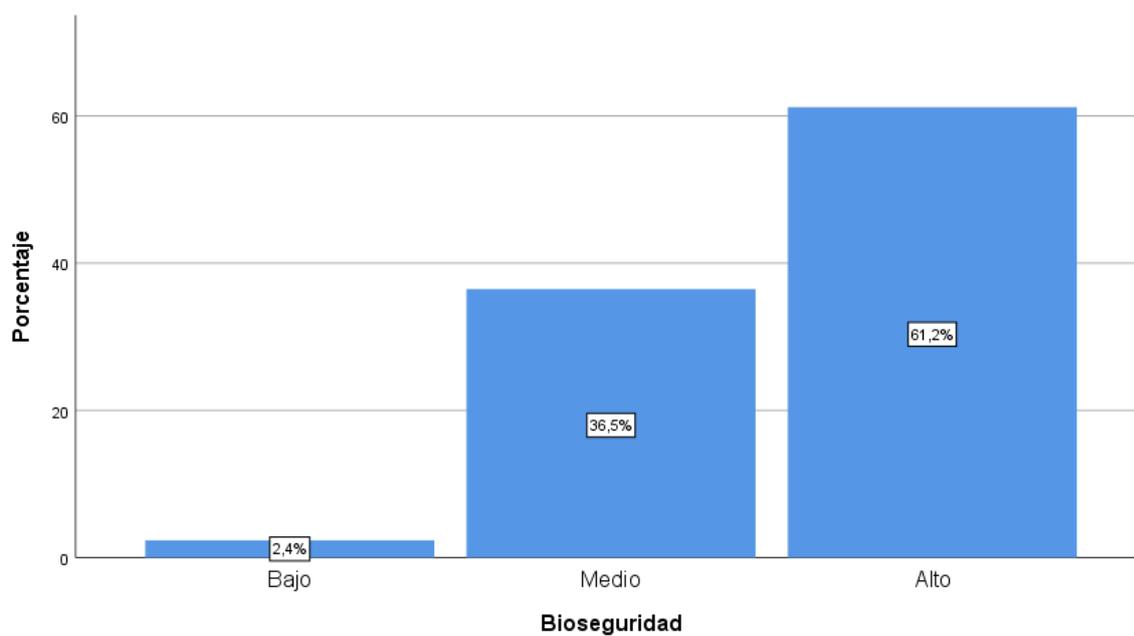
Año 2021.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	2	2,4
Medio	31	36,5
Alto	52	61,2
Total	85	100,0

Fuente: Cuestionario de bioseguridad (Anexo 2)

Figura 2

Diagrama de frecuencias de la bioseguridad



Interpretación: Como se observa en la tabla y figura; la bioseguridad en la población estudiada presenta un nivel bajo en un 2.4%, medio un 36.5% y alto un 61.2%.

Tabla 8

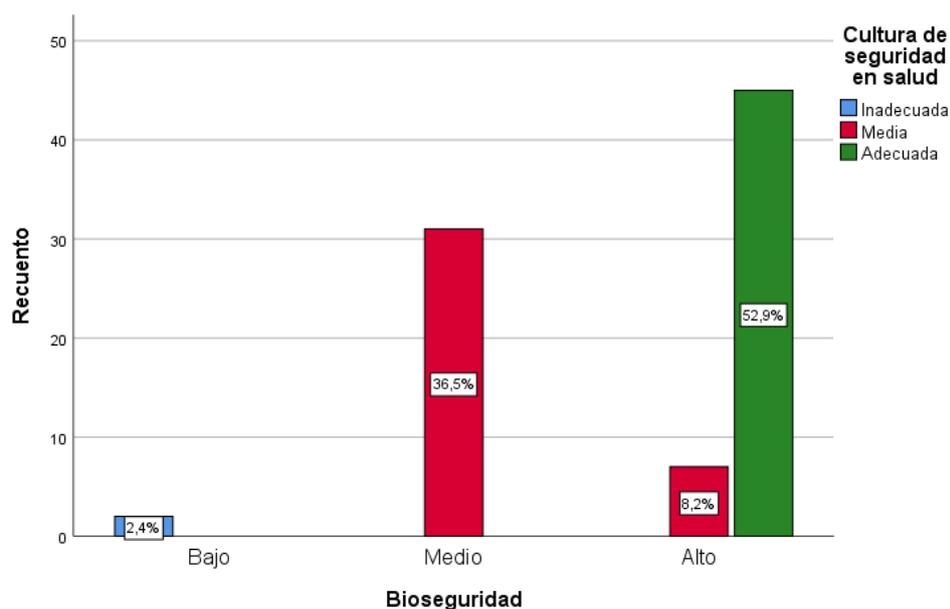
Cultura de seguridad en salud y la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021.

		Cultura de seguridad en salud			Total
		Inadecuada	Media	Adecuada	
Bioseguridad	Bajo	2	0	0	2
		2,4%	0,0%	0,0%	2,4%
	Medio	0	31	0	31
		0,0%	36,5%	0,0%	36,5%
	Alto	0	7	45	52
		0,0%	8,2%	52,9%	61,2%
Total		2	38	45	85
		2,4%	44,7%	52,9%	100,0%

Fuente: Cuestionario de cultura de seguridad en salud y la bioseguridad (Anexo 2)

Figura 3

Diagrama de barras agrupadas de la cultura de seguridad en salud y la bioseguridad



Interpretación: Como se observa en la tabla y figura; la bioseguridad en un nivel bajo, el 2.4% de la población presenta una cultura de seguridad en salud en un nivel de inadecuada; por otro lado; la bioseguridad en un nivel medio, el 36.5% de la población presenta una cultura de seguridad en salud en un nivel de media. Así mismo; la bioseguridad en un nivel alto, el 52.9% de la población presenta una cultura de seguridad en salud en un nivel de adecuada.

Tabla 9

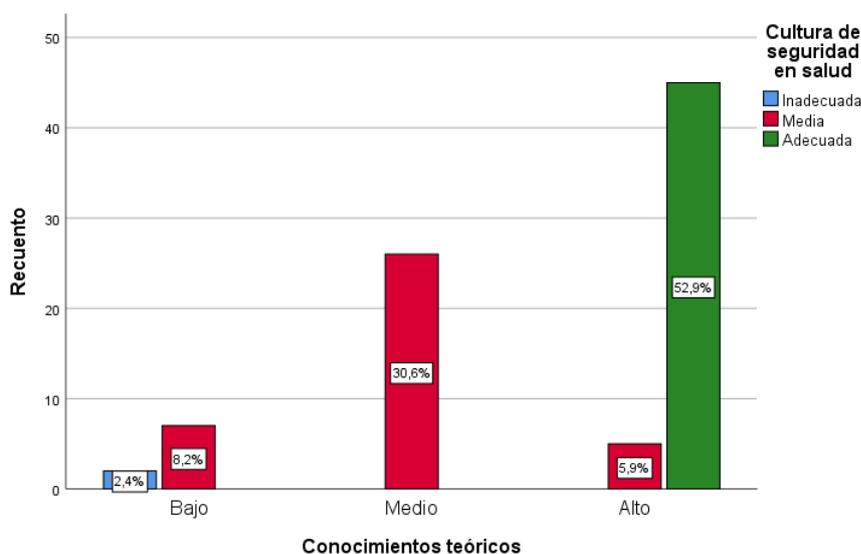
Cultura de seguridad en salud y la dimensión de conocimientos teóricos de la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021.

