



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

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

**Aplicación de Prácticas de Bioseguridad y Cultura  
de Seguridad del Paciente en Enfermeros de un  
Hospital Público de Cusco, 2021.**

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

**AUTORA:**

Arce Camacho, Lilia Magaly (ORCID: 0000-0002-4875-1271)

**ASESORA:**

Mg. Vega Guevara, Miluska Rosario (ORCID: 0000-0002-0268-3250)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en  
Salud

LIMA - PERÚ

2021

**Dedicatoria:**

A mis padres Julio y Raquel, que me infundieron la superación continua y trabajar para cumplir mis sueños.

A mi hija Adhara, la razón principal para avanzar cada minuto, mi motivo de vida.

**Agradecimiento:**

A la Mg. Miluska Vega por la motivación y enseñanza, a la Universidad Cesar Vallejo, por permitirme realizar este programa y a mi grupo de la maestría por el trabajo en equipo, en este paso tan importante de mi preparación.

## Índice de contenido

	Pág.
Carátula .....	i
Dedicatoria .....	ii
Agradecimiento .....	iii
Índice de contenido .....	iv
Índice de tablas .....	v
Resumen .....	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. MARCO TEÓRICO .....	4
III. METODOLOGÍA.....	22
3.1. Tipo y diseño de investigación .....	22
3.2. Variables y operacionalización .....	23
3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis .....	27
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	28
3.5. Procedimientos.....	31
3.6. Método de análisis de datos .....	31
3.7. Aspectos éticos .....	32
IV. RESULTADOS .....	33
V. DISCUSIÓN.....	38
VI. CONCLUSIONES .....	44
VII. RECOMENDACIONES .....	45
REFERENCIAS .....	46
ANEXOS .....	55

## Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1: Matriz operacional de la variable aplicación de prácticas de bioseguridad	24
Tabla 2: Matriz operacional de la variable cultura de seguridad del paciente	26
Tabla 3: Juicio de expertos, validez del contenido del cuestionario Aplicación de prácticas de Bioseguridad	29
Tabla 4: Juicio de expertos, validez del contenido del cuestionario Cultura de seguridad del paciente	29
Tabla 5: Nivel de confiabilidad del instrumento aplicación de prácticas de bioseguridad	30
Tabla 6: Nivel de confiabilidad del instrumento cultura de seguridad del paciente	30
Tabla 7: Nivel de aplicación de medidas de Bioseguridad en un Hospital público de Cusco	33
Tabla 8: Nivel de Cultura de seguridad del paciente en un Hospital público de Cusco	34
Tabla 9: Correlación entre la aplicación de las prácticas de bioseguridad y la cultura de seguridad del paciente en enfermeros de un hospital de Cusco	35
Tabla 10: Correlación entre la aplicación de uso de barreras y la cultura de seguridad del paciente en enfermeros de un hospital de Cusco.	36
Tabla 11: Correlación entre la aplicación de los principios de bioseguridad y la cultura de seguridad del paciente en enfermeros de un hospital de Cusco.	37
Tabla 12: Correlación entre los principios de bioseguridad y la cultura de seguridad del paciente en enfermeros de un hospital de Cusco.	38

## Resumen

El objetivo fue establecer la relación entre la aplicación de prácticas de bioseguridad y la cultura de seguridad del paciente, en enfermeros de un hospital público de Cusco. El enfoque fue cuantitativo, de tipo básica, correlacional y diseño no experimental, la muestra fue de 81 enfermeros; se emplearon como instrumentos el cuestionario sobre aplicación de prácticas de bioseguridad y el cuestionario de cultura de seguridad del paciente. Los resultados evidenciaron que el 76% de los enfermeros considera que la aplicación de prácticas de bioseguridad es buena en la dimensión uso de barreras, el 60% considera que la aplicación de principios de seguridad es regular, igual al manejo de residuos sólidos con un 93%. Respecto al nivel de cultura de seguridad del paciente, la mayoría de estos trabajadores considera un nivel neutral en seis de diez dimensiones, el 100% de estos trabajadores presenta un nivel negativo respecto al trabajo en equipo, por el contrario, tienen niveles positivos en la dimensión apoyo de coordinadores con el 73% y apoyo administrativo con 65%. Conclusión; no existe correlación significativa entre la aplicación de prácticas de bioseguridad y la cultura de seguridad del paciente, siendo esta correlación nula ( $r= 0. 217$ ).

**Palabras clave:** Practicas de bioseguridad, cultura de seguridad del paciente, eventos adversos.

## Abstract

The objective was to establish the relationship between the application of biosafety practices and the culture of patient safety, in nurses of a public hospital in Cusco. The approach was quantitative, basic, correlational and non-experimental design, the sample was 81 nurses; The questionnaire on the application of biosafety practices and the patient safety culture questionnaire were used as instruments. The results showed that 76% of the nurses consider that the application of biosafety practices is good in the dimension use of barriers, 60% consider that the application of safety principles is regular, equal to the management of solid waste with a 93 %. Regarding the level of patient safety culture, most of these workers consider a neutral level in six of ten dimensions, 100% of these workers present a negative level with respect to teamwork, on the contrary, they have positive levels in the coordinator support dimension with 73% and administrative support with 65%. Conclusion; there is no significant correlation between the application of biosafety practices and the culture of patient safety, this correlation being null ( $r = 0.217$ ).

**Keywords:** Biosafety practices, patient safety culture, adverse events.

## I. INTRODUCCIÓN

El informe Errar es humano de Kohn et al. (1999), promovió a las instituciones de salud a tomar importancia sobre la dimensión de varios eventos adversos que son originados por complicaciones relacionados a una asistencia de salud insegura, fomentando estudios que hallaron el mismo problema a nivel mundial. Los resultados revelaron que la falta de cultura de seguridad es un problema muy grande generando consecuencias en la recuperación de los pacientes.

La bioseguridad implica un grupo de medidas encaminadas a proteger la salud del profesional que trabaja en una organización de salud, a los usuarios, familias y al entorno que podrían verse afectados como resultado del trabajo asistencial. Es el conjunto de normas requeridas, para ser realizadas, con el objetivo de disminuir o eliminar los peligros para el personal, la sociedad y su entorno, causados por elementos infecciosos, físicos, químicos y mecánicos. (Organización Mundial de la Salud [OMS], (2005).

La cultura de seguridad del paciente reconoce la naturaleza de alto riesgo del trabajo de una institución de salud y el objetivo de lograr actividades que sean seguras. Un ambiente sin culpas en el que los trabajadores de salud puedan comunicar errores y accidentes sin temor a sanciones. En una organización de salud es determinante lograr sistematizaciones que sean seguras para el personal y para los pacientes (Agencia de Investigación y Calidad Sanitaria [AHRQ], 2019).

El Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en Perú (MTPE, 2021) reporta 485 notificaciones de accidentes de trabajo en el sector salud entre los meses de enero a junio del 2021 y 1,293 notificaciones en el 2020.

El personal profesional de enfermería trabaja expuesto a varios elementos de riesgo por permanecer en contacto directo al cuidado de los pacientes, de manera permanente en la atención asistencial, está en contacto con material orgánico, fluidos, secreciones, sangre, procedente de la atención de pacientes, los accidentes que se suscitan dentro de los hospitales se originan cuando no se trabaja con las medidas y prácticas de bioseguridad (Castilla, 2017).

La investigación se desarrolló en un hospital público de Cusco, de categoría III-1, al servicio de más de 350 mil asegurados de Cusco y región sur del Perú, su capacidad de resolución no es ajena a la problemática mundial.



La Pandemia por el Covid-19 estableció un cambio casi improvisado de nuevas medidas de bioseguridad, alterando las actividades rutinarias en el hospital y la práctica de la cultura en seguridad para el paciente, los enfermeros, por estar en mayor contacto con el paciente, es el actor principal y responsable de que estas medidas se cumplan en el hospital y al mismo tiempo el que se encontró con mayor riesgo.

La pandemia nos sorprendió en una situación lamentable, sin abastecimiento de recursos necesarios, sin personal de salud capacitado, escasos implementos de seguridad o barreras de protección, equipos biomédicos antiguos y deteriorados, infraestructura en malas condiciones, dirigentes con inadecuada capacidad resolutive ni planes de contención para pandemias.

Fueron escasos los protocolos estandarizados para el cuidado de pacientes y manejo de procedimientos que permita disminuir el contagio intrahospitalario por el Covid-19 entre los enfermeros que brindaron la atención y los pacientes que recibieron la atención.

Es por ello que, este estudio considero indagar en los enfermeros(as) la aplicación de prácticas de bioseguridad y su cultura sobre seguridad en el paciente, de esta manera brindar recomendaciones que consigan favorecer en una atención más segura durante la pandemia por Covid- 19. De lo anterior se planteó la pregunta de investigación: ¿Qué relación existe entre la aplicación de prácticas de bioseguridad y la cultura de seguridad del paciente, en enfermeros de un hospital público de cusco, 2021?

Para el planteamiento de los problemas específicos considerando las dimensiones de la Aplicación de Prácticas de Bioseguridad, se planteó la pregunta:

¿Qué relación existe entre el uso de barreras protectoras, principios de bioseguridad, manejo de residuos sólidos y la cultura de seguridad del paciente, en enfermeros de un hospital público de Cusco, 2021?

La investigación posee relevancia teórica, pues aclarara los vacíos de conocimiento acerca de las prácticas de bioseguridad y la cultura en seguridad del paciente, ya que aún no se cuenta con información teórica, que disminuya los eventos adversos en las instituciones hospitalarias, durante y después de la pandemia.

Presenta además justificación práctica, estos resultados benefician directamente a los usuarios y trabajadores del hospital en el que se investigó, ya que los datos presentados componen hechos reales que permitirá a las autoridades pertinentes a tomar acciones efectivas destinadas a asegurar los ambientes laborales y que inciten las prácticas en cultura de seguridad por el paciente.

Es relevante para la Gestión de los servicios de la salud, pues la información presentada contribuye con datos empíricos y contextualizados que permite a los gestores en las instituciones de salud a tomar decisiones informadas asegurando el logro de las metas organizacionales y desarrollar una gestión eficiente. Finalmente, metodológicamente se justifica pues utilizo cuestionarios validados y de confiabilidad, que podrán ser utilizados en investigaciones siguientes concernientes a la gestión de los servicios de salud.

Por lo expuesto, el objetivo principal planteado para esta investigación fue establecer la relación que existe entre la aplicación de Prácticas de Bioseguridad y la Cultura de seguridad del paciente, en enfermeros de un hospital público de Cusco, 2021.

Siguiendo el esquema planteado en los problemas, los objetivos específicos planteados fueron: Establecer la relación que existe entre el uso de barreras protectoras, principios de bioseguridad, manejo de los residuos sólidos y la cultura de seguridad del paciente en enfermeros de un hospital público de Cusco, 2021.

Así se propuso la hipótesis principal: Existe correlación significativa entre la aplicación de prácticas de bioseguridad y la cultura de seguridad del paciente, en enfermeros de un hospital público de Cusco, 2021.

Las hipótesis específicas fueron: Existe relación significativa el uso de barreras protectoras, principios de bioseguridad, manejo de residuos sólidos y la cultura de seguridad del paciente, en enfermeros de un hospital público de Cusco, 2021.

## II. MARCO TEÓRICO

A continuación, se muestran los antecedentes de estudio acerca de las variables en estudio y su probable correlación, es importante mencionar que no se encontraron investigaciones con la intención de analizar o describir la aplicación de prácticas de bioseguridad y la cultura en seguridad del paciente en correlación, sin embargo, si existen varias investigaciones que estudian estas variables de forma individual.

Las investigaciones que se realizaron sobre las variables mencionadas, siguieron un enfoque cuantitativo, de tipo básica y alcance correlacional, recurriendo a diseños no experimentales y de corte transversal.

A nivel nacional, se encontró a Coronado (2020) quien realizó un estudio en Cusco, sobre bioseguridad, con la finalidad de determinar la correlación entre el grado de cumplimiento de las normas y el nivel de conocimiento de bioseguridad, el estudio uso la encuesta y la observación aplicada en 50 enfermeros, como resultado se halló que respecto al conocimiento sobre normas en bioseguridad, este tiene un nivel medio (49%), en las dimensiones; normativa (54%), barreras protectoras (56%) y manejo, segregación y eliminación de residuos (76%), también se observa lo mismo. Respecto al grado de cumplimiento sobre normas de bioseguridad este se encuentra en un alto nivel (68%), observamos lo mismo en sus demás dimensiones; medidas de bioseguridad (59%), barreras de protección (56%) y de residuos (71%). Se concluyó que no hay correlación entre las variables.

Por su parte Chihuantito y Hermoza (2018) elaboraron un estudio acerca de las medidas universales sobre bioseguridad en Cusco, Perú, para determinar la aplicación de las mismas en enfermeros emergencias de un hospital, se aplicó un cuestionario y una guía observando a 35 enfermeros, en sus resultados se halló que referente a la aplicación de habilidades de bioseguridad; El 49% a veces se lava las manos con los cinco pasos, el 71% nunca utiliza mascarilla simple, y 67% utilizan adecuadamente el mandil, En cuanto al manejo de residuos hospitalarios; 77% siempre desecha los materiales punzocortantes en su caja roja. Concluyendo si se encuentra correlación entre los determinantes de nivel de cumplimiento y normas de bioseguridad.

Similar resultado encontró Morales (2020) en su estudio sobre las medidas de bioseguridad aplicadas por enfermeros a pacientes hospitalizados con Covid 19 en un hospital de Sullana. Se utilizó un cuestionario para evaluar las medidas de bioseguridad y una guía para observar a 30 enfermeros de este hospital. Como resultado se obtuvo que un 50% de los enfermeros consideraron que siempre se realizan las medidas que MINSA estableció para atender a pacientes de Covid 19. Las medidas más aplicadas por enfermeros fueron el manejo y eliminación de residuos hospitalarios (60%), similar resultado a las medidas de barrera (50%) y precaución universal (50%). Se concluyó, que los enfermeros si emplean las medidas de bioseguridad en la atención a pacientes con Covid19.

Estudio similar realizó Cárdenas (2020) en su investigación sobre factores asociados a las medidas de bioseguridad realizado en Lima, busco determinar los factores relacionados con la aplicación de medidas de bioseguridad por enfermeros, se aplicó a 30 profesionales un cuestionario. En los resultados se halló que, los elementos que se involucran a la aplicación de medidas de bioseguridad son 70% factores desfavorables y el 43%, factores favorables. Llegando a la conclusión de que los factores desfavorables que se relacionan a la aplicación de las medidas de bioseguridad fueron la edad adulta joven, sin estudios de especialidad y sin formación en bioseguridad. Los factores favorables, fueron tener con una oficina epidemiológica, supervisión constante en la práctica de las medidas de bioseguridad y tener entornos libres de riesgo.

Meza (2018) estudio la bioseguridad, buscando la relación entre uso de medidas y el conocimiento de bioseguridad en Cusco, este estudio aplicó dos instrumentos a 38 profesional que laboran en el Centro de Salud, el cuestionario para medir el nivel de conocimiento y también una ficha de observación. En los resultados se halló un nivel de significancia del  $\alpha: 5\% = 0.05$ , concluyendo que, si existe correlación entre ambas variables, mostrando una asociación directa y moderada entre estas variables, con un coeficiente de correlación de 0,537.

A nivel internacional, Manrique (2020) realizó un estudio en Quevedo, Ecuador para encontrar la relación entre las prácticas de bioseguridad y calidad de vida en pacientes con Covid-19, para obtener información se utilizó un cuestionario elaborado por el autor sobre prácticas de bioseguridad y una adaptación del

WHOQOL-BREF sobre calidad de vida, se aplicó a 81 pacientes hospitalizados en el Hospital de Quevedo, Entre los resultados, respecto a las prácticas de bioseguridad, se observó que predomina el nivel bajo (91%) y respecto a la calidad de vida con un 55% predomina el nivel, Se concluye que aquellos pacientes con un nivel bajo en su calidad de vida, son los que presentan un mayor nivel en el cumplimiento de las prácticas de bioseguridad.

Por otro lado, Ávila et al (2020) realizó en Ecuador un estudio, buscando analizar la perspectiva sobre el protocolo de bioseguridad, el miedo a la transmisión por Covid 19, autocuidado y equipos de protección. Se realizó la recolección de información a través de entrevistas a enfermeros, Las entrevistas elaboradas con los enfermeros revelaron preocupación por la disponibilidad de equipos de protección debido a la escasez en el mundo, preocupación por la exposición, contacto y atención a pacientes infectados. Se concluyó que la disposición o carencia de elementos de protección para el personal, también pone en riesgo la calidad de la atención que se puede brindar a las personas hospitalizadas con Covid 19.

Estudio similar realizaron Llapa et al. (2018) estudiando la bioseguridad en Brasil. Cuyo objetivo fue evaluar los conocimientos sobre medidas de adhesión en bioseguridad por enfermeros de cuidados intensivos. Esta investigación descriptiva y cuantitativa, aplicó un cuestionario adaptado a 145 enfermeros, se encontró que el 88% de enfermeros, indicaron que, si fueron capacitados sobre bioseguridad y el 97% informó lavarse las manos antes y después de estar en contacto con sus pacientes y quitarse los guantes, la mayoría afirmó conocer el uso de EPPs. Se llegó a la conclusión de que la mayoría de enfermeros, si posee conocimientos sobre bioseguridad y sus medidas. Sin embargo, a pesar de estar capacitados, este conocimiento no asegura que cumplan las normas y medidas de bioseguridad.

Respecto a la Cultura de seguridad del paciente, se encontró varios estudios a nivel internacional y nacional; Entre los principales estudios a nivel nacional tenemos a Justo (2021), quien realizó su estudio en Lima para determinar la correlación entre el empleo de prácticas seguras y la cultura en seguridad, en personal de salud que labora en área hospitalaria, La técnica usada para la recolectar información fue la encuesta para cada variable y el instrumento el

cuestionario para cada variable que se aplicó a una muestra de 66 profesionales de salud. En conclusión, si se encuentra relación significativa entre la cultura en seguridad del paciente y el empleo de prácticas seguras. Se halló que solo el 11% de enfermeros, realiza prácticas seguras, encontrándose que cuando la cultura de seguridad es neutral, prácticas seguras están en un nivel medio; el 18 % de enfermeros aplican un nivel bajo de prácticas seguras, cuando la cultura de seguridad tiene nivel negativo y, por último, cuando el nivel de cultura de seguridad es positivo, el 20% de enfermeros aplica en un nivel alto de prácticas seguras, También, Rodríguez (2020) realizó un estudio en Lima, buscando determinar la relación entre la bioseguridad y la cultura en seguridad del paciente, por enfermeros de hospitalización. Este estudio estuvo conformado por 80 enfermeros, para recolectar información se utilizó los cuestionarios Agency for Healthcare Research and Quality acerca de cultura de seguridad y el cuestionario de bioseguridad de Betancurt, entre los resultados se obtuvo un nivel regular en la Cultura de seguridad (53%) y un nivel medio de bioseguridad (54%), respecto a la percepción sobre la bioseguridad, se encuentra en un nivel bajo (4%), los trabajadores perciben una inadecuada cultura de seguridad; y respecto a la bioseguridad, cuando se encuentra en un nivel medio, el 46% percibe una cultura regular. Si la bioseguridad se encuentra en un nivel alto, el 34% percibe una cultura de seguridad adecuada. Concluyendo, se encuentra relación directa y significativa entre la bioseguridad y la cultura de seguridad del paciente en los enfermeros.

