



ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE
LOS SERVICIOS DE LA SALUD

**Cultura de Seguridad del Paciente y Bioseguridad en el Personal
de Enfermería de un Hospital Público de Lima - 2021.**

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

AUTORA:

Fajardo Torres, Emma Jesus
(<https://orcid.org/0000-0002-7320-056X>)

ASESOR:

Magtr. Orihuela Salazar, Jimmy Carlos
(<https://orcid.org/0000-0001-5439-7785>)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión de riesgo en Salud

LIMA - PERÚ

2021

Dedicatoria

Esta tesis está dedicada al personal de enfermería de la sanidad pública, la única que salva vidas sin preguntar si el paciente tiene cómo pagar.

Agradecimiento

Agradezco a la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo por la formación de calidad que recibí en sus aulas virtuales.

Índice de contenidos

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	vi
Índice de figuras	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	14
3.1 Tipo y diseño de investigación	14
3.2 Variables y operacionalización	14
3.3 Población, muestra y muestreo, unidad de análisis	15
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	15
3.5 Procedimientos	16
3.6 Métodos de análisis de datos	16
3.7 Aspectos éticos	16
IV. RESULTADOS	18
V. DISCUSIÓN	41
VI. CONCLUSIONES	45
VII. RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS	47
ANEXOS	56

Índice de tablas

Tabla 1 Resultados de la variable cultura de seguridad	18
Tabla 2 Resultados de la dimensión asistencial	19
Tabla 3 Resultados de la dimensión organización	20
Tabla 4 Resultados de la dimensión relaciones	21
Tabla 5 Resultados de la dimensión gestión	22
Tabla 6 Resultados de la variable bioseguridad	23
Tabla 7 Resultados de la dimensión procesamiento del instrumental.	24
Tabla 8 Resultados de la dimensión método de protección	25
Tabla 9 Resultados de la dimensión higiene de superficie	26
Tabla 10 Resultados de la dimensión eliminación de residuos.	27
Tabla 11 Tabla cruzada para la cultura de seguridad del paciente y bioseguridad	28
Tabla 12 Tabla cruzada para la cultura de seguridad del paciente y dimensión procesamiento del instrumental.	29
Tabla 13 Tabla cruzada para la cultura de seguridad del paciente y dimensión método de protección.	31
Tabla 14 Tabla cruzada para la cultura de seguridad del paciente y dimensión higiene de superficie.	32
Tabla 15 Tabla cruzada para la cultura de seguridad del paciente y dimensión eliminación de residuos.	34
Tabla 16 Prueba de normalidad	35
Tabla 17 Correlación de hipótesis general.	36
Tabla 18 Correlación de hipótesis específica 1.	37
Tabla 19 Correlación de hipótesis específica 2.	38
Tabla 20 Correlación de hipótesis específica 3.	39
Tabla 21 Correlación de hipótesis específica 4.	40

Índice de figuras

Figura 1 Gráfica de la primera variable como frecuencia	18
Figura 2 Gráfica de frecuencia de la dimensión asistencial.	19
Figura 3 Gráfica de frecuencia de la dimensión organización.	20
Figura 4 Gráfica de frecuencia de la dimensión relaciones.	21
Figura 5 Gráfica de frecuencia de la dimensión gestión.	22
Figura 6 Gráfica de frecuencia de la variable bioseguridad.	23
Figura 7 Gráfica de frecuencia de la dimensión procesamiento del instrumental.	24
Figura 8 Gráfica de frecuencia de la dimensión método de protección.	25
Figura 9 Gráfica de frecuencia de la dimensión higiene de superficie.	26
Figura 10 Gráfica de frecuencia de la dimensión eliminación de residuos.	27
Figura 11 Gráfica de frecuencia de la variable cultura de seguridad del paciente y bioseguridad	28
Figura 12 Gráfica de frecuencia de la variable cultura de seguridad del paciente y dimensión procesamiento del instrumental.	30
Figura 13 Gráfica de frecuencia de la variable cultura de seguridad del paciente y dimensión método de protección.	31
Figura 14 Gráfica de frecuencia de la variable cultura de seguridad del paciente y dimensión higiene de superficie.	33
Figura 15 Gráfica de frecuencia de la variable cultura de seguridad del paciente y dimensión eliminación de residuos.	34

Resumen

La presente tesis sobre “Cultura de Seguridad del Paciente y Bioseguridad en el personal de Enfermería de un hospital público de Lima, 2021” para optar el grado de Maestra en Gestión de los servicios de salud por la Universidad César Vallejo, Lima, Perú, y planteó como objetivo determinar la relación entre las variables objeto de estudio. Empleó el tipo de investigación básica de nivel descriptivo correlacional, de enfoque cuantitativo; de diseño no experimental de corte transversal. La muestra censal estuvo conformada por 50 personas y el muestreo fue de tipo no probabilístico por conveniencia. La técnica que se empleó fue la encuesta y el instrumento de recolección de datos fue el cuestionario debidamente validado a través del juicio de expertos y con alta confiabilidad. Se obtuvo como resultados: (i) predominó el nivel regular (70,0%) en Cultura de Seguridad del Paciente, (ii) prevaleció el nivel adecuado (88,3%) en Bioseguridad, (iii) existe una correlación positiva, directa y muy alta (ρ de Spearman= 0,991; $p_{\text{valor}} = p=0,000 < 0,050$ y $p < 0.001$). Por tanto, se concluyó que a un mayor nivel de Cultura de Seguridad del Paciente corresponde un mayor nivel de Bioseguridad.

Palabras clave: Cultura, Seguridad, Bioseguridad, Gestión, Salud.

Abstract

The present thesis on "Culture of Patient Safety and Biosafety in Nursing staff of a public hospital in Lima, 2021" to qualify for the Master's degree in Health Services Management from the César Vallejo University, Lima, Peru, and proposed as an objective to determine the relationship between the variables under study. He used the type of basic research of a descriptive correlational level, with a quantitative approach; non-experimental cross-sectional design. The census sample consisted of 50 people and the sampling was non-probabilistic for convenience. The technique used was the survey and the data collection instrument was the questionnaire duly validated through the judgment of experts and with high reliability. The following results were obtained: (i) the regular level (70.0%) prevailed in Patient Safety Culture, (ii) the adequate level (88.3%) prevailed in Biosafety, (iii) there is a positive, direct correlation and very high (Spearman's $\rho = 0.991$; $p_value = p = 0.000 < 0.050$ and $p < 0.001$). Therefore, it was concluded that a higher level of Patient Safety Culture corresponds to a higher level of Biosafety.

Keywords: Safety, Culture, Biosafety, Health, Management.

I. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un problema acuciante, al punto que es más probable que alguien muere por una mala praxis médica antes que por un accidente automovilístico. (1) Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lidera una estrategia global denominada Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente con el objetivo de promover estudios que faciliten reducir riesgos de ese tipo. (2) El Consejo Ejecutivo de la OMS en su sesión número 144 determinó que en los establecimientos de salud de naciones pobres se registran más muertes que en los países ricos donde los errores de seguridad se evitan hasta en un 80%. (3) Una atención no segura resta recursos que podrían ser destinados a mejorar la calidad asistencial. Sin embargo, el problema va más allá, porque también hay implicancias políticas. (4) (5) Por su parte, la emergencia sanitaria a nivel mundial ha hecho que el cumplimiento de protocolos de bioseguridad en el personal de enfermería sea una necesidad ineludible. Aunque no sean totalmente representativos, los datos indican que el número de infecciones por coronavirus entre los sanitarios es más alto que en el resto de profesionales, a pesar de representar menos del 3% de la población laboral mundial. (6)

En América Latina el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos concluyó que diariamente las malas prácticas sanitarias duplican el riesgo durante el periodo de atención hospitalaria. (7) Súmese a lo anterior los altos índices de un proceso inseguro en la atención dada en los países subdesarrollados, cuyos problemas tienen un trasfondo económico el cual impide la compra de insumos esenciales, infecciones combinadas con los consiguientes efectos en el presupuesto anual, déficits. (7) (8)

A nivel nacional, con la llegada de la pandemia la situación del personal de salud empeoró debido al aumento de contagios a causa del COVID-19. Para el 2020 el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades- MINSA, informó que los casos de infección por el coronavirus (91,67%) pertenecen al personal que labora en Lima, siendo los nosocomios de la red de EsSalud y del Ministerio de Salud los más afectados, en cuanto al personal de salud el médico residente y los enfermeros son los más contagiados. (9) Esto

demuestra que a nivel nacional las indicaciones son aplicadas en el marco del ejercicio laboral, pero aún queda un número significativo de personas que no cumplen con las normas impuestas y a esto se suma la llegada del virus, que hace que se necesite reforzar urgente la norma para no elevar el riesgo potencial de afecciones que pongan en riesgo su vida. Para esto, el MINSA elaboró a través de una Resolución Ministerial un Plan Nacional de Reforzamiento de los Servicios de Salud y contención de la COVID-19 en donde se tiene como objetivo contener el avance de la enfermedad y reforzar la participación de la población en ese sentido. (10)

A nivel local, en el hospital público que constituye la unidad de análisis se observa que la mayoría del personal de reciente contratación aún tiene limitaciones para el conocimiento y dominio de los principios básicos de la cultura de seguridad. Asimismo, en cuanto a los protocolos de bioseguridad el conocimiento sí tiene un buen nivel, pero lo que ha fallado es el aprovisionamiento por parte del área de Logística de la cantidad necesaria de equipos de protección personal. Si estos problemas permanecen entonces se corre el riesgo real de que la salud de todos se vea afectada. Por ello, la presente investigación aportará evidencia empírica de la asociación entre las variables comprendidas.

Por lo expuesto, se arriba a la formulación del problema: ¿Cuál es la relación entre Cultura de Seguridad del Paciente (CSP) y Bioseguridad (B) en el Personal de Enfermería de un Hospital Público de Lima, 2021? Como problemas específicos: ¿Cuál es la relación entre CSP y las dimensiones procesamiento del instrumental, método de protección, higiene de la superficie, y eliminación de residuos de B en el Personal de Enfermería de un Hospital Público de Lima, 2021?

Así también, se genera un objetivo general como determinar la relación entre CSP y B en el Personal de Enfermería de un Hospital Público de Lima, 2021. Como objetivos específicos: determinar la relación entre CSP y las dimensiones procesamiento del instrumental, método de protección, higiene de la superficie, y eliminación de residuos de B en el Personal de Enfermería de un Hospital Público de Lima, 2021.

Como hipótesis general se propone: existe relación estadísticamente significativa entre CSP y B en el Personal de Enfermería de un Hospital Público de Lima, 2021. Como hipótesis específicas: existe relación estadísticamente significativa entre CSP y las dimensiones procesamiento del instrumental, método de protección, higiene de la superficie, y eliminación de residuos de la B en el Personal de Enfermería de un Hospital Público de Lima, 2021.

La justificación teórica de la presente investigación radica en la profundización de conocimiento acerca de la relación entre CSP y B en el Personal de Enfermería, lo que a su vez será útil para las acciones dispuestas por la gerencia en lo que referido a protección del trabajador y al usuario del servicio de salud. La teoría de cultura de seguridad del paciente, al igual que la bioseguridad, ha sido adoptada por la OMS como principio fundamental de la atención sanitaria (11) (12) e implica creencias y actitudes asumidas por las personas en su práctica con la finalidad de asegurar que no habrá daño innecesario o potencial. (13) Asimismo, el cumplimiento de protocolos de bioseguridad el menor riesgo posible para sanitarios y pacientes. (14) (15)

El valor metodológico estriba en sus instrumentos de medición validados y con fuerte confiabilidad, estos instrumentos han demostrado ser pertinentes para diagnosticar el estado actual de las variables. A su vez, estos instrumentos permitieron la recolección de datos que, al ser analizados, fueron información relevante para la gerencia del nosocomio, de modo tal que se proteja más al personal sanitario y al usuario del servicio.

En lo que se refiere a la justificación práctica, se demostró la relación entre variables, y los beneficiarios directos han sido quienes brindan el servicio (personal sanitario) y quienes lo reciben (usuarios). El análisis de los resultados también será útil para planificar y diseñar campañas informativas y talleres de capacitación al respecto.

II. MARCO TEÓRICO

En el ámbito internacional, se tiene a Labajo, E. (2018-España), en su tesis tuvo como objetivo evaluar el actuar de maestros para obtener un conocimiento efectivo de los conceptos y medidas básicas en seguridad del paciente. Su muestra estuvo conformada por 163 personas a quienes se administró el Cuestionario, traducido por la AHRQ, para conocer la seguridad de los pacientes en un espacio ambulatorio. Uno de sus resultados más destacados fue los porcentajes de autopercepción de los encuestados superaron el 50% y predominó el calificativo de buenos. (18) A su vez, Vasco, I. (2017-España) en su tesis desarrollado en el área de enfermería de un Hospital de Mérida, se propuso analizar la cultura de seguridad del paciente, en su estudio transversal descriptivo encontró que el 85% del personal de enfermería omite informar sobre eventos adversos, mientras que un 8% de los encuestados percibió que no se cuenta con personal idóneo y que esto se debería a que no se cuenta con el soporte suficiente por parte de la dirección, como debilidad se consideró la dotación de personal y la percepción del personal sanitario respecto al apoyo gerencial por la seguridad del paciente. (16) Asimismo, López, V. et al. (2016-Colombia) en su tesis se propuso describir la cultura de seguridad del paciente en un hospital de primer nivel de Villeta, Cundinamarca, y realizó un estudio de tipo descriptivo. Los resultados evidenciaron que el grado de seguridad percibido fue de 68 %, el cual incorporó el rango de excelente y muy bueno, aunque el 68 % se situó por debajo de la media (76 %) en la AHRQ, además de que el personal consideraba que es importante notificar los eventos, pero tenían temor de ser involucrados en ello. (19)

Por otro lado, Orkaizagirre, A. (2016-España) en su tesis se propuso conocer si las enfermeras noveles en unidades médicas y quirúrgicas cometen eventos adversos y notifican incidentes, empleó en su estudio transversal descriptivo un diseño no experimental y concluyó que el 72% de los encuestados evaluó como muy buena la cultura de seguridad, a pesar de que parte de la muestra de estudio con 3 y 5 años de experiencia son quienes más errores de medicación cometen, los enfermeros neófitos con un tiempo de trabajo de 3 meses a un año han indicado presenciar más acontecimientos adversos, además hubo diferencias

estadísticamente significativas entre quienes recibieron formación previa sobre el funcionamiento de la unidad hospitalaria y aquellos que no la recibieron. (5) A su vez, Castillo, S. et al. (2015-Colombia) en su tesis aplicado en un hospital de baja complejidad del municipio de Yumbo Valle, planteó evaluar la cultura de seguridad del paciente, en un estudio cuantitativo y transversal halló que, por ejemplo, el 45 % del personal reporta entre uno y dos eventos desfavorables, el 37% no reporta y el personal encuestado distingue el inicio de una cultura del aprendizaje donde los errores podrían conducir a cambios concretos y, a su vez, evaluar la efectividad de las medidas implementadas. (17)

Entre los antecedentes nacionales se tuvo la tesis de Vergara, F. (2017) en su tesis se formuló el objetivo de determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones en los servicios de cirugía, realizó un estudio descriptivo, correlacional y transversal donde concluyó que un 28% del personal sanitario afirmó que empleó las normas de bioseguridad, el 49% casi siempre, el 20% que no lo considera necesario, el 55% acata las normas de bioseguridad frente a un 45% que actúa bajo su criterio, además de una correlación positiva moderada ($\rho = 0,612$) entre las variables estudiadas. (20) Además, Bautista, A. et al. (2017) en su tesis de posgrado se determinó la relación entre la satisfacción laboral del personal enfermero y la seguridad del paciente quirúrgico del hospital Santa Rosa, se siguió una metodología cuantitativa y descriptiva, que permitió hallar que el 71% piensa que la capacidad formativa de la organización interna fue útil para aumentar sus conocimientos, al igual que la mejora de sus estándares para comunicarse en un 85%. (21)

A su vez, Ccarhuarupay, D. y Cruzado, K. (2017) en su artículo tuvieron como objetivo analizar, en una muestra de licenciados de Enfermería, el nivel de asociación entre los niveles del conocimiento y prácticas de bioseguridad, realizaron un estudio transversal descriptivo y explicativo, y halló que los niveles de conocimiento de bioseguridad son de nivel medio o regular, además de la existencia de un nivel de asociación mayor entre el conocimiento bueno y la práctica apropiada de bioseguridad, contrastando con los que tienen un conocimiento intermedio. (22) Asimismo, Castillo, K. et al. (2017) en su tesis, aplicado en un centro quirúrgico, se propuso determinar el nivel de conocimiento y

la aplicación de los principios de bioseguridad del personal enfermero, y siguiendo una metodología cuantitativa de nivel descriptivo encontró que un 10% del personal de enfermería de un nosocomio local estimó como bajo el nivel de bioseguridad, el 80% como regular y un 10% como alto, en el caso de la notificación de eventos se dio solo en un 22%. (23) Por otro lado, Robles, K. (2017) en su tesis desarrollado en el Hospital Dos de mayo y aplicado al personal sanitario que labora en los servicios de cirugía, planteó determinar la relación existente entre el nivel de conocimiento y las prácticas de bioseguridad, se trató de un estudio no experimental correlacional y transversal, halló que el 78,4% de los encuestados mostró un nivel de conocimientos alto, el 58,82% consideró que tenía buenas prácticas de bioseguridad, además una correlación positiva moderada ($\rho = 0,407$) entre las variables de estudio. (24)

Los profesionales de la salud tienen como fin último de su profesión la atención óptima de los pacientes por enfermedades de diversos tipos, en ese proceso se distingue un concepto que asegura que el procedimiento de atención sea de calidad; la seguridad del paciente. Este es un concepto fundamental en la atención en un centro hospitalario, porque se relaciona con la respuesta oportuna de la atención sanitaria. La seguridad del paciente está influenciada por determinantes y condicionantes inherentes del proceso asistencial, por ello los centros hospitalarios deben garantizar una adecuada atención, por medio de la protección y cuidado, anticipando cualquier daño y promoviendo ambientes saludables libre de cualquier evento que amenace la integridad de los pacientes.

