



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Relación entre conocimiento y práctica sobre manejo de residuos sólidos hospitalarios. Establecimiento de Salud Primavera, 2018.

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRA EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

AUTORA:

Br. Martha Elisa del Rosario Padilla Cruz.

ASESORA:

Dra. Miryam Griselda Lora Loza

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión en los Servicios de la Salud

Perú – 2019

PÁGINA DEL JURADO

Dra. Ana Peralta Iparraguirre
PRESIDENTE DEL JURADO

Dra. Gladys Lola Lujan Jhonson
SECRETARIO

Dra. Miryam Griselda Lora Loza
VOCAL

DEDICATORIA

A Dios,

Por darme día a día su aliento de vida y permitirme disfrutar de todas las cosas maravillosas que me ofrece este mundo, por guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante.

A la memoria de mi padre Leoncio y a mi madre Emérita

Con todo mi amor por darme la vida y enseñarme los valores, del esfuerzo diario para salir adelante.

A mi esposo,

Por darme su amor siempre y apoyarme en la culminación de este trabajo.

A mis hermanos,

Por el apoyo incondicional en la culminación de mi maestría.

AGRADECIMIENTO

A mi asesora, Dra. Myriam Lora Loza

Por la conducción de las asignaturas, revisiones y aliento para concluir el presente trabajo.

A todos los docentes de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo.

Por sus sabias enseñanzas en las aulas y compartir sus experiencias en la Gestión en los Servicios de Salud.

Al Dr. Williams León Huertas. Gerente General del Establecimiento de “Salud Primavera”

Por brindarme las facilidades para desarrollar, validar y aplicar los instrumentos de esta investigación, al personal asistencial encuestado por su participación, con quienes comparto mis actividades diarias.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Martha Elisa del Rosario Padilla Cruz estudiante del Programa Maestría en Gestión de Servicios de Salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificado(a) con DNI N° 18028584 con la tesis titulada “Relación entre conocimiento y práctica sobre manejo de residuos sólidos hospitalarios. Establecimiento de Salud Primavera, 2018”, declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido auto plagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, Noviembre del 2018.

Martha Elisa del Rosario Padilla Cruz

DNI N° 18028584

PRESENTACIÓN

Señores Miembros del Jurado:

Cumpliendo con el Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo, presentamos a vuestra consideración el presente trabajo de investigación titulado: “Relación entre conocimiento y práctica sobre manejo de residuos sólidos hospitalarios. Establecimiento de Salud Primavera, 2018”, con la finalidad de obtener el grado de Académico de Magister en Gestión en los Servicios de la Salud.

La investigación se ha ceñido estrictamente a los cánones impuestos por la metodología de investigación científica, esperando por ello cumplir con los requisitos para su aprobación. La investigación incluye una primera parte donde se describe la problemática y el estado del arte del área temática, dentro de ella se precisan cuatro dimensiones del conocimiento sobre el manejo de los residuos sólidos hospitalarios (RSH): conocimiento general, de acondicionamiento, de segregación y de almacenamiento primario, todas ellas relacionadas con la práctica en manejo de los mismos. Para tal efecto se aplicó el Inventario de conocimientos y un cuestionario de autorreferencia de sobre práctica en el manejo de RSH, ambos adaptados del R.M-MINSA, 2012 y validadas para este estudio.

Esto ha permitido una descripción integrada de la problemática del conocimiento y practica sobre RSH en el Establecimiento de Salud Primavera, 2018. Es así como la tesis continúa con la presentación, descripción y discusión de los resultados comparados con otros estudios. Por último, se finaliza con las conclusiones más relevantes extraídas del análisis en forma de principales aportaciones, así como de las principales líneas de investigación que se recomiendan a futuro.

Atte.

Martha Elisa del Rosario Padilla Cruz

DNI N° 18028584

ÍNDICE DE CONTENIDO

PÁGINA DEL JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	v
PRESENTACIÓN	vi
ÍNDICE DE CONTENIDO	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
I. INTRODUCCIÓN	12
1.1 Realidad Problemática.....	12
1.2 Trabajos previos al tema.....	15
1.3 Teoría relacionada al tema	18
1.3.1 Conocimientos sobre el manejo de residuos sólidos hospitalarios.....	18
1.3.2 Practicas relativas al manejo de residuos sólidos hospitalarios	21
1.4 Formulación del problema	24
1.5 Justificación del estudio.....	24
1.6 Hipótesis.....	25
1.7 Objetivos	25
1.7.1 Objetivo General.....	25
1.7.2 Objetivos Específicos	25
II. MÉTODO	26
2.1 Tipo de estudio	26
2.2 Diseño de estudios	26
2.3 Variables	27
2.4 Población, muestra	28
La población y muestra.....	28
Criterios de Selección.....	29
Unidad de análisis	29
2.5 Técnicas, instrumentos, validez y confiabilidad.....	29
Técnica:.....	29
Procedimiento de recolección de datos	29
Instrumentos.....	30

Validación y confiabilidad de los instrumentos	30
2.6 Métodos de Análisis de datos	34
2.7 Aspectos Éticos	34
III. RESULTADOS	36
IV DISCUSIÓN	40
V. CONCLUSIONES	50
VI RECOMENDACIONES	51
VII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	52
VIII. ANEXO	65
Anexo 1: Instrumento variable 1	65
Anexo 2 Instrumento variable 2	67
Anexo 3 Validación de Jueces expertos	68
Anexo 04: Matriz de consistencia.....	92
Anexo 05.....	93
Base de Datos del estudio.....	93
Anexo 6 CONSENTIMIENTO INFORMADO	97
Anexo 07 Solicitud de permiso	102

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de Variables	27
Tabla 2: Ficha técnica de Validación y confiabilidad.....	30
Tabla 3: La relación entre conocimiento general del manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios con la practica en el manejo de los mismos por parte del personal del Establecimiento Salud Primavera, 2018	36
Tabla 4: La relación entre conocimiento sobre el acondicionamiento de residuos sólidos con la practica en el manejo de los mismos por parte del personal del Establecimiento Salud Primavera, 2018.....	37
Tabla 5: La relación entre el conocimiento sobre segregación de residuos sólidos con la practica en el manejo de los mismos por parte del personal del Establecimiento Salud Primavera, 2018.....	38
Tabla 6: La relación entre el conocimiento sobre almacenamiento primario de residuos sólidos con la practica en el manejo de los mismos por parte del personal del Establecimiento Salud Primavera, 2018.....	39

RESUMEN

Con el objetivo de determinar la relación entre el conocimiento y práctica sobre el manejo de los residuos sólidos hospitalarios (RSH), en el personal del Establecimiento Salud Primavera, 2018, se desarrolló una investigación descriptiva-correlacional de diseño transversal. Se aplicó, en 130 trabajadores asistenciales y administrativos de la institución, un inventario de evaluación del conocimiento sobre el manejo de RSH estructurado en 4 dimensiones (Conocimiento general, del acondicionamiento, de la segregación y del almacenamiento primario) y un cuestionario sobre la práctica en el manejo de RSH. Se encontró que el conocimiento en sus 4 dimensiones fue mayoritariamente óptimo (40,8%, 38,5%, 39,2% y 40,8% respectivamente), mientras que la práctica en el manejo de los RSH fue inadecuada en un 49,2%. Se concluyó que el conocimiento general, del acondicionamiento, la segregación y del almacenamiento primario, se relacionaron inversa y significativamente con la práctica en el manejo de los RSH en el Establecimiento de salud Primavera, 2018.

Palabra clave: Conocimiento y práctica sobre el manejo de residuos sólidos Hospitalarios

ABSTRACT

With the objective of determine the relationship between knowledge and practice on the management of hospital solid waste (RSH), a descriptive-correlational research of cross-sectional design was developed in the staff of the Salud Primavera Establishment, 2018. It was applied, in 130 care and administrative workers of the institution, an inventory of knowledge assessment on the management of RSH structured in 4 dimensions (General knowledge, conditioning, segregation and primary storage) and a questionnaire on the practice in the management of RSH. It was found that the knowledge in its 4 dimensions was mostly optimal (40.8%, 38.5%, 39.2% and 40.8% respectively), while the practice in the handling of the RSH was inadequate in a 49.2%. It was concluded that the general knowledge, conditioning, segregation and primary storage, were inversely and significantly related to the practice in the management of RSH in the Health Establishment Primavera, 2018.