		Cultura de seguridad en salud			Total
		Inadecuada	Media	Adecuada	
Conocimientos teóricos	Bajo	2 2,4%	7 8,2%	0 0,0%	9 10,6%
	Medio	0 0,0%	26 30,6%	0 0,0%	26 30,6%
	Alto	0 0,0%	5 5,9%	45 52,9%	50 58,8%
Total		2 2,4%	38 44,7%	45 52,9%	85 100,0%

Fuente: Cuestionario de cultura de seguridad en salud y la bioseguridad (Anexo 2)

Figura 4

Diagrama de barras agrupadas de la cultura de seguridad en salud y la dimensión de conocimientos teóricos



Interpretación: Como se observa en la tabla y figura; los conocimientos teóricos en bioseguridad en un nivel bajo, el 2,4% de la población presenta una cultura de seguridad en salud en un nivel de inadecuada; por otro lado; los conocimientos teóricos en bioseguridad en un nivel medio, el 30,6% de la población presenta una cultura de seguridad en salud en un nivel de media. Así mismo; los conocimientos teóricos en bioseguridad en un nivel alto, el 52,9% de la población presenta una cultura de seguridad en salud en un nivel de adecuada.

Tabla 10

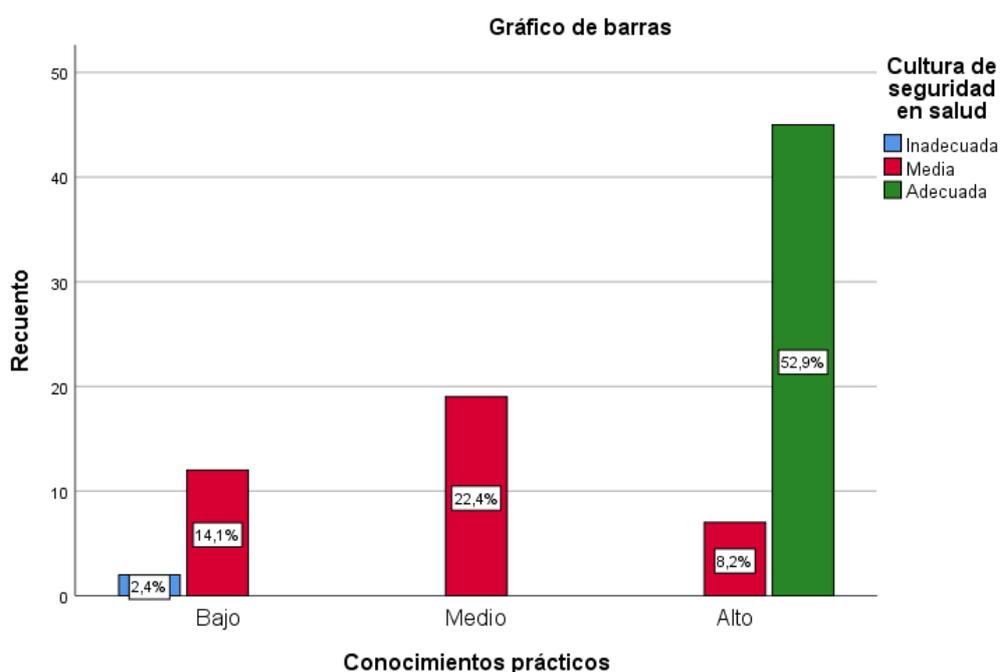
Cultura de seguridad y la dimensión de conocimientos prácticos de la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021.

		Cultura de seguridad en salud			Total
		Inadecuada	Media	Adecuada	
Conocimientos prácticos	Bajo	2 2,4%	12 14,1%	0 0,0%	14 16,5%
	Medio	0 0,0%	19 22,4%	0 0,0%	19 22,4%
	Alto	0 0,0%	7 8,2%	45 52,9%	52 61,2%
Total		2 2,4%	38 44,7%	45 52,9%	85 100,0%

Fuente: Cuestionario de cultura de seguridad en salud y la bioseguridad (Anexo 2)

Figura 5

Diagrama de barras agrupadas de la cultura de seguridad y la dimensión de conocimientos prácticos



Interpretación: Como se observa en la tabla y figura; los conocimientos prácticos en bioseguridad en un nivel bajo, el 2,4% de la población presenta una cultura de seguridad en salud en un nivel de inadecuada; por otro lado; los conocimientos prácticos en bioseguridad en un nivel medio, el 22,4% de la población presenta una cultura de seguridad en salud en un nivel

de media. Así mismo; los conocimientos prácticos en bioseguridad en un nivel alto, el 52.9% de la población presenta una cultura de seguridad en salud en un nivel de adecuada.

4.2 Validación de hipótesis

Prueba de normalidad

Hipótesis de normalidad

Ho: La distribución de la variable de estudio no difiere de la distribución normal.

Ha: La distribución de la variable de estudio difiere de la distribución normal.

Regla de decisión;

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

Tabla 6:

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Bioseguridad	,085	85	,002	,863	85	,002
Cultura de seguridad en salud	,092	85	,024	,734	85	,018

a. Corrección de significación de Lilliefors

La prueba de normalidad de las variables, presentan un valor $p=0.02 < 0.05$ y $p=0.024 < 0.05$ (Kolmogorov-Smirnov $n \geq 30$). Luego, $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha: La distribución de la variable de estudio difiere de la distribución normal. Ante las evidencias presentadas se justifica el empleo del estadístico no paramétrico.

Tabla 7*Correlación de variable y dimensiones**Correlaciones*

			Cultura de seguridad en salud	Bioseguridad	Conocimientos teóricos	Conocimientos prácticos	
Rho de Spearman	Cultura de seguridad en salud	Coeficiente de correlación	1,000	,855**	,874**	,830**	
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,000	
		N	85	85	85	85	
	Bioseguridad	Coeficiente de correlación			1,000	,942**	,973**
		Sig. (bilateral)			.	,000	,000
		N			85	85	85
	Conocimientos teóricos	Coeficiente de correlación				1,000	,897**
		Sig. (bilateral)				.	,000
		N				85	85
	Conocimientos prácticos	Coeficiente de correlación					1,000
		Sig. (bilateral)					.
		N					85

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

En la tabla se observa que la cultura de seguridad en salud al relacionarse con la bioseguridad, conocimientos teóricos y los conocimientos prácticos; presenta correlaciones altas.

Contrastación de las hipótesis

Tabla 8

Contrastación de la hipótesis general y específica

	Hipótesis	P_valor (p)	Significancia α	Contratación Hipótesis	Decisión
HG	La cultura de seguridad en salud se relaciona significativamente con la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021	0,000	0.05	$p < \alpha$	Rechazar Ho
Ho	La cultura de seguridad en salud no se relaciona significativamente con la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021				
HE1	La cultura de seguridad en salud se relaciona significativamente con la dimensión de conocimientos teóricos de la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021.	0,000	0.05	$p < \alpha$	Rechazar Ho
Ho	La cultura de seguridad en salud no se relaciona significativamente con la dimensión de conocimientos teóricos de la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021.				
HE2	La cultura de seguridad en salud se relaciona significativamente con la dimensión de conocimientos prácticos de la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021	0,000	0.05	$p < \alpha$	Rechazar Ho
Ho	La cultura de seguridad en salud no se relaciona significativamente con la dimensión de conocimientos prácticos de la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021				

Fuente: Cuestionario de cultura de seguridad en salud y la bioseguridad (Anexo 2)

Respecto a la hipótesis general, el resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.855 indica que existe relación positiva entre las variables además se encuentra en el nivel de correlación alta y siendo el nivel de significancia bilateral $p=0.000<0.05$, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis general; se concluye que: La cultura de seguridad en salud se relaciona significativamente con la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021.

Respecto a la hipótesis específica 1, el resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.874 indica que existe relación positiva entre las variables además se encuentra en el nivel de correlación alta y siendo el nivel de significancia bilateral $p=0.000<0.05$, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis específica 1; se concluye que: La cultura de seguridad en salud se relaciona significativamente con la dimensión de conocimientos teóricos de la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021.