En la seguridad del paciente está implícito el acto de cuidar (25) y es el personal de enfermería unos de los actores principales para asegurar la reducción de este problema que disminuya efectos fatales. Si bien, las enfermeras tienen la capacidad y voluntad de cuidar a un paciente de forma profesional, la relación de seguridad forma parte de sus competencias y las sitúan en una situación crucial, puesto que pueden incurrir en algún riesgo de error o potenciar su capacidad para proveer la seguridad del paciente, promoviendo medidas de protección y estableciendo un proceso de vigilancia de la calidad de atención. (26) (27)

En ese contexto, la seguridad del paciente se considera como base de los servicios de la salud, este no es un tema nuevo, puesto que antes que la enfermería se reconociera y se estableciera como profesión, Florence Nightingale fue una precursora en hablar sobre la importancia de reducir los daños a través de un buen cuidado de higiene, limpieza, ventilación y organización de un centro hospitalario. Esto quedó registrado en su libro *Notas de Enfermería*, en donde explica que el personal debe abstenerse de causar algún daño al paciente, en cambio debe tener una comprensión sobre las causas y efectos que produce el ambiente en la salud y enfermedad y en el proceso de cura en el paciente. (28)(29)

Para Rocco y Garrido (30) la seguridad del paciente (SP) es parte integral de la calidad en el área asistencial y una práctica primordial sanitaria. Se entiende como toda acción que se desarrolla para impedir lesiones al paciente que puede causar el proceso de asistencia. Según Camacho y Jaimes (31) la SP tiene como objetivo minimizar cualquier evento adverso atribuible a los cuidados que recibe el paciente y potencialmente prevenibles, siendo el eje fundamental para garantizar los servicios del sector salud.

La OMS manifiesta que con la evolución y el cambio de paradigma para mejorar el proceso de atención en ambientes hospitalarios, se empezó a estudiar la seguridad del paciente como parte de la preocupación por evitar algún tipo de daño irreversible. La preocupación por la seguridad radica en precaver y disminuir errores, siendo este objetivo de estudio en la mejora continua de los hospitales, tratándose como la piedra angular del aprendizaje para evitar eventos adversos. (32) (33)

Garantizar la seguridad del paciente requiere de múltiples programas y políticas que divulguen una cultura de seguridad, entendida como la suma de actitudes cotidianas, conocimientos y actitudes por parte del equipo médico, que pretendan evitar y mitigar daños potenciales durante la atención del paciente.

Entre las principales teorías de seguridad del paciente, se sabe que James Reason en 1995 desarrolló una denominada “Teoría del Queso Suizo”, el cual explica que toda organización establece de forma natural barreras que impiden

amenazas externas que puede provocar daños. Tal control de protección que se construyen dentro de la organización, fueron expresadas por medio de láminas de queso suizo con agujeros. Los agujeros representan potenciales errores que pueden estar disfrazados y que progresivamente se va descubriendo, evitando y cambiando. La amenaza se hace realidad y produce daños cuando estos agujeros se “alinean”. (40)(41)

En el plano asistencial, el modelo sirve para explicar que el error forma parte del ser humano, y como tal, nunca desaparecerá la posibilidad de errar. No obstante, es posible transformar el ambiente en donde el humano actúa, haciéndolo más seguro, con diseño de sistemas y métodos que disminuyan tales afectaciones, evitando que estos perforen las capas de protección y causen un severo daño. Por ello, analizar los errores implica reconocer las causas subyacentes que inciten y posibiliten errar y no simplemente pensar en lo que ocurrió al final del proceso. (42)(43)(44)

Los autores resaltan que las fallas de seguridad en las organizaciones sanitarias, no tienen que ver necesariamente con el factor humano, sino gran parte se conecta con el sistema. Toman en cuenta el modelo de Reason y lo adaptan al plano de la asistencia sanitaria, clasificando las condiciones que originan errores y los factores organizativos en un marco general de factores que perjudican la práctica clínica. El esquema de los “siete niveles de seguridad”, clasifican los factores que afectan la seguridad del paciente en siete grupos, como los factores del paciente, de la tarea, personales de la plantilla, equipo, condiciones de trabajo, organizativos / de gestión y contexto institucional total. (46)(47)

Geller propone un modelo de cultura de seguridad total, del cual expone que el entorno, la persona y el comportamiento, son factores dinámicos que se relacionan con la seguridad del paciente. Teniendo en cuenta tales elementos, deriva la idea de la transformación de la cultura en una organización y esto se evidencia con la ayuda de tres fases, dependiente, independiente e interdependiente.

Las dimensiones de la cultura de seguridad son: asistencial: La atención sanitaria requiere de un servicio de alta calidad a la población para mejorar sus

afectaciones de forma considerable. Para lograr una atención médica eficiente, segura, oportuna, accesible, centrado en la persona y equitativa, las organizaciones deben ofrecer una asistencia sanitaria que tenga como objetivos; proveer la asistencia de acorde a conocimientos científicos, que los cuidados sean acorde a las expectativas del paciente, asegurar la continuidad de los cuidados y proveer cuidados apropiados a las necesidades de estos. (49)

Organización: La seguridad del paciente requiere de un conjunto de procedimientos, normas y métodos que busquen disminuir todo tipo de afectación, daños o riesgos que pueda sufrir este durante su atención. Por ello, las organizaciones deben proveer un ambiente de confianza en los servicios que ofrece, asegurando insumos, instalaciones y materiales que avalen un control de infecciones para que las prácticas de higiene y el respeto de normas de la cultura de atención animen un trabajo óptimo entre los profesionales. (49)

Relaciones Trabajo en equipo: las organizaciones consideran la cultura de la seguridad por medio de normativas y estándares que ayuden a evitar daños en los pacientes. Para establecer una cultura, todas las personas del equipo deben promover la seguridad en la unidad hospitalaria, facilitando la comunicación y retroalimentación acerca de los errores ocurrido para mejorar el proceso de atención. (39)

Gestión: debe favorecer el mejoramiento periódico de la calidad y satisfacción del paciente, además de los profesionales que trabajan en la organización. La gestión debe estar orientada a las buenas prácticas de monitoreo y cumplimiento de los servicios médicos y asistenciales. (50)

La fase dependiente refiere cuando la institución no se esmera en realizar cambio alguno, respaldado por lo mínimo descrito en el reglamento. En la fase independiente, la organización comprende su responsabilidad por brindar seguridad, empieza a tomar obligaciones más allá de lo que decreta el reglamento y la fase interdependiente es el compromiso de los integrantes del equipo para asegurar una cultura de seguridad que sea activa, tanto individual y grupalmente. Tal modelo, emplea una metodología en donde las acciones inseguras son

penalizadas, las acciones seguras se promueven y se considera la seguridad del trabajo. (48) (63)

Por otro lado, los estudios en seguridad laboral del sector salud a nivel global, demuestran que el personal sanitario está expuesto a infecciones agudas o crónicas, originado por virus, infecciones micóticas y bacterias en su lugar de trabajo. El personal de enfermería está en constante riesgo a agentes infecciosos, ya que interactúan con fluidos orgánicos, corporales, sangre, secreciones y manipulan instrumentos contaminados. (64) (65) (66)

En ese contexto, la bioseguridad nace como una disciplina que garantiza una vida libre de riesgos, peligros y daños que pueden causar efectos irreparables para el bienestar. Este concepto se empezó a estudiar en los 70 a partir del trabajo realizado en el área de ingeniería molecular y en 1980 la OMS publica a nivel internacional el primer manual de Bioseguridad dirigido a los laboratorios, puesto que en esos años se descubre el VIH. Por tal razón el Centro para el Control y Prevención de enfermedades desarrolló una estrategia de “Precauciones universales para sangre y fluidos corporales” para trabajar con normas que eviten el contagio del VIH y mejoren los cuidados personales para su estudio. (51) (52) (53)

El Ministerio de Sanidad de España (54) define la bioseguridad como un conjunto de normas, prácticas e indicaciones que resguardan al ser humano ante agentes infecciosos y buscan reducir los riesgos laborales del sector salud, además de fomentar un entorno saludable para reducir toda posibilidad de contraer enfermedades ligadas a la atención en salud en pacientes y personal externo.

Tamariz señala que las normas de bioseguridad son medidas destinadas a proteger al ser humano con respecto a los riesgos ocupacionales que puede ocasionar su actuar profesional, estos riesgos pueden ser la exposición por radiación, temperatura, sustancias tóxicas, agentes infecciosos o psicológicos. Por ello es importante que estas normas se conviertan es una doctrina en su ambiente laboral. (55)

Del mismo modo, el Ministerio de Salud del Perú (56) define la bioseguridad como una doctrina de comportamiento que tiene como objetivo encaminar las actitudes y conductas de los profesionales en su medio, para disminuir el riesgo a adquirir infecciones.

Las medidas de bioseguridad aplican en todas las áreas en donde la personal tiene un riesgo latente por agentes infecciosos, los sistemas hospitalarios no están exentos de aplicar este tipo de medidas, puesto que el personal sanitario posee riesgos inherentes en su entorno. Por tanto, existe una responsabilidad social de aplicar normas que incentiven al personal a mantener un espacio ordenado, usar ropa adecuada, usar guantes, protectores oculares, mascarillas, gorros de protección, mandilón y se laven las manos cuando empiezan y terminen alguna intervención o atención. (57) (58) (67)

Cumplir a cabalidad las medidas de bioseguridad propuestas por una organización y entidades nacionales e internacionales, conlleva a comprender que el personal en su labor científica y asistencial está expuestos a agentes nocivos para su salud, contar con equipos y materiales necesarios ayuda a disminuir accidentes y consecuencias individuales. También es importante identificar los riesgos a los cuales los profesionales están expuesto, reconocer su entorno para que ellos desarrollen un compromiso individual, marcando actitudes y conductas frente a la bioseguridad. (59) (68) (69) Por su parte, el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta ha desarrollado desde finales de los 80 el sistema de precauciones universales, este es un conjunto de procedimientos cuya finalidad es resguardar al equipo de salud de una posible afectación por la manipulación de tejidos y fluidos corporales. (71)

Las dimensiones de las medidas de bioseguridad son: procesamiento de instrumental: El Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria de cada establecimiento de salud exhorta al personal sanitario a seguir procesos para manejar el material de trabajo siguiendo normas de desinfección y esterilización de instrumental. El procesamiento implica realizar la limpieza en todo tipo de material hospitalario para su desinfección o esterilización, teniendo en cuenta que todo material que no puede ser esterilizado debe ser desinfectado de acuerdo a

los protocolos de seguridad. La esterilización de acuerdo a la compatibilidad de artículos, tiene sus procedimientos. Para el caso de los materiales resistentes al calor incompatibles con humedad deben ser esterilizados por calor seco y todo material compatible con la humedad debe ser esterilizado en autoclave. Así también, debe existir un programa de capacitación continua para que el personal contemple nociones de funcionamiento de equipo, microbiología, principios de limpieza y desinfección, selección, empaquetado de instrumental, control de procesos, entrega de material y uso de equipos de protección personal. (57)(58)

Métodos de protección: son procedimientos que deben proteger de agentes infecciosos al personal de turno. Estos elementos son normas básicas para promover un entorno seguro para el antes, durante y después de una intervención. Entre estas medidas de protección destacan; lavado de manos, el cual es la principal e inmediata medida de protección para prevenir la transmisión de agentes; mascarillas, es un dispositivo que no permite inhalar la expulsión de virus o residuos de saliva, imposibilitando la recepción de estas; protectores oculares, permite proteger el rostro ante el polvo, gases, salpicaduras o impactos; guantes, elemento desechable que protege ante la asistencia de fluidos corporales e intervenciones; mandilón, elemento que cubre el cuerpo, protegiendo ante inesperado fluidos corporales y gorro, el cual se utiliza para proteger el cuero cabelludo. (59)

Higiene de superficie: Para mantener un ambiente con estándares de bioseguridad, la asepsia de superficies en los ambientes de los establecimientos de salud tiene la función de disminuir riesgos a la salud del personal, eliminando agentes patógenos en la superficie de instrumentos o equipos de trabajo. Según la guía técnica de procedimientos de limpieza del MINSA la higiene de superficies debe reducir la dispersión de polvo, la limpieza se realiza antes del proceso de desinfección, los desinfectantes utilizados deben contar con autorización sanitaria y se debe utilizar guantes y zapatos adecuados. (60)

Eliminación de residuos: Los establecimientos de salud generan residuos dañinos y perjudiciales para el personal, los pacientes y población en general. El uso de herramientas o utensilios pueden ser nocivos para las personas que lo manejan,

por ello el personal despliega mecanismos para depositar y eliminar estos materiales y controlar riesgos que afecten a la población y al medio ambiente. Los residuos se pueden clasificar por categorías. En la categoría A se destina todo tipo de residuos biocontaminado, biológicos, quirúrgico o punzocortantes, la categoría B se compone por residuos especiales que tienen características biológicas y físicas potencialmente peligrosas y en la categoría C se dirigen todo tipo de residuos comunes (61)(62)

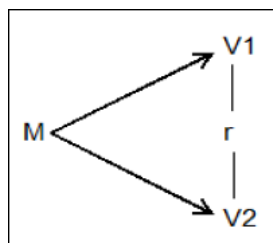
III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

3.1.1 Tipo de investigación

Ha sido básica y cuantitativa, ya que se hizo una medición estadística, de alcance descriptivo porque se enumeraron las cualidades de las variables; además es una investigación no experimental, porque las variables no fueron manipuladas; transversal, dado que la recopilación de datos se hizo una sola vez y en solo lugar. El diseño fue correlacional, ya que se buscó evidenciar con métodos estadísticos el grado de asociación entre variables.

3.1.2 Diseño de investigación



Dónde:

M = personal de enfermería de un hospital público de Lima, 2021

V1 = cultura de seguridad del paciente

V2 = bioseguridad

r = relación de variables de estudio

3.2 Variables y operacionalización

Variable 1: Cultura de seguridad del paciente

Siguiendo a la OMS, se denomina así a los estándares de conducta individual y colectiva que aseguran la máxima reducción de posibles riesgos luego de haber sido atendido en un nosocomio. (32)

Variable 2: Bioseguridad

Según la OMS, consiste en un conjunto de disposiciones cuya finalidad es la mínima posibilidad de que el profesional sanitario se contagie mientras labora. (70)

La operacionalización de ambas variables se encuentra en el anexo 1.

3.3 Población, muestra y muestreo, unidad de análisis

La población estuvo conformada por 50 enfermeras del hospital público ubicado en Lima Metropolitana.

Muestra: conformada por 50 personas, es decir, fue una muestra censal.

Muestreo: no probabilístico de tipo intencional de acuerdo con el criterio del investigador.

Los criterios de inclusión fueron: (i) enfermeras con contrato vigente, (ii) enfermeras que deseen ser parte de la muestra, (iii) enfermeras que hayan registrado su libre voluntad de participar mediante el formulario de consentimiento informado. A su vez, los criterios de exclusión serán: (i) enfermeras que no estén laborando en el hospital parte del objeto de estudio, (ii) enfermeras que desistan de ser parte de la muestra.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica es un procedimiento que, en este caso, se empleará para recolectar información. Por las facilidades que brinda, fue la encuesta, esta fue enviada a los participantes y consta de una serie de preguntas con alternativas de selección múltiple, esto será la base de información primordial para obtener los resultados requeridos en función a los objetivos del estudio.

Los instrumentos de medición deben mostrar como cualidades validez y confiabilidad. El primer concepto alude a la capacidad de brindar resultados similares independientemente de las personas o grupos que participen en él y es ratificada por un grupo de expertos informantes, este proceso es conocido como

validez de contenido. El segundo concepto expresa la consistencia interna y es producto de un cálculo matemático, en este caso se calculó con el estadígrafo alfa de Cronbach.

3.5 Procedimientos

Al tratarse de instrumentos publicados en revistas internacionales, cabía la posibilidad de que sean eximidos del juicio de expertos y del cálculo de la consistencia interna (confiabilidad). Al no haber ocurrido ello, se buscó a tres especialistas en gerencia de salud para que validen los instrumentos mediante la ficha usada por la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo. Luego de que se obtuvo la validación y confiabilidad de los instrumentos, se aplicó las 50 encuestas de modo virtual aprovechando las posibilidades que brinda Google Forms. Esta herramienta permite que los datos recolectados sean descargados en una hoja de cálculo Excel y que, posteriormente, sea ingresada al software SPSS.

3.6 Métodos de análisis de datos

El análisis de datos cuantitativos se hizo con el software SPSS 26, el cual facilitó la aplicación de la estadística descriptiva (distribución de frecuencias) e inferencial (contrastación de hipótesis), al igual que el nivel de significancia para el grado de correlación que se obtenga.

