



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Bioseguridad y Trabajo en Equipo del Personal de
Salud en la Incidencia de la Estrategia Sanitaria de
Tuberculosis en la Región Ica 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Doctora en Gestión Pública y Gobernabilidad**

AUTOR:

Mgtr. Carmen Teresa Cruz Carbajal

ASESOR:

Dr. Luis Alberto Núñez Lira

SECCIÓN:

Dr. Luis Alberto Núñez Lira

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Administración del Talento Humano

PERÚ - 2018



DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA MAESTRO (A): CRUZ CARBAJAL, CARMEN TERESA

Para obtener el Grado Académico de Doctora en Gestión Pública y Gobernabilidad, ha sustentado la tesis titulada:

BIOSEGURIDAD Y TRABAJO EN EQUIPO DEL PERSONAL DE SALUD EN LA INCIDENCIA DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE TUBERCULOSIS EN LA REGIÓN ICA 2017

Fecha: 17 de agosto de 2018

Hora: 12:00 m.

JURADOS:

PRESIDENTE: Dr. Willian Sebastian Flores Sotelo

Firma:

SECRETARIO: Dr. Jaime Agustin Sánchez Ortega

Firma:

VOCAL: Dr. Luis Alberto Nuñez Lira

Firma:

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

Aprobado por Examinación, Resuelto de forma pública.

Habiendo encontrado las siguientes observaciones en la defensa de la tesis:

[Empty dotted lines for observations]

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

[Handwritten recommendation: Ninguna]

Nota: El tesista tiene un plazo máximo de seis meses, contabilizados desde el día siguiente a la sustentación, para presentar la tesis habiendo incorporado las recomendaciones formuladas por el jurado evaluador.

Dedicatoria

A mi familia por brindarme su apoyo en especial a mi madre y hermanos, por su permanente motivación en el desarrollo personal y profesional.

Agradecimiento

Expreso mi agradecimiento a los asesores, docentes, directivos e instituciones que han colaborado en la materialización de la presente investigación.

Agradezco en especial al Dr. Luis Alberto Núñez Lira por su acompañamiento en la presente investigación y su excelente calidad académica y humana

Declaratoria de autenticidad

Yo, Carmen Teresa Cruz Carbajal, estudiante de la Escuela de Postgrado, Doctorado en Gestión Pública y Gobernabilidad, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima; declaro el trabajo académico titulado “Bioseguridad y Trabajo en Equipo del Personal de Salud en la Incidencia de la Estrategia Sanitaria de Tuberculosis en la Región Ica 2017”, presentada, en 169 folios para la obtención del grado académico de Doctora en Gestión Pública y Gobernabilidad.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, Enero de 2018

DNI: 21805167

Presentación

Señores miembros del Jurado:

El presente estudio tiene el propósito dar a conocer la investigación sobre Bioseguridad y Trabajo en Equipo del Personal de Salud en la Incidencia de la Estrategia Sanitaria de Tuberculosis en la Región Ica 2017. Por ello se buscó demostrar la influencia entre las variables de estudio, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el grado académico de Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad.

El estudio está compuesto por siete capítulos que constan de la siguiente manera, en el primer capítulo presenta la introducción, en el segundo capítulo expone el marco metodológico, en el tercer capítulo presenta los resultados, en el cuarto capítulo expone la discusión, en el quinto capítulo se expone las conclusiones, en el sexto capítulo las sugerencias y en el séptimo capítulo las referencias bibliográficas.

Señores miembros del jurado esperamos que esta investigación sea evaluada y merezca su aprobación.

Índice

| | Pág. |
|---|-------------|
| Página del Jurado | ii |
| Dedicatoria | iii |
| Agradecimiento | iv |
| Declaratoria de autenticidad | v |
| Presentación | vi |
| Índice | vii |
| Resumen | xii |
| Abstract | xiii |
| Resumo | xiv |
| I. Introducción | 15 |
| 1.1 Realidad problemática | 16 |
| 1.2 Trabajos previos | 18 |
| 1.3 Teorías relacionadas al tema | 30 |
| 1.4 Formulación del problema | 56 |
| 1.5 Justificación del estudio | 57 |
| 1.6 Hipótesis | 58 |
| 1.7 Objetivos | 59 |
| II. Método | 61 |
| 2.1. Diseño de investigación | 62 |
| 2.2. Variables, operacionalización | 63 |
| 2.3. Población y muestra | 67 |
| 2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad | 68 |
| 2.5. Métodos de análisis de datos | 91 |
| 2.6. Aspectos éticos | 91 |
| III. Resultados | 93 |
| IV. Discusión | 112 |
| V. Conclusiones | 117 |
| VI. Recomendaciones | 120 |
| VII. Referencias | 122 |
| Anexos | 127 |
| Matriz de consistencia | |
| Instrumentos | |

Base de datos

Otras evidencias

Lista de tablas

| | | Página |
|------------------|---|---------------|
| Tabla 1. | Valores personales y organizacionales | 42 |
| Tabla 2. | Objetivos del milenio contra la TB | 53 |
| Tabla 3. | Dimensiones e indicadores de la variable bioseguridad | 64 |
| Tabla 4. | Dimensiones e indicadores de la variable trabajo en equipo | 66 |
| Tabla 5. | Dimensiones e indicadores de la variable estrategia sanitaria | 67 |
| Tabla 6. | Juicio de expertos | 69 |
| Tabla 7. | Comunalidades | 70 |
| Tabla 8. | Varianza total explicada | 71 |
| Tabla 9. | Matriz de componente | 74 |
| Tabla 10. | Matriz de covarianzas de puntuación de componente | 75 |
| Tabla 11. | Comunalidades | 77 |
| Tabla 12. | Varianza total explicada | 78 |
| Tabla 13. | Matriz de componente | 80 |
| Tabla 14. | Matriz de covarianzas de puntuación de componente | 81 |
| Tabla 15. | Comunalidades | 83 |
| Tabla 16. | Varianza total explicada | 86 |
| Tabla 17. | Matriz de componente | 86 |
| Tabla 18. | Matriz de covarianzas de puntuación de componente | 87 |
| Tabla 19. | Confiabilidad de los instrumentos | 91 |
| Tabla 20. | Niveles de bioseguridad | 94 |
| Tabla 21. | Niveles de bioseguridad por dimensiones | 95 |
| Tabla 22. | Niveles de trabajo en equipo | 96 |
| Tabla 23. | Niveles de trabajo en equipo por dimensiones | 97 |
| Tabla 24. | Niveles de estrategia sanitaria de TB | 98 |
| Tabla 25. | Niveles de estrategia sanitaria de TB por dimensiones | 99 |
| Tabla 26. | Ajuste de los modelos (hipótesis general) | 100 |
| Tabla 27. | Bondad de ajuste (hipótesis general) | 101 |
| Tabla 28. | Pseudo R cuadrado (hipótesis general) | 101 |
| Tabla 29. | Ajuste de los modelos (hipótesis específica 1) | 102 |

| | | |
|------------------|--|-----|
| Tabla 30. | Bondad de ajuste (hipótesis específica 1) | 102 |
| Tabla 31. | Pseudo R cuadrado (hipótesis específica 1) | 103 |
| Tabla 32. | Ajuste de los modelos (hipótesis específica 2) | 104 |
| Tabla 33. | Bondad de ajuste (hipótesis específica 2) | 104 |
| Tabla 34. | Pseudo R cuadrado (hipótesis específica 2) | 105 |
| Tabla 35. | Ajuste de los modelos (hipótesis específica 3) | 105 |
| Tabla 36. | Bondad de ajuste (hipótesis específica 3) | 106 |
| Tabla 37. | Pseudo R cuadrado (hipótesis específica 3) | 106 |
| Tabla 38. | Ajuste de los modelos (hipótesis específica 4) | 107 |
| Tabla 39. | Bondad de ajuste (hipótesis específica 4) | 107 |
| Tabla 40. | Pseudo R cuadrado (hipótesis específica 4) | 108 |
| Tabla 41. | Ajuste de los modelos (hipótesis específica 5) | 109 |
| Tabla 42. | Bondad de ajuste (hipótesis específica 5) | 109 |
| Tabla 43. | Pseudo R cuadrado (hipótesis específica 5) | 110 |
| Tabla 44. | Ajuste de los modelos (hipótesis específica 6) | 110 |
| Tabla 45. | Bondad de ajuste (hipótesis específica 6) | 111 |
| Tabla 46. | Pseudo R cuadrado (hipótesis específica 6) | 111 |

Lista de figuras

| | Página |
|---|---------------|
| Figura 1 Roles del equipo | 40 |
| Figura 2 Evolución de la tuberculosis 1996 , 2006 | 50 |
| Figura 3 Tuberculosis en trabajadores de salud en el Perú, 2013-2015 | 51 |
| Figura 4 Los determinantes sociales de la Salud, en el modelo de la tuberculosis | 52 |
| Figura 5 Gráfico de sedimentación | 73 |
| Figura 6 Gráfico del componente rotado | 76 |
| Figura 7 Gráfico de sedimentación | 79 |
| Figura 8 Gráfico del componente rotado | 82 |
| Figura 9 Gráfico de sedimentación | 89 |
| Figura 10 Gráfico del componente rotado | 90 |
| Figura 11 Niveles de bioseguridad | 94 |
| Figura 12 Niveles de bioseguridad por dimensiones | 95 |
| Figura 13 Niveles de trabajo en equipo | 96 |
| Figura 14 Niveles de trabajo en equipo por dimensiones | 97 |
| Figura 15 Niveles de estrategia sanitaria de TB | 98 |
| Figura 16 Niveles de estrategia sanitaria de TB por dimensiones | 99 |

Resumen

La investigación presentó como propósito determinar la influencia de la Bioseguridad y Trabajo en Equipo del Personal de Salud en la Estrategia Sanitaria de Tuberculosis en la Región Ica 2017.

Dicho estudio empleo el método hipotético deductivo, de diseño no experimental, transversal. La población estuvo constituida por los trabajadores de salud de la Región Ica. Se utilizó el muestreo no probabilístico de carácter censal. Para construir, validar y demostrar la confiabilidad de los instrumentos se ha considerado la validez de contenido, mediante la Técnica de Opinión de Expertos y su instrumento es el informe de juicio de Expertos de las variables de estudio; se utilizó la técnica de la encuesta y su instrumento el cuestionario, con preguntas tipo Escala de Likert. Para la confiabilidad de los instrumentos se usó Alpha de Cronbach. Las encuestas nos permitieron determinar influencia de las variables de estudio.

Concluyéndose que la Bioseguridad y Trabajo en Equipo del Personal de Salud inciden en la Estrategia Sanitaria de Tuberculosis en la Región Ica 2017, de acuerdo a DIRESA-ICA, N° 015-222.

Palabras Claves: Bioseguridad, Trabajo en Equipo y Estrategia Sanitaria de Tuberculosis

Abstract

The purpose of the research was to determine the influence of Biosecurity and Teamwork of Health Personnel in the Health Strategy of Tuberculosis in the Ica Region 2017.

This study used the hypothetical deductive method, of non-experimental, transversal design. The population was constituted by the health workers of the Ica Region. Was used Non-probabilistic census sampling. To construct, validate and demonstrate the reliability of the instruments, content validity has been considered, using the Expert Opinion Technique and its instrument is the Expert judgment report of the study variables; Was used the survey technique and its instrument the questionnaire, with questions type Likert scale. For the reliability of the instruments, Cronbach's Alpha was used. The surveys allowed us to determine the influence of the study variables.

Concluding that Biosecurity and Teamwork of Health Personnel affect the Health Strategy of Tuberculosis in the Ica Region 2017, according to DIRESA-ICA N° 015-222.

Key Words: Biosecurity, Teamwork and TB Health Strategy in the Ica Region - 2017

Resumo

O objetivo da pesquisa foi determinar a influência da Biossegurança e Trabalho em Equipe do Pessoal de Saúde na Estratégia de Saúde da Tuberculose na Região Ica 2017.

Este estudo utilizou o hipotético método dedutivo, de desenho não experimental, transversal. A população foi constituída pelos profissionais de saúde da região de Ica. Foi utilizada amostragem de censo não probabilístico. Para construir, validar e demonstrar a confiabilidade dos instrumentos, a validade do conteúdo foi considerada, usando a Técnica de Opinião de Especialista e seu instrumento é o relatório de julgamento de especialistas das variáveis do estudo; Utilizamos a técnica de pesquisa e seu instrumento o questionário, com questões de escala Likert. Para a confiabilidade dos instrumentos, o Alpha de Cronbach foi usado. As pesquisas nos permitiram determinar a influência das variáveis do estudo.

Concluindo que a Biossegurança e o Trabalho em Equipe do Pessoal de Saúde afetam a Estratégia de Saúde da Tuberculose na Região Ica 2017, de acordo com DIRESA-ICA Nº 015-222.

Palavras-chave: Biossegurança, trabalho em equipe e estratégia de saúde da tuberculose na região de Ica - 2017

I. Introducción

1.1. Realidad problemática

¿Qué entiende por realidad problemática?

Tafur Portilla, Raúl (2015 p. 36) Realidad problemática es la observación determinada de realidades donde se registran sucesos llamativos que se deben comparar con situaciones distintas.

¿Qué es metodología?

Sánchez Carlessi, Hugo (2015 p. 29) Metodología es el proceso de la indagación para tratar un conjunto de problemas desconocidos, es la manera sistematizada, en hacer uso del pensamiento reflexivo, que en el adulto es de carácter hipotético deductivo.

Hernández Sampieri (2014 p. 36) Metodología de la Investigación es plantear el problema, no es sino afinar y estructurar más formalmente la idea de investigación y luego delimitar el problema.

En el caso concreto de la situación de la tuberculosis en Ica el Ministerio de Salud (2016 p. 13), en los últimos 2 años cinco regiones (Madre de Dios, Ucayali, Loreto, Lima, e Ica) presentaron incidencia de TB por encima del nivel nacional, estas regiones reportaron el 72% de los casos nuevos notificados en el país. Lima es el departamento que más casos de tuberculosis concentra en el país (60%) y, es el tercer departamento con la incidencia más alta; el mayor porcentaje de casos se concentra en la provincia metropolitana de Lima, y en sus distritos de San Juan de Lurigancho, Rímac, La Victoria, El Agustino, Ate, San Anit y Barranco. Actualmente en las cinco provincias de la Región Ica, corresponde a las siguientes: Ica, Pisco, Chincha, Nazca, Palpa, cuentan con una carga significativa de TB en los sectores más vulnerables y durante el año 2011 fueron, Ica 334, Pisco 168, Chincha 163, Palpa 22, dando un total de 818 casos en la región Ica siendo la población total actual 846,286 habitantes.

Sausa (2014 p. 26) indica que las cifras de tuberculosis en el Perú no ceden. Indica que, pese a que las estrategias puestas en marcha el año 2013 y sustentadas en las políticas públicas de salud en relación con el control de la TB. En efecto, las estrategias aplicadas lograron reducir la tasa de mortalidad

de 105.2 a 101.3 casos por cada 100 mil habitantes. De este modo, seguimos siendo los segundos de América con la estadística más alta en la forma sensible del mal y los primeros con más casos de TB multidrogo resistente, es decir aquella que no responde al tratamiento con medicinas convencionales.

Para afrontar este grave problema que representa la presencia de la TB en el Perú, se han desarrollado desde hace tiempo a nivel de las agencias de salud internacionales y del propio gobierno peruano una serie de políticas, planes y estrategias que promuevan, desde diversos ángulos, el control, reducción y erradicación de la TB.

Sánchez (2015) señala que la política de salud se refiere al conjunto de normas, reglamentos y directrices que se establecen para operar, las finanzas y la prestación de asistencia sanitaria de forma real. La política de salud abarca una serie de problemas relacionados entre sí, incluyendo la financiación de la asistencia sanitaria, salud pública, la salud preventiva, enfermedades crónicas, la discapacidad, la atención a largo plazo y la salud mental.

En el caso peruano, el Ministerio de Salud con las entidades y dependencias públicas y privadas establece, lineamientos de políticas de salud para el logro de actividades a corto, mediano y largo plazo, para de este modo satisfacer las demandas sociales que parten de las necesidades insatisfechas de la población.

Los objetivos de estas políticas son: a) Promover la salud y prevenir la enfermedad, a través del empoderamiento comunitario de nuevos estilos de vida y cambios de comportamiento en el marco de respeto a su cultura e identidad y, b) Mejorar el acceso y la calidad de atención articulando a los tres niveles de gobierno, fortaleciendo sus recursos humanos, en número, competencia y actitud.

Dentro de este contexto se plantea la Estrategia Sanitaria de Salud (ESN) la misma que, por definición, es un conjunto de acciones limitadas en el

tiempo, y la realidad de los pueblos. El objetivo general de la Estrategia Sanitaria de Salud (ESN) se ha plasmado en propósitos concretos, cada uno de los cuales se plasma a su vez en resultados esperados y tareas. La optimización políticas de salud permite reorientar las estrategias de salud para el mejoramiento en la atención de salud de la personas.

Este es el contexto dentro del cual se ubica el presente proyecto de investigación el cual trata de investigar los factores que influyen en el monitoreo de la Estrategia Sanitaria y del Sistema Gerencial de Estrategia Sanitaria de Salud en pacientes con tuberculosis en la Región Ica. 2016.

1.2. Trabajos previos

1.2.1. Trabajos previos internacionales

Chirico, Morcillo y Kuriger (2016) sustentaron que la responsabilidad administrativa servirá para asegurar que el personal de salud sean monitoreados regularmente por personal médico, entrenados apropiadamente en procedimientos seguros, informados sobre técnicas y procedimientos peligrosos que requieran especial cuidado, capacitados para una acción rápida y correcta en caso de accidentes inesperados, y provistos de un adecuado equipamiento de BS según las áreas donde desarrollan su actividad.

Mialdea (2015), sustentó la tesis *Prevalencia y riesgo anual de infección tuberculosa en adolescentes de 12 a 16 años de la ciudad de Valencia utilidad de los nuevos métodos de inmunodiagnóstico en vitro*, realizó un estudio metodológico transversal, para determinar la prevalencia de infección tuberculosa, el Riesgo anual de infección tuberculosa (RAI), las características sociodemográficas de la población estudiada, y la respuesta in vitro a antígenos específicos de tuberculosis, siendo los resultados en la técnica in vitro Quantiferon Gold In Tube (QFT) ha confirmado el 20,8% de los resultados positivos en la Prueba de tuberculina (PT), cuando se consideraba positivo una induración ≥ 5 mm. La concordancia entre ambas pruebas aumenta al elevar el punto de corte de positividad a 10 mm, y también cuando no existe antecedente de vacunación con Bacillum Calmette-Guérin (BCG). La concordancia es muy baja en los casos diagnosticados clínicamente de enfermedad tuberculosa,

llegando a la conclusión que la tuberculosis es una enfermedad cuya epidemiología está estrechamente vinculada a las condiciones sociales, económicas y grupos poblacionales vulnerables a la IT.

Rojas (2015) La Tuberculosis es Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO), siendo además Enfermedad Profesional en aquellos trabajadores que contraen la enfermedad a causa de su trabajo.

En España estamos asistiendo a un importante cambio demográfico motivado por el incremento de la inmigración. En la actualidad el 10% de total de la población española no ha nacido en el país y el 30% de los casos de tuberculosis corresponden a pacientes inmigrantes.

Los centros sanitarios son lugares de trabajo en los que la atención enfermos tuberculosos no es infrecuente por lo que los trabajadores podrán estar expuestos al riesgo de TB, sobre todo en el lapso de tiempo que transcurre hasta que se hace el primer diagnóstico (ya sea de sospecha o confirmado), se insta el tratamiento y se adoptan las medidas preventivas adecuadas.

Todo ello justifica que desde los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) se desarrollen e implanten programas de control de la TB en los trabajadores del ámbito sanitario, en consonancia a los criterios básicos establecidos en el Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España. Este protocolo será de aplicación a todos los trabajadores del ámbito sanitario.

Álvarez y Benavides (2014) en la investigación *Aplicación de las normas de bioseguridad en el cuidado de enfermería en pacientes que ingresan al área de infectología Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, 2013*, tuvo como objetivo: Evaluar la aplicación de las normas de bioseguridad en el cuidado de enfermería en pacientes que ingresan al área de Infectología del Hospital Vicente Corral Moscoso. Métodos y Materiales: su abordaje fue cuantitativo descriptivo ya que permitió el análisis estadístico de la información obtenida a través de la observación y encuesta que se realizó al personal de enfermería en el área de Infectología. El estudio incluyó a todo el personal de enfermería constituido por 45 personas, de ellas, 7 no participaron en la investigación. Resultados: el predominio de lavado de manos al ingresar, al salir del área, previo y luego de atender a los pacientes cumple la licenciada lo contrario sucede en el caso del

personal auxiliar e internas de enfermería cuya aplicabilidad de la norma es inferior a lo esperado. Todo el personal de enfermería clasifica los desechos en contaminados y comunes, no realiza la descontaminación de las agujas y jeringuillas con la solución de cloro al 0,5% pero si depositan los cortos punzantes en el recipiente adecuado. El uso de guantes en el manejo de los pacientes contaminados y secreciones es utilizado por todo el personal de enfermería. Conclusión: El personal de enfermería no aplica normas de bioseguridad dentro del área de Infectología, empezando por la aplicación de la técnica adecuada del lavado de manos, la limpieza diaria de la unidad del paciente, el uso de barreras utilizadas en el área.

Peña y Farga (2012) La tuberculosis (TB) sigue siendo una patología prevalente a nivel mundial. Chile tiene un Programa de Control de la Tuberculosis eficaz desde el año 1973, el que ha permitido disminuir la incidencia anual de la enfermedad en 50% cada década, hasta alcanzar el año 2000 una tasa de 20 x 100.000 habitantes (umbral de la etapa de eliminación). Sin embargo, desde entonces el país ha presentado un descenso menor, llegando a una situación estacionaria, con tasas cercanas a 13 x 100.000 los años 2009-2011. Este deterioro en la situación epidemiológica de la tuberculosis en Chile corre paralelo a las sucesivas reducciones del presupuesto asignado a su control. La mayor incidencia de tuberculosis en pacientes VIH, población migrante, población privada de libertad y adultos mayores han demostrado no ser los responsables de este retroceso epidemiológico. La mayor causa de este deterioro se debe a la pérdida de la capacidad diagnóstica de los casos transmisores de la enfermedad en la comunidad (casos pulmonares bacilíferos), reflejado por el bajo índice de pesquisa (número de baciloscopias realizadas por cada 1.000 consultas de morbilidad general de adultos en la atención primaria), que es 12,8 x 1.000 a nivel nacional, en circunstancias que la meta es 50 x 1,000. Esto ha determinado la reducción de 193.416 baciloscopias de pesquisa entre los años 2006-2010, lo que sin duda mantiene en circulación un número estimado de 966 pacientes contagiosos no diagnosticados en este período de 4 años (p.311-318)

Paredes y Morocho (2012) En la investigación *Aplicación de medidas de bioseguridad en el cuidado de enfermería brindado a los pacientes con enfermedades infectocontagiosas del servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca 2012*, es cuantitativa y el tipo de estudio es descriptivo aplicando técnicas de recolección de datos como; la entrevista, observación y con análisis microbiológicos de ambientes, manos y catéteres de punción. Su Objetivo es evaluar la aplicación de medidas de Bioseguridad; el universo de estudio fue de 41 personas; la población estuvo constituida por 8 Enfermeras ,8 Internas de Enfermería y 25 Auxiliares de Enfermería; se trabajó con todo el universo; el resultado fue de 92% del personal profesional de enfermería aplican frecuentemente el lavado de manos, el 86.70% del personal Auxiliar también se lava las manos frecuentemente, previniendo patologías infectocontagiosas y disminuyendo infecciones nosocomiales. El restante 7.70% del personal profesional de enfermería y el 13.30% del personal auxiliar no aplican la medida de bioseguridad, estableciendo un agente de contaminación. En conclusión las medidas de Bioseguridad no son correctamente aplicadas por el personal de Enfermería.

De las Casas (2012), sustento la tesis *Evaluación de la exhaustividad del sistema de vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en un hospital*, por la problemática sustento que la tuberculosis (TB) continúa siendo un importante problema de salud pública. En la metodología se consideró el diseño: estudio descriptivo transversal, con una población de estudio: se incluyeron casos de TB durante el período 2003-2009 detectados por los registros EDO, Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y Sistema de Información Microbiológica (SIM) de un hospital de tercer nivel; asimismo se identificó variables sociodemográficas, de notificación, clínicas y microbiológicas. Gestión de datos y los resultados fueron incluidos 273 casos de EDO, 264 del SIM y 216 del CMBD, resultando un total de 316 tras su combinación. El 60% resultaron ser varones. El 52% de los casos fueron autóctonos siendo en promedio 25 años mayores, el 79% de los casos fueron confirmados, el 87% de localización pulmonar. Llegando a la conclusión que la exhaustividad del SVE-EDO del centro es alta aunque no uniforme según diferentes covariables.

Rodriguez, Aguilera, Agramonte, Delgado (2010) La bioseguridad representa un componente vital del sistema de garantía de la calidad, es una doctrina encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de adquirir infecciones en el medio laboral. Objetivo: elevar el nivel de conocimientos sobre la bioseguridad en los trabajadores de la salud del Hospital de Santa Cruz del Sur. Método: se realizó una intervención educativa sobre la bioseguridad en los trabajadores de la salud del Hospital Enrique Santiesteban Báez desde el 1ro de enero al 30 de septiembre de 2008. El universo se conformó por cuatrocientos ochenta y tres trabajadores, se tomó una muestra de ciento doce trabajadores seleccionados a través de un muestreo aleatorio simple a los que se les aplicó un cuestionario. Resultados: se evidenció que antes de recibir las labores educativas existían conocimientos adecuados sobre qué es la bioseguridad, las precauciones universales, las enfermedades que se pueden contraer si no se cumplen con las medidas de seguridad biológica y qué se debe hacer ante un accidente con un objeto corto punzante utilizado en un paciente con VIH/SIDA. No así en cuanto al nivel de conocimiento sobre las legislaciones vigentes, el cual fue bajo. Conclusiones: después de aplicar la intervención se logró un aumento significativo del conocimiento en los trabajadores sobre la bioseguridad, por lo que se consideró efectiva la intervención.

Luna, Romero, Expósito y Mata (2010) La tuberculosis en España y Andalucía presenta tasas de incidencia por encima de las de países de nuestro entorno.

Muchos autores señalan la necesidad de mejorar la información epidemiológica, la organización de los servicios sanitarios y el apoyo social a los pacientes. El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados de una estrategia que contemplaba los tres elementos reseñados en un Distrito de Atención Primaria de Andalucía.

Métodos: Se realizó el seguimiento a 234 enfermos de tuberculosis residentes en el Distrito y notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía durante el período 2004-2008. Se consideraron como indicadores de evaluación el porcentaje que finalizó el tratamiento, el porcentaje de pacientes bacilíferos

con estudio de contactos, los nuevos casos detectados en los mismos y la incidencia en menores de 15 años.

Resultados: De los 234 pacientes incluidos se realizó un seguimiento efectivo en el 95%, de ellos finalizaron el tratamiento 182 (78%), fallecieron 18, se trasladaron de domicilio 10 y continuaban aún en tratamiento¹². De los 130 casos que presentaron baciloscopia positiva se estudiaron a los contactos de 112 (el 86%). Se detectaron 27 nuevos casos entre los contactos estudiados y la incidencia anual en menores de 15 años fue del 6.65 por 100.000. Las pérdidas del seguimiento se redujeron un 30% y las finalizaciones del tratamiento y los estudios de contactos mejoraron un 25% y 30% respectivamente, respecto a los datos del conjunto de Andalucía.

Conclusiones: La estrategia seguida ha permitido mejorar los indicadores de evaluación propuestos. El % de casos nuevos detectados en los estudios de contactos y la incidencia anual en menores de 15 años ha sido similar en este estudio que en Andalucía.(p.71-78)

Rodríguez, Maestre y Pérez (2009) La Tuberculosis es Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO)¹, siendo además Enfermedad Profesional en aquellos trabajadores que contraen la enfermedad a causa de su trabajo.

En España estamos asistiendo a un importante cambio demográfico motivado por el incremento de la inmigración. En la actualidad el 10% del total de la población española no ha nacido en el país y el 30% de los casos de tuberculosis corresponden a pacientes inmigrantes.

Los centros sanitarios son lugares de trabajo en los que la atención a enfermos tuberculosos no es infrecuente por lo que los trabajadores podrán estar expuestos al riesgo de TB, sobre todo en el lapso de tiempo que transcurre hasta que se hace el primer diagnóstico (ya sea de sospecha o confirmado), se instaura el tratamiento y se adoptan las medidas preventivas adecuadas.

Todo ello justifica que desde los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) se desarrollen e implanten programas de control de la TB en los trabajadores del ámbito sanitario, en consonancia a los criterios básicos establecidos en el Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España.

1.2.2. Trabajos previos nacionales

Quevedo, Sánchez, Villalba, Velasquez. (2015) desarrollo la tesis *Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud*. Su objetivo fue determinar la relación de soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar. Material y método: tipo de estudio descriptivo de corte transversal, correlacional. La población estuvo conformada por 52 pacientes que estuvieron registrados en la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis en los centros de salud: Flor de Amancaes y San Juan de Amancaes. Se utilizó como técnica la encuesta, a través de dos cuestionarios validados por juicios de expertos, instrumentos que midieron el soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento. Resultados: un 81.8% de los pacientes que recibieron nivel alto de soporte familiar y social presentaron cumplimiento del tratamiento, mientras que un 36.4% que recibieron bajo nivel de soporte familiar y social presentaron. Cumplimiento: Del tratamiento. La diferencia encontrada resulto estadísticamente significativa ($p=0.034$). Mientras que un 59.6% de los pacientes cumplen con el tratamiento y un 40.4% no lo cumplen. Conclusiones: el soporte familiar y social es un eje importante en la recuperación del paciente ya que el paciente se siente más confiado y motivado a culminar con su tratamiento para recuperarse pronto y reinsertarse a su vida cotidiana.

Quispe, Huanca y Ramos (2015) realizaron un estudio de *Relación entre el nivel de conocimiento con el grado de cumplimiento de las precauciones estándar de bioseguridad del personal técnico de enfermería en los servicios de Neurología y Neurocirugía del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas*, el objetivo fue determinar la relación existente entre el nivel de conocimiento y el grado de cumplimiento de las precauciones estándar de bioseguridad del personal técnico de enfermería de los servicios de Neurología y Neurocirugía del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, octubre 2011 a marzo del 2012. Material y Métodos: El estudio fue de tipo cuantitativo, correlacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 51 técnicos de enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, seleccionada mediante muestreo no probabilístico, por conveniencia. La información fue generada a través de un

cuestionario y una guía de observación elaborados por los autores. Ambos instrumentos fueron sometidos al juicio de expertos y a la prueba de confiabilidad según el coeficiente de Kuder Richardson (0,77). Resultados: Los resultados muestran que el 64.7% de los técnicos de enfermería poseen un nivel de conocimientos medio sobre las precauciones estándar de bioseguridad, el 23.5% posee un nivel bajo y solo el 12% un nivel alto. En relación al nivel de cumplimiento de las precauciones estándar de bioseguridad, se encuentra que el 43.1% tiene un nivel medio, el 35.2% tiene un nivel alto y un 21.5% un nivel bajo. Conclusiones: Según la prueba no paramétrica de Pearson, se encontró correlación entre ambas variables (0,068) siendo significativa ($p > 0,05$).

Nakandakari, De la Rosa, Gutierrez y Bryson (2014) Describir las características epidemiológicas y clínicas de los trabajadores de salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU) con diagnóstico de Tuberculosis (TBC) entre el 2006 y 2013. *Material y métodos:* Estudio observacional, descriptivo, longitudinal, retrospectivo, realizado en el HNHU de categoría III-1. La población estudiada estuvo constituida por los trabajadores de salud con diagnóstico de Tuberculosis entre el 2006 y el 2013. La muestra fue todo el universo. La técnica fue de documentación. Se utilizó estadística descriptiva y los programas Microsoft Excel 2010 y SPSS v 19. *Resultados:* Se identificaron 56 trabajadores de Salud con diagnóstico de TBC, 4 fueron BK (+++) y uno falleció. La frecuencia de los casos tuvo una tendencia a disminuir desde el 2008, con su valor más bajo en el 2012. *Conclusiones:* La mayoría fueron diagnosticados en el 2007 y 2013, médicos residentes, BK negativo, con TBC pulmonar sensible y del Servicio de Hospitalización de Especialidades.(p.129-134).

Collazos (2013) El estudio titulado: *Relación entre conocimientos y actitudes hacia la aplicación de medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de pacientes de la ESN- PCT , C.S. San Luis- 2012.* Tuvo como objetivo general: Determinar la relación entre los conocimientos y las actitudes hacia la aplicación de las medidas preventivas en familiares de pacientes de la ESN-PCT. El Material y Métodos fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal. La población está conformada por

32 familiares de pacientes. La técnica fue la entrevista y el instrumento tipo cuestionario y escala tipo lickert, el cual fue obtenido previo consentimiento informado. Resultados: Del 100% (32); 56 % (18) no conoce, y 44% (14) conoce. Con respecto a las actitudes de los familiares hacia la aplicación de las medidas preventivas de la tuberculosis en los familiares de pacientes de la ESN-PCT , 56% (18) presenta una actitud de aceptación y 44% (14) rechazo. Conclusiones: Para establecer la relación entre las variables se aplico la prueba de ji cuadrado obtenida un $X^2 < X^2$ por lo que se acepta la H_0 , es decir no hay relación entre los conocimientos y las actitudes . El mayor porcentaje de familiares no conoce sobre el uso de quimioprofilaxis, vacunación BCG y tienen una actitud de aceptación , seguido de un porcentaje significativo que conoce y rechaza la aplicación de las medidas preventivas. Palabras clave: tuberculosis, medidas preventivas, familiares.

Fuentes, Ticona, Velasco, Carpio, Rumaldo y Canelo (2012) Presentamos los resultados de la ejecución del Plan TBCero, que con un enfoque sociopolítico se desarrolla en la jurisdicción del centro de salud de San Cosme, distrito de La Victoria.

Esta es un área de elevado riesgo de transmisión de TB (AERT-TB), que presenta la más alta tasa de incidencia de TB del Perú, y donde las condiciones como el trabajo informal, daños psicosociales, pobreza, altas tasas migratorias, hacinamiento y tugurización han dificultado el éxito de diversas intervenciones.

Metodología: Desde Marzo del 2009 se viene implementando el Plan TBCero con un modelo de abordaje integral, sistémico y humanizado que se fundamenta en la incidencia sobre los determinantes sociales de la salud (DSS) y la Atención Primaria de Salud (APS). Está conducido por la DISA V Lima Ciudad y la Municipalidad Distrital de La Victoria (MLV) con la participación de las personas afectadas por la TB. Tiene 6 componentes: incidencia política, atención clínica de las personas/familias/comunidades afectadas, manejo de factores asociados (VIH, daños psicosociales, laborales), salud y seguridad de los servidores de salud, promoción y comunicación en salud y gestión del plan. Dentro de ello, se desarrolla la Estrategias DATOS (Detección, análisis y tratamiento observado socialmente), que permite fortalecer la estrategia DOTS en las AERT-TB.

Resultados: Incremento en un 130 % del porcentaje de SRI, disminución del porcentaje de abandono (83 %), disminución en 20 de la tasa de incidencia de TB, humanización de la atención familiar/comunitaria, y participación del gobierno local de La Victoria (MLV) con la formulación y ejecución de políticas públicas saludables.