Keyword: Knowledge and practice on the management of hospital solid waste

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad Problemática

En el mundo más del 90% del personal asistencial en el área hospitalaria tiene conocimientos buenos sobre el manejo de los desecho de residuos sólidos, sin embargo, estos conocimientos no se corresponden necesariamente con las buenas prácticas en el manejo de los mismos, que está entre 60 a 70%, representando el mayor riesgo de enfermar y morir, no solo para el personal de salud, sino también, para los pacientes, familiares y/o visitantes que concurren a los establecimientos de salud (OIT, 2015; OPS, 2017).

La OMS señala que, de los más de 40 millones de trabajadores de salud a nivel mundial, aproximadamente el 10% han experimentado anualmente exposición percutánea a patógenos sanguíneos; de estos cerca de 3 millos se vieron expuestos a VHB y 1 millón por VIH. El 90% de esta casuística se produce en países en desarrollo como el nuestro. Es decir, los índices de hace una década han ido en aumento asumiéndose una tasa de crecimiento anual de 2,6%, mostrándose inconsistencias fundamentales entre el aumento de los niveles de conocimientos Buenos sobre el manejo de los residuos sólidos hospitalarios con las prácticas de los mismos (OMS, 2016)

En países avanzados como Rusia, Japón, EE.UU., Reino Unido, Alemania, Holanda, Canadá, entre otros, en la medida que sus sistemas de eliminación de residuos sólidos hospitalarios están completamente automatizados, haciendo uso agresivo de la tecnología de última generación, se renuevan permanentemente los conocimientos del manejo de residuos hospitalarios, de allí que su nivel sea muy elevado y puntual, sobrepasan fácilmente al 90% de conocimientos buenos o adecuados y, están basados en el cumplimiento de las normas internas de bioseguridad, fundamentalmente para evitar accidentes y/o disminuir los riesgos dinamizando la eficiencia de sus labores técnica-profesionales (OMS, 2010; 2018).

En países Latinoamericanos como Colombia, Brasil, Chile y Argentina los niveles de conocimientos sobre el manejo de residuos sólidos hospitalarios entre el personal asistencial, gira en torno a una media de 8 en una escala del 1 al 10 siendo que los mayores niveles de conocimientos buenos lo presentan el personal asistencial en referencia al personal administrativo. Sin embargo, aproximadamente el 40% de ellos presentaron enfermedades infecciosas por contacto con residuos sólidos y el 60% se contamina por un mal manejo de los mismos. Los problemas son atribuidos a un mal manejo de los tiempos para la eliminación, mala gestión de los contextos y el uso inadecuado de los sistemas de segregación y almacenamiento primario. Los costos de la atención en cuanto a accidentes laborales se elevan exponencialmente trasladando al usuario de los servicios un mayor contacto con agentes biológicos y/o patógenos capaces de provocar riesgo para la salud del paciente y/o usuarios de los servicios (OIT, 2013; OPS, 2017).

En nuestro país los niveles de conocimientos sobre el manejo de los residuos sólidos hospitalarios en el personal asistencial es muy variado estimándose que los niveles de conocimientos Buenos se muevan entre 50 a 70% entre el personal asistencial de establecimientos ubicados en las grandes urbes o capitales provinciales (incluyendo Lima y Callao), mientras que en establecimientos de salud distritales o ubicados en zonas rurales, semirurales y periurbanas estos porcentaje son muy bajos (30 a 40%). Estos conocimientos giran en torno al cumplimiento de las normas de bioseguridad intrahospitalaria y en algunos casos sobre normas específicas para el manejo de los residuos sólidos (MINSa, 2017).

Las prácticas en el manejo de los residuos sólidos hospitalarios son adecuadas solo en 40% del personal asistencial de establecimientos ubicados en las grandes urbes o capitales provinciales (incluyendo Lima y Callao), mientras que, en establecimientos de salud distritales o ubicados en zonas rurales, semirurales y periurbanas estos porc

entajes bajan a (20 a 30%) (MINSA, 2017).

Ambas estimaciones de nuestra realidad hospitalaria nos dicen que esta aumentado el riesgo de accidentes percutáneos e infecciones de distinta naturaleza a nivel clínico o biomédico. Los elementos del contexto para que esta situación se constituya como una de las más peligrosas o riesgosas del trabajo hospitalario en el mundo, se encuentran en las irregularidades, incertidumbres e ineficiencias de las políticas de gestión para manejo de los mismos (OMS, 2016).

Pero, también lo encontramos en los comportamientos del personal frente al cumplimiento de sus funciones. Los errores no intencionados en el cumplimiento de las funciones profesionales o técnicas son muchos y contribuyen al deterioro del ecosistema, no dejando opción a justificaciones algunas porque tienen a su alcance todos los protocolos, códigos y procesos de manejo de los residuos sólidos (MINSA, 2017).

El manejo de Residuos sólidos hospitalarios en el Establecimiento Primavera Trujillo requiere mejoras de las áreas de almacenamiento, repaso y actualización constante sobre el manejo de residuos hospitalarios, en particular del área de servicios, acorde a los estándares internacionales que exigen medición y evaluación constante.

Es importante también la evaluación de los materiales, y recurso en estado idóneo pues se gastan con el tiempo y requieren renovación (contenedores, uniformes, bolsas, señalética, etc. Es importante verificar el conocimiento, pues se cae en el conformismo o pasa a ser rutina.

Por otro lado, es importante la evaluación de fuentes externas ajenas a la institución para que validen la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de los residuos hospitalarios, siendo éste el problema que abordamos.

1.2 Trabajos previos al tema

Actualmente a nivel global, el manejo de los residuos sólidos hospitalarios es una preocupación de primer orden por los riesgos biológicos que conllevan realizándose continuamente investigaciones entre los mas destacados tenemos Buenaventura, et al. (Nigeria, 2017), cuyo objetivo fue evaluar la relación entre conocimiento, actitud y practica sobre el manejo de residuos sólidos hospitalarios con la gestión de los mismos y las prácticas de seguridad laboral en el establecimientos de salud del Suroeste de Nigeria. El estudio descriptivo correlacional involucró a 54 administradores hospitalarios encontrándose que el 40% de ellos recibió capacitación en seguridad hospitalaria, salud ocupacional y manejo de residuos hospitalarios. Sólo los pacientes se sometieron a un procedimiento estándar para la eliminación de residuos. Inyectando cajas fuertes comunes en todas las instalaciones de bienestar, sin embargo, el uso de incineradores y el tratamiento de desechos se practican solo en el hospital. Concluyendo que existe relación directa entre los conocimientos, actitudes y prácticas de residuos solidos en los centros de salud investigados ($Rho = 0.89$, $p = 0.000$)

Siguiendo con la problemática Muthoni et al. (Kenia, 2016), realizo su investigación con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento entre los profesores y las personas involucradas en el manejo de desechos médicos en los hospitales de Kenia. El estudio descriptivo involucró a 246 trabajadores encontrándose que más del 50% de los médicos y los funcionarios de salud pública tienen un mayor conocimiento sobre las normas y reglamentaciones sobre cuestiones teóricas, mientras que las enfermeras y los técnicos obtendrían más información sobre cuestiones técnicas, como el reconocimiento del riesgo biológico. Se concluye que en el personal medico existe una alta asociación, mas no así en los funcionarios cuyo nivel de asociación estadística fue medio.