3.7 Aspectos éticos

1. Respeto por la integridad y la autonomía de los participantes en el estudio, reconociendo su dignidad y su valor independientemente de su condición socioeconómica, género, religión filiación política, convicciones religiosas, etc.
2. Justicia: trato igualitario para todos los participantes.
3. Honestidad: el presente estudio se realizará en medio de un proceso transparente.
4. Responsabilidad: se cumplirá con todos los estándares necesarios para la protección de la identidad de los participantes. Por último, también se

solicitará el consentimiento informado, libre y explícito de las personas, y que podría ser revocado en cualquier momento.

IV. RESULTADOS

4.1 Resultados descriptivos

4.1.1 Resultados de la primera variable cultura de seguridad (CSP)

Tabla 1

Resultados de la variable CSP

	N	%
Adecuada	14	23,3
Regular	42	70,0
No adecuada	4	6,7
Total	60	100,0

Fuente: elaboración propia-cuestionario de CSP.

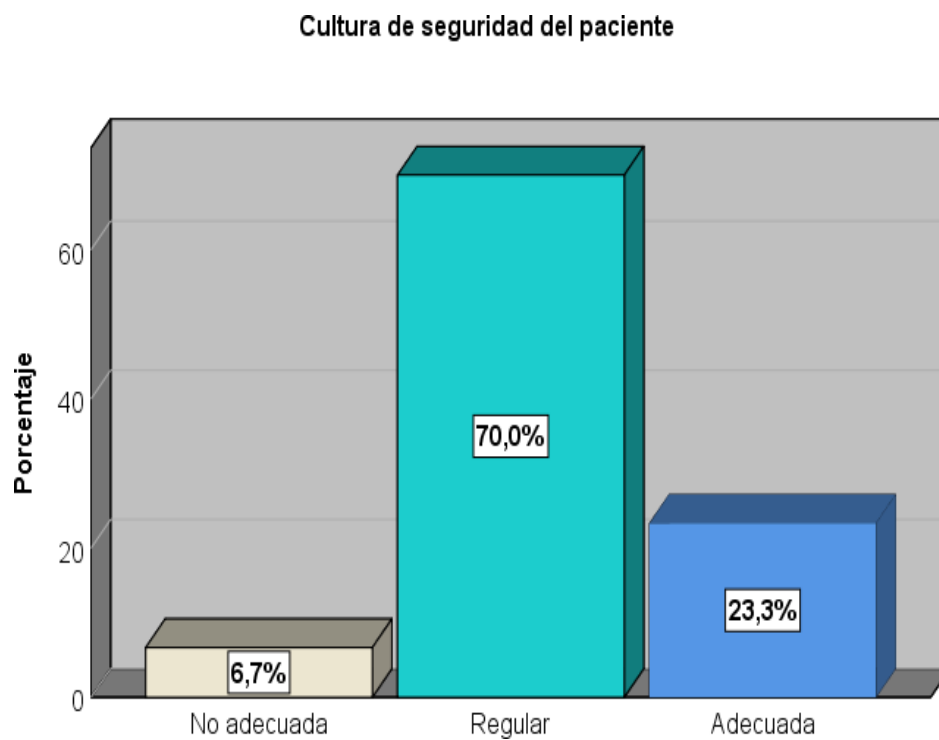


Figura 1: Gráfica de la primera variable como frecuencia.

Interpretación:

Según tabla 1 y figura 1, los encuestados consideraron que la seguridad del paciente solo ha alcanzado un nivel regular, lo que haría suponer que la gerencia y el personal a su cargo tienen tareas pendientes al respecto.

4.1.2 Resultados de la dimensión asistencial

Tabla 2

Resultados de la dimensión asistencial

	N	%
Adecuada	16	26,7
Regular	33	55,0
No adecuada	11	18,3
Total	60	100,0

Fuente: elaboración propia-cuestionario CSP.

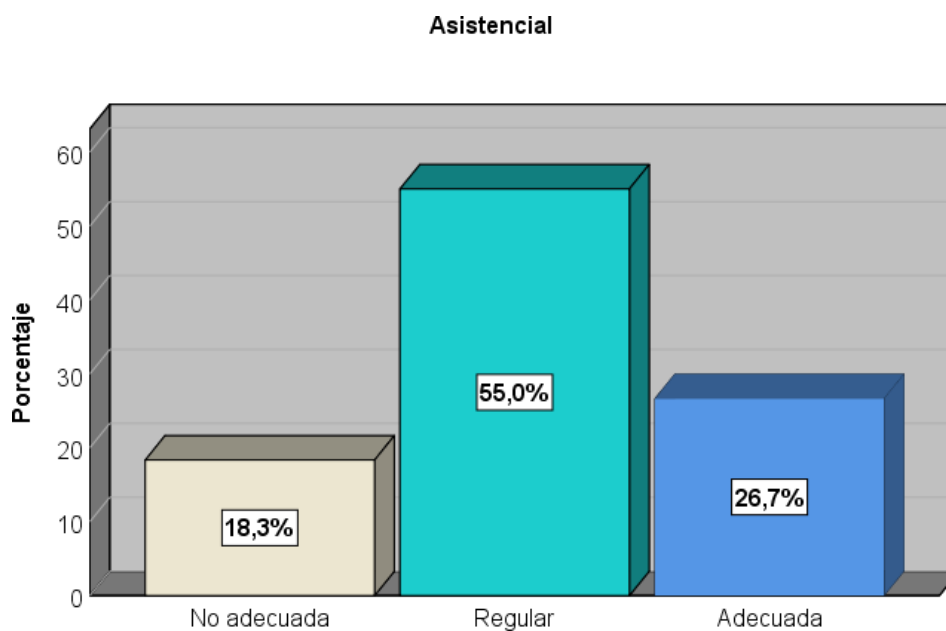


Figura 2: Gráfica de frecuencia de la dimensión asistencial.

Interpretación:

De acuerdo con la tabla 2 y figura 2, quienes respondieron el cuestionario perciben que la dimensión asistencial tiene el mismo nivel que la variable CSP. Esto respondería a una expectativa insatisfecha de calidad.

4.1.3 Resultados de la dimensión organización

Tabla 3

Resultados de la dimensión organización

	N	%
Adecuada	11	18,3
Regular	36	60,0
No adecuada	13	21,7
Total	60	100,0

Fuente: elaboración propia-cuestionario CSP.

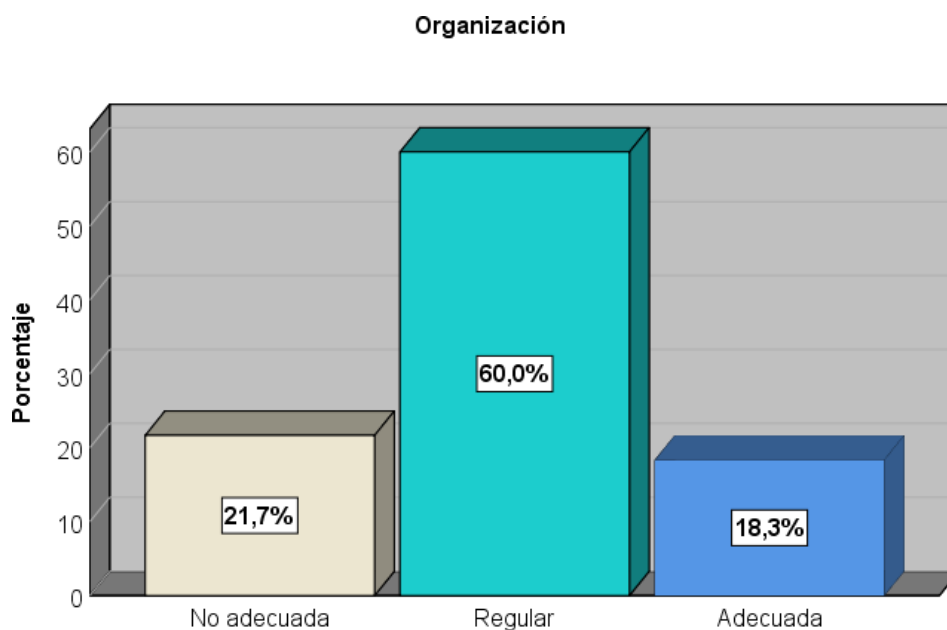


Figura 3: Gráfica de frecuencia de la dimensión organización.

Interpretación:

Según tabla 3 y figura 3, volvió a prevalecer el nivel medio; en este caso, se podría conjeturar ante la falta de evidencia concluyente que haría falta trabajar mucho más para construir un ambiente amigable para los pacientes.

4.1.4 Resultados de la dimensión relaciones

Tabla 4

Resultados de la dimensión relaciones

	N	%
Adecuada	20	33,3
Regular	31	51,7
No adecuada	9	15,0
Total	60	100,0

Fuente: elaboración propia-cuestionario CSP

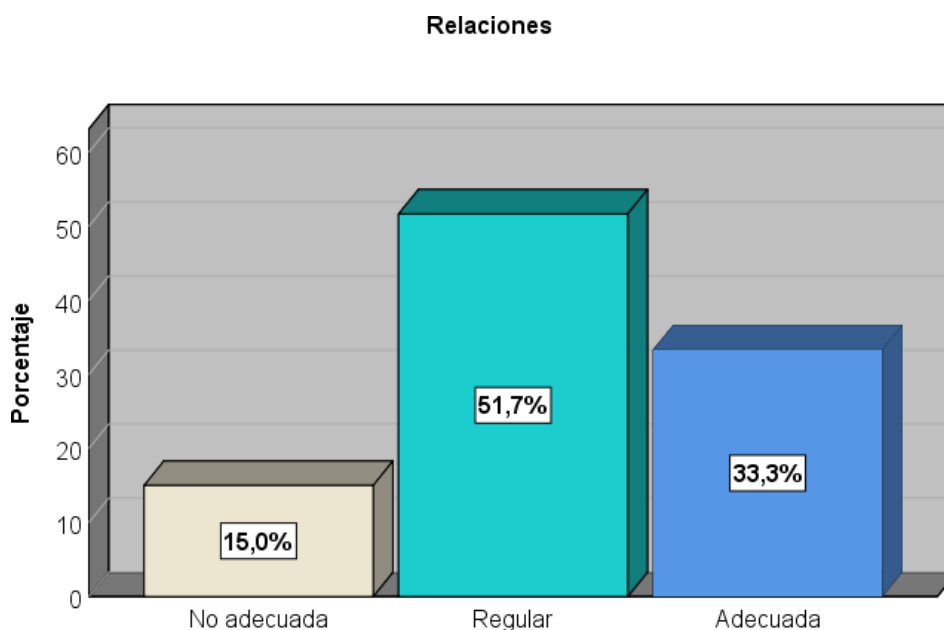


Figura 4: Gráfica de frecuencia de la dimensión relaciones.

Interpretación:

Según la tabla 4 y figura 4, la reiteración de un nivel medio o regular en este caso podría indicar la conveniencia de reforzar la cultura organizacional con más diálogo entre pares.

4.1.5 Resultados de la dimensión gestión

Tabla 5

Resultados de la dimensión gestión

	N	%
Adecuada	12	20,0
Regular	35	58,3
No adecuada	13	21,7
Total	60	100,0

Fuente: elaboración propia-cuestionario CSP.

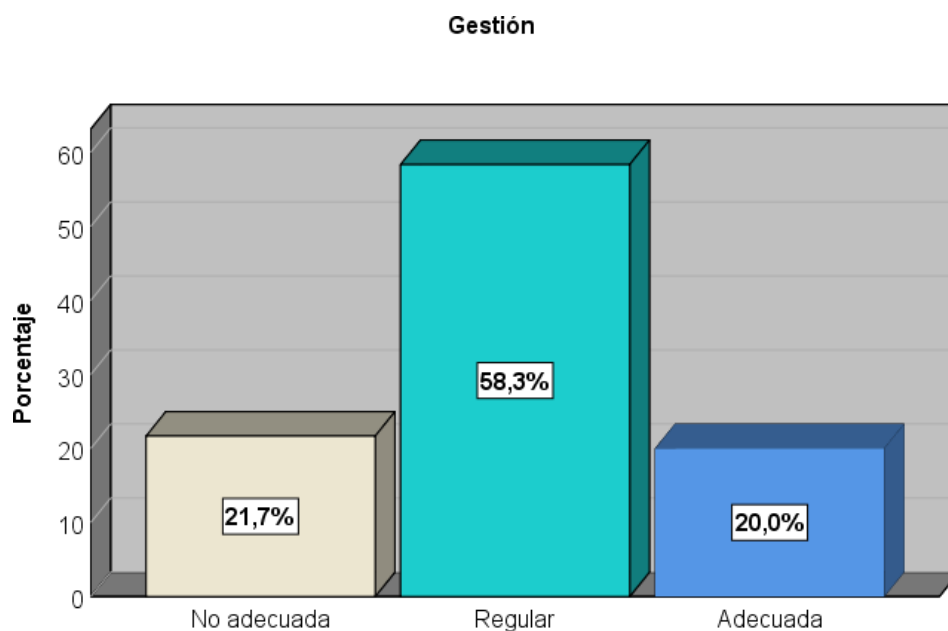


Figura 5: Gráfica de frecuencia de la dimensión gestión.

Interpretación:

Según la tabla 5 y figura 5, los usuarios del servicio de salud perciben que la seguridad no es mala, pero que aún hay que impulsar más la cultura de mejora continua.

4.1.6 Resultados de la variable bioseguridad (B)

Tabla 6

Resultados de la variable bioseguridad

	N	%
Adecuada	53	88,3
Regular	6	10,0
No adecuada	1	1,7
Total	60	100,0

Fuente: elaboración propia-cuestionario B.

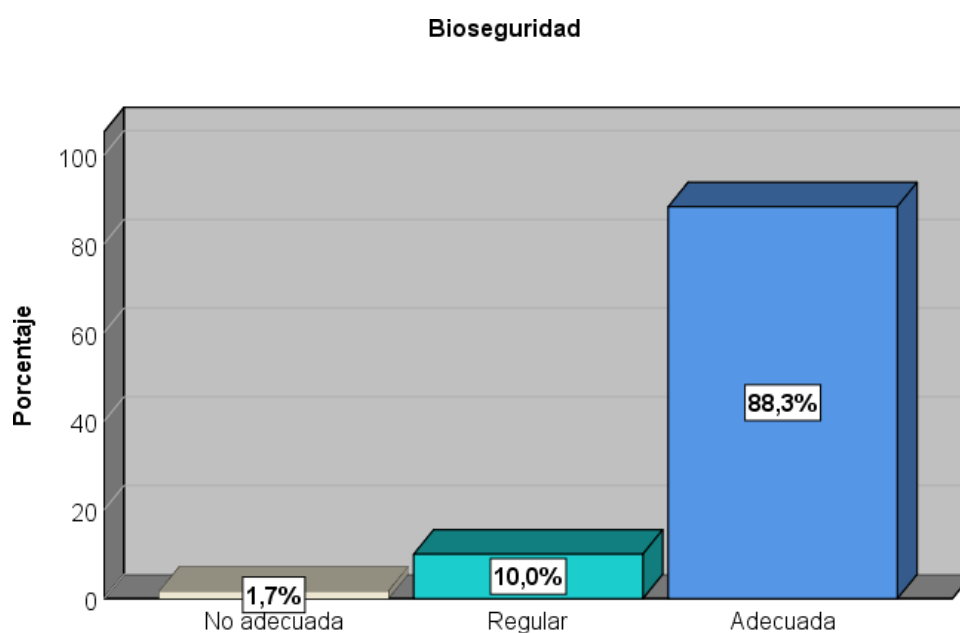


Figura 6: Gráfica de frecuencia de la variable bioseguridad.

Interpretación:

Según la tabla 6 y figura 6, prevaleció el nivel adecuado para aplicación de medidas de bioseguridad lo cual es positivo porque no solo se protege la salud del paciente, sino también la del personal.

4.1.7 Resultados de la dimensión procesamiento del instrumental.

Tabla 7

Resultados de la dimensión procesamiento del instrumental

	N	%
Adecuada	51	85,0
Regular	8	13,3
No adecuada	1	1,7
Total	60	100,0

Fuente: elaboración propia- cuestionario de B.

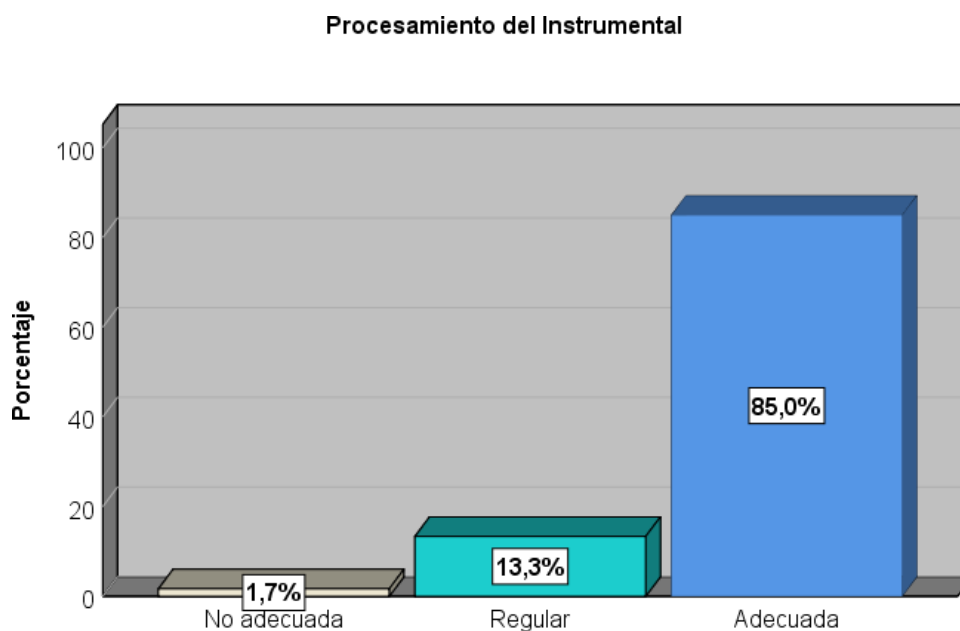


Figura 7: Gráfica de frecuencia de la dimensión procesamiento del instrumental.