Se sugiere la aplicación del modelo en otras AERT-TB del país y/o del mundo.(p.104-112)

López (2012) La presente investigación titulada: *Nivel de conocimiento y prácticas de medidas de bioseguridad en internos de enfermería del Hospital MINSA II-2 Tarapoto. Junio - Agosto 2012*, fue planteada como investigación descriptiva simple de corte transversal, con enfoque cuantitativo, la investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento y las prácticas en medidas de bioseguridad de los internos de enfermería del Hospital MINSA II-2 Tarapoto Junio - Agosto 2012. La muestra estuvo representada por 21 internos de enfermería del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, que cumplieron con los criterios de inclusión. Para la recolección de la información se utilizó como método la encuesta y dos instrumentos: el cuestionario que fue estructurado para determinar el nivel de conocimiento sobre medidas de bioseguridad en los internos de enfermería del Hospital MINSA II-2 Tarapoto y la lista de verificación para determinar el nivel de prácticas en medidas de bioseguridad en los mismos. Los datos obtenidos fueron sistematizados usando el paquete estadístico Microsoft Excell 2007 y SPSS VERSIÓN 17.0. y los hallazgos encontrados fueron: el 48% de los internos de enfermería tuvieron entre 23 a 24 años de edad, el 86% tuvo regular nivel de conocimiento general en medidas de bioseguridad, el 10% bueno y el 5% nivel de conocimiento malo. En cuanto al nivel de prácticas en general de medidas de bioseguridad de los internos de enfermería el 57% realizó práctica regular, los 38% buenas prácticas generales y 5% malas prácticas en medidas de bioseguridad, en base a ello tenemos que es necesario la utilización de Profilaxis Pos-exposición en los internos de enfermería en vista que, es dramática la situación que presentan los estudiantes en cuanto a la protección frente a riesgos biológicos, puesto que no existe cobertura social para los mismos, además prolifera el desconocimiento y falta

de Interés; este suceso merece la sensibilización y promoción de la cultura del auto cuidado.

Pérez (2012) realizó un estudio para determinar la *Relación entre Nivel de Conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar y la Actitud hacia el Tratamiento del Usuario de la Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II - 1 Moyobamba. Julio - Diciembre 2011*. El diseño del estudio fue descriptivo correlacional de corte transversal, prospectivo. La muestra, no probabilística por conveniencia y se empleó el método cuantitativo utilizando un cuestionario con escala tipo Lickert, El procesamiento de los datos para el análisis estadístico descriptivo se efectuó en el programa Excel 2010, y el análisis para la comprobación de hipótesis se realizó con la prueba de correlación de Pearson con el paquete estadístico SPSS 17.0. Los resultados demostraron que la mayoría de los pacientes con tuberculosis pulmonar presentan un nivel de conocimientos alto (76.3%) y medio (23.3%) sobre el tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas preventivas, y una actitud de aprobación (88.3%) y una actitud indiferencia (11.7%) no encontrándose actitud de rechazo en ninguno de ellos. La prueba de correlación de Pearson demostró una relación directamente significativa ($p=0.684$) que comprobó la hipótesis de estudio. Conclusiones: El nivel de conocimientos sobre medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento de la TB tiene una relación significativa ($p < 0.05$) con la actitud de aceptación hacia el tratamiento por el usuario de la Estrategia Sanitaria de TB, por lo que se recomienda mantener y mejorar los módulos educativos para el usuario que ingresa a la ESCTB, a fin de mejorar la actitud hacia ella.

Hidalgo, Moreno y Roldan (2011) La tuberculosis es una enfermedad de gran impacto en nuestro país y en el mundo.

Aunque las estrategias de la Organización Mundial de la Salud para controlarla pueden curar casi todos los casos, la resistencia a los medicamentos y el riesgo de transmisión, especialmente en los trabajadores del área de salud, cada día cobran un mayor valor.

La tuberculosis representa un riesgo ocupacional significativo, con mayor incidencia en los trabajadores del área de salud sobre la población general, principalmente en los países en desarrollo.

El personal de la salud es fundamental en la lucha contra la tuberculosis y, por lo tanto, debe estar protegido. Los factores de riesgo de contagio incluyen la frecuencia de pacientes con tuberculosis atendidos, la función y el lugar de trabajo del trabajador del área de salud, la demora en el diagnóstico, la presencia de pacientes con cepas multirresistentes, los inadecuados sistemas de ventilación, la falta de protección adecuada contra aerosoles y el personal con compromiso de su estado inmunológico o desnutrición. (p. 227).

Bonilla (2008) Cada año se registran 220,000 nuevos casos de tuberculosis en la Región de las Américas y mueren más de 50,000 personas a consecuencia de esta enfermedad. Uno de los aspectos más importantes y fascinantes en relación a la tuberculosis, es que es una enfermedad 100% curable y prevenible, sin embargo se ha convertido en la infección trasmisible más importante en los seres humanos.

En el Perú una comprensión cabal de la situación de la epidemia de la tuberculosis en el país, permite aplicar eficazmente las herramientas disponibles para su control, incrementando la eficiencia de las intervenciones habiéndose logrado considerables progresos en prevención y control de la tuberculosis, así en el año 1992 se notificaron en total mas de 55 mil casos, mientras que el 2007, se ha logrado reducir esta cifra en 32,7 %, la meta al 2011 es disminuir el número de casos en 50%. También se ha mejorado e incrementado la la capacidad diagnostica de TB MDR Y TB XDR. No obstante, tanto la TB MDR, TB XDR, la comorbilidad TB/VIH-SIDA, el estigma, la discriminación y lo complicado de las intervenciones técnicas, socioeconómicas y culturales, significan un reto para el mejoramiento.

El 58 % de casos de TB, 82 % de casos de TB MDR y 93 % de casos de TB XDR son notificados por Lima y Callao. El primer caso de TB XDR^{1,2} , fue notificado el año de 1999 y hasta agosto del 2008 se han notificado 186 casos acumulados, de los cuales el 85 % se concentran en los distritos de La Victoria, Lima Cercado, San Martín de Porres, San Juan de Lurigancho, Ate, Santa Anita y El Agustino.

1.3. Teorías relacionadas al tema

1.3.1. Bases teóricas de la variable Bioseguridad

El Minsa (2004, p. 11) señala que: “La bioseguridad debe entenderse como una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral”. Compromete también a todas aquellas otras personas que se encuentran en el ambiente asistencial, ambiente éste que debe estar diseñado en el marco de una estrategia de disminución de riesgos”.

Es decir, la bioseguridad es el conjunto de medidas precautorias destinadas a evitar contaminaciones con agentes internos y externos durante la aplicación de la estrategia sanitaria.

“Las normas de bioseguridad están destinadas a reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas o no reconocidas de infección en Servicios de Salud vinculadas a accidentes por exposición a sangre y fluidos corporales”. (Ministerio de Salud Pública de Uruguay 2016, p. 1)

Podemos afirmar, por lo tanto, que la bioseguridad es el conjunto de medidas preventivas que tienen como objetivo proteger la salud y la seguridad del personal, de los pacientes y de la comunidad frente a diferentes riesgos producidos por agentes biológicos, físicos, químicos y mecánicos.

Principios de la bioseguridad

De acuerdo al Minsa (2004) los principios que rigen la bioseguridad para su aplicación al personal y pacientes de los establecimiento médicos son los siguientes:

Universalidad: Las medidas deben involucrar a todos los pacientes de todos los servicios, independientemente de conocer o no su serología. Todo el personal debe seguir las precauciones estándares rutinariamente para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas, en todas las situaciones que puedan dar origen a accidentes, estando o no previsto el contacto con sangre o cualquier otro fluido corporal del paciente. Estas precauciones, deben ser aplicadas para TODAS las personas, independientemente de presentar o no patologías.

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. La utilización de barreras (ej. guantes) no evitan los accidentes de exposición a estos fluidos, pero disminuyen las consecuencias de dicho accidente.

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. 12)

Grupos de riesgo

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2005), los grupos de riesgo esta conformados por:

Grupo de riesgo 1 (riesgo individual y poblacional escaso o nulo). Microorganismos que tienen pocas probabilidades de provocar enfermedades en el ser humano o los animales.

Grupo de riesgo 2 (riesgo individual moderado, riesgo poblacional bajo) Agentes patógenos que pueden provocar enfermedades humanas o animales pero que tienen pocas probabilidades de entrañar un riesgo grave para el personal de laboratorio, la población, el ganado o el medio ambiente. La exposición en el laboratorio puede provocar una infección grave, pero existen medidas preventivas y terapéuticas eficaces y el riesgo de propagación es limitado.

Grupo de riesgo 3 (riesgo individual elevado, riesgo poblacional bajo) Agentes patógenos que suelen provocar enfermedades humanas o animales graves, pero que de ordinario no se propagan de un individuo a otro. Existen medidas preventivas y terapéuticas eficaces.

Grupo de riesgo 4 (riesgo individual y poblacional elevado) Agentes patógenos que suelen provocar enfermedades graves en el ser humano o los animales y que se transmiten fácilmente de un individuo a otro, directa o indirectamente. Normalmente no existen medidas preventivas y terapéuticas eficaces. (p. 1)

Para la investigación, los grupos de riesgos están conformados por el equipo profesional y técnico del área de salud que realiza el tratamiento y seguimiento de las personas afectadas de tuberculosis en la Región Ica 2017, que de acuerdo a la clasificación de grupos de riesgos, estarían ubicados entre el grupo tres y cuatro.

Como es de saber, la tuberculosis de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud es una enfermedad causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones. Es curable y prevenible. La tuberculosis se transmite de persona a persona a través del aire.

Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire. Basta con que una persona inhale unos pocos bacilos para quedar infectada. (OMS 2016)

Las medidas de seguridad tienen relación con el personal, con la probable contaminación del ambiente en que se trabaja, con el equipo de seguridad que debe ser utilizado, con la actitud que se debe adoptar en caso de producirse un accidente y con las acciones que deben ser cumplidas al terminar el trabajo. (Chirico, Morcillo y Kuriger 2016, p. 9)

La bioseguridad se debe iniciar a nivel de la administración. “Si la organización del centro de salud es lo suficientemente compleja, debería haber un área dedicada a la BS o al menos, un comité que sirva de apoyo a un programa de seguridad elaborado por la autoridad” (Chirico, Morcillo y Kuriger 2016, p. 9)

Esta responsabilidad administrativa servirá para asegurar que los TS sean monitoreados regularmente por personal médico, entrenados apropiadamente en procedimientos seguros, informados sobre técnicas y procedimientos peligrosos que requieran especial cuidado, capacitados para una acción rápida y correcta en caso de accidentes inesperados, y provistos de un adecuado equipamiento de BS según las áreas donde desarrollan su actividad (Chirico, Morcillo y Kuriger 2016, p. 9)

Las medidas de control de bioseguridad deben comprender de acuerdo con Chirico, Morcillo y Kuriger (2016, p. 10) en:

Medidas administrativas: que comprende: primer aspecto, la determinación de la infecciosidad, que implica la detección de pacientes sintomáticos, su aislamiento, diagnóstico (confección de una historia clínica, realización del examen físico, radiografía de tórax y examen microscópico del esputo o de otra muestra apropiada (endoscopías y biopsias) y tratamiento. Asimismo, la presunción de la tb asociada al VIH(+). Todas estas acciones deben estar acompañadas del proceso de capacitación y charlas informativas a los pacientes. En los casos que se requiera aislamiento, este debe seguir hasta determinar el grado de infecciosidad.

El concepto de prevención incluye la educación de los pacientes acerca de los mecanismos de la transmisión de la enfermedad y las razones del aislamiento. La instrucción permitirá la comprensión de las prácticas a

realizar, posibilitará que sea aceptado el uso de máscaras y permanezca en su habitación mientras continúe el aislamiento para controlar la diseminación de los droplet nuclei (p. 12).

Además, el segundo aspecto que comprende el Programa de salud del personal: fundamental para el equipo que labora para el tratamiento de la tb. Ello implica, el riesgo a la exposición por las fuentes del bacilo, la prueba de tuberculina (PPD, 0.1 ml de tuberculina de 2UT RT 23, vía intradérmica)

...(induración igual o mayor a 10 mm) indica que se encuentra inmunológicamente protegido para trabajar en áreas de alto riesgo. La excepción corresponde al HIV (+) en quienes una induración igual o mayor a 5 mm con o sin vacuna BCG previa, se considera positiva. (p. 13)

El tercer aspecto, en el uso de la radiografía de tórax (Rx): que permiten ver las anomalías en las Rx, pero no son diagnósticas de TB. “Sin embargo, puede ser usada para descartar la enfermedad en una persona con infección tuberculosa demostrada por la reacción al PPD positiva y sin síntomas de enfermedad”.

La determinación de la sensibilidad micobacteriana a los fármacos es imprescindible ya que el TS puede haberse contagiado con una cepa resistente. Además, si se cuenta con tecnología específica, sería conveniente realizar estudios de epidemiología molecular por medio de técnicas de análisis genómico como: Restriction Fragment Length Polymorphism (RFLP), útiles para trazar la ruta de transmisión de la TB nosocomial y de la comunidad (p. 13).

Con referencia al tratamiento, cuando se encuentra en fase inicial la TB, incluyen cuatro fármacos isoniazida, rifampicina, pirazinamida y estreptomina o etambutol. Cuando se trata de MDR-TB será en base de guías de manejo de multiresistencia de Organización Mundial de la Salud.

El cuarto aspecto administrativo que considerar es la capacitación del personal, referidos a los conceptos de transmisión y evolución de la TB, prácticas de control, signos y síntomas de la enfermedad.

El quinto aspecto es la medida de control de ingeniería, que implica la reducción de la concentración de las partículas infecciosas evitando su diseminación. Estas comprenden la ventilación general, (ventanales abiertos, extractores de aire, no al aire acondicionado, separación de ambientes de salas de procedimientos y espera, salas de aislamiento, sistemas de ventilación, etc.)

El sexto aspecto, el uso de equipos de protección para el personal, que comprende: mascarillas personales certificadas, guantes de látex de buena calidad, protección ocular, delantal impermeable y uso de material descartable. Otras precauciones comprenden la desinfección con hipoclorito de sodio (lejía) de pisos y paredes, incineración de residuos patológicos,

Dimensiones de la bioseguridad

De acuerdo a la norma técnica de salud para el control de la tuberculosis, emitada por el Minsa (2006), comprende tres procesos clave, que lo denominamos dimensiones:

Dimensión 1: Detección del sintomático respiratorio.

Es toda persona que presenta tos y expectoración por más de 15 días. Es la actividad orientada a identificar precozmente a las personas con tuberculosis. Se realizará permanentemente a través de la identificación y examen inmediato de los sintomáticos respiratorios, que se detectan durante la atención de salud en cualquier área/servicio del establecimiento. (Minsa 2006, p. 33)

La tos es el principal síntoma de la tuberculosis pulmonar. Así, se considera sospechoso de ser portador de tuberculosis a quien tiene tos prolongada. En Brasil, el concepto de sintomático respiratorio (SR) adoptado es: persona que presente tos con expectoración por tres semanas o más. Desde hace varias décadas los organismos internacionales recomiendan la búsqueda activa de SR como estrategia para el diagnóstico precoz de la tuberculosis. (Organización Panamericana de la Salud 1987, p. 498)

Asimismo, se considera los aspectos indicados por el Minsa (2006) referidos al concepto de sintomático respiratorio (SR).

Sintomático Respiratorio (S.R.): Es toda persona que presenta tos con expectoración por más de 15 días. S.R. Identificado (S.R.I): Es la persona detectada e inscrita en el Libro de Registro de Sintomáticos Respiratorios. S.R. Examinado (S.R.Ex): Es el S.R. al que se le realiza uno o más baciloscopías de esputo. (p. 33)

Procedimientos para la Detección del Sintomático Respiratorio

Los procedimientos detectar al sintomático respiratorio, sugeridos por el Minsa (2006) y la Organización Panamericana de la Salud, son los siguientes:

La detección del S.R. se realizará obligatoria y permanentemente en todos los establecimientos de salud, en la demanda de las atenciones en mayores de 15 años que acuden por cualquier causa a los diferentes servicios. La organización de esta actividad es responsabilidad del profesional de enfermería en coordinación permanente con el equipo multidisciplinario de la ESN-PCT y el cumplimiento de la actividad es responsabilidad de todos los trabajadores del establecimiento de salud. Se capacitará a todo el personal en la identificación del S.R., en todos los servicios del establecimiento de salud, priorizando Admisión y otras áreas de trabajo (Triage, Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización)

Una vez realizada esta fase, es importante considerar que la detección del SR es muy importante, debido a que esto permite la detectar, para luego tratar y detener la enfermedad.

Una vez que se ha identificado al SR, se debe:

Llenar correctamente la Solicitud de Investigación Bacteriológica en TB (Ver anexo correspondiente). Inmediatamente obtener la primera muestra de esputo. La segunda muestra deberá traerla al día siguiente, en caso de incumplimiento el personal de salud realizará visita domiciliaria. Además, las consideraciones para obtener una muestra adecuada: calidad: Una buena muestra es aquella que proviene del árbol bronquial, y es obtenida después de un esfuerzo de tos. Sin embargo, una muestra con apariencia de saliva o sangre puede ser positiva. Cantidad: Para ser considerado suficiente, la muestra debe tener un volumen aproximado de 5 ml. Si el enfermo tiene escasa secreción, se le debe indicar, que produzca 3 expectoraciones más en el mismo envase hasta que obtenga la cantidad suficiente. (Minsa 2006, p. 33)

En el establecimiento de salud y sus diversas áreas de atención, se deben considerar aspectos particulares de acuerdo con el área. Así por ejemplo, en el servicio de emergencia debe funcionar una Unidad Recolectora de Muestras (U.R.M.), debiendo entregar el personal designado, las muestras recolectadas durante el turno correspondiente, al laboratorio que habitualmente procesa baciloscopías. (Minsa 2006, p. 33)

Un aspecto considerable de los establecimientos de salud es determinar el área de poblaciones vulnerables y de alto riesgo;

Poblaciones cerradas: penales, asilos de ancianos, hospitales psiquiátricos, centros de rehabilitación para fármaco dependientes, salas de hospitalización y otras poblaciones vulnerables (Indígena, aislamiento voluntario, zonas de frontera). Poblaciones que se encuentran en Áreas de Elevado Riesgo de Transmisión de Tuberculosis (AERTs) Contactos (intra y extradomiciliario). Personal de salud y estudiantes de ciencias de la salud. Inmunocomprometidos: Infectados por VIH, tratamiento inmunosupresor, enfermedades neoplásicas. diabéticos. Población con comportamiento de riesgo: Alcoholismo, Drogadicción, Delincuencia. (Minsa 2006, p. 34)

Dimensión 2: diagnóstico de casos

De acuerdo con el Minsa (2006) el diagnóstico de casos es:

La herramienta fundamental para el diagnóstico de caso de Tuberculosis es la bacteriología (Baciloscopia y Cultivo) por su alta especificidad, sensibilidad y valor predictivo. En aquellas situaciones donde los estudios bacteriológicos no sean concluyentes será necesario realizar el seguimiento diagnóstico de acuerdo a la organización de la red de servicios de salud, utilizando otros criterios tales como: Clínico, epidemiológico, diagnóstico por imágenes, inmunológico, anatomopatológico. (p. 35)

Caso de tuberculosis, es toda persona a la que se diagnostica tuberculosis, con o sin confirmación bacteriológica y a quien se decide indicar y administrar un tratamiento antituberculoso...adquieren especial prioridad los enfermos con TB pulmonar frotis positivo por constituir la principal fuente de transmisión. (Minsa 2006, p. 35)

Los diversos casos de TB, que se han identificado de acuerdo con la Norma Técnica de control de la TB, son las siguientes.

Caso de tuberculosis pulmonar con frotis positivo (TBP-FP): Es el caso de TB Pulmonar, que tienen confirmación a través del frotis directo positivo.

Caso de tuberculosis pulmonar cultivo positivo (TBP-CP)

Caso de tuberculosis pulmonar con BK (-) y cultivo (-) Es el caso de TB Pulmonar, al que se le ha realizado el procedimiento de seguimiento diagnóstico presentando bacteriología negativa y a quien se decide iniciar tratamiento antituberculoso por otros criterios.

Caso de Tuberculosis Extra Pulmonar: Es el caso a quien se diagnostica tuberculosis en otro(s) órgano(s) que no sean los pulmones. Las formas extrapulmonares más frecuentes en el país son la pleural, ganglionar e intestinal.

Caso de Tuberculosis Multidrogo-resistente (TB MDR): Es aquella Tuberculosis ocasionada por bacilos mutidrogosresistentes.

Caso de Tuberculosis Infantil: Es la persona menor de 15 años al que se diagnostica tuberculosis y a quien se decide iniciar y administrar un tratamiento antituberculosis. (Minsa 2006, p. 36)

Dimensión 3: seguimiento diagnóstico

De acuerdo con el Minsa (2006) en esta fase se considera que:

El diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el adulto se realiza fundamentalmente por el examen baciloscópico de dos muestras de esputo en el sintomático respiratorio. Sin embargo, existen sintomáticos respiratorios frotis negativo sospechosos de tuberculosis, definiéndolo como aquel S.R. con dos baciloscopías negativas, que tienen síntomas, signos clínicos y/o imágenes radiológicas sugestivas de tuberculosis (Rayos X anormal).

En la Tuberculosis Multidrogorresistente se realizan los mismos procedimientos que en la Tuberculosis sensible a fármacos: Detección del sintomático respiratorio, diagnóstico de casos y seguimiento diagnóstico. Con la consideración que los casos en quién se sospecha de TB MDR lleva implícita la indicación de cultivo y prueba de sensibilidad. Por lo tanto, debe asegurarse el llenado correcto de la Solicitud de Investigación Bacteriológica. Colocando en observaciones la condición por la cual amerita que la muestra del paciente sea derivada a cultivo y prueba de sensibilidad. (Minsa 2006, p. 37)

En los casos de sospecha de fracaso a tratamiento antituberculosis para TB MDR, de inmediato, el caso, debe ser evaluado por el médico consultor, quien una vez confirmada esta situación, solicitará opinión del Comité de Evaluación de Retratamiento Intermedio (CERI) de su jurisdicción. El seguimiento y evaluación mensual de estos casos estarán a cargo de los médicos tratantes, así como la elaboración del informe de evaluación trimestral de retratamiento para TB MDR, dichos informes deberán ser refrendados por el médico consultor al momento de la consulta trimestral.

1.3.2. Bases teóricas de la variable Trabajo en Equipo

Definición de trabajo en equipo

Robbins y Judge (2009) definen que: Un equipo de trabajo genera una sinergia positiva a través del esfuerzo coordinado. Los esfuerzos de sus individuos dan como resultado un nivel de rendimiento superior a la suma de los aportes individuales. (p. 323). Es decir que, no es solo un grupo de trabajo que interactúa información y toman decisiones que ayuden a cada uno de sus miembros a realizar el objeto de su responsabilidad sin tener necesidad u oportunidad de involucrarse en el trabajo colectivo; sino que, es un desempeño colectivo que hacen el personal, generando una sinergia positiva donde delegan responsabilidades individuales y mutuos, aflorando sus aptitudes y mejorándolos para lograr sus metas.

Un equipo de trabajo está compuesto por un número pequeño de empleados que tienen habilidades que se complementan, que colaboran en un proyecto, que están comprometidos por un propósito común y que en conjunto son los responsables de desempeñar tareas que contribuyan a la consecución de las metas de una organización.

Es una necesidad insoslayable para actuar en una realidad social de complejidad creciente y de múltiples interdependencias. Ciertamente determinadas tareas no se pueden hacer si no es por acción conjunta mediante la convergencia de diferentes actividades, habilidades y conocimientos (Ander y Aguilar, 2001, p. 11).

También se afirma que es una actividad social que requiere habilidades para comunicar, colaborar entenderse y pensar con los demás. Las nuevas tendencias laborales y la necesidad de reducir costos llevaron a las organizaciones a pensar en los equipos como una forma de trabajo habitual porque alcanzar y mantener el éxito en las empresas modernas requiere talentos prácticamente imposibles de encontrar en una sola persona (Dolly, 2007, p. 74).

Es un proceso estricto y lleno de retos muy satisfactorios. La integración de unos a otros es la oportunidad de aprender y crecer, en equipo se descubren una serie de valores que fomentan comportamientos, como aprender a escuchar y responder constructivamente los puntos de vista expresados por otros.

Según IIPE UNESCO (2000, p. 5):

El trabajo en equipo es una modalidad de articular las actividades laborales de un grupo humano en torno a un conjunto de fines, de metas y de resultados a alcanzar, así mismo implica una interdependencia activa entre los integrantes de un grupo que comparten y asumen una misión de trabajo.

El trabajo en equipo es el conjunto de valores actitudes o ideas que constituyen una cultura para la organización; y el equipo de trabajo es el encargado de plasmar en la organización dicha cultura (Katzenbach, 1996, p. 15).

El trabajo en equipo es una de las formas más eficaces de potenciar la acción social ya sea de los trabajadores sociales, educadores o animadores socioculturales (Ander y Aguilar, 2001, p. 9)

Trabajar en equipo implica compromiso, no es sólo la estrategia y el procedimiento que la empresa lleva a cabo para alcanzar metas comunes. También es necesario que exista liderazgo, armonía, responsabilidad, creatividad, voluntad, organización y cooperación entre cada uno de los miembros y debe estar supervisado por un líder, quien debe coordinar las tareas y hacer que sus integrantes cumplan con ciertas reglas.

Tipos de equipos

De acuerdo con Winter (2000, p.9) se pueden formar dos tipos de equipos en las organizaciones:

Equipos unifuncionales: Los equipos funcionales están compuestos de individuos que proceden del mismo departamento y a un mismo nivel jerárquico, aunque realicen tareas diferentes. Los equipos funcionales seleccionan un tema y lo trabajan durante todo el proceso de mejora. Una vez que la mejora está implantada, los miembros del equipo continúan recogiendo datos y revisando el proceso. El promotor o los miembros del equipo deben seleccionar otro proceso a tratar.

Equipos transfuncionales: Estos equipos están compuestos de individuos procedentes de diferentes departamentos. Los miembros normalmente no se conocen. Por ello, deben dedicar un mayor tiempo a conocerse unos a otros, para lograr establecer un ambiente agradable en el que poder tomar decisiones. Así, el líder deberá estar en comunicación con todos los promotores. El líder y el facilitador deben lograr que los miembros centren su atención en la tarea que tienen entre manos. Este tipo de equipos tiende a emplear más tiempo para completar su tarea.

Equipos mixtos horizontales: Mapcal (1998) los define como aquellos miembros que provienen de distintas áreas de la empresa, pero pertenecen al mismo nivel jerárquico dentro del organigrama de la empresa. (p.47).

Roles del equipo

Belbin (2003) afirma que los roles fueron diseñados para definir y predecir el suceso potencial del equipo de liderazgo. Reconociendo que los equipos más fuertes tienen gran variedad de caracteres y tipos de personalidad.

Existen tres roles orientados a las acciones: modelador, Implementador y Complementador/Finalizador. Tres roles orientados a las personas: Coordinador, trabajador en equipo e investigador de recursos. Finalmente, hay tres roles cerebrales: de planta, Evaluador y Especialista. Los nueve roles son resumidos en el siguiente tabla: (p. 57)

| | ROL DENTRO DEL EQUIPO | FORTALEZAS | DEBILIDADES PERMITIDAS |
|---------------------------------|-----------------------------|--|---|
| ROLES ORIENTADOS A LA ACCION | Modelador | Retador, dinámico, Crece en la presión. Dirige y motiva para sobrepasar los obstáculos. | Es propenso a la provocación. Puede ofender los sentimientos de las personas. |
| | Implementador | Disciplinado, confiable, concienzudo y efectivo. Convierte las ideas en acciones prácticas. | Un tanto inflexible. Lento a la hora de responder a nuevas posibilidades. |
| | Complementador /Finalizador | Meticuloso, concienzudo profundo. Busca los errores. Entrega las cosas a tiempo | Inclinado a preocuparse sin necesidad. No es bueno delegando. |
| ROLES ORIENTADOS A LAS PERSONAS | Coordinador (Líder) | Maduro, confidente, líder natural. Actara las metas, promueve la toma de desiciones. Delega bien. | Puede ser visto como manipulador. Delega su trabajo. |
| | Trabajador en equipo | Cooperador, perceptivo, Equilibrado y diplomático. Escucha, construye y evita la confrontación. | Indeciso en situaciones de crisis No está dispuesto a enfrentarse por sus principios. |
| | Investigador de recursos | Extrovertido, entusiasta, comunicativo. Explora las oportunidades. Desarrolla contactos. | Muy optimista, pierde entusiasmo a medida que el inicial va pasando |
| ROLES CEREBRALES | Planta | Creativo, imaginativo, poco ortodoxo. Resuelve problemas difíciles. | Ignora los problemas incidentales. Muy preocupado por comunicarse efectivamente |
| | Evaluador | Sobrio, estratégico, con capacidad de discernimiento. Analiza todas las opciones. Juzga acertadamente. | Carece de capacidad para dirigir y de habilidad para inspirar a otros. |
| | Especialista | Tiene solo una manera de pensar. Inicia sus labores solo. Dedicado, proporciona conocimiento y habilidades pero en forma escasa. | Contribuye solamente con cosas técnicas. |

Figura 1. Roles del equipo

Fuente: Disponible en: <https://docs.google.com/> Artículo: Desarrollo de equipos.

Valores personales y organizacionales

Los valores en las organizaciones, según Gibson, Ivancevich y Donnelly (2003),

...se aplican a la administración en el contexto del rol o papel que juegan los valores en el proceso de toma de decisiones, se sabe que son guías que las personas usan cuando se enfrentan a situaciones de elección. Se reflejan en el comportamiento de quienes las toman, incluso previo a la toma de decisiones, durante la elección de alternativas y en la puesta en marcha de la alternativa escogida. Todos los actos humanos presentan disyuntivas para decidir entre varias alternativas, eligiendo en base a sus preferencias o deseos en cuanto a cualidades de objetos o de otras personas.

El hecho de que existan sistemas de valores en las organizaciones conformadas por individuos, quienes a su vez tienen sus propios sistemas de valores personales, nos permite afirmar que los esfuerzos organizacionales de desarrollo de recursos humanos pueden diseñarse con orientaciones hacia los valores que las organizaciones consideran ser los que conformen su cultura (Vargas, 2007, p.167).

Tabla 1

Valores personales y organizacionales

| Valores | Características |
|----------------------------------|---|
| Compromiso | Sentirse obligado con los objetivos de la organización |
| Ética | Conjunto de valores morales o buenas costumbres que se espera de todos los integrantes de la organización |
| Prudencia | Sensatez y moderación en los actos, saber discernir |
| Justicia | Actitud permanente de dar a cada uno lo que le corresponde |
| Fortaleza | Punto medio entre el vender el temor y huir de la temeridad |
| Orientación al cliente | Encaminar los actos hacia el cliente |
| Orientación a resultados | Encaminar los actos a lo esperado |
| Calidad de trabajo | Excelencia en la tarea a realizar |
| Sencillez | Actuar de forma llana y directa, sin ostentación |
| Adaptabilidad al cambio | Acomodarse, avenirse a los cambios |
| Temple | Serenidad y dominio en todas las circunstancias |
| Perseverancia | Firmeza y constancia en la ejecución de los propósitos |
| Integridad | Obrar con rectitud y probidad inalterables |
| Iniciativa | Adelantarse a los demás en su accionar |
| Innovación | Capacidad para modificar las cosas aun partiendo de formas no pensadas anteriormente |
| Flexibilidad | Disposición de adaptarse fácilmente a nuevas circunstancias o situaciones |
| Empowerment | Dar poder al equipo de trabajo, potenciación del propio equipo de trabajo |
| Autocontrol | Dominarse a sí mismo, control de las emociones propias |
| Desarrollo de personas | Acrecentar e incrementar intelectual y moralmente a otros |
| Conciencia organizacional | Reconocer inmediatamente en sus atributos y modificaciones a la organización |

Fuente: ALICIA ALLES, Martha. **Gestión por competencias: el diccionario**. Ediciones Granica, Buenos Aires. 2005. Pág.85.

Desempeño del equipo

Un equipo es parte de un sistema organizacional, donde todos los equipos externos al trabajo dependen de los recursos externos al grupo para sostenerlo. La escasez de recursos reduce de manera directa la capacidad del equipo como concluyo un grupo de investigadores, después de revisar 13 factores potenciales relacionados con el desempeño del grupo (Robbins, 2004, p. 267), el apoyo

consiste en información oportuna, tecnología, motivación y ayuda administrativa.

Los miembros de un equipo confían unos en otros y demuestran confianza en sus líderes. La confianza interpersonal entre los miembros del equipo facilita la cooperación, reduce la necesidad de vigilar el comportamiento y crea un lazo entre los integrantes del equipo.

Las evaluaciones e incentivos individuales no son congruentes con el desarrollo de equipos de alto desempeño. Por consiguiente, además de evaluar y recompensar de forma individual, la administración debe considerar evaluaciones de grupo, recompensas grupales y otras modificaciones que refuercen el esfuerzo y el compromiso del equipo.

Procesos grupales

Siguiendo a Robbins (2004), para que un equipo tenga eficacia debe tener presente a los factores del proceso, donde se incluye a pertenencia a un grupo, el propósito común y los objetivos específicos

Hay claridad en la misión institucional; Se organiza el trabajo con una lógica de proyectos; Hay conciencia de lo medular que resulta para la organización cuidar al máximo las reuniones de trabajo; Hay capacidad institucional para encarar los conflictos como oportunidades; Los problemas son encarados como oportunidades para aprender y dar respuesta a nuevas demandas; Se valoran la experimentación y la creatividad; La organización trabaja por aumentar su capacidad de comunicación y el liderazgo; Se promueven altos grados de autonomía y responsabilidad; Se establecen altos estándares de calidad de los servicios, procesos y resultados; Se establecen procesos de monitoreo y seguimiento de los proyectos en marcha; Los criterios de evaluación del desempeño individual e institucional son de conocimiento de todos los miembros;. Hay conciencia de que la formación y la capacitación permanente, y especialmente el conocimiento compartido, el apoyo de carácter reflexivo y en “tiempo real”, es un potente incentivo para motivar la mayor profesionalidad y responsabilidad; Se destinan partidas presupuestarias para generar una política de recursos humanos y de formación que contribuya a convocar a los mejores profesionales, dar continuidad al desarrollo profesional y a mantener a los talentosos. (p.p. 124 – 128)

Dimensiones trabajo en equipo

Hellriegel, Jackson y Slocum (2009, p. 21) dimensiona el trabajo en la forma siguiente:

Dimensión 1: Creación de un ambiente solidario del equipo

Hellriegel, Jackson y Slocum (2009) afirman que el diseño del equipo es el primer paso de todo proyecto de equipo y, por lo normal, es responsabilidad del administrador o un líder de equipo (p. 581). No obstante en los equipos auto dirigidos, el equipo completo participa en su diseño. El diseño de un equipo implica formular las metas que se deben alcanzar, definir las tareas que se desempeñaran e identificar al personal necesario para realizarlas.

Los miembros de un equipo bien diseñados entienden las tareas y la forma en que se medirá el desempeño del equipo. No tienen confusión alguna respecto a cuales tareas les corresponde a ellos y cuales recaen en miembros de otro equipo. Un equipo bien diseñado tiene el número correcto de miembros. Las razones principales que esgrimieron los administradores para explicar por qué organizan el trabajo en forma de equipos son que ellos atienden mejor a los clientes en razón de la innovación, la velocidad, la reducción de costos y las mejoras de la calidad.

Tamaño del equipo. Hellriegel, Jackson y Slocum (2009). Manifiestan que, para que haya una toma de decisiones innovadora, el tamaño ideal del equipo de trabajo podría ser de entre cinco y nueve miembros (p. 581). Si los miembros de equipos que tienen más de 12 miembros por lo general tienen problemas para comunicarse entre sí y producen los efectos como: Demandan más tiempo y atención del líder, el equipo tolera más dirección del líder y el proceso de toma de decisiones está más centralizado, la atmosfera del equipo es menos amigable y las comunicaciones son menos personales, se forman más camarillas dentro del equipo y, en general, los miembros del mismo están menos satisfecho, Aumenta la probabilidad de que algunos miembros sean parásitos. Si por alguna razón se requiera de un equipo más grande, el uso de sub quipos podría ser una solución para el problema de tamaño.