Acercándonos más a la realidad de nuestro país, tenemos la investigación de Chura y Rodríguez (Bolivia, 2016), cuyo objetivo fue determinar el grado de conocimiento y las actitudes del personal de enfermería sobre el manejo de los residuos sólidos en el servicio de neonatología del Hospital del Norte, durante el tercer trimestre de la gestión 2015. La investigación analítica-descriptiva, involucró al 12% de personal de enfermería, de las cuales el 100% reconoce que los residuos sólidos hospitalarios son peligrosos y que pueden ser causas de enfermedades infecciosas. El 75% se mencionó que los residuos infecciosos son los más peligrosos; el 88% tiene conocimiento de las etapas del manejo de los residuos sólidos, tomando en cuenta las etapas de manejo (recolección y almacenamiento, transporte interno, transporte externo, tratamiento y disposición final) y utiliza materiales como: Tachos, bolsas, cajas y botellas para mascotas; El 63% tiene un conocimiento adecuado de la norma nacional de manejo de residuos sólidos, en el Hospital del Norte. Se concluye que si existe asociación entre el grado de conocimiento y las actitudes del personal ($Rho = 0.78$; $p=0.037$)

Profundizando sobre el tema, Alvarracín, Ávila y Cárdenas (Ecuador, 2016), realizaron una investigación cuyo objetivo fue identificar el Manejo de los desechos hospitalarios por el personal de salud, Hospital Dermatológico Mariano Estrella, Cuenca, 2015. El estudio analítico informativo involucró a 56 trabajadores, encontrándose que el 53% asegura que los recipientes no están tapados; el 55,4% que los recipientes comunes se usan para otro tipo de residuos; el 56,6% llenan los recipientes con residuos corto-punzantes; el 62,5% no desinfecta los contenedores; el 58,9% no desinfectan objetos corto-punzantes; el 42,9% manifiestan que los residuos son almacenados por semanas y; el 67,9% señala que el Comité de gestión no cumple sus funciones de veedor y de Gestión en lo relativo al manejo de los residuos sólidos. Se concluye que los trabajadores del establecimiento de salud no cumplen con las normas y disposiciones para el manejo de residuos sólidos hospitalarios.

Nuestro país no ajeno a la investigación de esta problemática cuenta con importantes investigaciones como la de Contreras y Escobar (Perú, 2017), cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica en el campo de la gestión de residuos hospitalarios y el personal de enfermería que trabaja en la cirugía del Hospital de Goyeneche de Arequipa. El estudio descriptivo-correlacional involucró a 10 enfermeras y 12 enfermeras técnicas y 26 trabajadores de limpieza, encontrándose que el conocimiento de la gestión de los residuos hospitalarios es regular (43.8%) y la práctica en general fue deficiente (100%). La práctica preparatoria fue aceptable (100%), el almacenamiento intermedio de residuos sólidos fue deficiente (73,1%), el transporte y la recolección fue deficiente (92,3%). Se concluyó que existe una relación significativa entre conocimiento y práctica sobre el manejo de los residuos sólidos.

Por otra parte, en la región selva tenemos el antecedente de Quispe (Perú, 2017), cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre la clasificación de los sólidos en el interior de la Enfermería del Hospital de Tingo María 2017. La investigación descriptiva involucró a 30 internos de Enfermería encontrándose que el 70,0% tienen un nivel de conocimiento bueno sobre la clasificación de los residuos sólidos, siendo este resultado estadísticamente predominante ($p = 0,028$). En la dimensión tipos de residuos sólidos, el 76,7% tuvieron un nivel de conocimiento Bueno ($p = 0,003$). En la dimensión del acondicionamiento de los sólidos, el 80,0% se presentó en un nivel de conocimiento Bueno ($p = 0,001$). En la dimensión caracterización de los residuos sólidos el 50,0% presentó un nivel de conocimiento Bueno ($p = 0,020$); y por último, en la dimensión segregación de residuos sólidos, el 46,7% tuvo un nivel de conocimiento Bueno ($p = 0,025$), concluyéndose que la mayoría de los internos de enfermería del Hospital de Tingo María 2017 tienen un buen conocimiento sobre la clasificación de los residuos sólidos.

Completando la problemática en la selva, la investigación de Mamani (Perú, 2016) tuvo objetivo como determinar el nivel de conocimiento sobre el manejo de los desechos sólidos del hospital en el personal asistencial del hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado. El estudio involucró a 30 personas que trabajan en el equipo de atención de salud del servicio de urgencias del hospital. Se concluye que el 55.7% tiene una buena comprensión sobre el manejo de los desechos sólidos; el 44.3% tiene información deficiente y 68,6% tiene conocimiento deficiente sobre la clasificación de los residuos sólidos. El 31.4% del personal de enfermería tiene buen conocimiento el manejo de residuos sólidos y el 63,3% tiene poco conocimiento e información sobre la gestión de los mismos.

Completando las diversas realidades de nuestro país, en Puno Tapia (Perú, 2016)realizo su investigación con el objetivo fue establecer el nivel de conocimiento de infecciones asociadas al manejo de residuos biológicos peligrosos en el desarrollo de actividades en la clínica odontológica de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. El estudio realizado documental descriptivo del campo clínico odontológico encontró que un 57% (86 estudiantes) presentan un bajo conocimiento, un 37% (56 alumnos) tienen un conocimiento medio y solo un 5% (8 alumnos) un conocimiento Alto sobre al manejo de residuos biológicos peligrosos, concluyéndose que el conocimiento es Regular en un 58% sobre las infecciones asociadas al manejo de residuos biológicos peligrosos, un 58% utilizan guantes y un 31% pinzas para operar los residuos biológicos peligrosos.

1.3 Teoría relacionada al tema

1.3.1 Conocimientos sobre el manejo de residuos sólidos hospitalarios

Conjunto de saberes acumulados, aprendidos o legados socioculturalmente a través del tiempo y que están referidos a los aspectos tanto específicos como generales del manejo de residuos sólidos hospitalarios, su

acondicionamiento, segregación y almacenamiento, para su control y disposición final (OPS, 2013).

Sobre el manejo de residuos sólidos hospitalarios, los conocimientos giran en torno a la forma como está planeado e implementado en tanto forman parte de los procesos de trabajo interno. A partir de allí se discriminan saberes sobre las actividades a realizar por cada trabajador de los servicios de salud desde la generación, acondicionamiento, segregación en la fuente, desactivación, movimiento interno, almacenamiento y entrega para su traslado y eliminación (OPS, 2013; OMS, 2016).

Estos conocimientos o saberes cuando son buenos están sustentados en criterios técnicos de aseo, economía, sanitarios y ambientales. Sin embargo, muchos de estos criterios están supeditados a la asignación de recursos, responsabilidad y políticas de vigilancia y control, los que generalmente están contenidos en un plan de gestión interna (OPS, 2013).

Estos últimos elementos o factores son determinantes del conocimiento, toda vez que las etapas internas de gestión para el manejo de los residuos sólidos son solo conocidas por funcionarios que no tienen la capacidad de transferir información o conocimientos al resto del personal (OPS, 2013). La experiencia de los trabajadores de salud y sus conocimientos previos, derivados de su formación profesional o técnica, sitúan los lugares de origen o generación de residuos sólidos, a las áreas de hospitalización, laboratorios, consultorios, quirófanos, etc., haciendo que los demás procesos sean materia de aprendizajes sociales por imitación (OIT, 2015; OPS, 2017).

También sus conocimientos referencian claridad sobre la cantidad de residuos que se produce en cada área. Pero estos conocimientos no se quedan allí, cuentan con referencias directas e indirectas sobre la forma como acondicionarlos, segregarlos, almacenarlos para su control y disposición final. Todo trabajador de salud sabe sobre los

acondicionamientos para el manejo de los residuos sólidos, como se preparan con materiales e insumos necesarios para ello, sin embargo, muchos de los comportamiento al respecto obedecen a acondicionamientos cambiantes o variados de acuerdo a los criterios técnicos o personales asumidos en el día a día (OPS, 2013; OIT, 2015).