Interpretación:

Según la tabla 7 y figura 7, la opinión mayoritaria de los encuestados es que el procesamiento del instrumental garantiza que los materiales de trabajo sean desinfectados y esterilizados.

4.1.8 Resultados de la dimensión método de protección

Tabla 8

Resultados de la dimensión método de protección

	N	%
Adecuada	44	73,3
Regular	13	21,7
No adecuada	3	5,0
Total	60	100,0

Fuente: elaboración propia- cuestionario de B.

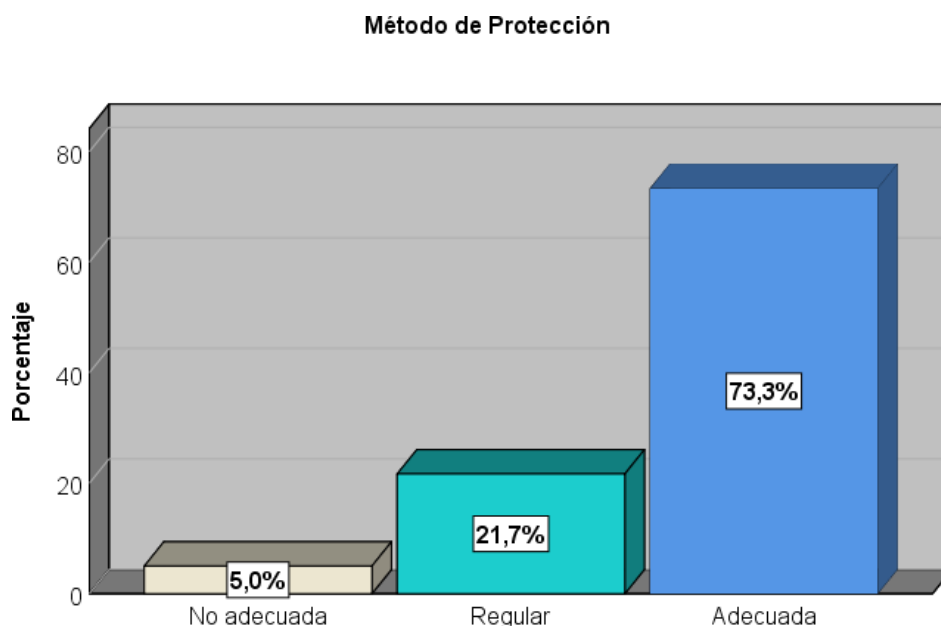


Figura 8: Gráfica de frecuencia de la dimensión método de protección.

Interpretación:

Según la tabla 8 y figura 8, el nivel ha sido percibido como adecuado y esto es importante ya que es la garantía del cerco sanitario contra agentes infecciosos.

4.1.9 Resultados de la dimensión higiene de superficie

Tabla 9

Resultados de la dimensión higiene de superficie

	N	%
Adecuada	45	75,0
Regular	13	21,7
No adecuada	2	3,3
Total	60	100,0

Fuente: elaboración propia- cuestionario de B.

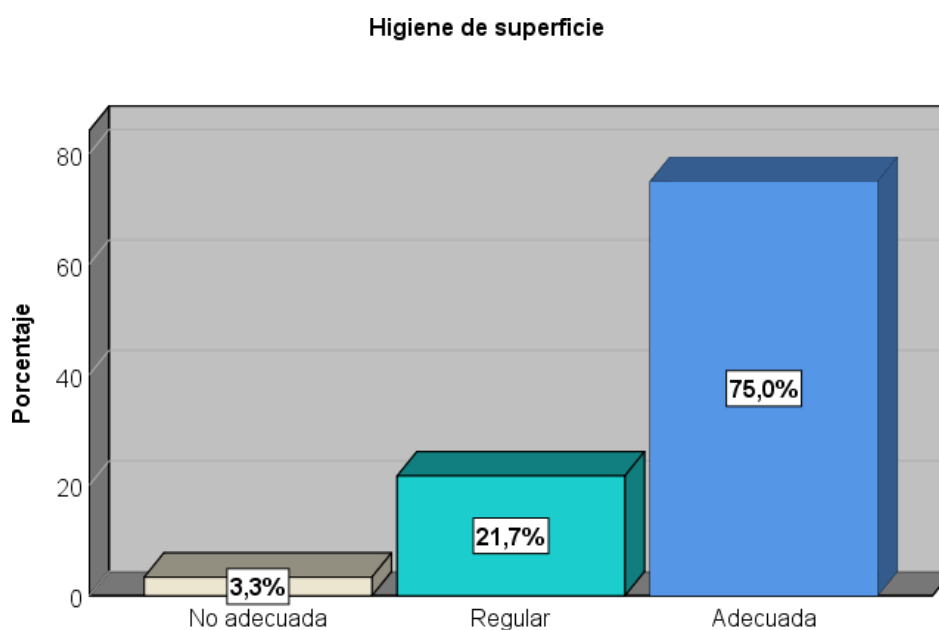


Figura 9: Gráfica de frecuencia de la dimensión higiene de superficie.

Interpretación:

Según la tabla 9 y figura 9, la higiene de superficie fue considerada como adecuada por los participantes de la muestra, además por un amplio margen respecto al nivel regular.

4.1.10 Resultados de la dimensión eliminación de residuos.

Tabla 10

Resultados de la dimensión eliminación de residuos

	N	%
Adecuada	44	73,3
Regular	9	15,0
No adecuada	7	11,7
Total	60	100,0

Fuente: elaboración propia- cuestionario de B.

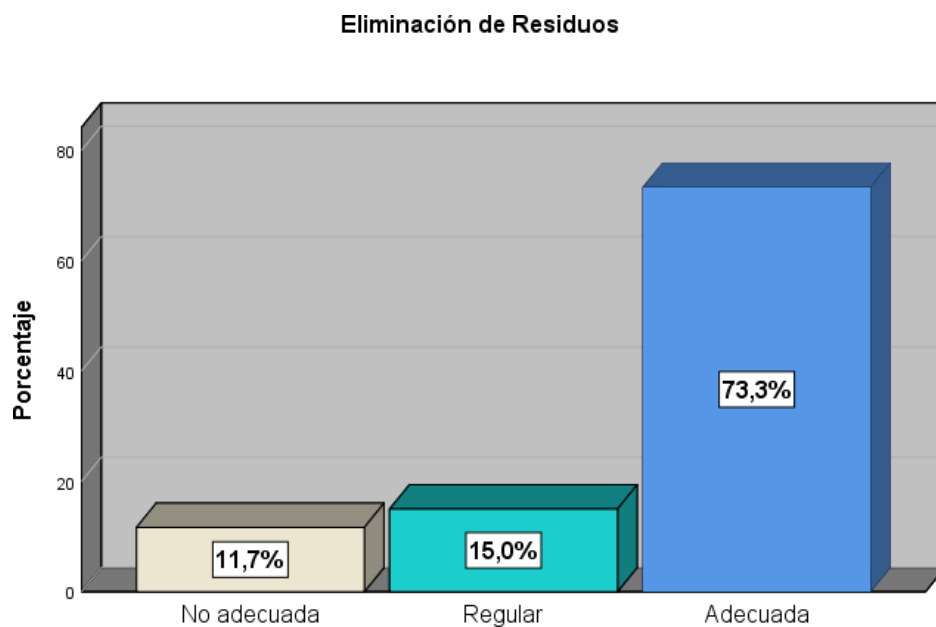


Figura 10: Gráfica de frecuencia de la dimensión eliminación de residuos.

Interpretación:

Según la tabla 10 y figura 10, la eliminación de residuos obtuvo una percepción ampliamente positiva lo cual representaría también un logro de los profesionales encargados de la gestión del nosocomio.

a. Tablas cruzadas de las variables de estudio

4.1.11 Tabla cruzada para CSP y bioseguridad

Tabla 11

Tabla cruzada para CSP y bioseguridad

Cultura de Seguridad del Paciente		Bioseguridad			Total
		Adecuada	Regular	No adecuada	
Adecuada	Recuento	14	0	0	14
	% del total	23,3%	0,0%	0,0%	23,3%
Regular	Recuento	39	3	0	42
	% del total	65,0%	5,0%	0,0%	70,0%
No adecuada	Recuento	0	3	1	4
	% del total	0,0%	5,0%	1,7%	6,7%
Total	Recuento	53	6	1	60
	% del total	88,3%	10,0%	1,7%	100,0%

Fuente: elaboración propia.

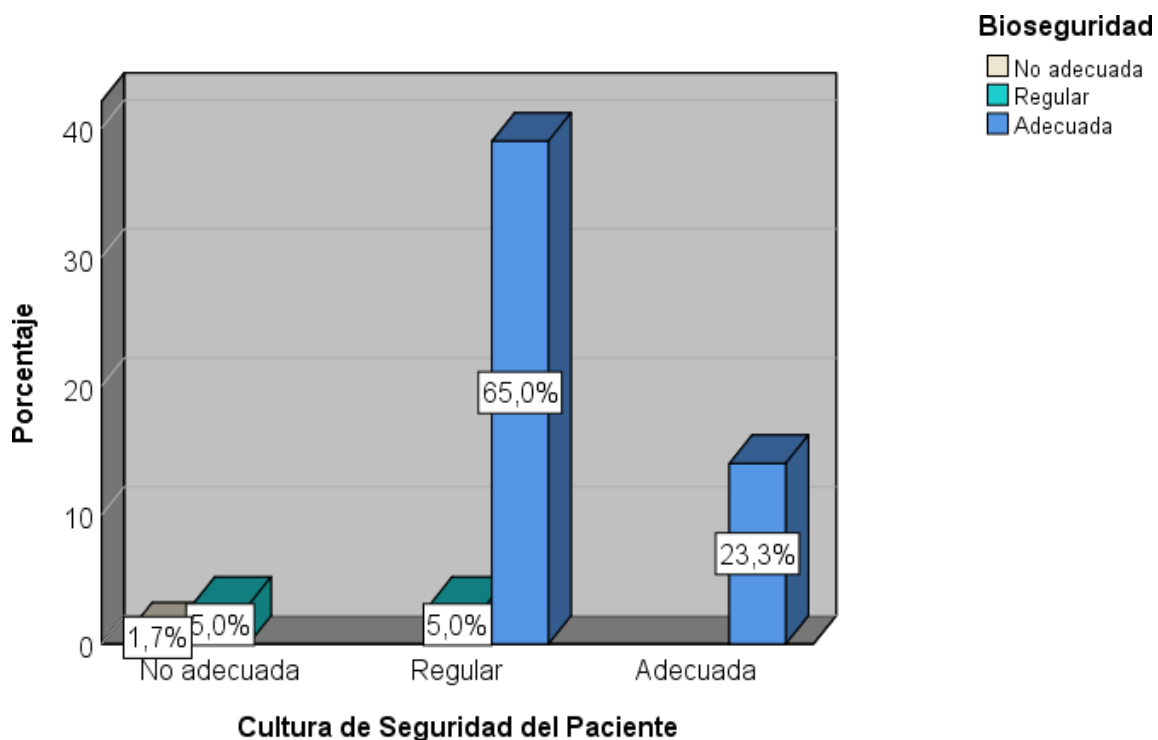


Figura 11: Gráfica de frecuencia de las variables CSP y bioseguridad.

Interpretación:

Según la tabla 11 y figura 11, muestran que el personal de enfermería que se encuentra en una clasificación regular en CSP posee un nivel de bioseguridad adecuada con 65%, y el 5% en un nivel regular. El personal de enfermería con clasificación adecuada en ambas variables posee un 23,3%. El personal de enfermería con clasificación no adecuada en CSP posee un nivel regular en bioseguridad con un 5% y nivel no adecuado con 1,7%, de un Hospital Público de Lima, 2021.

4.1.12 Tabla cruzada para CSP y dimensión procesamiento del instrumental.

Tabla 12

Tabla cruzada para CSP y dimensión procesamiento del instrumental

Cultura de Seguridad del Paciente		Procesamiento del Instrumental			Total
		Adecuada	Regular	No adecuada	
Adecuada	Recuento	14	0	0	14
	% del total	23,3%	0,0%	0,0%	23,3%
Regular	Recuento	37	5	0	42
	% del total	61,7%	8,3%	0,0%	70,0%
No adecuada	Recuento	0	3	1	4
	% del total	0,0%	5,0%	1,7%	6,7%
Total	Recuento	51	8	1	60
	% del total	85,0%	13,3%	1,7%	100,0%

Fuente: elaboración propia.

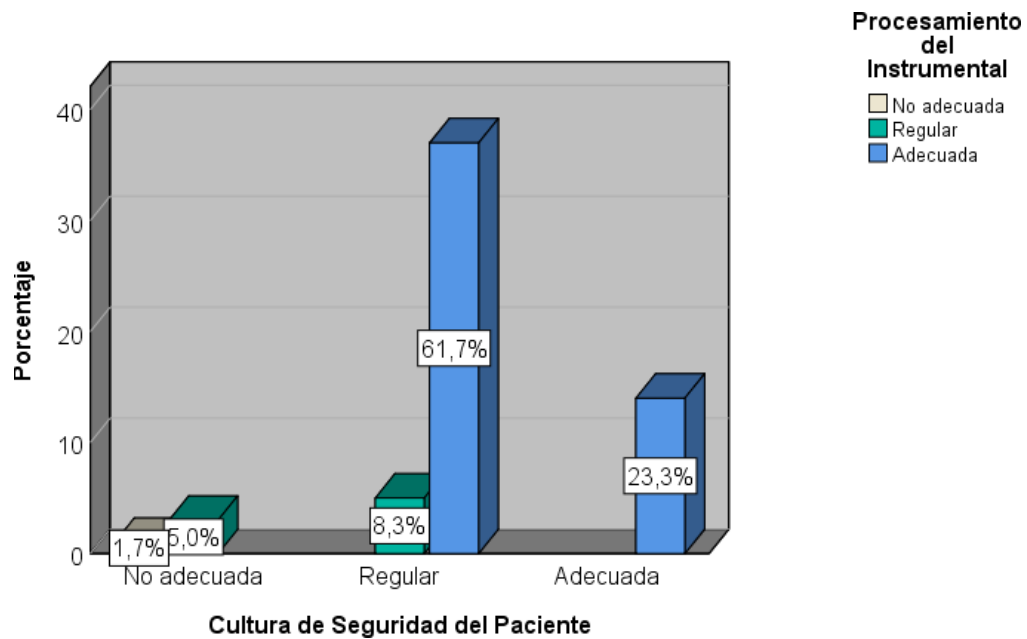


Figura 12: Gráfica de frecuencia de las variables CSP y dimensión procesamiento del instrumental.

Interpretación:

Según la tabla 12 y figura 12, muestran que el personal de enfermería se encuentra predominando en una clasificación regular en CSP y posee un nivel adecuado en procesamiento del instrumental con 61,7%, y el 8,3% en un nivel regular. El personal de enfermería con clasificación adecuada cultura de seguridad del paciente posee un nivel adecuado en el procesamiento del instrumental con 23,3%. El personal de enfermería con clasificación no adecuada posee un nivel regular con 5% y nivel no adecuado con 1,7%, de un Hospital Público de Lima, 2021.

4.1.13 Tabla cruzada para CSP y dimensión método de protección.

Tabla 13

Tabla cruzada para CSP y dimensión método de protección

Cultura de Seguridad del Paciente		Método de Protección			Total
		Adecuada	Regular	No adecuada	
Adecuada	Recuento	13	1	0	14
	% del total	21,7%	1,7%	0,0%	23,3%
Regular	Recuento	31	10	1	42
	% del total	51,7%	16,7%	1,7%	70,0%
No adecuada	Recuento	0	2	2	4
	% del total	0,0%	3,3%	3,3%	6,7%
Total	Recuento	44	13	3	60
	% del total	73,3%	21,7%	5,0%	100,0%

Fuente: elaboración propia.

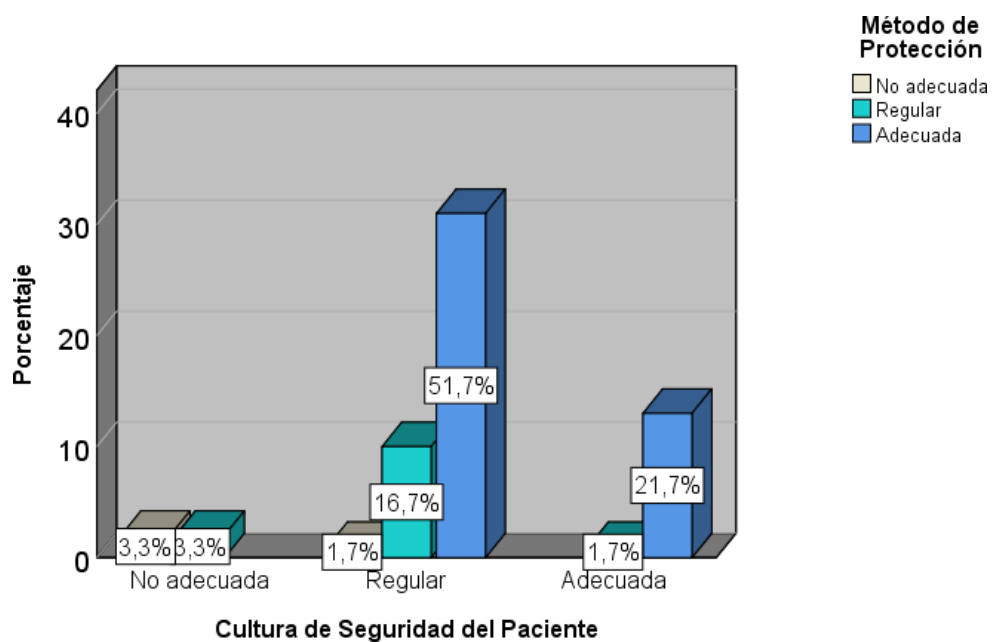


Figura 13: Gráfica de frecuencia de las variables CSP y dimensión método de protección.