Respecto a la hipótesis específica 2, el resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.830 indica que existe relación positiva entre las variables además se encuentra en el nivel de correlación alta y siendo el nivel de significancia bilateral $p=0.000<0.05$, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis específica 2; se concluye que: La cultura de seguridad en salud se relaciona significativamente con la dimensión de conocimientos prácticos de la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De los hallazgos encontrados y del análisis de los resultados, respecto al objetivo específico 1, el resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.874 indicó que existe relación positiva entre las variables además se encontró en el nivel de correlación alta y siendo el nivel de significancia bilateral $p=0.000<0.05$, se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis específica 1; concluyéndose que: La cultura de seguridad en salud se relaciona significativamente con la dimensión de conocimientos teóricos de la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021; siendo que, los conocimientos teóricos en bioseguridad en un nivel bajo, el 2.4% de la población presenta una cultura de seguridad en salud en un nivel de inadecuada; por otro lado; los conocimientos teóricos en bioseguridad en un nivel medio, el 30.6% de la población presenta una cultura de seguridad en salud en un nivel de media. Así mismo; los conocimientos teóricos en bioseguridad en un nivel alto, el 52.9% de la población presenta una cultura de seguridad en salud en un nivel de adecuada; lo que corrobora lo planteado por Vasco, (2017), Grillo, (2013), Carmona, (2018), Valera, (2018); puesto que la cultura de seguridad en salud es una variable de vital importancia puesto que refleja el comportamiento de los trabajadores quienes son los principales actores en una institución que brinda servicios de salud y más aún, en todas estas investigaciones, se ha coincidido en asociaciones o correlaciones altas con otra importante variable como lo es los conocimiento prácticas que debe tener dicho personal en bioseguridad.

Igualmente, de los hallazgos encontrados y del análisis de los resultados, respecto al objetivo específico 2, el resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.830 indicó que existe relación positiva entre las variables además se encontró en el nivel de correlación alta y siendo el nivel de significancia bilateral $p=0.000<0.05$, se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis específica 2; concluyéndose que: La cultura de seguridad

en salud se relaciona significativamente con la dimensión de conocimientos prácticos de la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021; siendo que, los conocimientos prácticos en bioseguridad en un nivel bajo, el 2.4% de la población presenta una cultura de seguridad en salud en un nivel de inadecuada; por otro lado; los conocimientos prácticos en bioseguridad en un nivel medio, el 22.4% de la población presenta una cultura de seguridad en salud en un nivel de media. Así mismo; los conocimientos prácticos en bioseguridad en un nivel alto, el 52.9% de la población presenta una cultura de seguridad en salud en un nivel de adecuada; lo que corrobora lo planteado por Panimboza (2013), Reina (2018), Pérez (2014) y Salazar (2014); puesto que la cultura de seguridad en salud es una variable de vital importancia puesto que refleja el comportamiento de los trabajadores quienes son los principales actores en una institución que brinda servicios de salud y más aún, en todas estas investigaciones, se ha coincidido en asociaciones o correlaciones altas con otra importante variable como lo es los conocimiento prácticas que debe tener dicho personal en bioseguridad; reafirmando igualmente que la bioseguridad comienza con el pensar "¿qué queremos con ello?", "¿hacia dónde vamos?", "¿terminaremos alguna vez?"; seguramente esto es algo que no se terminará nunca. es fundamental entonces privilegiar el conocimiento de lo que podemos llamar las "buenas prácticas", que pasan por el principio esencial de la bioseguridad: 'no me contagio y no contagio'.

Por otro lado, de los hallazgos encontrados y del análisis de los resultados, respecto al objetivo general, el resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.855 indicó que existe relación positiva entre las variables además se encontró en el nivel de correlación alta y siendo el nivel de significancia bilateral $p=0.000 < 0.05$, se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis general; concluyéndose que: La cultura de seguridad en salud se relaciona significativamente con la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021; siendo que, la bioseguridad en un nivel bajo, el 2.4%

de la población presenta una cultura de seguridad en salud en un nivel de inadecuada; por otro lado; la bioseguridad en un nivel medio, el 36.5% de la población presenta una cultura de seguridad en salud en un nivel de media. Así mismo; la bioseguridad en un nivel alto, el 52.9% de la población presenta una cultura de seguridad en salud en un nivel de adecuada; corroborando lo planteado por Terrazos, (2018); puesto que la cultura de seguridad en salud es una variable de vital importancia puesto que refleja el comportamiento de los trabajadores quienes son los principales actores en una institución que brinda servicios de salud y más aún, en todas estas investigaciones, se ha coincidido en asociaciones o correlaciones altas con otra importante variable bioseguridad que debe tener dicho personal enfermeras que laboran en la institución; coincidiendo en afirmar que el elemento más importante de la bioseguridad lo constituye sin duda el estricto cumplimiento de las técnicas y prácticas establecidas, para lo cual la capacitación y en el entrenamiento en las técnicas de manipulación de los agentes o muestras que los contengan, así como los procedimientos ante las emergencias juegan un papel fundamental. Es importante lograr la concientización adecuada del personal que trabaja en el área de alto riesgo sobre la importancia de las normas de bioseguridad. Proteger la salud y seguridad de los pacientes y de los profesionales de enfermería de riesgos producidos por agentes biológicos, físicos, químicos y mecánicos es la principal tarea.

VI. CONCLUSIONES

- La presente investigación respecto a la hipótesis específica 1, demuestra que la cultura de seguridad en salud se relaciona significativamente con la dimensión de conocimientos teóricos de la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021; siendo que el coeficiente de correlación Rho Spearman de 0.874, demostró una alta asociación entre las variables.
- La presente investigación respecto a la hipótesis específica 2, demuestra que la cultura de seguridad en salud se relaciona significativamente con la dimensión de conocimientos prácticos de la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021.; siendo que el coeficiente de correlación Rho Spearman de 0.830, demostró una alta asociación entre las variables.
- La presente investigación respecto a la hipótesis general demuestra que la cultura de seguridad en salud se relaciona significativamente con la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021; siendo que el coeficiente de correlación Rho Spearman de 0.855, demostró una alta asociación entre las variables.

VII. RECOMENDACIONES

- Desarrollar programas de capacitación en la Clínica Oncosalud con el objetivo de continuar brindando información sobre las medidas de bioseguridad; asimismo estudiando similares poblaciones o áreas de estudio, a fin de conocer problemáticas en torno a variables relacionadas con las medidas de bioseguridad, asimismo para verificar si los resultados encontrados son similares a los de la presente investigación.
- Que se realicen trabajos de investigación en los demás servicios de la Clínica Oncosalud con respecto a las medidas de bioseguridad, enfatizando programas efectivos de promoción y prevención con la finalidad de enriquecer los conocimientos de los profesionales de enfermería con el fin de alcanzar un nivel de conocimiento alto en toda la población, así como también en una práctica adecuada.
- Se recomienda a los profesionales que imparten sus conocimientos en las escuelas de enfermería en pregrado; que pertenecen a la Clínica Oncosalud, enfaticen en el tema de medidas de bioseguridad y su adecuada practica ya que son el modelo de los futuros profesionales.

VIII. REFERENCIAS

- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (8 de octubre de 2018). *Liderazgo en la gestión de la prevención en materia de seguridad y salud en el trabajo*. https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/reports/management-leadership-in-OSH_guide
- Becerra, N. y Calojero E. (2010). Aplicación de las Normas de Bioseguridad de los Profesionales de Enfermería. <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2198/1/15%20Tesis.%20QY9%20B389.pdf>
- Biblioteca Virtual en Salud (4 de octubre de 2018). *Sectores clave y desarrollo*. BVSDE. http://www.bvsde.paho.org/foro_hispano/salud.htm
- Briceño, T., Suarez, M. y Toloza, D. (2011). *Implementar un modelo de cultura justa de seguridad del paciente en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander HUS* [Tesis de posgrado, Universidad Autónoma de Bucaramanga]. Repositorio Institucional UNAB. <https://repository.unab.edu.co/handle/20.500.12749/11721>
- Carmona, S. (2 de octubre de 2021). *La cultura preventiva*. Prevenir. <https://prevenir.com/2013/01/22/la-cultura-preventiva-por-salvador-carmona>
- Cisneros, F. (1 de septiembre de 2018). *Bioseguridad Nacional y Epidemiología*. Bioseguridad. <http://bioseguridazonariesgoepidemilogo.blogspot.pe/2018/05/marco-teorico.html>
- Comité Institucional de Bioseguridad, Universidad del Desarrollo (2016). *Bioseguridad y conceptualizaciones normativizadas*. <http://medicina.udd.cl/sobre-la-facultad/comite-institucional-de-bioseguridad/definicion-de-bioseguridad>
- Cóndor, P., Enríquez, J., Ronceros, G., Tello, M. y Gutierrez, E. (04 de mayo del 2021). Conocimientos, actitudes y prácticas en bioseguridad del personal de salud de las