Así mismo, Chávez (2019) también estudio la cultura de seguridad en Perú, para establecer si existe relación entre la percepción de prevención de eventos adversos. Para recolectar información se emplearon dos instrumentos, el cuestionario Survey on Patient Safety versión española sobre cultura de seguridad, y la escala adaptado de prevención de eventos adversos a problemas que originan eventos adversos, ambos instrumentos fueron aplicados en 70 profesionales. Los resultados evidencian que el 53% de enfermeros considera que la cultura se encuentra en un nivel neutral, el 31% enfermeros considera una cultura negativa y solo el 16% considera que la cultura es positiva; Acerca de la prevención de los incidentes adversos, 40% de enfermeros considera que la prevención es aceptable, 31% de enfermeros considera que la prevención es baja y solo el 29% percibe que la prevención es fuerte. Concluyendo, se halla  $Rho$  de Spearman = 0.542), si se

encuentra correlación directa entre la prevención de eventos adversos y la cultura en seguridad.

Por otro lado, Cieza (2019) estudio en Lima, la cultura sobre seguridad para pacientes en enfermeros asistenciales de un hospital en Lima, recolecto información y datos, aplicando el cuestionario ya conocido versión española 2005 seguridad de pacientes (AHRQ), a 167 enfermeros. Entre los principales resultados tenemos que la cultura de seguridad es positiva 58%, Concluyendo que la cultura en seguridad del paciente en este hospital es una característica muy débil, debe ser manejado con prioridad para así optimizar y cumplir el objetivo ofrecer una atención sanitaria de calidad a los usuarios hospitalizados

Zavala (2019) Realizo un estudio en Lambayeque en el IREN Norte, para buscar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la técnica de higiene de manos y en trabajadores de salud. Para recolectar información se utilizó un cuestionario elaborado por la autora, sobre cultura en seguridad del paciente, y también la ficha adaptada para medir el cumplimiento del lavado de manos, se aplicó en 62 profesionales de la salud. Los resultados mostraron un nivel bajo y medio (87%) en la cultura de seguridad del paciente y en el cumplimiento de higiene de manos se encontró que 71% de trabajadores no se lava las manos con la técnica adecuada, también se halló que las 5 dimensiones en estudio, mostraron una relación alta con el lavado de manos y su cumplimiento. Llegando a la conclusión que, en este estudio existe correlación directa con el lavado de manos y la cultura de seguridad, correlación de Spearman es  $Rho = 0.857$ .

Por su parte, Mundo (2018) también estudio la cultura en seguridad del paciente, comparándola entre trabajadores asistenciales de un servicio público y trabajadores asistenciales de una clínica privada. Este estudio de Perú recolecto la información aplicando el cuestionario adaptado al castellano Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality sobre cultura de seguridad del paciente y se aplicó a 50 trabajadores de salud. Entre los resultados se evidencia que, en el hospital público, área de emergencia, el 90% de los encuestados obtuvo una cultura de seguridad en nivel medio y solo el 10% un nivel alto; en hospitalización de la clínica privada, el 100% de los encuestados obtuvo un nivel medio en cultura de seguridad. Este estudio concluye que, no se encuentra

diferencias entre la cultura en seguridad del paciente en trabajadores del hospital público de emergencias y los trabajadores de la clínica privada.

También, Mori (2017) realizó un estudio en Lima para determinar la relación entre la variable prevención de eventos adversos y la cultura en seguridad del paciente por profesionales enfermeros, en áreas hospitalarias de emergencias en Lima, este estudio utilizó un cuestionario tipo Likert que se aplicó a 40 enfermeros. Los principales resultados enseñan que si existe correlación positiva y significativa entre la prevención de eventos adversos y la cultura de seguridad de enfermeros emergencistas.

A nivel internacional, respecto a la cultura en seguridad del paciente, tenemos a Cardoso (2021) que realizó en Brasil un estudio analizando la cultura de seguridad en los distintos ámbitos de cuidado que realizan las enfermeras, este estudio aplicó una encuesta sobre cultura de seguridad a 200 enfermeras que trabajan en hospitalización. Los centros quirúrgicos estatales y federales obtuvieron los mejores puntajes de seguridad en pacientes en comparación con el centro quirúrgico municipal. Por tanto, para una atención más eficaz y segura, se deben potenciar las dimensiones fortalecidas en cada tipo de manejo y se deben mejorar las debilitadas.

Así mismo, Valencia (2021) realizó en Colombia, un estudio para analizar la relación entre la percepción de cultura de seguridad y el grado de seguridad en un hospital. La población estuvo conformada por 402 enfermeros, se aplicó el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture para la recolección de datos. Los resultados muestran que hay correlación significativa entre el grado de seguridad percibido y la seguridad del paciente, se concluye que esta correlación existe, sobre todo cuando los hospitales aplican actividades como notificación de incidentes y realizan trabajo en equipo.

Mella (2020) realizó un estudio en España, para determinar la percepción de seguridad que poseen los profesionales en un hospital universitario, aplicó la encuesta adaptada al español Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality a 147 profesionales, los resultados mostraron que son los farmacéuticos profesionales quienes perciben o cuentan con mayor cultura de seguridad. Concluyendo que la percepción sobre seguridad en pacientes de este hospital universitario de Colombia es buena.



Da Silva (2020) también estudio la cultura de seguridad en Brasil, con el objetivo de evaluar sus dimensiones desde la perspectiva de enfermería, este estudio aplicó una encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del paciente a 69 enfermeros. Los resultados que se hallaron, mostraron que las principales evaluaciones se realizaron en las dimensiones: trabajo en equipo entre áreas de trabajo, aprendizaje organizacional, y respuestas no disciplinarias al error. Los resultados más bajos se realizaron en: traslados internos y reportes de turno, además de la frecuencia de eventos reportados. Este estudio concluyó que existe una cultura de seguridad muy débil en todas las áreas.

Por otra parte, Maya (2020) realizó un estudio en Colombia para identificar la cultura sobre seguridad a través de sus dimensiones, el estudio elaborado utilizó el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture, para la recolección de datos a 514 enfermeros. Como resultados se obtuvo que, el promedio de seguridad fue 8 en un nivel de 0 a 10. Además, sobre la percepción de la cultura en seguridad, el 62% de las respuestas fueron positivas, identificando a la dimensión Aprendizaje organizacional como una de las mayores fortalezas.

A su vez, Hossein (2019) en un estudio para determinar las opiniones de los trabajadores de salud sobre el impacto positivo en los pacientes hospitalizados y la cultura de seguridad, recopiló datos mediante el test de agotamiento de Maslach y el cuestionario de cultura en seguridad (HSOPSC) que se aplicó a 1203 profesionales de salud. Como resultado se encontró que el porcentaje de respuestas positivas al cuestionario de cultura de seguridad en hospitales públicos fue 66% y privados fue 58%, respectivamente. Los resultados mostraron un impacto negativo de la jornada laboral, el desgaste profesional y el tipo de hospital. Se concluye que considerando el impacto negativo del trabajo por turnos y el agotamiento en la cultura en seguridad, al planificar y gestionar estos factores de manera adecuada, se podrían diseñar acciones correctas para mejorar la cultura de seguridad.

También, Galvao (2018) elaboró en Brasil un estudio con el objetivo de evaluar la cultura de seguridad en pacientes durante su estancia hospitalaria, este estudio transversal de enfoque cuantitativo, trabajó con 381 enfermeros, para la recolección de la información se aplicó la encuesta Cultura de Seguridad del Paciente por aplicación virtual. Entre los principales resultados, se halló que la mayoría de

trabajadores encuestados fueron de sexo femenino (73%), (50%) enfermeras, y trabajadores en contacto directo con los pacientes (82%). La seguridad del paciente fue positiva para el 36% de los trabajadores, sin embargo, solo el 22% informó eventos en el último año, los resultados dejan ver debilidades en la cultura de seguridad hospitalaria, con énfasis en culpabilidad.

Así mismo, Tartaglia (2018) realizó una investigación para identificar estudios que utilizaron el HSOPSC para recopilar datos sobre la cultura de seguridad en diferentes hospitales del mundo; relevar sus hallazgos en las dimensiones de la cultura de seguridad y contribuciones a la mejora de la calidad y seguridad de la atención. Los estudios se identificaron mediante términos de búsqueda y criterios de inclusión específicos. Se incluyó un total de 33 artículos, que informan sobre 21 países. Como resultado se obtuvo que los estudios dejan ver un predominio de culturas organizativas hospitalarias débiles en cuanto a la seguridad de los pacientes. Para que sean eficaces, la evaluación de la cultura de seguridad debe estar vinculada a estrategias diseñadas para desarrollar la cultura de seguridad en todo el hospital.

Por otro lado, Kumbi (2018), con el objetivo valorar la cultura en seguridad y los factores asociados entre los proveedores de cuidado hospitalario en los hospitales en Etiopía, realizó un estudio transversal, aplicando la encuesta hospitalaria sobre cultura en seguridad del paciente (HSOPSC) y entrevistando a 518 trabajadores de salud. Como resultado se obtuvo que el nivel general de cultura fue del 44%. Se encontró que las horas trabajadas por semana, la participación en un programa de seguridad, la notificación de eventos adversos y la mayoría de las dimensiones de seguridad son factores asociados con la cultura de seguridad del paciente. Las intervenciones de seguridad en pacientes bien diseñadas deben integrarse con las políticas organizativas para abordar la cultura de seguridad del paciente y todas las dimensiones.

## BIOSEGURIDAD

Son múltiples las organizaciones que han conceptualizado la bioseguridad, sin embargo, la que más se adapta a un ambiente hospitalario es la que brinda la OMS. La bioseguridad implica un grupo de medidas encaminadas a proteger la salud del profesional que trabaja en una organización de salud, a los usuarios y su entorno de verse afectados como resultado de la atención hospitalaria. Es el conjunto de normas y medidas requeridas para ser realizadas, con el objetivo de disminuir o eliminar los peligros para el personal, la sociedad y su entorno, pueden ser causados por elementos de origen infeccioso, físico, químico y mecánico. (OMS, 2005).

Respecto a los enfoques teóricos planteados para definir las prácticas de Bioseguridad, tenemos a la "Teoría del Entorno", Nightingale en 1984. Enfocada en el medio ambiente y el entorno, consideraba que un entorno sano y saludable, era muestra de las prácticas buenas de higiene y cuidados adecuados con el fin de evitar las infecciones de la época. Además, incluye cinco elementos importantes para que este entorno saludable se cumpla; son la disponibilidad del agua potable, la luz natural, el aire puro y la eliminación adecuada de excretas y aguas residuales, Nightingale considero al lavado e higiene de manos como principio en su teoría. El inicio o nacimiento de la bioseguridad es tan antigua como la guerra de Crimea, que se llevó a cabo entre los años 1854- 1856. Fue durante este período que Florence Nightingale, madre de la enfermería, en compañía de jóvenes voluntarias, fueron enviadas a la Península de Crimea, ubicada en el Mar Negro, es ahí que empiezan a transformar y limpiar el hospital, consiguiendo reducir el nivel de mortalidad del 40% a solo el 2 %.

En términos más científicos, nace la bioseguridad en abril del año 1987, ante la probabilidad de los peligros que podían sufrir los pacientes, es decir a la posibilidad de originarse una infección durante el trabajo por transmisión de patógenos o en espacios públicos.

La bioseguridad es también un grupo de medidas con fines preventivos, enfocados a controlar elementos de riesgo en los diversos ambientes originarios de los

agentes biológicos, físicos o químicos. Es conveniente recordar que, en toda institución que ofrece atención de salud, por las actividades propias de trabajo, los empleados están expuestas a diversos riesgos, en el que, una vez ocurrido el accidente, estos son de diagnóstico médico rápido, otros con resolución favorable y otros con desenlace mortal (Instituto Nacional del Niño, 2014)

La bioseguridad incluye una serie de pautas que están encaminadas a proteger y cuidar al personal que trabaja en un establecimiento de salud, además de alcanzar comportamientos que reduzcan el riesgo al que pueden estar expuestos durante sus trabajo asistencial, teniendo en cuenta el trabajo en conjunto se realiza en distintas áreas, a distintos pacientes que se hospitalizaron o están observación por diferentes enfermedades y la cuya causa de enfermedad independiente de conocer o no su serología, cuando hay contacto con sangre u otros fluidos corporales del paciente, siendo previsto o no, pueden originar un accidente. (Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, 2014)

- **Principio de Bioseguridad**
- **Uso de barreras**
- **Manejo de residuos sólidos (OMS, 2005)**

### **Principio de Bioseguridad**

Universalidad; con este principio se asume que todo paciente o usuario, sus fluidos corporales y el material o equipo invasivo, tendrán que ser calificados como altamente infectantes y también se califica que toda persona que trabaja en un servicio asistencial de salud, es altamente susceptible a contaminarse, de esta manera, para prevenir la exposición a agentes patógenos que puedan producir alguna enfermedad, todo trabajador tiene que seguir las reglas normalizadas. OMS, 2005). Todo usuario que llega a la entidad de salud requiriendo atención sanitaria, independiente de su estado clínico deberá ser calificado como individuo infectado (MINSA, 2017). Este principio se asigna a todas las personas, esta persona debe ser estimado como un elemento potencialmente portador de enfermedades e infecciones de transmisibles parenteral o aérea (OMS, 2004)

## **Uso de barreras**

El uso de barreras está referido al material o elementos que ayudan a proteger a profesionales de la salud ante la transmisión de infecciones (MINSA, 2004). Tienen como propósito agregar habilidades como el de higiene de manos, a su vez, estas precauciones universales, implican impedir la exposición directa a fluidos corporales, biológicos y otros contaminantes, que aplica usando materiales convenientes, que detengan el contacto directo de los mismos como: (mascarillas, mandilones, guantes, gorros, gafas de protección, botas.) (OMS, 2005)

El equipo o la clase de barrera protectora elegido deberá ser usado, teniendo en cuenta el posible nivel de riesgos y la posibilidad de exposición a fluidos, sangre o biológicos, como una vía de transmisión potencial (Becerra, 2010). Las barreras protectoras son un elemento para disminuir y evitar altamente el contacto con materiales o fluidos potencialmente infectantes, son una herramienta primordial de trabajo y protección personal ante infecciones, por ello, siempre se debe poner una “barrera” física, mecánica o química antes o durante la actividad de salud, entre trabajador y paciente o entre trabajador y objetos (Rojas, 2015). Revisando algunos autores, la mayoría lo clasifican en dos grupos, la primera es la inmunización activa, conocidas como vacunas y el segundo es el uso de barreras físicas o elementos de protección.

## **Clasificación del uso de barreras**

### **Barrera física**

- Los guantes. Se utilizan en las manos, con el propósito de evitar la transferencia de microorganismo, hay guantes de diferentes tipos, material y objetivo, pueden ser de cirugía y venir estériles o los no estériles utilizados para procedimientos simples, ya sean de látex o de vinilo, se recomienda que los guantes sean utilizados una vez para procedimientos específicos en cada paciente, asimismo en seguida de estar en contacto con elementos altamente infeccioso, materiales y superficies contaminadas, se recomienda el lavado de manos repetitivamente para realizar actividades simples (OMS, 2005)

- Las mascarillas. Son de uso exclusivamente individual y deben estar hechos de preferencia de material descartables, deben adecuarse de forma cómoda a la cara, nariz y boca y no deben permitir el pase de aire por los orificios o espacios. Tienen el objetivo de disminuir la diseminación de virus, bacterias o microorganismos de las vías respiratorias del enfermo al cuidador o del cuidador al enfermo (OMS, 2004). Se han fabricado diferentes tipos de mascarillas, de alta tecnología, tenemos las mascarillas simples y/o quirúrgicas, los respiradores de partículas biológicas, también los respiradores para solventes industriales y gases (Panimboza y Pardo, 2013).
- Los lentes. Se usan como barrera para evitar que algún elemento contaminante, entre por los ojos, deben estar hechos con material resistente, neutros, de fácil limpieza y desinfección, también debe permitir el uso paralelo de lentes de uso diario, y no deben impedir la visualización correcta.
- La ropa protectora, mamelucos, las batas, tapadas protectoras tipo mandiles plásticos y otras prendas protectoras; disminuirán la posibilidad de contagio por fluidos corporales, sangre de heridas abierta, orina, heces, saliva, vomito, etc. Evitando que estos fluidos estén en contacto con el trabajador.
- El gorro, en el pelo humano puede transportar muchos microorganismos, virus, bacterias, partículas, aerosoles, justamente se recomienda el uso de los gorros, para evitar que el cabello transporte de un ambiente a otro estos elementos, deben ser de uso personal y desechables.
- Las botas, se usan evitar el contacto directo con el suelo, que es donde más contaminantes se encuentran, se pueden usar botas de jebe, especiales o de materiales desechable que se coloca encima de los zapatos comunes de trabajo. (Manual de bioseguridad del Sistema Metropolitano de la Solidaridad, 2014)

#### Barreras Químicas.

- El lavado de manos, esta técnica de 5 a más pautas, consiste en arrasar la suciedad de las manos, mediante la fricción mano a mano con jabón y el chorro de agua, para disminuir los microorganismos de la piel. Es una de las principales medidas de salud para evitar la transmisión de enfermedades, no solo en ambientes hospitalarios, también se aplica en cualquier empresa,

comunidad o casa. Es económica y está más disponible a comparación de otras barreras de protección. (OMS, 2004)

- Se conocen tres tipos de lavado de manos: Lavado social, común o de rutina, es una forma para lavar la flora transitoria, lavado clínico, de uso hospitalario, limpia la flora residente temporal, lavado quirúrgico, es exclusivo en medios hospitalarios, se realizan para inhibir la flora residente temporal y permanente, requiere más pasos y se aplica antes de una cirugía o procedimiento quirúrgico.
- Otros: Limpieza, desinfección, Esterilización

### **Manejo de residuos solidos**

Es la eliminación, tratamiento y almacenamiento de la basura originada de la asistencia sanitaria, hace referencia a la manera en que el material contaminado se desecha de modo adecuado, los elementos, equipos, materiales usados para atender a los pacientes en diferentes operaciones y procedimientos, evitando el contagio, transferencia de materiales contaminado al paciente y al trabajador de salud. (OMS, 2004)

Incluye el conjunto de mecanismos y pautas a partir de los cuales la basura originada de la atención al paciente, son almacenados, organizados y eliminados sin causar riesgos. Existe un sistema establecido para la identificación de cada tipo de residuos, para su almacenamiento y para su tratamiento, estos se identifican por nombre, color y envase de almacenamiento (MINSAL, 2008).