Interpretación:

Según la tabla 13 y figura 13, muestran que el personal de enfermería se encuentra predominando en una clasificación regular en CSP y posee en método de protección un nivel adecuado con 51,7%, seguido del nivel regular con 16,7% y el 1,7% en un nivel no adecuado. El personal de enfermería con clasificación adecuada en CSP posee un nivel adecuado en método de protección con 21,7% y nivel no adecuado con 1,7%. El personal de enfermería con clasificación no adecuada posee un nivel regular con 3,3% y nivel no adecuado con 3,3%, de un Hospital Público de Lima, 2021.

4.1.14 Tabla cruzada para CSP y dimensión higiene de superficie.

Tabla 14

Tabla cruzada para CSP y dimensión higiene de superficie

Cultura de Seguridad del Paciente		Higiene de Superficie			Total
		Adecuada	Regular	No adecuada	
Adecuada	Recuento	14	0	0	14
	% del total	23,3%	0,0%	0,0%	23,3%
Regular	Recuento	31	11	0	42
	% del total	51,7%	18,3%	0,0%	70,0%
No adecuada	Recuento	0	2	2	4
	% del total	0,0%	3,3%	3,3%	6,7%
Total	Recuento	45	13	2	60
	% del total	75,0%	21,7%	3,3%	100,0%

Fuente: elaboración propia.

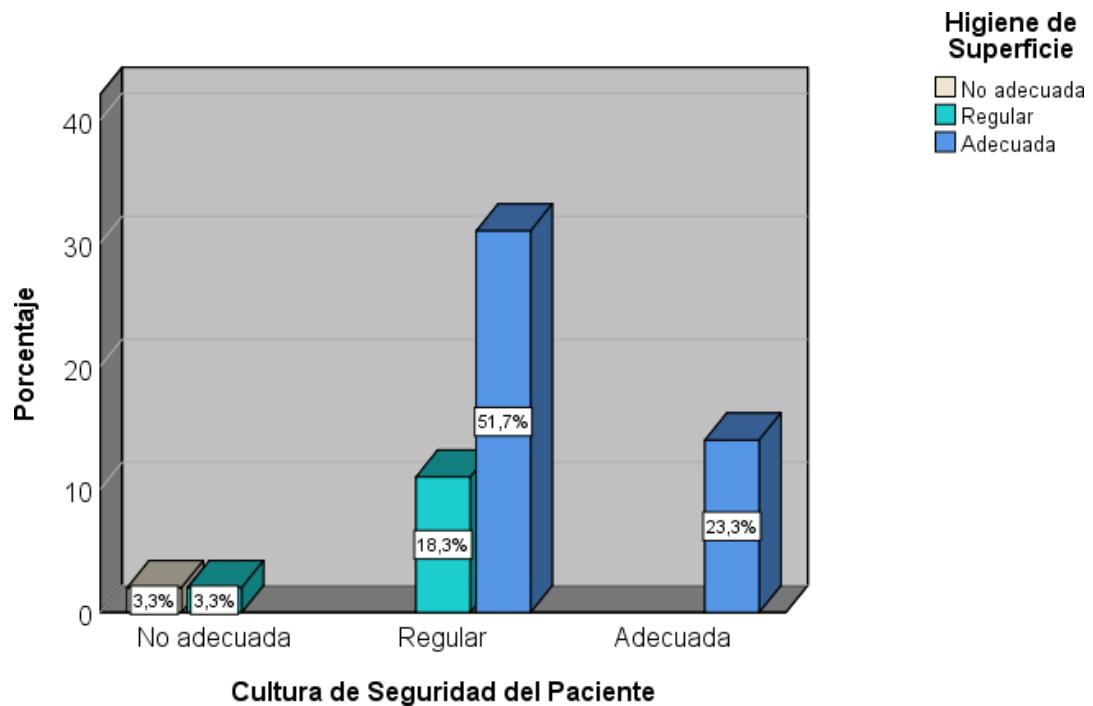


Figura 14: Gráfica de frecuencia de las variables CSP y dimensión higiene de superficie.

Interpretación:

Según la tabla 14 y figura 14, muestran que el personal de enfermería se encuentra predominando en una clasificación regular en CSP posee un nivel adecuado en Higiene de la superficie con un 51,7%, y del nivel regular con 18,3%. El personal de enfermería con clasificación adecuada posee un nivel adecuado con 23,3%. El personal de enfermería con clasificación no adecuada en CSP posee en Higiene de la superficie un nivel regular con 3,3% y nivel no adecuada con 3,3%, de un Hospital Público de Lima, 2021.

4.1.15 Tabla cruzada para CSP y dimensión eliminación de residuos.

Tabla 15

Tabla cruzada para CSP y dimensión eliminación de residuos

Cultura de Seguridad del Paciente		Eliminación de Residuos			Total
		Adecuada	Regular	No adecuada	
Adecuada	Recuento	14	0	0	14
	% del total	23,3%	0,0%	0,0%	23,3%
Regular	Recuento	30	7	5	42
	% del total	50,0%	11,7%	8,3%	70,0%
No adecuada	Recuento	0	2	2	4
	% del total	0,0%	3,3%	3,3%	6,7%
Total	Recuento	44	9	7	60
	% del total	73,3%	15,0%	11,7%	100,0%

Fuente: elaboración propia.

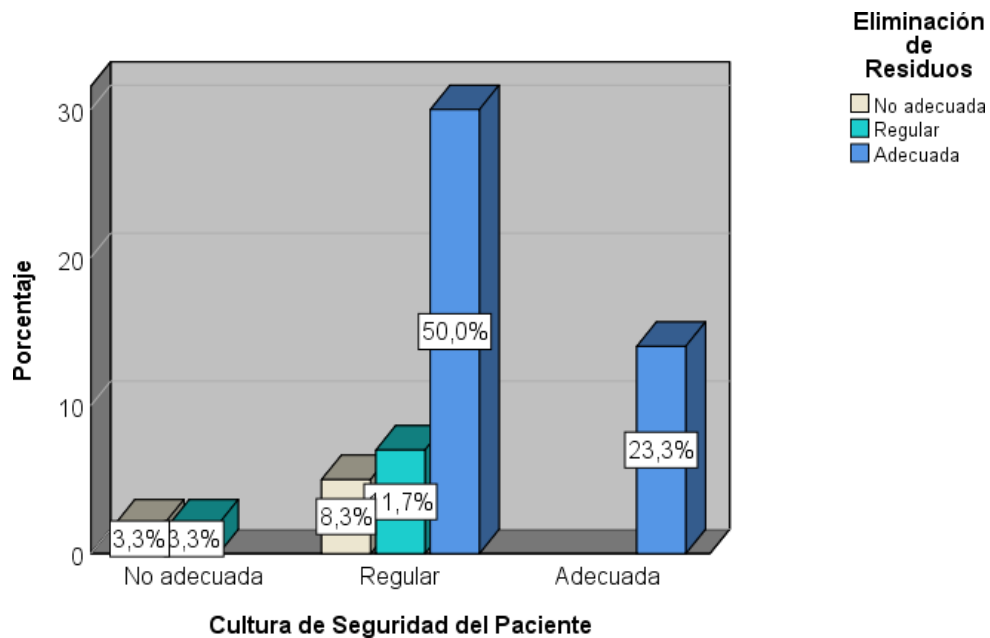


Figura 15: Gráfica de frecuencia de las variables CSP y dimensión eliminación de residuos.

Interpretación:

Según la tabla 15 y figura 15, muestran que el personal de enfermería se encuentra predominando en una clasificación regular en CSP posee un nivel adecuado en eliminación de residuos con 50%, seguido del nivel regular con 11,7% y del nivel no adecuada con 8,3%. El personal de enfermería con clasificación adecuada posee un nivel adecuado con 23,3%. El personal de enfermería con clasificación no adecuada en cultura de seguridad posee un nivel regular en eliminación de residuos con 3,3% y nivel no adecuado con 3,3%, de un Hospital Público de Lima, 2021.

4.1.16 Prueba de normalidad

Tabla 16

Prueba de normalidad

Variables	Kolmogorov-Smirnov (n>50)		
	Estadístico	gl	Sig.
Cultura de Seguridad del Paciente	,980	60	,020
Bioseguridad en el Personal	,246	60	,000
Procesamiento del instrumental	,319	60	,000
Método de protección	,248	60	000
Higiene de superficie	,288	60	000
Eliminación de residuos	,287	60	000

Fuente: elaboración propia.

Según la tabla 16, se utilizará Rho de Spearman puesto que no se obtuvo una distribución normal de datos.

4.2 Prueba de hipótesis

Hipótesis general

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre CSP y Bioseguridad en el Personal de Enfermería de un Hospital Público de Lima, 2021.

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre CSP y Bioseguridad en el Personal de Enfermería de un Hospital Público de Lima, 2021.

4.2.1 Correlación de hipótesis general.

Tabla 17

Correlación de hipótesis general

			Cultura de Seguridad del Paciente	Bioseguridad
Rho de	Cultura de Seguridad del Paciente	Coeficiente de correlación	1,000	,991**
		Sig. (bilateral) N	. 60	,000 60
Spearman	Bioseguridad	Coeficiente de correlación	,991**	1,000
		Sig. (bilateral) N	,000 60	. 60

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

Según la tabla 17, del 100% de participantes encuestados, dado que la relación es muy significativa ($p=0,000 < 0,050$ y $p < 0,001$). Por lo tanto, se rechaza H_0 y se acepta H_a , se establece que existe relación estadísticamente significativa entre CSP y Bioseguridad, y la correlación es directa y muy alta (Rho= 0,991).

Hipótesis específica 1

4.2.2 Correlación de hipótesis específica 1.

Tabla 18

Correlación de hipótesis específica 1

			Cultura de Seguridad del Paciente	Procesamiento del Instrumental
Rho de Spearman	Cultura de Seguridad del Paciente	Coefficiente de correlación	1,000	,710**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	60	60
	Procesamiento del Instrumental	Coefficiente de correlación	,710**	1,000
Sig. (bilateral)		,000	.	
		N	60	60

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

Según la tabla 18, del 100% de participantes encuestados, dado que la relación es muy significativa ($p=0,000 < 0,050$ y $p < 0,001$). Por lo tanto, se rechaza H_0 y se acepta H_a , se concluye que, existe relación estadísticamente significativa entre CSP y la dimensión procesamiento del instrumental en el Personal de Enfermería de un Hospital Público de Lima, 2021, y la correlación es directa y alta (Rho= 0,710).

Hipótesis específica 2

4.2.3 Correlación de hipótesis específica 2.

Tabla 19

Correlación de hipótesis específica 2

			Cultura de Seguridad del Paciente	Método de Protección
Rho de	Cultura de Seguridad del Paciente	Coeficiente de correlación	1,000	,540**
		Sig. (bilateral) N	. 60	,000 60
Spearman	Método de Protección	Coeficiente de correlación	,540**	1,000
		Sig. (bilateral) N	,000 60	. 60

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

Según la tabla 19, del 100% de participantes encuestados, dado que la relación es muy significativa ($p=0,000 < 0,050$ y $p < 0,001$). Por lo tanto, se rechaza H_0 y se acepta H_a , se concluye que existe relación estadísticamente significativa entre CSP y la dimensión método de protección en el Personal de Enfermería de un Hospital Público de Lima, 2021, y el valor de correlación es directa y moderada (Rho= 0,540).

Hipótesis específica 3

4.2.4 Correlación de hipótesis específica 3.

Tabla 20

Correlación de hipótesis específica 3

			Cultura de Seguridad del Paciente	Higiene de Superficie
Rho de	Cultura de Seguridad del Paciente	Coeficiente de correlación	1,000	,560**
		Sig. (bilateral) N	. 60	,000 60
Spearman	Higiene de Superficie	Coeficiente de correlación	,560**	1,000
		Sig. (bilateral) N	,000 60	. 60

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

Según la tabla 20, del 100% de participantes encuestados, dado que la relación es muy significativa ($p=0,000 < 0,050$ y $p < 0,001$). Por lo tanto, se rechaza H_0 y se acepta H_a , se concluye que existe relación estadísticamente significativa entre CSP y la dimensión higiene de la superficie en el Personal de Enfermería de un Hospital Público de Lima, 2021, y el valor de correlación de Spearman es directa y moderada (Rho= 0,560).

Hipótesis específica 4

4.2.5 Correlación de hipótesis específica 4.

Tabla 21

Correlación de hipótesis específica 4

			Cultura de Seguridad del Paciente	Eliminación de Residuos
Rho de	Cultura de Seguridad del Paciente	Coefficiente de correlación	1,000	,759**
		Sig. (bilateral) N	. 60	,000 60
Spearman	Eliminación de Residuos	Coefficiente de correlación	,759**	1,000
		Sig. (bilateral) N	,000 60	. 60

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

Según la tabla 21, del 100% de participantes encuestados, dado que la relación es muy significativa ($p=0,000 < 0,050$ y $p < 0,001$). Por lo tanto, se rechaza H_0 y se acepta H_a , se concluye que existe relación estadísticamente significativa entre CSP y la dimensión eliminación de residuos en el Personal de Enfermería de un Hospital Público de Lima, 2021, y el valor de correlación es directa y alta ($Rho = 0,759$).

V. DISCUSIÓN

Esta investigación obtuvo como parte de sus resultados descriptivos globales el predominio de un nivel regular para CSP (70,0%, ver tabla 1), y un nivel adecuado para medidas de bioseguridad (88,3%, ver tabla 6). En cuanto a la correlación entre estas variables, la tabla 17 mostró que era directa y muy alta ($\rho = 0,991$) en un nosocomio de Lima. Por tanto, existe relación estadísticamente significativa entre CSP y bioseguridad, datos que concuerdan con lo expuesto por Robles (24) quien encontró también una correlación positiva moderada en un céntrico hospital de Lima cercado, además de un personal en el área de cirugía con un alto nivel de conocimientos sobre bioseguridad, aunque no tan alto respecto a la implementación de dichos saberes. Asimismo, también hubo coincidencia con Vergara (20), este investigador encontró una correlación moderada y solo un 55% del personal de cirugía que actuaba bajo lo estipulado en el protocolo.

La correlación encontrada implica que un mayor nivel de cultura de seguridad del paciente se corresponde con un mayor nivel de aplicación de medidas de bioseguridad. Esto quiere decir que el personal de enfermería mientras más conozca y aplique lo aprendido en cultura de seguridad pondrá mayor énfasis en el cumplimiento de medidas de bioseguridad por su propia seguridad y la del usuario del servicio de salud. La evidencia hallada refuerza el enfoque y el interés de la OMS por reducir al máximo los errores en la praxis hospitalaria, errores que podrían ser fatales y comprometer innecesariamente la vida del paciente (33). De modo similar, la bioseguridad es conceptualizada por el Ministerio de Salud del Perú como el acervo intelectual y procedimental cuya finalidad es orientar comportamientos y acciones de los profesionales sanitarios para reducir considerablemente el riesgo a contraer infecciones prevenibles (57). También es positivo que esto se dé así en cumplimiento de la normativa nacional (Ley general del trabajo) e internacional (Código internacional de enfermería) por cuanto el personal de salud tiene derecho al ejercicio profesional en un entorno seguro y con condiciones materiales óptimas, seguras, y equitativas en lo social y económico para ellas y sus pacientes (73).

De acuerdo con los datos acopiados para el objetivo específico 1, la tabla 18 mostró que era directa y alta ($\rho = 0,710$). Además, la significancia es de 0,000; entonces existe relación estadísticamente significativa entre los fenómenos analizados, datos que concuerdan con lo expuesto por Ccarhuarupay y Cruzado (22); ellos analizaron la asociación entre el conocimiento y las prácticas de bioseguridad en una muestra de enfermeros limeños encontrando una correlación positiva mediana. Resultado similar al de Castillo (23) con una muestra no probabilística de enfermeras quirúrgicas de una clínica de Lima.

La correlación a la que se llegó supone que un mayor grado de cultura de seguridad se corresponde con un mayor nivel de procesamiento del material en enfermeras de un nosocomio de Lima. Esto representa que mientras el personal sanitario siga escrupulosamente las normas de desinfección y esterilización del instrumental habrá una mayor garantía de que los materiales de uso hospitalario serán desinfectados de acuerdo a los protocolos de seguridad, tal y como lo estipula el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria (74). En ese sentido, la seguridad es responsabilidad de supervisores y profesionales de la sanidad, por lo que existe la legítima expectativa de que todos los involucrados en la labor hospitalaria se comprometan en realizar su trabajo en condiciones seguras comunicando oportunamente a los supervisores cualquier acto, condición o incidente que atente contra la seguridad (71).