- unidades de cuidados intensivos de dos hospitales de la ciudad de Lima. *Revista Peruana de Epidemiología*. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203128542010>
- Caja de Seguro Social de Panamá (4 de octubre del 2018). *Gestión de la seguridad y salud laboral en las empresas*. <http://www.css.gob.pa/Gesti%C3%B3n%20de%20la%20Seguridad%20y%20Salud%20Laboral%20en%20las%20empresas.pdf>
- Díaz, J. (2018). *Políticas públicas en propiedad intelectual escrita. Una escala de medición para educación superior del Perú*. Universidad del Zulia. <https://produccioncientificaluz.org/index.php/rvg/article/view/23470/23679>
- Díaz, S. (2016). *Conocimientos que poseen los enfermeros sobre las normas de bioseguridad y su aplicación*. http://200.123.150.149/favaloro/bases/diaz_yotros_enfermeria_8292.pdf
[e%20la%20prevenci%C3%B3n.pdf](http://200.123.150.149/favaloro/bases/diaz_yotros_enfermeria_8292.pdf)
- Echegoyen, O. (28 de septiembre de 2018) *Diccionario de psicología científica y filosófica*. <http://www.e-torredebabel.com/Psicologia/Vocabulario/Metodo-Hipotetico-Deductivo.htm>
- Grillo, M. (2013) *Construcción y validación de una herramienta de gestión para evaluar la cultura de seguridad en entornos industriales*. [Tesis de posgrado, Universidad Ramon Llull]. Repositorio de la Universidad Ramon Llull – España. <https://www.tesisenred.net/handle/10803/119823>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. McGrawHill Education. <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>

- Ibermutuamur (4 de octubre de 2018) *Buenas prácticas para mejorar la cultura preventiva en las empresas.* https://www.ibermutuamur.es/wp-content/uploads/2015/03/Dossier_Cultura_Preventiva_11.pdf.
- Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (2 de octubre de 2018). *La cultura de la prevención.* ISTAS. <http://www.istas.ccoo.es/descargas/La%20cultura%20de%20prevencion>.
- López, D., Ríos, S. y Vélez, L. (2012). *Seguridad de los pacientes en la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención. Universidad de Antioquía – Colombia.* [Tesis posgrado, Universidad de Antioquía]. Repositorio de la Universidad de Antioquía. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/433>
- Martínez, C. (2018). *Investigación Descriptiva: Tipos y Características.* <https://docplayer.es/199897920-Investigacion-descriptiva-tipos-y-caracteristicas.html>
- Mejía, T. (2018). *Investigación Correlacional: Definición, Tipos y Ejemplos.* <https://www.lifeder.com/investigacioncorrelacional/>
- Messite, A. (2014). *Protección y promoción de la salud. 2014.* <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo1/15.pdf>
- Murano, J. (2 de agosto de 2018). *Bioseguridad en el manejo de residuos hospitalarios.* <http://bioseguridad-de-las-personas.blogspot.com/na>
- Panimboza, C. y Pardo, L. (2013) *Medidas de bioseguridad que aplica el personal de enfermería durante la estancia hospitalaria del paciente. “Hospital Dr. José Garcés Rodríguez”.* [Tesis pregrado, Universidad Estatal Península de Santa Elena]. Repositorio de la Universidad Estatal de la Península de Santa Elena. <https://repositorio.upse.edu.ec/xmlui/handle/46000/1094>
- Peña, D. (2012). *Método hipotético-deductivo y Experimentum crucis.* <https://docplayer.es/21777909-3-metodo-hipotetico-deductivo-y-experimentum->

crucis-3-1-metodo-hipotetico-deductivo-el-metodo-hipotetico-deductivo-es-el-procedimiento-o-camino-que.html

- Pérez, I. y Obregón, J. (2014). *La cultura de seguridad en salud y su relación con la calidad percibida en el usuario interno de la Clínica Municipal Santa Anita. Lima. 2013.* [Tesis de posgrado, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio de la Universidad Cesar Vallejo. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/6311>
- Reina, P. y Vargas, E. (7 de septiembre de 2018). *Medidas de bioseguridad que aplica el personal de enfermería en los cuidados a los pacientes.* Revista portales médicos. <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/medidas-de-bioseguridad-que-aplica-el-personal-de-enfermeria-en-los-cuidados-los-pacientes/>
- Rocco, C. y Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Revista médica *Clínicas Las Condes*. <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>
- Rodríguez, L. y Saldaña, T. (2013). *Conocimiento sobre bioseguridad y aplicación de medidas de protección de las enfermeras del Departamento de Neonatología Hospital Belén de Trujillo [Tesis pregrado, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio de la Universidad Privada Antenor Orrego.* <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/123456789/305>
- Rosas, C. (5 de octubre de 2018). *Conceptos de bioseguridad - Parte I.* http://www.actaodontologica.com/ediciones/2003/3/conceptos_bioseguridad.asp
- Ruiz, J. (3 de octubre de 2018). *Sálvese quien deba: la seguridad de los pacientes.* <http://seguridadesasistencial.blogspot.com/2013/04/cultura-de-seguridad-de-que-estamos.html>

- Salazar, J., Guerrero, J., Machado, Y. y Cañedo, R. (2014). *Clima y cultura organizacional: dos componentes esenciales en la productividad laboral*.
http://www.bvs.sld.cu/revistas/aci/vol20_4_09/aci041009.htm
- Seguridad Minera (2014). *Ideas para la gestión de una cultura de seguridad integral*.
<http://www.revistaseguridadadminera.com/gestion-seguridad/gestion-cultura-de-seguridad-integral/>
- Terrazos, M. (2018). *Relación de las normas de bioseguridad y los riesgos laborales en el personal de enfermería: Servicio de emergencia del Hospital I Oxapampa*. [Tesis posgrado, Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión] Repositorio Institucional UNDAC. <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/982>
- Universidad Nacional del Nordeste - UNNE (16 de octubre de 2018). *Medidas de Bioseguridad Hospitalarias*.
<http://med.unne.edu.ar/enfermeria/catedras/fundamento/guias/Bioseguridad%20Hospitalaria.html>
- Valera, J. (11 de octubre de 2018). *Bioseguridad, salud y políticas públicas*.
<https://iraka.unisimon.edu.co/bioseguridad-salud-y-politicas-publicas/>
- Vasco, G. (2017). *Análisis de la cultura de seguridad del paciente de la enfermería del Hospital de Mérida*. [Tesis posgrado, Universidad de Extremadura]. Repositorio de la Universidad de Extremadura. <https://dehesa.unex.es/handle/10662/6153>