Por esta razón se tiene solo una base elemental para la construcción de conocimientos sobre el manejo de los residuos sólidos, no se puede establecer, por ejemplo, criterios valorativos sobre los temas de volumen específicos de producción de RSH y que clase de RSH se están generando en los servicios. En tal sentido, es casi imposible saber sobre la cantidad de recursos que se están disponiendo para abastecer de recursos a la gestión desde la generación, acondicionamiento, segregación y almacenamiento, para su control y disposición final de los mismos (OMS, 2016).

Otros aspectos de los conocimientos sobre el manejo de residuos sólidos están asociados a la forma de utilización de los recipientes y fundas plásticas que tienen recomendaciones para su elaboración con materiales rígidos e impermeables, de superficie lisas para facilitar limpieza y desinfección, además que deben ser resistentes a la corrosión como el plástico y deben tener características específicas para taparse, trasladarse, clasificarse, etiquetarse de acuerdo a símbolos internacionales y/o rotularse de acuerdo al servicio en que es utilizado. Estos materiales también deben ser livianos y tener una forma ideal, además de ser resistentes a los golpes y estar previstos de asas que faciliten su traslado (OPS, 2013; OMS, 2016).

Los conocimientos también están o deben estar referenciados sobre porque la reutilización de los mismos y sus tratamiento para que esto pueda darse sin generar riesgos para la salud. Sin embargo, el cuidado mayor o el mayor conocimiento debe estar en la forma como se utilizar los recipientes de residuos cortopunzantes puesto que estos son rígidos y el material que los contiene es el polipropileno de alta densidad sin poli Vinilo Cloruro (P.V.C)

cumpliendo con las exigencias de manejo bajo el criterio de bioseguridad internacional (OPS, 2013; OMS, 2016).

Los aspectos poco conocidos del manejo de residuos sólidos son los relacionados a la gestión externa de los residuos hospitalarios y las actividades que se dan fuera de las instalaciones hospitalarias y que cuentan con el soporte de empresas privadas que siguen formatos específicos de acuerdo a la normatividad vigente para el caso, especialmente para los residuos infecciosos que deben ser almacenados en lugares aislados destinados y acondicionados para el caso (OPS, 2013; OMS, 2016).

1.3.2 Practicas relativas al manejo de residuos sólidos hospitalarios

Conjunto de procedimientos, actividades y/o acciones específicas que se realizan en cumplimiento de las normas de bioseguridad para el manejo de residuos sólidos hospitalarios dentro del marco de su labor en la institución (MINSA, 2012).

Es decir, los residuos sólidos son generados en las áreas de trabajo y como resultado de él, entonces, cada área debe estar condicionada de recipientes necesarios y etiquetados, adecuados para su segregación según, clasificación, almacenamiento primario y luego debe disponerse de acciones de recolección por parte del personal de limpieza y llevado al almacenamiento intermedio y posteriormente al almacenamiento final (MINSA, 2012; 2017; OMS, 2016).

Toda actividad médica asistencial o administrativa hospitalaria representa un riesgo en torno al manejo de los residuos sólidos hospitalarios y la intensidad de este riesgo varía de acuerdo a la forma en que se manejan los tiempos, los contextos y los movimientos en los procesos del trabajo asistencial y no asistencial (técnico administrativo y de gestión).

Es cierto que el comportamiento humano es el que contiene o regula estas variaciones y es el único que puede modificar tanto los tiempos, los contextos y los movimiento que tienen lugar en los procesos del manejo de los residuos sólidos, sin embargo, estos comportamientos al estar forjados para formar parte de la labor diaria en la institución están normados bajo criterios laborales de bioseguridad (MINSA, 2012; 2017; OMS, 2016).

El riesgo depende, por un lado del comportamiento humano y, por otro, de las características y propiedades que presenten los procesos asistenciales y la gestión prevista para el manejo de los residuos sólidos inherentes a ellos. Consecuentemente, las políticas y/o estrategias de capacitación al personal de salud, están orientados dentro de una perspectiva de prevención y cuidado de los derechos de las personas. Sin embargo podemos apuntar áreas específicas del trabajo hospitalario en los que podemos observar las características principales del manejo de los residuos sólidos por parte de los trabajadores de los establecimientos de salud, estos según (MINSA, 2012; 2017; OMS, 2016), son:

Las prácticas de clasificación, acondicionamiento y etiquetado de contenedores, recipientes y otros que se utilizan para el almacenamiento de una serie de materiales en los distintos servicios hospitalarios, incluidos los equipos y su adecuación para diferenciarlos.

La práctica de segregación de los residuos sólidos de acuerdo a sus características, desde el punto de su generación hasta su destino final. El cumplimiento de los procesos es obligatorio para el personal que trabaja en los servicios de asistencia médica y salud.

Las prácticas de almacenamiento primario, es el almacenamiento temporal de residuos en el mismo lugar donde se produce.

Almacenamiento intermedio, se refiere al almacenamiento temporal de residuos que se realiza de acuerdo con el volumen de residuos generados

en el hospital. Algunas prácticas negativas es postergar estos procedimientos de almacenaje intermedio al finalizar las jornadas laborales o cuando las capacidades de los recipientes ya lo exigen en los puntos donde se generan. Muchas veces se desconocen los procedimientos y solo cuando ya es muy notoria la inadecuada acumulación de residuos sólidos en las áreas de origen es que se procede a la búsqueda de su transporte a su destino intermedio y, esto ya depende antes que de los temas de la gestión administrativa del comportamiento humano frente al riesgo de enfermar o morir por estar expuesto a contaminación o accidentes laborales.

Las prácticas del manejo de los residuos sólidos en el almacenamiento final. Estas prácticas están consideradas de sumo riesgo ya que los residuos sólidos son manipulados para cambiar sus propiedades físicas, químicas o biológicas con el objeto de reducir el peligro potencial de daño para la salud y el medio ambiente. En estas prácticas se desarrollan en medio de condiciones más seguras para el almacenamiento, transporte o eliminación y debe contar con la debida autorización por la autoridad competente.

Las prácticas para el tratamiento de los residuos sólidos hospitalarios. Estas prácticas comienzan desde la generación y acopiamiento de los mismos en el punto de origen con su clasificación y segregación, el objeto es eliminar el potencial infeccioso o peligroso, reducir su volumen y evitar que estos puedan ser irreconocibles para su tratamiento final y que puedan ser impedidos para el uso inadecuado como si fueran artículos reciclables.

Las prácticas para la recolección y el transporte externo de los residuos sólidos. Son prácticas especializadas que están destinadas a evitar la contaminación del medio ambiente y asumen la responsabilidad social de hacer que la eliminación de los residuos sólidos no tenga consecuencias futuras para la sociedad o el ser humano.

1.4 Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre conocimiento y práctica sobre el manejo de residuos sólidos hospitalarios en el personal del Establecimiento de Salud Primavera, 2018?

1.5 Justificación del estudio

En términos prácticos la investigación permitirá determinar la correlación entre dos variables cuantitativas ligadas al cumplimiento de normas de bioseguridad y protocolos institucionales de responsabilidad social en una institución de salud de carácter privado como es el Establecimiento de Salud Primavera. Esto permitirá contar con criterios valorativos y/o juicios de valor más amplios y precisos para elaborar las políticas y estrategias sanitarias de manejo de residuos sólidos hospitalarios en nuestra sociedad.

A nivel metodológico la presente investigación expone los pasos de una investigación descriptiva-correlacional basada en el análisis estadístico de dos variables cuantitativa y cuya medición por intervalos permite la utilización de pruebas de hipótesis de contraste (Pearson), en las cuales se interpreta la significancia estadística y el nivel de la correlación entre las variables de acuerdo a los objetivos específicos del estudio, lo que permite la orientación y posturas teórica asumida en la discusión de los resultados.

Teóricamente la investigación promueve el desarrollo el corpus teórico sobre el manejo de los residuos sólidos por parte del personal de salud de una institución privada y plantea nuevos campos de investigación futura. Además servirá de fuente de información para otros estudios en el área.