Tuesta & Vallejos (2013) Refieren que la eliminación y almacenamiento de los residuos dolidos, están conformados por procedimientos planificados para el almacenamiento y para la eliminación de los materiales empleados en la atención las personas que asisten a una institución de salud, disminuyendo el riesgo de eventos adversos, accidentes y contagios.

Según MINSAL, acerca de la Norma Técnica de Salud N°096 sobre la Gestión y manejo de residuos sólidos en establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, todos los establecimientos que brinden atención de salud en el Perú, deben elaborar y aplicar un Sistema de Gestión para el manejo de los residuos sólidos hospitalarios. Además, menciona la clasificación de los mismos

Clase A: En esta clase encontramos a los residuos biocontaminados, los cuales son generados durante la asistencia médica y de la investigación, son residuos altamente peligrosos, que contienen microorganismos patógenos, fluidos corporales, y son considerados potencialmente riesgosos para las personas que están en contacto con los mismos.

Clase B: Tenemos a los residuos especiales, estos se generan en las áreas de radio diagnóstico y tratamiento, característicamente pueden ser químicos, tóxicos, altamente corrosivos, fácilmente inflamables y explosivos, y también reactivo para las personas en contacto y el medio ambiente.

Clase C: Son los residuos comunes, aquellos que no están contaminados realmente, no estuvieron en contacto con sustancias contaminadas ni en contacto con el paciente, se incluyen al papel, plástico, envoltura de otros materiales, etc.

### **Prácticas de bioseguridad**

Respecto a la bioseguridad, las prácticas son las medidas, normas y habilidades las personas adquieren al ejecutar reiteradas veces una acción; es importante que, en un primer momento, el trabajador realice la repetición de las actividades y su estudio, para entender por qué se aplican las prácticas de bioseguridad y que se está consiguiendo a través de las mismas. Las practicas se mejoran a través del uso de los sentidos, la observación detallada y la aplicación de las habilidades psicomotrices que tiene en este caso el trabajador de salud (Tuesta & Vallejos, 2013).

Los profesionales enfermeros deben tomar una actitud terapéutica, que inspire seguridad y trasmita salud, basado en sus conocimientos, habilidades intelectuales, en la aplicación de sus destrezas y su ética de trabajo, los enfermeros que trabajan en diferentes áreas, deben estar altamente comprometidos en el cuidado del paciente y en su propio cuidado (OMS, 2009).



## **CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Después del desastre de Chernobyl ocasionado en el año 1988, la cultura en seguridad para los pacientes se volvió muy relevante. Los estudios sobre seguridad marcaron un hito mundial, especialmente en las empresas de la salud, pues se puso en evidencia de la necesidad de prevenir de errores y fallas por el bien de los pacientes.

Así, el concepto más aceptado para salud, es la de la AHRQ, quienes reconocen la naturaleza de alto riesgo del trabajo de una institución de salud y el objetivo de lograr actividades que sean seguras. Un ambiente sin culpas en el que el trabajador de salud pueda comunicar accidentes y errores sin temor a sanciones. En una organización de salud es determinante lograr sistematizaciones que sean seguras para el personal y para los pacientes (AHRQ, 2019).

En el 2003, el foro Nacional de Calidad (National Quality Forum) realizó un informe en EEUU, manifestando que la cultura de seguridad, es el grupo de prácticas de seguridad con la finalidad de perfeccionar la atención en salud, considerando el avance de un estilo de vida, de una formación basada en la seguridad clínica, iniciando en el reconocimiento de los riesgos, en la y mitigación y reducción de los mismo, para mejorar el liderazgo, mejorar la cultura, incrementar el trabajo en equipo y realizar todas las actividades de manera sistematizada y ordenada.

La Comisión Internacional de Seguridad del Paciente (The International Commission on Patient Safety) menciona que las instituciones de salud que tienen formación y planificación en seguridad enfocada en el paciente, para la seguridad del paciente, de manera efectiva, reconocen que; las acciones realizadas a diario, poseen un alto riesgo alto de efectuar errores, estableciendo los medios adecuados para la aplicación de correctivos, los trabajadores tienen la facilidad de informar las faltas y accidentes sin temor a un correctivo. La posibilidad recibir una sanción o estar castigado, incita al equipo de trabajo, a no comentar los posibles errores cometidos, creando un ambiente sin apoyo ni confianza, sin embargo, estos profesionales deberían tener la opción libre de apoyarse, de contar con la aprobación de las autoridades y compañeros, quienes, en vez de sancionar, otorguen los medios para reducir y corregir las dificultades de seguridad.

Teóricamente la cultura en seguridad sobre los pacientes, posee un enfoque funcionalista, desarrollado por las organizaciones de alta confiabilidad High Reliability Organizations (HROs, 2011).

La cultura de seguridad son las actitudes y percepciones sobre las características que se relacionan con la seguridad. La Cultura referida a la seguridad las personas con la salud débil, estudia los métodos, las técnicas, las políticas y también la percepción del trabajador sobre el funcionamiento de la institución y sus trabajadores en términos de seguridad

La Agencia de Investigación y Calidad Sanitaria, desarrolló una investigación para evaluar la cultura de seguridad, en las organizaciones de salud, en el año 2004, principalmente estudio aquellas conductas relacionadas a la asistencia segura para los pacientes, además esta encuesta analizaba factores sociales, demográficos y laborales, propicios a la seguridad, para luego identificar qué aspectos se deben mejorar, incrementar y monitorear. En el 2019 se cuenta con una segunda versión de este cuestionario, en el que se incluyó un parámetro de fiabilidad, siendo aplicado en veinticinco hospitales y a sus 4,345 trabajadores, con el objetivo de medir qué contextos de seguridad tenían los pacientes/usuarios para cada institución, además este cuestionario, se formuló mediante 10 dimensiones centradas en los usuarios y los trabajadores.

- **El Trabajo en Equipo;** La primera dimensión, estima esencialmente la eficiencia del trabajo realizado en grupo, como los trabajadores participan apoyándose o no en las actividades cotidianas, el compañerismo, la empatía y la conducta de los que trabajan en cada área, como los trabajadores colaboran el uno con el otro con el fin de ayudar a la recuperación de paciente y como ésta actividad tan simple puede repercutir en la calidad de salud. (AHRQ, 2019).

- **La Presión y Ritmo de Trabajo;** Esta dimensión evalúa la cantidad suficiente de trabajadores, el tiempo asignado para efectuar sus actividades, la clase de recursos que necesita la organización para brindar atención al paciente, el tipo de trabajo realizado, los horarios y de qué manera impacta el ritmo de trabajo en la cultura en seguridad de los pacientes (AHRQ, 2019).

- **Aprendizaje en la organización y mejoramiento continuo;** Esta dimensión evalúa especialmente como la organización reconoce sus errores y

aplica nuevas pautas de mejoramiento, establecen la necesidad de ejecutar controles y cambios para el perfeccionamiento y las labores con riesgos, estos cambios no solo favorecen al paciente, si no que efectivizan la labor del enfermero en tiempo y calidad, es necesario realizar cambios continuamente e ir perfeccionándolos. (AHRQ, 2019).

- **Respuesta a errores;** La dimensión respuesta a los errores evalúa la apreciación de los trabajadores, su desempeño, sus actitudes y la posición del área administrativa frente a las acciones buenas o malas del personal, se refiere a cómo actúan los líderes frente a uno o más errores producidos por los trabajadores, el cómo se pueden evitar, el cómo se pueden reducir y como se puede proteger de sus consecuencias a los pacientes, también hace referencia al reporte de posibles fallos y faltas que, aunque aún no causaron daño al paciente, si podrían hacerlo.(AHRQ, 2019).

- **Apoyo de supervisores, directores o dirigentes en los hospitalarios en cuanto a la seguridad del usuario;** Cual es la actitud de todos los jefes, líderes de una organización hospitalaria frente a un error, un riesgo y/o un accidente que podría causar daño al paciente, aquí evaluamos la receptividad a las sugerencias realizadas por los trabajadores y por los usuarios, la urgencia del cambio y la prontitud con la que los líderes resuelven el problema. Los líderes deben tomar en cuenta todos los detalles, sugerencias que hacen sus trabajadores, aplicar cambios, estrategias de trabajo, medidas que favorezcan un trabajo seguro (AHRQ, 2019).

- **La Comunicación de los errores;** Esta dimensión es una de las más importantes, ya que los cambios y aplicación de nuevas medidas de seguridad, dependen de la comunicación de los errores encontrados, los trabajadores deben tener la confianza de informar inmediatamente cuando se ha encontrado o cometido un error, de esta manera será analizado, se recurrirán a medios necesarios para resolverlo en prontitud y se ejecutarán las medidas convenientes para impedir que vuelvan a ocurrir. (AHRQ, 2019).

- **La Comunicación y Receptividad;** El éxito de un grupo nace de la plena comunicación y confianza, para el área de salud, el éxito en la recuperación del paciente, nace en la buena atención de salud, esta atención se da cuando los trabajadores y sus líderes, tienen constante comunicación acerca de lo que necesitan mejorar para aplicar una atención con calidad, los líderes deben

considerar cualquier sugerencia y tomar las medidas respectivas inmediatamente. El no comunicarse a tiempo podría influir de manera negativa en el paciente (AHRQ, 2019).

- **El informar eventos relacionados a la Seguridad del Paciente;** Las actividades intrahospitalarias por su naturaleza, tienen alto riesgo para el trabajador y el paciente, estos riesgos deben ser identificados por los trabajadores e informados a sus jefes para aplicar soluciones, a su vez, el informar consecutivamente estos eventos, permiten a las autoridades respectivas, a tener un control de que error se cometió, cuando la frecuencia en la que se presenta ese error y como se podrían evitar nuevos riesgos, también se debe informar cuando hay una actividad que aún no ha causado daño al paciente pero si podría hacerlo (AHRQ, 2019).

- **Apoyo administrativo frente la seguridad del paciente;** El área administrativa se encarga de modificar las medidas que no están favoreciendo al paciente, brinda los medios adecuados para que el trabajador pueda atender al paciente, aquí se evalúa, que acciones son realizadas dentro de un centro de salud en bien de los pacientes y si estas acciones demuestran que la recuperación del paciente es su prioridad, también evalúa si se brinda recursos apropiados para mejorar la cultura en seguridad y si el interés por la seguridad en el paciente no es solo después de ocurrido un evento adverso. (AHRQ, 2019).

- **La Transferencia e intercambio de información;** La última dimensión evalúa como se realizan los reportes, las entregas de servicio, la información que se ofrece respecto al paciente cuando este ingresa, es trasladado de un área a otro y su evolución diaria, verifica la posible omisión de datos relevantes, cuando un paciente es transferido de un área otra, por lo general el tiempo es corto y la actividad rápida, esto no debe ser un impedimento para obviar información vital para su recuperación. Esta dimensión también evalúa la frecuencia con la que se pierde información de la atención del paciente en los cambios de turno. (AHRQ, 2019).

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1 Tipo y diseño de investigación

##### Tipo de investigación:

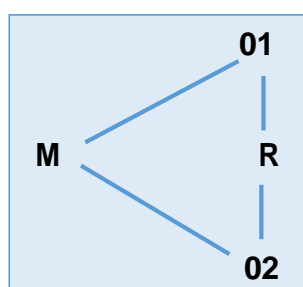
Esta investigación fue de tipo básica, pura, que tiene el objetivo de generar nueva información o teorías incrementando los conocimientos científicos acerca de las prácticas de bioseguridad y cultura en seguridad del paciente (Sánchez y Reyes, 2015).

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo porque la naturaleza de sus variables fue de valores numéricos y estadísticos (De Franco, 2015).

##### Diseño de investigación:

Se recurrió al diseño no experimental, transversal y correlacional no causal, según (Hernández y Mendoza (2018) la variable de investigación no fue manipulada y de corte transversal, que permitió mostrar la información obtenida tal y como se presentó en su espacio tiempo y determinado. Correlacional; pues se buscó identificar la relación entre dos variables, la aplicación de prácticas de bioseguridad y la cultura en seguridad del paciente (Hernández et al, 2014).

El esquema aplicado de investigación fue:



Dónde:

M: Muestra (Enfermeros)

01: Aplicación de Prácticas de bioseguridad.

02: Cultura de seguridad del paciente

R: Relación entre las variables

## **Variables y operacionalización**

### **3.2 Variables y operalización**

#### **Variable 1: Aplicación de Prácticas de Bioseguridad**

##### **Definición conceptual**

La bioseguridad implica un grupo de medidas encaminadas a preservar la salud del profesional que labora en una organización de salud, a sus usuarios, familias y al entorno que podrían estar afectados como consecuencia del trabajo asistencial. También es el conjunto de normas y medidas requeridas para ser realizadas, con el objetivo de disminuir o eliminar los peligros en el personal y su entorno, pueden ser causados por elementos químicos, físicos, mecánicos e infecciosos. (OMS, 2005).

##### **Definición operacional**

Para valorar la aplicación de prácticas de bioseguridad se empleó el Cuestionario de Prácticas de bioseguridad. El instrumento estuvo definido operacionalmente en relación a 15 ítems, los cuales de agruparon en 3 dimensiones: el uso de barreras, los principios de bioseguridad y el manejo de residuos solidos

Tabla 1

*Operacionalización de la Variable 1: Aplicación de Prácticas de Bioseguridad*

Dimensiones	Indicador	Ítems	Escala	Nivel y rangos
El uso de barreras	1. Uso de guantes en procedimientos invasivos o en contacto con fluidos corporales	1-5	<b>Escala:</b> Nominal	<b>Bueno:</b> <b>25-30</b>
	2. Uso de guantes para preparar y administrar la medicación.		<b>Tipo:</b> Dicotómica	<b>Regular:</b> <b>20-24</b>
	3. Uso de mascarilla en la atención directa al paciente o y procedimientos especiales		2: Si	<b>Malo:15-</b> <b>19</b>
	4. Uso de batas y botas descartables en cada procedimiento.		1: No	
	5. Uso de mandil en la atención directa del paciente y procedimientos especiales.			
Principios de bioseguridad	6. Acceso oportuno a agua y jabón para el lavado de manos, para los pacientes y para el personal de salud.	6-10	<b>Escala:</b> Nominal	<b>Bueno:</b> <b>25-30</b>
	7. Aplicación correcta de técnica de lavado de manos.		Dicotómica	<b>Regular:</b> <b>20-24</b>
	8. Disposición permanente de antisépticos y desinfectantes en áreas de atención.		2: Si	<b>Malo:15-</b> <b>19</b>
	9. Desinfección de áreas de atención y elementos usados.		1: No	
	10. Aplicación correcta de limpieza y desinfección de ambientes de atención al paciente			
Manejo de Residuos Solidos	11. Conocimiento sobre el tratamiento que se brinda a los residuos contaminantes.	11-15	<b>Escala:</b> Nominal	<b>Bueno:</b> <b>25-30</b>
	12. Manipulación correcta de los depósitos de material contaminado.		<b>Tipo:</b> Dicotómica	<b>Regular:</b> <b>20-24</b>
	13. Descarte del material utilizado, aislando los desechos sólidos del material punzocortante.		2: Si	<b>Malo:15-</b> <b>19</b>
	14. Descarte del material punzocortante en cajas rígidas, rotuladas y no perforables.		1: No	
	15. Eliminación de desechos comunes en bolsas negras.			

## **Variable 2: Cultura de seguridad del paciente**

**Definición conceptual:** La AHRQ (2019) reconoce la naturaleza de alto riesgo del trabajo de una institución de salud y el objetivo de lograr actividades que sean seguras. Un ambiente sin culpas en el que el trabajador de salud pueda comunicar los accidentes y errores sin temor a sanciones. En una organización de salud es determinante lograr sistematizaciones que sean seguras para el personal y para los pacientes.

### **Definición operacional**

Para evaluar la Cultura de seguridad del paciente se empleó el Cuestionario adaptado de la Agencia de Investigación y Calidad de la Atención Sanitaria (AHRQ). Este instrumento estuvo determinado operacionalmente en función a 34 ítems, estos ítems se agruparon en 10 dimensiones: Trabajo en equipo, Presión y ritmo de trabajo, Aprendizaje organizativo - mejoras continuas, Respuesta al error Apoyo de coordinadores para la seguridad del paciente, comunicación sobre de errores, Comunicación y receptividad, Eventos concernientes a la seguridad del paciente, Apoyo administrativo para la seguridad, Transferencias e intercambio de la información.



Tabla 2

*Operacionalización de la Variable 2: Cultura de Seguridad del paciente*

Dimensiones	Indicador	Ítems	Escala	Nivel y rangos		
1. Trabajo en equipo	· Trabajo eficiente	1	<b>Escala:</b> Ordinal <b>Tipo:</b> politomica  Totalmente en desacuerdo = 1 En desacuerdo = 2 Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 3 De acuerdo = 4 Totalmente de acuerdo = 5	<b>Nivel de Cultura Negativa:</b> 1 - 18		
	· Ayuda mutua	8				
	· Comportamiento respetuoso	9				
2. Presión y ritmo de trabajo	· Equipo de trabajo	2				
	· Tiempo de trabajo requerido	3				
	· Ritmo de trabajo	6				
		11				
3. Aprendizaje organizativo, Mejoras continuas	· Revisión de procesos	4				
	· Mejora continua	12				
	· Ocurrencias de seguridad	14				
4. Respuesta a los errores	· Errores independientes de culpa	6				
	· Disposición al reporte de ocurrencias	7				
	· Aprender de los errores	10				
	· Apoyo al trabajador implicado	13				
5. Apoyo de coordinadores o jefes clínicos para la seguridad del paciente	· Sugerencias del personal	15				
	· Tipo de trabajo a presión	16				
	· Resolución de problemas	17				
6. Comunicación acerca de errores	· Información de errores al equipo	18				
	· Retroalimentación a partir de errores	19				
		20				
7. Comunicación y receptividad	· Mejoras en base a reporte de ocurrencias	21				
	· Reporte de incidentes.	22				
	· Reporte de comportamientos inseguros.	23				
	· Empatía	24				
		24				
8. Eventos relacionados a la seguridad del paciente	Frecuencia del reporte de Incidentes, errores.	25				
	Frecuencia de la notificación de Incidentes, errores.	26				
9. Apoyo administrativo en la seguridad del paciente	Priorizar la seguridad de los pacientes	29				
	Proporcionar recursos para la seguridad de los pacientes	30				
	Interés por la seguridad de los pacientes	31				
10. Transferencias e Intercambio de información	· Frecuencia en la omisión de información transcendental.	32				
		33				
	· Frecuencia en la pérdida de información en los cambios de turno.	34				

---

- Tiempo determinado para el intercambio de información

---

### 3.3 Población, muestra y muestreo

**Población:** La elección de los individuos depende de las características relacionadas a la investigación mas no de la probabilidad (Hernandez,2014).