IX. ANEXOS

ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA						
TÍTULO: CULTURA DE SEGURIDAD EN SALUD Y BIOSEGURIDAD EN LAS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE LA CLINICA ONCOSALUD. SAN BORJA. LIMA. AÑO 2021						
AUTOR: BR. KAROL MIROSLAVA VILAVICENCIO GONZALES						
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES			
<p>PROBLEMA PRINCIPAL</p> <p>¿Qué relación existe entre la cultura de seguridad en salud y la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021?</p> <p>PROBLEMAS SECUNDARIOS</p> <p>1. ¿Qué relación existe entre la cultura de seguridad en salud y la dimensión de conocimientos teóricos de la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021?</p> <p>2. ¿Qué relación existe entre la cultura de seguridad en salud y la dimensión de conocimientos prácticos de la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad en salud y la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>1. Determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad en salud y la dimensión de conocimientos teóricos de la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021.</p> <p>2. Determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad en salud y la dimensión de conocimientos prácticos de la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>La cultura de seguridad en salud se relaciona significativamente con la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>1. La cultura de seguridad en salud se relaciona significativamente con la dimensión de conocimientos teóricos de la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021.</p> <p>2. La cultura de seguridad en salud se relaciona significativamente con la dimensión de conocimientos prácticos de la bioseguridad en las profesionales de enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021.</p>	Variable 1: Cultura de Seguridad en Salud.			
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles y rangos
			Asistencial	Cumplimiento Conocimiento Aplicación	1-15	Adecuada (167-225) Media (106-166) Inadecuada (45-105)
			Organización	Confianza Planificación Evaluación Monitoreo	16-27	
			Relaciones	Trabajo en Equipo Comunicación Socialización	28-34	
			Gestión	Planificación Organización Implementación Evaluación	35-45	
			Variable 2: Bioseguridad.			
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles y rangos
			Conocimientos teóricos	Comunicación Perspectiva	1-22	Alta (115-155) Media (73-114) Baja (31-72)
			Conocimientos prácticos	Aplicación Recepción	23-31	

ANEXO B

INSTRUMENTOS

2.1 INSTRUMENTO DE CULTURA DE SEGURIDAD EN SALUD

INSTRUCCIONES: Estimado servidor, el presente cuestionario tiene el propósito de recopilar información sobre *Cultura de Seguridad en Salud en la entidad*. Se agradece leer atentamente y marcar con un **(X)** la opción correspondiente a la información solicitada, Es **totalmente anónimo** y su procesamiento es reservado, por lo que le pedimos sinceridad en su respuesta.

DIMENSION ASISTENCIAL	Si	No
1. ¿El paciente no consiguió una cita para consultar un problema de salud agudo en las siguientes 48hs?		
2. ¿La historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó?		
3. ¿El equipamiento médico no funcionó adecuadamente, precisaba reparación o sustitución?		
4. ¿Una oficina de farmacia contactó con el centro o la consulta para clarificar o corregir una prescripción?		
5. ¿La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta?		
6. ¿Los resultados de algunas pruebas de laboratorio o de imagen no estaban disponibles cuando se precisaron?		
7. ¿Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día?		
8. ¿Problemas con servicios externos de pruebas complementarias (laboratorio, diagnóstico por imagen...)?		
9. ¿Problemas con inter consultas médicas fuera del centro?		
10. ¿Problemas con oficinas de farmacia?		
11. ¿Problemas con referencias a otros Hospitales?		
12. ¿El centro recuerda a sus pacientes cuándo deben citarse para revisiones o para actividades preventivas?		
13. ¿En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento?		
14. ¿En nuestro centro se realiza un seguimiento cuando no se recibe el informe de un paciente que estamos esperando que nos remita un especialista de otro centro?		
15. ¿En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento?		
DIMENSION DE ORGANIZACION	Si	No
16. ¿Cuándo alguien tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan?		
17. ¿En este centro hay un buen ambiente de trabajo entre los componentes del equipo?		

18. ¿Este centro forma a su personal en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha?		
19. ¿Tenemos demasiados pacientes asignados para el número de profesionales que tiene el centro?		
20. ¿En este centro se asegura que el personal administrativo tenga la información necesaria para su trabajo?		
21. ¿Tenemos procedimientos adecuados para evaluar que el trabajo en el centro se ha realizado correctamente?		
22. ¿Al personal administrativo se le pide realizar tareas para la que no ha sido formado?		
23. ¿Tenemos suficiente personal administrativo para manejar la carga de trabajo de los pacientes?		
24. ¿En este centro tenemos problemas con la organización y distribución del trabajo?		
25. ¿Este centro promueve el trabajo en equipo para el cuidado de los pacientes?		
26. ¿Este centro tiene demasiados pacientes para hacer frente a todo de forma eficiente?		
27. ¿El personal administrativo del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecimientos?		
DIMENSION DE RELACIONES	Si	No
28. ¿Los profesionales de salud del centro son receptivos a las propuestas de mejora de los profesionales administrativos.		
29. ¿El personal administrativo no teme hacer preguntas cuando algo parece que no está bien?		
30. ¿El personal administrativo siente que sus errores son utilizados en su contra?		
31. ¿Todo el equipo habla abiertamente de los problemas del centro?		
32. ¿Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro?		
33. ¿En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir?		
34. ¿El personal administrativo está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro?		
DIMENSION DE GESTION	Si	No
35. ¿Los responsables de su centro no están invirtiendo suficientes recursos para mejorar la calidad asistencial en este centro de salud?		
36. ¿Los responsables de su centro pasan por alto los fallos relacionados con la asistencia que ocurren una y otra vez?		
37. ¿Los responsables de su centro dan prioridad a los procesos relacionados con la mejora de la atención de los pacientes?		
38. ¿Los responsables de su centro a menudo toman decisiones basadas en lo que es mejor para el centro en lugar de los que es mejor para los pacientes?		
39. ¿Cuándo hay un problema en nuestro centro, valoramos si necesitamos cambiar la manera en qué hacemos las cosas?		
40. ¿Los procesos de nuestro centro son buenos para prevenir fallos que pueden afectar a los pacientes.		
41. ¿En este centro se producen fallos con más frecuencia de lo que debieran?		
42. ¿Si no cometemos más fallos que afecten a nuestros pacientes, es por casualidad?		
43. ¿Este centro es capaz de modificar sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a ocurrir.		
44. ¿En este centro, es más importante realizar más trabajo que la calidad de la atención?		
45. ¿Cuándo introducimos cambios para Mejorar, comprobamos si funcionan?		

2.2 INSTRUMENTO DE BIOSEGURIDAD

INSTRUCCIONES: Estimado servidor, el presente cuestionario tiene el propósito de recopilar información sobre *la Bioseguridad en la entidad*. Se agradece leer atentamente y marcar con un (X) la opción correspondiente a la información solicitada, Es **totalmente anónimo** y su procesamiento es reservado, por lo que le pedimos sinceridad en su respuesta.

DIMENSION DE CONOCIMIENTOS TEORICOS	Muy poco	Poco	Medio	Bastante	Mucho
1. ¿Sabe Ud., que comprende la bioseguridad?					
2. ¿Conoce cuáles son los principios de la bioseguridad?					
3. ¿Conoce a que se llama accidente de exposición a sangre o fluidos corporales?					
4. ¿Sabe cuáles son los agentes infecciosos transmisibles más frecuentes en el ámbito hospitalario?					
5. ¿Conoce quienes están más expuestos a sufrir accidentes en el medio laboral hospitalario?					
6. ¿Conoce que factores determinan la posibilidad de infección frente a un accidente con exposición a sangre?					
7. ¿Sabe que tipos de fluidos humanos pueden transmitir contagio?					
8. ¿Sabe cómo se previene la hepatitis B?					
9. ¿Sabe cómo se previene la hepatitis C?					
10. ¿Conoce como es el calendario de vacunación para la hepatitis y quienes son los trabajadores con mayor riesgo que deben vacunarse?					
11. ¿Ante un accidente con riesgo a contraer hepatitis sabe a quienes se recomienda la profilaxis y a quienes no?					
12. ¿Conoce que tasa de anticuerpos anti HBS necesita un trabajador para encontrarse protegido del riesgo a contraer la enfermedad?					
13. ¿Sabe Ud. cuáles son las precauciones estándares o universales en bioseguridad?					
14. ¿Tiene conocimiento de los artículos para protección contra contaminación?					
15. ¿Sabe Ud. que precauciones se deben tomar durante los procedimientos invasivos?					
16. ¿Sabe Ud. cuáles son las recomendaciones prácticas para desarrollar tareas vinculadas a la atención del paciente con referencia a bioseguridad?					