La ubicación del equipo. La proximidad del equipo se refiere al lugar en el que se ubican los miembros del equipo. Dos aspectos de la ubicación del equipo son 1) su proximidad con otros equipos de trabajo y miembros de la organización y 2) la proximidad entre los miembros del equipo mismo.

La proximidad ideal entre los equipos depende del trabajo que desempeñen. Cuando muchos equipos están trabajando juntos en un solo proyecto es necesaria una estrecha coordinación de ellos.

Selección de los miembros del equipo. Las características que debe tener un empleado que trabaja de forma más o menos aislada no son las mismas que necesita otro empleado que debe trabajar en un entorno de equipo. En los equipos de trabajo, dos rasgos de personalidad que tienen especial importancia se refieren a las personas que son amigables y concienzudas. Las personas que son amigables tratan de encontrar áreas que les permitan llegar a un entendimiento común con los miembros del equipo. Cuando se conocen las áreas de coincidencias, los miembros del equipo también podrán aceptar sus diferencias con menos dificultad. Las personas que son concienzudas suelen permanecer enfocadas en la tarea y, al parecer, son muy buenas para organizar y coordinar actividades.

Creación de un entorno de apoyo, Hellriegel, Jackson y Slocum (2009). Afirman que todos los miembros del equipo deben contar con las competencias que se requieren para crear un entorno de apoyo. En un entorno así, los miembros del equipo tienen atribuciones para actuar con base en su mejor opinión, sin tener que requerir primero la autorización del líder del equipo o del gerente del proyecto (p. 368).

El apoyo también implica obtener las aportaciones de los miembros que poseen competencias únicas importantes para el equipo, así como reconocer, elogiar y recompensar los pequeños triunfos y los grandes éxitos. Un gerente posee una buena competencia para el trabajo en equipo respeta a los demás y éstos, a su vez, le respetan o incluso sienten aprecio por él.

Dimensión 2: Administración de la dinámica del equipo

Hellriegel, Jackson y Slocum (2009). Los gerentes deben prestar atención a su forma de administrar la dinámica del equipo (p. 534). Cuando los miembros del equipo no conocen un proceso, aumenta la probabilidad de que lo rechacen de entrada. Las personas quieren sentir que participan.

El líder o gerente debe tener en cuenta que, una capacitación al equipo permanente, fortalecerá la labor de sus integrantes mejorando la producción y el logro de sus metas, es importante tener en cuenta que dichas capacitaciones también deben tomar en cuenta: la capacitación en administración y liderazgo, Manejo de juntas o reuniones, Apoyar el desacuerdo, Compromiso con la decisión del equipo, Utilizar tecnologías basadas en el grupo, Normas para manejar los conflictos, Construir la cohesión del grupo.

Capacitación del equipo: Hellriegel, Jackson y Slocum (2009). Comentan lo siguiente: Sin importar la cantidad de horas de capacitación de equipos que requieran las organizaciones, sus metas suelen ser las mismas: capacitar a los miembros del equipo para que puedan desempeñar una serie de actividades de administración y de liderazgo y fomentar la cohesión del equipo (p. 584).

Algunas de las tareas de administración que los equipos efectivos saben desempeñar solo con establecer metas, aprender a medir los resultados y decidir qué se debe medir. Los equipos que desempeñan con eficiencia estas tareas de equipo suelen tener un mejor desempeño. Las organizaciones que invierten recursos en la capacitación de equipos pueden incrementar la efectividad del equipo y de la organización.

Capacitación en administración y liderazgo: Hellriegel, Jackson y Slocum (2009). Los equipos de trabajo de todo tipo ahora gozan de facultades para desempeñar tareas que antes no eran responsabilidad de los empleados. Cuanto mayor sea la medida de autodirección, tanto mayor será la cantidad de facultades, responsabilidad y discreción general para la toma de decisiones relativas a sus tareas. Cuanto más auto dirigido sea el equipo, tanto más importante será que los miembros del equipo reciban una capacitación que refuerce todas sus competencias gerenciales. Cuanto mayor sea la confianza

que los miembros del equipo tengan en su capacidad para el buen desempeño del equipo, tanto más probable será que el equipo tenga un buen desempeño en efecto.

Manejo de juntas o reuniones. Hellriegel, Jackson y Slocum (2009). Las personas que se resisten al trabajo en equipo con frecuencia señalan el tiempo que se pierde en reuniones como una enorme fuente de insatisfacción. Es cierto los equipos se tienen que reunir, de una manera u otra, pero las reuniones de equipo jamás deben ser un desperdicio de tiempo. La capacitación de los miembros del equipo para que manejen las reuniones debidamente pueden hacer que estas sean más eficientes. Así pues los miembros del equipo pueden compartir la función fundamental del liderazgo (por ejemplo, programar una reunión, preparar una agenda, llevar registro de las ideas y las decisiones y comunicarse con personas fuera del equipo), rotando por estas responsabilidades durante el tiempo que dure el equipo.

Apoyar el desacuerdo. Un líder de equipo hábil apoya los desacuerdos que estimulan las soluciones innovadoras, al mismo tiempo que minimiza el riesgo de malos sentimientos. Hellriegel, Jackson y Slocum (2009). Los desacuerdos pueden ser productivos si los miembros están abiertos a las diferencias al interior del equipo y si separan la generación de ideas de la evaluación de ideas. Los miembros del equipo también deben entender que la ausencia de desacuerdos en un equipo de trabajo puede ser tan destructiva para el debido funcionamiento del equipo como el exceso de desacuerdos.

Compromiso con la decisión del equipo. Tomar una decisión final cuando los miembros del equipo no están de acuerdo puede ser relativamente fácil si la decisión última al final de cuentas está en manos del líder del equipo. Llegar a una decisión final que apoye todo el mundo es más difícil cuando hay un líder designado. En caso de los equipos toman la mayoría las decisiones llegando a un consenso, es útil capacitar al equipo para que aprenda a llegar al consenso y de avanzar una vez que se ha llegado al mismo. Esta capacitación ayuda a los miembros del equipo a comprender que no se les permitirá lamentarse ni arrastrar los pies una vez que el equipo ha tomado una decisión.

Utilizar tecnologías basadas en el grupo. En el caso de los equipos virtuales y también en el de algunos ubicados en el mismo lugar, quizá se necesite de la capacitación a efecto de desarrollar las capacidades de los equipos para utilizar las tecnologías que apoyan su trabajo. Los sistemas de apoyo a las decisiones de grupo pueden resultar en particular útiles para este efecto. Un sistema de cómputo interactivo que combina las tecnologías de comunicación, la computadora y la toma de decisiones para apoyar las reuniones de grupo. La utilización de este sistema puede ayudar al equipo a procesar la información con efectividad cuando se toma una decisión del grupo.

Normas para manejar los conflictos. Las normas relativas a la manera de manejar los conflictos que se presentan dentro del equipo son importantes en el caso de equipos que se ocupan mucho de la solución de problemas y de la toma de decisiones. Las presiones sociales para mantener las amistades y evitar los desacuerdos pueden llevar a los miembros del equipo a aceptar una decisión basándose más en sus sentimientos personales que en los hechos y el análisis. Cuando las normas de equipo apagan los conflictos, se puede presentar el síndrome del pensamiento grupal.

Sistema de recompensa: Los sistemas de recompensa informan a los empleados cómo dirigir sus energías y les refuerzan para que hagan contribuciones valiosas a la organización. Cuando los empleados trabajan en un solo equipo la mayor parte del tiempo y ello representa en esencia para determinar los rangos de su remuneración es relativamente fácil. No obstante, en casi todas las organizaciones las personas no están asignadas de tiempo completo a un solo equipo. Sus responsabilidades principales se derivan del trabajo que desempeñan esencialmente como individuos, y la participación en el equipo de trabajo se suma sus obligaciones regulares.

Casi todos los expertos están de acuerdo en que los distintos diseños de los equipos requieren de distintos sistemas de recompensa. Por tanto, en lugar de recetar un método específico para recompensar a los equipos de trabajo, la comprensión de las opciones básicas que implica adaptar un sistema de recompensa a una situación de la organización es más útil.

1.3.3. Bases teóricas de la variable Estrategia Sanitaria

Teoría Jhon Rawls (2006): Gestor de la **Teoría de la Justicia**; establecer y garantizar un sistema básico para el cuidado sanitario en las personas.

Esta variable comprende la aplicación del Plan Estratégico (2009 – 2018) denominado Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú 2009 – 2018, aprobado en el año 2009 y financiado por CARE PERU.

Parten de una situación problemática, donde afirman, en relación a la tuberculosis (TB) que:

El Perú fue calificado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la década de los años 1980 como un país con severa endemia de Tuberculosis (TB). Durante los años 1990 el programa de control de TB de Perú accedió a recursos económicos que le permitió brindar tratamientos gratuitos para TB sensible, tener recursos para laboratorio y diagnóstico, así como para capacitar al personal e impulsar el tratamiento supervisado en primera y segunda fase como estándar nacional. El acceso a diagnóstico y tratamiento gratuito permitió detectar por lo menos al 70% de los casos y curar por lo menos al 85% de los casos de TB sensible, con lo que las tasas de morbilidad e incidencia fueron disminuyendo sostenidamente, a tal punto que Perú salió de la lista de OMS de los 23 países con mayor prevalencia de TB en el mundo. (Minsa 2009, p. 4)

Sin embargo, una proporción de pacientes con antecedentes de tratamientos previos desarrollaron resistencia a los medicamentos y transmitieron a sus contactos la misma resistencia (Asencio et al 2005).

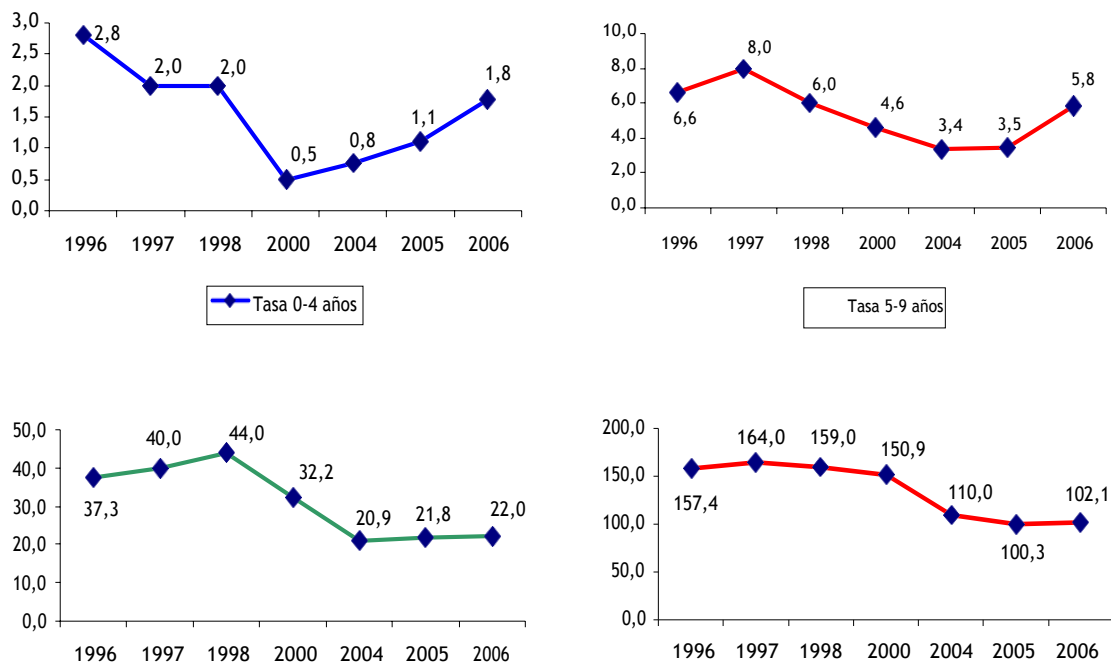


Figura 2. Evolución de la tuberculosis 1996 , 2006.

Fuente: ESNPCT, presentación en diapositivas de Dr. C. Bonilla, enero 2008.

En la figura observamos que en los grupos de adolescentes las tasas de incidencia permanecieron estacionarias. Un programa de TB eficiente debe lograr un decrecimiento sostenido de las tasas de TB en los grupos más afectados (aproximadamente una disminución de 6% cada año, según estimaciones de OMS y otros). Debemos recordar que la TB afecta sobre todo a los grupos de edad entre 15 y 40 años. (p. 6)

Sin embargo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la TB en el año 2014 en nuestro país es una importante causa de morbilidad en el grupo de jóvenes y adultos, se reportan casos en todos los departamentos del país, pero la enfermedad se concentra principalmente en los departamentos de la costa central y la selva. (Minsa 2016, p. 13)

En los años 2013 y 2014 del total de casos notificados un 7.7% fueron menores de 15 años. La incidencia de TB en los menores de 15 años se ha mantenido estacionaria en los últimos 5 años con un promedio de 30 niños

afectados por TB por cada 100 mil niños menores de 15 años. (Minsa 2016, p. 14)

Con relación a la tuberculosis en referencia a los trabajadores de salud, para el año 2013 y 2014 se notificaron al sistema de vigilancia epidemiológica, 226 y 241 casos de TB en trabajadores de salud respectivamente y se estimó una incidencia de TB en TS a nivel nacional de 101 y 100 casos nuevos de TB por cada 100 mil TS respectivamente” Asimismo, afirma que “en los últimos 8 años se han reportado 233 casos de TB resistente en trabajadores de Salud, de los cuales el mayor porcentaje 75% fueron TB MDR y 3 casos de TB XDR. En los últimos 3 años se han reportado entre 8 y 9 casos de TB MDR por año. (Minsa 2016, p. 14)

| Incidencia de tuberculosis en trabajadores de salud a nivel nacional y por grupos ocupacionales. Perú 2013-2015 | | | |
|---|--------------------|-------|-------|
| | Incidencia *100000 | | |
| | 2013 | 2014 | 2015 |
| Total de trabajadores de salud | 96,1 | 91,8 | 110,3 |
| Profesional y/o técnicos de salud asistencial | 98,7 | 106,1 | 129,1 |
| Profesional y/o técnico administrativo | 60,0 | 59,2 | 53,7 |
| Médico | 124,7 | 117,5 | 159,2 |
| Enfermera | 115,1 | 104,6 | 145,1 |
| Técnico enfermería | 127,7 | 140,1 | 186,9 |

* por 100 000 habitantes

Figura 3. Tuberculosis en trabajadores de salud en el Perú, 2013-2015

Fuente: Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública,

Aproximación a las condiciones sociales relacionadas a la TB

Los problemas de salud están directamente asociados por los determinantes sociales, donde el Estado ha orientado las políticas de salud hacia el tratamiento de las enfermedades, sin resolver el problema social.

Dentro de los determinantes estructurales relacionados con la tuberculosis, se han descrito la presencia de grandes focos de carencias sociales, el crecimiento económico desigual, los altos niveles de migración, la rápida

urbanización y el crecimiento demográfico. Estas condiciones dan lugar a distribuciones desiguales de los determinantes sociales, observándose en la población afectada por la TB, mayores porcentajes de malas condiciones ambientales y de vivienda, desnutrición, desempleo y barreras económicas y, otras condiciones que dificultan el acceso a la atención sanitaria. (Minsa 2016, p. 22)

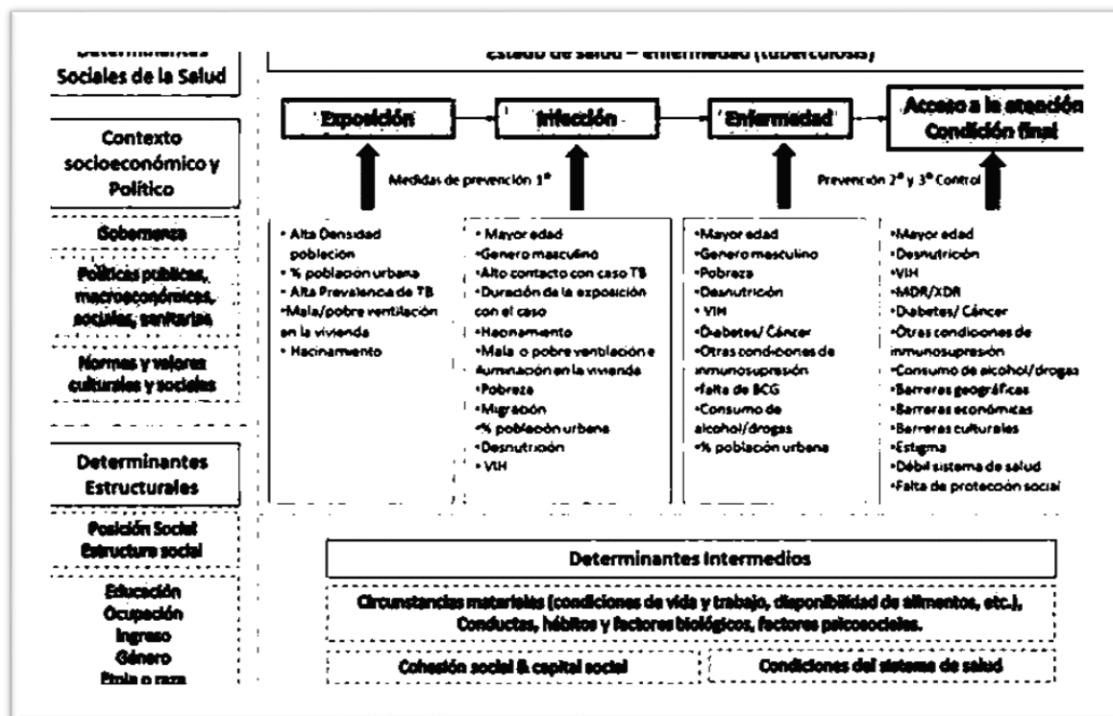


Figura 4. Los determinantes sociales de la Salud, en el modelo de la tuberculosis

Fuente: Minsa 2016, p. 23

La lucha contra la TB a la luz de los compromisos y acuerdos internacionales En los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000 – 2015) en el marco de las naciones Unidas, se planteó la Declaración del Milenio.

El compromiso fue crear un entorno propicio al desarrollo y a la eliminación de la pobreza, y se fijaron objetivos y metas a cumplir hasta el año 2015 sobre Tuberculosis y otras endemias. Estas metas cuantificables, pretenden ser una agenda integral para el desarrollo hacia el año 2015. Se establecieron 8 objetivos, 18 metas y 48 indicadores tomando como punto de partida referencial el año 1990. El Objetivo 6 es Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Las Metas de este Objetivo son las siguientes:

Tabla 2

Objetivos del milenio contra la TB

| Objetivo general | Objetivos específicos |
|--|---|
| Disminuir a los casos de tuberculosis por 100 mil habitantes y reducir la mortalidad por este padecimiento | 1. Proseguir la expansión de un DOTS de calidad y mejorarlo |
| | 2. Hacer frente a la tuberculosis/VIH, la tuberculosis y otros problemas. |
| | 3. Contribuir a fortalecer el sistema de salud. |
| | 4. Involucrar a todo el personal de salud. |
| | 5. Empoderar a los afectados por la tuberculosis y a las comunidades. |
| | 6. Posibilitar y promover la realización de investigaciones. |

Fuente: Minsa 2009

Visión y Estrategias para Responder a la TB en el Perú

Desde la perspectiva del plan estratégico del Minsa y financiado por Care Perú, se establecieron seis resultados esperados, que para el caso de nuestra investigación los asumimos como dimensiones a evaluar, desde la perspectiva de los trabajadores de la región Ica. Así, estas dimensiones son:

Dimensión 1: Atención integral de salud. En esta dimensión se planteó el objetivo Todas las personas afectadas de TB, reciben una atención de salud integral, tratamiento gratuito y apoyo socioeconómico que les permite completar el tratamiento, recuperar su salud, y reducir la vulnerabilidad a abandono y recaídas (Minsa 2009, p. 72)

En este objetivo se plantean estrategias relacionadas al diagnóstico precoz de la TB, tanto sensible y TB MDR- XDR, brindando a todas las personas el tratamiento eficaz completo y gratuito para el control permanente y la curación de la enfermedad. Por ello es importante la prevención, el diagnóstico y el tratamiento adecuado, apoyándolos emocional, social y económicamente para reducir los determinantes sociales. Con ello se les brinda soporte integral, evitando las recaídas.

Dimensión 2: Calidad de vida. En esta dimensión se planteó el objetivo las poblaciones más vulnerables y de mayor exposición tienen condiciones de vida que reducen las posibilidades de contagio y desarrollo de la enfermedad. (Minsa 2009, p. 72)

Aquí se requiere que las poblaciones vulnerables y de mayor exposición será necesario la vigilancia permanente en las nuevas poblaciones (identificación) y en la identificada reducción de los riesgos de la infectar y desarrollo de la enfermedad. Aquí se vigila a los domicilios, centros laborales o comunitarios. A los grupos vulnerables como el VIH, desnutrición, diabetes y otros. Asimismo en la población penal, la población escolar, los establecimientos de salud y en las instituciones con regímenes de internamiento y otras que involucren alta concentración poblacional por períodos prolongados.

Dimensión 3: condiciones económicas, sociales; ambientales y culturales. En esta dimensión se planteó como objetivo La población en general está debidamente informada, libre de conductas discriminatorias y en mejores condiciones económicas, sociales; ambientales y culturales para erradicar progresivamente la TB en el Perú. (Minsa 2009, p. 72)

Para el logro de este objetivo es fundamental es combatir la discriminación por TB en el Perú, promoviendo en la sociedad una cultura de autocuidado y responsabilidad social en salud respiratoria, para ello es clave el mejoramiento de la calidad del aire mediante estrategias y procedimientos medioambientales: mejorando la ventilación y la iluminación en casas, locales de comercio y los diversos lugares de concentración masiva de personas; asimismo, la promoción de programas de nutrición, acceso a la vivienda biosegura, reducción del hacinamiento y acceso a empleo

Dimensión 4: ejercicio de su ciudadanía, ampliando su desarrollo humano y social. Para el logro de esta dimensión se planteó el siguiente objetivo: Las personas afectadas de TB participan individual y/o organizadamente en su recuperación integral y en la respuesta nacional a la TB en su conjunto,

fortaleciendo el ejercicio de su ciudadanía, ampliando su desarrollo humano y social (Minsa 2009, p. 72)

Es fundamental para lograr el objetivo la promoción y respecto por la autonomía de las personas que han sido afectadas por la tuberculosis, fortaleciendo su participación en la problemática de la TB en el país.

Dimensión 5: servicios de atención de salud y apoyo social y económico. Para el logro de esta dimensión se planteó el siguiente objetivo: Los programas sociales y el sistema de servicios de salud se encuentran fortalecidos y tiene la capacidad para brindar servicios de atención de salud y apoyo social y económico a las poblaciones vulnerables y personas afectadas por TB, en forma oportuna, eficaz, gratuita y con calidad. (Minsa 2009, p. 72)

Para el logro de este objetivo se debe garantizar los recursos humanos en los establecimientos de salud, así como el desarrollo de programas sociales para la reducción y el control de infecciones; esto implica garantizar la disponibilidad y uso de tecnología necesaria y adecuada para diagnóstico en todos los niveles; también poner a disposición en todos los puntos de distribución de las medicinas; También garantizar la atención de calidad a las personas afectadas en los servicios y programas sociales, contando con un sistema integrado de información epidemiológica, clínica, social y administrativa actualizada, organizada, y fácilmente accesible en todas las instancias que participan en toma de decisiones y sistematizar y crear conocimiento para mejorar las intervenciones y compartir experiencias en el mundo.

Dimensión 6: respuesta multisectorial, concertada, integrada y eficaz. Para el logro de esta dimensión se planteó el siguiente objetivo: El sector público en sus niveles: nacional, regional y local; el sector privado y la sociedad civil tienen una respuesta multisectorial, concertada, integrada y eficaz para enfrentar y erradicar la TB en el País. (Minsa 2009, p. 72)

Para el logro de este objetivo se debe poner en agenda el problema de la TB en los gobiernos locales, regionales Ministerios, instituciones públicas y

organizaciones de la sociedad civil, como un asunto de Interés Nacional, logrando la articulación con los diversos actores sociales y los múltiples sectores del Estado, para reducir la TB y sus determinantes sociales, fortaleciendo las relaciones internacionales y la participación nacional en acuerdos y convenciones a fin de maximizar la cooperación técnica y financiera.

1.4. Formulación del problema

1.4.1. Problema general

¿Cómo influye la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud en la incidencia de la estrategia sanitaria de tuberculosis en la región Ica 2017?

1.4.2. Problemas específicos

Problema específico 1

¿Cómo influye la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud en la incidencia de la atención integral de salud en la región Ica 2017?

Problema específico 2

¿Cómo influye la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud en la incidencia de la **calidad de vida** en la región Ica 2017?

Problema específico 3

¿Cómo influye la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud en la incidencia de la condición económica, sociales; ambientales y culturales en la región Ica 2017?

Problema específico 4

¿Cómo influye la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud en la incidencia del ejercicio de su ciudadanía, ampliando su desarrollo humano y social en la región Ica 2017?

Problema específico 5

¿Cómo influye la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud en la incidencia de los servicios de atención de salud y apoyo social y económico en la región Ica 2017?

Problema específico 6

¿Cómo influye la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud en la incidencia de la respuesta multisectorial, concertada, integrada y eficaz en la región Ica 2017?

1.5. Justificación del estudio

1.5.1. Justificación teórica

La investigación permitirá comprobar mediante un estudio de campo la eficacia real de la bioseguridad y del trabajo en equipo en las estrategias sanitarias de salud en pacientes con tuberculosis en la región Ica. 2017. Diversas investigaciones han constatado que la bioseguridad y el trabajo en equipo. En efecto los especialistas en el tema consideran teóricamente que la bioseguridad y el trabajo en equipo consolida y optimiza la estrategia sanitaria de salud en pacientes con tuberculosis.

1.5.2. Justificación metodológica

La presente investigación posibilitara constatar si las estrategias sanitarias de salud en pacientes con tuberculosis pueden ser efectivizadas con la aplicación de la bioseguridad y del trabajo en equipo. Se considera que el método correlacional es el más adecuado para comprobar si estas variables se hallan relacionadas significativamente.

1.5.3. Justificación práctica

La investigación permitirá verificar si la bioseguridad y el trabajo en equipo apoyan significativamente las estrategias sanitarias de salud en pacientes con tuberculosis en la región Ica. 2017. El control y la reducción de la TB es un objetivo social, de salud y humano de gran significación práctica y económica. La situación actual de la tuberculosis a nivel mundial es deplorable y constituye un serio problema para los sistemas sanitarios de casi todos los países del

mundo considerado una enfermedad social que implica serios problemas económicos éticos legales culturales y sociales.

El hecho de que al presente se hayan detectado cuatro casos comprobados de TB en el personal de la Región Ica permite constatar, en la práctica, la inobservancia de las medidas de bioseguridad, lo que hace urgente no sólo la difusión de las pautas para su control sino una supervisión más estricta que garantice

1.5.4. Justificación Epistemológica:

Expresa el rol del investigador cuantitativo como observar y autor de todas las acciones durante el proceso de investigación. La epistemología, como teoría del conocimiento se ocupa de los problemas tales como circunstancias históricas, psicológicas y sociológicas que llevan a la obtención del conocimiento y los criterios por los cuales se le justifica o invalida.

1.5.5. Justificación Legal: Ley de Salud N° 26842, Resolución Ministerial N° 715-2013 MINSAs.

El investigador se basa en la Resolución Directoral N° 2992-2017-UCV-L-EPG de fecha 30 de Junio 2017, de los profesores expertos en investigación y excelentes académicos.

1.6. Hipótesis

1.6.1. Hipótesis general

La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la estrategia sanitaria de tuberculosis en la región Ica. 2017.

1.6.2. Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente de salud en la incidencia de la atención integral de salud en la región Ica 2017.

Hipótesis específica 2

La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la de la calidad de vida en la región Ica 2017.

Hipótesis específica 3

La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la condición económica, sociales; ambientales y culturales en la región Ica.

Hipótesis específica 4

La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia del ejercicio de su ciudadanía, ampliando su desarrollo humano y social en la región Ica 2017.

Hipótesis específica 5

La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de los servicios de atención de salud y apoyo social y económico en la región Ica 2017.

Hipótesis específica 6

La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la respuesta multisectorial, concertada, integrada y eficaz en la región Ica 2017.

1.7. Objetivos**1.7.1. Objetivo general**

Determinar si la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen en la incidencia de la estrategia sanitaria de tuberculosis en la región Ica. 2017.

1.7.2. Objetivos específicos

Objetivo específico 1

Determinar que la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la atención integral de salud en la región Ica 2017.

Objetivo específico 2

Determinar que la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la de la calidad de vida en la región Ica 2017.

Objetivo específico 3

Determinar que la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la de la condición económica, sociales; ambientales y culturales en la región Ica 2017.

Objetivo específico 4

Determinar que la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la del ejercicio de su ciudadanía, ampliando su desarrollo humano y social en la región Ica 2017.

Objetivo específico 5

Determinar que la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la de los servicios de atención de salud y apoyo social y económico en la región Ica 2017.

Objetivo específico 6

Determinar que la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la de la respuesta multisectorial, concertada, integrada y eficaz en la región Ica 2017.

II. Marco metodológico

2.1. Diseño de investigación

El diseño de la investigación utilizado es no experimental, de corte transversal, sin manipulación de variables, observándose de manera natural los hechos o fenómenos, es decir tal y como se dan en su contexto natural. En este marco, Sousa, Driessnack y Costa (2007) afirmaron que:

Los diseños no experimentales, también son clasificados de acuerdo al momento en el cual los datos son recolectados en el tiempo, transversal o longitudinal, de acuerdo con la época de experiencia o evento estudiado, retrospectivo o prospectivo. En un estudio transversal, las variables son identificadas en un punto en el tiempo y las relaciones entre las mismas son determinadas. En un estudio longitudinal, los datos son recolectados en diferentes puntos en el tiempo. En un estudio retrospectivo, un evento o fenómeno identificado en el presente es relacionado a factores o variables en el pasado. El estudio prospectivo o estudio de corte, los factores y variables potenciales identificadas en el presente son relacionadas a resultados posibles en el futuro.

Para nuestro caso, la investigación asume un diseño no experimental, retrospectivo, ex post facto, debido a que ya ocurrió el hecho.

Los diseños de investigación transaccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede. Transversal: cuando estudia las variables simultáneamente en un determinado momento, haciendo corte en el tiempo. (Epiquién y Diestra 2013, p. 27).

El tipo de estudio para la presente investigación es básico. De acuerdo con Ander Egg (2009):

La investigación básica o pura es la que se realiza con el propósito de acrecentar los conocimientos teóricos para el progreso de una determinada ciencia, sin interesarse directamente en sus posibles aplicaciones o consecuencias prácticas; es más formal y persigue propósitos teóricos en el sentido de aumentar el acervo de conocimientos de una determinada teoría. (p. 42)

Asimismo, Ander Egg (2009) amplía esta definición cuando afirma que :

Las investigaciones teóricas fundamentales, de hecho, son realizadas por personas de gran talento que, en el campo de las ciencias sociales, formulan nuevas teorías, leyes, métodos de abordaje de la realidad, etc. Aquí habría que mencionar los trabajos de Marx, Weber, Durkheim, Morin, etc. Al margen de sus contenidos y enfoques, estos autores —y otros que no mencionamos aquí— constituyen grandes hitos del pensamiento sociológico. En cuanto al otro nivel de investigaciones teóricas se trata de investigaciones que, dentro del marco de determinadas teorías sociales, tienen el propósito de estudiar algún aspecto de la realidad, la comprobación de hipótesis, la solución de determinados problemas sociales, etc. (p. 42)

En la presente investigación bajo el enfoque cuantitativo, de nivel explicativo, asumimos la afirmación de Ander Egg (2009):

Este modelo de conocimiento científico se ha identificado con la determinación causal: hay repetición de estados homogéneos antes y después. Este supuesto se asienta en el principio formado por Leibniz de razón suficiente, que establece una relación determinista entre los fenómenos entre los cuales existen nexos causales. Conocer científicamente es percibir un orden. Ese orden, hace posible la predicción. Desde esta concepción, la ciencia es el conocimiento de una orden subyacente del mundo. El conocer científico se identifica con la determinación causal de estados homogéneos, de este modo de conocer científicamente es percibir un orden subyacente. Es un mundo regido por el orden subyacente. (p. 70)

La presente investigación se llevará a cabo utilizando el Método Hipotético-Deductivo, donde:

...la lógica de la investigación científica se basa en la formulación de una ley universal y en el establecimiento de condiciones iniciales relevantes que constituyen la premisa básica para la construcción de teorías. dicha ley universal se deriva de especulaciones o conjeturas más que de consideraciones inductivistas. Así las cosas, la ley universal puede corresponder a una proposición como la siguiente: Si X sucede, Y sucede o en forma estocástica: "X sucede si Y sucede con probabilidad P.

2.2. Variables, operacionalización

Hernandez Sampieri, (2014, p. 211) La operacionalización de variables se fundamenta la definición conceptual y operacional de la variable, además de dimensiones y luego indicadores.

Tafur Portilla (2015, p.66) Define al mapeo de operacionalización de variable al procedimiento por el cual el investigador especifica las variables y contenidos en la formulación hipotética y obtener indicadores para medir las variables.

Para este estudio se identificaron las siguientes variables:

Variable Independiente 1: Bioseguridad

El Minsa (2004, p. 11) señala que: La bioseguridad debe entenderse como una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral”.

La operación se ha determinado a través de las dimensiones planteadas por el Minsa, detección y diagnóstico de casos, definición del caso y seguimiento, que se midieron a través de la escala de Likert, Siempre 5, Casi siempre 4, A veces 3, Casi nunca 2 y Nunca 1. Se ha baremado con tres niveles: Mala (49 – 114), Regular (115 – 178) y Buena (179 – 245)

Tabla 3

Dimensiones e indicadores de la variable bioseguridad

| Dimensiones | Indicadores | Ítems | Escala de medición | Niveles y rangos |
|---|---|--------------|---|---|
| Detección y diagnóstico de casos | Detección del personal de salud Identificación del personal de salud | Del 1 al 29 | | |
| Definición del caso | Pruebas de detección de TB en el personal de salud | Del 30 al 40 | Siempre 5 Casi siempre 4 A veces 3 Casi nunca 2 Nunca 1 | Mala 49 - 114 Regula 115 - 178 Buena 179 - 245 |
| Seguimiento | Detección, seguimiento y diagnósticos Evaluación del personal de salud | Del 41 al 49 | | |

Variable Independiente 2: Trabajo en equipo

Robbins y Judge (2009). Un equipo de trabajo genera una sinergia positiva a través del esfuerzo coordinado. Los esfuerzos de sus individuos dan como resultado un nivel de rendimiento superior a la suma de los aportes individuales. (p. 323).

Trabajo en equipo es una de las condiciones del trabajo de tipo psicológico donde un grupo compuesto por un número pequeño de empleados tienen habilidades que se complementan, colaboran en un proyecto, están comprometidos por un propósito común y en conjunto son los responsables de desempeñar tareas que contribuyen a la consecución de las metas de una organización. El diseño del equipo es el primer paso cuya responsabilidad normalmente es la del cuerpo directivo, jerárquico o un líder del mismo, que en su conjunto crean un ambiente solidario la misma que favorece el logro de las metas; paralelamente el director debe prestar atención a su forma de administrar la dinámica del equipo, creando espacios de capacitación permanente y estimulándolos con recompensas que mejorará el rendimiento.

La operación se ha determinado a través de las dimensiones planteadas por Robbins y Judge (2009) diseño de equipo creando un ambiente solidario y administrar la Dinámica del equipo, que se midieron a través de la escala de Likert, Siempre 5, Casi siempre 4, A veces 3, Casi nunca 2 y Nunca 1. Se ha baremado con tres niveles: Mala (23 - 53), Regula (54 - 84) y Buena (85 - 115)

Tabla 4

Dimensiones e indicadores de la variable trabajo en equipo

| Dimensiones | Indicadores | Ítems | Escala | Niveles y rangos |
|--|---|--------------------|---|---|
| Diseño de equipo creando un ambiente solidario | <ul style="list-style-type: none"> Tamaño del equipo Ubicación del equipo Selección de sus miembros Competencia Apoyo Estímulos Respeto Gerente: Entrenador, consejero y mentor Información Criterios de efectividad (apoyo externo y desarrollo interno) | Del 1 al 12 | Siempre 5 Casi siempre 4 A veces 3 Casi nunca 2 Nunca 1 | Mala 23 - 53 Regula 54 - 84 Buena 85 - 115 |
| | Administrar la Dinámica del equipo | | | |

Variable dependiente 1: Estrategia sanitaria

En los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000 – 2015) en el marco de las naciones Unidas, se planteó la Declaración del Milenio.