Para esta investigación, la población estuvo formada por 81 enfermeros que laboran en un Hospital Público de Cusco.

- **Criterios de inclusión.**

Se incluyó a todos los licenciados(as) en enfermería con continuidad laboral mínima de un año consecutiva del Hospital Público de Cusco

Se incluyó a todos los licenciados(as) en enfermería que deseen participar en el estudio y que brinden su autorización virtual en el consentimiento informado para la aplicación de ambos instrumentos.

- **Criterios de exclusión.**

Se excluyó a todos los licenciados(as) en enfermería del Hospital público de Cusco que estaban con licencia por edad, enfermedades crónicas o algún factor de riesgo durante la pandemia y que realicen solo actividades administrativas.

Se excluyó a los licenciados(as) en enfermería del público de Cusco que pertenezcan a alguna jefatura.

**Muestra:** La muestra es un subconjunto extraído del universo que cumplen las características para la investigación. (Parreño, 2016: 66).

La muestra estuvo conformada por 81 enfermeros que laboran en el hospital público de Cusco elegidos por muestreo no probabilístico por conveniencia, los días de la aplicación de la encuesta.

- 35 Enfermeros de Emergencia no Covid
- 46 Enfermeros de Hospitalización no Covid

**Muestreo:** No probabilístico, intencional por conveniencia. Para el estudio se accedió a 81 enfermeros que aceptaron participar voluntariamente y autorizaron el consentimiento informado (Otzen y Manterola, 2017).

**Unidad de análisis:** Licenciados de enfermería.

### 3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

**341. Técnica de recolección de datos:** La técnica empleada para esta investigación fue la encuesta, pues nos permitió la recolección metódica de la información acerca de las variables.

La encuesta es una herramienta para conseguir datos específicos de las fuentes primordiales fuentes, para ser procesadas de manera eficiente y rápida. Es un documento para la recolección de datos, elaborado con un conjunto de preguntas acerca de las variables de estudio (Sampieri, 1997).

#### **342 Instrumentos de recolección de datos:**

Frente a la técnica seleccionada en el punto anterior, para la recolección de datos como instrumento sobre las variables de estudio se empleó un cuestionario y una escala. Se empleó el Cuestionario sobre aplicación de prácticas de Bioseguridad validado por Manrique (2020) y el cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente, que fue validado por Justo (2020) y adaptado del cuestionario de la Agencia de Investigación y Calidad de la Atención Sanitaria.

**Nombre:** Cuestionario sobre aplicación de prácticas de Bioseguridad

Ítems: 15 – respuesta dicotómica

Autor: Manrique Montalván, Priscilla Nathaly (ORCID: 0000-0003-3532-8906)

Año: 2020

Ámbito de aplicación: Hospital

Población: 81 enfermeras

Duración: Se realizará de 5 a 10 minutos aproximadamente.

**Nombre:** Cuestionario Cultura de seguridad del paciente, adaptado del cuestionario (AHRQ).

Ítems: 34 – respuesta en escala Likert

Autor: Justo Ñaupá, Aydee (ORCID: 0000-0002-3911-9821),

Año: 2020

Ámbito de aplicación: Hospital

Población: 81 enfermeras

Duración: Se realizará de 10 a 12 minutos aproximadamente.

**Validez de los instrumentos:** La validez muestra la manera con la que nuestro instrumento mide de forma adecuada y efectiva sus capacidades de diseño y responde a las necesidades del estudio (Hurtado, 2012).

**Tabla 3:**

*Juicio de expertos, validez del contenido del cuestionario Aplicación de prácticas de Bioseguridad*

Expertos	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Suficiencia
Dr. Efrén Gabriel Castillo Hidalgo	Sí	Sí	Sí	Sí
Dr. Jaime Homero Lozano Aguirre	Sí	Sí	Sí	Sí
Dr. Coello Cuntó Rafael Antonio	Sí	Sí	Sí	Sí
Mg. Gaviria Vásquez Aura Gisela	Sí	Sí	Sí	Sí
Dr. Pacheco Cabrera Carmen	Sí	Sí	Sí	Sí

**Tabla 4:**

*Juicio de expertos, validez del contenido del cuestionario Cultura de seguridad del paciente (adaptado).*

Expertos	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Suficiencia
Dra. Huayta Franco Yolanda	Sí	Sí	Sí	Sí
Dra. Narváez Aranivar, Teresa	Sí	Sí	Sí	Sí

**Confiabilidad de los instrumentos:** La confiabilidad hace referencia a la claridad y precisión de los resultados obtenidos, cuando los instrumentos se usan en contextos muy parecidos por segunda vez. (Bernal, 2000)

**Tabla 5**

*Fiabilidad de la variable “Aplicación de prácticas de Bioseguridad”*

*Estadísticas de fiabilidad*

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.8	15

**Tabla 6**

*Fiabilidad de la variable “Cultura de seguridad del paciente”*

*Estadísticas de fiabilidad*

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.914	34

### **3.5 Procedimientos:**

Después de contrastar la validez y confiabilidad de los instrumentos, se aplicó las encuestas a 81 enfermeras del Hospital público de Cusco, esta información fue tabulada y las respuestas fueron codificadas en el programa Excel para posteriormente ser procesadas en el software estadístico SPSS versión 22.

### **3.6 Método de análisis de datos:**

Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22 y el programa Excel por la autora.

Prueba de hipótesis. Para la prueba de hipótesis, se formuló del siguiente modo:

- i. Se cuadraron los datos en Excel
- ii. Se determinaron los rangos, frecuencias y dimensiones, en cada variable.
- iii. Se formularon las hipótesis estadísticas:

Ho: No existe correlación entre la aplicación de prácticas de bioseguridad y la cultura de seguridad del paciente ( $r = 0$ )

H<sub>1</sub>: Existe correlación entre la aplicación de prácticas de bioseguridad y la cultura de seguridad del paciente y ( $r \neq 0$ )

Nivel de significancia, donde  $\alpha = 0.05$

Regla de decisión: Si  $p \geq \alpha$ , se acepta la hipótesis nula Ho; si  $p < \alpha$ ; se rechaza la hipótesis alternativa Ho

- iv. Pruebas estadísticas: Ya que las variables estudiadas tienen naturaleza cualitativa, se aplicó la prueba de normalidad para contrastar su distribución normal, para establecer la correlación entre variables, se usó la fórmula del Coeficiente Rho de Spearman, de modo tal que los individuos de la muestra se pudieron ordenar por rangos. Para el análisis se empleó también, la versión 22 del paquete estadístico SPSS

### **3.7 Aspectos éticos**

Esta investigación se sustentó bajo los principios morales y éticos determinados en el programa de Posgrado de la Universidad César Vallejo y los lineamientos de la Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud

Para la elaboración de este estudio, se ejecutaron las coordinaciones pertinentes con gerencia, jefatura y parte administrativa del hospital con el fin acceder a su aprobación. Se consideró la autorización del consentimiento informado en cada enfermero que participo del estudio, el llenado de los instrumentos se realizó aproximada en tres semanas a través de una plataforma virtual por google forms.



#### IV. RESULTADOS

Se muestra a continuación, los resultados descriptivos e inferenciales de la investigación.

##### 4.1 Resultados descriptivos

**Tabla 7**

*Nivel de aplicación de medidas de Bioseguridad en un Hospital público de Cusco*

Nivel	Uso de barreras		Principios de bioseguridad		Manejo de Residuos solidos	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Malo	0	0	4	5	0	0
Regular	19	24	49	60	2	3
Bueno	62	76	28	35	79	98
Total	81	100,0	81	100,0	81	100,0

La tabla 7, muestra que el nivel de aplicación de medidas de bioseguridad que presentan los enfermeros de un Hospital público de Cusco es bueno.

Se observa que el 76% de estos trabajadores presentan un nivel bueno respecto al uso de barreras, no encontrándose trabajadores con nivel malo. Por el contrario, en la dimensión Principios de bioseguridad, el 60% de enfermeros presentaron niveles regulares, resultado similar a la dimensión Manejo de residuos sólidos con 93%, solo el 1% de enfermeros considero tener un nivel bueno en el manejo de residuos sólidos.

**Tabla 8***Nivel de Cultura de seguridad del paciente en un Hospital público de Cusco*

Nivel	Trabajo en equipo		Presión y ritmo de trabajo		Aprendizaje organizativo - mejoras continuas		Respuesta frente a errores		Apoyo de coordinadores	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Negativo	81	100	5	6	14	17	3	4	1	1
Neutral	0	0	51	63	49	61	42	52	21	26
Positivo	0	0	25	31	18	22	36	44	59	73
Total	81	100	81	100	81	100	81	100	81	100

Nivel	Comunicación acerca de errores		Comunicación y receptividad		Eventos relacionados		Apoyo administrativo		Transferencias e intercambio de información	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Negativo	4	5	6	7	29	36	0	0	8	10
Neutral	42	52	43	53	28	35	28	35	46	57
Positivo	35	43	32	40	24	30	53	65	27	33
Total	81	100	81	100	81	100	81	100	81	100

La tabla 8, muestra que el nivel de Cultura de seguridad del paciente que presentan los enfermeros de un Hospital público de Cusco es en general regular.

Se observa que el 100% de estos trabajadores presentan un nivel negativo respecto a la dimensión trabajo en equipo. Por el contrario, en la dimensión Presión y ritmo de trabajo, el 63% de enfermeros presentaron nivel neutral y solo el 6% nivel negativo; se observa similar tendencia en las dimensiones aprendizaje organizativo, respuesta a errores, comunicación de errores, receptividad y transferencia de información.

Por el contrario, estos trabajadores tienen niveles similares en la dimensión eventos relacionados.

## 4.2 Contrastación de Hipótesis

Ya que los resultados obtenidos proceden de cuestionarios con escala ordinal, se aplicó la prueba de normalidad y se empleó la prueba no paramétrica Rho de Spearman para responder a la hipótesis general y las hipótesis específicas del estudio en el paquete estadístico Spss 22.

### 4.2.1. Prueba de hipótesis general

H<sub>0</sub>. Dado que en la prueba realizada el valor de Sig= P es de 0.052 y es mayor  $\alpha=0.05$ , se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Por lo tanto, no existe correlación significativa entre la aplicación de prácticas de bioseguridad y la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Cusco. Siendo el coeficiente de correlación positiva escasa o nula  $r= 0.217$ , por lo que, a una menor aplicación de las prácticas de bioseguridad, la cultura de seguridad del paciente no será menor en los enfermeros de este hospital.

**Tabla 9**

*Correlación entre la aplicación de las prácticas de bioseguridad y la cultura de seguridad del paciente en enfermeros de un hospital de Cusco.*

			Aplicación de prácticas de bioseguridad	Cultura de seguridad del paciente
Rho de Spearman	Aplicación de prácticas de bioseguridad	Coefficiente de correlación	1,000	,217
		Sig. (bilateral)	.	,052
		N	81	81

#### 4.2.2. Contrastación de la hipótesis específica 1

H<sub>0</sub>. Dado que en la prueba realizada el valor de Sig= P es de 0.672 y es mayor  $\alpha=0.05$ , se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Por lo tanto, no existe correlación significativa entre la dimensión Uso de barreras y la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Cusco. Siendo el coeficiente de correlación positiva escasa o nula  $r= 0.048$ , por lo que, a un mayor Uso de barreras de bioseguridad, la cultura de seguridad del paciente no mejorara en los enfermeros de este hospital.

**Tabla 10**

*Correlación entre la aplicación de uso de barreras y la cultura de seguridad del paciente en enfermeros de un hospital de Cusco.*

			Uso de barreras	Cultura de seguridad del paciente
Rho de Spearman	Uso de barreras	Coeficiente de correlación	1,000	,048
		Sig. (bilateral)	.	,672
		N	81	81

#### 4.2.3. Contrastación de la hipótesis específica 2

H<sub>1</sub>. Dado que en la prueba de normalidad realizada el valor de Sig= P es de 0,009 y es menor  $\alpha=0.05$ , se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Por lo tanto, existe correlación significativa entre los principios de bioseguridad y la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Cusco. Siendo esta correlación positiva baja  $r= 0,288^{**}$ , por lo que a mayor aplicación de las prácticas de bioseguridad mejorará también la cultura de seguridad del paciente en los enfermeros de este hospital.

**Tabla 11**

*Correlación entre la aplicación de los principios de bioseguridad y la cultura de seguridad del paciente en enfermeros de un hospital de Cusco.*

			Principios de bioseguridad	Cultura de seguridad del paciente
Rho de Spearman	Principios de bioseguridad	Coeficiente de correlación	1,000	,288**
		Sig. (bilateral)	.	,009
		N	81	81

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

#### 4.2.4. Contrastación de la hipótesis específica 3

H<sub>0</sub>. Dado que en la prueba realizada el valor de Sig= P es de 0.075 y es mayor  $\alpha=0.05$ , se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Por lo tanto, no existe correlación significativa entre la dimensión Manejo de residuos sólidos y la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Cusco. Siendo el coeficiente de correlación positiva nula  $r= 0.199$ , por lo que, a un mayor Manejo de residuos sólidos, la cultura de seguridad del paciente no mejorara en los enfermeros de este hospital.

**Tabla 12**

*Correlación entre la aplicación de manejo de residuos dolidos y la cultura de seguridad del paciente en enfermeros de un hospital de Cusco.*

			Manejo de residuos solidos	Cultura de seguridad del paciente
Rho de Spearman	Manejo de residuos solidos	Coeficiente de correlación	1,000	,199
		Sig. (bilateral)	.	,075
		N	81	81

## V. DISCUSIÓN

La discusión de ésta investigación se elaboró en función de las hipótesis planeadas, en primer lugar, se analizaron los alcances teóricos de los resultados descriptivos hallados acerca de las variables, con el fin de comprender la conducta individual de cada una de ellas, así explicar la relación existente; posteriormente se contrastaron las hipótesis con las investigaciones nacionales e internacionales realizadas en los últimos cinco años. En último lugar se muestran las principales limitaciones del estudio.

Este estudio reúne información valiosa para las variables usadas, los resultados encontrados en la investigación no pueden ser adecuadamente contrastados, pues solo se encontró una investigación previa que coincidía con el estudio de ambas variables.

De acuerdo a los resultados conseguidos, se acepta la hipótesis nula, esta, rechaza la correlación entre la aplicación de prácticas de bioseguridad y la cultura de seguridad del paciente, en enfermeros de un hospital público de Cusco, 2021. Los resultados obtenidos no guardan relación con lo que sostiene. Rodríguez (2020), en su estudio aplicado a enfermeros de un hospital en Lima si encuentra relación significativa entre la cultura en seguridad del paciente y la bioseguridad en además el dimensionamiento de sus variables fue de manera diferente a las variables estudiadas en esta investigación.

Respecto a la aplicación de medidas Bioseguridad existente en el hospital público de Cusco, los resultados evidenciaron que el 96% de enfermeros tiene un nivel bueno, es decir que, en este hospital, los enfermeros brindan atención de salud con medidas, normas y actividades encaminadas a proteger la salud del profesional, a los usuarios, familia y al entorno, con el objetivo de disminuir o eliminar los peligros que podrían ser causados por elementos infecciosos, físicos, químicos (OMS, 2005).

Así mismo el 77% de enfermeros tiene un nivel bueno en el uso de barreras, estas previsiones universales tienen como propósito implementar métodos existentes

como la higiene de manos, involucra disminuir la exposición inmediata a fluidos corporales, biológicos y demás contaminantes, manipulando herramientas adecuadas para obstaculizar el contacto, como: (mascarillas, gorros, guantes, mandilones, lentes, botas descartables.) (OMS, 2005). El uso de barreras para la protección es la herramienta primordial para laborar contra las infecciones (Rojas, 2015).

Por otro lado, el 61% de enfermeros tiene un nivel regular en la aplicación de principios de bioseguridad, es decir que en este hospital los enfermeros consideran que todos pacientes, sus fluidos corporales y el equipo o material de trabajo es calificados como potencialmente infectantes y se considera a todo profesional que labora siendo potencialmente susceptible a contaminarse (OMS, 2005), esta dimensión ha sido bastante afectada en tiempo de pandemia, por el escaso material de trabajo, equipos biomédicos, falta de profesionales de salud y planes de contingencia para pandemias.

Así mismo, el 98% de enfermeros tiene un nivel bueno en el manejo de la basura, es decir, el personal sabe cómo eliminar de modo apropiado los elementos utilizados producto de la asistencia en las diferentes operaciones que se realiza a los pacientes, evitando riesgos (OMS, 2004).

Estos resultados son importantes, pues evidencias que los enfermeros han venido trabajando brindando una bioseguridad buena a pesar de las limitaciones que se han arrastrado de años anteriores y las que la pandemia ha originado.

Sin embargo, esto difiere de Coronado (2020) quien encontró que el conocimiento sobre medidas de bioseguridad no afecta significativamente al cumplimiento de las normas en bioseguridad, en enfermeros de un hospital en Cusco.

A nivel nacional al comparar este estudio con Chihuantito y Hermoza (2018), Morales (2020) y Cárdenas (2020) se encontró resultados similares en sus tres dimensiones de bioseguridad.

A nivel internacional, los resultados de Manrique difieren, se encuentra que el 91% predomina el nivel bajo de bioseguridad. Similar resultado encontró Ávila et al (2020), respecto a la escasez y ausencia de implementos de bioseguridad que pone en juego incluso la calidad de atención brindada a los pacientes con Covid.

Por otro lado, se encontró similares resultados en el estudio de Llapa et al. (2018), donde la mayoría de enfermeros tiene y aplica medidas de bioseguridad

Respecto a la cultura en seguridad del paciente, existente en el hospital público de Cusco, los resultados evidenciaron que el 93% de enfermeros tiene un nivel Neutral, es decir que en este hospital si bien se aplica una cultura de seguridad esta aun no reconoce la naturaleza de alto riesgo del trabajo con el objetivo de lograr actividades que sean seguras para el paciente. En una organización de salud es determinante lograr sistematizaciones que sean seguras para el personal y los pacientes (AHRQ, 2019)

Por otro lado, el 100% de enfermeros indican que la cultura en seguridad del paciente, en su dimensión Trabajo en equipo es negativo, es decir los enfermeros no valoran la importancia del trabajo en equipo, la colaboración, compartir conocimientos y la conducta de los que laboran en las unidades hospitalarias. (AHRQ, 2019). No hay trabajo en equipo, cada enfermero actúa a su manera.