17. ¿Conoce como debe ser la higiene de los ambientes?					
18. ¿Recibió capacitación como debe ser la limpieza y desinfección de materiales según la clasificación?					
19. ¿Sabe que significa esterilización?					
20. ¿Sabe que significa desinfección?					
21. ¿Sabe que métodos de esterilización y desinfección puede nombrar?					
22. ¿Conoce que conductas debe seguir si tiene un accidente biológico?					
DIMENSION DE CONOCIMIENTOS PRACTICOS	Muy poco	Poco	Medio	Bastante	Mucho
23. ¿Para el caso de la Hepatitis C cuando evoluciona a la cronicidad, en que enfermedad se transforma?					
24. ¿Sabe Ud. cuáles son las precauciones estándares o universales en bioseguridad?					
25. ¿Conoce en qué momento se recomienda el lavado de manos para prevenir contaminaciones cruzadas?					
26. ¿Conoce cómo es el manejo de la ropa contaminada?					
27. ¿Sabe Ud. como se descontaminan los utensilios de uso con el paciente? (chatas, papagayos, termómetros)					
28. ¿Conoce Ud. que cuidados debemos tener con el esfigmomanómetro (tensiómetro) y el estetoscopio después del uso con cada paciente?					
29. ¿Sabe Ud. como se descartan y donde, los materiales de curación usados?					
30. ¿Sabe Ud. como debe ser el manejo de la ropa de cama en el ambiente hospitalario?					
31. ¿Sabe Ud. cómo se clasifican los materiales y equipos de uso hospitalario?					

ANEXO C

CERTIFICADOS DE VALIDEZ



INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del validador.: Dr. JORGE RAFAEL DIAZ DUMONT
- 1.2. Cargo e Institución donde labora: UNFV – UNFV POST GRADO
- 1.3. Especialidad del validador: Metodólogo, Ingeniero
- 1.4. Nombre del Instrumento y finalidad de su aplicación: CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD EN SALUD Y CUESTIONARIO DE BIOSEGURIDAD
- 1.5. Título de la Investigación: CULTURA DE SEGURIDAD EN SALUD Y BIOSEGURIDAD EN LAS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE LA CLINICA ONCOSALUD. SAN BORJA. LIMA. AÑO 2021 Y CUESTIONARIO DE BIOSEGURIDAD
- 1.6. Autor del Instrumento: AGENCIA DE INVESTIGACIÓN DE SALUD Y CALIDAD. USA. ADAPTADO POR PÉREZ, L (2013) Y DR. MURANO, J. 2016

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD EN SALUD

1 INDICADORES	2 CRITERIOS	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		00-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
1.CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y específico.					v
2.OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					v
3.ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					v
5.SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					v
6.INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias					v
7.CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos					v
8.COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					v
9.METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico					v
10. PERTINENCIA	El instrumento es funcional para el propósito de la investigación.					v
PROMEDIO DE VALIDACIÓN						90%

Primera variable: CUESTIONARIOS DE CULTURA DE SEGURIDAD EN SALUD

Instrumento	Suficiente	Medianamente suficiente	Insuficiente
1	v		
2	v		
3	v		
4	v		
5	v		



**INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO
DE INVESTIGACIÓN**

6	v		
7	v		
8	v		
9	v		
10	v		
11	v		
12	v		
13	v		
14	v		
15	v		
16	v		
17	v		
18	v		
19	v		
20	v		
21	v		
22	v		
23	v		
24	v		
25	v		
26	v		
27	v		
28	v		
29	v		
30	v		
31	v		
32	v		
33	v		
34	v		
35	v		
36	v		
37	v		
38	v		
39	v		
40	v		
41	v		
42	v		
43	v		
44	v		
45	v		

La evaluación se realiza de todos los ítems de la variable



INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

CUESTIONARIO DE BIOSEGURIDAD

1 INDICADORES	2 CRITERIOS	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		00-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y específico.					v
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					v
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					v
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					v
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias					v
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos					v
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					v
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico					v
10. PERTINENCIA	El instrumento es funcional para el propósito de la investigación.					v
PROMEDIO DE VALIDACIÓN						90%

Segunda variable: CUESTIONARIO DE BIOSEGURIDAD

Instrumento	Suficiente	Medianamente suficiente	Insuficiente
1	v		
2	v		
3	v		
4	v		
5	v		
6	v		
7	v		
8	v		
9	v		
10	v		
11	v		
12	v		
13	v		
14	v		
15	v		
16	v		
17	v		
18	v		
19	v		



INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

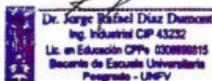
20	v		
21	v		
22	v		
23	v		
24	v		
25	v		
26	v		
27	v		
28	v		
29	v		
30	v		
31	v		

La evaluación se realiza de todos los ítems de la variable

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- () Los instrumentos pueden ser aplicado, tal como está elaborado.
 () Los instrumentos deben ser mejorado antes de ser aplicado.

Lima 04/02/2021



Firma del Experto Informante.
DNI. N° 08698815



INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del validador.: DRA. LEDESMA CUADROS MIDRED JÉNICA
- 1.2. Cargo e Institución donde labora: UCV POST GRADO
- 1.3. Especialidad del validador: Metodólogo, Educación
- 1.4. Nombre del Instrumento y finalidad de su aplicación: CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD EN SALUD Y CUESTIONARIO DE BIOSEGURIDAD
- 1.5. Título de la Investigación: CULTURA DE SEGURIDAD EN SALUD Y BIOSEGURIDAD EN LAS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE LA CLINICA ONCOSALUD. SAN BORJA. LIMA. AÑO 2021 Y CUESTIONARIO DE BIOSEGURIDAD
- 1.6. Autor del Instrumento: AGENCIA DE INVESTIGACIÓN DE SALUD Y CALIDAD. USA. ADAPTADO POR PÉREZ, L (2013) Y DR. MURANO, J. 2016

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD EN SALUD

1 INDICADORES	2 CRITERIOS	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		00-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
1.CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y específico.					v
2.OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					v
3.ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					v
5.SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					v
6.INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias					v
7.CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos					v
8.COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					v
9.METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico					v
10.PERTINENCIA	El instrumento es funcional para el propósito de la investigación.					v
PROMEDIO DE VALIDACIÓN						90%

Primera variable: CUESTIONARIOS DE CULTURA DE SEGURIDAD EN SALUD

Instrumento	Suficiente	Medianamente suficiente	Insuficiente
1	v		
2	v		
3	v		
4	v		
5	v		



**INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO
DE INVESTIGACIÓN**

6	v		
7	v		
8	v		
9	v		
10	v		
11	v		
12	v		
13	v		
14	v		
15	v		
16	v		
17	v		
18	v		
19	v		
20	v		
21	v		
22	v		
23	v		
24	v		
25	v		
26	v		
27	v		
28	v		
29	v		
30	v		
31	v		
32	v		
33	v		
34	v		
35	v		
36	v		
37	v		
38	v		
39	v		
40	v		
41	v		
42	v		
43	v		
44	v		
45	v		

La evaluación se realiza de todos los ítems de la variable



INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

CUESTIONARIO DE BIOSEGURIDAD

1 INDICADORES	2 CRITERIOS	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		00-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
1.CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y específico.					v
2.OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					v
3.ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					v
5.SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					v
6.INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias					v
7.CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos					v
8.COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					v
9.METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico					v
10. PERTINENCIA	El instrumento es funcional para el propósito de la investigación.					v
PROMEDIO DE VALIDACIÓN						90%

Segunda variable: CUESTIONARIO DE BIOSEGURIDAD

Instrumento	Suficiente	Medianamente suficiente	Insuficiente
1	v		
2	v		
3	v		
4	v		
5	v		
6	v		
7	v		
8	v		
9	v		
10	v		
11	v		
12	v		
13	v		
14	v		
15	v		
16	v		
17	v		
18	v		
19	v		



INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

20	v		
21	v		
22	v		
23	v		
24	v		
25	v		
26	v		
27	v		
28	v		
29	v		
30	v		
31	v		

La evaluación se realiza de todos los ítems de la variable

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- () Los instrumentos pueden ser aplicado, tal como está elaborado.
 () Los instrumentos deben ser mejorado antes de ser aplicado.