El resultado obtenido es importante porque un hospital debe ser solvente para el procesamiento del instrumental y para cumplir con los protocolos de bioseguridad, más aún en una emergencia sanitaria nacional y mundial. Lo peor que le podría pasar a un centro de salud es no inspirar confianza, es decir, que existe el temor creciente de que acudir a sus instalaciones es una amenaza para la salud. Hay que recordar que el propósito principal de un nosocomio es la atención sanitaria de calidad para todo aquel ciudadano que acuda a él en pos de solución a su problema de salud. Esa prestación de atención y cuidado de calidad exige que se eviten nuevos problemas infecciosos como consecuencia de una hospitalización, es decir, es inadmisibles la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias (74).

Según los datos recolectados para el objetivo específico 2, la tabla 19 ha mostrado que es directa y moderada ($\rho = 0,540$). Además, la significancia es de 0,000; entonces existe relación estadísticamente significativa entre los fenómenos estudiados, datos que concuerdan con lo estudiado por Bautista quien encontró como se relacionaban seguridad del paciente, bioseguridad y satisfacción laboral en el centro quirúrgico del hospital Santa Rosa (21). Un resultado similar al de Castillo (17) que en un hospital colombiano encontró asociación directa entre cultura de seguridad y bioseguridad a lo que se añade que más de un tercio del personal no suele reportar incidentes desfavorables a la bioseguridad.

La correlación a la que se arribó implica que un mayor nivel de cultura de seguridad se corresponde con un mayor grado de método de protección. Lo cual significa que mientras el personal acate de modo estricto el método de protección (lavado de manos, mascarillas, protectores oculares, guantes, equipo de protección personal) habrá una mayor probabilidad de protección contra agentes patógenos (61). También conocidos como barreras protectoras por su contribución a la salud y seguridad de las personas en el ambiente hospitalario frente a riesgos biológicos, físicos y químicos (59), aunque lamentablemente en más de un caso durante la pandemia no estuvieron en las provisiones necesarias por lo que el personal de salud se vio expuesto inevitablemente al contagio con las consecuencias fatales que hoy se lamentan. Si se analiza este trágico hecho con una perspectiva crítica, muchos médicos y enfermeras de primera línea de atención hoy seguirían con nosotros si el sistema de salud pública les hubiese proporcionado las barreras protectoras que se requerirían. Usando una analogía belicista tan de moda en estos días, se les envió al campo de batalla sin las armas necesarias para ganar o al menos resistir.

De acuerdo con los datos numéricos para el objetivo específico 3, la tabla 20 muestra que es directa y moderada ($\rho = 0,560$), por lo que existe relación estadísticamente significativa entre los fenómenos analizados, datos que concuerdan con lo estudiada por Vasco (16) quien percibió relación directa, pero también más del 85% del personal que no cumplía con informar acerca de eventos adversos sobre bioseguridad en la región de Mérida (España). Un resultado similar al de Labajo quien halló asociación moderada, y también

autopercepciones positivas acerca del modo como se cumplen las medidas de bioseguridad en un hospital de España (18). Estos resultados apoyan el acervo teórico respecto a cultura de seguridad e higiene de superficie. En cuanto a la primera variable, esta consta de, por lo menos, seguridad en los procedimientos, reducción de riesgo de infecciones, y registro de eventos adversos (65) (66). En base a lo anterior, es posible sostener que los propósitos de cultura de seguridad se articulan naturalmente con lo que se desea en higiene de superficie, es decir, eliminación de agentes patógenos, reducción de dispersión de polvo, productos de desinfección debidamente autorizados por el ente correspondiente, y uso de guantes y calzado seguros (68) (69).

Según los datos numéricos para el objetivo específico 4, la tabla 21 muestra que es directa y moderada ($\rho=0,759$). Asimismo, la significancia es de 0,000, por lo que existe relación estadísticamente significativa entre los fenómenos analizados, datos que concuerdan con lo estudiado por Orkaizagirre quien encontró relación entre las variables objeto de análisis y una percepción de más del 70% de los propios enfermeros respecto al cumplimiento del protocolo de bioseguridad (5). Un resultado similar al de López et al. quien halló relación positiva entre ambas variables y una percepción bastante alta de la seguridad implementada en uno de los nosocomios (19). Los resultados reseñados refuerzan el acervo teórico respecto a cultura de seguridad y eliminación de residuos. Hay elementos comunes en organizaciones con cultura de seguridad eficaz, por ejemplo, reconocimiento de que existen riesgos en las actividades de la organización, pero también la percepción de que el ambiente está libre de culpa y los errores pueden ser reportados de forma oportuna, al igual que la expectativa de encontrar una idónea predisposición en la organización para encontrar soluciones y asegurar su vigencia en el tiempo (58) (59). Estas medidas completamente razonables más aún en el contexto actual complementan lo perseguido en eliminación de residuos como que el eje transversal es identificar elementos que representen un riesgo considerable para la población o para los operadores que gestionan dichos desechos (53) (56).

VI. CONCLUSIONES

- Primera:** Se ha demostrado que CSP y bioseguridad son dos variables asociadas, por lo que a un mayor nivel de la primera corresponde un mayor nivel de la segunda y viceversa.
- Segunda:** La estadística inferencial ha aportado evidencia empírica de que CSP se relaciona con procesamiento del instrumental. Por tanto, mientras más esté capacitado el personal en lo primero habrá un mayor nivel en lo segundo y viceversa.
- Tercera:** El conocimiento y ejecución de métodos de protección asegura un mayor nivel de CSP. Así lo demuestran los trabajos previos y bases teóricas consultadas con fines de investigación.
- Cuarta:** El acervo teórico y la experiencia adquirida acerca de CSP están relacionadas con higiene de la superficie tal y como lo muestra el capítulo IV del presente estudio.
- Quinta:** La especialización continua sobre CSP está asociada con eliminación de residuos de bioseguridad, por lo que dicho resultado es un elemento de juicio para la planificación de actividades desde la gerencia.

VII. RECOMENDACIONES

Primera: Se sugiere a la jefa de personal promover un mayor número de actividades de capacitación sobre cultura de seguridad y bioseguridad teniendo en cuenta que existe una apreciable asociación estadística entre estas variables.

Segunda: Se recomienda a la gerencia del hospital en mención impulsar con una frecuencia bimestral jornadas instructivas acerca del procesamiento del instrumental con el fin de elevar la seguridad del personal.

Tercera: Se sugiere a la jefa de personal organizar una serie de videos de reforzamiento sobre higiene método de protección. Esta sería una de las actividades de la mesa redonda donde participen dos representantes del hospital y dos invitados de alguna red aliada.

Cuarta: Se recomienda a la gerencia del hospital que las enfermeras de mayor experiencia realicen dos conferencias magistrales por semestre acerca de higiene de la superficie donde el público objetivo sea el personal con menos de un año de incorporación al hospital.

Quinta: Se sugiere a la jefa de personal emprender las gestiones necesarias para que dos enfermeras, como reconocimiento a su desempeño, reciban una capacitación acerca de eliminación de residuos de bioseguridad. Luego, ellas podrían compartir lo aprendido con sus pares.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la seguridad del paciente [Internet]. Agosto de 2019. [citado 2021, 4 de mayo]. Disponible en: https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/
2. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura [Internet]. Francia; 2008. [citado 2021, 4 de mayo]. Disponible en: <https://bit.ly/3tk2jQ2>
3. Ashish K, Larizgoitia I, Audera C, Prasopa N, Waters H, Bates D. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies [Internet]. *BMJ Qual Saf*, 2018; 22(10): 809-815. [citado 2021, 4 de mayo]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24048616/>
4. Aibar C, Barrasa I, Moliner J, Gutiérrez I, Aibar L, Obón B, Mareca R, Ríos D. Circulando hacia la seguridad del paciente: realidad y deseo [Internet]. *Gaceta Sanitaria*; 2019, 33(3): 242-248. [citado 2021, 4 de mayo]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.003>
5. Orkaizagirre A. La cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias [Internet, tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2016. [citado 2021, 4 de mayo]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/48392/files/TESIS-2016-139.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud. OMS: Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes [Internet]. 2020, 17 de septiembre. [citado 2021, 4 de mayo]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>
7. Organización Mundial de la Salud. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura [Internet]. Ginebra; 2010. [citado 2021, 4 de mayo]. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf

8. Romeo C, Urruela A, Peiró E, Gens M, Iriarte I, Silvestre C, Astier P. ¿Qué normativas han desarrollado las comunidades autónomas para avanzar en cultura de seguridad del paciente en sus organizaciones sanitarias? [Internet]. *Journal of Healthcare Quality Research*; 2019, 34(5): 258-265. [Citado 2021, 4 de mayo]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.05.006>
9. Gonzales M. Experiencia de enfermería en la atención de pacientes con COVID-19 en primer nivel de atención [Internet]. *Health Care & Global Health*; 2020, 4(1): 37-42. [citado 2021, 4 de mayo]. Disponible en: [10.22258/hgh.2020.41.73](https://doi.org/10.22258/hgh.2020.41.73)
10. Ministerio de Salud del Perú. Documento técnico. Plan Nacional de Reforzamiento de los Servicios de Salud y Contención del COVID-19 [Internet]. 2020, 18 de marzo. [citado 2021, 4 de mayo]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/568975/RM_095-2020-MINSA.PDF
11. Aranaz M, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P, Limón R, Terol E. Incidence of adverse events related to Health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events [Internet]. *J Epidemiol Community Health*; 2008, 62(12): 1022-1029. [citado 2021, 4 de mayo]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19008366>
12. Malvarez S, Rodríguez J. Enfermería y seguridad de los pacientes: notas conceptuales. En: Organización Panamericana de la Salud. *Enfermería y seguridad de los pacientes*. Washington, 2011, 1-18.
13. Camacho D, Jaimes E. Cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria [Internet]. *Revista Cubana de Enfermería*; 2018, 34(1): 13-19. [citado 2021, 4 de mayo]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1245/323>
14. Padilla M, García J, Salazar R, Quintana M, Tinajero R, Figueroa C, Acuna Y, Moreno G. Normas de bioseguridad del personal de enfermería en una institución hospitalaria [Internet]. *Biocencia*; 2016, 18(2): 29-33. [citado 2021, 4 de mayo]. Disponible en: <https://doi.org/10.18633/bt.v18i1.225>
15. Tamariz F. Nivel de conocimiento y práctica en medidas de bioseguridad: Hospital San José, 2016 [Internet]. *Horizonte Médico*, 2018; 18(4): 42-49.

[citado 2021, 4 de mayo]. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n4.06>

16. Vasco I. Análisis de la cultura de seguridad del paciente de la enfermería del hospital de Mérida [Internet, tesis doctoral]. Extremadura: Universidad de Extremadura; 2017. [citado 2021, 4 de mayo]. Disponible en: <http://dehesa.unex.es/handle/10662/6153>
17. Castillo S, Tello T, Rosero Y. Cultura de seguridad del paciente del personal asistencial en una IPS de baja complejidad, Yumbo Valle 2014 [Internet]. Manizales: Universidad Católica de Manizales; 2015 [citado 2021, 4 de mayo]. Disponible en: <https://bit.ly/3o5uCAZ>
18. Labajo E. Estudio de la cultura de seguridad en el paciente en la docencia del grado en odontología de la Universidad Complutense de Madrid [Internet]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2018 [citado 2021, 4 de mayo]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/47238/1/T39832.pdf>
19. López V, Puentes M, Ramírez A. Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el municipio de Villeta. [Internet]. Bogotá: Universidad del Rosario; 2016 [citado 2021, 4 de mayo]. Disponible en: <https://bit.ly/3xJXQtr>
20. Vergara F. Cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones en los servicios de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo 2017. [Internet]. Lima: Universidad César Vallejo; 2017. [citado 2021, 4 de mayo]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/7050>
21. Bautista A, Bonifacio Y, More M. Satisfacción laboral de enfermería y seguridad integral del paciente quirúrgico, mayo Lima 2017 [Internet]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. [citado 2021, 4 de mayo]. Disponible en: <https://bit.ly/3eRS2p6>
22. Ccarhuarupay Y, Cruzado K. ¿Cómo influyen los conocimientos de bioseguridad en las prácticas que realizan los enfermeros limeños? [Internet]. Revista Casus, 2017; 2(1): 54-61. [citado 2021, 4 de mayo]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6258772>
23. Castillo K, Champion S, Mamani M. Nivel de conocimientos y aplicación de los principios de bioseguridad de la enfermera en el centro quirúrgico de una

- clínica privada de Lima junio 2017 [Internet]. Lima: Universidad Peruana Cayetano
24. Heredia; 2017. [citado 2021, 4 de mayo]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/814>
 25. Robles K. Nivel de conocimiento y prácticas de bioseguridad del personal de salud en los servicios de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo 2017. [Internet]. Lima: Universidad César Vallejo; 2017. [citado 2021, 4 de mayo]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/7037>
 26. Malvarez R. Enfermería y seguridad de los pacientes: notas conceptuales. In: Enfermería y seguridad de los pacientes. OPS. Washington; 2011. p. 1–18.
 27. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington; 2011.
 28. Lawati M Al, Dennis S, Short S, Abdulhadi N. Patient safety and safety culture in primary health care: A systematic review. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2018 Jun 30 [cited 2021 May 5];19(1):1–12. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0793-7>
 29. Nightingale F. Notas sobre a enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez; 1989.
 30. Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz WE, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review [Internet]. Vol. 8, *BMJ Open*. BMJ Publishing Group; 2018 [cited 2021 May 5]. p. 22202. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/>
 31. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2021 May 5];28(5):785–95. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>
 32. Camacho Rodríguez D, Jaimes Carbajal N. Cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2018 May 4 [cited 2021 May 5];34(1). Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1245>
 33. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [Internet]. OMS. 2019 [cited 2021 May 5]. Available from: <https://www.who.int/es/news->

room/fact-sheets/detail/patient-safety

34. Aranaz JM, Moya C. Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2011 [cited 2021 May 6];26(6):331–2. Available from: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/50769980/S1134282X11001606_S300_es.pdf?1481134243=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DSeguridad_del_paciente_y_calidad_asist_en.pdf&Expires=1620314674&Signature=g3XDopdCfk~a-JsUVcXVF69EDgP7cCF-056E-yh2mT
35. Gómez O, Arenas W, González L, Garzón J, Mateus E, Soto A. Patient safety culture of nursing staff in Bogotá, Colombia. *Cienc y Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2021 May 5];17(3):97–111. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
36. Castañeda Hidalgo H, Garza Hernández R, González Salinas J, Pineda Zúñiga M, Acevedo Porras G, Aguilera Pérez A. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de Enfermería. *Cienc y enfermería* [Internet]. 2014;19(2):77–88. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0A
37. Tartaglia C, Guerra S, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *International Journal for Quality in Health Care*, 2018; 30(9): 660- 677. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>
38. Fan C, Pawlik T, Daniels T et al. Association of safety culture with surgical site infection outcomes. *J Am Coll Surg*, 2016; 222: 122-128.
39. Kiaei MZ, Ziaee A, Mohebbifar R et al. Patient safety culture in teaching hospitals in Iran: assesment by the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *J Health Man Info*, 2016; 3: 51-56.
40. Fajardo G, Rodríguez J, Arboleya H, Rojano C, Hernández F, Santacruz J. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cir Cir*. 2010;78(6):527–32.
41. Le Coze JC. How safety culture can make us think. *Saf Sci*. 2019 Oct 1;118:221–9.

42. Martínez Unkauf A. Gestión sistémica del error: el enfoque del queso suizo en las auditorías. *INNOTEC GESTIÓN*. 2012;4:1–10.
43. Wachter R. *Compreendendo a Segurança do Paciente*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
44. Pinheiro M da P, Da Silva Junior O. Evaluation of the patient safety culture within the hospital organization of a university hospital. *Enferm Glob* [Internet]. 2017 [cited 2021 May 5];16(1):339–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.238811>
45. Reason J. *Managing maintenance error: a practical guide* [Internet]. New York: CRC Press; 2003 [cited 2021 May 5]. Available from: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=vZBBDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=james+reason&ots=mgwPRQ7sXS&sig=_CoSZvZllmL9Dm4z3OTrJZm8aUo#v=onepage&q=james+reason&f=false
46. Vincent C, Amalberti R. *Seguridad del paciente. Estrategias para una asistencia sanitaria mas segura*. [Internet]. Modus Laborandi. Madrid: Modus Laborandi; 2016 [cited 2021 May 5]. 271 p. Available from: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/presentacion-libro-15-diciembre/Seguridad_del_paciente.pdf%0Ahttps://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/presentacion-libro-15-diciembre/Seguridad_del_paciente.pdf%0Ahttp://ww
47. Amalberti R, Vincent C. Managing risk in hazardous conditions: improvisation is not enough. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2021 May 5];29(1):60–3. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/>
48. Vincent C, Carthey J, Macrae C, Amalberti R. Safety analysis over time: Seven major changes to adverse event investigation. *Implement Sci* [Internet]. 2017 Dec 28 [cited 2021 May 5];12(1):1–10. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s13012-017-0695-4>
49. Geller E. *The participation factor: How to increase involvement in occupational safety*. Illinois: American Society of Safety Engineers; 2002.