A nivel social, los resultados del estudio nos permitirán redimensionar los temas del manejo de los residuos sólidos hospitalarios en los establecimientos de salud de carácter privado de nuestra ciudad y la responsabilidad que en ello tiene el propio personal de salud. Estos

resultados podrán ser utilizados como referencia empírica para analizar y comprender nuestra realidad sanitaria a nivel hospitalario.

1.6 Hipótesis

Existe relación significativa entre conocimiento y práctica sobre el manejo de residuos sólidos hospitalarios en el personal del Establecimiento Salud Primavera 2018.

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo General

Determinar la relación entre conocimiento y práctica sobre el manejo de residuos sólidos hospitalarios en el personal del Establecimiento Salud Primavera, 2018.

1.7.2 Objetivos Específicos

- Determinar la relación entre el conocimiento general y practica sobre el manejo de los residuos sólidos hospitalarios en el personal del Establecimiento Salud Primavera, 2018.
- Determinar la relación entre conocimiento sobre el acondicionamiento de residuos sólidos con la practica en el manejo de los mismos por parte del personal del Establecimiento Salud Primavera, 2018.
- Determinar la relación entre el conocimiento sobre segregación de residuos sólidos con la practica en el manejo de los mismos por parte del personal del Establecimiento Salud Primavera, 2018.
- Determinar la relación entre el conocimiento sobre almacenamiento primario de residuos sólidos con la practica en el manejo de los mismos por parte del personal del Establecimiento Salud Primavera, 2018.

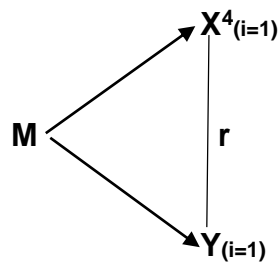
II. MÉTODO

2.1 Tipo de estudio

Descriptivo-correlacional. En este tipo de investigación no se manipulan las variables y su nivel de medición cuantitativa solo describen relaciones a través de razones cruzadas entre los indicadores y/o categorías de las variables para determinar la correlación entre ellas (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

2.2 Diseño de estudios

Descriptivo correlacional de corte transversal. Los datos del estudio se recogen un solo momento (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).



Dónde:

M: Representa a la población del estudio

X⁴: Representa la variable “Conocimiento sobre el manejo de residuos sólidos hospitalarios” y sus 4 dimensiones: Conocimientos generales, acondicionamiento, segregación y almacenamiento primario.

Y: Representa a la variable: “Práctica sobre el manejo de residuos sólidos hospitalarios”.

r: Representa la relación y correlación entre las variables

2.3 Variables

V1: Conocimiento sobre el manejo de residuos sólidos hospitalarios.

V2: Practicas sobre el manejo de residuos sólidos hospitalarios.

Tabla 1: Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición
Conocimiento sobre manejo de RS Hospitalarios	Conjunto de saberes acumulados, aprendidos o legados socioculturalmente a través del tiempo y que están referidos a los aspectos específicos y generales del manejo de residuos sólidos hospitalarios, su acondicionamiento, segregación y almacenamiento para su control y disposición final (OPS, 2013)	Resultado de la aplicación de inventario de medición de conocimientos. Adaptación de la NTS N° 096-MINSA/DIGES A V.01 (MINSA, 2012)	Conocimientos generales del Manejo de RSH	Concepto Finalidad Etapas Clasificación	Inadecuado (5-10 pts) Regular (11-15 pts) Optimo (16-20 pts)
			Acondicionamiento	Etapas de acondicionamiento Ubicación de recipientes Colores de recipientes/bolsas Características de recipientes Características de recipientes para material punzo cortante	Intervalo: Inadecuado (6-12 pts) Regular (13-19 pts) Optimo (20-25 pts)
			Segregación	Etapas de segregación Requerimiento para segregación Recipientes a utilizar Descarte de agujas y jeringas Los que nunca debe hacerse con los residuos punzo cortantes	Intervalo: Inadecuado (6-12 pts) Regular (13-19 pts) Optimo (20-25 pts)
			Almacenamiento primario	Eliminación de otros residuos punzo cortantes Etapas de almacenamiento primario	Intervalo: Inadecuado (7-14 pts) Regular (15-22 pts) Optimo

				Procedimiento después del llenado de recipientes En que deben ser eliminados las jeringas o material punzo cortante Eliminación de residuos de curaciones Residuos bio-contaminados	(23-30 pts)
Practica sobre manejo de RS Hospitalarios	Conjunto de procedimientos y/o actividades específicas que se realizan en cumplimiento de las normas de bioseguridad para el manejo de residuos sólidos hospitalarios dentro del marco de su labor en la institución. (MINSA, 2012)	Resultado de la aplicación de Cuestionario de auto referencia para determinar el tipo de prácticas relativas al manejo de los residuos sólidos hospitalarios. Adaptado de la NTS N° 096-MINSA/DIGES A V.01 (MINSA, 2012)	Tipo practica de manejo de residuos sólidos	Segregación Almacenamiento primario	Intervalo: Inadecuada (12-18 pts) Regular (19-25 pts) Buena (26-33 pts)

2.4 Población, muestra

La población y muestra

Lo constituye el 100% del personal asistencial de los servicios médicos y de servicios de limpieza y mantenimiento, etc., del Establecimiento de Salud Primavera: 130 personas (124 profesionales y técnicos y 6 personal de servicio).

Criterios de Selección

Criterios de inclusión

- Personal de ambos sexo de cualquier edad que laboren en el Establecimiento de Salud Primavera 2018, en condición de Nombrado o contratado con más de 3 meses en la institución.

Criterios de exclusión

- Personal reemplazante, o con menos de 3 meses en la institución.
- Personal que presente problemas psicológicos al momento de la aplicación de los instrumentos del estudio.
- Personal que no desee colaborar voluntariamente con el estudio

Unidad de análisis

Personal asistencial de los servicios médicos y de servicios de limpieza y mantenimiento, etc., del Establecimiento de Salud Primavera.

2.5 Técnicas, instrumentos, validez y confiabilidad

Técnica:

Encuesta: con aplicación de inventario y cuestionario de auto referencia en abordaje persona a persona.

Procedimiento de recolección de datos

Se solicitó ante la Dirección del Establecimiento de Salud Primavera, la autorización para realizar el estudio dentro de sus instalaciones y en horarios que no interfieran con las labores del personal.

Aceptada nuestra solicitud, se coordinó con las jefaturas de los servicios a fin de ubicar y abordar al personal en momentos que terminaron su turno.

Una vez abordado el personal fue informado sobre los objetivos del estudio y del carácter anónimo de los instrumentos del estudio. Una vez aceptada

nuestra propuesta el personal respondió sin problemas a los instrumentos del estudio y no se registraron abandonos en medio de su aplicación.

Instrumentos

- Inventario Evaluativo de Conocimientos sobre el Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios (IECMRSH). Este Inventario es una adaptación de la Norma Técnica de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (NTS N° 096-MINSA/DIGESA V.01) derivada de la R.M N° 554-2012/MINSA. Consta de 20 ítems: 4 sobre conocimientos generales sobre el manejo de los RSH; 5 ítems sobre el acondicionamiento en el manejo de los RSH; 5 ítems sobre la segregación de los RSH y; 6 ítems sobre el almacenamiento primario de los RSH. Su valoración se estructuró aplicando una escala de Likert de 5 valores que desde muy en desacuerdo (1 punto) hasta totalmente de acuerdo (5 puntos).

- Cuestionario de Autorreferencia sobre las prácticas del personal en el manejo de los RSH (CAPPMRSH). Este cuestionario es una adaptación de la Norma Técnica de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (NTS N° 096-MINSA/DIGESA V.01) derivada de la R.M N° 554-2012/MINSA. Consta de 11 ítems: 5 ítems sobre segregación y 6 ítems sobre almacenamiento primario de los RSH. Su medición es general derivada de una referencia de realizar acciones Siempre; A veces o Nunca.