El compromiso fue crear un entorno propicio al desarrollo y a la eliminación de la pobreza, y se fijaron objetivos y metas a cumplir hasta el año 2015 sobre Tuberculosis y otras endemias. Estas metas cuantificables, pretenden ser una agenda integral para el desarrollo hacia el año 2015.

La operación se ha determinado a través de las dimensiones planteadas por Plan Estratégico del Minsa (2009), cuyas dimensiones son: Atención integral de salud, Condiciones de vida, Condiciones económicas, sociales; ambientales y culturales, Ejercicio de su ciudadanía, ampliando su desarrollo humano y social, Servicios de atención de salud y apoyo social y económico y Respuesta

multisectorial, concertada, integrada y eficaz, que se midieron a través de la escala de Likert, Siempre 5, Casi siempre 4, A veces 3, Casi nunca 2 y Nunca 1. Se ha baremado con tres niveles: Mala (91 - 212), Regular (213 - 333) y Buena (334 - 455)

Tabla 5

Dimensiones e indicadores de la variable estrategia sanitaria

| Dimensiones | Indicadores | Ítems | Escala | |
|--|---|-----------------------------|---|---|
| Atención integral de salud | Porcentaje de solicitud de pacientes | Del 1 al 26 | Siempre 5 Casi siempre 4 A veces 3 Casi nunca 2 Nunca 1 | Mala 91 - 212 Regula 213 - 333 Buena 334 - 455 |
| | Atención de personas afectadas | | | |
| Curación y tratamiento | Del 27 al 51 | | | |
| Condiciones de vida | | Tasas de Riesgo e infección | | |
| Condiciones económicas, sociales; ambientales y culturales | Tasas de pacientes vulnerables | Del 52 al 62 | | |
| | Discriminación | | | |
| | Cultura y autocuidado | | | |
| Ejercicio de su ciudadanía, ampliando su desarrollo humano y social | Calidad de aire | Del 63 al 66 | | |
| Servicios de atención de salud y apoyo social y económico | Recursos humanos | | Del 67 al 84 | |
| Respuesta multisectorial, concertada, integrada y eficaz | Satisfacción de usuarios | Del 85 al 91 | | |
| | Porcentaje de pacientes tratados | | | |
| | Posicionamiento de políticas en instituciones | | | |
| | Articulación de sectores | | | |
| | Participación de actores | | | |

2.3. Población y muestra

Población: La población se define como el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones. Hernández, Fernández y Baptista (2014, p. 174). Para nuestro estudio está conformada por la totalidad del personal del Centro de Salud Ica conformado por 120 personas.

Muestra: La muestra es el subgrupo de la población del cual se recolectan los datos y debe ser representativo de ésta. Hernández, Fernández y Baptista (2014, p. 173). Debido al reducido tamaño de la población se decidió tomar como muestra a la totalidad de la población. Es decir, el tipo de muestreo asumido fue, por consiguiente, el muestreo no probabilístico ya que se optó por un censo. El criterio de inclusión fue pertenecer como personal activo al Centro de Salud Ica. El criterio de exclusión fue no pertenecer como personal activo al Centro de Salud Ica. En la siguiente tabla apreciamos la distribución de la muestra:

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

La Encuesta: Se trata de una técnica de investigación basada en las declaraciones emitidas por una muestra representativa de una población concreta y que nos permite conocer sus opiniones, actitudes, creencias, valoraciones subjetivas, etc. (Begoña y Quintanal 2009, p. 2)

Instrumento Ficha técnica.

Denominación : Bioseguridad
Origen : Minsa 2006
Objetivo : : Medición de la percepción de la bioseguridad
Administración : grupal y/o individual
Tiempo : 30 minutos
Estructura : 49 ítems
Nivel de medición : escala politómica

Instrumento Ficha técnica.

Denominación : Trabajo en equipo
Origen : Robins y Judge (2009)
Adaptación : Cruz (2017)
Objetivo : Medir la percepción del trabajo en equipo
Administración : grupal y/o individual
Tiempo : 30 minutos
Estructura : 23 ítems
Nivel de medición : escala politómica

Instrumento Ficha técnica.

| | |
|--------------------------|--|
| Denominación | : Estrategia sanitaria TB |
| Origen | : Minsa 2009 |
| Adaptación | : Cruz (2017) |
| Objetivo | : Medir la percepción de la estrategia sanitaria |
| Administración | : grupal y/o individual |
| Tiempo | : 30 minutos |
| Estructura | : 91 ítems |
| Nivel de medición | : escala politómica |

Validez y Confiabilidad

Siguiendo los procedimientos de elaboración del instrumento para determinar su fiabilidad se someterá a la validez siguiente:

Validez a juicio de expertos: Dicho procedimiento de validez se realizó por criterio de jueces, realizado por el docente del módulo de desarrollo del trabajo de investigación quien evaluó la pertinencia, relevancia y claridad, mediante la aplicación del certificado de validez de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo con sede en Lima.

Tabla 6

Juicio de expertos

| Expertos | Aplicabilidad del instrumentos |
|-----------------------------|--------------------------------|
| Dr. Luis Alberto Núñez Lira | Aplicable |
| Dr. Rodolfo Talledo Reyes | Aplicable |
| Dr. Raúl Tafur Portilla | Aplicable |
| Dr. Humberto Lovon Chávez | Aplicable |
| Dra. Juana Marcos Romero | Aplicable |

Validez de constructo primera variable: bioseguridad

La comunalidad final indica la variabilidad de cada variable que es explicada por el conjunto de componentes retenidas por el modelo. Se puede observar que las variables quedan bien explicadas por el modelo debido a que la mayoría de correlaciones son moderadas o fuertes. En la tabla contiene valores propios y las inercias explicadas por los ítems, iniciales en el primer bloque, después de la extracción en el segundo, y después de la rotación en el tercero.

Tabla 7

Comunalidades

| | Inicial | Extracción |
|----------|---------|------------|
| VAR00001 | 1,000 | ,586 |
| VAR00002 | 1,000 | ,726 |
| VAR00003 | 1,000 | ,706 |
| VAR00004 | 1,000 | ,737 |
| VAR00005 | 1,000 | ,728 |
| VAR00006 | 1,000 | ,673 |
| VAR00007 | 1,000 | ,606 |
| VAR00008 | 1,000 | ,709 |
| VAR00009 | 1,000 | ,699 |
| VAR00010 | 1,000 | ,550 |
| VAR00011 | 1,000 | ,593 |
| VAR00012 | 1,000 | ,659 |
| VAR00013 | 1,000 | ,584 |
| VAR00014 | 1,000 | ,701 |
| VAR00015 | 1,000 | ,632 |
| VAR00016 | 1,000 | ,574 |
| VAR00017 | 1,000 | ,637 |
| VAR00018 | 1,000 | ,836 |
| VAR00019 | 1,000 | ,811 |
| VAR00020 | 1,000 | ,835 |
| VAR00021 | 1,000 | ,836 |
| VAR00022 | 1,000 | ,811 |
| VAR00023 | 1,000 | ,835 |
| VAR00024 | 1,000 | ,685 |
| VAR00025 | 1,000 | ,761 |
| VAR00026 | 1,000 | ,703 |
| VAR00027 | 1,000 | ,746 |
| VAR00028 | 1,000 | ,706 |
| VAR00029 | 1,000 | ,701 |
| VAR00030 | 1,000 | ,589 |
| VAR00031 | 1,000 | ,790 |
| VAR00032 | 1,000 | ,689 |
| VAR00033 | 1,000 | ,731 |
| VAR00034 | 1,000 | ,635 |
| VAR00035 | 1,000 | ,695 |
| VAR00036 | 1,000 | ,725 |
| VAR00037 | 1,000 | ,754 |

Los ocho primeros componentes son las que más peso tienen a la hora de explicar los datos. La primera explica un 35,568% de la inercia total de la nube de puntos, la segunda un 51,966%, la tercera 56,736%, la cuarta 60,072%, la quinta 62,821%, la sexta 65,305%, la séptima 67,639% y la octava en 69,745, con lo que en total explican un 69,745%. Teniendo en cuenta los porcentajes de variabilidad explicados por cada una de las componentes no seleccionadas para el modelo, se podría decidir incluir alguno más si se deseara conseguir una representación de la inercia total mayor que la conseguida con dos componentes (basta seleccionar un número fijo de componentes en extracción)

Tabla 8

Varianza total explicada

| Compo nente | Autovalores iniciales | | | Sumas de extracción de cargas al cuadrado | | | Sumas de rotación de cargas al cuadrado | | |
|----------------|-----------------------|------------------|--------------------|--|------------------|--------------------|--|------------------|--------------------|
| | Total | % de varianza | % acumula do | Total | % de varianza | % acumulad o | Total | % de varianza | % acumula do |
| 1 | 17,428 | 35,568 | 35,568 | 17,428 | 35,568 | 35,568 | 13,204 | 26,946 | 26,946 |
| 2 | 8,035 | 16,397 | 51,966 | 8,035 | 16,397 | 51,966 | 7,320 | 14,939 | 41,885 |
| 3 | 2,337 | 4,770 | 56,736 | 2,337 | 4,770 | 56,736 | 5,106 | 10,421 | 52,305 |
| 4 | 1,635 | 3,337 | 60,072 | 1,635 | 3,337 | 60,072 | 2,483 | 5,068 | 57,373 |
| 5 | 1,347 | 2,749 | 62,821 | 1,347 | 2,749 | 62,821 | 1,861 | 3,797 | 61,171 |
| 6 | 1,217 | 2,484 | 65,305 | 1,217 | 2,484 | 65,305 | 1,531 | 3,125 | 64,295 |
| 7 | 1,144 | 2,334 | 67,639 | 1,144 | 2,334 | 67,639 | 1,425 | 2,907 | 67,203 |
| 8 | 1,032 | 2,106 | 69,745 | 1,032 | 2,106 | 69,745 | 1,246 | 2,542 | 69,745 |
| 9 | ,939 | 1,916 | 71,661 | | | | | | |
| 10 | ,920 | 1,877 | 73,539 | | | | | | |
| 11 | ,877 | 1,790 | 75,329 | | | | | | |
| 12 | ,832 | 1,698 | 77,026 | | | | | | |
| 13 | ,767 | 1,565 | 78,592 | | | | | | |
| 14 | ,727 | 1,483 | 80,074 | | | | | | |
| 15 | ,685 | 1,397 | 81,472 | | | | | | |
| 16 | ,632 | 1,291 | 82,762 | | | | | | |
| 17 | ,590 | 1,204 | 83,966 | | | | | | |
| 18 | ,543 | 1,107 | 85,074 | | | | | | |
| 19 | ,525 | 1,071 | 86,144 | | | | | | |
| 20 | ,516 | 1,053 | 87,197 | | | | | | |
| 21 | ,468 | ,956 | 88,153 | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----|------------|------------|---------|--|--|--|--|--|--|
| 22 | ,438 | ,894 | 89,047 | | | | | | |
| 23 | ,399 | ,813 | 89,860 | | | | | | |
| 24 | ,382 | ,779 | 90,639 | | | | | | |
| 25 | ,370 | ,755 | 91,393 | | | | | | |
| 26 | ,355 | ,725 | 92,118 | | | | | | |
| 27 | ,339 | ,691 | 92,809 | | | | | | |
| 28 | ,335 | ,683 | 93,492 | | | | | | |
| 29 | ,301 | ,614 | 94,106 | | | | | | |
| 30 | ,288 | ,588 | 94,694 | | | | | | |
| 31 | ,257 | ,525 | 95,219 | | | | | | |
| 32 | ,250 | ,510 | 95,729 | | | | | | |
| 33 | ,240 | ,489 | 96,217 | | | | | | |
| 34 | ,225 | ,460 | 96,677 | | | | | | |
| 35 | ,204 | ,417 | 97,095 | | | | | | |
| 36 | ,192 | ,391 | 97,486 | | | | | | |
| 37 | ,178 | ,363 | 97,849 | | | | | | |
| 38 | ,169 | ,346 | 98,195 | | | | | | |
| 39 | ,164 | ,335 | 98,530 | | | | | | |
| 40 | ,143 | ,292 | 98,822 | | | | | | |
| 41 | ,136 | ,278 | 99,100 | | | | | | |
| 42 | ,115 | ,235 | 99,334 | | | | | | |
| 43 | ,096 | ,196 | 99,530 | | | | | | |
| 44 | ,093 | ,191 | 99,720 | | | | | | |
| 45 | ,071 | ,145 | 99,865 | | | | | | |
| 46 | ,066 | ,135 | 100,000 | | | | | | |
| 47 | 4,914E-17 | 1,003E-16 | 100,000 | | | | | | |
| 48 | 1,506E-19 | 3,074E-19 | 100,000 | | | | | | |
| 49 | -3,353E-17 | -6,843E-17 | 100,000 | | | | | | |

Método de extracción: análisis de componentes principales.

La figura de sedimentación (Figura 1) justifica la elección de ocho componentes principales (punto de inflexión –comienzo de la zona de “sedimentación” de la curva- tras los ocho primeras componentes) para el modelo.

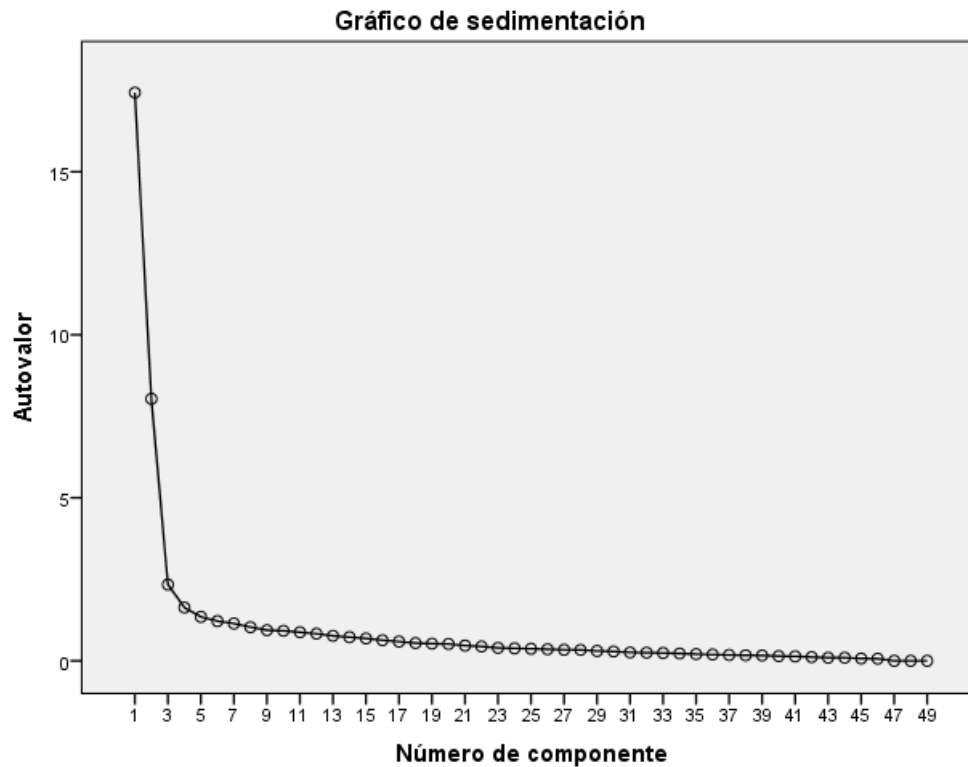


Figura 5. Gráfico de sedimentación

Los pesos de cada variable en cada componente antes de la rotación aparecen bajo el epígrafe Matriz de componentes (tabla 10). La suma de los cuadrados de los valores de cada columna coincide con el autovalor correspondiente a la componente asociada y la suma de los cuadrados de los valores de cada fila coinciden con la comunalidad de cada variable. Estos coeficientes corresponden a los coeficientes de correlación lineal de Pearson entre la componente y la variable implicadas. Se observa que los ítems 18,19,20,21,22, 23,27 y 32 están relacionadas en mayor medida con la primera componente; los ítem 4 y 14 lo están con la segunda componente; los ítems 42,47,48 con la tercera componente; los ítem 12 y 30 con la cuarta componente; los ítems 6 y 48 con la quinta componente; los ítems 5 y 49 con la sexta componente el ítem 1 y 9 con el sétimo componente y, por último, la 12 y 43 con la octava componente.

Tabla 9

Matriz de componente

| | Componente | | | | | | | |
|----------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| VAR00001 | -,224 | ,434 | ,252 | ,272 | ,183 | -,007 | ,417 | -,051 |
| VAR00002 | -,008 | ,650 | -,014 | -,310 | -,288 | -,123 | -,022 | ,330 |
| VAR00003 | -,088 | ,736 | -,188 | -,283 | -,126 | ,097 | -,067 | ,105 |
| VAR00004 | -,114 | ,799 | ,072 | -,085 | ,068 | -,158 | -,117 | ,175 |
| VAR00005 | -,290 | ,462 | ,201 | ,399 | ,169 | ,431 | ,123 | ,040 |
| VAR00006 | -,071 | ,464 | ,335 | ,108 | ,254 | -,380 | -,278 | -,204 |
| VAR00007 | -,061 | ,733 | -,001 | ,011 | -,016 | ,012 | ,180 | -,178 |
| VAR00008 | -,173 | ,577 | ,268 | ,363 | ,223 | -,117 | -,177 | -,218 |
| VAR00009 | ,093 | ,665 | ,035 | -,033 | -,059 | -,118 | ,474 | ,056 |
| VAR00010 | -,170 | ,602 | ,215 | ,070 | ,266 | -,140 | -,125 | -,037 |
| VAR00011 | ,047 | ,705 | ,088 | -,081 | -,132 | ,214 | ,092 | -,088 |
| VAR00012 | ,000 | ,734 | -,054 | -,024 | ,073 | -,138 | -,002 | ,304 |
| VAR00013 | -,108 | ,735 | -,045 | -,091 | ,002 | ,077 | ,096 | ,081 |
| VAR00014 | -,048 | ,831 | ,035 | ,027 | -,032 | ,037 | ,000 | -,060 |
| VAR00015 | -,086 | ,633 | -,150 | -,242 | ,044 | -,009 | -,336 | -,167 |
| VAR00016 | -,110 | ,585 | -,293 | -,168 | -,144 | -,212 | ,133 | -,150 |
| VAR00017 | ,025 | ,755 | ,080 | -,054 | -,100 | ,093 | ,031 | -,191 |
| VAR00018 | ,844 | ,146 | -,258 | ,132 | ,070 | ,104 | -,016 | ,051 |
| VAR00019 | ,829 | ,076 | -,224 | ,092 | ,059 | -,204 | ,106 | ,060 |
| VAR00020 | ,859 | ,119 | -,157 | -,082 | ,040 | ,176 | -,032 | -,136 |
| VAR00021 | ,844 | ,146 | -,258 | ,132 | ,070 | ,104 | -,016 | ,051 |
| VAR00022 | ,829 | ,076 | -,224 | ,092 | ,059 | -,204 | ,106 | ,060 |
| VAR00023 | ,859 | ,119 | -,157 | -,082 | ,040 | ,176 | -,032 | -,136 |
| VAR00024 | ,759 | ,091 | -,241 | ,150 | ,106 | -,083 | ,039 | -,029 |
| VAR00025 | ,770 | ,090 | -,325 | ,053 | ,186 | ,126 | ,021 | -,015 |
| VAR00026 | ,790 | ,043 | -,260 | ,068 | ,056 | -,005 | -,050 | ,006 |
| VAR00027 | ,801 | ,079 | -,243 | -,051 | ,037 | -,082 | ,136 | -,103 |
| VAR00028 | ,781 | ,107 | -,253 | ,062 | ,041 | ,020 | ,049 | -,107 |
| VAR00029 | ,768 | ,113 | -,206 | ,194 | ,091 | ,006 | -,059 | ,078 |
| VAR00030 | ,668 | -,016 | -,231 | ,207 | ,133 | ,023 | ,037 | ,165 |
| VAR00031 | ,843 | ,038 | ,210 | ,015 | -,132 | -,093 | -,084 | ,031 |
| VAR00032 | ,782 | ,058 | ,060 | ,075 | ,023 | -,210 | -,142 | ,014 |
| VAR00033 | ,818 | ,053 | ,103 | ,046 | -,077 | -,071 | -,033 | -,187 |
| VAR00034 | ,643 | ,184 | ,260 | ,036 | -,184 | -,062 | -,182 | ,220 |
| VAR00035 | ,760 | -,034 | ,096 | ,140 | -,271 | -,075 | -,093 | ,016 |
| VAR00036 | ,684 | -,195 | ,354 | ,156 | -,152 | -,030 | ,199 | -,079 |

| | | | | | | | | |
|----------|-------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| VAR00037 | ,685 | -,082 | ,423 | ,206 | -,235 | -,008 | ,015 | ,032 |
| VAR00038 | ,745 | ,001 | ,219 | ,233 | -,148 | -,183 | -,155 | ,121 |
| VAR00039 | ,660 | -,018 | ,251 | -,057 | -,292 | -,119 | ,242 | ,102 |
| VAR00040 | ,763 | ,103 | ,172 | ,087 | -,082 | ,102 | -,040 | -,127 |
| VAR00041 | ,749 | ,006 | ,222 | -,241 | -,049 | ,177 | ,058 | -,143 |
| VAR00042 | ,699 | -,119 | ,288 | -,284 | -,082 | ,058 | ,072 | -,115 |
| VAR00043 | ,656 | ,005 | ,211 | -,042 | ,152 | ,123 | ,020 | ,335 |
| VAR00044 | ,677 | -,015 | ,128 | -,328 | ,025 | ,007 | -,130 | -,157 |
| VAR00045 | ,674 | ,021 | ,044 | -,235 | ,203 | ,179 | -,188 | ,186 |
| VAR00046 | ,711 | -,023 | ,106 | -,229 | -,050 | ,108 | -,016 | -,259 |
| VAR00047 | ,508 | -,183 | ,448 | -,236 | ,333 | ,125 | ,072 | ,095 |
| VAR00048 | ,392 | -,110 | ,306 | -,385 | ,551 | -,076 | ,170 | ,117 |
| VAR00049 | -,089 | ,518 | ,134 | ,246 | -,155 | ,475 | -,245 | ,144 |

Método de extracción: análisis de componentes principales.

a. 8 componentes extraídos.

La tabla once nos indican las relaciones entre los ítems y los componentes; así, por ejemplo, el componente 1 está relacionado con los ítem 1,3,4: el componente 2, con los ítem 2,y 6, así sucesivamente.

Tabla 10

Matriz de covarianzas de puntuación de componente

| Componente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1 | ,848 | -,049 | ,455 | ,232 | -,049 | -,049 | -,066 | ,089 |
| 2 | ,115 | ,940 | -,021 | -,057 | ,253 | ,156 | ,101 | -,018 |
| 3 | -,440 | -,044 | ,655 | ,438 | ,334 | ,195 | ,166 | ,083 |
| 4 | ,197 | -,277 | ,079 | -,534 | ,359 | ,434 | ,451 | -,270 |
| 5 | ,185 | -,148 | -,571 | ,608 | ,444 | ,042 | ,201 | -,090 |
| 6 | ,022 | -,006 | -,156 | ,159 | -,426 | ,797 | -,008 | ,364 |
| 7 | -,013 | ,086 | ,012 | ,112 | -,447 | -,274 | ,838 | ,054 |
| 8 | -,028 | ,074 | ,079 | ,241 | -,339 | ,187 | -,105 | -,877 |

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

La representación gráfica de los pesos de los ítems después de la rotación es la que se muestra en la figura 2, donde las variables se sitúan más próximas a la componente con la que están más correlacionadas

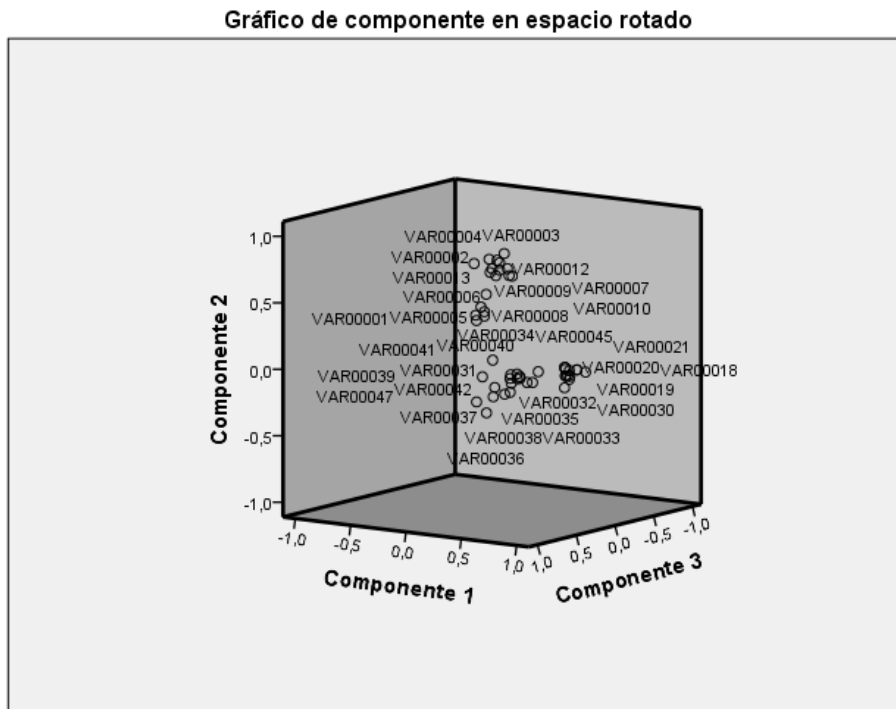


Figura 6. Gráfico del componente rotado

Validez de constructo segunda variable: trabajo en equipo

La comunalidad final indica la variabilidad de cada variable que es explicada por el conjunto de componentes retenidas por el modelo. Se puede observar que las variables quedan bien explicadas por el modelo debido a que la mayoría de correlaciones son moderadas o fuertes. En la tabla contiene valores propios y las inercias explicadas por los ítems, iniciales en el primer bloque, después de la extracción en el segundo, y después de la rotación en el tercero.

Tabla 11

Comunalidades

| | Inicial | Extracción |
|----------|---------|------------|
| VAR00001 | 1,000 | ,604 |
| VAR00002 | 1,000 | ,643 |
| VAR00003 | 1,000 | ,650 |
| VAR00004 | 1,000 | ,687 |
| VAR00005 | 1,000 | ,675 |
| VAR00006 | 1,000 | ,648 |
| VAR00007 | 1,000 | ,614 |
| VAR00008 | 1,000 | ,639 |
| VAR00009 | 1,000 | ,679 |
| VAR00010 | 1,000 | ,557 |
| VAR00011 | 1,000 | ,663 |
| VAR00012 | 1,000 | ,567 |
| VAR00013 | 1,000 | ,504 |
| VAR00014 | 1,000 | ,558 |
| VAR00015 | 1,000 | ,613 |
| VAR00016 | 1,000 | ,638 |
| VAR00017 | 1,000 | ,672 |
| VAR00018 | 1,000 | ,589 |
| VAR00019 | 1,000 | ,604 |
| VAR00020 | 1,000 | ,657 |
| VAR00021 | 1,000 | ,591 |
| VAR00022 | 1,000 | ,536 |
| VAR00023 | 1,000 | ,716 |

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Los cinco primeros componentes son las que más peso tienen a la hora de explicar los datos. La primera explica un 45,123% de la inercia total de la nube de puntos, la segunda un 51,653%, la tercera 57,252% y la cuarta 62,194%. Teniendo en cuenta los porcentajes de variabilidad explicados por cada una de las componentes no seleccionadas para el modelo, se podría decidir incluir alguno más si se deseara conseguir una representación de la inercia total mayor que la conseguida con dos componentes (basta seleccionar un número fijo de componentes en extracción)

Tabla 12

Varianza total explicada

| Compon ente | Autovalores iniciales | | | Sumas de extracción de cargas al cuadrado | | | Sumas de rotación de cargas al cuadrado | | |
|----------------|-----------------------|------------------|----------------|--|------------------|--------------------|--|------------------|--------------------|
| | Total | % de varianza | % acumulado | Total | % de varianza | % acumulad o | Total | % de varianza | % acumula do |
| 1 | 10,378 | 45,123 | 45,123 | 10,378 | 45,123 | 45,123 | 6,540 | 28,433 | 28,433 |
| 2 | 1,502 | 6,530 | 51,653 | 1,502 | 6,530 | 51,653 | 2,632 | 11,443 | 39,876 |
| 3 | 1,288 | 5,599 | 57,252 | 1,288 | 5,599 | 57,252 | 2,580 | 11,216 | 51,093 |
| 4 | 1,137 | 4,942 | 62,194 | 1,137 | 4,942 | 62,194 | 2,553 | 11,101 | 62,194 |
| 5 | ,941 | 4,092 | 66,286 | | | | | | |
| 6 | ,816 | 3,546 | 69,832 | | | | | | |
| 7 | ,742 | 3,226 | 73,058 | | | | | | |
| 8 | ,729 | 3,169 | 76,226 | | | | | | |
| 9 | ,582 | 2,529 | 78,755 | | | | | | |
| 10 | ,551 | 2,396 | 81,150 | | | | | | |
| 11 | ,523 | 2,272 | 83,423 | | | | | | |
| 12 | ,489 | 2,127 | 85,550 | | | | | | |
| 13 | ,442 | 1,922 | 87,472 | | | | | | |
| 14 | ,416 | 1,808 | 89,279 | | | | | | |
| 15 | ,387 | 1,681 | 90,960 | | | | | | |
| 16 | ,375 | 1,628 | 92,589 | | | | | | |
| 17 | ,333 | 1,448 | 94,037 | | | | | | |
| 18 | ,295 | 1,282 | 95,319 | | | | | | |
| 19 | ,259 | 1,128 | 96,447 | | | | | | |
| 20 | ,233 | 1,013 | 97,460 | | | | | | |
| 21 | ,219 | ,954 | 98,414 | | | | | | |
| 22 | ,207 | ,901 | 99,316 | | | | | | |
| 23 | ,157 | ,684 | 100,000 | | | | | | |

Método de extracción: análisis de componentes principales.

La figura de sedimentación (Figura 3) justifica la elección de cinco componentes principales (punto de inflexión –comienzo de la zona de “sedimentación” de la curva- tras los cinco primeros componentes) para el modelo.

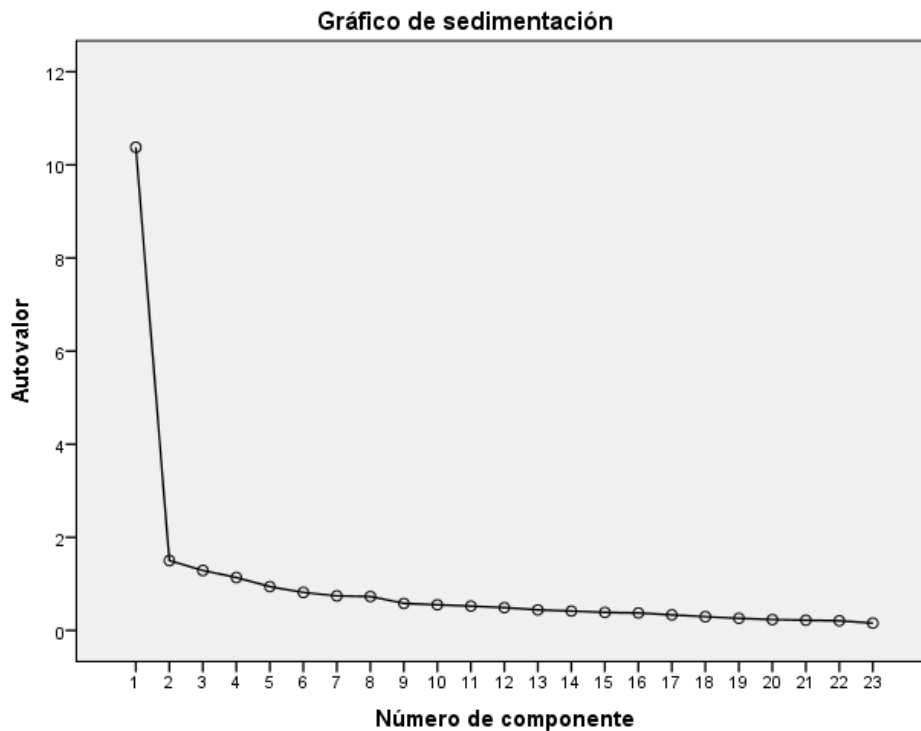


Figura 7. Gráfico de sedimentación

Los pesos de cada variable en cada componente antes de la rotación aparecen bajo el epígrafe Matriz de componentes (tabla 15). La suma de los cuadrados de los valores de cada columna coincide con el autovalor correspondiente a la componente asociada y la suma de los cuadrados de los valores de cada fila coinciden con la comunalidad de cada variable. Estos coeficientes corresponden a los coeficientes de correlación lineal de Pearson entre la componente y la variable implicadas. Se observa que los ítems 12,5,6,7,15,16,17,18,19,20 y 21 están relacionadas en mayor medida con la primera componente; los ítems 3,4 y 8 lo están con la segunda componente; los ítems 11 y 18 con la tercera componente; los ítem 8 y 14 con la cuarta componente.

Tabla 13

Matriz de componente

| | Componente | | | |
|----------|------------|-------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| VAR00001 | ,733 | ,128 | -,152 | -,165 |
| VAR00002 | ,726 | ,136 | -,232 | -,207 |
| VAR00003 | ,512 | ,617 | -,085 | -,008 |
| VAR00004 | ,501 | ,634 | -,143 | -,116 |
| VAR00005 | ,720 | -,076 | -,317 | -,222 |
| VAR00006 | ,738 | ,008 | -,317 | -,043 |
| VAR00007 | ,754 | -,026 | -,142 | -,160 |
| VAR00008 | ,540 | ,465 | -,080 | ,353 |
| VAR00009 | ,369 | ,192 | ,638 | -,314 |
| VAR00010 | ,703 | -,223 | ,021 | ,113 |
| VAR00011 | ,589 | ,241 | ,502 | ,075 |
| VAR00012 | ,675 | -,210 | -,174 | -,192 |
| VAR00013 | ,647 | ,025 | ,292 | ,000 |
| VAR00014 | ,687 | ,018 | -,175 | ,235 |
| VAR00015 | ,732 | -,267 | -,062 | -,052 |
| VAR00016 | ,783 | -,125 | -,063 | ,074 |
| VAR00017 | ,747 | -,291 | ,119 | ,126 |
| VAR00018 | ,733 | -,060 | ,207 | ,075 |
| VAR00019 | ,755 | -,130 | ,109 | ,074 |
| VAR00020 | ,752 | -,193 | ,118 | ,199 |
| VAR00021 | ,703 | -,023 | ,239 | -,195 |
| VAR00022 | ,657 | -,204 | ,042 | -,246 |
| VAR00023 | ,497 | -,006 | -,006 | ,685 |

Método de extracción: análisis de componentes principales.

a. 4 componentes extraídos.

La tabla 14 nos indican las relaciones entre los ítems y los componentes; así, por ejemplo, el componente 1 está relacionado con la mayoría de los ítems a nivel moderado: el componente 2, con los ítem 3,4 y 8, así sucesivamente.