Lima 15/02/2021



 Dra. Mirella Jenica Lozano Cuadros
 DPOH N° 09127
 CATEDRÁTICA DE LA ESCUELA DE POSTGRADO
 DEL SIOBIAE

Firma del Experto Informante.
DNI. N° 09936465



INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del validador.: DR. JACINTO JOAQUÍN VÉRTIZ OSORES
- 1.2. Cargo e Institución donde labora: UNTELS POST GRADO
- 1.3. Especialidad del validador: BIÓLOGO
- 1.4. Nombre del Instrumento y finalidad de su aplicación: CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD EN SALUD Y CUESTIONARIO DE BIOSEGURIDAD
- 1.5. Título de la Investigación: CULTURA DE SEGURIDAD EN SALUD Y BIOSEGURIDAD EN LAS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE LA CLINICA ONCOSALUD. SAN BORJA. LIMA. AÑO 2021 Y CUESTIONARIO DE BIOSEGURIDAD
- 1.6. Autor del Instrumento: AGENCIA DE INVESTIGACIÓN DE SALUD Y CALIDAD. USA. ADAPTADO POR PÉREZ, L (2013) Y DR. MURANO, J. 2016

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD EN SALUD

1 INDICADORES	2 CRITERIOS	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		00-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
1.CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y específico.					v
2.OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					v
3.ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					v
5.SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					v
6.INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias					v
7.CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos					v
8.COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					v
9.METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico					v
10.PERTINENCIA	El instrumento es funcional para el propósito de la investigación.					v
PROMEDIO DE VALIDACIÓN						90%

Primera variable: CUESTIONARIOS DE CULTURA DE SEGURIDAD EN SALUD

Instrumento	Suficiente	Medianamente suficiente	Insuficiente
1	v		
2	v		
3	v		
4	v		
5	v		



**INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO
DE INVESTIGACIÓN**

6	v		
7	v		
8	v		
9	v		
10	v		
11	v		
12	v		
13	v		
14	v		
15	v		
16	v		
17	v		
18	v		
19	v		
20	v		
21	v		
22	v		
23	v		
24	v		
25	v		
26	v		
27	v		
28	v		
29	v		
30	v		
31	v		
32	v		
33	v		
34	v		
35	v		
36	v		
37	v		
38	v		
39	v		
40	v		
41	v		
42	v		
43	v		
44	v		
45	v		

La evaluación se realiza de todos los ítems de la variable



INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

CUESTIONARIO DE BIOSEGURIDAD

3 INDICADORES	4 CRITERIOS	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		00-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y específico.					v
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					v
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					v
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					v
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias					v
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos					v
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					v
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico					v
10. PERTINENCIA	El instrumento es funcional para el propósito de la investigación.					v
PROMEDIO DE VALIDACIÓN						90%

Segunda variable: CUESTIONARIO DE BIOSEGURIDAD

Instrumento	Suficiente	Medianamente suficiente	Insuficiente
1	v		
2	v		
3	v		
4	v		
5	v		
6	v		
7	v		
8	v		
9	v		
10	v		
11	v		
12	v		
13	v		
14	v		
15	v		
16	v		
17	v		
18	v		
19	v		



**INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTO
DE INVESTIGACIÓN**

20	v		
21	v		
22	v		
23	v		
24	v		
25	v		
26	v		
27	v		
28	v		
29	v		
30	v		
31	v		

La evaluación se realiza de todos los ítems de la variable

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- () Los instrumentos pueden ser aplicado, tal como está elaborado.
 () Los instrumentos deben ser mejorado antes de ser aplicado.

Lima 12/03/2021

Firma del Experto Informante.
DNI. N° 18168818

ANEXO D

BASE DE DATOS

N°	DIMENSIÓN ASISTENCIAL																																						
	1		2		3		4		5		6		7		8		8		9		10		12		13		14		15										
	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N							
1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1							
2	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1							
3	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1							
4	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1							
5	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1						
6	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1							
7	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0							
8	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0							
9	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0							
10	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1						
11	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1					
12	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1						
13	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1					
14	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1					
15	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1					
16	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1					
17	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1					
18	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1					
19	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1				
20	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0				
21	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1			
22	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			
23	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1			
24	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1			
25	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			
26	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			
27	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			
28	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			
29	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			
30	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1			
31	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1			
32	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1			
33	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1		
34	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1		
35	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1			
36	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	
37	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	
38	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1		
39	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1		
40	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1		
41	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	
42	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	
43	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	
44	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	
45	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1
46	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	
47	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	
48	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	
49	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1
50	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	
51	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	
52	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
53	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0																				

63	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1		
64	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1
65	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	
66	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	
67	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	
68	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	
69	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	
70	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	
71	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	
72	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	
73	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	
74	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1
75	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0
76	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	
77	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	
78	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	
79	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	
80	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	
81	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	
82	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	
83	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	
84	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	
85	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	

0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1
0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1
0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1
0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1
1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1
0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1
0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1
0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1
0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1
0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1
0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1
0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1
0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1
0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1
0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0

0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1
0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1
0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1
0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1
0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1
0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1
0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1
0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1
0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1
0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1
0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1
0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1
0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1
0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1
0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1

0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1
0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1
1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1
0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1
1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0
0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0
1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1
1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1
1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1
1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1
1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1
1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1
1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1
1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1
1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1