Validación y confiabilidad de los instrumentos

Tabla 2: Ficha técnica de Validación y confiabilidad

Título	Inventario Evaluativo de Conocimientos sobre el Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios (IECMRSH)
Autora	Martha Elisa del Rosario Padilla Cruz
Asesora	Dra. Lora Loza, Miryam Griselda
Contexto, Población	15 personas que laboran como profesionales de la salud en la Clínica Peruano Americana de la Ciudad de Trujillo, 2018

Escala	Inadecuado (5-10 pts) Regular (11-15 pts) Óptimo (16-20 pts)
Validación	<p>Validación interna</p> <p>Inventario Evaluativo de Conocimientos y el Cuestionario de Evaluación de la práctica en el Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios (IECMRSH y CPMRSH) están respaldados por el análisis teórico que hiciera la OPS, 2013, sobre la construcción social de los aprendizajes significativos en base al conocimiento y aplicación de programa de desarrollo de recursos humanos. Dicho análisis emite recomendaciones sobre cómo trabajar con las guías evaluativas de conocimiento y prácticas en salud.</p> <p>También se respalda en la sistematización, elaboración y aplicación de inventarios evaluativos del conocimientos y prácticas de manejo de RSH que realizaran Mamani M, 2016 en Juliaca; Mamani S, 2017 en el Cusco y Mamani 2015 en Puerto Maldonado, todos sobre conocimiento y cumplimiento de la norma técnica en la eliminación de RSH. La sistematización de la OPS, 2013 concluyó que los conocimientos y las prácticas sobre el manejo de RSH pueden evaluarse de manera variada dependiendo de las adaptaciones que hacen los investigadores de acuerdo a su realidad y necesidad de medir dichas variables en una realidad y contexto determinado.</p> <p>Validez de contenido y constructo</p> <p>Se realizó un análisis de contenido y constructo por parte de 7 Jueces Expertos con amplia experiencia laboral a nivel asistencial y académico universitario. La evaluación realizada respondió a los criterios de: contenido en correspondencia (del contenido con el problema y objetivo de investigación), de coherencia lógica (del contenido con la estructura y metodología investigativa), claridad (facilita la aplicación del instrumento) y verosimilitud y pertinencia (si el número de ítem o reactivos son suficientes para medir las variables y sus dimensiones). Los Jueces Expertos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carlos Eduardo Esquerre Aguirre - Rosario del Pilar Palmer Urcia - Juan Carlos Alayo Rodríguez - Ricardo Sirlopu Saavedra - Enrique A. Martín Alva - Félix Osvaldo Ruiz Reyes - Silvia Elizabeth Bonytron Rosario <p>El Coeficiente de Concordancia entre jueces es mayor al 90% en favor de su aprobación</p>
Confiabilidad IECMRSH	<p>Confiabilidad del Inventario de Evaluación del Conocimiento sobre el Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios (IECMRSH) se basó en el análisis de fiabilidad y en las estadísticas interclase tanto a nivel general como en sus dimensiones.</p> <p>La Fiabilidad General del Inventario de Evaluación del Conocimiento sobre el Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios (IECMRSH) presentó un Coeficiente Alfa de Cronbach basado en elementos estandarizados de ,966; las medias oscilaron entre 4,71 a 4,93 en una puntuación de 1 a 5; la media general de los elementos fue de 4,814 con una varianza ,096; ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach si el elemento es suprimido, sobrepasa al valor de referencia general y las correlaciones totales de elementos son mayores de ,491 (Correlación moderada); el Coeficiente de Correlación Interclase en lo relativo a las medidas promedio es de ,961 que con un 95% de intervalo de confianza oscila entre ,924 y ,985 siendo la variabilidad F de 25,591 con alta significancia estadística $p = ,000$ ($p < 0,001$)</p> <p>La Fiabilidad de la dimensión Conocimientos Generales sobre el Manejo de RSH presentó un Coeficiente Alfa de Cronbach basado en elementos estandarizados</p>

	<p>de ,611; las medias oscilaron entre 4,93 en una puntuación de 1 a 5; la media general de los elementos fue de 4,924 con una varianza ,000; ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach si el elemento es suprimido, sobrepasa al valor de referencia general y las correlaciones totales de elementos son mayores de ,391 (Correlación moderada); el Coeficiente de Correlación Interclase en lo relativo a las medidas promedio es de ,611 que con un 95% de intervalo de confianza oscila entre ,122 y ,860 siendo la variabilidad F de 2,571 con alta significancia estadística moderada $p = ,011$ ($p < 0,05$)</p> <p>La Fiabilidad de la dimensión Conocimiento del Acondicionamiento en el Manejo de RSH, presentó un Coeficiente Alfa de Cronbach basado en elementos estandarizados de ,975; las medias oscilaron entre 4,64 a 4,71 en una puntuación de 1 a 5; la media general de los elementos fue de 4,743 con una varianza ,007; ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach si el elemento es suprimido, sobrepasa al valor de referencia general y las correlaciones totales de elementos son mayores de ,771 (Correlación alta); el Coeficiente de Correlación Interclase en lo relativo a las medidas promedio es de ,958 que con un 95% de intervalo de confianza oscila entre ,908 y ,985 siendo la variabilidad F de 23,559 con alta significancia estadística $p = ,000$ ($p < 0,001$)</p> <p>La Fiabilidad de la dimensión Conocimiento de la Segregación en el Manejo de RSH, presentó un Coeficiente Alfa de Cronbach basado en elementos estandarizados de ,950; las medias oscilaron entre 4,71 a 4,79 en una puntuación de 1 a 5; la media general de los elementos fue de 4,743 con una varianza ,071; ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach si el elemento es suprimido, sobrepasa al valor de referencia general y las correlaciones totales de elementos son mayores de ,789 (Correlación alta); el Coeficiente de Correlación Interclase en lo relativo a las medidas promedio es de ,947 que con un 95% de intervalo de confianza oscila entre ,886 y ,981 siendo la variabilidad F de 18,963 con alta significancia estadística $p = ,000$ ($p < 0,001$)</p> <p>La Fiabilidad de la dimensión Conocimiento del Acondicionamiento Primario en el Manejo de RSH, presentó un Coeficiente Alfa de Cronbach basado en elementos estandarizados de ,934; las medias oscilaron entre 4,79 a 4,93 en una puntuación de 1 a 5; la media general de los elementos fue de 4,786 con una varianza ,004; ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach si el elemento es suprimido, sobrepasa al valor de referencia general y las correlaciones totales de elementos son mayores de ,732 (Correlación alta); el Coeficiente de Correlación Interclase en lo relativo a las medidas promedio es de ,925 que con un 95% de intervalo de confianza oscila entre ,843 y ,973 siendo la variabilidad F de 13,421 con alta significancia estadística $p = ,000$ ($p < 0,001$)</p>
Conclusión	<p>Estando a lo concordado por los 7 Jueces Expertos sobre la validación interna y de constructo de los instrumentos y vistos los resultados de confiabilidad de los mismos por aplicación de prueba piloto en 14 personas que laboran como profesionales y técnicos sanitarios en la Clina Peruano Americana de Trujillo, se concluye que el instrumento Inventario Evaluativo de Conocimientos sobre el Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios (IECMRSH) cumple con los criterios de pertinencia, verosimilitud y concordancia para su aplicación entre el personal del Establecimiento de Salud Primavera, 2018, con el objeto de Determinar la relación entre conocimiento y practica sobre el manejo de RSH en el mismo.</p>