Tabla 14

Matriz de covarianzas de puntuación de componente

| | Componente | | | |
|----------|------------|-------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| VAR00001 | ,733 | ,128 | -,152 | -,165 |
| VAR00002 | ,726 | ,136 | -,232 | -,207 |
| VAR00003 | ,512 | ,617 | -,085 | -,008 |
| VAR00004 | ,501 | ,634 | -,143 | -,116 |
| VAR00005 | ,720 | -,076 | -,317 | -,222 |
| VAR00006 | ,738 | ,008 | -,317 | -,043 |
| VAR00007 | ,754 | -,026 | -,142 | -,160 |
| VAR00008 | ,540 | ,465 | -,080 | ,353 |
| VAR00009 | ,369 | ,192 | ,638 | -,314 |
| VAR00010 | ,703 | -,223 | ,021 | ,113 |
| VAR00011 | ,589 | ,241 | ,502 | ,075 |
| VAR00012 | ,675 | -,210 | -,174 | -,192 |
| VAR00013 | ,647 | ,025 | ,292 | ,000 |
| VAR00014 | ,687 | ,018 | -,175 | ,235 |
| VAR00015 | ,732 | -,267 | -,062 | -,052 |
| VAR00016 | ,783 | -,125 | -,063 | ,074 |
| VAR00017 | ,747 | -,291 | ,119 | ,126 |
| VAR00018 | ,733 | -,060 | ,207 | ,075 |
| VAR00019 | ,755 | -,130 | ,109 | ,074 |
| VAR00020 | ,752 | -,193 | ,118 | ,199 |
| VAR00021 | ,703 | -,023 | ,239 | -,195 |
| VAR00022 | ,657 | -,204 | ,042 | -,246 |
| VAR00023 | ,497 | -,006 | -,006 | ,685 |

Método de extracción: análisis de componentes principales.

a. 4 componentes extraídos.

La representación gráfica de los pesos de los ítems después de la rotación es la que se muestra en la figura 4, donde las variables se sitúan más próximas a la componente con la que están más correlacionadas

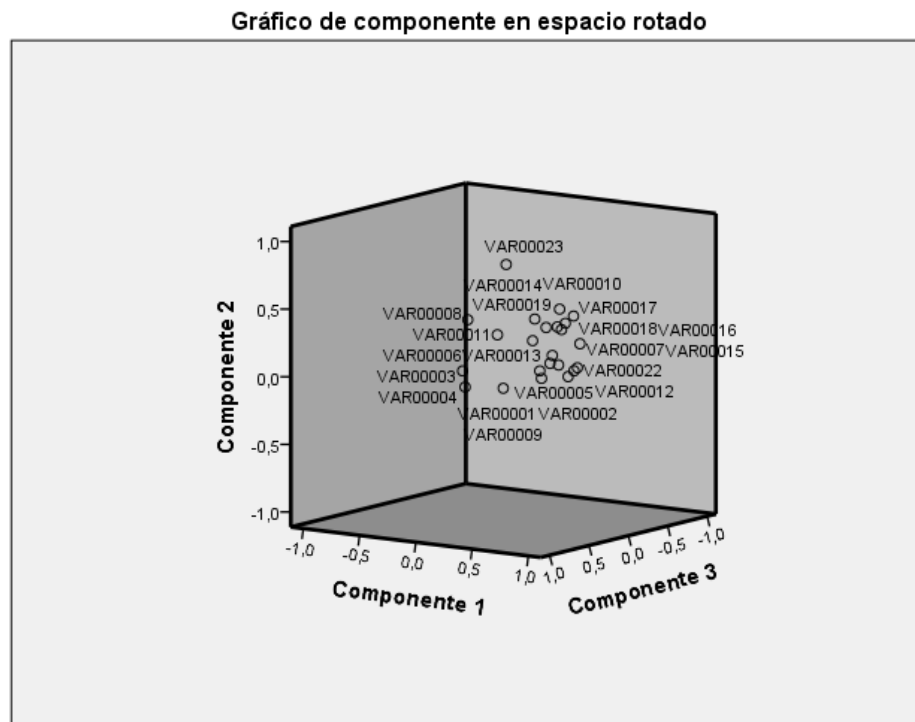


Figura 8. Gráfico del componente rotado

Validez de constructo tercera variable: estrategia sanitaria

La comunalidad final indica la variabilidad de cada variable que es explicada por el conjunto de componentes retenidas por el modelo. Se puede observar que las variables quedan bien explicadas por el modelo debido a que la mayoría de correlaciones son moderadas o fuertes. En la tabla contiene valores propios y las inercias explicadas por los ítems, iniciales en el primer bloque, después de la extracción en el segundo, y después de la rotación en el tercero.

Tabla 15
Comunalidades

| | Inicial | Extracción |
|----------|---------|------------|
| VAR00001 | 1,000 | ,861 |
| VAR00002 | 1,000 | ,898 |
| VAR00003 | 1,000 | ,901 |
| VAR00004 | 1,000 | ,861 |
| VAR00005 | 1,000 | ,898 |
| VAR00006 | 1,000 | ,901 |
| VAR00007 | 1,000 | ,826 |
| VAR00008 | 1,000 | ,844 |
| VAR00009 | 1,000 | ,787 |
| VAR00010 | 1,000 | ,833 |
| VAR00011 | 1,000 | ,796 |
| VAR00012 | 1,000 | ,816 |
| VAR00013 | 1,000 | ,751 |
| VAR00014 | 1,000 | ,779 |
| VAR00015 | 1,000 | ,804 |
| VAR00016 | 1,000 | ,835 |
| VAR00017 | 1,000 | ,835 |
| VAR00018 | 1,000 | ,777 |
| VAR00019 | 1,000 | ,819 |
| VAR00020 | 1,000 | ,785 |
| VAR00021 | 1,000 | ,791 |
| VAR00022 | 1,000 | ,740 |
| VAR00023 | 1,000 | ,815 |
| VAR00024 | 1,000 | ,779 |
| VAR00025 | 1,000 | ,705 |
| VAR00026 | 1,000 | ,807 |
| VAR00027 | 1,000 | ,771 |
| VAR00028 | 1,000 | ,774 |
| VAR00029 | 1,000 | ,775 |
| VAR00030 | 1,000 | ,722 |
| VAR00031 | 1,000 | ,767 |
| VAR00032 | 1,000 | ,734 |
| VAR00033 | 1,000 | ,796 |
| VAR00034 | 1,000 | ,816 |
| VAR00035 | 1,000 | ,782 |
| VAR00036 | 1,000 | ,768 |

| | | |
|----------|-------|------|
| VAR00037 | 1,000 | ,794 |
| VAR00038 | 1,000 | ,738 |
| VAR00039 | 1,000 | ,767 |
| VAR00040 | 1,000 | ,726 |
| VAR00041 | 1,000 | ,654 |
| VAR00042 | 1,000 | ,764 |
| VAR00043 | 1,000 | ,708 |
| VAR00044 | 1,000 | ,763 |
| VAR00045 | 1,000 | ,735 |
| VAR00046 | 1,000 | ,781 |
| VAR00047 | 1,000 | ,774 |
| VAR00048 | 1,000 | ,683 |
| VAR00049 | 1,000 | ,732 |
| VAR00050 | 1,000 | ,780 |
| VAR00051 | 1,000 | ,754 |
| VAR00052 | 1,000 | ,815 |
| VAR00053 | 1,000 | ,742 |
| VAR00054 | 1,000 | ,705 |
| VAR00055 | 1,000 | ,794 |
| VAR00056 | 1,000 | ,724 |
| VAR00057 | 1,000 | ,687 |
| VAR00058 | 1,000 | ,703 |
| VAR00059 | 1,000 | ,761 |
| VAR00060 | 1,000 | ,774 |
| VAR00061 | 1,000 | ,800 |
| VAR00062 | 1,000 | ,806 |
| VAR00063 | 1,000 | ,762 |
| VAR00064 | 1,000 | ,757 |
| VAR00065 | 1,000 | ,719 |
| VAR00066 | 1,000 | ,771 |
| VAR00067 | 1,000 | ,755 |
| VAR00068 | 1,000 | ,820 |
| VAR00069 | 1,000 | ,774 |
| VAR00070 | 1,000 | ,791 |
| VAR00071 | 1,000 | ,753 |
| VAR00072 | 1,000 | ,815 |
| VAR00073 | 1,000 | ,729 |
| VAR00074 | 1,000 | ,769 |
| VAR00075 | 1,000 | ,713 |
| VAR00076 | 1,000 | ,773 |
| VAR00077 | 1,000 | ,751 |

| | | |
|----------|-------|------|
| VAR00078 | 1,000 | ,735 |
| VAR00079 | 1,000 | ,774 |
| VAR00080 | 1,000 | ,820 |
| VAR00081 | 1,000 | ,747 |
| VAR00082 | 1,000 | ,709 |
| VAR00083 | 1,000 | ,779 |
| VAR00084 | 1,000 | ,782 |
| VAR00085 | 1,000 | ,814 |
| VAR00086 | 1,000 | ,791 |
| VAR00087 | 1,000 | ,802 |
| VAR00088 | 1,000 | ,840 |
| VAR00089 | 1,000 | ,745 |
| VAR00090 | 1,000 | ,782 |
| VAR00091 | 1,000 | ,808 |

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Los veinticinco primeros componentes son las que más peso tienen a la hora de explicar los datos. La primera explica un 17,046% de la inercia total de la nube de puntos, la segunda un 30,245%, la tercera 34,931% y la cuarta 38,909%. Teniendo en cuenta los porcentajes de variabilidad explicados por cada una de las componentes no seleccionadas para el modelo, se podría decidir incluir alguno más si se deseara conseguir una representación de la inercia total mayor que la conseguida con dos componentes (basta seleccionar un número fijo de componentes en extracción)

Tabla 16

Varianza total explicada

| Compon ente | Autovalores iniciales | | | Sumas de extracción de cargas al cuadrado | | |
|----------------|-----------------------|------------------|----------------|--|------------------|----------------|
| | Total | % de varianza | % acumulado | Total | % de varianza | % acumulado |
| 1 | 15,512 | 17,046 | 17,046 | 15,512 | 17,046 | 17,046 |
| 2 | 12,011 | 13,199 | 30,245 | 12,011 | 13,199 | 30,245 |
| 3 | 4,264 | 4,686 | 34,931 | 4,264 | 4,686 | 34,931 |
| 4 | 3,620 | 3,978 | 38,909 | 3,620 | 3,978 | 38,909 |
| 5 | 3,039 | 3,340 | 42,249 | 3,039 | 3,340 | 42,249 |
| 6 | 2,525 | 2,775 | 45,024 | 2,525 | 2,775 | 45,024 |
| 7 | 2,500 | 2,747 | 47,771 | 2,500 | 2,747 | 47,771 |
| 8 | 2,322 | 2,552 | 50,324 | 2,322 | 2,552 | 50,324 |
| 9 | 2,131 | 2,341 | 52,665 | 2,131 | 2,341 | 52,665 |
| 10 | 1,990 | 2,187 | 54,851 | 1,990 | 2,187 | 54,851 |
| 11 | 1,932 | 2,123 | 56,975 | 1,932 | 2,123 | 56,975 |
| 12 | 1,842 | 2,024 | 58,999 | 1,842 | 2,024 | 58,999 |
| 13 | 1,718 | 1,888 | 60,887 | 1,718 | 1,888 | 60,887 |
| 14 | 1,666 | 1,831 | 62,718 | 1,666 | 1,831 | 62,718 |
| 15 | 1,555 | 1,709 | 64,427 | 1,555 | 1,709 | 64,427 |
| 16 | 1,478 | 1,624 | 66,051 | 1,478 | 1,624 | 66,051 |
| 17 | 1,425 | 1,566 | 67,617 | 1,425 | 1,566 | 67,617 |
| 18 | 1,301 | 1,430 | 69,047 | 1,301 | 1,430 | 69,047 |
| 19 | 1,269 | 1,395 | 70,441 | 1,269 | 1,395 | 70,441 |
| 20 | 1,212 | 1,332 | 71,773 | 1,212 | 1,332 | 71,773 |
| 21 | 1,175 | 1,292 | 73,065 | 1,175 | 1,292 | 73,065 |
| 22 | 1,142 | 1,255 | 74,320 | 1,142 | 1,255 | 74,320 |
| 23 | 1,100 | 1,209 | 75,528 | 1,100 | 1,209 | 75,528 |
| 24 | 1,048 | 1,151 | 76,680 | 1,048 | 1,151 | 76,680 |
| 25 | 1,014 | 1,114 | 77,794 | 1,014 | 1,114 | 77,794 |
| 26 | ,954 | 1,048 | 78,842 | | | |
| 27 | ,927 | 1,018 | 79,860 | | | |
| 28 | ,905 | ,995 | 80,855 | | | |
| 29 | ,857 | ,942 | 81,797 | | | |
| 30 | ,839 | ,922 | 82,719 | | | |
| 31 | ,777 | ,854 | 83,573 | | | |
| 32 | ,760 | ,835 | 84,409 | | | |
| 33 | ,745 | ,818 | 85,227 | | | |
| 34 | ,711 | ,781 | 86,008 | | | |

| | | | | | | |
|----|------|------|--------|--|--|--|
| 35 | ,663 | ,728 | 86,736 | | | |
| 36 | ,632 | ,695 | 87,431 | | | |
| 37 | ,617 | ,678 | 88,109 | | | |
| 38 | ,587 | ,646 | 88,755 | | | |
| 39 | ,544 | ,597 | 89,352 | | | |
| 40 | ,517 | ,568 | 89,920 | | | |
| 41 | ,495 | ,544 | 90,464 | | | |
| 42 | ,477 | ,525 | 90,988 | | | |
| 43 | ,476 | ,524 | 91,512 | | | |
| 44 | ,424 | ,466 | 91,978 | | | |
| 45 | ,422 | ,463 | 92,441 | | | |
| 46 | ,397 | ,437 | 92,878 | | | |
| 47 | ,385 | ,424 | 93,302 | | | |
| 48 | ,371 | ,408 | 93,709 | | | |
| 49 | ,348 | ,383 | 94,092 | | | |
| 50 | ,329 | ,361 | 94,454 | | | |
| 51 | ,322 | ,353 | 94,807 | | | |
| 52 | ,309 | ,339 | 95,146 | | | |
| 53 | ,292 | ,321 | 95,467 | | | |
| 54 | ,284 | ,313 | 95,779 | | | |
| 55 | ,264 | ,290 | 96,069 | | | |
| 56 | ,249 | ,273 | 96,343 | | | |
| 57 | ,233 | ,256 | 96,599 | | | |
| 58 | ,209 | ,229 | 96,828 | | | |
| 59 | ,205 | ,225 | 97,053 | | | |
| 60 | ,201 | ,221 | 97,274 | | | |
| 61 | ,186 | ,204 | 97,479 | | | |
| 62 | ,182 | ,200 | 97,678 | | | |
| 63 | ,170 | ,186 | 97,865 | | | |
| 64 | ,164 | ,180 | 98,045 | | | |
| 65 | ,157 | ,172 | 98,217 | | | |
| 66 | ,152 | ,167 | 98,384 | | | |
| 67 | ,147 | ,162 | 98,546 | | | |
| 68 | ,133 | ,147 | 98,693 | | | |
| 69 | ,131 | ,144 | 98,836 | | | |
| 70 | ,120 | ,132 | 98,968 | | | |
| 71 | ,105 | ,115 | 99,083 | | | |
| 72 | ,101 | ,111 | 99,194 | | | |
| 73 | ,094 | ,103 | 99,297 | | | |
| 74 | ,085 | ,093 | 99,390 | | | |
| 75 | ,076 | ,084 | 99,474 | | | |

| | | | | | | |
|----|------------|------------|---------|--|--|--|
| 76 | ,066 | ,073 | 99,547 | | | |
| 77 | ,060 | ,066 | 99,613 | | | |
| 78 | ,059 | ,064 | 99,677 | | | |
| 79 | ,054 | ,059 | 99,736 | | | |
| 80 | ,046 | ,051 | 99,787 | | | |
| 81 | ,040 | ,043 | 99,830 | | | |
| 82 | ,035 | ,038 | 99,869 | | | |
| 83 | ,032 | ,035 | 99,904 | | | |
| 84 | ,029 | ,032 | 99,936 | | | |
| 85 | ,021 | ,023 | 99,959 | | | |
| 86 | ,016 | ,017 | 99,976 | | | |
| 87 | ,012 | ,013 | 99,989 | | | |
| 88 | ,010 | ,011 | 100,000 | | | |
| 89 | 6,562E-17 | 7,211E-17 | 100,000 | | | |
| 90 | -3,208E-17 | -3,526E-17 | 100,000 | | | |
| 91 | -1,509E-16 | -1,658E-16 | 100,000 | | | |

Método de extracción: análisis de componentes principales.

La figura de sedimentación (Figura 5) justifica la elección de veinticinco componentes principales (punto de inflexión –comienzo de la zona de “sedimentación” de la curva- tras los cinco primeros componentes) para el modelo.

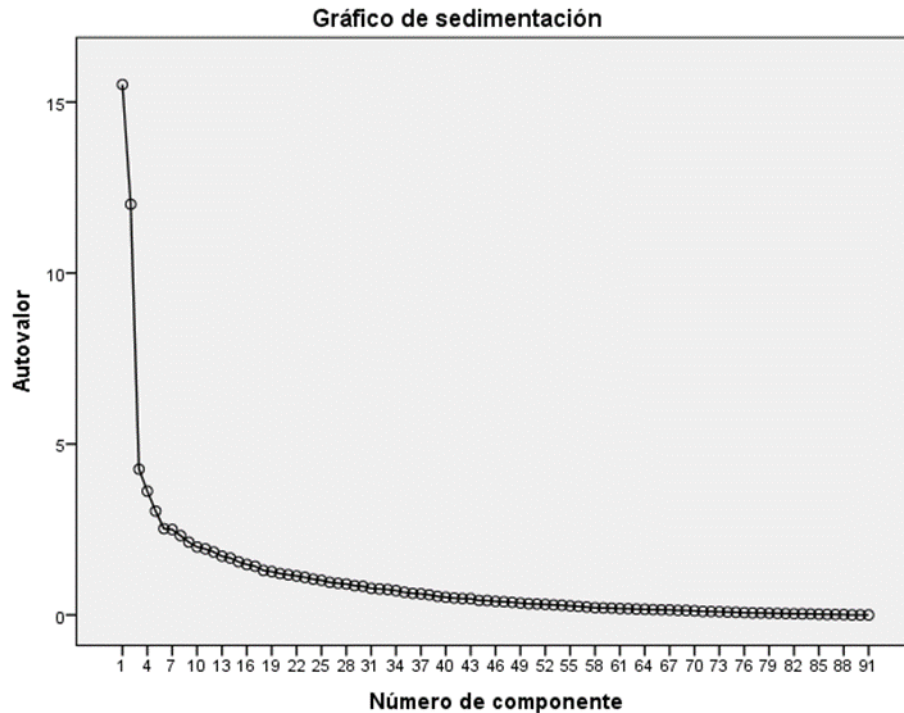


Figura 9. Gráfico de sedimentación

Los pesos de cada variable en cada componente antes de la rotación aparecen bajo el epígrafe Matriz de componentes (tabla 18 ver anexo). La suma de los cuadrados de los valores de cada columna coincide con el autovalor correspondiente a la componente asociada y la suma de los cuadrados de los valores de cada fila coinciden con la comunalidad de cada variable. Estos coeficientes corresponden a los coeficientes de correlación lineal de Pearson entre la componente y la variable implicadas. Se observa que los ítems 12,5,6,7,15,16,17,18,19,20 y 21 están relacionadas en mayor medida con la primera componente; los ítems 3,4 y 8 lo están con la segunda componente; los ítems 11 y 18 con la tercera componente; los ítem 8 y 14 con la cuarta componente.

La tabla 18 -ver anexo- nos indican las relaciones entre los ítems y los componentes; así, por ejemplo, el componente 1 está relacionado con la mayoría de los ítems a nivel moderado: el componente 2, con los ítems 3,4 y 8, así sucesivamente.

La representación gráfica de los pesos de los ítems después de la rotación es la que se muestra en la figura 6, donde las variables se sitúan más próximas a la componente con la que están más correlacionadas

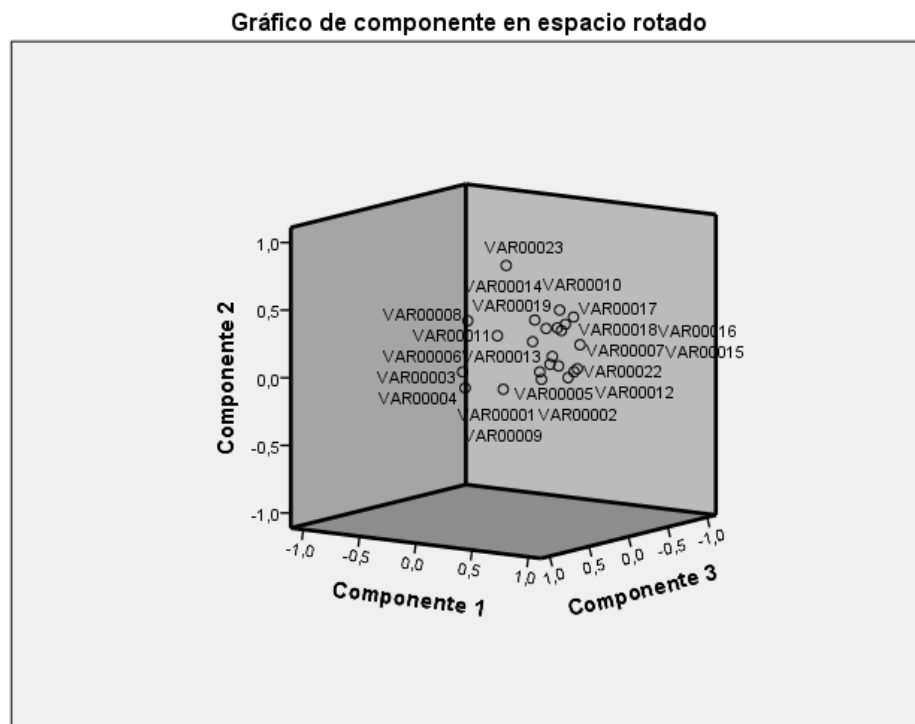


Figura 10. Gráfico del componente rotado

Confiabilidad del Instrumento.

La confiabilidad del instrumento se realizó mediante la técnica de prueba previa o conocida como prueba piloto. En los resultados de la prueba piloto, el Coeficiente de Alfa de Cronbach.

Tabla 17

Confiabilidad de los instrumentos

| Instrumento | Técnica | Resultados |
|----------------------|------------------|------------|
| Bioseguridad | Alfa de Cronbach | 0.941 |
| Trabajo en equipo | Alfa de Cronbach | 0.943 |
| Estrategia sanitaria | Alfa de Cronbach | 0.883 |

2.5. Método de análisis de datos

La contrastación de las hipótesis se efectuará comparando el enunciado formulado con el resultado obtenido en el procedimiento de regresión logística llevado a cabo. De verificarse la existencia de una relación positiva y significativa entre las variables será posible validar el constructo teórico.

Se aplicó la regresión logística nominal a un nivel de significación de 0.05. Como las variables de la investigación fueron medidas con escalas ordinales. Al respecto, Sánchez Carlessi (2005, p.132) señala: "si ambas variables están medidas en una escala ordinal, puede emplearse técnicas de regresión logística".

2.6. Aspectos éticos

Se realizó la investigación teniendo en cuenta los procedimientos establecidos en la universidad y se solicitarán las autorizaciones pertinentes, para la toma de muestra, sin falseamiento de datos.

La investigación buscó mejorar el conocimiento y la generación de valor en la institución y su grupo de interés.

El trabajo de investigación respetó la originalidad y autenticidad buscando un aporte por parte de la tesista hacia la comunidad científica.

Los miembros de la muestra serán informados acerca de la investigación y darán su consentimiento voluntario antes de convertirse en participantes de la investigación.

Los participantes en la investigación fueron seleccionados en forma justa y equitativa y sin prejuicios personales o preferencias. Se respetó la autonomía de los participantes.

Se respetará los resultados obtenidos, sin modificar las conclusiones, simplificar, exagerar u ocultar los resultados. No se utilizarán datos falsos ni se elaboraron informes intencionados.

No se cometió plagio, se respetó la propiedad intelectual de los autores y se citó de manera correcta cuando se utilizaron partes de textos o citas de otros autores.

En todo proceso se logró un equilibrio entre los derechos de la persona y los beneficios del conocimiento científico.

III. Resultados

3.1 Resultados descriptivos de la variable

3.1.1 Variable bioseguridad

En la tabla 18 y figura 9 se muestran los resultados de la variable bioseguridad de acuerdo al personal de salud de los establecimientos de salud de la región Ica, 2017: El 55,8% presenta un nivel bueno y el 44,2% presenta un nivel regular.

Podemos concluir que la bioseguridad de acuerdo al personal de salud de los establecimientos de salud de la región Ica, presenta una tendencia de nivel regular.

Tabla 18

Niveles de bioseguridad

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Buena | 67 | 55.8 | 55.8 | 55.8 |
| | Regular | 53 | 44.2 | 44.2 | 100.0 |
| | Malo | 0 | 0.0 | | |
| | Total | 120 | 100.0 | 100.0 | |

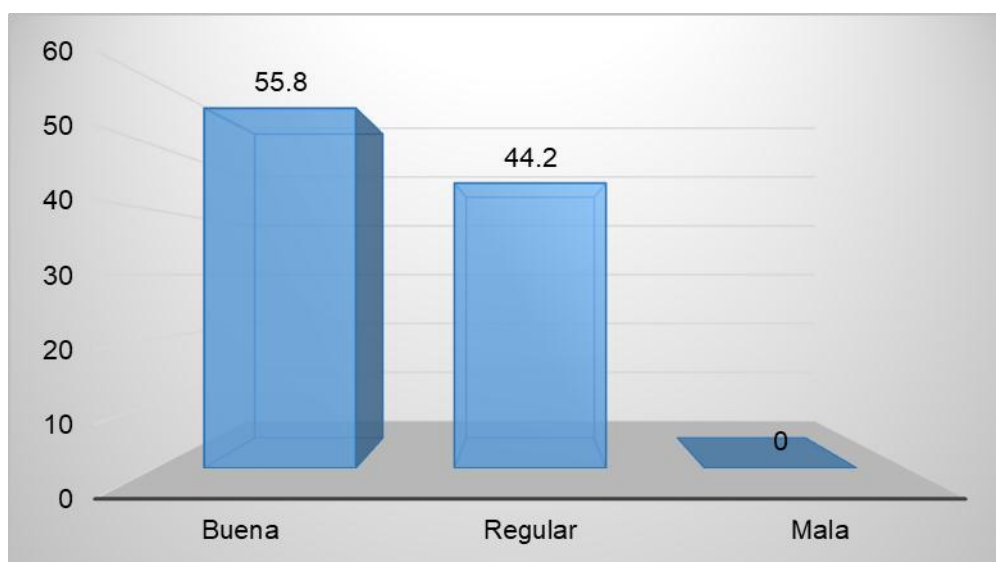


Figura 9. Niveles de bioseguridad

En la tabla 19 y figura 10 se muestran los resultados de la variable bioseguridad de acuerdo al personal de salud de los establecimientos de salud de la región Ica. 2017: En la dimensión detección y diagnóstico de casos, el 57,5% presenta un nivel bueno, el 42,5% presenta un nivel regular. En la dimensión definición de casos, el 40,0% presenta un nivel bueno, el 50,0% presenta un nivel regular y el 10,0% presenta un nivel malo. En la dimensión seguimiento, el 46,7% presenta un nivel bueno, el 50,8% presenta un nivel regular y el 2,5% presenta un nivel malo.

Tabla 19

Niveles de bioseguridad por dimensiones

| Niveles | Detección y diagnóstico de casos | | Definición del caso | | Seguimiento | |
|---------|----------------------------------|-------|---------------------|-------|-------------|-------|
| | f | % | f | % | f | % |
| Buena | 69 | 57.5 | 48 | 40.0 | 56 | 46.7 |
| Regular | 51 | 42.5 | 60 | 50.0 | 61 | 50.8 |
| Malo | 0 | 0.0 | 12 | 10.0 | 3 | 2.5 |
| Total | 120 | 100.0 | 120 | 100.0 | 120 | 100.0 |

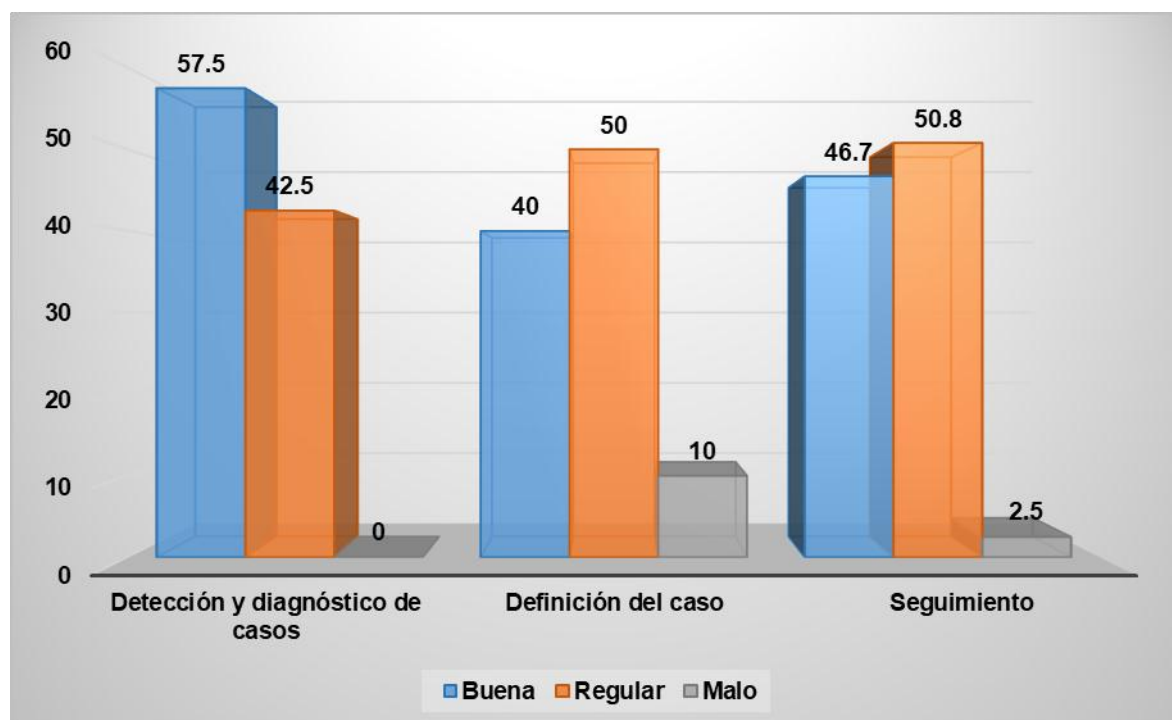


Figura 10. Niveles de bioseguridad por dimensiones

3.1.2 Variable trabajo en equipo

En la tabla 20 y figura 11 se muestran los resultados de la variable trabajo en equipo de acuerdo con el personal de salud de los establecimientos de salud de la región Ica, 2017: El 62,5% presenta un nivel bueno, el 32,5% presenta un nivel regular y el 5,0% presenta un nivel malo.

Podemos concluir que el trabajo en equipo de acuerdo con el personal de salud de los establecimientos de salud de la región Ica, presenta una tendencia de nivel bueno.

Tabla 20

Niveles de trabajo en equipo

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Buena | 75 | 62.5 | 62.5 | 62.5 |
| | Regular | 39 | 32.5 | 32.5 | 100.0 |
| | Mala | 6 | 5.0 | 5.0 | 67.5 |
| | Total | 120 | 100.0 | 100.0 | |

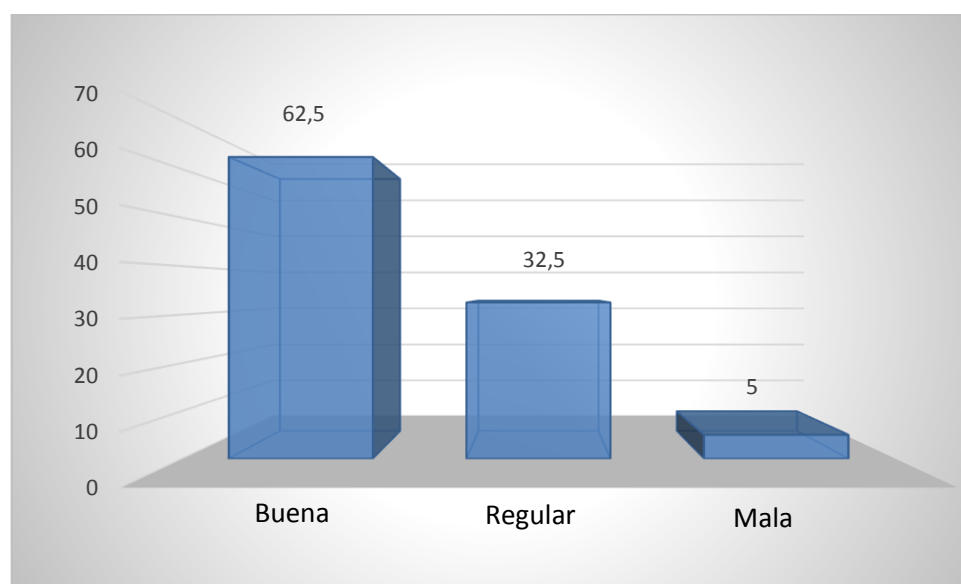


Figura 11. Niveles de trabajo en equipo

En la tabla 21 y figura 12 se muestran los resultados de la variable trabajo en equipo de acuerdo con el personal de salud de los establecimientos de salud de la región Ica, 2017: El 62,5% presenta un nivel bueno, el 32,5% presenta un nivel regular y el 5,0% presenta un nivel malo.

Tabla 21

Niveles de trabajo en equipo por dimensiones

| Niveles | Diseño de equipo creando un ambiente solidario | | Administrar la Dinámica del equipo | |
|---------|--|-------|------------------------------------|-------|
| | f | % | f | % |
| Buena | 77 | 64.2 | 113 | 94.2 |
| Regular | 38 | 31.7 | 7 | 5.8 |
| Mala | 5 | 4.2 | 0 | 0.0 |
| Total | 120 | 100.0 | 120 | 100.0 |

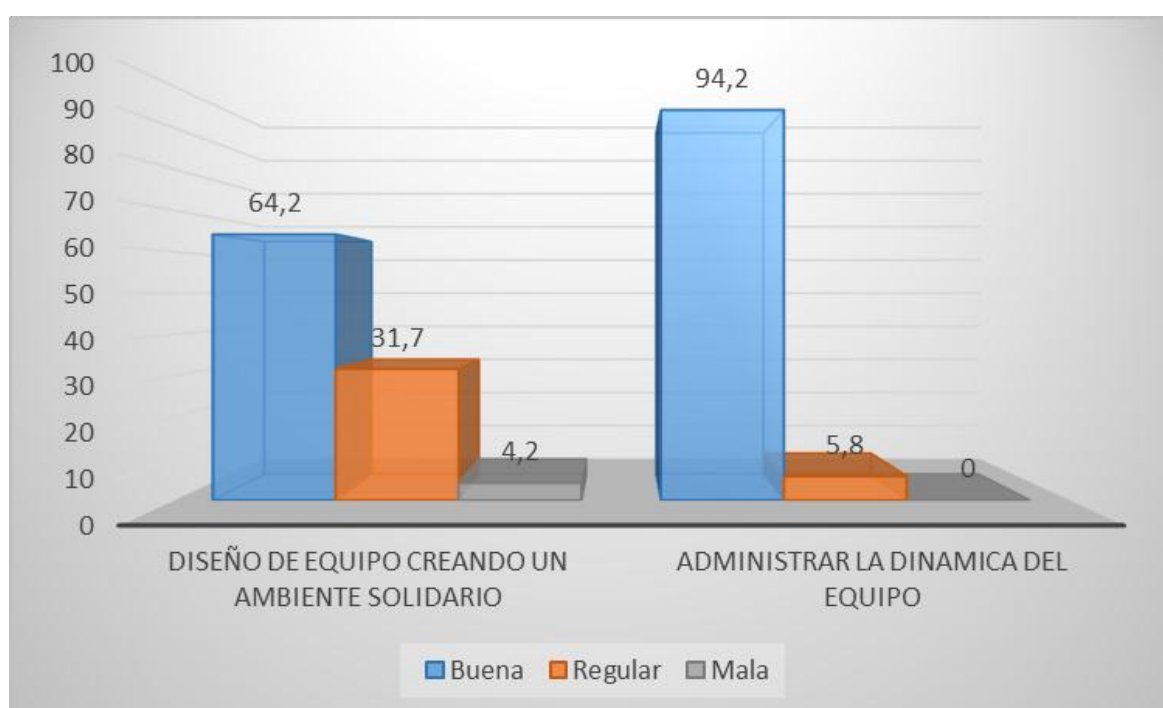


Figura 12. Niveles de trabajo en equipo por dimensiones

3.1.3 Variable estrategia sanitaria de TB

En la tabla 22 y figura 13 se muestran los resultados de la variable estrategia sanitaria de TB de acuerdo con el personal de salud de los establecimientos de salud de la región Ica. 2017: El 11,7% presenta un nivel bueno, el 87,5% presenta un nivel regular y el 0,8% presenta un nivel malo.