50. Cho M. Definiciones, retos globales y estrategia regional del programa de calidad en la atención y seguridad de los pacientes. In: Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington: OPS; 2011.
51. Aibar Remón C, Aranaz Andrés J, Recio Segoviano M. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente. In: Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington: OPS; 2011.
52. Padrón J. Tendencias epistemológicas de la investigación científica en el siglo XXI. Cinta de Moebio [Internet]. 2017;28:1–28. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10102801>
53. Uceda Ochoa DL, Meneses La Riva ME. Healthcare-associated infection control and biosecurity measures for nurses in the emergency department of a National Essalud Hospital [Healthcare-associated infection control and biosecurity measures for nurses in the emergency department of a National E. J Glob Heal Med [Internet]. 2020 Oct 31 [cited 2021 May 6];4(1):1. Available from: <https://doi.org/10.32829/ghmj.v4i1.185>
54. Ishaque S, Asrhad A, Haider M, Fatima F. Biosafety and biosecurity of lab and hospital acquired infections. Biol Clin Sci Res J [Internet]. 2021 Feb 9 [cited 2021 May 6];2021(1):e008. Available from: <http://bcsrj.com/ojs/index.php/bcsrj/article/view/55>
55. Ministerio de Sanidad Servicios e Igualdad de España. Guía de bioseguridad para los profesionales sanitarios. [Internet]. 2016. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/guiabioseseg1.pdf>
56. Tamariz Chavarria FD. Nivel de conocimiento y práctica de medidas de bioseguridad: Hospital San José, 2016. Horiz Médico [Internet]. 2018 Dec 31;18(4):42–9. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2018000400006
57. Ministerio de Salud del Perú. Sistema de Gestión de la Calidad del Pronahebas - Manual de bioseguridad: Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre [Internet]. 2004. Available from: https://faest.cayetano.edu.pe/images/stories/upcyd/sgc-sae/normas-sae/MANUAL_DE_BIOSEGURIDAD.pdf
58. Sinchi V. Bioseguridad en el sistema de salud pública, protección a pacientes

- y colaboradores. Rev Publicando [Internet]. 2020;7(25):39–48. Available from: <https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/2083>
59. Marlon F. Biosafety Guidelines. StatPearls [Internet]. 2021 [cited 2021 May 6];1. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537210/>
 60. Zuñiga J. Cumplimiento de las normas de bioseguridad. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Luis Vernaza 2019. Rev Eugenio Espejo [Internet]. 2019;13(2). Available from: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/5728/572861392006/html/index.html>
 61. Ministerio de Salud del Perú. Manual de bioseguridad Hospitalaria. Hospital San Juan del Lurigancho. [Internet]. Lima; 2016. Available from: <https://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Anestesiologia/ManualBioseguridad.pdf>
 62. Acosta S, Andrade V. Manual de esterilización para centros de salud [Internet]. Washington: OPS y USAID; 2008. Available from: https://www1.paho.org/PAHO-USAID/dmdocuments/AMR-Manual_Esterilizacion_Centros_Salud_2008.pdf
 63. Chero V. Nivel de conocimiento sobre medidas de bioseguridad y su empleo por parte de los estudiantes en una universidad peruana. Ágora Rev Cien [Internet]. 2016;3(2):361–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.21679/arc.v3i2.69%0A>
 64. Ministerio de Salud. Perú. Limpieza y desinfección de EESS y SMA [Internet]. 2020. Available from: http://www.digesa.minsa.gob.pe/Orientacion/LIMPIEZA_DESINFECCION_ES_TABLECIMIENOS_SALUD_SERVICIOS_MEDICOS_APOYO.pdf
 65. Chiong M, Leisewitz A, Márquez F, Vironneau L, Álvarez M, Tischler N, et al. Manual de normas de bioseguridad y riesgos asociados Fondecyt- CONICYT [Internet]. 2018. Available from: <https://www.conicyt.cl/fondecyt/files/2018/08/MANUAL-DE-NORMAS-DE-BIOSEGURIDAD.pdf>
 66. Universidad Industrial de Santander. Manual de bioseguridad [Internet]. 2012. Available from: https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/talento humano/SALUD_OCUPACIONAL/MANUALES/MTH.02.pdf
 67. Camargo T, Queiroz G, Silvestre A, Silva N, Bauer E. Cultura de la seguridad

- del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico [Internet]. *Enfermería Global*, 33(2): 336-348. [Citado 2021, 11 de mayo]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/revision1.pdf>
68. Karthik K, Aravindh R, Dhama K et al. Biosafety Concerns During the Collection, Transportation, and Processing of COVID-19 Samples for Diagnosis [Internet]. *Archives of Medical Research*, 2020; 51, 623-630. [Citado 2021, 25 de mayo]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2020.08.007>
69. Wang S, Li Y, Chen Q et al. Integration of biosafety surveillance through Biosafety Surveillance Conceptual Data Model. *Samples for Diagnosis* [Internet]. *Biosafety and Health*, 2019; 1, 98-104. [Citado 2021, 25 de mayo]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bsheal.2019.10.002>
70. Mancilla F, Serrano L, Hernández A *et al.* Non-exposure procedure to aerosols during a tracheostomy under biosafety isolation in SARS CoV-2 [Internet]. *Operative Techniques in Otolaryngology*, 2020; 31, 43-46. [Citado 2021, 25 de mayo]. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.otot.2020.06.003>
71. Organización Mundial de la Salud. Manual de seguridad en el laboratorio [Internet]. Ginebra: Biblioteca de la OMS; 2005. (3ª ed.). Disponible en: <https://bit.ly/3urKeQU>
72. Warner J, Nunes E, Coates R. Queso suizo en Brasil: cultura de desastres versus cultura de seguridad [Internet]. *Ambiente & Sociedade*, 2019; 22: 1-14. [Citado 2021, 25 de mayo]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1809-4422asoc2019Ex0004vu2019L3ID>
73. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermería [Internet]. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2012. [Citado 2021, 17 de julio]. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20sp.pdf
74. Ministerio de Salud del Perú. Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria [Internet]. Lima: Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud; 2002. [Citado 2021, 17 de julio]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1444.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de variables

Operacionalización de la variable Cultura de seguridad del paciente

Variable	Definición operacional	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Tipo de variable	Escala de medición	Tipo de respuesta	Niveles y/o rangos
Cultura de seguridad del paciente	La variable cultura de seguridad del paciente se medirá con un cuestionario de 25 preguntas a través de las dimensiones: Asistencial, Organización, Relaciones, Gestión	Se denomina así a un patrón formado de comportamiento individual y de la organización sanitaria, basado en creencias y valores compartidos, que busca de manera continua la máxima reducción del daño que podría sufrir el paciente como consecuencia del servicio de atención. (32).	Asistencial	Cumplimiento Seguridad	1-7	Cuantitativa	Ordinal	Sí No A veces	Adecuada (34-50)
			Organización	Confianza Responsabilidad	8-14		ítems politómicos	Regular (17-33)	
			Relaciones	Trabajo de equipo Relaciones	15-19			No adecuada (0-16)	
			Gestión	Cumplimiento Monitoreo	20-25				

Operacionalización de la variable Bioseguridad

Variable	Definición operacional	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Tipo de variable	Escala de medición	Tipo de respuesta	Niveles y/o rangos
Bioseguridad	La variable bioseguridad se medirá con un cuestionario de 25 preguntas a través de las dimensiones: procesamiento del instrumental, método de protección, higiene de superficie, eliminación de residuos	Consiste en una serie de medidas orientadas a disminuir el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral. (70)	Procesamiento del instrumental	Método Esterilización Capacitación	1-8	Cuantitativa	Ordinal	Sí No A veces ítems politómicos	Adecuada (33-48)
			Método de protección	Apoyo Participación Utilización	9-14				Regular (17-32)
			Higiene de superficie	Desinfección Protección Procedimiento	15-19				No adecuada (0-16)
			Eliminación de residuos	Rotulación Eliminación Incineración	20-24				

Anexo 2: Matriz de consistencia

Título: Cultura de Seguridad del Paciente y Bioseguridad en el Personal de Enfermería de un Hospital Público de Lima - 2021.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE 1: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE				
			DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA	BAREMACION
Problema General ¿Cuál es la relación entre Cultura de Seguridad del Paciente y Bioseguridad en el Personal de Enfermería de un Hospital Público de Lima, 2021?	Objetivo General Determinar la relación entre Cultura de Seguridad del Paciente y Bioseguridad en el Personal de Enfermería de un Hospital Público de Lima, 2021.	Hipótesis General Existe relación estadísticamente significativa entre Cultura de Seguridad del Paciente y Bioseguridad en el Personal de Enfermería de un Hospital Público de Lima, 2021.	Asistencial	– Cumplimiento – Seguridad	1-7	Ordinal	Adecuada (34-50)
			Organización	– Confianza – Responsabilidad	8-14		Regular (17-33)
			Relaciones	– Trabajo de equipo – Relaciones	15-19		No adecuada (0-16)
			Gestión	– Cumplimiento – Monitoreo	20-25		
VARIABLE 2: BIOSEGURIDAD							
Problemas Específicos – ¿Cuál es la relación entre Cultura de Seguridad del Paciente y las dimensiones procesamiento del instrumental, método de protección, higiene de la superficie, y eliminación de residuos de la Bioseguridad en	Objetivos Específicos – Determinar la relación entre Cultura de Seguridad del Paciente y las dimensiones procesamiento del instrumental, método de protección, higiene de la superficie, y eliminación de residuos de la Bioseguridad en el Personal de	Hipótesis Específicas – Existe relación estadísticamente significativa entre Cultura de Seguridad del Paciente y las dimensiones procesamiento del instrumental, método de protección, higiene de la superficie, y eliminación de residuos de la Bioseguridad en el	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA	BAREMACION
			Procesamiento del instrumental	– Método – Esterilización – Capacitación	1-8	Ordinal	Adecuada (33-48)
			Método de protección	– Apoyo – Participación – Utilización	9-14		Regular (17-32)
			Higiene de superficie	– Desinfección – Protección – Procedimiento	15-19		No adecuada (0-16)
			Eliminación de residuos	– Rotulación – Eliminación	20-24		

el Personal de Enfermería de un Hospital Público de Lima, 2021?	Enfermería de un Hospital Público de Lima, 2021.	Personal de Enfermería de un Hospital Público de Lima, 2021.		- Incineración			
NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS			ESTADÍSTICA A UTILIZAR		
Nivel: Descriptivo correlacional Diseño: No experimental transversal Método: Hipotético deductivo	Población: 50 enfermeras Tipo de muestreo: No probabilístico de tipo intencional. Tamaño de muestra: 50 personas	Variable 1: Cultura de seguridad del paciente Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente. Medical Office Survey on Patient Safety (MOSPS) Autor: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Año y país: 2009 Número de ítems: 25 Confiabilidad: 0,728 (alfa de Cronbach) Ámbito de Aplicación: Población adulta Forma de Administración: Autoadministración	Variable 2: Bioseguridad Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario de Bioseguridad. Autor: Betancourt, A. Año: 2009 Número de ítems: 24 Confiabilidad: 0,864 (alfa de Cronbach) Ámbito de Aplicación: Población adulta Forma de Administración: Autoadministración	Estadística descriptiva: Distribución de frecuencias Estadística inferencial: Contrastación de hipótesis Coefficiente de correlación: Rho de Spearman			

Anexo 3: Prueba de confiabilidad e instrumentos

3.1 Confiabilidad

Para determinar el nivel de confiabilidad del instrumento de medición se aplicará el coeficiente alfa de Cronbach, que es utilizada para escala politómica, cuya fórmula utilizada es:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Confiabilidad	
Magnitud	Rango
Muy fuerte	0,90 a 1,00
Fuerte	0,71 a 0,89
Moderada	0,50 a 0,70
Baja	0,01 a 0,49
No es confiable	0,00

Fuente: Hernández, Fernández y Baptista (2014)

Donde:

K: Número de ítems

S_i^2 : Sumatoria de varianzas de los ítems

S_T^2 : Varianza de la suma de los ítems

α : Coeficiente alfa de Cronbach.

Tabla

Confiabilidad de los instrumentos

Variable	Nº de Ítems	Alfa de Cronbach	Confiabilidad
Cultura de seguridad	25	0,728	Fuerte
Bioseguridad	24	0,864	Fuerte

Fuente: Elaboración propia

El coeficiente alfa de Cronbach para el instrumento Cultura de seguridad fue 0,728 resultando fuerte confiabilidad, y para el instrumento bioseguridad fue 0,864 resultando fuerte confiabilidad, se concluye que, se recomienda el uso del instrumento para recoger información con respecto a las variables de estudio.

3.2 Instrumentos de recolección de datos

Ficha técnica N° 1

Nombre: Cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente. Medical Office Survey on Patient Safety (MOSPS)

Autor: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

Año: 2009

Objetivo: Evaluar la CSP en las enfermeras de un Hospital.

Tiempo: 60'

Ítems: 25

Rangos: Adecuada (34-50), Regular (17-33), No adecuada (0-16)



CUESTIONARIO SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

INSTRUCCIONES: Estimado(a) enfermero(a), el presente cuestionario tiene el propósito de recopilar información sobre *la cultura de seguridad del paciente*. Se agradece leer atentamente y marcar con un **(X)** la opción correspondiente a la información solicitada, es **totalmente anónimo** y su procesamiento es reservado, por lo que le pedimos sinceridad en su respuesta, en beneficio de la mejora de la productividad en la organización.

DIMENSIÓN ASISTENCIAL	Sí	No	A veces
1. El personal de Enfermería ayuda al paciente a conseguir una cita para un problema de salud.			
2. La historia clínica del paciente estaba disponible cuando durante la cita			
3. El equipo médico funcionó adecuadamente.			
4. Los resultados de laboratorio y de imagenología estaban disponibles el día de la cita.			
5. En la institución se presentan problemas de referencias a otros hospitales.			
6. El personal de salud recuerda a sus pacientes cuándo el día de su cita.			
7. En la institución se hace seguimiento a los pacientes crónicos para el cumplimiento de su tratamiento.			
DIMENSIÓN 2: ORGANIZACIÓN	Sí	No	A veces
8. Cuando el personal tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan.			
9. En esta institución hay un buen ambiente de trabajo.			
10. En este hospital capacitan al personal de salud en los nuevos procedimientos.			
11. El personal tiene equipos y materiales adecuados para evaluar si los procedimientos se realizan correctamente.			
12. La institución tiene suficiente personal de enfermería para manejar la carga laboral con los pacientes.			
13. La institución promueve el trabajo en equipo con el personal de enfermería para el cuidado de los pacientes.			
14. El personal de enfermería realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.			
DIMENSIÓN 3: RELACIONES	Sí	No	A veces

15. Los profesionales de enfermería del hospital son receptivos a las propuestas de mejora.			
16. El personal de enfermería realiza preguntas al paciente después del procedimiento			
17. El equipo de enfermería habla abiertamente de los problemas que se presentan en la institución			
18. La institución busca medidas preventivas para evitar negligencias.			
19. El personal de enfermería está dispuesto a notificar eventos adversos que observan en el hospital.			
DIMENSIÓN 4: GESTIÓN	Sí	No	A veces
20. La institución invierte suficientes recursos para mejorar la calidad de atención del paciente.			
21. La institución toma decisiones basadas para mejorar las condiciones de trabajo del personal de enfermería.			
22. Los protocolos de la institución son adecuados para prevenir negligencias que pueden afectar la salud de los pacientes.			
23. Las negligencias que se presentan en los pacientes es por recargad de trabajo y estrés laboral.			
24. En este hospital, es más importante realizar cantidad de procedimientos que brindar calidad de la atención.			
25. Cuando la institución realiza cambios para mejorar la atención al paciente, comprobamos si estos funcionan.			

Ficha técnica N° 2

Nombre: Cuestionario de Bioseguridad.

Autor: Betancourt, A.

Año: 2009

Objetivo: Evaluar la bioseguridad.

Tiempo: 60'

Ítems: 24

Rangos: Adecuada (33-48), Regular (17-32), No adecuada (0-16)



CUESTIONARIO DE BIOSEGURIDAD

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

DIMENSIÓN 1: Procesamiento del instrumental	Sí	No	A veces
1. ¿Usa método de esterilización?			
2. ¿Lee las indicaciones de los desinfectantes químicos antes de usarlos?			
3. ¿Considera el trabajo de desinfección de alto riesgo?			
4. Antes de cada procedimiento, ¿se realiza el lavado de manos?			
5. ¿Desinfecta los equipos con la adecuada medida de bioseguridad?			
6. ¿La institución brinda capacitación al personal sobre bioseguridad?			
7. ¿El empaçado se realiza en campos de papel craft?			
8. ¿Realiza usted la desinfección de alto nivel?			
DIMENSIÓN 2: Método de protección	Sí	No	A veces
9. ¿Practica los protocolos de bioseguridad?			
10. ¿Usa un par de guantes para cada paciente?			
11. ¿Asiste a capacitaciones relacionadas a bioseguridad?			
12. ¿Utiliza adecuadamente el equipo de protección personal?			
13. ¿Se lava las manos y después de cada procedimiento?			
14. ¿El personal asistencial usa solo guantes y mascarilla?			
DIMENSIÓN 3: Higiene de superficie	Sí	No	A veces
15. El personal de limpieza, ¿desinfecta, limpia las paredes y pisos del ambiente donde se atiende el paciente?			
16. ¿Evita tener contacto con sangre y mucosidades?			
17. ¿Usa toalla descartable para secarse las manos?			
18. ¿En el lugar de trabajo utilizan aerosoles?			

19. ¿Todas las superficies que son tocadas por el paciente durante su atención son desinfectadas?			
DIMENSIÓN 4: Eliminación de residuos	Sí	No	A veces
20. ¿Rotula los materiales que son usados por pacientes contaminados?			
21. ¿Los tachos para eliminar los desechos contaminados están cubiertos con bolsa de color rojo, negro y amarillo?			
22. ¿Los residuos plásticos los eliminas en tacho con cubierta de bolsa roja?			
23. ¿Los frascos y ampollas de vidrio son eliminados en tachos cubiertas con bolsa amarillas?			
24. ¿Los papeles se eliminan en tacho con cubierta de bolsa negra?			