Título	Cuestionario de Evaluación de la Práctica sobre el Manejo de RSH (CEPMRSH)
Autora	Martha Elisa del Rosario Padilla Cruz
Asesora	Dra. Lora Loza, Miryam Griselda
Contexto, Población	15 personas que laboran como profesionales de la salud en la Clínica Peruano Americana de la Ciudad de Trujillo, 2018
Escala	Inadecuada (12-18 pts) Regular (19-25 pts) Buena (26-33 pts)
Validació	<p>En cuanto al Cuestionario de Evaluación de la Práctica sobre el Manejo de RSH, su análisis de Confiabilidad fue a nivel general y basado en la prueba de fiabilidad y estadísticas de interclase, obteniéndose.</p> <p>Validez de contenido y constructo</p> <p>Se realizó un análisis de contenido y constructo por parte de 7 Jueces Expertos con amplia experiencia laboral a nivel asistencial y académico universitario.</p> <p>La evaluación respondió a los criterios de: contenido en correspondencia (del contenido con el problema y objetivo de investigación), de coherencia lógica (del contenido con la estructura y metodología investigativa), claridad (facilita la aplicación del instrumento) y verosimilitud y pertinencia (si el número de ítem o reactivos son suficientes para medir las variables y sus dimensiones). Los Jueces Expertos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carlos Eduardo Esquerre Aguirre - Rosario del Pilar Palmer Urcia - Juan Carlos Alayo Rodríguez - Ricardo Sirlopu Saavedra - Enrique A. Martín Alva - Félix Osvaldo Ruiz Reyes - Silvia Elizabeth Bonytron Rosario <p>El Coeficiente de Concordancia entre jueces es mayor al 92 % en favor de su aprobación</p>
Confiabilidad CEPMRSH	<p>La Fiabilidad del Cuestionario de Evaluación de la Práctica sobre el Manejo de RSH, presentó un Coeficiente Alfa de Cronbach basado en elementos estandarizados de ,967; las medias oscilaron entre 2,64 a 2,86 en una puntuación de 1 a 3; la media general de los elementos fue de 2,773 con una varianza ,005; ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach si el elemento es suprimido, sobrepasa al valor de referencia general y las correlaciones totales de elementos son mayores de ,681 (moderada a alta); el Coeficiente de Correlación Interclase en lo relativo a las medidas promedio es de ,964 que con un 95% de intervalo de confianza oscila entre ,928 y ,987 siendo la variabilidad F de 27,935 con alta significancia estadística $p = ,000$ ($p < 0,001$)</p>
Conclusión	<p>Estando a lo concordado por los 7 Jueces Expertos sobre la validación interna y de constructo de los instrumentos y vistos los resultados de confiabilidad de los mismos por aplicación de prueba piloto en 14 personas que laboran como profesionales y técnicos sanitarios en la Clínica Peruano Americana de Trujillo, se concluye que el instrumento Cuestionario de Evaluación de la Práctica sobre el Manejo de RSH (CEPMRSH) cumple con los criterios de pertinencia, verosimilitud y concordancia para su aplicación entre el personal del Establecimiento de Salud Primavera, 2018, con el objeto de Determinar la relación entre conocimiento y practica sobre el manejo de RSH en el mismo.</p>

2.6 Métodos de Análisis de datos

Los datos fueron calificados de acuerdo a las categorías establecidas en la operacionalización de las variables. Luego se asignaron a cada categoría un código numérico excluyente para su ingreso directo a la computadora. Se contó para ello con el auxilio del Paquete estadístico SPSS.V22 en español.

Los datos se presentan en cuadros de doble entrada según los objetivos del estudio. Se consigna frecuencias simples numéricas y ponderadas, así como las razones cruzadas que describen las relaciones entre las variables para determinar su correlación a través de la prueba de Pearson por considerar que el nivel de medición de las variables se ha realizado por intervalos y que la población considerada en el estudio es del 100%, en tal sentido no cabe una prueba de distribución de normalidad. El nivel de significancia se estimó en una predicción menor de 0,05 ($p < 0,05$).

2.7 Aspectos Éticos

Cumpliendo con las recomendaciones de la Declaración de Helsinki, el presente trabajo de investigación contempló los principios éticos del Reporte Belmont, de respeto a las personas, protección de su autonomía y beneficencia. También, se intenta acrecentar los beneficios y disminuir los daños posibles antes, durante y después del proceso de investigación. Todos los datos recolectados fueron y son estrictamente confidenciales y anónimos, y sólo la investigadora tiene acceso a ellos (CIOMS, 2002).

Además se contempló la Pauta 1 del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), que menciona que los investigadores deben asegurar que los estudios propuestos en seres humanos estén de acuerdo con principios científicos generalmente aceptados y se basen en un conocimiento adecuado de la literatura científica pertinente (CIOMS, 2002).

Por último, se consideró la Pauta 4 y 5 de CIOMS en el desarrollo de la investigación, mediante el Consentimiento Informado. La investigadora proporcionó la correspondiente información, explicando, en toda forma de comunicación que el individuo entendía de manera explícita: Que se le invitó a participar en la investigación por las razones que se le explican y no por otras y que la participación es voluntaria; Que ella es libre de negarse a participar y de retirarse de la investigación en cualquier momento sin sanción o pérdida de los beneficios a que tendría derecho. Además se dejó en claro que no existía ningún riesgo de seguridad y que se brindarían a los participantes todas las garantías del caso (CIOMS, 2002).

III. RESULTADOS

Tabla 3:

La relación entre conocimiento general del manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios con la practica en el manejo de los mismos por parte del personal del Establecimiento Salud Primavera, 2018

CONOCIMIENTO GENERAL DEL MANEJO DE RSH	PRACTICA EN EL MANEJO RSH						Total	
	Inadecuada		Regular		Buena		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Inadecuado	10	7,7	14	10,8	11	8,5	35	26,9
Regular	21	16,2	9	6,9	12	9,2	42	32,3
Óptimo	33	25,4	7	5,4	13	10,0	53	40,8
Total	64	49,2	30	23,1	36	27,7	130	100,0

Medidas simétricas

	Valor	Error estándar asintótico	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Intervalo por intervalo R de Pearson	-,191	,084	-2,202	,029 ^c
Ordinal por ordinal Correlación de Spearman	-,208	,085	-2,401	,018 ^c
N de casos válidos	130			

a. No se supone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.

c. Se basa en aproximación normal.

Interpretación

La **Tabla 3** nos muestra que el conocimiento general del manejo de RSH es óptimo para un 40,8%, regular en un 32,3% e inadecuado en un 26,9%. Mientras que la practica en el manejo de RSH es Inadecuada en el 49,2%, Regular en un 23,1% y Buena en un 27,7%. Existe una correlación inversa significativa ($p < 0,05$) ($p = -0,191$) entre Conocimiento y Practica en el manejo de RSH en el personal del Establecimiento de Salud primavera.

Tabla 4:

La relación entre conocimiento sobre el acondicionamiento de residuos sólidos con la practica en el manejo de los mismos por parte del personal del Establecimiento Salud Primavera, 2018.

CONOCIMIENTO SOBRE EL ACONDICIONAMIENTO DE RSH	PRACTICA EN EL MANEJO RSH						Total	
	Inadecuada		Regular		Buena			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Inadecuado	9	6,9	13	10,0	13	10,0	35	26,9
Regular	24	18,5	10	7,7	11	8,5	45	34,6
Óptimo	31	23,8	7	5,4	12	9,2	50	38,5
Total	64	49,2	30	23,1	36	27,7	130	100,0

Medidas simétricas

		Valor	Error estándar asintótico	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Intervalo por intervalo	R de Pearso'n	-,223	,085	-2,594	,011 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-,234	,085	-2,719	,007 ^c
N de casos válidos		130			

a. No se supone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.

c. Se basa en aproximación normal.

Interpretación

La **Tabla 4** nos muestra que el conocimiento sobre el acondicionamiento de RSH es óptimo para un 38,5%, regular en un 34,6% e inadecuado en un 26,9%. Mientras que la practica en el manejo de RSH es Inadecuada en el 49,2%, Regular en un 23,1% y Buena en un 27,7%. Existe una correlación inversa significativa ($p < 0,05$) ($p = -0,223$) entre conocimiento sobre acondicionamiento de RSH y practica en el manejo de RSH en el personal del Establecimiento de Salud primavera.

Tabla 5:

La relación entre el conocimiento sobre segregación de residuos sólidos con la practica en el manejo de los mismos por parte del personal del Establecimiento Salud Primavera, 2018.