Podemos concluir que la estrategia sanitaria de TB de acuerdo con el personal de salud de los establecimientos de salud de la región Ica, presenta una tendencia de nivel regular.

Tabla 22

Niveles de estrategia sanitaria de TB

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Buena | 14 | 11.7 | 11.7 | 11.7 |
| | Regular | 105 | 87.5 | 87.5 | 100.0 |
| | Mala | 1 | 0.8 | 0.8 | 12.5 |
| | Total | 120 | 100.0 | 100.0 | |

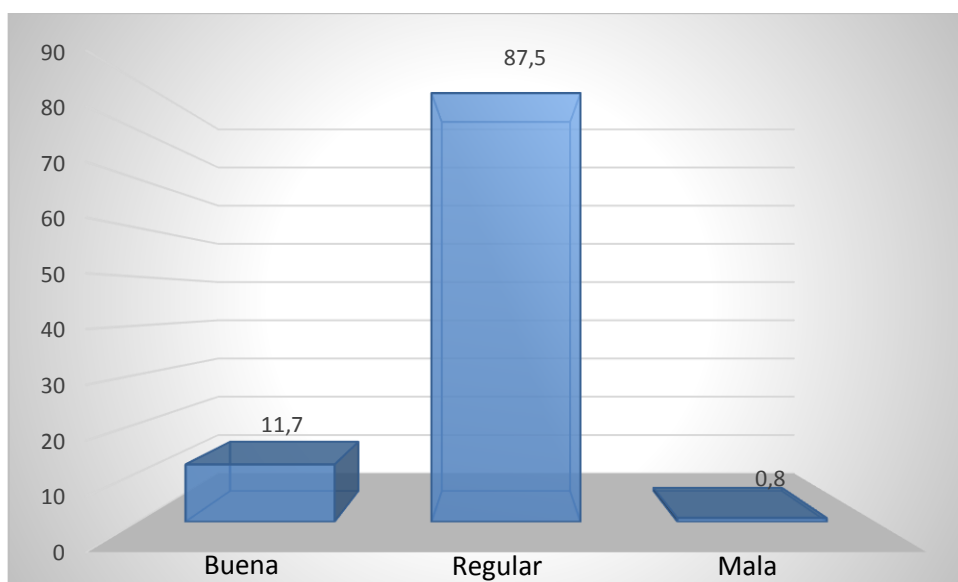


Figura 13. Niveles de estrategia sanitaria de TB

En la tabla 23 y figura 14 se muestran los resultados de la variable estrategia sanitaria de TB de acuerdo con el personal de salud de los establecimientos de salud de la región Ica, 2017: En la dimensión atención integral de salud el 63,3% presenta un nivel bueno, el 34,2% presenta un nivel regular y el 2,5% presenta un nivel malo. En la dimensión condiciones de vida el 50,8% presenta un nivel bueno, el 47,5% presenta un nivel regular y el 1,7% presenta un nivel malo. En la dimensión condiciones económicas, sociales, ambientales y culturales el 25,0% presenta un nivel bueno, el 61,7% presenta un nivel regular y el 13,3% presenta un nivel malo. En la dimensión ejercicio de su ciudadanía el 2,5% presenta un nivel bueno, el 67,5% presenta un nivel regular y el 30,0% presenta un nivel malo. En la dimensión servicios de atención de salud el 0,0% presenta un nivel bueno, el 55,0% presenta un nivel regular y el 45,0% presenta un nivel malo.

Tabla 23

Niveles de estrategia sanitaria de TB por dimensiones

| Niveles | Atención integral de salud | | Condiciones de vida | | Condiciones económicas, sociales; ambientales y culturales | | Ejercicio de su ciudadanía, ampliando su desarrollo humano y social | | Servicios de atención de salud y apoyo social y económico | |
|---------|----------------------------|-------|---------------------|-------|--|-------|---|-------|---|-------|
| | f | % | f | % | F | % | f | % | f | % |
| Buena | 76 | 63.3 | 61 | 50.8 | 30 | 25.0 | 3 | 2.5 | 0 | 0.0 |
| Regular | 41 | 34.2 | 57 | 47.5 | 74 | 61.7 | 81 | 67.5 | 66 | 55.0 |
| Mala | 3 | 2.5 | 2 | 1.7 | 16 | 13.3 | 36 | 30.0 | 54 | 45.0 |
| Total | 120 | 100.0 | 120 | 100.0 | 120 | 100.0 | 120 | 100.0 | 120 | 100.0 |

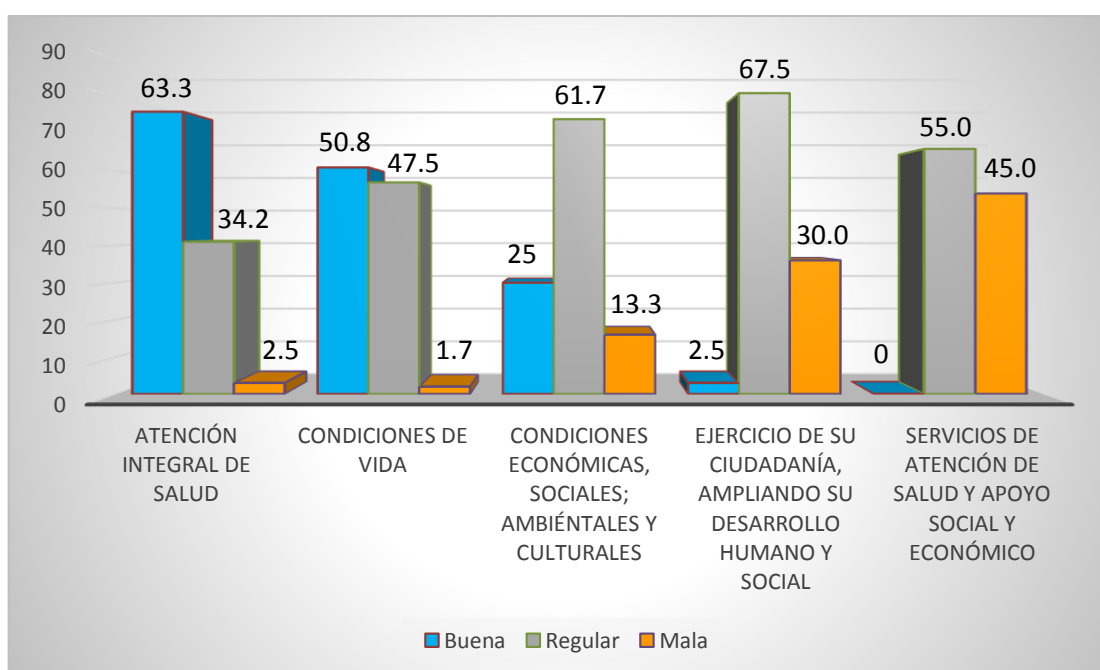


Figura 14. Niveles de estrategia sanitaria de TB por dimensiones

3.2 Prueba de hipótesis

Prueba de hipótesis general

- Ho: La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud no influyen positivamente en la incidencia de la estrategia sanitaria de tuberculosis en la región Ica. 2017
- Ha: La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la estrategia sanitaria de tuberculosis en la región Ica. 2017

En la tabla 24, las informaciones de ajuste de los modelos nos permiten la predicción de la probabilidad de ocurrencia de las categorías recogidas en la variable dependiente. En efecto, el valor de la del modelo empírico a la que se aproxima la razón de verosimilitud es de 24,816 con 2 grados de libertad, y su significancia es plena ($p=0,000$), por lo que se rechaza la hipótesis nula de que todos los coeficientes del modelo, a excepción de la constante, son cero, con una probabilidad de error del 5%.

Tabla 24

Ajuste de los modelos (hipótesis general)

| Modelo | Logaritmo de la verosimilitud -2 | Chi-cuadrado | gl | Sig. |
|-------------------|----------------------------------|--------------|----|------|
| Sólo intersección | 97,773 | | | |
| Final | 72,957 | 24,816 | 2 | ,000 |

Función de enlace: Logit.

De acuerdo a la tabla 25, la bondad de ajuste nos indica que la significancia del modelo es menor a 0,05, ($p=0,000$) lo que implica que el modelo es adecuado para el ajuste de los datos.

Tabla 25

Bondad de ajuste (hipótesis general)

| | Chi-cuadrado | gl | Sig. |
|------------|--------------|-----|-------|
| Pearson | 13293,300 | 230 | ,000 |
| Desviación | 72,957 | 230 | 1,000 |

Función de enlace: Logit.

De acuerdo a la tabla 26, el pseudo r cuadrado el test global de independencia nos proporciona al menos una de las variables presentes en el modelo está asociada con la variable dependiente, con una significatividad de $p = 0,000$ y que las la fuerza de la covariables estudiadas (bioseguridad y trabajo en equipo) nos permite predecir la variable dependiente (estrategia sanitaria de TB). Así, Cox y Snell indica que el índice es de 0,187, Nagelkerke indica que el índice es de 0,335 y McFadden nos indica un índice de 0,254.

El R^2 de Nagelkerke comprueba que la eficacia predictiva de la probabilidad de ocurrencia de las categorías de la variable dependiente es de 33,5%, lo cual indica a su vez que el 66,5% restante viene explicado por las otras variables que no fueron incluidas en el modelo.

Tabla 26

Pseudo R cuadrado (hipótesis general)

| Método | Valor |
|-------------|-------|
| Cox y Snell | ,187 |
| Nagelkerke | ,335 |
| McFadden | ,254 |

Función de enlace: Logit.

Prueba de hipótesis específica 1

Ho: La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud no influyen positivamente de salud en la incidencia de la atención integral de salud en la región Ica 2017.

Ha: La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente de salud en la incidencia de la atención integral de salud en la región Ica 2017.

En la tabla 27, el valor de la del modelo empírico a la que se aproxima la razón de verosimilitud es de 85,724 con 2 grados de libertad, y su significancia es plena ($p=0,000$), por lo que se rechaza la hipótesis nula de que todos los coeficientes del modelo, a excepción de la constante, son cero, con una probabilidad de error del 5%.

Tabla 27

Ajuste de los modelos (hipótesis específica 1)

| Modelo | Logaritmo de la verosimilitud -2 | Chi-cuadrado | gl | Sig. |
|-------------------|----------------------------------|--------------|----|------|
| Sólo intersección | 179,622 | | | |
| Final | 93,898 | 85,724 | 2 | ,000 |

Función de enlace: Logit.

De acuerdo a la tabla 28, la bondad de ajuste nos indica que la significancia del modelo es menor a 0,05, ($p=0,000$) lo que implica que el modelo es adecuado para el ajuste de los datos.

Tabla 28

Bondad de ajuste (hipótesis específica 1)

| | Chi-cuadrado | Gl | Sig. |
|------------|--------------|-----|-------|
| Pearson | 1799,062 | 230 | ,000 |
| Desviación | 93,898 | 230 | 1,000 |

Función de enlace: Logit.

De acuerdo a la tabla 29, el pseudo r cuadrado el test global de independencia nos proporciona al menos una de las variables presentes en el modelo está asociada con la variable dependiente, con una significatividad de $p = 0,000$ y que las la fuerza de la covariables estudiadas (bioseguridad y trabajo en equipo) nos permite predecir la variable dependiente (atención integral de salud). Así, Cox y Snell indica que el índice es de 0,510, Nagelkerke indica que el índice es de 0,658 y McFadden nos indica un índice de 0,477.

El R2 de Nagelkerke comprueba que la eficacia predictiva de la probabilidad de ocurrencia de las categorías de la variable dependiente es de 65,8%, lo cual indica a su vez que el 34,2% restante viene explicado por las otras variables que no fueron incluidas en el modelo.

Tabla 29

Pseudo R cuadrado (hipótesis específica 1)

| Método | Valor |
|-------------------|-------------|
| Cox y Snell | ,510 |
| Nagelkerke | ,658 |
| McFadden | ,477 |

Función de enlace: Logit.

Prueba de hipótesis específica 2

Ho: La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud no influyen positivamente en la incidencia de la de la calidad de vida en la región Ica 2017.

Ha: La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la de la calidad de vida en la región Ica 2017.

En la tabla 30, el valor de la del modelo empírico a la que se aproxima la razón de verosimilitud es de 56,223 con 2 grados de libertad, y su significancia es plena ($p=0,000$), por lo que se rechaza la hipótesis nula de que todos los coeficientes del modelo, a excepción de la constante, son cero, con una probabilidad de error del 5%.

Tabla 30

Ajuste de los modelos (hipótesis específica 2)

| Modelo | Logaritmo de la verosimilitud -2 | Chi-cuadrado | gl | Sig. |
|-------------------|----------------------------------|--------------|----|------|
| Sólo intersección | 181,594 | | | |
| Final | 125,370 | 56,223 | 2 | ,000 |

Función de enlace: Logit.

De acuerdo a la tabla 31, la bondad de ajuste nos indica que la significancia del modelo es menor a 0,05, ($p=0,000$) lo que implica que el modelo es adecuado para el ajuste de los datos.

Tabla 31

Bondad de ajuste (hipótesis específica 2)

| | Chi-cuadrado | gl | Sig. |
|------------|--------------|-----|-------|
| Pearson | 1714,891 | 230 | ,000 |
| Desviación | 123,749 | 230 | 1,000 |

Función de enlace: Logit.

De acuerdo con la tabla 32, el pseudo r cuadrado el test global de independencia nos proporciona al menos una de las variables presentes en el modelo está asociada con la variable dependiente, con una significatividad de $p = 0,000$ y que las la fuerza de la covariables estudiadas (bioseguridad y trabajo en equipo) nos permite predecir la variable dependiente (calidad de vida). Así, Cox y Snell indica que el índice es de 0,374, Nagelkerke indica que el índice es de 0,477 y McFadden nos indica un índice de 0,306.

El R2 de Nagelkerke comprueba que la eficacia predictiva de la probabilidad de ocurrencia de las categorías de la variable dependiente es de

47,7%, lo cual indica a su vez que el 52,3% restante viene explicado por las otras variables que no fueron incluidas en el modelo.

Tabla 32

Pseudo R cuadrado (hipótesis específica 2)

| Método | Valor |
|-------------------|-------------|
| Cox y Snell | ,374 |
| Nagelkerke | ,477 |
| McFadden | ,306 |

Función de enlace: Logit.

Prueba de hipótesis específica 3

Ho: La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud no influyen positivamente en la incidencia de la condición económica, sociales; ambientales y culturales en la región Ica 2017.

Ha: La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la condición económica, sociales; ambientales y culturales en la región Ica 2017.

En la tabla 33, el valor de la del modelo empírico a la que se aproxima la razón de verosimilitud es de 13,690 con 2 grados de libertad, y su significancia es plena ($p=0,001$), por lo que se rechaza la hipótesis nula de que todos los coeficientes del modelo, a excepción de la constante, son cero, con una probabilidad de error del 5%.

Tabla 33

Ajuste de los modelos (hipótesis específica 3)

| Modelo | Logaritmo de la verosimilitud -2 | Chi-cuadrado | gl | Sig. |
|-------------------|----------------------------------|--------------|----|------|
| Sólo intersección | 219,202 | | | |
| Final | 205,512 | 13,690 | 2 | ,001 |

Función de enlace: Logit.

De acuerdo con la tabla 34, la bondad de ajuste nos indica que la significancia del modelo es menor a 0,05, ($p=0,029$) lo que implica que el modelo es adecuado para el ajuste de los datos.

Tabla 34

Bondad de ajuste (hipótesis específica 3)

| | Chi-cuadrado | gl | Sig. |
|------------|--------------|-----|------|
| Pearson | 272,493 | 230 | ,029 |
| Desviación | 205,512 | 230 | ,876 |

Función de enlace: Logit.

De acuerdo con la tabla 35, el pseudo r cuadrado el test global de independencia nos proporciona al menos una de las variables presentes en el modelo está asociada con la variable dependiente, con una significatividad de $p = 0,000$ y que las la fuerza de la covariables estudiadas (bioseguridad y trabajo en equipo) nos permite predecir la variable dependiente (condición económica, sociales; ambientales y culturales). Así, Cox y Snell indica que el índice es de 0,108, Nagelkerke indica que el índice es de 0,128 y McFadden nos indica un índice de 0,062.

El R2 de Nagelkerke comprueba que la eficacia predictiva de la probabilidad de ocurrencia de las categorías de la variable dependiente es de 12,8%, lo cual indica a su vez que el 87,2% restante viene explicado por las otras variables que no fueron incluidas en el modelo.

Tabla 35

Pseudo R cuadrado (hipótesis específica 3)

| Método | Valor |
|-------------|-------|
| Cox y Snell | ,108 |
| Nagelkerke | ,128 |
| McFadden | ,062 |

Función de enlace: Logit.

Prueba de hipótesis específica 4

Ho: La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud no influyen positivamente en la incidencia del ejercicio de su ciudadanía, ampliando su desarrollo humano y social en la región Ica 2017.

Ha: La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia del ejercicio de su ciudadanía, ampliando su desarrollo humano y social en la región Ica 2017.

En la tabla 36, el valor de la del modelo empírico a la que se aproxima la razón de verosimilitud es de 0,216 con 2 grados de libertad, y su significancia es plena ($p=0,897$), por lo que se rechaza la hipótesis del investigador de que todos los coeficientes del modelo, con una probabilidad de error del 5%.

Tabla 36

Ajuste de los modelos (hipótesis específica 4)

| Modelo | Logaritmo de la verosimilitud -2 | Chi-cuadrado | gl | Sig. |
|-------------------|----------------------------------|--------------|----|------|
| Sólo intersección | 168,909 | | | |
| Final | 168,692 | ,216 | 2 | ,897 |

Función de enlace: Logit.

De acuerdo con la tabla 37, la bondad de ajuste nos indica que la significancia del modelo es mayor a 0,05, ($p=0,318$) lo que implica que el modelo no es adecuado para el ajuste de los datos.

Tabla 37

Bondad de ajuste (hipótesis específica 4)

| | Chi-cuadrado | gl | Sig. |
|------------|--------------|-----|-------|
| Pearson | 239,642 | 230 | ,318 |
| Desviación | 165,684 | 230 | 1,000 |

Función de enlace: Logit.

De acuerdo con la tabla 38, el pseudo r cuadrado el test global de independencia nos proporciona al menos una de las variables presentes en el

modelo está asociada con la variable dependiente, con una significatividad de $p = 0,000$ y que las la fuerza de la covariables estudiadas (bioseguridad y trabajo en equipo) nos permite predecir la variable dependiente (ejercicio de su ciudadanía, ampliando su desarrollo humano y social). Así, Cox y Snell indica que el índice es de 0,002, Nagelkerke indica que el índice es de 0,002 y McFadden nos indica un índice de 0,001.

El R^2 de Nagelkerke comprueba que la eficacia predictiva de la probabilidad de ocurrencia de las categorías de la variable dependiente es cero, por lo que esta variable viene siendo explicado por las otras variables que no fueron incluidas en el modelo.

Tabla 38

Pseudo R cuadrado (hipótesis específica 4)

| Método | Valor |
|-------------|-------|
| Cox y Snell | ,002 |
| Nagelkerke | ,002 |
| McFadden | ,001 |

Función de enlace: Logit.

Prueba de hipótesis específica 5

Ho: La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud no influyen positivamente en la incidencia de los servicios de atención de salud y apoyo social y económico en la región Ica 2017.

Ha: La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de los servicios de atención de salud y apoyo social y económico en la región Ica 2017.

En la tabla 39, el valor de la del modelo empírico a la que se aproxima la razón de verosimilitud es de 11,576 con 2 grados de libertad, y su significancia es plena ($p=0,003$), por lo que se rechaza la hipótesis nula de que todos los

coeficientes del modelo, a excepción de la constante, son cero, con una probabilidad de error del 5%.

Tabla 39

Ajuste de los modelos (hipótesis específica 5)

| Modelo | Logaritmo de la verosimilitud -2 | Chi-cuadrado | gl | Sig. |
|-------------------|----------------------------------|--------------|----|------|
| Sólo intersección | 162,956 | | | |
| Final | 151,380 | 11,576 | 2 | ,003 |

Función de enlace: Logit.

De acuerdo con la tabla 40, la bondad de ajuste nos indica que la significancia del modelo es menor a 0,05, ($p=0,048$) lo que implica que el modelo es adecuado para el ajuste de los datos.

Tabla 40

Bondad de ajuste (hipótesis específica 5)

| | Chi-cuadrado | gl | Sig. |
|------------|--------------|-----|------|
| Pearson | 127,417 | 114 | ,048 |
| Desviación | 149,758 | 114 | ,014 |

Función de enlace: Logit.

De acuerdo con la tabla 41, el pseudo r cuadrado el test global de independencia nos proporciona al menos una de las variables presentes en el modelo está asociada con la variable dependiente, con una significatividad de $p = 0,000$ y que las la fuerza de la covariables estudiadas (bioseguridad y trabajo en equipo) nos permite predecir la variable dependiente (servicios de atención de salud y apoyo social y económico). Así, Cox y Snell indica que el índice es de 0,092, Nagelkerke indica que el índice es de 0,123 y McFadden nos indica un índice de 0,070.

El R^2 de Nagelkerke comprueba que la eficacia predictiva de la probabilidad de ocurrencia de las categorías de la variable dependiente es de 12,3%, lo cual indica a su vez que el 87,7% restante viene explicado por las otras variables que no fueron incluidas en el modelo.

Tabla 41

Pseudo R cuadrado (hipótesis específica 5)

| Método | Valor |
|-------------|-------|
| Cox y Snell | ,092 |
| Nagelkerke | ,123 |
| McFadden | ,070 |

Función de enlace: Logit.

Prueba de hipótesis específica 6

Ho: La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud no influyen positivamente en la incidencia de la respuesta multisectorial, concertada, integrada y eficaz en la región Ica 2017.

Ha: La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la respuesta multisectorial, concertada, integrada y eficaz en la región Ica 2017.

En la tabla 42, el valor de la del modelo empírico a la que se aproxima la razón de verosimilitud es de 0,989 con 2 grados de libertad, y su significancia es plena ($p=0,610$), por lo que se rechaza la hipótesis del investigador de que todos los coeficientes del modelo, con una probabilidad de error del 5%.

Tabla 42

Ajuste de los modelos (hipótesis específica 6)

| Modelo | Logaritmo de la verosimilitud -2 | Chi-cuadrado | gl | Sig. |
|-------------------|----------------------------------|--------------|----|------|
| Sólo intersección | 133,915 | | | |
| Final | 132,926 | ,989 | 2 | ,610 |

Función de enlace: Logit.

De acuerdo con la tabla 43, la bondad de ajuste nos indica que la significancia del modelo es mayor a 0,05, ($p=0,546$) lo que implica que el modelo no es adecuado para el ajuste de los datos.

De Tabla 43

Bondad de ajuste (hipótesis específica 6)

| | Chi-cuadrado | gl | Sig. |
|------------|--------------|-----|-------|
| Pearson | 226,876 | 230 | ,546 |
| Desviación | 132,926 | 230 | 1,000 |

Función de enlace: Logit.

De acuerdo con la tabla 44, el pseudo r cuadrado el test global de independencia nos proporciona al menos una de las variables presentes en el modelo está asociada con la variable dependiente, con una significatividad de $p = 0,000$ y que las la fuerza de la covariables estudiadas (bioseguridad y trabajo en equipo) nos permite predecir la variable dependiente (ejercicio de su ciudadanía, ampliando su desarrollo humano y social). Así, Cox y Snell indica que el índice es de 0,008, Nagelkerke indica que el índice es de 0,012 y McFadden nos indica un índice de 0,007.

El R^2 de Nagelkerke comprueba que la eficacia predictiva de la probabilidad de ocurrencia de las categorías de la variable dependiente es cero, por lo que esta variable viene siendo explicado por las otras variables que no fueron incluidas en el modelo.

Tabla 44

Pseudo R cuadrado (hipótesis específica 6)

| Método | Valor |
|-------------------|-------------|
| Cox y Snell | ,008 |
| Nagelkerke | ,012 |
| McFadden | ,007 |

Función de enlace: Logit.

IV. Discusión

De acuerdo con los resultados estadísticos en la prueba de hipótesis general, la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la estrategia sanitaria de tuberculosis en la región Ica. 2017, donde el R² de Nagelkerke comprueba que la eficacia predictiva de la probabilidad de ocurrencia de las categorías de la variable dependiente que es de 33,5%. Estos hallazgos concuerdan con Quispe, Huanca y Ramos (2015) realizaron un estudio de *Relación entre el nivel de conocimiento con el grado de cumplimiento de las precauciones estándar de bioseguridad del personal técnico de enfermería en los servicios de Neurología y Neurocirugía del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas*, donde los resultados nos indican que el 64.7% de los técnicos de enfermería poseen un nivel de conocimientos medio sobre las precauciones estándar de bioseguridad, el 23.5% posee un nivel bajo y solo el 12% un nivel alto. En relación con el nivel de cumplimiento de las precauciones estándar de bioseguridad, se encuentra que el 43.1% tiene un nivel medio, el 35.2% tiene un nivel alto y un 21.5% un nivel bajo. Conclusiones: Según la prueba no paramétrica de Pearson, se encontró correlación entre ambas variables (0,168) siendo significativa (0,05).

De acuerdo con los resultados estadísticos en la prueba de hipótesis específica 1, La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente de salud en la incidencia de la atención integral de salud en la región Ica 2017. Donde el R² de Nagelkerke comprueba que la eficacia predictiva de la probabilidad de ocurrencia de las categorías de la variable dependiente es de 65,8%, lo cual indica a su vez que el 34,2% restante viene explicado por las otras variables que no fueron incluidas en el modelo. Estos hallazgos comprueban los resultados de Collazos (2013) en el estudio titulado: *Relación entre conocimientos y actitudes hacia la aplicación de medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de pacientes de la ESN- PCT , C.S. San Luis- 2012*. Cuyos resultados indicaron que del 100% (32); 56 % (18) no conoce, y 44% (14) conoce. Con respecto a las actitudes de los familiares hacia la aplicación de las medidas preventivas de la tuberculosis en los familiares de pacientes de la ESN-PCT, 56% (18) presenta una actitud de aceptación y 44% (14) rechazo. La prueba de ji cuadrado obtenida un $X^2 < X^2$ por lo que se acepta

la H0, es decir no hay relación entre los conocimientos y las actitudes . El mayor porcentaje de familiares no conoce sobre el uso de quimioprofilaxis, vacunación BCG y tienen una actitud de aceptación, seguido de un porcentaje significativo que conoce y rechaza la aplicación de las medidas preventivas. Palabras clave: tuberculosis, medidas preventivas, familiares.

De acuerdo con los resultados estadísticos en la prueba de hipótesis específica 2, La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la de la calidad de vida en la región Ica 2017, donde el R2 de Nagelkerke comprueba que la eficacia predictiva de la probabilidad de ocurrencia de las categorías de la variable dependiente es de 47,7%, lo cual indica a su vez que el 52,3% restante viene explicado por las otras variables que no fueron incluidas en el modelo. Estos hallazgos concuerdan con López (2012) en la investigación titulada: *Nivel de conocimiento y prácticas de medidas de bioseguridad en internos de enfermería del Hospital MINSA II-2 Tarapoto. Junio - agosto 2012*, cuyos hallazgos encontrados fueron: el 48% de los internos de enfermería tuvieron entre 23 a 24 años de edad, el 86% tuvo regular nivel de conocimiento general en medidas de bioseguridad, el 10% bueno y el 5% nivel de conocimiento malo. En cuanto al nivel de prácticas en general de medidas de bioseguridad de los internos de enfermería el 57% realizó práctica regular, los 38% buenas prácticas generales y 5% malas prácticas en medidas de bioseguridad, en base a ello tenemos que es necesario la utilización de Profilaxis Pos-exposición en los internos de enfermería en vista que, es dramática la situación que presentan los estudiantes en cuanto a la protección frente a riesgos biológicos, puesto que no existe cobertura social para los mismos, además prolifera el desconocimiento y falta de Interés; este suceso merece la sensibilización y promoción de la cultura del auto cuidado.

De acuerdo con los resultados estadísticos en la prueba de hipótesis específica 3, La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la condición económica, sociales; ambientales y culturales en la región Ica, donde el R2 de Nagelkerke comprueba que la eficacia predictiva de la probabilidad de ocurrencia de las categorías de la variable dependiente es de 12,8%, lo cual indica a su vez que el 87,2% restante

viene explicado por las otras variables que no fueron incluidas en el modelo. Estos hallazgos concuerdan con Pérez (2012) realizó un estudio para determinar la *Relación entre Nivel de Conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar y la Actitud hacia el Tratamiento del Usuario de la Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II - 1 Moyobamba. julio - diciembre 2011*, donde los resultados demostraron que la mayoría de los pacientes con tuberculosis pulmonar presentan un nivel de conocimientos alto (76.3%) y medio (23.3%) sobre el tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y medidas preventivas, y una actitud de aprobación (88.3%) y una actitud indiferencia (11.7%) no encontrándose actitud de rechazo en ninguno de ellos. La prueba de correlación de Pearson demostró una relación directamente significativa ($p=0.684$) que comprobó la hipótesis de estudio. Conclusiones: El nivel de conocimientos sobre medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento de la TB tiene una relación significativa ($p < 0.05$) con la actitud de aceptación hacia el tratamiento por el usuario de la Estrategia Sanitaria de TB, por lo que se recomienda mantener y mejorar los módulos educativos para el usuario que ingresa a la ESCTB, a fin de mejorar la actitud hacia ella.

De acuerdo con los resultados estadísticos en la prueba de hipótesis específica 4, la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia del ejercicio de su ciudadanía, ampliando su desarrollo humano y social en la región Ica 2017, donde el R2 de Nagelkerke comprueba que la eficacia predictiva de la probabilidad de ocurrencia de las categorías de la variable dependiente es cero, por lo que esta variable viene siendo explicado por las otras variables que no fueron incluidas en el modelo. Estos hallazgos no concuerdan con Quevedo, Sánchez, Villalba, Velásquez. (2015) desarrollo la tesis *Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud. Su objetivo fue determinar la relación de soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar. Material y método:* donde los resultados indicaron: un 81.8% de los pacientes que recibieron nivel alto de soporte familiar y social presentaron cumplimiento del tratamiento, mientras que un 36.4% que recibieron bajo nivel de soporte familiar y social presentaron. Cumplimiento: Del tratamiento. La diferencia encontrada resulto

estadísticamente significativa ($p=0.034$). Mientras que un 59.6% de los pacientes cumplen con el tratamiento y un 40.4% no lo cumplen. Conclusiones: el soporte familiar y social es un eje importante en la recuperación del paciente ya que el paciente se siente más confiado y motivado a culminar con su tratamiento para recuperarse pronto y reinsertarse a su vida cotidiana.

De acuerdo con los resultados estadísticos en la prueba de hipótesis específica 5, La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de los servicios de atención de salud y apoyo social y económico en la región Ica 2017, donde el R^2 de Nagelkerke comprueba que la eficacia predictiva de la probabilidad de ocurrencia de las categorías de la variable dependiente es de 12,3%, lo cual indica a su vez que el 87,7% restante viene explicado por las otras variables que no fueron incluidas en el modelo.

De acuerdo con los resultados estadísticos en la prueba de hipótesis específica 6, La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la respuesta multisectorial, concertada, integrada y eficaz en la región Ica 2017, donde el R^2 de Nagelkerke comprueba que la eficacia predictiva de la probabilidad de ocurrencia de las categorías de la variable dependiente es cero, por lo que esta variable viene siendo explicado por las otras variables que no fueron incluidas en el modelo

V. Conclusiones

- Primera: La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la estrategia sanitaria de tuberculosis en la región Ica. 2017. donde el R2 de Nagelkerke comprueba que la eficacia predictiva de 33,5%.
- Segunda. La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente de salud en la incidencia de la atención integral de salud en la región Ica 2017, donde el R2 de Nagelkerke comprueba que la eficacia es de 65,8%.
- Tercera. La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la de la calidad de vida en la región Ica 2017, donde el R2 de Nagelkerke comprueba que la eficacia predictiva es de 47,7%,
- Cuarta: La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la condición económica, sociales; ambientales y culturales en la región Ica, donde R2 de Nagelkerke comprueba que la eficacia predictiva de la probabilidad de ocurrencia es de 12,8%.
- Quinta. La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud no influyen positivamente en la incidencia del ejercicio de su ciudadanía, ampliando su desarrollo humano y social en la región Ica 2017, donde el R2 de Nagelkerke comprueba que la eficacia predictiva es cero.
- Sexta: La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de los servicios de atención de salud y apoyo social y económico en la región Ica 2017, donde el R2 de Nagelkerke comprueba que la eficacia es variable dependiente es de 12,3%

Séptima. La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la respuesta multisectorial, concertada, integrada y eficaz en la región Ica 2017, donde el R2 de Nagelkerke comprueba que la eficacia predictiva es cero,

VI. Recomendaciones

- Primera: A las autoridades de salud realizar supervisión inopinada de todo el personal en los diversos establecimientos de salud que atiendan pacientes con tuberculosis.
- Segunda: Realizar supervisión programada para verificar el trabajo del personal de salud en TB y evidenciar el cumplimiento de directivas, normas y el proceso de medidas de bioseguridad durante la atención del paciente con TB.
- Tercera: El personal de salud deberá recibir capacitación relacionados a las medidas de bioseguridad en la atención del paciente con TB.
- Cuarta: Se recomienda a las autoridades en salud el fortalecimiento de la estrategia sanitaria en TB.
- Quinta: Desarrollar una política de reconocimiento escrito y/o incentivos para el personal que labora en el programa de TB.
- Sexta: Difundir los logros del presente estudio como referencia competitiva como modelos para otras instituciones de salud.
- Séptima: Solicitar por escrito la implementación de la estructura física, institucional y exclusiva para el desarrollo de la estrategia sanitaria de Tuberculosis.
- Octava: El Fortalecimiento del personal especializado en el Cuidado y Atención del Paciente con Tuberculosis en la Región Ica.
- Novena: Hacer participe a las autoridades de la Región Ica para el buen funcionamiento de las áreas de estrategia sanitaria.
- Décima: Sugiero el incremento de personal especializado en la atención con el paciente con Tuberculosis para las visitas domiciliarias (Hogar del paciente).