Anexo 4: Certificado de validez del instrumento

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSION 1: ASISTENCIAL								
1	El personal de Enfermería ayuda al paciente a conseguir una cita para un problema de salud.	X		X		X		
2	La historia clínica del paciente está disponible durante la cita.	X		X		X		
3	El equipo médico funciona adecuadamente.	X		X		X		
4	Los resultados de laboratorio y de imagenología están disponibles el día de la cita.	X		X		X		
5	En la Institución se presenta problemas de referencias a otros Hospitales.	X		X		X		
6	El personal de salud recuerda a sus pacientes cuándo es el día de su cita.	X		X		X		
7	En la Institución se hace seguimiento a los pacientes crónicos para el cumplimiento de su tratamiento.	X		X		X		
DIMENSION 2: ORGANIZACION		Si	No	Si	No	Si	No	
8	Cuando el personal tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan.	X		X		X		
9	En esta Institución hay un buen ambiente de trabajo.	X		X		X		
10	En este hospital capacitan al personal de salud en los nuevos procedimientos.	X		X		X		
11	El personal tiene equipos y materiales adecuados para evaluar si los procedimientos se realizan correctamente.	X		X		X		
12	La Institución tiene suficiente personal de enfermería para manejar la carga laboral con los pacientes.	X		X		X		
13	La institución promueve el trabajo en equipo con el personal de enfermería para el cuidado de los pacientes.	X		X		X		
14	El personal de enfermería realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	X		X		X		
DIMENSION 3: RELACIONES		Si	No	Si	No	Si	No	
15	Los profesionales de enfermería son receptivos a las propuestas de mejora.	X		X		X		
16	El personal de enfermería realiza preguntas al paciente después del procedimiento.	X		X		X		
17	El personal de enfermería habla abiertamente de los problemas que se presentan en la Institución.	X		X		X		
18	La Institución busca medidas preventivas para evitar negligencias.	X		X		X		
19	El personal de enfermería está dispuesto a notificar eventos adversos que observan en el hospital.	X		X		X		
DIMENSION 4: GESTION								
20	La Institución invierte suficientes recursos para mejorar la calidad de atención del paciente.	X		X		X		
21	La Institución toma decisiones basadas para mejorar las condiciones de trabajo del personal de Enfermería.	X		X		X		
22	Los protocolos de la Institución son adecuados para prevenir negligencias que puede afectar la salud de los pacientes.	X		X		X		
23	Las negligencias que se presentan en los pacientes, es por recarga de	X		X		X		

	trabajo y estrés laboral.						
24	En este hospital, es más importante realizar cantidad de procedimientos que brindar calidad de atención al paciente.	X		X		X	
25	Cuando la Institución realiza cambios para mejorar la atención al paciente, comprobamos si estos funcionan.	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay
suficiencia): _____

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

Apellidos y nombres del juez validador. Mg. Jimmy Carlos Orihuela Salazar DNI: 25580673

Especialidad del validador: Psicología clínica y organizacional

27de junio del 2021

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al
componente o dimensión específica del constructo

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

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



Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA BIOSEGURIDAD

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSION 1: Procesamiento del instrumental							
1	¿Usa método de esterilización?	X		X		X		
2	¿Lee las indicaciones de los desinfectantes químicos antes de usarlos?	X		X		X		
3	¿Considera el trabajo de desinfección de alto riesgo?	X		X		X		
4	¿Antes de cada procedimiento se realiza el lavado de manos?	X		X		X		
5	¿Desinfecta los equipos con la adecuada medida de bioseguridad?	X		X		X		
6	¿La Institución brinda capacitación al personal sobre bioseguridad?	X		X		X		
7	¿El empacado de materiales se realiza en papel craf?	X		X		X		
8	¿Realiza la desinfección de alto nivel?	X		X		X		
	DIMENSION 2: Método de protección	Si	No	Si	No	Si	No	
9	¿Practica los protocolos de Bioseguridad?	X		X		X		
10	¿Usa un par de guantes para cada paciente?	X		X		X		
11	¿Asiste a capacitaciones relacionadas a bioseguridad?	X		X		X		
12	¿Utiliza adecuadamente el equipo de protección personal?	X		X		X		
13	¿Se lava las manos antes y después de cada procedimiento?	X		X		X		
14	¿El personal asistencial usa solo guantes y mascarilla?	X		X		X		
	DIMENSION 3: Higiene de superficie	Si	No	Si	No	Si	No	
15	¿El personal de limpieza desinfectan, limpian las paredes y pisos del ambiente donde se atiende el paciente?	X		X		X		
16	¿Evita tener contacto con sangre y mucosidades?	X		X		X		
17	¿Usa toalla descartable para secarse las manos?	X		X		X		
18	¿En el lugar de trabajo utilizan aerosoles?	X		X		X		
19	¿Todas las superficies que son tocadas por el paciente durante su atención son desinfectadas?	X		X		X		
	DIMENSION 4: Eliminación de residuos							
20	¿Rotula los materiales que son usados por pacientes contaminados?	X		X		X		
21	¿Los tachos para eliminar los desechos contaminados están cubiertos con bolsa de color rojo, negro y amarillo?	X		X		X		
22	¿Los residuos plásticos los eliminan en tacho con cubierta de bolsa roja?	X		X		X		
23	¿Los frascos y ampollas de vidrio son eliminados en tachos cubiertos con bolsas amarillas?	X		X		X		
24	¿Los papeles se eliminan en tacho con cubierta de bolsa negra?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI HAY
SUFICIENCIA

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

Apellidos y nombres del juez validador: Jimmy Carlos Orihuela Salazar DNI: 25580673

Grado y Especialidad del validador: Psicología clínica y organizacional

¹ **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

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

Lima, 21 de mayo del 2021.



Firma del Experto Informante.

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

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSION 1: ASISTENCIAL								
1	El personal de Enfermería ayuda al paciente a conseguir una cita para un problema de salud.	X		X		X		
2	La historia clínica del paciente está disponible durante la cita.	X		X		X		
3	El equipo médico funciona adecuadamente.	X		X		X		
4	Los resultados de laboratorio y de imagenología están disponibles el día de la cita.	X		X		X		
5	En la Institución se presenta problemas de referencias a otros Hospitales.	X		X		X		
6	El personal de salud recuerda a sus pacientes cuándo es el día de su cita.	X		X		X		
7	En la Institución se hace seguimiento a los pacientes crónicos para el cumplimiento de su tratamiento.	X		X		X		
DIMENSION 2: ORGANIZACION								
8	Cuando el personal tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan.	X		X		X		
9	En esta Institución hay un buen ambiente de trabajo.	X		X		X		
10	En este hospital capacitan al personal de salud en los nuevos procedimientos.	X		X		X		
11	El personal tiene equipos y materiales adecuados para evaluar si los procedimientos se realizan correctamente.	X		X		X		
12	La Institución tiene suficiente personal de enfermería para manejar la carga laboral con los pacientes.	X		X		X		
13	La institución promueve el trabajo en equipo con el personal de enfermería para el cuidado de los pacientes.	X		X		X		
14	El personal de enfermería realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	X		X		X		
DIMENSION 3: RELACIONES								
15	Los profesionales de enfermería son receptivos a las propuestas de mejora.	X		X		X		
16	El personal de enfermería realiza preguntas al paciente después del procedimiento.	X		X		X		
17	El personal de enfermería habla abiertamente de los problemas que se presentan en la Institución.	X		X		X		
18	La Institución busca medidas preventivas para evitar negligencias.	X		X		X		
19	El personal de enfermería está dispuesto a notificar eventos adversos que observan en el hospital.	X		X		X		
DIMENSION 4: GESTION								
20	La Institución invierte suficientes recursos para mejorar la calidad de atención del paciente.	X		X		X		
21	La Institución toma decisiones basadas para mejorar las condiciones de trabajo del personal de Enfermería.	X		X		X		
22	Los protocolos de la Institución son adecuados para prevenir negligencias que puede afectar la salud de los pacientes.	X		X		X		
23	Las negligencias que se presentan en los pacientes, es por recarga de trabajo y	X		X		X		

	estrés laboral.						
24	En este hospital, es más importante realizar cantidad de procedimientos que brindar calidad de atención al paciente.	X		X		X	
25	Cuando la Institución realiza cambios para mejorar la atención al paciente, comprobamos si estos funcionan.	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____ SI HAY
SUFICIENCIA

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

Apellidos y nombres del juez validador: _____ HUAYTA FRANCO, Yolanda Josefina _____ DNI: _____ 09333287 _____

Grado y Especialidad del validador: _____ DOCTORA EN EDUCACIÓN _____

¹ **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

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

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

Lima, 21 de mayo del 2021.



Firma del Experto Informante.
Especialidad

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA BIOSEGURIDAD

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSION 1: Procesamiento del instrumental								
1	¿Usa método de esterilización?	X		X		X		
2	¿Lee las indicaciones de los desinfectantes químicos antes de usarlos?	X		X		X		
3	¿Considera el trabajo de desinfección de alto riesgo?	X		X		X		
4	¿Antes de cada procedimiento se realiza el lavado de manos?	X		X		X		
5	¿Desinfecta los equipos con la adecuada medida de bioseguridad?	X		X		X		
6	¿La Institución brinda capacitación al personal sobre bioseguridad?	X		X		X		
7	¿El empacado de materiales se realiza en papel craf?	X		X		X		
8	¿Realiza la desinfección de alto nivel?	X		X		X		
DIMENSION 2: Método de protección		Si	No	Si	No	Si	No	
9	¿Practica los protocolos de Bioseguridad?	X		X		X		
10	¿Usa un par de guantes para cada paciente?	X		X		X		
11	¿Asiste a capacitaciones relacionadas a bioseguridad?	X		X		X		
12	¿Utiliza adecuadamente el equipo de protección personal?	X		X		X		
13	¿Se lava las manos antes y después de cada procedimiento?	X		X		X		
14	¿El personal asistencial usa solo guantes y mascarilla?	X		X		X		
DIMENSION 3: Higiene de superficie		Si	No	Si	No	Si	No	
15	¿El personal de limpieza desinfectan, limpian las paredes y pisos del ambiente donde se atiende el paciente?	X		X		X		
16	¿Evita tener contacto con sangre y mucosidades?	X		X		X		
17	¿Usa toalla descartable para secarse las manos?	X		X		X		
18	¿En el lugar de trabajo utilizan aerosoles?	X		X		X		
19	¿Todas las superficies que son tocadas por el paciente durante su atención son desinfectadas?	X		X		X		
DIMENSION 4: Eliminación de residuos								
20	¿Rotula los materiales que son usados por pacientes contaminados?	X		X		X		
21	¿Los tachos para eliminar los desechos contaminados están cubiertos con bolsa de color rojo, negro y amarillo?	X		X		X		
22	¿Los residuos plásticos los eliminan en tacho con cubierta de bolsa roja?	X		X		X		
23	¿Los frascos y ampollas de vidrio son eliminados en tachos cubiertos con bolsas amarillas?	X		X		X		
24	¿Los papeles se eliminan en tacho con cubierta de bolsa negra?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI HAY
SUFICIENCIA

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

Apellidos y nombres del juez validador: HUAYTA FRANCO, Yolanda Josefina DNI: 09333287

Grado y Especialidad del validador: DOCTORA EN EDUCACIÓN

¹ **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

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

Lima, 21 de mayo del 2021.



Firma del Experto Informante.
Especialidad

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

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSION 1: ASISTENCIAL								
1	El personal de Enfermería ayuda al paciente a conseguir una cita para un problema de salud.	X		X		X		
2	La historia clínica del paciente está disponible durante la cita.	X		X		X		
3	El equipo médico funciona adecuadamente.	X		X		X		
4	Los resultados de laboratorio y de imagenología están disponibles el día de la cita.	X		X		X		
5	En la Institución se presenta problemas de referencias a otros Hospitales.	X		X		X		
6	El personal de salud recuerda a sus pacientes cuándo es el día de su cita.	X		X		X		
7	En la Institución se hace seguimiento a los pacientes crónicos para el cumplimiento de su tratamiento.	X		X		X		
DIMENSION 2: ORGANIZACION		Si	No	Si	No	Si	No	
8	Cuando el personal tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan.	X		X		X		
9	En esta Institución hay un buen ambiente de trabajo.	X		X		X		
10	En este hospital capacitan al personal de salud en los nuevos procedimientos.	X		X		X		
11	El personal tiene equipos y materiales adecuados para evaluar si los procedimientos se realizan correctamente.	X		X		X		
12	La Institución tiene suficiente personal de enfermería para manejar la carga laboral con los pacientes.	X		X		X		
13	La institución promueve el trabajo en equipo con el personal de enfermería para el cuidado de los pacientes.	X		X		X		
14	El personal de enfermería realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	X		X		X		
DIMENSION 3: RELACIONES		Si	No	Si	No	Si	No	
15	Los profesionales de enfermería son receptivos a las propuestas de mejora.	X		X		X		
16	El personal de enfermería realiza preguntas al paciente después del procedimiento.	X		X		X		
17	El personal de enfermería habla abiertamente de los problemas que se presentan en la Institución.	X		X		X		
18	La Institución busca medidas preventivas para evitar negligencias.	X		X		X		
19	El personal de enfermería está dispuesto a notificar eventos adversos que observan en el hospital.	X		X		X		
DIMENSION 4: GESTIÓN								
20	La Institución invierte suficientes recursos para mejorar la calidad de atención del paciente.	X		X		X		
21	La Institución toma decisiones basadas para mejorar las condiciones de trabajo del personal de Enfermería.	X		X		X		
22	Los protocolos de la Institución son adecuados para prevenir negligencias que puede afectar la salud de los pacientes.	X		X		X		
23	Las negligencias que se presentan en los pacientes, es por recarga de trabajo y estrés laboral.	X		X		X		
24	En este hospital, es más importante realizar cantidad de procedimientos que	X		X		X		

	brindar calidad de atención al paciente.						
25	Cuando la Institución realiza cambios para mejorar la atención al paciente, comprobamos si estos funcionan.	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Juan José Gabriel Artica Martínez DNI: 45620749

Especialidad del validador: Psicología clínica y de la salud

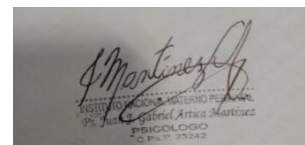
02 de julio del 2021

¹**Pertinencia:**El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

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

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



Handwritten signature of Juan José Gabriel Artica Martínez over a printed stamp. The stamp contains the text: "INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS", "Dr. Juan José Gabriel Artica Martínez", "PSICOLOGO", and "C. P. N. 35242".

Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA BIOSEGURIDAD

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSION 1: Procesamiento del instrumental							
1	¿Usa método de esterilización?	X		X		X		
2	¿Lee las indicaciones de los desinfectantes químicos antes de usarlos?	X		X		X		
3	¿Considera el trabajo de desinfección de alto riesgo?	X		X		X		
4	¿Antes de cada procedimiento se realiza el lavado de manos?	X		X		X		
5	¿Desinfecta los equipos con la adecuada medida de bioseguridad?	X		X		X		
6	¿La Institución brinda capacitación al personal sobre bioseguridad?	X		X		X		
7	¿El empaqueo de materiales se realiza en papel craf?	X		X		X		
8	¿Realiza la desinfección de alto nivel?	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: Método de protección	Si	No	Si	No	Si	No	
9	¿Practica los protocolos de Bioseguridad?	X		X		X		
10	¿Usa un par de guantes para cada paciente?	X		X		X		
11	¿Asiste a capacitaciones relacionadas a bioseguridad?	X		X		X		
12	¿Utiliza adecuadamente el equipo de protección personal?	X		X		X		
13	¿Se lava las manos antes y después de cada procedimiento?	X		X		X		
14	¿El personal asistencial usa solo guantes y mascarilla?	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3: Higiene de superficie	Si	No	Si	No	Si	No	
15	¿El personal de limpieza desinfectan, limpian las paredes y pisos del ambiente donde se atiende el paciente?	X		X		X		
16	¿Evita tener contacto con sangre y mucosidades?	X		X		X		
17	¿Usa toalla descartable para secarse las manos?	X		X		X		
18	¿En el lugar de trabajo utilizan aerosoles?	X		X		X		
19	¿Todas las superficies que son tocadas por el paciente durante su atención son desinfectadas?	X		X		X		
	DIMENSION 4: Eliminación de residuos							
20	¿Rotula los materiales que son usados por pacientes contaminados?	X		X		X		
21	¿Los tachos para eliminar los desechos contaminados están cubiertos con bolsa de color rojo, negro y amarillo?	X		X		X		
22	¿Los residuos plásticos los eliminan en tacho con cubierta de bolsa roja?	X		X		X		
23	¿Los frascos y ampollas de vidrio son eliminados en tachos cubiertos con bolsas amarillas?	X		X		X		
24	¿Los papeles se eliminan en tacho con cubierta de bolsa negra?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Juan José Gabriel Artica Martínez DNI: 45620749

Especialidad del validador: Psicología clínica y de la salud

02 de julio del 2021

¹**Pertinencia:**El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

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

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



Handwritten signature of Juan José Gabriel Artica Martínez over a professional stamp. The stamp includes the text: "INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS Y DEL COMPORTAMIENTO", "Dr. Juan José Gabriel Artica Martínez", "PSICÓLOGO", and "C. R. 25242".

Firma del Experto Informante.



ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, FAJARDO TORRES EMMA JESUS estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO del programa de MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA ESTE, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE UN HOSPITAL PUBLICO DE LIMA 2021", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Nombres y Apellidos	Firma
FAJARDO TORRES EMMA JESUS DNI: 21789890 ORCID 0000-0002-7320-056	Firmado digitalmente por: EFAJARDOT el 25-08-2021 19:15:01

Código documento Trilce: INV - 0312148