Así mismo, el 63% de enfermeros indican que la cultura en seguridad, en su dimensión Presión y ritmo de trabajo se encuentra en un nivel neutral, es decir que se evalúa la cantidad suficiente de personal que labora, el tiempo otorgado para ejecutar el trabajo, la clase de recursos y materiales del que pende la institución de salud para la recuperación de sus pacientes y cómo impacta el ritmo de trabajo de alto riesgo en la seguridad de los mismos, sin embargo, lo ideal es que las organizaciones en salud tengan esta dimensión en niveles positivos, solo así podemos trabajar en una cultura con seguridad para el paciente. (AHRQ, 2019).

Así mismo, el 61% de enfermeros indican que la cultura de Seguridad del paciente en la dimensión Aprendizaje organizativo también es neutral, es decir se aplican actividades para brindar lo mejor al paciente, la eficacia de las actividades, así como la recurrencia de problemas relacionadas a este fin, sin embargo, la pandemia no ha permitido aplicar estas actividades en todos los ambientes hospitalarios. (AHRQ, 2019).

Así mismo, el 52% de enfermeros indican que la cultura en seguridad del paciente en la dimensión Respuesta a errores es neutral, es decir los enfermeros valoran el apoyo del área administrativa y la percepción personal, cuando los trabajadores en salud realizan errores e informan los eventos adversos y agravios afines con la



seguridad del usuario (AHRQ, 2019). Si bien el enfermero actúa con sus conocimientos y experiencia estos aún son escasos para brindar una adecuada atención, rápida y oportuna, por la pandemia y la escasez de personal, el hospital de Cusco, tuvo que contratar personal joven e inexperto que pone en riesgo la recuperación del paciente.

Así mismo, el 73% de enfermeros indican que la cultura en seguridad del paciente en la dimensión Apoyo de coordinadores es positivo, es decir aquí se valoran la receptividad de las propuestas de los trabajadores, la celeridad del trabajo en horas con mayor actividad y las practicas que aplican los jefes para resolver los problemas anteriormente informados. (AHRQ, 2019). Las autoridades y entes rectores del Hospital de Cusco, estableció un plan de contingencia rápido para sobrellevar la pandemia, gracias a la colaboración y sugerencia de sus trabajadores.

Así mismo, el 52% de enfermeros indican que la cultura en Seguridad del paciente en la dimensión comunicación acerca de errores es neutral, es decir, los enfermeros ven sobre la información que se da en servicio acerca de los errores cometidos, lo reportado se analiza y luego se toman medidas para que no vuelva a ocurrir, además se informa sobre los cambios que se realizan en base al reporte de eventos ocurridos en el servicio. (AHRQ, 2019).

Así mismo, el 53% de enfermeros indican que en la dimensión Comunicación y receptividad de la cultura en seguridad, esta es neutral, es decir, los enfermeros comunican a los jefes que cosas podrían afectar de forma negativa en la salud del paciente, también se informa si algún trabajador con más experiencia o autoridad realiza practicas no seguras para la seguridad de los pacientes, y también, se evalúa si los jefes toman en consideración a los trabajadores de salud, que informaron sobre el personal con más autoridad que realizo una práctica no segura. (AHRQ, 2019).

Por otro lado, el 36 % de enfermeros indican que la cultura de Seguridad del paciente en la dimensión Reportar eventos es negativo, es decir, que no se viene reportando la frecuencia con la que un error se ha presenciado, esta no ha sido corregida inmediatamente y cuando este error ha afectado al paciente pudiéndole causado daño, (AHRQ, 2019). Existe temor a ser sancionado administrativamente

y legalmente cuando se comete un error, es por ello que el personal no suele reportar los eventos.

Así mismo, el 65% de enfermeros refieren que en la dimensión Apoyo administrativo de cultura en seguridad, esta se encuentra en un nivel positivo, es decir que las actividades intrahospitalarias, cuenta con apoyo de partes del área administrativa, demostrando que los pacientes y su recuperación son una prioridad, a su vez, el área administrativa otorga medios y recursos para que la cultura en seguridad mejore y ayude a la recuperación de los, además muestra que este interés por la seguridad de los pacientes, no solo se observa después de ocurrido un evento adverso. (AHRQ, 2019).

Así mismo, el 57% de enfermeros indican que la cultura en seguridad de los pacientes en la dimensión transferencia e intercambio de información es neutral, es decir, en esta dimensión se valora si hay descuido en los datos que se comparten acerca del paciente al trasladado de un servicio a otro. También se valora la frecuencia con la que se pierde información importante sobre el cuidado y evolución del paciente cuando hay entrega de servicio y cambio de turno, por otro lado, evalúa si el tiempo otorgado para para compartir datos imprescindibles del paciente cuando hay cambios de turno es suficiente. (AHRQ, 2019).

Comparando la cultura basada en la seguridad del paciente con otros estudios nacionales, encontramos similares resultados; Justo (2021), Donde el 11% de enfermeros aplico en un nivel medio las prácticas las seguras cuando la cultura es neutral, el 18% de enfermeros lo aplica en un nivel bajo cuando la cultura se encuentra en un nivel negativo y el 20% lo aplica a un nivel alto cuando la cultura es positiva. Rodríguez (2020), Chávez (2019) y Cieza (2019) también encuentran un nivel regular o neutral en la Cultura de seguridad.

A nivel internacional, se encontró resultados similares con Valencia (2021) respecto a la notificación de eventos y trabajo en equipo al igual que Maya (2020) El 62% de las contestaciones fueron positivas sobre la percepción de una cultura acerca de la seguridad. Identificando a la dimensión Aprendizaje organizacional como una de las mayores fortalezas.

Da Silva (2020), reporto resultados diferentes, además de la frecuencia de eventos reportados, este estudio señaló una cultura de seguridad muy débil en todas las áreas.

La principal limitación de la investigación fue que no se encontraron investigaciones nacionales e internacionales que estudien la relación entre las variables estudiadas. Ante ello, para contrastar los resultados obtenidos se emplearon investigaciones que reportaron la existencia de relación directa aplicación de prácticas de bioseguridad y aspectos relacionados a la cultura en seguridad del paciente.

Otra limitación fue el empleo muestra no probabilístico, motivo por el cual no se puede inferir a toda la población de 643 por lo que se sugiere ampliar la investigación, considerando un muestreo probabilístico y otros contextos a nivel nacional.

## VI. CONCLUSIONES

**Primera.** Respecto al objetivo general, se concluye que no existe una correlación significativa entre la aplicación de las prácticas de bioseguridad y la cultura de seguridad del paciente, en enfermeros de un hospital público de Cusco, 2021, debido a que se halló un valor de ( $r = 0.217$ ), ( $p = ,052$ ), demostrándonos que la fuerza de correlación fue baja o nula.

**Segunda.** Respecto a la D1. Uso de barreras, se concluye que no existe correlación significativa entre el uso de barreras y la cultura de seguridad del paciente, en enfermeros de un hospital público de Cusco, 2021, debido a que se halló un valor de ( $r= 0.048$ ), ( $p= ,672$ ), demostrándonos que la fuerza de correlación fue baja o nula.

**Tercera.** Respecto a la D2. Principios de bioseguridad, se concluye que, si existe correlación significativa entre los principios de bioseguridad y la cultura de seguridad del paciente, en enfermeros de un hospital público de Cusco, 2021, debido a que se halló un valor de ( $r= 0.288^*$ ), ( $p < ,009$ ), demostrándonos que esta relación fue positiva y baja.

**Cuarta.** Respecto a la D3. Manejo de residuos sólidos, se concluye que no existe correlación significativa entre el manejo de residuos sólidos y la cultura de seguridad del paciente en enfermeros de un hospital de Cusco, 2021, debido a que se halló un valor de ( $r= 0.199$ ), ( $p= ,075$ ), demostrándonos que la fuerza de correlación fue baja o nula.

## VII. RECOMENDACIONES

**Primera.** A los enfermeros del hospital público de Cusco, se recomienda trabajar aplicando las medidas de bioseguridad de bioseguridad y practicando una cultura basada en la seguridad de los pacientes con ética y humanismo.

**Segunda.** A la unidad de calidad del hospital público de Cusco, encargada de realizar el cumplimiento de prácticas de bioseguridad, practicas seguras y cultura de seguridad, para reducir los eventos adversos, errores y accidentes a través de capacitaciones y la ejecución de un método de identificación de los pacientes.

**Tercera.** Al área de recursos humanos, a los directores del hospital público de Cusco, a realizar periódicamente capacitaciones y talleres certificados para mejorar la preparación, experiencia y conocimientos del personal.

**Cuarta.** Al área de recursos humanos, a los directores de las diferentes áreas del hospital público de Cusco, a elaborar un plan para reportar eventos adversos, errores y otros accidentes, velando por la seguridad del personal y del paciente.

**Quinta.** Establecida la importancia en esta investigación, se recomienda también, elaborar más estudios que comprendan diferentes aspectos en relación bioseguridad y la cultura en seguridad.

## REFERENCIAS

Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ. Patient safety and Quality: An evidence –Based Hannbook for Nurses. (<http://www.ahrq.gov/qual/nursesfdbk/index.html>)

Agency for Healthcare Research and Quality.(2013) Making Health Care Safer II: An updated critical analysis of the evidence for patient safety practices. Disponible en URL: (<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/research/findings/evidence-based-reports/services/quality/patientsftyupdate/ptsafetyII-full.pdf>)

Álvarez, M. y Benavides, D. (2013). Aplicación de normas de bioseguridad en el cuidado de enfermería. en pacientes que ingresan al área de Infectología Hospital Vicente Corral

Arias, B. (2017). La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. CES Med 2017; 31(2): 180-191. ISSN 0120-8705.ISSN 2215-9177. Recuperado de: (<http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v31n2/0120-8705-cesm-31-02-00180.pdf>)

Arredondo, C. Y González, J. (2009). Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index de Enferm, 18(1). Recuperado de ([http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000100007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007))

Bautista, C. (2017). Satisfacción laboral de enfermería y seguridad integral del paciente quirúrgico. mayo, Lima-2017. (Tesis Maestría). UPCH. Recuperado de: (<http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/921/Satisfaccion>)

.Batista J. et al (2019) Prevalencia y evitación de Prácticas seguras quirúrgicos en el hospital de enseñanza de Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet].

2019 [cited 2020 Jan 18]; 27: e2939. Disponible en URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692019000100354&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100354&lng=en)

Becerra, N. y Calojero, E. 2010. Aplicación de las normas de bioseguridad de los profesionales de enfermería. Venezuela. Recuperado el 11 de marzo del 2021

de <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2198/1/15%20.%20QY9%20B389.pdf>

Brand, C. y Fontana, R. (2012). Biossegurança na perspectiva da equipe de enfermagem de Unidades de Tratamento Intensivo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(1), 78-84. Recuperado de <http://oaji.net/articles/2014/672-1399553125.pdf>

Burgener, A.(2020) “Mejora de la comunicación para mejorar la seguridad del paciente y aumentar la satisfacción del paciente. *Revista: The Health Care Manager: Julio 2020 - Volumen 39 - p 128-132*. Disponible en la web: doi: [https://journals.lww.com/healthcaremanagerjournal/Abstract/2020/07000/Enhancing\\_Communication\\_to\\_Improve\\_Patient\\_Safety.4.aspx](https://journals.lww.com/healthcaremanagerjournal/Abstract/2020/07000/Enhancing_Communication_to_Improve_Patient_Safety.4.aspx)

Campione J., Fanolaro, T. (2018). Promising Practices for Improving Hospital Patient Safety Culture.2014. *Revista The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, Volume 44, Pages 23-32. Disponible en internet en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1553725017304439>

Cardoso, R.R., Moura, A.I., F, L.C., Santiago, R.S., Araújo, M.M. y Silva, D.F. (2021) Cultura Delaware segurança hacer paciente em centros cirúrgicos: perspectivas da enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55. E03774. DOI: [10.1590 / S1980-220X2020034003774](https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020034003774)

Chavez, R.D. (2020) Cultura de seguridad del paciente y autopercepción sobre la prevención de eventos adversos del profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas. *Repositorio UCV*

URI <https://hdl.handle.net/20.500.12692/59053>

CCarhuarupay, D. (2018). ¿Cómo influyen los conocimientos de bioseguridad en las prácticas que realizan los enfermeros limeños? *Revista Casus*. Vol. 2 Núm. 1 (2017). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6258772>

Cisneros, F. (2002). *Introducción a los Modelos y Teorías de Enfermería*. Recuperado de <https://www.yumpu.com/es/document/view/14405491/introduccion-a-las-teorias-y-modelos-de-enfermeria-universidad-del->

Chihuantito Abal, L. A., & Soto Hermoza, M. (2018). Medidas universales de bioseguridad aplicados por enfermeras (os) que laboran en el servicio de 41 emergencia del hospital regional del cusco, 2017. *Repositorio UCV*. URL. <http://repositorio.uandina.edu.pe/handle/UAC/1667>

Cieza, H.M. (2019) Cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de los servicios de hospitalización de un hospital público. *Repositorio UCV*. URI <https://hdl.handle.net/20.500.12692/47035>

Coronado, M. M. (2020) Conocimiento y cumplimiento de las normas de bioseguridad del enfermero en el servicio de emergencia del Hospital Regional Cusco. *Repositorio UCV* <https://hdl.handle.net/20.500.12692/57509>

da Silva, P.L., de Oliveira, M.T., de Brito, R.L., de Sousa. B.V., Cardoso, R.R. y Melo, G.T. (2020) Cultura Delaware segurança hacer paciente na perspectiva da equipe Delaware enfermagem em uma maternidade pública. *Enfermería Global* 19 (4), 452-462. DOI: [10.6018/eglobal.386951](https://doi.org/10.6018/eglobal.386951)



De Franco, S. (2015). What's the difference between qualitative and quantitative research? Recovered from: <https://www.snapsurveys.com/blog/qualitative-vs-quantitativeresearch/>

Dirección General de Salud Ambiental. (s/f). Vigilancia de los factores de riesgo en los ambientes de trabajo, Perú 2011-2012 (Web Oficial DIGESA). Recuperado de url: <http://www.digesa.minsa.gob.pe/DSO/informes/VIGILANCIA%20DE%20LOS%20AMBIENTES%20DE%20TRABAJO.2011-2012.pdf>

Dirección Regional de Salud, (2015). Manual de Salud Ocupacional. Perú – 2015. Recuperado en: [http://www.digesa.minsa.gob.pe/publicaciones/descargas/manual\\_deso.PDF](http://www.digesa.minsa.gob.pe/publicaciones/descargas/manual_deso.PDF)

Donaldson L. et al( 2017) “Medicamento sin daños: el tercer desafío mundial para la seguridad del paciente de la OMS. Revista The Lancet. Volumen 389, P1680-1681. Disponible en la web; [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31047-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31047-4)

Galvao, T.F., Lopes, M.C., Oliva, C.C., De Almeida, M.E. y Silva, M.T. (2018) Cultura Delaware segurança hacer paciente em um hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. DOI: [10.1590 / 1518-8345.2257.3014](https://doi.org/10.1590/1518-8345.2257.3014)

Instituto Nacional del Niño. (2014). Manual de bioseguridad del Hospital del Niño. Recuperado de <http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/202-06/RD%20119-2011.pdf>

Jaimes, V.M., Alvarado, A.A., Mejía, A.C., López, G.A. Mancilla, J. V. y Padilla, G.C. (2021) Correlación del grado de percepción y cultura de seguridad del paciente en una Institución de tercer nivel 2015-2019. *Revista Cuidarte*. 12 (1), 1-16. DOI: [10.15649/cuidarte.1092](https://doi.org/10.15649/cuidarte.1092)

Justo, N.A. (2021) Aplicación de prácticas seguras y cultura de seguridad del paciente del personal de Salud en un Hospital Nacional. *Repositorio UCV*  
URI <https://hdl.handle.net/20.500.12692/60178>

Kumbi, M., Hussen, A., Lette. A., Nuriye, S. y Morka, G. (2018) Patient Safety Culture and Associated Factors Among Health Care Providers in Bale Zone Hospitals, Southeast Ethiopia: An Institutional Based Cross-Sectional Study. *Revista Dovepress*. 2020 (12). 1-14. DOI: [10.2147/DHPS.S198146](https://doi.org/10.2147/DHPS.S198146)

Khoshakhlagh, A.H., Khatooni, E., Akbarzadeh, I., Yazdanirad, I. S. y Sheidaei, A. (2019) Análisis de los factores que afectan a la cultura de seguridad del paciente en hospitales públicos y privados de Irán. *BMC Health Serv Res* 19. 1009. DOI: [10.1186/s12913-019-4863-x](https://doi.org/10.1186/s12913-019-4863-x)

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (1999) *To err is human: Building a safer health system*. Committee on Health Care in America. *Institute of Medicine*. National Academy Press DOI: <https://doi.org/10.17226/9728>

La República. (06 de abril 2016). Preocupante incremento de accidentes punzocortantes en Hospital Hipólito Unanue [Noticia diario en línea]. Recuperado en url: <http://larepublica.pe/sociedad/757962-preocupante-incremento-de-accidentes-punzocortantes-en-hospital-hipolito-unanue>

Lous, S. (2019). Social representations of biosecurity in nursing: occupational health and preventive care. Recuperado de: [https://www.google.com.pe/search?source=hp&ei=4nv7XfebM5yn5OUPsva2gAs&q=traductor&oq=tra&gs\\_l=psy](https://www.google.com.pe/search?source=hp&ei=4nv7XfebM5yn5OUPsva2gAs&q=traductor&oq=tra&gs_l=psy)

Llapa Rodríguez, E., Gomes da Silva, G., Lopes Neto, D., Pontes de Aguiar Campos, M., Tavares de Mattos, M., & Miyar Otero, L. (2018). Medidas para la adhesión a las recomendaciones de bioseguridad para el equipo de

enfermería. *Enfermería Global*, 17(49). 36-46. DOI: [10.6018/eglobal.17.1.276931](https://doi.org/10.6018/eglobal.17.1.276931)

Maya, S.A y Marin, R.D. (2020) Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia. *Revista Cuidarte*. 11(2) DOI: [10.15649/cuidarte.1040](https://doi.org/10.15649/cuidarte.1040)

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. (2021) Boletín Estadístico Mensual Notificaciones de accidentes de trabajo, incidentes peligrosos y enfermedades ocupacionales. Disponible en URL: <https://www.gob.pe/institucion/mtpe/informes-publicaciones/1923536-boletin-estadistico-mensual-noti-ficaciones-de-accidentes-de-trabajo-incidentes-peligrosos-y-enfermedades-ocupacionales-edicion-marzo-2021>

Manual de Seguridad [Internet]. 15th ed. Lima-Perú: Minsa; 2004 [citado 24 Agosto 2021]. Disponible en: [http://www.upch.edu.pe/faest/images/stories/upcyd/sgc-Sae/normassae/MANUAL\\_DE\\_BIOSEGURIDAD.pdf](http://www.upch.edu.pe/faest/images/stories/upcyd/sgc-Sae/normassae/MANUAL_DE_BIOSEGURIDAD.pdf) 14.