VII. Referencias

- Alicia, M. (2005) *Gestión por competencias: el diccionario*. Ediciones Granica, Buenos Aires
- Álvarez, M. y Benavides, D. (2014) *Aplicación de las normas de bioseguridad en el cuidado de enfermería en pacientes que ingresan al área de infectología Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, 2013*. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/5092>
- Ander, E. y Aguilar, M. (2001). *El trabajo en equipo*. México: Editorial Progreso, S.A. de C.V
- Ander E. (2011) *Aprender a investigar : nociones básicas para la investigación social*: Brujas. Argentina.
- Asencios, L, Sanabria, H., Vásquez, Q., Diaz, (2005) Resistencia inicial de M. tuberculosis a drogas anti tuberculosas. *V Congreso Panamericano de Infectología, II Congreso Peruano de Enf. Infecc y Tropicales*. Minsa
- Begoña, D. y Quintanal, J. (2009) *Metodos de investigación y diagnostico en educación*. Recuperado de brayeban.aprenderapensar.net/files/2010/10/TECNICAS-DE-INVEST.pdf
- Belbin, M. (2003) *¿Por qué triunfan o fallan?* Segunda edición. BusinessCoaching.co.uk
- Chirico, M., Morcillo, N y Kuriger, A. (2016) *transmisión de la tuberculosis en los trabajadores de la salud. medidas de bioseguridad*. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/bioseguridad.pdf>
- Collazos, C. (2013) *Relación entre conocimientos y actitudes hacia la aplicación de medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de pacientes de la ESN- PCT , C.S. San Luis- 2012*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos
- De las Casas, G. (2012), *Evaluación de la exhaustividad del sistema de vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en un hospital*. Universidad Rey Juan Carlos, España.
- Dolly, B. (2007). *Administración de servicios alimentación*. Colombia: Universidad de Antioquia.

- Epiquién M. y Diestra E. (2013) *Hacia el logro de una Investigación*. Danny. Perú.
- Gibson, J., Ivancevich, J. y Donnelly, J. (2003), *Organizaciones: Comportamiento, Estructura, Procesos*: McGraw-Hill / Irwin, Reno USA.
- Hernandez Sampieri, Roberto (2014) *Metodología de la Investigación*. (6a ed.). McGraw-Hill. México
- Hellriegel, D.; Jackson, S. y Slocum, J. (2009). *Comportamiento organizacional*. (12a ed.) D.R. por Cengage Learning Editores S.A. México.
- Hernández, Fernández y Baptista (2014) *Metodología de la Investigación*.
- Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación (IIPE) UNESCO (2000). *Trabajo en equipo. Diez módulos destinados a los responsables de los procesos de transformación educativa*. Buenos Aires recuperado de <http://www.iipe-buenosaires.org.ar/>
- Katzenbach, J. Smith, D. (2000). *Sabiduría de los equipos*. España: Díaz de Santos.
- López, J. (2012) *Nivel de conocimiento y prácticas de medidas de bioseguridad en internos de enfermería del Hospital MINSA II-2 Tarapoto. Junio - Agosto 2012*. Universidad Nacional de San Martín.
- Mapcal. (1998). *Gestión eficaz del trabajo en equipo*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.
- Mialdea, I. (2015), *Prevalencia y riesgo anual de infección tuberculosa en adolescentes de 12 a 16 años de la ciudad de Valencia utilidad de los nuevos métodos de inmunodiagnóstico in vitro*. Universidad de Valencia España.
- Ministerio de Salud (2004) *Manual de bioseguridad*. Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre. Norma Técnica N° 015 - MINSA / DGSP - V.01. USAID Perú.
- Ministerio de Salud (2006), *norma técnica de salud para el control de la tuberculosis*. Recuperado de

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESN-tuberculosis/normaspublicaciones/NTSTBC.pdf>

Ministerio de Salud (2016) *Incidencia de la tuberculosis*. Recuperado de https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/respiravida/archivos/Ayuda_memoria_Lanzamiento_TB.pdf

Ministerio de Salud (2016) *Análisis de la Situación Epidemiológica de la Tuberculosis en el Perú, 2015*. Ministerio de Salud de Salud, Dirección General de Epidemiología

Ministerio de Salud Pública de Uruguay (2016) *Normas de Bioseguridad*. Recuperado de <http://unasig.fq.edu.uy/sites/unasig.fq.edu.uy/files/N%20Bioseguridad.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2005), *manual de bioseguridad en el laboratorio*. ISBN 92 4 354650 3 minimum graphics Impreso en Malta

Organización Mundial de la Salud (2016), *¿Qué es la tuberculosis y cómo se trata?* Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/08/es/>

Organización Panamericana de la Salud (1987) *Control de la tuberculosis: manual sobre métodos y procedimientos para los programas integrados*. Washington: OPAS. 1987. p. 498.

Paredes y Morocho (2012) *Aplicación de medidas de bioseguridad en el cuidado de enfermería brindado a los pacientes con enfermedades infectocontagiosas del servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca 2012*,

Pérez, R. y Miranda, A. (2012) *Relación entre Nivel de Conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar y la Actitud hacia el Tratamiento del Usuario de la Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II - 1 Moyobamba. Julio - Diciembre 2011*. Universidad Nacional de San Martín

Quevedo, L. Sánchez, R, Villalba, F. y Velásquez. F. (2015) *Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud*. <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2536>

- Quispe, F. Huanca, S. y Ramos, G. (2015) *Relación entre el nivel de conocimiento con el grado de cumplimiento de las precauciones estándar de bioseguridad del personal técnico de enfermería en los servicios de Neurología y Neurocirugía del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas*. Recuperado de http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/201
- Robbins, S. y Judge, T. (2009). *Comportamiento Organizacional*. (13a ed.) Ediciones PEARSON – México
- Sanchez / Reyes (2015). *Metodología y Diseños en la Investigación Científica*. (5a Edición) Bussiness Support Aneth S.R.L. - Perú
- Sausa, M. (2014) Tuberculosis en Perú: Cifra baja, pero seguimos liderando ranking. Diario Perú 21. Recuperado de <https://peru21.pe/lima/tuberculosis-peru-cifra-baja-seguimos-liderando-ranking-150262>
- Sousa, V. Driessnack, M. y Costa, I. (2007) *revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. parte 1: diseños de investigación cuantitativa*. Rev Latino-am Enfermagem 2007 maio-junho; 15(3).
- Tafur (2015) *Como hacer un Proyecto de Investigación* (2a Edición) 30 de Junio, Bogota, Colombia
- Vargas, J.:(2007) *La culturocracia organizacional en México*, Edición electrónica gratuita. Texto completo en www.eumed.net/libros/2007b/ 301
- Winter, R. (2000). *Manual de Trabajo en equipo*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Anexos

Anexo 1: Matriz de consistencia

| Problemas | Objetivos | Hipótesis | Variables | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|--|-------------|-------|--------------------|------------------|---|---------------------------------|-------------|--|--|--------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--------------|---|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------|--------------|--|--|--|----------------------------------|--|--|--|-------------|-------------|-------|--------|------------------|--|---|-------------|-----------|--------------|----------------|----------------|--|--|--|-----------|----------------|--|--|--|--------------|--|--|--|--|---------|--|
| <p>Problema general ¿Cómo influye la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud en la incidencia de la estrategia sanitaria de tuberculosis en la región Ica 2017?</p> <p>Problema específico 1 ¿Cómo influye la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud en la incidencia de la atención integral de salud de tuberculosis en la región Ica 2017?</p> <p>Problema específico 2 ¿Cómo influye la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud en la incidencia de la calidad de vida de tuberculosis en la región Ica 2017?</p> <p>Problema específico 3 ¿Cómo influye la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud en la incidencia de la condición económica, sociales; ambientales y culturales de tuberculosis en la región Ica 2017?</p> <p>Problema específico 4 ¿Cómo influye la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud en la incidencia del ejercicio de su ciudadanía, ampliando su desarrollo humano y social de tuberculosis en la región Ica 2017?</p> | <p>Objetivo general Determinar si la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen en la incidencia de la estrategia sanitaria de tuberculosis en la región Ica. 2017.</p> <p>Objetivo específico 1 Determinar que la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la atención integral de salud de tuberculosis en la región Ica 2017.</p> <p>Objetivo específico 2 Determinar que la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la de la calidad de vida de tuberculosis en la región Ica 2017.</p> <p>Objetivo específico 3 Determinar que la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la de la condición económica, sociales; ambientales y culturales de tuberculosis en la región Ica 2017.</p> <p>Objetivo específico 4 Determinar que la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la del ejercicio de su ciudadanía, ampliando su desarrollo humano y social de</p> | <p>Hipótesis general La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la estrategia sanitaria de tuberculosis en la región Ica. 2017.</p> <p>Hipótesis específica 1 La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente de salud en la incidencia de la atención integral de salud de tuberculosis en la región Ica 2017.</p> <p>Hipótesis específica 2 La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la de la calidad de vida de tuberculosis en la región Ica 2017.</p> <p>Hipótesis específica 3 La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la condición económica, sociales; ambientales y culturales de tuberculosis en la región Ica.</p> <p>Hipótesis específica 4 La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia del ejercicio de su ciudadanía, ampliando su desarrollo humano y social de</p> | <p>Tabla 3 <i>Dimensiones e indicadores de la variable bioseguridad</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dimensiones</th> <th>Indicadores</th> <th>Ítems</th> <th>Escala de medición</th> <th>Niveles y rangos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Detección y diagnóstico de casos</td> <td>Detección del personal de salud</td> <td>Del 1 al 29</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Identificación del personal de salud</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Definición del caso</td> <td>Pruebas de detección de TB del personal de salud</td> <td>Del 30 al 40</td> <td>Siempre 5 Casi siempre 4 A veces 3 Casi nunca 2 Nunca 1</td> <td>Mala 49 - 114 Regula 115 - 178 Buena 179 - 245</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Seguimiento del personal de salud</td> <td>Detección, seguimiento y diagnósticos</td> <td>Del 41 al 49</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Evaluación del personal de salud</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Tabla 4 <i>Dimensiones e indicadores de la variable trabajo en equipo</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dimensiones</th> <th>Indicadores</th> <th>Ítems</th> <th>Escala</th> <th>Niveles y rangos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Diseño de equipo creando un ambiente solidario</td> <td rowspan="2"> <ul style="list-style-type: none"> Tamaño del equipo Ubicación del equipo Selección de sus miembros Competencia Apoyo Estímulos Respeto Gerente: Entrenador, consejero y mentor Información Criterios de efectividad (apoyo externo y desarrollo interno) </td> <td rowspan="2">Del 1 al 12</td> <td>Siempre 5</td> <td>Mala 23 - 53</td> </tr> <tr> <td>Casi siempre 4</td> <td>Regula 54 - 84</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>A veces 3</td> <td>Buena 85 - 115</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Casi nunca 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Nunca 1</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | Dimensiones | Indicadores | Ítems | Escala de medición | Niveles y rangos | Detección y diagnóstico de casos | Detección del personal de salud | Del 1 al 29 | | | Identificación del personal de salud | | | | Definición del caso | Pruebas de detección de TB del personal de salud | Del 30 al 40 | Siempre 5 Casi siempre 4 A veces 3 Casi nunca 2 Nunca 1 | Mala 49 - 114 Regula 115 - 178 Buena 179 - 245 | | | | | Seguimiento del personal de salud | Detección, seguimiento y diagnósticos | Del 41 al 49 | | | | Evaluación del personal de salud | | | | Dimensiones | Indicadores | Ítems | Escala | Niveles y rangos | Diseño de equipo creando un ambiente solidario | <ul style="list-style-type: none"> Tamaño del equipo Ubicación del equipo Selección de sus miembros Competencia Apoyo Estímulos Respeto Gerente: Entrenador, consejero y mentor Información Criterios de efectividad (apoyo externo y desarrollo interno) | Del 1 al 12 | Siempre 5 | Mala 23 - 53 | Casi siempre 4 | Regula 54 - 84 | | | | A veces 3 | Buena 85 - 115 | | | | Casi nunca 2 | | | | | Nunca 1 | |
| Dimensiones | Indicadores | Ítems | Escala de medición | Niveles y rangos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Detección y diagnóstico de casos | Detección del personal de salud | Del 1 al 29 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Identificación del personal de salud | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Definición del caso | Pruebas de detección de TB del personal de salud | Del 30 al 40 | Siempre 5 Casi siempre 4 A veces 3 Casi nunca 2 Nunca 1 | Mala 49 - 114 Regula 115 - 178 Buena 179 - 245 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seguimiento del personal de salud | Detección, seguimiento y diagnósticos | Del 41 al 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Evaluación del personal de salud | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dimensiones | Indicadores | Ítems | Escala | Niveles y rangos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diseño de equipo creando un ambiente solidario | <ul style="list-style-type: none"> Tamaño del equipo Ubicación del equipo Selección de sus miembros Competencia Apoyo Estímulos Respeto Gerente: Entrenador, consejero y mentor Información Criterios de efectividad (apoyo externo y desarrollo interno) | Del 1 al 12 | Siempre 5 | Mala 23 - 53 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Casi siempre 4 | Regula 54 - 84 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | A veces 3 | Buena 85 - 115 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Casi nunca 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Nunca 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| <p>Problema específico 5 ¿Cómo influye la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud en la incidencia de los servicios de atención de salud y apoyo social y económico de tuberculosis en la región Ica 2017?</p> <p>Problema específico 6 ¿Cómo influye la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud en la incidencia de la respuesta multisectorial, concertada, integrada y eficaz de tuberculosis en la región Ica 2017?</p> | <p>tuberculosis en la región Ica 2017.</p> <p>Objetivo específico 5 Determinar que la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la de los servicios de atención de salud y apoyo social y económico de tuberculosis en la región Ica 2017.</p> <p>Objetivo específico 6 Determinar que la bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la de la respuesta multisectorial, concertada, integrada y eficaz de tuberculosis en la región Ica 2017.</p> | <p>tuberculosis en la región Ica 2017.</p> <p>Hipótesis específica 5 La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de los servicios de atención de salud y apoyo social y económico de tuberculosis en la región Ica 2017.</p> <p>Hipótesis específica 6 La bioseguridad y el trabajo en equipo del personal de salud influyen positivamente en la incidencia de la respuesta multisectorial, concertada, integrada y eficaz de tuberculosis en la región Ica 2017.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Dinámica del equipo • Capacitación (administración y liderazgo) • Uso de tecnología • Cohesión del grupo • Manejo de juntas o reuniones • Apoyar el desacuerdo • Compromiso con la decisión del equipo • Normas para manejar los conflictos • Sistema de recompensa <p style="text-align: right;">Del 13 al 23</p> <hr/> <p>Tabla 5 <i>Dimensiones e indicadores de la variable estrategia sanitaria</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dimensiones</th> <th>Indicadores</th> <th>Ítems</th> <th>Escala</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Atención integral de salud</td> <td>Porcentaje de solicitud de pacientes</td> <td rowspan="2">Del 1 al 26</td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Atención de personas afectadas</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Condiciones de vida</td> <td>Curación y tratamiento</td> <td rowspan="2">Del 27 al 51</td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Tasas de Riesgo e infección</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Condiciones económicas, sociales; ambientales y culturales</td> <td>Tasas de pacientes vulnerables</td> <td rowspan="2">Del 52 al 62</td> <td rowspan="2">Siempre 5 Casi siempre 4 A veces 3 Casi nunca 2 Nunca 1</td> </tr> <tr> <td>Discriminación Cultura y autocuidado</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Ejercicio de su ciudadanía, ampliando su desarrollo humano y social</td> <td>Calidad de aire</td> <td rowspan="2">Del 63 al 66</td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Autonomía personal</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Servicios de atención de salud y apoyo social y económico</td> <td>Numero de organizaciones involucradas</td> <td rowspan="2">Del 67 al 84</td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Recursos humanos</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Respuesta multisectorial, concertada, integrada y eficaz</td> <td>Satisfacción de usuarios</td> <td rowspan="3">Del 85 al 91</td> <td rowspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de pacientes tratados</td> </tr> <tr> <td>Posicionamiento de políticas en instituciones</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Articulación de sectores</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Participación de actores</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | Dimensiones | Indicadores | Ítems | Escala | Atención integral de salud | Porcentaje de solicitud de pacientes | Del 1 al 26 | | Atención de personas afectadas | Condiciones de vida | Curación y tratamiento | Del 27 al 51 | | Tasas de Riesgo e infección | Condiciones económicas, sociales; ambientales y culturales | Tasas de pacientes vulnerables | Del 52 al 62 | Siempre 5 Casi siempre 4 A veces 3 Casi nunca 2 Nunca 1 | Discriminación Cultura y autocuidado | Ejercicio de su ciudadanía, ampliando su desarrollo humano y social | Calidad de aire | Del 63 al 66 | | Autonomía personal | Servicios de atención de salud y apoyo social y económico | Numero de organizaciones involucradas | Del 67 al 84 | | Recursos humanos | Respuesta multisectorial, concertada, integrada y eficaz | Satisfacción de usuarios | Del 85 al 91 | | Porcentaje de pacientes tratados | Posicionamiento de políticas en instituciones | | Articulación de sectores | | | | Participación de actores | | |
|---|--|--|---|-------------|-------------|-------|--------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------|--|--------------------------------|----------------------------|------------------------|--------------|--|-----------------------------|---|--------------------------------|--------------|---|--------------------------------------|--|-----------------|--------------|--|--------------------|--|---------------------------------------|--------------|--|------------------|---|--------------------------|--------------|--|----------------------------------|---|--|--------------------------|--|--|--|--------------------------|--|--|
| Dimensiones | Indicadores | Ítems | Escala | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atención integral de salud | Porcentaje de solicitud de pacientes | Del 1 al 26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Atención de personas afectadas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Condiciones de vida | Curación y tratamiento | Del 27 al 51 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Tasas de Riesgo e infección | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Condiciones económicas, sociales; ambientales y culturales | Tasas de pacientes vulnerables | Del 52 al 62 | Siempre 5 Casi siempre 4 A veces 3 Casi nunca 2 Nunca 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Discriminación Cultura y autocuidado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ejercicio de su ciudadanía, ampliando su desarrollo humano y social | Calidad de aire | Del 63 al 66 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Autonomía personal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Servicios de atención de salud y apoyo social y económico | Numero de organizaciones involucradas | Del 67 al 84 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Recursos humanos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Respuesta multisectorial, concertada, integrada y eficaz | Satisfacción de usuarios | Del 85 al 91 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Porcentaje de pacientes tratados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Posicionamiento de políticas en instituciones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Articulación de sectores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Participación de actores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Instrumento 1

Estimado colega, el presente cuestionario tiene por finalidad la obtención de información acerca de la bioseguridad. En tal sentido apelo a su colaboración y pido que responda el siguiente cuestionario con total sinceridad.

Instrucciones:

El cuestionario presenta un conjunto de características de la bioseguridad, que desea evaluarse, cada una de ellas va seguida de cinco posibles alternativas de respuestas que se debe calificar: Siempre(5); Casi siempre (4); A veces (3) Casi nunca(2); Nunca(1)

Antes de contestar, lea detenidamente y medite sobre los enunciados y su respuesta. Le solicito que no deje preguntas sin contestar, no hay respuestas buenas o malas. Marque con un check (✓) su respuesta en los recuadros que corresponda.

| N° | ÍTEMS | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|----|---|---|---|---|---|---|
| | Detección y diagnóstico de casos | | | | | |
| 1. | Se realiza la detección a personas con Sintomático Respiratorio (S.R.): | | | | | |
| 2. | S.R. Identificado (S.R.I): se inscribe a la persona detectada en el Libro de Registro de Sintomáticos Respiratorios. | | | | | |
| 3. | S.R. Examinado (S.R.Ex): le realizaron uno o más baciloscopías de esputo | | | | | |
| 4. | La detección del S.R. se realiza en forma obligatoria y permanentemente en todos los establecimientos de salud, en la demanda de las atenciones en mayores de 15 años | | | | | |
| 5. | Llenan correctamente la "Solicitud de Investigación Bacteriológica en TB" | | | | | |
| 6. | Inmediatamente obtienen la primera muestra de esputo. | | | | | |
| 7. | La segunda muestra deberá traerla al día siguiente, en caso de incumplimiento el personal de salud realizará visita domiciliaria | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|
| 8. | Los establecimientos de salud (hospitales y centros de salud) que atienden las 24 horas del día, tienen implementado la identificación y la detección de S.R. en el servicio de emergencia | | | | | |
| 9. | Se realiza investigaciones para la detección de grupos de alto riesgo: Poblaciones cerradas, | | | | | |
| 10. | Poblaciones de alto riesgo, | | | | | |
| 11. | Cuentas con las medidas de protección | | | | | |
| 12. | Aplica las directivas de tuberculosis | | | | | |
| 13. | Tome en cuenta las normas de protección | | | | | |
| 14. | Asegura la ventilación y alimentación adecuada | | | | | |
| 15. | Mantiene la prevención de riesgos laborales | | | | | |
| 16. | Es suficiente el equipo de prevención personalizado | | | | | |
| | Definición del caso | | | | | |
| 17. | La tuberculosis pulmonar se detecta siempre con frotis positivo (TBP-FP) | | | | | |
| 18. | En el caso de tuberculosis pulmonar se realiza a través de cultivo (TBP-CP) | | | | | |
| 19. | Caso de tuberculosis pulmonar se realiza con BK (-) y cultivo (-) | | | | | |
| 20. | Se detectan con frecuencia caso de Tuberculosis Multidrogorresistente (TB MDR) | | | | | |
| 21. | En la definición del caso de tuberculosis se ha considera el criterio: Clínico, Inmunológico, Radiológico, Bacteriológico | | | | | |
| | Seguimiento | | | | | |
| 22. | En la Tuberculosis Multidrogorresistente se realizan los mismos procedimientos que en la Tuberculosis sensible a fármacos: Detección del sintomático respiratorio | | | | | |
| 23. | Diagnóstico de casos y seguimiento diagnóstico | | | | | |
| 24. | Con la consideración que los casos en quién se sospecha de TB MDR lleva implícita la indicación de cultivo y prueba de sensibilidad | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|---|--|--|--|--|--|
| 25. | El médico tratante envía a la persona con tuberculosis acompañado de un personal de salud a interconsulta con el médico consultor de su jurisdicción | | | | | |
| 26. | En todos estos casos se asegurar el envío oportuno de muestras para cultivo de BK y prueba de sensibilidad | | | | | |
| 27. | El médico tratante es responsable de la evaluación, seguimiento y monitoreo e dichos casos, debiendo referirlos a interconsulta con el médico consultor cuando la situación clínica, radiológica y/o bacteriológica así lo ameriten. | | | | | |
| 28. | El seguimiento y evaluación mensual de estos casos estarán a cargo de los médicos tratantes, así como la elaboración del informe de evaluación trimestral de retratamiento para TB MDR. | | | | | |
| 29. | Las personas con TB MDR con drogas de segunda línea tienen riesgo de reacciones adversas a fármacos antituberculosis, por ello se realiza el seguimiento y monitoreo continuo de parte de los médicos tratantes y consultores | | | | | |
| 30. | El médico tratante y el coordinador de DISA ó DIRESA son responsables de garantizar el envío oportuno de muestra para prueba de sensibilidad antes del inicio de tratamiento estandarizado y realizar el seguimiento respectivo a fin de obtener oportunamente los resultados | | | | | |

¡Muchas gracias!

Instrumento 2

Estimado colega, el presente cuestionario tiene por finalidad la obtención de información acerca del trabajo en equipo. En tal sentido apelo a su colaboración y pido que responda el siguiente cuestionario con total sinceridad.

Instrucciones:

El cuestionario presenta un conjunto de características del Trabajo en Equipo, que desea evaluarse, cada una de ellas va seguida de cinco posibles alternativas de respuestas que se debe calificar: Siempre(5); Casi siempre (4); A veces (3) Casi nunca(2); Nunca(1)

Antes de contestar, lea detenidamente y medite sobre los enunciados y su respuesta. Le solicito que no deje preguntas sin contestar, no hay respuestas buenas o malas. Marque con un check (✓) su respuesta en los recuadros que corresponda.

| N° | ITEMS | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|----|---|---|---|---|---|---|
| | Trabajo en equipo | | | | | |
| 01 | Para la ejecución del plan de trabajo se organiza por equipos de trabajo. | | | | | |
| 02 | El número de integrantes de tu equipo de trabajo, favorece la ejecución de lo planificado. | | | | | |
| 03 | Es necesario la presencia de todos los miembros del equipo, para desarrollar lo previsto. | | | | | |
| 04 | Es viable la coordinación de acciones del equipo de trabajo, con otros que apuntan a los mismos objetivos. | | | | | |
| 05 | La selección de sus miembros del equipo, lo hacen por las cualidades que respondan a la tarea a ejecutarse. | | | | | |
| 06 | La competencia de los miembros de tu equipo de trabajo, contribuyen a cumplir las metas previstas. | | | | | |
| 07 | Los miembros del equipo de trabajo se apoyan mutuamente para cumplir con las metas previstas | | | | | |
| 08 | Se reconoce, elogia o recompensa los pequeños logros y los grandes éxitos del equipo de trabajo. | | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|
| 09 | Se vive un ambiente de respeto entre el cuerpo directivo y los docentes. | | | | | |
| 10 | El cuerpo directivo, ayuda a mejorar el desempeño de los miembros del equipo a través de la asistencia de capacitación. | | | | | |
| 11 | Se practica una política de información, en todos los niveles de la Institución educativa, para desarrollar el plan anula de trabajo. | | | | | |
| 12 | Se aplican criterios e indicadores de evaluación, para medir los resultados que obtienen los miembros del equipo de trabajo. | | | | | |
| 13 | Los miembros del equipo, hacen uso de un manual que orienta y guía los procesos de la ejecución de las actividades. | | | | | |
| 14 | Los miembros del equipo, poseen cualidades para asumir facultades, responsabilidades y toma de decisiones relativas a sus tareas. | | | | | |
| 15 | El liderazgo es compartido y asumido por todo los miembros de tu equipo. | | | | | |
| 16 | Los integrantes del equipo, hace uso de la tecnología, para procesar la información con efectividad, cuando se toma una decisión del grupo. | | | | | |
| 17 | Los miembros del equipo de trabajo, desarrolla alguna actividad o experiencia, que fortalezca la cohesión del grupo. | | | | | |
| 18 | En la reunión de los miembros del equipo, se llega a buenos acuerdos. | | | | | |
| 19 | Se comparte los desacuerdos, minimizando el riesgo de malos sentimientos del equipo, para dar soluciones innovadoras. | | | | | |
| 20 | La toma de decisión del equipo, se realiza por consenso de sus miembros, con el compromiso de cumplir con los acuerdos. | | | | | |
| 21 | Se plantea y practica normas relativas a manejar los conflictos que se presentan dentro del equipo. | | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|
| 22 | Para manejar los desacuerdos, los miembros del equipo conceden valor a distintos puntos de vista y tratan de consensuar, a efectos de facilitar una solución creativa de los problemas. | | | | | |
| 23 | Se percibe algún tipo de recompensa por la labor que ejerce el equipo de trabajo. | | | | | |
| 24 | El personal de salud conoce y practica normas de bioseguridad. | | | | | |
| 25 | Se evidencia el desarrollo de valores éticos en el personal de salud. | | | | | |
| 26 | Existe un sistema de recompensa en el personal de salud. | | | | | |
| 27 | El personal de salud recibe reconocimiento oral y escrito. | | | | | |
| 28 | El personal de salud tiene la oportunidad de desarrollar sus competencias. | | | | | |
| 29 | Existe liderazgo participativo y transformacional en el personal de salud. | | | | | |
| 30 | La estrategia sanitaria se realiza capacitación permanente. | | | | | |

¡Muchas gracias!

Instrumento 3

Estimado colega, el presente cuestionario tiene por finalidad la obtención de información acerca de las estrategias sanitaria. En tal sentido apelo a su colaboración y pido que responda el siguiente cuestionario con total sinceridad.

Instrucciones:

El cuestionario presenta un conjunto de características de la estrategia sanitaria, que desea evaluarse, cada una de ellas va seguida de cinco posibles alternativas de respuestas que se debe calificar: Siempre(5); Casi siempre (4); A veces (3) Casi nunca(2); Nunca(1)

Antes de contestar, lea detenidamente y medite sobre los enunciados y su respuesta. Le solicito que no deje preguntas sin contestar, no hay respuestas buenas o malas. Marque con un check (√) su respuesta en los recuadros que corresponda.

| | Ítems | | | | | |
|----|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| | Atención integral de salud | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1. | Recibe capacitación conjunta y permanente | | | | | |
| 2. | Existe liderazgo compartido | | | | | |
| 3. | Desarrolla competencias básicas en la atención con paciente con tuberculosis | | | | | |
| 4. | Se identifica con la misión y objetivo organizacionales evidencia compromiso e involucramiento con la institución y el programa de tuberculosis | | | | | |
| 5. | Tiene conocimiento del proceso de atención desde que ingresa el paciente hasta la alta | | | | | |
| 6. | Existe evaluación periódica del personal que trabaja en el programa tuberculosis | | | | | |
| 7. | Se brindan a todas las personas afectadas un tratamiento eficaz completo y gratuito para el control y curación de la enfermedad | | | | | |
| 8. | Se ha Incrementado el reporte de efectos adversos moderados y severos por TB | | | | | |
| 9. | Se brindan a las personas afectadas el apoyo emocional, social y económico necesario para indicar, sostener y | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|
| | completar el tratamiento | | | | | |
| 10. | Se ha Incrementado la Tasa de abandono al tratamiento TB MDR | | | | | |
| 11. | Se brinda al paciente y su familia apoyo social y económico superar los determinantes sociales de la enfermedad | | | | | |
| 12. | Se ha reducido la deserción en instituciones educativas de afectados (escuela, universidad, otros) | | | | | |
| 13. | Se ha reducido el porcentaje de afectados en condiciones de hacinamiento en Ica | | | | | |
| | Condiciones de vida | | | | | |
| 14. | Se ha reducido la expansión y crecimiento de las poblaciones vulnerables | | | | | |
| 15. | Se ha Incrementado las regiones que cuentan con identificación y registro de poblaciones vulnerables y en riesgo (registro de contactos, etc) | | | | | |
| 16. | Se ha reducido el riesgo de infección y desarrollo de la enfermedad en contactos (domiciliarios, laborales o comunitarios) y grupos vulnerables (VIH, desnutrición, diabetes y otros) | | | | | |
| 17. | Aumento el número de hospitales con planes de control de infección tuberculosa implementados | | | | | |
| | Condiciones económicas, sociales; ambientales y culturales | | | | | |
| 18. | Se confronta eficazmente el estigma y la discriminación por TB en el Perú | | | | | |
| 19. | Se promueve en la sociedad una cultura de autocuidado y responsabilidad social en salud respiratoria | | | | | |
| 20. | Se incrementó el porcentaje de personas con buenas prácticas preventivas en salud respiratoria | | | | | |
| 21. | Se incrementó el porcentaje de personas con conocimientos adecuados sobre riesgo y prevención de Tuberculosis | | | | | |
| 22. | Se ha mejorado la calidad del aire mediante estrategias medioambientales: ventilación e iluminación adecuada de viviendas, instituciones, locales comerciales, y otros espacios de concentración humana. | | | | | |
| | Ejercicio de su ciudadanía, ampliando su desarrollo humano y social | | | | | |
| 23. | Se promueve y respeta la autonomía de las personas afectadas de TB | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|
| | Servicios de atención de salud y apoyo social y económico | | | | | |
| 24. | Se garantizar los recursos humanos comprometidos y capacitados para una atención de calidad en todos los niveles de atención y protegidos para el control de infecciones. | | | | | |
| 25. | Hay mayores niveles de satisfacción de usuarios con la atención y trato en servicios de salud | | | | | |
| 26. | Porcentaje de pacientes atendidos de acuerdo a las guías clínicas se ha incrementado | | | | | |
| 27. | Se cuenta con un sistema integrado de información y toma de decisiones con información epidemiológica, clínica, social y administrativa actualizada, organizada, y fácilmente accesible en todos las instancias que participan en toma de decisiones | | | | | |
| | Respuesta multisectorial, concertada, integrada y eficaz | | | | | |
| 28. | Se ha posicionado la problemática de la TB en las agendas políticas de los gobiernos locales, regionales Ministerios, instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil, como un asunto de Interés Nacional | | | | | |
| 29. | Se incrementó del número y niveles de participación de actores de lucha contra la TB, en espacios de encuentro locales, regionales y sociales | | | | | |
| 30. | Se ha fortalecido las relaciones internacionales y la participación nacional en acuerdos y convenciones a fin de maximizar la cooperación técnica y financiera | | | | | |
| 31. | Se ha incrementado los recursos financieros cooperación técnica y financiera. | | | | | |

¡Muchas gracias!

Alfa de Cronbach Bioseguridad

Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| ,941 | 49 |

Primera dimensión

Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| ,906 | 29 |

Segunda dimensión

Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| ,936 | 11 |

Tercera dimensión

Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| ,839 | 9 |

Alfa de Cronbach trabajo en equipo

Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| ,943 | 23 |

Primera dimensión

Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| ,888 | 12 |

Segunda dimensión

Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| ,912 | 11 |

Alfa de Cronbach de estrategia sanitaria

Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| ,889 | 91 |

Primera dimensión

Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| ,942 | 26 |

Segunda dimensión

Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| ,902 | 25 |

Tercera dimensión

Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| ,926 | 11 |

Cuarta dimensión

Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|---------------------|----------------|
| ,317 | 4 |

Quinta dimensión

Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|---------------------|----------------|
| ,694 | 18 |

Sexta dimensión

Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|---------------------|----------------|
| ,610 | 7 |

| | Diseño de equipo creando un ambiente solidario | | | | | | | | | | Administrar la Dinámica del equipo | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| ENCUESTA 1 | 4 | 4 | 3 | 2 | 5 | 5 | 5 | 2 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | 4 | 3 |
| ENCUESTA 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 2 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 3 | 4 | 3 |
| ENCUESTA 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 |
| ENCUESTA 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 3 |
| ENCUESTA 5 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 |
| ENCUESTA 6 | 4 | 2 | 3 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | 5 | 2 | 4 | 3 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | 4 | 5 | 4 | 3 |
| ENCUESTA 7 | 2 | 2 | 4 | 3 | 4 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 |
| ENCUESTA 8 | 2 | 4 | 3 | 4 | 4 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 |
| ENCUESTA 9 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| ENCUESTA 10 | 4 | 3 | 5 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 2 |
| ENCUESTA 11 | 3 | 5 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 3 | 4 | 5 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 |
| ENCUESTA 12 | 3 | 5 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 4 | 5 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 3 |
| ENCUESTA 13 | 3 | 5 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 3 | 4 | 5 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 |
| ENCUESTA 14 | 4 | 3 | 3 | 5 | 3 | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 |
| ENCUESTA 15 | 5 | 3 | 3 | 4 | 5 | 3 | 5 | 3 | 4 | 5 | 3 | 5 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 4 | 3 | 5 | 2 |
| ENCUESTA 16 | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 2 |
| ENCUESTA 17 | 5 | 5 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 |
| ENCUESTA 18 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | 3 | 4 | 4 | 5 | 3 | 4 | 2 | 4 | 4 | 3 | 5 | 3 | 2 |
| ENCUESTA 19 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 3 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 3 |
| ENCUESTA 20 | 5 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 3 | 4 | 5 | 4 |
| ENCUESTA 21 | 5 | 5 | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 3 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 3 |
| ENCUESTA 22 | 3 | 5 | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 3 | 3 | 5 | 3 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 3 |
| ENCUESTA 23 | 3 | 4 | 4 | 3 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 3 | 5 | 4 |
| ENCUESTA 24 | 4 | 4 | 5 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 2 | 4 | 3 | 5 | 4 | 5 | 4 | 2 | 4 | 3 | 4 |
| ENCUESTA 25 | 3 | 5 | 4 | 3 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 |
| ENCUESTA 26 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 5 | 3 | 5 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 |
| ENCUESTA 27 | 4 | 3 | 5 | 3 | 5 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 5 | 4 | 5 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 5 |
| ENCUESTA 28 | 3 | 5 | 3 | 3 | 5 | 5 | 2 | 3 | 5 | 2 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 3 | 3 |
| ENCUESTA 29 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 3 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 3 | 5 | 3 |
| ENCUESTA 30 | 5 | 5 | 3 | 3 | 5 | 5 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 3 | 4 | 3 |
| ENCUESTA 31 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | 5 | 2 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 |
| ENCUESTA 32 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 2 | 5 | 4 | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 |
| ENCUESTA 33 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 3 | 5 | 3 |
| ENCUESTA 34 | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | 3 | 5 | 4 | 3 | 4 | 3 | 5 | 3 | 4 | 5 | 3 | 5 | 3 | 5 | 3 |
| ENCUESTA 35 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 3 | 5 | 4 | 3 | 4 | 3 |
| ENCUESTA 36 | 5 | 4 | 3 | 3 | 5 | 5 | 4 | 3 | 3 | 5 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 3 | 5 | 3 | 3 | 4 |
| ENCUESTA 37 | 4 | 4 | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 3 |
| ENCUESTA 38 | 5 | 5 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| ENCUESTA 39 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 |
| ENCUESTA 40 | 5 | 5 | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 5 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 |
| ENCUESTA 41 | 4 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 4 | 3 | 3 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 3 |
| ENCUESTA 42 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 3 |
| ENCUESTA 43 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 3 | 4 | 3 | 5 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 5 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 |
| ENCUESTA 44 | 3 | 5 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 |
| ENCUESTA 45 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 |
| ENCUESTA 46 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 5 | 3 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 5 |
| ENCUESTA 47 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 5 | 3 |
| ENCUESTA 48 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 5 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 5 | 2 | 4 | 4 | 3 | 3 | 5 | 4 | 3 | 4 | 3 |
| ENCUESTA 49 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| ENCUESTA 50 | 4 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 5 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 2 | 3 |
| ENCUESTA 51 | 5 | 5 | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 4 | 3 | 5 | 4 | 3 | 3 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 |
| ENCUESTA 52 | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| ENCUESTA 53 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 4 | 5 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 |
| ENCUESTA 54 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| ENCUESTA 55 | 3 | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 |
| ENCUESTA 56 | 5 | 2 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| ENCUESTA 57 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| ENCUESTA 58 | 5 | 5 | 3 | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| ENCUESTA 59 | 2 | 4 | 5 | 4 | 2 | 5 | 3 | 5 | 3 | 5 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 2 |
| ENCUESTA 60 | 3 | 3 | 3 | 4 | 5 | 3 | 5 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| ENCUESTA 61 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 5 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| ENCUESTA 62 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| ENCUESTA 63 | 5 | 5 | 3 | 3 | 3 | 5 | 5 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| ENCUESTA 64 | 5 | 5 | 2 | 2 | 3 | 5 | 5 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 |
| ENCUESTA 65 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| ENCUESTA 66 | 5 | 5 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| ENCUESTA 67 | 5 | 5 | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 4 | 2 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 |
| ENCUESTA 68 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| ENCUESTA 69 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 4 | 3 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | 5 | 4 |
| ENCUESTA 70 | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 |
| ENCUESTA 71 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 |
| ENCUESTA 72 | 4 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 3 |
| ENCUESTA 73 | 5 | 5 | 3 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| ENCUESTA 74 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| ENCUESTA 75 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| ENCUESTA 76 | 5 | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 |
| ENCUESTA 77 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| ENCUESTA 78 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| ENCUESTA 79 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | | | | | | | | | | | | |

OTRAS EVIDENCIAS



Sede de estudio de la Investigación:
Bioseguridad y Trabajo en Equipo del Personal de Salud en la
Incidencia de la Estrategia Sanitaria de Tuberculosis en la
Región Ica 2017
Hospital San Juan de Dios Pisco.