N°	Bioseguridad																															
	Conocimientos teóricos																						Conocimientos prácticos									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
1	5	4	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	3	3	5	3	5	3	5	4	3	5	
2	2	4	2	2	2	2	4	2	5	4	5	3	5	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
3	2	4	2	2	2	2	4	2	5	4	5	3	5	2	2	2	2	2	2	2	2	5	4	5	3	5	2	2	2	2	2	
4	5	4	5	3	5	4	5	5	5	4	5	3	5	5	4	5	4	5	5	4	5	5	4	5	3	5	2	5	4	3	5	
5	5	4	5	3	5	4	5	5	2	4	2	2	2	5	4	5	4	5	5	4	5	5	4	5	3	5	5	5	4	3	5	
6	5	4	5	3	5	4	5	5	2	4	2	2	2	5	4	5	4	5	5	4	5	2	4	2	2	2	5	5	4	3	5	
7	3	5	3	5	4	2	4	2	5	4	5	3	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	5	2	2	2	2	
8	2	2	1	1	2	2	4	2	5	4	5	3	5	2	2	2	2	2	2	2	2	5	4	5	3	5	2	2	2	2	2	
9	4	3	5	3	5	4	5	5	2	4	2	2	2	5	4	5	4	5	5	4	5	5	4	5	3	5	2	5	4	3	5	
10	4	4	4	4	1	2	4	2	5	4	5	3	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	5	5	2	2	2	
11	4	4	4	4	1	2	4	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	5	4	5	3	5	2	5	2	2	2	
12	4	3	5	3	5	4	5	5	3	5	3	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	2	4	2	2	2	2	2	4	3	5	
13	4	4	4	4	1	2	4	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	5	3	5	3	5	2	2	2	2	
14	4	4	4	4	1	2	4	2	4	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	4	2	2	2	5	2	2	2	
15	4	3	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	3	5	4	5	3	5	2	4	3	5	
16	4	3	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	3	2	4	2	2	2	2	4	3	5	
17	4	3	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	3	3	5	3	5	3	5	4	3	5	
18	4	4	4	4	1	2	4	2	4	2	2	2	5	4	5	3	5	2	2	2	2	5	4	5	3	5	2	2	2	2	2	
19	4	4	4	4	1	2	4	2	4	2	2	2	5	4	5	3	5	2	2	2	2	5	4	5	3	5	2	2	2	2	2	
20	4	3	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	5	4	5	3	5	5	5	4	5	5	4	5	3	5	5	5	4	3	5	
21	4	3	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	2	4	2	2	2	5	5	4	5	2	4	2	2	2	5	5	4	3	5	
22	4	4	4	4	1	2	4	2	4	2	2	2	2	4	2	2	2	5	2	2	2	2	4	2	2	2	5	2	2	2	2	
23	4	3	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	5	4	5	3	5	2	5	4	5	5	4	5	3	5	2	5	4	3	5	
24	4	4	4	4	1	2	4	2	4	2	2	2	5	4	5	3	5	2	2	2	2	5	4	5	3	5	2	2	2	2	2	
25	4	4	4	4	1	2	4	2	4	2	2	2	2	4	2	2	2	5	2	2	2	2	4	2	2	2	5	2	2	2	2	
26	4	3	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	5	4	5	3	5	2	5	4	5	5	4	5	3	5	2	5	4	3	5	
27	4	3	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	2	4	2	2	2	2	5	4	5	2	4	2	2	2	2	5	4	3	5	
28	4	3	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	3	5	3	5	3	5	5	4	5	3	5	3	5	3	5	5	4	3	5	
29	4	4	4	4	1	2	4	2	4	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	
30	4	4	4	4	1	2	4	2	4	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	
31	4	3	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	3	3	5	3	5	3	5	4	3	5	
32	3	3	1	3	1	1	1	1	4	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	
33	4	4	4	4	1	2	4	3	4	4	4	4	4	1	2	4	2	4	3	4	4	5	4	5	3	5	2	1	2	4	1	
34	4	3	5	3	5	5	4	5	3	5	2	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	5	4	5	3	5	2	5	4	3	5	
35	4	4	4	4	1	5	4	5	3	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	5	4	5	5	4	5	3	5	5	2	2	2
36	4	4	4	4	1	5	4	5	3	5	5	2	1	1	2	2	2	2	2	2	5	4	5	2	4	2	2	2	5	2	2	2
37	4	3	5	3	5	2	4	2	2	2	5	5	3	5	4	5	4	5	2	4	2	2	4	2	2	2	5	5	4	3	5	
38	4	3	5	3	5	2	4	2	2	2	5	5	3	5	4	5	4	5	2	4	2	5	4	5	3	5	2	5	4	3	5	
39	4	3	5	3	5	5	4	5	3	5	2	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	5	4	5	3	5	2	5	4	3	5	
40	4	4	4	4	1	5	4	5	3	5	2	2	1	1	2	2	2	2	5	4	5	2	4	2	2	2	5	2	2	2	2	
41	4	4	4	4	1	2	4	2	2	2	5	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	5	4	5	3	5	2	2	2
42	4	3	5	3	5	5	4	5	3	5	2	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	2	4	2	2	2	2	5	4	3	5	
43	4	3	5	3	5	2	4	2	2	2	2	5	3	5	4	5	4	5	2	4	2	3	5	3	5	3	5	5	4	3	5	
44	3	3	1	3	1	3	5	3	5	3	5	1	1	1	1	1	1	1	3	5	3	5	3	5	3	1	1	1	1	1	1	
45	4	3	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	3	3	5	3	5	3	5	4	3	5	
46	4	4	4	4	1	2	4	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
47	4	4	4	4	1	2	4	2	4	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	
48	4	3	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	3	3	5	3	5	3	5	4	3	5	
49	4	3	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	3	3	5	3	5	3	5	4	3	5	
50	4	3	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	3	3	5	3	5	3	5	4	3	5	
51	4	4	4	4	1	2	4	2	4	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	
52	4	4	4	4	1	2	4	2	4	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	
53	4	3	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	3	3	5	3	5	3	5	4	3	5	
54	3	3	1	3	1	1	1	1	4	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	

55	4	4	4	4	1	2	4	3	4	4	4	4	4	1	2	4	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1	2	4	1	
56	4	3	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	3	3	5	3	5	3	5	4	3	5
57	4	4	4	4	1	2	4	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	
58	4	4	4	4	1	2	4	2	4	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	
59	4	3	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	3	3	5	3	5	3	5	4	3	5
60	4	3	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	3	3	5	3	5	3	5	4	3	5
61	2	4	2	2	2	2	4	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	
62	2	4	2	2	2	2	4	2	4	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	
63	5	4	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	3	3	5	3	5	3	5	4	3	5
64	5	4	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	3	3	5	3	5	3	5	4	3	5
65	5	4	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	3	3	5	3	5	3	5	4	3	5
66	3	5	3	5	4	2	4	2	4	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	
67	2	2	1	1	2	2	4	2	4	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	
68	4	3	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	3	3	5	3	5	3	5	4	3	5
69	4	4	4	4	1	2	4	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	
70	4	4	4	4	1	2	4	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	
71	4	3	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	3	3	5	3	5	3	5	4	3	5
72	4	4	4	4	1	2	4	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	
73	4	4	4	4	1	2	4	2	4	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	
74	4	3	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	3	3	5	3	5	3	5	4	3	5
75	4	3	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	3	3	5	3	5	3	5	4	3	5
76	4	3	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	3	3	5	3	5	3	5	4	3	5
77	4	4	4	4	1	2	4	2	4	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	
78	4	4	4	4	1	2	4	2	4	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	
79	4	3	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	3	3	5	3	5	3	5	4	3	5
80	4	3	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	3	3	5	3	5	3	5	4	3	5
81	4	4	4	4	1	2	4	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	
82	4	3	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	3	3	5	3	5	3	5	4	3	5
83	4	4	4	4	1	2	4	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	
84	4	4	4	4	1	2	4	2	4	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	
85	4	3	5	3	5	4	5	5	4	5	3	5	3	5	4	5	4	5	5	4	5	3	3	5	3	5	3	5	4	3	5

ANEXO E

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este protocolo es informarle sobre el trabajo de investigación (tesis) y solicitarle su consentimiento. De aceptar, el investigador se quedará con una copia firmada de este documento, mientras usted poseerá otra copia también firmada.

La presente investigación se titula “Cultura de Seguridad en Salud y Bioseguridad en las Profesionales de Enfermería de la Clínica Oncosalud. San Borja. Lima. Año 2021.”. Esta investigación es realizada por la señora investigadora Villavicencio Gonzales Karol Miroslava. Para ello, se le solicita participar en la realización de un cuestionario de observación que le tomará 20 minutos de su tiempo. Su participación en la investigación es completamente voluntaria y usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento, sin que ello le genere ningún perjuicio. Asimismo, participar en esta investigación no le generará ningún perjuicio académico. Si tuviera alguna consulta sobre la investigación, puede formularla cuando lo estime conveniente.

Su identidad será tratada de manera anónima, es decir, la investigadora no conocerá la identidad de quién completó la ficha de observación. Asimismo, su información será analizada de manera conjunta con la respuesta de sus compañeros y servirá para la elaboración de artículos y presentaciones académicas. Además, esta será conservada por cinco años, contados desde la publicación de los resultados, en la computadora personal del investigador responsable, a la cual podrá también acceder su grupo de investigación.

Al concluir la investigación, si usted brinda su correo electrónico, recibirá un resumen con los resultados obtenidos y será invitado a una conferencia en la cual serán expuestos los resultados.

Si está de acuerdo con los puntos anteriores, complete sus datos a continuación:

Nombre:

Fecha:

Correo electrónico:

Firma del participante:

Firma del investigador (o encargado de recoger información):

ANEXO F

**TABLA DE INTERPRETACIÓN DEL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE
SPEARMAN**

El coeficiente r de Spearman puede variar de -1.00 a + 1.00	
De -0.91 a -1	correlación muy alta
De -0.71 a -0.90	correlación alta
De -0.41 a -0.70	correlación moderada
De -0.21 a -0.40	correlación baja
De 0 a -0.20	correlación prácticamente nula
De 0 a 0.20	correlación prácticamente nula
De + 0.21 a 0.40	correlación baja
De + 0.41 a 0.70	correlación moderada
De + 0.71 a 0.90	correlación alta
De + 0.91 a 1	correlación muy alta

Fuente: Bisquerra (2004), Metodología de la Investigación

Educativa. Madrid, Trilla, p.212