Manual de Bioseguridad [Internet]. 1ra ed. Lima - Perú: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental; 2014 [citado 20 Octubre 2017]. Disponible en: <http://www.hsr.gob.pe/epidemiologia/pdf/RD%2066-2014-%20MANUAL%20DE%20BIOSEGURIDAD.pdf>

Minsa (2015). Manual de bioseguridad hospitalaria. Recuperado de: <http://hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Anestesiologia/ManualBioseguridad.pdf>

Manrique, M.P. (2020) Prácticas de bioseguridad y calidad de vida en usuarios hospitalizados de un hospital de Quevedo en tiempos de Covid-19. *Repositorio UCV Url*. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/56883>

Meza V.Y. (2018) Nivel De Conocimiento Y Uso De Medidas De Bioseguridad En El Centro De Salud CLAS Lamay, Cusco. *Repositorio UCV*

<https://hdl.handle.net/20.500.12692/34410>

Mella L. M., Gea, V.T., Aranaz, A.J., Ramos, F.G. y Compañ, R.A. (2020). Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gaceta Sanitaria*, 34(5), 500-513. DOI: 10.1016/j.gaceta.2018.10.004

MINSA (2012). NTS n° 096. Gestión y manejo de residuos sólidos en establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Perú.

Mori, Y.N (2017) Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte. *Repositorio UCV*

URI <https://hdl.handle.net/20.500.12692/12905>

Mundo, C.M. (2018) Cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de una clínica privada. *Repositorio UCV* URI <https://hdl.handle.net/20.500.12692/31315>

Lang, S., Garrido, M.V. & Heintze, C. (2016) Patients' views of adverse events in primary and ambulatory care: a systematic review to assess methods and the 76 content of what patients consider to be adverse events. *BMC Fam Pract* 17, 6 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0408-0>

Organización Mundial de la Salud. (2005). Manual de Bioseguridad en el Laboratorio. Disponible en: [https://www.who.int/topics/medical\\_waste/manual\\_bioseguridad\\_laboratorio.pdf](https://www.who.int/topics/medical_waste/manual_bioseguridad_laboratorio.pdf)

OMS. (2020). Uso racional del equipo de protección personal frente a la COVID-19 y aspectos que considerar en situaciones de escasez graves. Organización

Mundial De La Salud. 1–32.  
[https://www.mendeley.com/catalogue/51e1a722-1a02-3990-b961-efaf817d30b1/?utm\\_source=desktop&utm\\_medium=1.19.4&utm\\_campaign=open\\_catalog&userDocumentId=%7Bc8e4e839-218f-4590-a94b-7cfc277a637d%7D](https://www.mendeley.com/catalogue/51e1a722-1a02-3990-b961-efaf817d30b1/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.4&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7Bc8e4e839-218f-4590-a94b-7cfc277a637d%7D)

Panagioti M, ET AL( 2018) . Asociación entre el agotamiento del médico y la seguridad del paciente, el profesionalismo y la satisfacción del paciente : una revisión sistemática y un metanálisis . JAMA Intern Med. 2018; 178 (10): 1317–1331. Disponible en:  
<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/articleabstract/2698144>

Podestá Gavilano Luis Enrique, Maceda Kuljich Mirko.(2017) Calidad percibida del servicio y cultura de seguridad en salud en el personal médico del Hospital II EsSalud Vitarte. Lima. <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n3.08>

Rodriguez, P.H. (2020) Cultura de seguridad del paciente y bioseguridad en el personal de enfermería de un Hospital Nacional de Lima. *Repositorio UCV*  
URI <https://hdl.handle.net/20.500.12692/40969>

Slawomirski, L., A. Auraaen y N. Klazinga.(2017) "La economía de la seguridad del paciente: Fortalecimiento de un enfoque basado en valores para reducir el daño al paciente a nivel nacional". Documentos de trabajo de salud de la OCDE, No. 96, Publicaciones de la OCDE, París,  
<https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en>

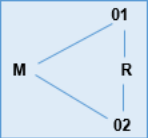
Sistema Metropolitano de la Solidaridad. (2014). Manual de bioseguridad y desinfección. Lima: SISOL. Sistema Metropolitano de la Solidaridad. (2011). Manual de Bioseguridad. Lima: SISOL.

- Gandhi, T. ET AL (2018) Transforman conceptos en seguridad del paciente: un informe de progreso. *Revista BMJ Quality & Safety*. Vol.27, N°12. Pag. 2024-2027. Disponible en web: <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa085>
- Tartaglia, R.C., Guerra, P.S., Paulo, S. (2018) The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *International Journal for Quality in Health Care*. 30(9) 660–677. DOI: [doi.org/10.1093/intqhc/mzy080](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080)
- Tuesta, R. y Vallejos, R. (2013). Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre las medidas de bioseguridad en el personal de Salud de la Clínica Ana Stahl. Iquitos-2012. (Tesis de Maestría, Universidad Nacional de la Amazonia Peruana)
- Vergara, G. (2017). Cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2017. (Tesis Maestría). UCV. Recuperado de: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:LP>
- Zaval, A.A. (2019) Cultura De Seguridad Del Paciente Y El Cumplimiento De La Técnica De Higiene De Manos. Instituto Regional De Enfermedades Neoplásicas. *Repositorio UCV* URI <https://hdl.handle.net/20.500.12692/37955>

## **ANEXOS**

## Anexo 1

### Matriz de consistencia

Aplicación de prácticas de Bioseguridad y Cultura de seguridad del paciente, en enfermeros de un hospital público de Cusco, 2021.						
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	ESTADÍSTICA:
<p><b>PROBLEMA GENERAL:</b></p> <p>¿Qué relación existe entre la aplicación de prácticas de bioseguridad y la cultura de seguridad del paciente, en enfermeros de un hospital público de cusco, 2021?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b></p> <p>establecer la relación que existe entre la aplicación de Prácticas de Bioseguridad y la Cultura de seguridad del paciente, en enfermeros de un hospital público de Cusco, 2021.</p>	<p><b>HIPOTESIS GENERAL:</b></p> <p>Existe relación significativa entre la aplicación de prácticas de bioseguridad y la cultura de seguridad del paciente, en enfermeros de un hospital público de Cusco, 2021.</p>	<p><b>Variable 1:</b> <b>Aplicación de prácticas de Bioseguridad</b></p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Principio de Bioseguridad</li> <li>- Uso de barreras</li> <li>- Manejo de residuos sólidos</li> </ul> <p><b>Variable 2:</b> <b>Cultura de seguridad del paciente</b></p> <p>Dimensiones:</p>	<p><b>ENFOQUE:</b> Cuantitativo</p> <p><b>TIPO:</b> Básica</p> <p><b>NIVEL:</b> Descriptivo Correlacional</p> <p><b>DISEÑO:</b> No experimental</p> <p><b>MÉTODO:</b> Inductivo – deductivo</p>	<p><b>POBLACIÓN:</b> 643 enfermeras de un hospital público de Cusco</p> <p><b>MUESTREO:</b> No probabilístico de tipo intencionado por conveniencia</p> <p><b>TAMAÑO DE MUESTRA:</b> 81 enfermeras</p>	<p><b>DESCRIPTIVA:</b> Tablas y frecuencias</p> <p><b>INFERENCIAL:</b> Pruebas de normalidad Kolmogonow Smirnov</p>
<p><b>Problemas específicos</b></p> <p>¿Qué relación existe entre el uso de barreras protectoras, principios de bioseguridad, manejo de residuos sólidos y la cultura de seguridad del paciente, en enfermeros de un hospital público de Cusco, 2021?</p>	<p><b>Objetivos específicos:</b></p> <p>Establecer la relación que existe entre el uso de barreras protectoras, principios de bioseguridad, manejo de residuos sólidos y la cultura de seguridad del paciente en enfermeros de un hospital público de Cusco, 2021.</p>	<p><b>Hipótesis específicas:</b></p> <p>Existe relación significativa el uso de barreras protectoras, principios de bioseguridad, manejo de residuos sólidos y la cultura de seguridad del paciente, en enfermeros de un hospital público de Cusco, 2021.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El Trabajo en Equipo</li> <li>- La Presión y Ritmo de Trabajo).</li> <li>- Aprendizaje de la organización y mejoramiento continuo;</li> <li>- La Respuesta a los errores</li> <li>- El Apoyo que los supervisores, directores o dirigentes hospitalarios en cuanto a la seguridad del usuario</li> <li>- La Comunicación acerca de los errores</li> <li>- La Comunicación y Receptividad.</li> <li>- El informar eventos que tiene que ver con la Seguridad del Paciente</li> <li>- El Apoyo administrativo en cuanto la seguridad del usuario</li> <li>- Transferencia e intercambio de información</li> </ul>	 <p>M: Muestra (Enfermeros) 01: Aplicación de Prácticas de bioseguridad. 02: Cultura de seguridad del paciente r: Relación entre las variables</p>		



**Anexo 2**  
**Matriz de operacional**

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>Aplicación de Prácticas de Bioseguridad</b>	Del profesional que trabaja en una organización de salud, a los usuarios, familias y al entorno que pueden ser afectados como resultado de la actividad asistencial. Es el conjunto de normas y medidas requeridas para ser realizadas, con el objetivo de disminuir o eliminar los peligros para el personal, la sociedad y su entorno, pueden ser causados por elementos infecciosos, físicos, químicos y mecánicos. (OMS, 2005).	Focalizada en el medio ambiente, consideraba que un entorno saludable es evidencia de las buenas prácticas de higiene y cuidados adecuados para evitar las infecciones. Incorpora cinco elementos que son agua potable, eliminación de aguas residuales, higiene aire puro y luz para tener un entorno saludable. Considerando el lavado de manos como principio también en esta teoría. "Teoría del Entorno", Nightingale en 1984	- Uso de barreras	16. Uso de los guantes en procedimientos invasivos o al contacto con fluidos corporales 17. Utiliza guantes al momento de preparar y administrar la medicación 18. Usa mascarilla durante la atención directa al paciente o al realizar los procedimientos que requieran su uso 19. Utiliza batas y botas desechables para realizar procedimientos que requieren su uso 20. Usa mandil para la atención directa al paciente, al realizar cualquier procedimiento con los pacientes	1-5	<b>Bueno: 25.30</b> <b>Regular: 20-24</b> <b>Malo:15-19</b>  <b>Escala:</b> Nominal  <b>Tipo:</b> Dicotómica  2: Si 1: No
			- Principios de bioseguridad	21. El hospital cuenta con agua y jabón para el lavado de manos, tanto para los usuarios internos como para los usuarios externos 22. Realiza la técnica adecuada al momento de lavarse las manos 23. Disposición permanente de desinfectantes y antiséptico el área en que fue atendido 24. Uso de desinfectantes para realizar la limpieza del área y de objetos contaminados 25. Realiza correctamente la limpieza y desinfección del ambiente de atención al paciente	6-10	
			- Manejo de Residuos Sólidos	26. Muestra conocer el tratamiento que se da a los residuos biocontaminantes 27. Manipula correctamente los recipientes de material contaminado 28. Descarta el material utilizado separando los desechos sólidos del material punzocortante 29. Deshecha el material punzocortante en depósitos rígidos, rotulados y no perforables 30. Elimina los residuos comunes en bolsas negras	11-15	

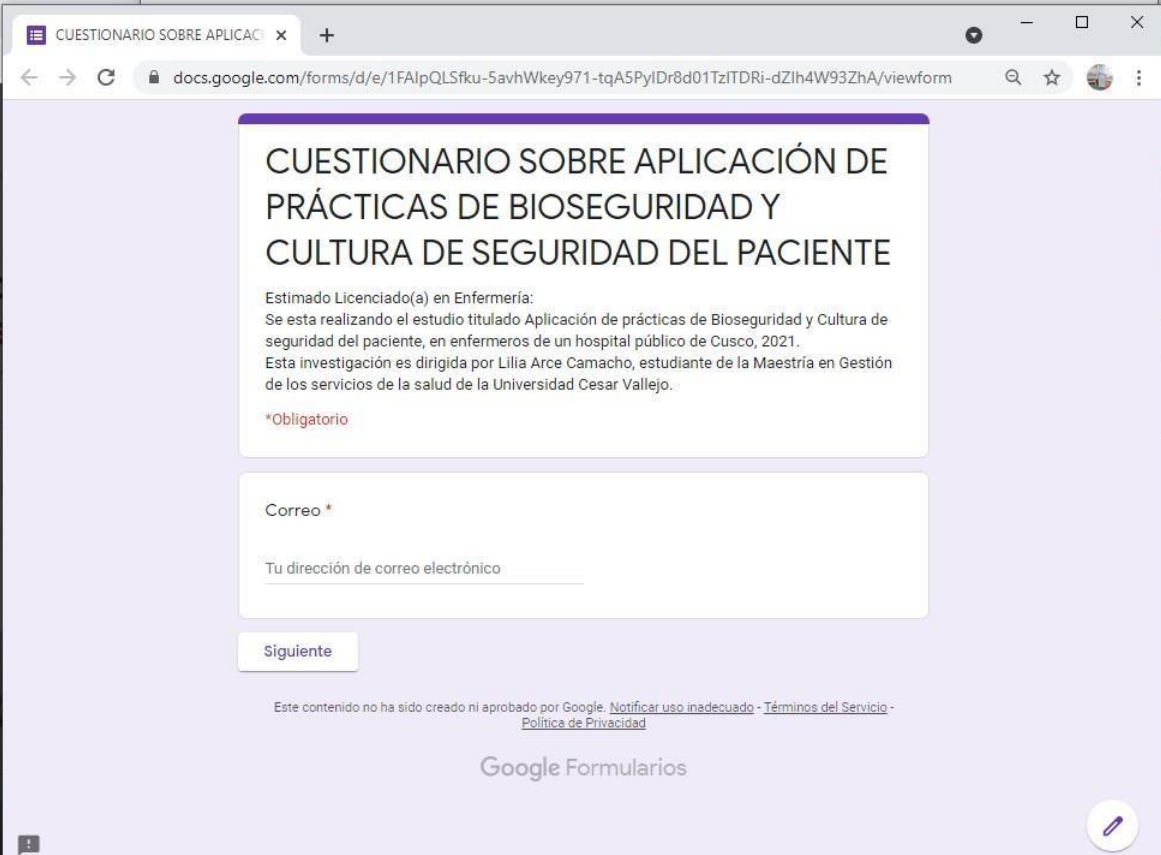
<b>La cultura de seguridad del paciente</b>	Reconoce la naturaleza de alto riesgo del trabajo de una institución de salud y el objetivo de lograr actividades que sean seguras. Un ambiente sin culpas en el que el personal de salud pueda comunicar errores y accidentes sin temor a sanciones. En una organización de salud es determinante lograr sistematizaciones que sean seguras para el personal y para los pacientes (AHRQ, 2019).	Teóricamente posee un enfoque funcionalista, desarrollado por las organizaciones de alta confiabilidad High Reliability Organizations (HROs, 2011)  La cultura de seguridad son las percepciones y actitudes hacia los aspectos relacionados con seguridad. Estudia los procesos, políticas y percepción del personal acerca del funcionamiento en términos de la seguridad	- El Trabajo en Equipo	· Trabajo eficiente · Ayuda mutua · Comportamiento respetuoso	1 8 9	<b>Nivel de Cultura Negativa:</b> 1 - 18  <b>Nivel de Cultura Neutral:</b> 59 – 116  <b>Nivel de Cultura Positiva:</b> 117 - 175  <b>Escala:</b> Ordinal  <b>Tipo:</b> politomica  Totalmente en desacuerdo = 1 En desacuerdo = 2 Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 3 De acuerdo = 4 Totalmente de acuerdo = 5  Para preguntas en negativo: Totalmente en desacuerdo = 5 En desacuerdo = 4 Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 3 De acuerdo = 2 Muy de acuerdo
			- La Presión y Ritmo de Trabajo).	· Dotación de personal. · Horas de Trabajo necesario · Ritmo de trabajo	2 3 6 11	
			- Aprendizaje de la organización y mejoramiento continuo;	· Revisión de procesos · Mejora continua · Ocurrencias de seguridad	4 12 14	
			- La Respuesta a los errores	· Errores libres de punidad · Apertura al reporte de incidentes · Aprendizaje del error · Apoyo al personal involucrado	6 7 10 13	
			- El Apoyo que los supervisores, directores o dirigentes hospitalarios en cuanto a la seguridad del usuario	· Sugerencias del personal · Tipo de trabajo a presión · Resolución de problemas	15 16 17	
			- La Comunicación acerca de los errores	· Información de errores al equipo · Retroalimentación a partir de errores	18 19 20	
			- La Comunicación y Receptividad.	· Cambios en base a reporte de eventos · Reporte de incidentes. · Reporte de comportamientos inseguros. · Empatía con preocupaciones de seguridad del paciente, Consulta de dudas.	21 22 23 24	
			- El informar eventos que tiene que ver con la Seguridad del Paciente	Frecuencia de reporte de errores e intervenciones Frecuencia de notificación de incidentes	25 26	
			- El Apoyo administrativo en cuanto a la seguridad del usuario	Priorizar la seguridad del paciente Asignar recursos para la seguridad del paciente Interés por la seguridad del Paciente.	29 30 31	
			Transferencia e intercambio de información	· Frecuencia omisión de información importante · Frecuencia pérdida de información al cambio de turno. · Tiempo asignado al intercambio de nformación	32 33 34	

## Anexo 3

### Instrumento

Cuestionario sobre aplicación de prácticas de bioseguridad y cultura de seguridad del paciente

Link: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfku-5avhWkey971-tqA5PyIDr8d01TzITDRi-dZlh4W93ZhA/viewform>



The image shows a screenshot of a Google Forms questionnaire. The browser's address bar displays the URL: [docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfku-5avhWkey971-tqA5PyIDr8d01TzITDRi-dZlh4W93ZhA/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfku-5avhWkey971-tqA5PyIDr8d01TzITDRi-dZlh4W93ZhA/viewform). The form title is "CUESTIONARIO SOBRE APLICACIÓN DE PRÁCTICAS DE BIOSEGURIDAD Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE". Below the title, there is a paragraph of text: "Estimado Licenciado(a) en Enfermería: Se esta realizando el estudio titulado Aplicación de prácticas de Bioseguridad y Cultura de seguridad del paciente, en enfermeros de un hospital público de Cusco, 2021. Esta investigación es dirigida por Lilia Arce Camacho, estudiante de la Maestría en Gestión de los servicios de la salud de la Universidad Cesar Vallejo." Below this text, there is a red asterisk indicating a required field: "\*Obligatorio". The form contains a text input field labeled "Correo \*" with the placeholder text "Tu dirección de correo electrónico". Below the input field is a "Siguiente" button. At the bottom of the form, there is a disclaimer: "Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)". The Google Forms logo is visible at the bottom center, and a small edit icon is in the bottom right corner.