MINISTERIO DE SALUD

No. 415-2013/MINSA



Resolución Ministerial

Lima, 8 de NOVIEMBRE del 2013

Visto el Expediente N° 13-076099-001, que contiene los Memorandos N° 3185-2013-DGSP/MINSA y 3727-2013-DGSP/MINSA, así como los Informes N°s 020-2013-DGSP-ESNPCT/MINSA y 022-2013-DGSP-ESNPCT/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;



M. De Habich



D. G. G. G. G.

Que, el artículo 2° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud establece que el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural;



D. G. G. G. G.

Que, el artículo 1° de la Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, estipula que el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud - SNCD, tiene la finalidad de coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud, promoviendo su implementación concertada, descentralizada, coordinando los planes y programas de todas las instituciones del sector, a efecto de lograr el cuidado integral de la salud de todos los peruanos y avanzar hacia la seguridad social universal en salud;

Que, por Resolución Ministerial N° 383-2006/MINSA, de fecha 20 de abril de 2006, se aprobó la NTS N° 041-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis", modificada posteriormente mediante Resolución Ministerial N° 579-2010/MINSA, de fecha 16 de julio de 2010;



J. Zavala

Que, la Dirección General de Salud de las Personas es el órgano técnico normativo en los procesos relacionados a la atención integral, servicios de salud, calidad, gestión sanitaria y actividades de salud mental, estando a cargo de establecer las normas, ejecutar

y evaluar el desarrollo de las Estrategias Sanitarias Nacionales del ámbito de su competencia y de los programas por etapa de vida de salud de las personas en el contexto de la descentralización, conforme a lo previsto en el literal d) del artículo 41° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA y sus modificatorias;

Que, en ese sentido, la Dirección General de Salud de las Personas ha propuesto la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas afectadas por Tuberculosis, cuya finalidad es contribuir a disminuir la prevalencia de la tuberculosis, a través de un enfoque de atención integral, en el marco del aseguramiento universal en salud;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas;

Con el visado de la Directora General (e) de la Dirección General de Salud de las Personas, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y de la Viceministra de Salud (e); y;

De conformidad con lo establecido en el literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la NTS N° 04-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas afectadas por Tuberculosis", que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2°.- Encargar a la Dirección General de Salud de las Personas y a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis, la difusión de la presente Norma Técnica de Salud hasta el nivel regional, así como la asistencia técnica y supervisión del cumplimiento de la misma.

Artículo 3°.- Las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces son responsables de la difusión, capacitación, supervisión, asistencia técnica y evaluación del cumplimiento del presente documento normativo en su jurisdicción.

Artículo 4°.- Dejar sin efecto la Resolución Ministerial N° 383-2006/MINSA, que aprobó la NTS N° 041-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis" y su modificatoria, aprobada por Resolución Ministerial N° 579-2010/MINSA.

Artículo 5°.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución Ministerial en el Portal Institucional del Ministerio de Salud, en la dirección: http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

Habich

MIDORI DE HABICH ROSPIGLIOSI
Ministra de Salud





UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Solo para los que quieren salir adelante

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 2992 - 2017- UCV- L - EPG

Lima, 30 de Junio 2017

VISTO:

El proyecto de investigación doctoral denominado: **BIOSEGURIDAD Y TRABAJO EN EQUIPO DEL PERSONAL DE SALUD EN LA INCIDENCIA DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE TUBERCULOSIS EN LA REGIÓN ICA 2017**, presentado por el Mgtr. CRUZ CARBAJAL CARMEN TERESA con código de matrícula N° 7000960612, estudiante del Programa de Doctorado en **GESTIÓN PÚBLICA Y GOBERNABILIDAD** - Promoción 2015- II y,

CONSIDERANDO:

Que, el Reglamento de Estudios de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, señala que el estudiante deberá presentar un proyecto de investigación para su aprobación y posteriormente la sustentación con la finalidad de su graduación;

Que, el proyecto mencionado cuenta con opinión favorable del asesor (a): **Dr. Nuñez Lira Luis Alberto**

Que, el proyecto mencionado cuenta con opinión favorable de la Comisión de Tesis de Grado de Doctor conformada por: **Dr. Ángel Salvatierra Melgar, Dr. Felipe Guisado Oscco y la Dra. Flor de María Sánchez Aguirre;**

Que, es política de la Universidad velar por el adecuado manejo administrativo de los documentos para cumplir las políticas internas de gestión;

Que, la Jefatura de la Oficina de Investigación, en uso de sus facultades y atribuciones;

RESUELVE:

Art. 1°.- APROBAR, el Proyecto de Investigación Doctoral denominado: **BIOSEGURIDAD Y TRABAJO EN EQUIPO DEL PERSONAL DE SALUD EN LA INCIDENCIA DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE TUBERCULOSIS EN LA REGIÓN ICA 2017**, presentado por el Mgtr. CRUZ CARBAJAL CARMEN TERESA con código de matrícula N° 7000960612.

Art. 2°.- PRECISAR, que el (la) autor (a) del proyecto doctoral tiene un plazo de veinticuatro meses desde la fecha de emitida la presente resolución para la ejecución y presentación del informe de tesis.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dr. Carlos Venturo Orbegoso
Director
Escuela de Posgrado - Jilital Lima

Cc Interesado
Archivo.
OGA/tpv



ESCUELA DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

Yo, Luis Alberto Núñez Lira, docente de la Escuela de Postgrado de la UCV y revisor del trabajo académico titulado **"Bioseguridad y Trabajo en Equipo del Personal de Salud, en la Incidencia de la Estrategia Sanitaria de Tuberculosis en la Región ICA 2018** el estudiante **Carmen Teresa Cruz Carbajal**; y habiendo sido capacitado e instruido en el uso de la herramienta Turnitin, he constatado lo siguiente:

Que el citado trabajo académico tiene un índice de similitud constato 24% verificable en el reporte de originalidad del programa turnitin, grado de coincidencia mínimo que convierte el trabajo en aceptable y no constituye plagio, en tanto cumple con todas las normas del uso de citas y referencias establecidas por la universidad César Vallejo.

Lima, Mayo 2018

Luis Alberto Núñez Lira

DNI: 08012101

ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO

**Bioseguridad y Trabajo en Equipo del Personal de Salud
en la Incidencia de la Estrategia Sanitaria de
Tuberculosis en la Región Ica 2017**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Doctora de Gestión Pública y Gobernabilidad

AUTOR:
Mgtr. Carmen Teresa Cruz Carbajal

ASESOR:

20 %

| | | |
|---|---|-----|
| 1 | Entregado a Universida... Trabajo del estudiante | 1 % |
| 2 | repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet | 1 % |
| 3 | repositorio.upeu.edu.pe Fuente de Internet | 1 % |
| 4 | es.scribd.com Fuente de Internet | 1 % |
| 5 | bvs.minsa.gob.pe Fuente de Internet | 1 % |
| 6 | www.monografias.com Fuente de Internet | 1 % |
| 7 | www.redib.org Fuente de Internet | 1 % |
| 8 | trabajoenequipo blogs... Fuente de Internet | 1 % |
| 9 | prezi.com Fuente de Internet | 1 % |



Gobierno Regional
DIRESA ICA

REGISTRO: DG-000005338

FECHA: 02-06-2017 09:58:26

HOJA DE ENVIO

NOMBRE O RAZON SOCIAL
CRUZ CARBAJAL CARMEN TERESA

ASUNTO: SOLICITA AUTORIZACION PARA DESARROLLAR PROYECTO DE INVESTIGACION.

| FASE | PARA(2) | FECHA | FOLIO | REMITIDO POR (3) |
|------------------------|---------|------------|-------|-----------------------------|
| DIRECCION GENERAL | (2)(15) | 02-06-2017 | 07 | Administración Documentar a |
| Recurso Juz | 3 | 2/6/17 | | (Qu) |
| Dir. Ejec. Sm. Cons. 6 | 6 | 02/06/17 | | Q |
| D - Ans | 2 | 5/6/17 | | Q |
| TBE. | 2,4 | 4/6/17 | | Q |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

CLAVE (MOTIVO DE PASE)

- | | | |
|--------------------|---------------------------|---------------------------|
| 1. APROBACION | 6. POR CORRESPONDER | 11. ARCHIVAR |
| 2. ATENCION | 7. PARA CONVERSAR | 12. ACCION INMEDIATA |
| 3. SU CONOCIMIENTO | 8. ACOMPAÑAR ANTECED. | 13. PREPARAR CONTESTACION |
| 4. OPINION | 9. SEGÚN LO SOLICITADO | 14. PROYECTAR RESOLUCION |
| 5. INFORME | 10. TOMAR NOTA Y DEVOLVER | 15. VER OBSERVACION |

OBSERVACIONES

ADJUNTA: REC. N° 22088 S/. 1.00

02-06-17
06-07-20
05062017



| DIA | MES | AÑO |
|-----|-----|------|
| 02 | 06 | 2017 |

Nº 022088



05

Recibí de: CRUZ CARPAJAC CAJAMEN TEXESA

por concepto de: TRAMITE ADM.

FUT 01/0222

**CANCELADO
CAJACAJA**

Son: UN Sol y 00/100 -

Total S/. 1.00

[Signature]
RECAUDADOR

LIQUIDACIÓN DE CAJA



DIRESA - ICA
Nº 015222

FORMULARIO UNICO DE TRAMITE (FUT)

DIRECCION REGIONAL DE SALUD - ICA
UNIDAD DE ADMINISTRACION DOCUMENTARIA
RECEPCION

02 JUN. 2017

Reg N° 5638

Hora 9:58

SECRETARIA

15 JUN. 2017

Recibido

99960390

07

Sumilla AUTORIZACION PARA DESARROLLAR
PROYECTO DE INVESTIGACION

SEÑOR DIRECTOR REGIONAL DE SALUD ICA

CRUZ CARBAJAL CARMEN TERESA.
 AVENIDA ANGA HOS 2545-202 Apellidos y Nombres
 TORRES LIMATambo SAN BORJA.
 Encargada SUPERVISORA HOSPITAL GUILLEMO 21805167
 Cargo o Centro de Trabajo ALMENARA T DNI
 IRI GOYEN Telefono

Dirección

FUNDAMENTO DEL PEDIDO

solicito autorización para el levantamiento de supresión del Personal de Salud relacionado a la Estrategia Sanitaria de TUBERCULOSIS en la Región ICA. 2017

DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA

1. Curriculum Vital
2. F. Primit de la Unidad CESAR VALDES
3. F. DNI
4. Copia del Título del Proyecto de Investigación

Ica, 2 de Junio del 2017


FIRMA

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION”

Ica ,02 Junio 2017

Señor: Director de la Región de salud de Ica

Doctor: Jaime Ernesto Nombera Cornejo

ASUNTO: Solicito autorización para levantamiento de información relacionado al trabajo de la estrategia sanitaria de tuberculosis, en la región de salud que usted dirige.

De mi mayor consideración:

Me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y la vez de hacerle de su conocimiento quien suscribe, estoy realizando estudios de Doctorado en Gestión Pública y Gobernabilidad en la Universidad “CESAR VALLEJO” para lo cual solicito de Usted la autorización para levantar información correspondiente al Proyecto de Investigación titulado “Bioseguridad y Trabajo en equipo del Personal de Salud en la incidencia de la Estrategia Sanitaria de Tuberculosis en la región Ica- 2017”.

Esperando de usted. Señor director la autorización a lo solicitado y lograr mi objetivo en el Doctorado.

Sin otro particular, hago oportuna la ocasión para reiterarle los sentimientos de estima y consideración hacia su Persona.

ATTE .



CARMEN TERESA CRUZ CARBAJAL

Codigo de alumna :7000960612

DNI:21805167

CURRICULUM

DRA. CARMEN TERESA CRUZ CARBAJAL

dulceteresita01@yahoo.com / Cel.: 9999-60340 / 929098236



Egresada de la Escuela de Enfermeras del Seguro Social del Perú

1. "Formación Gerencial" - Universidad del Pacífico.
2. "Formación en Acreditación de Hospitales" – MINSA.
3. "Conciliadora Extrajudicial" - Colegio de Enfermeras del Perú.
4. "Formación en las Mejoras de Proceso" - Universidad de Lima.
5. "Líder del Equipo de Fortalecimiento de la Práctica de Enfermería para el logro de la calidad del cuidado al usuario R.A.A." - ESSALUD.
6. "Diplomado Retos Demográficos y Económicos en Salud" - CIESS México.
7. "Diplomado de Ética y Bio Ética en Salud" - Universidad Cayetano Heredia.
8. "Diplomado en Auditoría y Evaluación de los Servicios de Salud" - Universidad Ricardo Palma.
9. "Diplomado en Asesoría de Tesis" - Universidad San Martín de Porres.
10. "Diplomado Internacional de Especialización en Evaluación, Acreditación, Certificación de Universidades". Asamblea Nacional de Rectores – CONAFU.
11. Ponencias Nacionales e Internacionales de Calidad e Investigación científica
12. Reconocimiento y Premios por Investigaciones desarrolladas en Enfermería, Educación Nacional e Internacional.
13. Gestión en los Servicios de Salud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2013
14. Especialidad de Administración Hospitalaria en Enfermería-Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
15. "Maestría en Enfermería" - Universidad San Martín de Porres.
16. "Doctorado en Salud Pública" - Universidad Nacional Federico Villarreal.
17. Doctorado en Educación en la Universidad San Martín de Porres.
18. Doctorado en Gestión Pública y Gobernabilidad – Universidad César Vallejo
19. Evaluadora de Competencias Profesionales CONEAU-Colegio de Enfermeros
20. Fundadora-Coordinadora de la Unidad de Post-Grado, Doctorado en Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos – 2011.
21. Asociada a la Federación Peruana de Administradores de Salud-FEPAS.
22. Ex - Jefe del Departamento de la Consulta Externa del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen
23. IV Seminario Taller Internacional "Cómo trabajar por competencias y cómo evaluar el desempeño". Noviembre 2010. USMP.
24. Ex - Jefe de Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-RAA Almenara. 2009 – Agosto 2011.
25. Docente de Post Grado de la Universidad Alas Peruanas. 2012.
26. Docente de Post-Grado del Doctorado en Ciencias de la Salud de la UNMSM.
27. Docente de Pre y Post-Grado de la Universidad Autónoma de Ica.
28. Administración y Gestión en los Servicios de Salud. 2014
29. Diplomado en Planificación Estratégica en Salud. 2015
30. Actualmente Supervisora de Enfermería del Hospital Guillermo Almenara I.
31. Miembro de Equipo de Humanización del Cuidado de la Salud. 2015
32. Miembro del Colegio de Enfermeras – Comité de Distinciones Honoríficas.
33. Miembro del Comité de Auditoría en Enfermería Hosp. Guillermo Almenara Irigoyen.
34. Especialización en Humanización en la Universidad Antonio Ruiz de Montoya
35. Gestión en Salud Hospital Guillermo Almenara I. – Essalud
36. Especialización Administración Gubernamental – Univ. Nac. Mayor de San Marcos
37. Especialización Gestión en Auditoría y Calidad del Cuidado de Enfermería – Univ. Nac. Mayor de San Marcos



República del Perú
Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria

UNIVERSIDAD PRIVADA CESAR VALLEJO



Código: 7009960612
D.N.I.: 21805167

Apellidos:
**CRUZ
CARBAJAL**

Nombres:
CARMEN TERESA

Facultad:
DOCTORADO

Carrera:
GESTION PUBLICA Y GOBERNABILIDAD

CARNÉ UNIVERSITARIO



Año de Ingreso:
2015-02



SOMOS
PROTECTORES DE LA
CALIDAD
UNIVERSITARIA

Expira: 30/04/17





ESCUELA DE POSGRADO

UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO

Bioseguridad y Trabajo en equipo del Personal de Salud en la incidencia de Estrategia Sanitaria de Tuberculosis en la Región Ica 2017.

PROYECTO PARA OPTAR GRADO DE DOCTOR EN GESTION PÚBLICA Y GOBERNABILIDAD.

AUTORA

Mgtr.CARMEN TERESA CRUZ CARBAJAL

DOCENTE

DR.LUIS ALBERTO NUÑEZ LIRA

SECCION: CIENCIAS EMPRESARIALES

LINEA

ADMINISTRACION DEL TALENTO HUMANO

PERU -2017

“Año del Diálogo y la Reconciliación”

SUMILLA: Comunica autorización de la DIRESA – ICA, para desarrollar Proyecto de Investigación.

SEÑORA: Dra. Diana Bolívar Joo
Directora General del Hospital Regional de Ica – MINSA (Ica)


De mi mayor consideración:

Me dirijo a Ud. Señora Directora del Regional de Ica – MINSA (Ica), para hacer de su conocimiento que la DIRESA – ICA, me ha autorizado desarrollar el Proyecto de Investigación **“BIOSEGURIDAD Y TRABAJO EN EQUIPO DEL PERSONAL DE SALUD EN LA INCIDENCIA DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE TUBERCULOSIS EN LA REGIÓN ICA 2017”**, dicha autorización tiene el registro D.G. 000005638, y que estoy haciendo llegar a su despacho para su conocimiento y las facilidades del caso.

Señora Directora, por anticipado le agradezco la atención al presente.

Atentamente,

Lima, 21 de Febrero del 2017



Doctora: Carmen Teresa Cruz Carbajal
DNI N° 21805167
C.P.E. 2657

Acompaño:

- Copia DIRESA – ICA
- Documento de gestión presentado (7)



GORE - ICA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD - ICA
HOSPITAL REGIONAL DE ICA

**FORMULARIO UNICO DE TRAMITE
(FUT)**

CODIGO 976

Nº 027937

SUMILLA DESARROLLO DE
INVESTIGACION

SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA

DATOS DEL USUARIO

| | | |
|------------------------------------|--|-----------|
| NOMBRES Y APELLIDOS | CARMEN TERESA CRUZ CARBASAL | |
| CARGO ACTUAL Y CENTRO DE TRABAJO | ENFERMERA SUPERVISORA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALHENANA ESSALUD | |
| LIBRETA ELECTORAL / DNI: | 21805164 | |
| DOMICILIO | DISTRITO | PROVINCIA |
| AVENIDA ANGAHOS 2445-202 SAN BORJA | | |

FUNDAMENTOS DEL PEDIDO

| |
|---|
| REALIZACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN DOCTORADO DE SALUD: |
| GESTIÓN PÚBLICA Y GOBERNABILIDAD |
| |
| |

DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTA

| |
|-----------------------|
| adjunto 04 Documentos |
| |

Ica, 21 de Febrero del 2014


FIRMA



MINISTERIO DE SALUD

RED DE SALUD DE ICA

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
RED DE SALUD ICA
RFCIBIDO
 21 FEB. 2017
 Ref. N°
 Folio Hora 9:11
 Firma *[Signature]*

FORMULARIO UNICO DE TRAMITE

N° 261

SOLICITA: *Demanda de Investigación*
aplicación del Presente Proyecto

SEÑOR DIRECTOR DE LA RED DE SALUD I- ICA

DATOS DEL USUARIO:

| | | |
|--|-------------------------|-------------|
| APELLIDOS Y NOMBRES <i>CRUZ CARBAJAL CARMEN TERESA</i> | | |
| CARGO ACTUAL : <i>ENFERMERA SUPERVISORA</i> | | |
| CENTRO DE TRABAJO: <i>HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENZA FRIGOVEN ESSALUD</i> | | |
| DOMICILIO | DISTRITO | PROVINCIA |
| <i>Avenida Ongamco 2545-202</i> | <i>SAN BORJA</i> | <i>LIMA</i> |
| D. N I | TELEFONO FIJO O CELULAR | |
| <i>21805164</i> | <i>999960340</i> | |

FUNDAMENTO DEL PEDIDO:

Realizando Doctorado de Gestión PÚBLICA y Gobernabilidad

.....

ANEXO:

De 7 Documentos Visado por Gobiernos Regionales Directa - ICA

Ica, 21 de Febrero del 2017

[Signature]
 FIRMA

"Año del Diálogo y la Reconciliación"

SUMILLA: Comunica autorización de la DIRESA – ICA, para desarrollar Proyecto de Investigación.

SEÑOR: Dr. Hugo Huamán Brizuela

Jefe de la Unidad Ejecutora 401 Salud – Chincha


De mi mayor consideración.

Me dirijo a Ud. Señor Director, de la Unidad Ejecutora 401 Salud – Chincha, para hacer de su conocimiento que la DIRESA – ICA, me ha autorizado desarrollar el Proyecto de Investigación "BIOSEGURIDAD Y TRABAJO EN EQUIPO DEL PERSONAL SE SALUD, EN LA INCIDENCIA DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE TUBERCULOSIS EN LA REGIÓN ICA 2017", dicha autorización tiene el registro D.G. 000005638, y que estoy haciendo llegar a su despacho para su conocimiento y las facilidades del caso.

Señor Director, por anticipado le agradezco la atención al Pte.

Atentamente.

Lima, 11 de Enero del 2017



Doctora: Carmen T. Cruz Carbajal
DNI. Nº 21805167
C.P.E. 2657

Acompaño:

- Copia DIRESA – ICA
- Documentos de gestión presentado (7)



“Año del Diálogo y la Reconciliación”

SUMILLA: Comunica autorización de la DIRESA – ICA, para desarrollar Proyecto de Investigación.

SEÑOR: Dr. Roberto Alejandro Estrada Rodriguez
Director Ejecutivo del Hospital San Juan de Dios – MINSA (Pisco)


De mi mayor consideración:

Me dirijo a Ud. Señor Director, del del Hospital San Juan de Dios – MINSA (Pisco), para hacer de su conocimiento que la DIRESA – ICA, me ha autorizado desarrollar el Proyecto de Investigación “**BIOSEGURIDAD Y TRABAJO EN EQUIPO DEL PERSONAL DE SALUD EN LA INCIDENCIA DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE TUBERCULOSIS EN LA REGIÓN ICA 2017**”, dicha autorización tiene el registro D.G. 000005638, y que estoy haciendo llegar a su despacho para su conocimiento y las facilidades del caso.

Señor Director, por anticipado le agradezco la atención al presente.

Atentamente,

Lima, 21 de Febrero del 2017



Doctora: Carmen Teresa Cruz Carbajal
DNI N° 21805167
C.P.E. 2657

Acompaño:

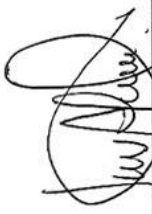
- Copia DIRESA – ICA
- Documento de gestión presentado (7)

VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS

Dr. LUIS ALBERTO NÚÑEZ LIRA

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Suficiente

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable


Firma del Juez Experto

Apellidos y nombres del juez evaluador: Núñez Lira Luis
Especialidad del evaluador: Psicólogo - exp en Estu

07 de noviembre del 2016

1 Pertinencia: _____
2 Relevancia: _____
3 Claridad: _____
Nota: _____

VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS

Dr. RAÚL TAFUR PORTILLA

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Raúl Tafur Portilla (Dr. RAÚL ARTURO TAFUR PORTILLAS)

Firma del Juez Experto

DNI 08794532

Apellidos y nombres del juez evaluador: Dr. _____

Especialidad del evaluador: _____

07 de noviembre del 2016

1 Pertinencia:

2 Relevancia:

3 Claridad:

Nota: _____

VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS

Dr. RODOLFO TALLEDO REYES

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si, el número de ítems exige la información requerida

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



Firma de Juez Experto

Apellidos y nombres del juez evaluador: Taliedo Reyes Rodolfo

Especialidad del evaluador: Metodología. Docente de EPE-UCV

20 de enero del 2018

¹ Pertinencia: Si, los ítems son oportunos

² Relevancia: Si, los ítems son amplios e importantes

³ Claridad: Si, los ítems están redactados con claridad

Nota: El instrumento es aplicable.

VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS
Dr. HUMBERTO LOVÓN CHAVEZ

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

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



Firma del Juez Experto

Apellidos y nombres del juez evaluador: Dr. Humberto Lovón Chávez
Especialidad del evaluador: Pleno de lo Civil

07 de noviembre del 2016

¹ Pertinencia: _____

² Relevancia: _____

³ Claridad: _____

Nota: _____

VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS

Dra. JUANA MARCOS ROMERO

Observaciones (precisar si hay suficiencia): OK ✓

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] No aplicable []


Firma del Juez Experto 09997707

Apellidos y nombres del juez evaluador: Marcos Romero, Juana
Especialidad del evaluador: _____

07 de noviembre del 2016

1 Pertinencia: OK ✓

2 Relevancia: OK ✓

3 Claridad: OK ✓

Nota: _____



GOBIERNO REGIONAL DE ICA
 Dirección Regional de Salud – ICA
 UNIDAD EJECUTORA 406 RED DE SALUD ICA
 "AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL"



MEMO N° 286 2018 GORE/DIRESA-ODI-P.TBC./RED SALUD ICA

Señor(a) : DR. Yanina Huaranga Wong
JEFE DEL CENTRO SALUD LA TINGUIÑA

Asunto : Brindar Facilidades al Profesional de Salud en Estudio de Investigación

Fecha : Ica, 23 de Febrero del 2018

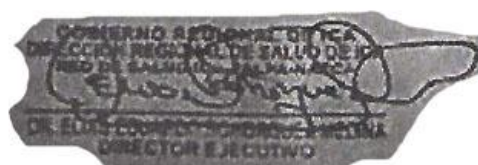
Es sumamente grato dirigirme a usted, para hacerle llegar mi cordial saludo, y a la vez informarle que el profesional Mgtr. en Enfermería Carmen Teresa Cruz Carbajal, realizara el estudio de investigación en el centro de Salud que usted dirige "Bioseguridad y Trabajo en Equipo del Personal de Salud en la Incidencia de la Estrategia Sanitaria de Tuberculosis en la Región Ica 2017"

- N. de FJT de Solicitud: 261

Motivo por el cual, solicito se sirva brindar las facilidades necesarias a la profesional antes mencionada para que pueda cumplir su Estudio de Investigación

Sin otro particular me despido de usted, no sin antes reiterarle las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente.





"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"



Pisco, 12 de Marzo del 2018

OFICIO N° 076-2018-GORE-ICA-DIRESA-UADEI.

Señora : Lic. Enf. Carmen Teresa Cruz Carbajal
 Asunto : Autorización para recabar información para elaborar Proyecto de Investigación.
 Referencia : Proveído de fecha 21 de Febrero del 2018

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarla cordialmente al mismo tiempo darle a conocer que la Dirección a mi cargo le autoriza para que recabe información para el desarrollo del proyecto de investigación: "Bioseguridad y Trabajo en equipo del Personal de Salud en la incidencia de la estrategia sanitaria de tuberculosis en la Región Ica."; dicha tesis será sustentada para optar el grado de Doctor en Gestión Pública y gobernabilidad.

Sin otro particular, es propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi mayor consideración.

Atentamente,



GORE ICA - DIRESA - ICA
 U.E. 404 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PISCO
 G.P. MIGUEL ANGEL SALAS VINCES
 C.M.P. 13188 R.N.E. 5925 CGPP 485
 DIRECTOR EJECUTIVO

c.c.: Archi
 MASV/D/ HSJDP
 AGGC/J/JUADEI.

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD ICA
 Hospital San Juan de Dios de Pisco
 Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
 Fundo Alto la Luna Mz-B Lt-5
 Ica - Pisco



"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"



MEMORANDO N° 128 -2018-GORE-ICA/HSJCH-DE

SEÑOR : M.C. LUZ MARIA PAREDES QUIROZ
Jefe de la Microred de Pueblo Nuevo

ASUNTO: : Solicito Brindar Facilidades al Profesional de Salud

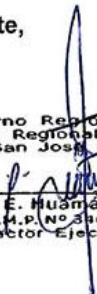
FECHA : Chincha Alta, 15 de marzo del 2018

Mediante el presente me dijo a usted expresándole mis saludos, a la vez manifestarle que la profesional **Magtr. en enfermería CARMEN TERESA CRUZ CARBAJAL**, realizará el estudio de investigación en el Centro de Salud de Pueblo Nuevo que dirige, **"BIOSEGURIDAD Y TRABAJO EN EQUIPO DEL PERSONAL DE SALUD EN LA INCIDENCIA DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE TUBERCULOSIS.**

Por tal motivo, solicito a usted brindar las facilidades necesarias a la profesional en mención **para que pueda cumplir su Estudio de Investigación.**

Atentamente,

Gobierno Regional Ica
Dirección Regional de Salud
Hospital San José de Chincha


Dr. Hugo E. Huamán Brizuela
C.M.P. N° 31681
Director Ejecutivo

HEHB/DE-HSJCH/lfp.

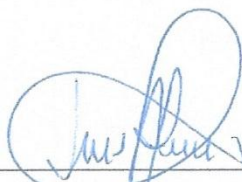


Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

Yo, Luis Alberto Núñez Lira, docente de la Escuela de Postgrado de la UCV y revisor del trabajo académico titulado **"Bioseguridad y trabajo en equipo del personal de salud en la incidencia de la estrategia sanitaria de tuberculosis en la región Ica 2017"** del estudiante **Carmen Teresa Cruz Carbajal** y habiendo sido capacitado e instruido en el uso de la herramienta Turnitin, he constatado lo siguiente:

Que el citado trabajo académico tiene un índice de similitud constato **20%** verificable en el reporte de originalidad del programa turnitin, grado de coincidencia mínimo que convierte el trabajo en aceptable y no constituye plagio, en tanto cumple con todas las normas del uso de citas y referencias establecidas por la universidad César Vallejo.

Lima, Mayo de 2018



Luis Alberto Núñez Lira

DNI: 08012101

Feedback Studio - Mozilla Firefox
<http://www.tumbin.com/app/carta/af70-105139617230-28726581954-16ba1g-as>
 tesis_cruz.docx

feedback studio

ESCUELA DE POSGRADO
 UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Bioseguridad y Trabajo en Equipo del Personal de Salud
 en la Incidencia de la Estrategia Sanitaria de
 Tuberculosis en la Región Ica 2017**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
 Doctora de Gestión Pública y Gobernabilidad

AUTOR:
 Mgtt. Carmen Teresa Cruz Carbajal

ASESOR:

Resumen de coincidencias

20 %

| | | |
|---|---------------------------|-----|
| 1 | Entregado a Universida... | 1 % |
| 2 | repositorio.ucv.edu.pe | 1 % |
| 3 | repositorio.upou.edu.pe | 1 % |
| 4 | es.ecr.edu.com | 1 % |
| 5 | bvs.minsa.gob.pe | 1 % |
| 6 | www.monografias.com | 1 % |
| 7 | www.redib.org | 1 % |
| 8 | trabajoen equipo blogs... | 1 % |
| 9 | prezi.com | 1 % |

Página: 1 de 61 Número de palabras: 9119 High Resolution Escrito 2:50 p. m. 8/10/2018



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)
"César Acuña Peralta"

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

CRUZ CARBAJAL CARMEN TERESA

D.N.I. : 21805167

Domicilio : AVENIDA ANCAHOS 2545-202 SAN BORJA

Teléfono : Fijo : Móvil 999960340

E-mail : dulceultrata.01@.fahav.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad :

Escuela :

Carrera :

Título :

Tesis de Posgrado

Maestría

Doctorado

Grado : DOCTORADO

Mención : GESTIÓN PÚBLICA Y GOBERNABILIDAD

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

CRUZ CARBAJAL CARMEN TERESA

Título de la tesis:

Bioseguridad y Trabajo en Equipo del Personal de Salud
en la Incidencia de la Estrategia Sanitaria de Tuberculosis
en la Región Ica 2018

Año de publicación :

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

Firma : 

Fecha : 11-9-18



ESCUELA DE POSGRADO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Luis
Munoz
1294-18

FORMATO DE SOLICITUD

SOLICITA:

Voto Bueno para
supuesto de la
Tesis Doctoral

ESCUELA DE POSGRADO

CARMEN TERESA CRUZ CARBAJAL con DNI N°
(Nombres y apellidos del solicitante) (Número de DNI)

domiciliado (a) en AV. Angamos 2545-202 San Jorge Lima Lima
(Calle / Lote / Mz. / Urb. / Distrito / Provincia / Región)

ante Ud. con el debido respeto expongo lo siguiente:

Que en mi condición de alumno de la promoción: 2018 del programa: Doctorado en Gestión
(Promoción) (Nombre del programa)

Pública y Gobernabilidad identificado con el código de matrícula N° 7000960612
(Código de alumno)

de la Escuela de Posgrado, recorro a su honorable despacho para solicitarle lo siguiente:

El Voto Bueno para supuesto de la Tesis Doctoral
para el documento y competencias del
Sector Salud en la Región ICA - 2017



Por lo expuesto, agradeceré ordenar a quien corresponde se me atienda mi petición por ser de justicia.



[Signature]
(Firma del solicitante)

Documentos que adjunto:

- a. *Dictamen Final*
- b. *Formulario*
- c. *Acta de aprobación y igualdad de Tesis*
- d. *Resolución de sustentación de Tesis*

Cualquier consulta por favor comunicarse conmigo al:

Teléfonos: 999960340

Email: *ducel@univalle.edu.pe*