## Anexo 4

### Consentimiento informado

El consentimiento informado se colocó al inicio del instrumento de aplicación virtual.

A continuación, el consentimiento informado.

CUESTIONARIO SOBRE APLICACIÓN DE PRÁCTICAS DE BIOSEGURIDAD Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

\*Obligatorio

**Consentimiento informado**

Se solicita su opinión acerca de la aplicación de practicas de bioseguridad y cultura de seguridad del paciente, el cuestionario es de carácter anónimo, no implica datos ni números personales que podrían identificarlo y lleva 10 a 15 minutos completarlo.  
De tener consultas sobre el cuestionario, lo podrá realizar a [lilia04.11@hotmail.com](mailto:lilia04.11@hotmail.com)

Si acepta participar del estudio, le invitamos a completar el cuestionario que servirán a la investigación y posterior aplicación de estrategias de mejora.  
Agradecemos profundamente su participación.

Después de leer la introducción, ¿ Desea usted participar de la investigación? \*

SI

Atrás Siguiete

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

**Anexo 5**  
**Base de datos excel**

APLICACION DE PRACTICAS DE BIOSEGURIDAD																		D3	PUNTAJE
USO DE BARRERAS					D1	PRINCIPIOS DE BIOSEGURIDAD					D2	MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS					D3		
	V1 ÍTEM 1	V1 ÍTEM 2	V1 ÍTEM 3	V1 ÍTEM 4	V1 ÍTEM 5	D1	V1 ÍTEM 6	V1 ÍTEM 7	V1 ÍTEM 8	V1 ÍTEM 9	V1 ÍTEM 10	D2	V1 ÍTEM 11	V1 ÍTEM 12	V1 ÍTEM 13	V1 ÍTEM 14	V1 ÍTEM 15	D3	V1
1	2	2	2	1	2	9	1	1	1	2	1	6	2	2	2	2	2	10	25
2	2	2	2	2	2	10	2	1	2	2	1	8	1	2	2	2	2	9	27
3	2	1	2	1	2	8	2	1	1	2	2	8	2	1	2	2	2	9	25
4	2	1	2	1	2	8	1	1	1	2	2	7	2	2	2	2	2	10	25
5	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	30
6	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	30
7	2	1	2	2	2	9	2	2	1	2	1	8	2	2	2	2	2	10	27
8	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	30
9	2	2	2	1	2	9	2	1	2	2	2	9	2	2	2	2	2	10	28
10	2	1	2	1	2	8	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	28
11	2	2	2	2	2	10	2	1	2	1	1	7	1	1	2	2	1	7	24
12	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	30
13	2	1	2	1	1	7	2	2	2	2	1	9	2	2	2	2	2	10	26
14	2	2	2	1	2	9	1	2	1	2	2	8	2	2	2	2	2	10	27
15	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	30
16	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	30
17	2	1	2	1	2	8	1	1	1	2	2	7	2	2	2	2	2	10	25
18	2	2	2	2	2	10	2	2	1	1	1	7	2	2	2	2	2	10	27
19	2	2	2	1	2	9	1	2	2	2	2	9	2	2	2	2	2	10	28
20	2	2	2	1	2	9	2	1	2	1	2	8	2	2	2	2	2	10	27
21	2	2	2	2	2	10	1	2	2	2	1	8	2	1	2	2	2	9	27
22	2	2	2	1	2	9	1	1	1	2	1	6	2	2	2	2	2	10	25
23	2	2	2	2	2	10	2	1	2	2	1	8	1	2	2	2	2	9	27
24	2	1	2	1	2	8	2	1	1	2	2	8	2	1	2	2	2	9	25
25	2	1	2	1	2	8	1	1	1	2	2	7	2	2	2	2	2	10	25
26	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	30
27	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	30
28	2	1	2	2	2	9	2	2	1	2	1	8	2	2	2	2	2	10	27
29	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	30
30	2	2	2	1	2	9	2	1	2	2	2	9	2	2	2	2	2	10	28
31	2	1	2	1	2	8	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	28
32	2	2	2	2	2	10	2	1	2	1	1	7	1	1	2	2	1	7	24
33	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	30
34	2	1	2	1	1	7	2	2	2	2	1	9	2	2	2	2	2	10	26
35	2	2	2	1	2	9	1	2	1	2	2	8	2	2	2	2	2	10	27

36	2	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	30
37	2	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	30
38	2	1	2	1	2	2	8	1	1	1	2	2	7	2	2	2	2	2	10	25
39	2	2	2	2	2	2	10	2	2	1	1	1	7	2	2	2	2	2	10	27
40	2	2	2	1	2	2	9	1	2	2	2	2	9	2	2	2	2	2	10	28
41	2	2	2	1	2	2	9	2	1	2	1	2	8	2	2	2	2	2	10	27
42	2	2	2	2	2	2	10	1	2	2	2	1	8	2	1	2	2	2	9	27
43	2	2	2	2	1	2	9	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	29
44	2	2	2	1	2	2	9	1	1	2	2	2	8	2	2	2	2	2	10	27
45	2	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	30
46	2	2	2	1	2	2	9	2	1	2	1	2	8	2	2	2	2	2	10	27
47	2	2	2	2	2	2	10	1	2	1	2	2	8	2	2	2	2	2	10	28
48	2	2	2	2	1	2	9	1	1	1	1	2	6	2	2	2	2	2	10	25
49	2	2	2	2	2	2	10	1	1	2	2	2	8	2	2	2	2	2	10	28
50	2	2	2	2	2	2	10	1	2	2	2	1	8	2	2	2	2	2	10	28
51	2	2	2	2	2	2	10	2	2	2	1	1	8	2	2	2	2	2	10	28
52	2	2	2	2	2	2	10	1	2	1	2	2	8	2	2	2	2	2	10	28
53	2	2	2	2	1	2	9	2	2	2	2	2	10	1	2	2	2	2	9	28
54	2	2	2	1	2	2	9	1	1	1	2	2	7	2	2	2	2	2	10	26
55	2	2	2	2	2	2	10	1	1	1	2	2	7	2	2	2	2	2	10	27
56	2	2	2	1	2	2	9	1	1	1	2	2	7	2	2	2	2	2	10	26
57	2	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	30
58	2	1	2	1	2	2	8	1	1	1	2	2	8	2	2	2	2	2	10	26
59	2	2	2	2	1	2	9	1	1	1	2	1	6	2	2	2	2	2	10	25
60	2	1	2	1	1	1	7	1	1	2	2	1	7	2	2	2	2	2	10	24
61	2	2	2	1	1	1	8	1	1	2	2	2	8	1	2	2	2	2	9	25
62	2	2	2	1	1	1	8	1	1	2	1	2	7	2	2	2	2	2	10	25
63	2	2	2	2	2	2	10	2	1	1	2	2	8	2	2	2	2	2	10	28
64	2	2	2	2	1	2	9	2	1	1	1	2	7	2	2	2	2	2	10	26
65	2	2	2	2	2	2	10	1	2	1	2	1	7	2	1	2	2	2	9	26
66	2	2	2	1	2	2	9	1	1	2	2	1	7	2	2	2	2	2	10	26
67	2	2	2	2	2	2	10	2	1	1	2	1	7	1	2	2	2	2	9	26
68	2	1	2	1	2	2	8	2	1	2	2	2	9	2	1	2	2	2	9	26
69	2	2	2	2	1	1	8	1	1	2	2	2	8	1	2	2	2	2	9	25
70	2	2	2	2	1	1	8	1	1	2	1	2	7	2	2	2	2	2	10	25
71	2	2	2	2	2	2	10	2	1	1	2	2	8	2	2	2	2	2	10	28
72	2	2	2	1	2	2	9	2	1	1	1	2	7	2	2	2	2	2	10	26
73	2	2	2	2	2	2	10	1	2	1	2	1	7	2	1	2	2	2	9	26
74	2	2	2	2	1	2	9	1	1	2	2	2	7	2	2	2	2	2	10	26
75	2	2	2	2	2	2	10	2	1	2	2	2	8	1	2	2	2	2	9	27
76	2	1	2	1	2	2	8	2	1	1	2	2	8	2	1	2	2	2	9	25
77	2	1	2	1	2	2	8	1	1	1	2	2	7	2	2	2	2	2	10	25
78	2	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	30
79	2	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	2	2	2	2	2	10	30
80	2	1	2	2	2	2	9	2	2	1	2	1	8	2	2	2	2	2	10	27

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE																																													
	TRABAJO EN EQUIPO				PRESIÓN Y RITMO DE TRABAJO				APRENDIZAJE ORGANIZATIVO, MEJORAS CONTINUAS				RESPUESTA A LOS ERRORES				APOYO DE COORDINADOR				COMUNICACIÓN ACERCA DE ERRORES				COMUNICACIÓN Y RECEPTIVIDAD				REPORTAR EVENTOS DE SP		APOYO DE ADMINISTRACIÓN EN SP			TRANSFERENCIA E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN				PUNTAJE	N° EVENTOS	CLASIFICACIÓN SP					
	V2 ITEM 1	V2 ITEM 8	V2 ITEM 9	V2 ITEM 1	V2 ITEM 2	V2 ITEM 3	V2 ITEM 5	V2 ITEM 11	V2 ITEM 2	V2 ITEM 4	V2 ITEM 12	V2 ITEM 14	V2 ITEM 3	V2 ITEM 6	V2 ITEM 7	V2 ITEM 10	V2 ITEM 11	V2 ITEM 13	V2 ITEM 4	V2 ITEM 5	V2 ITEM 6	V2 ITEM 7	V2 ITEM 5	V2 ITEM 8	V2 ITEM 9	V2 ITEM 10	V2 ITEM 2	V2 ITEM 2	V2 ITEM 6	V2 ITEM 8	V2 ITEM 9	V2 ITEM 10	V2 ITEM 11	V2 ITEM 12	V2 ITEM 13	V2 ITEM 14	V2 ITEM 10								
1	5	3	3	1	2	2	4	4	2	2	2	6	4	4	3	2	3	3	2	3	8	3	4	4	11	4	2	3	4	13	2	2	4	4	2	4	10	4	2	4	10	99	1	Buena	
2	3	4	3	0	3	2	2	4	1	4	3	4	1	3	4	2	4	3	3	2	8	3	3	3	9	3	2	4	4	13	3	3	6	2	2	4	8	3	3	2	8	99	2	Regular	
3	3	1	3	7	2	3	2	3	0	1	3	3	7	4	4	1	2	1	4	5	1	10	4	2	3	9	2	1	3	3	9	2	2	4	1	1	5	7	5	5	1	11	90	5	Regular
4	2	4	4	0	4	2	4	4	4	4	5	3	1	4	3	3	4	4	5	4	4	13	4	5	5	14	5	3	3	3	14	4	4	8	4	3	4	11	3	3	3	9	122	1	Buena
5	2	4	2	8	4	3	2	3	2	5	4	1	1	3	2	2	4	1	4	4	5	13	4	5	5	14	4	5	3	2	14	4	4	8	5	5	5	15	3	1	1	5	112	2	Buena
6	2	4	2	8	4	3	2	2	1	5	4	2	1	3	2	2	4	1	4	2	5	11	3	2	3	8	3	5	3	1	12	4	4	8	5	4	5	14	2	2	5	9	110	2	Muy buena
7	3	4	3	0	3	1	3	3	0	4	3	2	9	3	3	4	3	3	3	4	3	10	3	4	3	10	3	3	3	3	12	3	2	5	3	3	3	9	3	3	4	10	102	4	Regular
8	4	4	2	0	4	4	4	4	6	4	4	4	2	4	2	4	4	4	3	3	4	10	3	3	3	9	3	3	3	3	12	3	3	6	4	4	4	12	3	3	3	9	116	3	Buena
9	2	4	2	8	4	3	5	2	1	4	4	1	9	4	4	3	4	5	4	3	4	11	3	4	3	10	3	3	4	3	13	5	5	10	5	4	4	13	2	1	3	6	111	2	Buena
10	2	4	4	1	4	3	4	2	3	4	4	1	9	3	4	5	2	4	5	4	4	13	4	4	4	12	4	2	5	2	13	3	3	6	4	3	5	12	2	2	2	6	115	1	Buena
11	4	4	4	2	2	1	5	4	2	4	4	2	0	4	4	3	4	5	4	4	4	12	5	4	3	12	3	3	5	4	15	5	5	10	4	5	4	13	4	4	2	10	123	2	Buena
12	1	4	2	7	4	1	3	1	9	5	3	1	9	2	3	4	2	1	5	2	4	11	5	5	4	14	4	4	5	2	15	4	4	8	4	4	5	13	3	2	2	7	112	2	Muy buena
13	1	4	4	9	4	4	3	4	5	4	2	3	9	1	2	4	3	0	5	2	4	11	4	4	4	12	4	2	5	5	16	4	2	6	5	5	3	13	2	2	5	9	111	1	Buena
14	1	4	2	7	4	4	3	2	3	4	5	2	1	2	2	5	2	1	4	3	4	11	5	5	4	14	4	2	4	2	12	4	4	8	3	3	5	11	5	3	5	13	110	1	Muy buena
15	1	4	2	7	4	3	5	2	4	4	2	55	6	2	5	4	3	1	4	4	4	12	4	4	4	12	4	4	4	3	15	4	2	6	2	4	5	11	3	2	4	9	162	1	Muy buena
16	3	4	2	9	3	2	3	3	1	3	2	2	7	3	3	2	2	0	4	4	4	12	5	5	4	14	5	3	4	4	16	4	4	8	4	4	4	12	5	2	5	12	113	2	Muy buena
17	3	2	2	7	2	1	4	3	0	2	2	2	6	4	4	2	2	2	3	2	4	9	4	4	4	12	3	3	4	3	13	3	2	5	3	3	5	11	4	4	2	10	96	1	Buena
18	3	3	3	9	2	1	4	3	0	2	3	2	7	4	4	4	3	5	4	4	3	11	3	3	3	9	3	1	3	4	11	1	1	2	2	3	5	10	4	4	2	10	95	1	Regular
19	3	2	2	7	2	1	4	3	0	1	2	3	6	4	4	4	4	1	4	4	4	12	3	3	2	8	2	1	3	3	9	2	2	4	3	3	4	10	5	5	4	14	98	2	Regular
20	4	3	2	9	2	1	5	2	0	2	1	2	5	3	1	2	5	1	4	1	4	9	3	3	2	8	2	1	3	4	10	1	2	3	3	3	5	11	3	4	3	10	88	1	Regular
21	3	4	2	9	2	2	4	4	2	2	4	8	5	5	2	4	4	5	3	3	1	7	1	2	1	4	5	3	2	4	14	1	1	2	2	4	2	8	4	4	4	12	92	1	Mala

22	2	3	3	8	2	2	4	4	1	2	2	2	6	4	4	3	2	1	3	3	2	3	8	3	4	4	11	4	2	3	2	11	2	2	4	4	2	4	10	4	2	2	8	94	1	Buena	
23	3	4	3	1	0	3	2	2	4	1	1	4	3	4	1	3	4	2	4	1	3	3	2	8	3	3	3	9	3	2	4	4	13	3	3	6	2	2	4	8	3	3	2	8	99	2	Regular
24	3	1	3	7	2	3	2	3	0	1	3	3	7	4	4	1	2	1	4	5	1	10	4	2	3	9	2	1	3	3	9	2	2	4	1	1	5	7	5	5	1	11	82	1	Regular		
25	2	4	4	1	0	4	2	4	4	4	4	5	3	2	4	3	3	4	4	5	4	4	13	4	5	5	14	5	3	3	3	14	4	4	8	4	3	4	11	3	3	3	9	120	1	Buena	
26	2	4	2	8	4	3	2	3	2	5	4	1	0	3	2	2	4	1	4	4	5	13	4	5	5	14	4	5	3	2	14	4	4	8	5	5	5	15	3	1	1	5	122	2	Buena		
27	2	4	2	8	4	3	2	2	1	5	4	2	1	3	2	2	4	1	4	2	5	11	3	2	3	8	3	5	3	1	12	4	4	8	5	4	5	14	5	2	5	12	108	2	Muy buena		
28	3	4	3	1	0	3	1	3	3	0	4	3	3	0	3	3	4	3	1	3	4	3	10	3	4	3	10	3	3	3	3	12	3	4	7	3	3	3	9	3	3	4	10	101	1	Regular	
29	2	4	2	8	4	4	4	4	1	6	4	4	4	2	4	2	4	4	4	3	3	4	10	3	3	3	9	3	3	3	3	12	3	3	6	4	4	4	12	3	3	3	9	109	1	Buena	
30	4	4	2	1	0	4	3	5	2	4	4	4	1	9	4	4	3	4	1	5	4	3	4	11	3	4	3	10	3	3	4	3	13	5	5	10	5	4	4	13	2	1	3	6	119	1	Buena
31	4	4	4	2	4	3	4	2	3	4	4	1	9	3	4	5	2	4	5	4	4	13	4	4	4	12	4	2	5	2	13	3	3	6	4	3	5	12	2	2	2	6	111	1	Buena		
32	2	4	4	1	0	2	1	5	4	2	4	4	4	2	4	4	3	4	1	5	4	4	4	12	3	4	3	10	3	3	3	4	13	3	3	6	4	2	4	10	4	4	2	10	112	2	Buena
33	5	4	2	1	4	5	3	1	3	5	3	1	9	2	3	4	2	1	5	2	4	11	5	5	4	14	4	4	5	2	15	4	4	8	4	4	5	13	5	2	5	12	119	2	Muy buena		
34	5	4	4	1	3	4	4	3	4	5	4	2	3	9	1	2	4	3	0	5	2	4	11	4	4	4	12	4	2	5	5	16	4	2	6	5	5	3	13	2	2	5	9	119	1	Buena	
35	5	4	2	1	4	4	3	2	3	4	5	2	1	2	2	5	2	1	4	3	4	11	5	5	4	14	4	2	4	2	12	4	4	8	3	3	5	11	5	3	5	13	116	1	Muy buena		
36	5	4	2	1	4	3	2	2	1	4	2	2	8	2	1	4	3	0	4	4	4	12	4	4	4	12	4	4	4	3	15	4	2	6	2	4	5	11	5	2	5	12	108	1	Muy buena		
37	3	4	2	9	3	2	3	3	1	3	2	2	7	3	3	2	2	0	4	4	4	12	5	5	4	14	5	3	4	4	16	4	4	8	4	4	4	12	5	2	5	12	113	2	Muy buena		
38	3	2	2	7	2	1	4	3	0	2	2	2	6	4	4	2	2	1	2	3	2	4	9	4	4	4	12	3	3	4	3	13	3	2	5	3	3	5	11	2	4	2	8	97	1	Buena	
39	3	3	3	9	2	1	4	3	0	2	3	2	7	4	4	4	3	5	4	4	3	11	3	3	3	9	3	1	3	4	11	1	1	2	2	3	5	10	4	4	2	10	95	1	Regular		
40	3	2	2	7	2	1	4	3	0	1	2	3	6	4	4	4	4	6	4	4	4	12	3	3	2	8	2	1	3	3	9	2	2	4	3	3	4	10	5	5	4	14	94	2	Regular		
41	2	3	2	7	2	1	5	2	0	2	1	2	5	3	1	2	5	1	4	1	4	9	3	3	2	8	2	1	3	4	10	1	2	3	3	3	5	11	3	4	3	10	85	1	Regular		
42	3	4	2	9	2	2	4	4	1	2	2	4	8	5	2	4	4	5	3	3	1	7	1	2	1	4	5	3	2	4	14	1	1	2	2	4	2	8	4	4	4	12	89	2	Mala		
43	3	2	2	7	2	1	4	2	9	3	2	3	8	3	3	3	3	1	2	4	4	4	12	3	3	3	9	3	3	4	3	13	2	2	4	4	5	5	14	4	4	2	10	99	1	Regular	
44	3	4	4	1	2	1	4	4	1	3	3	2	8	2	2	2	3	9	4	4	4	12	4	4	4	12	4	1	4	4	13	4	4	8	4	4	4	12	5	3	5	13	109	1	Muy buena		
45	4	3	1	8	4	2	4	1	1	2	3	2	7	2	2	4	3	1	4	2	4	10	4	4	4	12	4	4	4	3	15	4	4	8	4	4	5	13	5	1	5	11	107	1	Muy buena		
46	4	2	2	8	1	2	4	2	9	2	3	2	7	3	2	3	3	1	4	4	4	12	4	4	3	11	3	2	4	5	14	2	2	4	4	3	4	11	3	3	4	10	100	2	Regular		
47	2	2	2	6	2	1	5	2	0	2	4	2	8	3	3	4	4	4	4	4	2	4	10	3	4	4	11	4	1	4	3	12	2	2	4	3	3	4	10	3	3	4	10	96	1	Regular	
48	3	2	1	6	2	1	4	4	1	2	2	2	6	3	3	4	2	1	2	4	4	4	12	2	4	1	7	4	2	2	4	12	2	2	4	4	4	4	12	3	2	2	7	95	1	Buena	
49	3	2	2	7	2	2	4	2	0	2	3	3	8	3	3	4	5	1	5	3	3	4	10	3	4	2	9	4	2	4	3	13	4	3	7	2	2	4	8	2	2	2	6	94	1	Buena	
50	4	4	1	9	2	4	4	2	2	4	2	2	8	2	2	4	2	0	4	2	4	10	4	4	2	10	4	3	4	4	15	4	4	8	4	4	5	13	5	2	5	12	109	1	Muy buena		
51	4	4	1	9	3	5	4	2	4	2	4	2	8	2	2	4	2	0	4	2	4	10	4	4	2	10	3	3	4	3	13	3	3	6	4	4	5	13	3	5	3	11	105	1	Buena		



52	3	4	1	8	4	4	4	2	4	4	2	2	8	2	2	4	2	0	4	4	4	12	4	4	3	11	3	3	4	3	13	2	2	4	4	4	5	13	2	5	4	11	107	1	Buena
53	4	4	2	0	1	3	4	3	1	4	3	3	0	3	5	2	4	1	4	4	4	12	3	4	3	10	5	5	4	2	16	5	5	10	2	2	4	8	4	5	2	11	114	2	Buena
54	4	4	1	9	4	4	4	2	4	4	3	1	8	2	3	5	2	2	4	4	4	12	4	4	2	10	4	5	4	3	16	3	2	5	4	4	5	13	3	5	3	11	113	1	Buena
55	4	4	2	0	3	4	4	2	3	2	3	2	7	2	3	3	3	1	4	4	4	12	4	4	4	12	4	5	3	3	15	3	4	7	4	4	4	12	3	5	4	12	112	1	Buena
56	4	4	2	0	4	4	4	2	4	4	3	3	0	2	3	3	3	1	4	4	4	12	3	4	4	11	4	5	4	4	17	4	4	8	3	3	5	11	3	5	2	10	117	2	Buena
57	3	4	2	9	4	2	4	3	1	3	3	4	0	2	3	3	2	0	4	4	4	12	4	4	2	10	3	5	4	4	16	2	2	4	2	4	5	11	3	5	2	10	106	1	Buena
58	4	4	1	9	4	4	4	2	4	4	3	4	1	2	3	2	2	9	4	4	4	12	4	4	2	10	2	5	5	3	15	4	3	7	3	4	5	12	3	5	3	11	112	1	Buena
59	4	4	1	9	4	4	4	2	4	2	3	1	6	1	3	2	3	9	4	4	4	12	4	4	3	11	4	5	5	4	18	4	4	8	4	4	4	12	2	5	4	11	111	1	Buena
60	4	3	2	9	4	2	4	3	3	3	3	2	8	2	3	3	4	2	4	4	4	12	4	4	2	10	4	2	4	4	14	3	4	7	4	4	5	13	2	5	3	10	112	1	Buena
61	4	4	2	0	3	2	4	3	2	3	3	1	7	2	3	4	4	3	4	2	4	10	4	4	3	11	4	4	4	3	15	2	3	5	4	4	4	12	3	3	3	9	105	1	Regular
62	4	3	4	1	4	2	4	2	2	2	3	3	8	2	2	3	3	0	3	3	4	10	3	4	2	9	3	3	4	3	13	4	2	6	4	4	4	12	2	2	4	8	104	1	Regular
63	4	2	2	8	2	2	2	2	8	3	2	3	8	2	2	4	4	2	3	3	3	9	4	4	2	10	3	1	4	4	12	2	2	4	3	3	5	11	3	3	3	9	92	1	Mala
64	2	3	2	7	2	1	5	2	0	2	1	2	5	3	1	2	5	1	4	1	4	9	3	3	2	8	2	1	3	4	10	1	2	3	3	3	5	11	3	4	3	10	86	1	Regular
65	3	4	2	9	2	2	4	4	2	2	2	4	8	5	2	4	4	5	3	3	1	7	1	2	1	4	5	3	2	4	14	1	1	2	2	4	2	8	4	4	4	12	96	5	Mala
66	4	3	3	0	2	2	4	4	2	2	2	2	6	4	4	3	2	3	3	2	3	8	3	4	4	11	4	2	3	2	11	2	2	4	4	2	4	10	4	2	2	8	96	1	Buena
67	3	4	3	0	3	2	2	4	1	4	3	4	1	3	4	2	4	3	3	3	2	8	3	3	3	9	3	2	4	4	13	3	3	6	2	2	4	8	3	3	2	8	101	4	Regular
68	3	1	3	7	2	3	2	3	0	1	3	3	7	4	4	1	2	1	4	1	1	6	4	2	3	9	2	1	3	3	9	2	2	4	1	1	5	7	5	5	1	11	82	5	Regular
69	4	4	2	0	3	2	2	3	0	3	3	1	7	2	2	4	4	2	4	2	4	10	4	4	3	11	4	4	4	3	15	2	3	5	4	4	4	12	3	3	5	11	104	1	Regular
70	4	3	4	1	4	2	3	2	1	2	2	3	7	2	2	3	3	0	3	3	4	10	3	4	2	9	3	3	4	3	13	2	2	4	4	4	4	12	2	2	4	8	100	1	Regular
71	4	2	2	8	2	2	2	2	8	3	2	3	8	2	2	4	4	2	3	3	3	9	4	4	2	10	3	1	4	4	12	2	2	4	3	3	5	11	3	3	3	9	92	1	Mala
72	2	3	2	7	2	1	5	2	0	2	1	2	5	3	1	2	5	1	4	1	4	9	3	3	2	8	2	1	3	4	10	1	2	3	3	3	5	11	3	4	3	10	86	1	Regular
73	3	4	2	9	2	2	4	4	2	2	2	4	8	5	2	4	4	5	3	3	1	7	1	2	1	4	5	3	2	4	14	1	1	2	2	4	2	8	4	4	4	12	96	5	Mala
74	4	3	3	0	2	2	4	4	2	2	2	2	6	4	4	3	2	3	3	2	3	8	3	4	4	11	4	2	3	2	11	2	2	4	4	2	4	10	4	2	2	8	96	1	Buena
75	3	4	3	0	3	2	2	4	1	4	3	4	1	3	4	2	4	3	3	3	2	8	3	3	3	9	3	2	4	4	13	3	3	6	2	2	4	8	3	3	2	8	100	3	Regular
76	3	1	3	7	2	3	2	3	0	1	3	3	7	4	4	1	2	1	4	5	1	10	4	2	3	9	2	1	3	3	9	2	2	4	1	1	5	7	5	1	1	7	86	5	Regular
77	4	4	4	2	4	2	4	4	4	4	5	3	2	4	3	3	4	4	1	4	4	9	4	5	5	14	5	3	3	3	14	4	4	8	4	3	4	11	3	3	3	9	118	1	Buena
78	4	4	2	0	4	3	2	3	2	5	4	1	0	3	2	2	4	1	4	4	5	13	4	5	5	14	4	5	3	2	14	4	4	8	5	5	5	15	3	1	1	5	124	2	Buena
79	4	4	2	0	4	3	2	2	1	5	4	2	1	3	2	2	4	1	4	2	5	11	3	2	3	8	3	5	3	1	12	4	4	8	5	4	5	14	2	2	3	7	105	2	Muy buena
80	3	4	3	0	3	1	3	3	0	4	3	3	0	3	3	4	3	3	3	4	3	10	3	4	3	10	3	3	3	3	12	3	2	5	3	3	3	9	3	3	4	10	102	4	Regular
81	2	4	2	8	4	4	4	4	6	4	4	4	2	4	2	4	4	4	3	3	4	10	3	3	3	9	3	3	3	3	12	3	3	6	2	4	4	10	3	3	3	9	111	5	Buena

## Anexo 6

### Base de datos spss v.22

excel cuestionario FINAL.sav [Conjunto\_de\_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

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

	Nombre	Tipo	An...	De...	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	V1	Númérico	8	0	V1 Aplicacion de practicas de bioseguridad	Ninguna	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
2	V1D1	Númérico	8	0	D1 Uso de barreras	Ninguna	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
3	V1D2	Númérico	8	0	D2 Principios de bioseguridad	Ninguna	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
4	V1D3	Númérico	8	0	D3 Manejo de residuos solidos	Ninguna	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
5	V2	Númérico	8	0	V2 Cultura de seguridad del paciente	Ninguna	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
6	V2D1	Númérico	5	0	D_1 Trabajo en equipo	Ninguna	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
7	V2D2	Númérico	8	0	D_2 Presion y ritmo de trabajo	Ninguna	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
8	V2D3	Númérico	8	0	D_3 Aprendizaje Organizativo	Ninguna	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
9	V2D4	Númérico	8	0	D_4 Respuesta a errores	Ninguna	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
10	V2D5	Númérico	8	0	D_5 Apoyo de coordinadores	Ninguna	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
11	V2D6	Númérico	8	0	D_6 Comunicacion acerca de errores	Ninguna	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
12	V2D7	Númérico	8	0	D_7 Comunicacion y Receptividad	Ninguna	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
13	V2D8	Númérico	8	0	D_8 Reportar eventos	Ninguna	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
14	V2D9	Númérico	8	0	D_9 Apoyo administrativo	Ninguna	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
15	V2D10	Númérico	8	0	D_10 Transferencia e intercambio de informacion	Ninguna	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
16	BIOSEGURI...	Númérico	5	0	V1 Aplicacion de practicas de bioseguridad (agrupado)	{1, MALO}...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
17	D1	Númérico	5	0	D1 Uso de barreas (agrupado)	{1, MALO}...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
18	D2	Númérico	5	0	D2 Principios de bioseguridad (agrupado)	{1, MALO}...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
19	D3	Númérico	5	0	D3 Manejo de residuos solidos (agrupado)	{1, MALO}...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
20	CS	Númérico	5	0	V2 Cultura de seguridad del paciente (agrupado)	{1, MALO}...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
21	D_1	Númérico	5	0	D_1 Trabajo en equipo (agrupado) (agrupado)	{1, NEGATI...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
22	D_2	Númérico	5	0	D_2 Presion y ritmo de trabajo (agrupado)	{1, NEGATI...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
23	D_3	Númérico	5	0	D_3 Aprendizaje Organizativo (agrupado)	{1, NEGATI...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
24	D_4	Númérico	5	0	D_4 Respuesta a errores (agrupado)	{1, NEGATI...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada
25	D_5	Númérico	5	0	D_5 Apoyo de coordinadores (agrupado)	{1, NEGATI...	Ninguna	4	Derecha	Ordinal	Entrada

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:OFF

01:35 14/07/2021

## Anexo 7

### Pruebas SPSS

#### V1 Aplicacion de practicas de bioseguridad (agrupado)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	REGULAR	3	3,7	3,7	3,7
	BUENO	78	96,3	96,3	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

#### D1 Uso de barras (agrupado)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	REGULAR	19	23,5	23,5	23,5
	BUENO	62	76,5	76,5	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

#### D2 Principios de bioseguridad (agrupado)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MALO	4	4,9	4,9	4,9
	REGULAR	49	60,5	60,5	65,4
	BUENO	28	34,6	34,6	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

#### D3 Manejo de residuos solidos (agrupado)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	REGULAR	2	2,5	2,5	2,5
	BUENO	79	97,5	97,5	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

#### V2 Cultura de seguridad del paciente (agrupado)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MALO	5	6,2	6,2	6,2
	REGULAR	75	92,6	92,6	98,8
	BUENO	1	1,2	1,2	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

#### D\_1 Trabajo en equipo (agrupado) (agrupado)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NEGATIVO	81	100,0	100,0	100,0

**D\_2 Presion y ritmo de trabajo (agrupado)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NEGATIVO	5	6,2	6,2	6,2
	NEUTRAL	51	63,0	63,0	69,1
	POSITIVO	25	30,9	30,9	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

**D\_3 Aprendizaje Organizativo (agrupado)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NEGATIVO	14	17,3	17,3	17,3
	NEUTRAL	49	60,5	60,5	77,8
	POSITIVO	18	22,2	22,2	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

**D\_4 Respuesta a errores (agrupado)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NEGATIVO	3	3,7	3,7	3,7
	NEUTRAL	42	51,9	51,9	55,6
	POSITIVO	36	44,4	44,4	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

**D\_4 Respuesta a errores (agrupado)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NEGATIVO	3	3,7	3,7	3,7
	NEUTRAL	42	51,9	51,9	55,6
	POSITIVO	36	44,4	44,4	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

**D\_5 Apoyo de coordinadores (agrupado)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NEGATIVO	1	1,2	1,2	1,2
	NEUTRAL	21	25,9	25,9	27,2
	POSITIVO	59	72,8	72,8	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

**D\_6 Comunicacion acerca de errores (agrupado)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NEGATIVO	4	4,9	4,9	4,9
	NEUTRAL	42	51,9	51,9	56,8
	POSITIVO	35	43,2	43,2	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

**D\_7 Comunicacion y Receptividad (agrupado)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NEGATIVO	6	7,4	7,4	7,4
	NEUTRAL	43	53,1	53,1	60,5
	POSITIVO	32	39,5	39,5	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

**D\_8 Reportar eventos (agrupado)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NEGATIVO	29	35,8	35,8	35,8
	NEUTRAL	28	34,6	34,6	70,4
	POSITIVO	24	29,6	29,6	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

**D\_9 Apoyo administrativo (agrupado)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NEUTRAL	28	34,6	34,6	34,6
	POSITIVO	53	65,4	65,4	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

**D\_10 Transferencia e intercambio de informacion (agrupado)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NEGATIVO	8	9,9	9,9	9,9
	NEUTRAL	46	56,8	56,8	66,7
	POSITIVO	27	33,3	33,3	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

**Anexo 8**  
**Contrastacion de hipotesis**

**Correlaciones**

			V1 Aplicación de practicas de bioseguridad	V2 Cultura de seguridad del paciente
Rho de Spearman	V1 Aplicación de prácticas de bioseguridad	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1,000 . 81	,217 ,052 81
	V2 Cultura de seguridad del paciente	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,217 ,052 81	1,000 . 81

**Correlaciones**

			D1 Uso de barreras	V2 Cultura de seguridad del paciente
Rho de Spearman	D1 Uso de barreras	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1,000 . 81	,048 ,672 81
	V2 Cultura de seguridad del paciente	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,048 ,672 81	1,000 . 81

**Correlaciones**

			D2 Principios de bioseguridad	V2 Cultura de seguridad del paciente
Rho de Spearman	D2 Principios de bioseguridad	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1,000 . 81	,288** ,009 81
	V2 Cultura de seguridad del paciente	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,288** ,009 81	1,000 . 81

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

### Correlaciones

			D3 Manejo de residuos solidos	V2 Cultura de seguridad del paciente
Rho de Spearman	D3 Manejo de residuos solidos	Coeficiente de correlación	1,000	,199
		Sig. (bilateral)	.	,075
		N	81	81
	V2 Cultura de seguridad del paciente	Coeficiente de correlación	,199	1,000
		Sig. (bilateral)	,075	.
		N	81	81

Pruebas de normalidad			
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig.
V1 Aplicación de prácticas de bioseguridad	,148	81	,000
D1 Uso de barreras	,279	81	,000
D2 Principios de bioseguridad	,229	81	,000
D3 Manejo de residuos solidos	,461	81	,000
V2 Cultura de seguridad del paciente	,103	81	,032
V2D1	,156	81	,000
V2D2	,148	81	,000
V2D3	,309	81	,000
V2D4	,198	81	,000
V2D5	,164	81	,000
V2D6	,125	81	,003
V2D7	,122	81	,004
V2D8	,154	81	,000
V2D9	,149	81	,000
V2D10	,138	81	,001
a. Corrección de significación de Lilliefors			

## Anexo 9

Certificado de validez del instrumento de recolección de datos de cultura de seguridad del paciente.

# SOPS® Hospital Survey

---

**Version: 2.0**

**Language: Spanish**

- For more information on getting started, selecting a sample, determining data collection methods, establishing data collection procedures, conducting a web-based survey, and preparing and analyzing data, and producing reports, please read the [Hospital Survey Version 2.0 User's Guide](#).
- For the survey items grouped according to the safety culture composite measures they are intended to assess, please refer to the [Hospital Survey Version 2.0 Items and Composite Measures](#) document.
- To participate in the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture Database, you must have administered the survey in its entirety without significant modifications or deletions:
  - No changes to any of the survey item text and response options.
  - No reordering of survey items.
  - Questions added only at the end of the survey after Section F, before the Background Questions section.

For assistance with this survey, please contact the SOPS Help Line at 1-888-324-9749 or [SafetyCultureSurveys@westat.com](mailto:SafetyCultureSurveys@westat.com)