CONOCIMIENTO SOBRE SEGREGACIÓN DE RSH	PRACTICA EN EL MANEJO RSH						Total	
	Inadecuada		Regular		Buena		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Inadecuado	10	7,7	14	10,8	11	8,5	35	26,9
Regular	22	16,9	9	6,9	13	10,0	44	33,8
Óptimo	32	24,6	7	5,4	12	9,2	51	39,2
Total	64	49,2	30	23,1	36	27,7	130	100,0

Medidas simétricas

		Valor	Error estándar asintótico	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Intervalo por intervalo	R de persona	-,198	,084	-2,280	,024 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-,214	,084	-2,478	,015 ^c
N de casos válidos		130			

a. No se supone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.

c. Se basa en aproximación normal.

La **Tabla 5** nos muestra que el conocimiento sobre la segregación de RSH es óptimo en un 39,2%, regular en un 33,8% e inadecuado en un 26,9%. Mientras que la practica en el manejo de RSH es Inadecuada en el 49,2%, Regular en un 23,1% y Buena en un 27,7%. Existe una correlación inversa significativa ($p < 0,05$) ($p = -0,198$) entre conocimiento sobre la segregación de RSH y practica en el manejo de RSH en el personal del Establecimiento de Salud primavera.

Tabla 6:

La relación entre el conocimiento sobre almacenamiento primario de residuos sólidos con la practica en el manejo de los mismos por parte del personal del Establecimiento Salud Primavera, 2018.

CONOCIMIENTO SOBRE ALMACENAMIENTO PRIMARIO DE RSH	PRACTICA EN EL MANEJO RSH						Total	
	Inadecuada		Regular		Buena		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Inadecuado	9	6,9	13	10,0	11	8,5	33	25,4
Regular	19	14,6	12	9,2	13	10,0	44	33,8
Óptimo	36	27,7	5	3,8	12	9,2	53	40,8
Total	64	49,2	30	23,1	36	27,7	130	100,0

Medidas simétricas

		Valor	Error estándar asintótico	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Intervalo por intervalo	R de persona	-,246	,084	-2,868	,005 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-,268	,084	-3,151	,002 ^c
N de casos válidos		130			

a. No se supone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.

c. Se basa en aproximación normal.

La **Tabla 6** nos muestra que el conocimiento sobre el almacenamiento primario de RSH es Óptimo en un 40,8%, Regular en un 33,8% e Inadecuado en un 25,4%. Mientras que la practica en el manejo de RSH es Inadecuada en el 49,2%, Regular en un 23,1% y Buena en un 27,7%. Existe una correlación inversa significativa ($p < 0,05$) ($p = -0,246$) entre conocimiento sobre almacenamiento primario de RSH y practica en el manejo de RSH en el personal del Establecimiento de Salud primavera.

IV DISCUSIÓN

Partimos de una frase célebre de Confucio “La vida es muy simple, pero insistimos en hacerla complicada”, porque hubiéramos querido que las correlaciones en nuestros resultados no fueran inversas, que conocimiento y prácticas sobre el manejo de RSH se muevan en consonancia con lo esperado y en la misma dirección, pero, eso no es así, aunque, solo por un sentido de comodidad antes que de preferencias, hubiera sido mejor para ensayar una explicación “coherente” de acuerdo al propósito del estudio.

Lo real es que nos ubicándonos en los campos del comportamiento sociocultural con presencia fundamental de lo inconsciente. En donde el conocimiento – como diría Immanuel Kant- está enfrentado con lo que la realidad educativa ha hecho de él. Conocer y no aplicar los conocimientos en nuestro accionar diario, es un poco difícil de digerir para cualquier persona, pero, en sociedades como la nuestra no es nada raro. Aun así, permítannos preguntamos qué es lo que está pasando con el personal en el Establecimiento de Salud Primavera: ¿inconformidad?, ¿irresponsabilidad?, ¿inconsciencia?, ¿falta de motivación laboral?, etc., o solo hay una simplemente falta de conexión entre conocimiento y practica en nuestros métodos y estilos de trabajo hospitalario.

El supuesto básico con que se aborda la presente discusión de los resultados del estudio es que No, no es una simple falta de conexión entre conocimiento y práctica en nuestros métodos y estilos de trabajo hospitalario, puesto que los trayectos que siguen a los comportamientos laborales generalmente responden a condicionamientos internos, normativos y de gestión, así como, a determinadas condiciones del contexto para el desarrollo laboral, personal, familiar y social (OPS, 2013). De allí que no quisiéramos dividir aquí lo individual con lo socio-laboral, porque son espacios o campos del comportamiento humano que están enteramente imbricados (Avellana,

2012) y sus mecanismos para expresarse describen situaciones como la que se nos presentan como resultados que aquí se exponen.

Desde esta perspectiva, las explicaciones que a continuación se brindan sobre los resultados del estudio, nos llevan a describir comportamientos laborales que forman parte de una dimensión social condicionada sistémicamente por la encriptación de intersubjetividades que llevan necesariamente a hacer todo lo contrario a lo que se supone, a través del conocimiento y la consciencia social, se tiene que hacer dentro de lo que es considerado previsiblemente como lo adecuado o esperado. Pero, veamos paso a paso lo que tenemos (OPS, 2018; 2017b).

Los resultados de la **Tabla 3** en lo referido a la parte descriptiva sobre los conocimientos generales y la práctica sobre el manejo de RSDH son similares a lo reportado por Muthoni et al (en el personal asistencial de los hospitales de Kenia, 2016), Chura y Rodríguez (en el personal de enfermería del Hospital del Norte de Bolivia, 2016), Contreras y Escobar (en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2017), Quispe (en el personal asistencial y administrativo del Hospital de Tingo María, 2017), Mamani S (en el personal asistencial del hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016). Sin embargo, difiere con los mismos en lo relativo a la relación y correlación inversa entre las variables. Para ellos, en algunos casos no existe relación o correlación significativa entre las variables o la relación y correlación son directas no inversas.

Estos resultados pueden explicarse en la medida en que podamos resolver interrogantes más difíciles que plantean el qué, cuándo y cuánto de lo subjetivo pone en juego el personal del Establecimiento de Salud Primavera al ejecutar acciones para el manejo de RSH, en clara confrontación con los conocimientos que tienen sobre ello. ¿Sabemos que estamos haciendo mal? El funcionamiento de la lógica cuando respondemos a esta interrogante sale inútil, porque, por un lado, la razón estaría privada de sensatez y, por otro,

no existe una dicotomía social, ni un indicador subjetivo que nos permita afirmarlo sin perder la perspectiva del campo laboral o de los pasos fronterizos que nos permiten señalar qué es lo bueno o malo en nuestro accionar diario, ni tampoco a nivel cognitivo (Harvey y Col, 2015; Campos, 2010).

Muchos de los males cuando tenemos estas situaciones son explicados por las formas en que se dan los aprendizajes socio-laborales y por la forma en que están constituidos los fenómenos que resultan inmortos para la gestión y administración de una institución como la del Establecimiento de Salud Primavera. Si aceptamos que el hombre es producto de su educación, prácticamente tenemos que decir que encontramos comportamientos solo comparados con hordas primitivas y no lo podemos definir como comportamientos inconscientes derivado de alguna necesidad de expresar, decir o hacer algo que no está permitido o previsto en nuestro trabajo (OPS, 2013; OIT, 2015).

Sabemos que muchas personas son proclives hacer lo que otros hacen aun sabiendo que lo que están haciendo es algo malo, pero seguimos para adelante por temor a aislarse de los demás o a sentirse desamparados y sometidos a la dependencia de jefes y conductores cuyas ideas son desacuerdos totales con lo que sabemos (OPS, 2017b).

Otras incorporan a su accionar experiencias negativas en forma inconsciente a través de lo afectivo. Es decir, no se ve el peligro de sus accionar hasta que sucede una hecho lamentable o es demasiado tarde para corregirlo. Se piensa primariamente que su accionar no tendría consecuencias directas contra la salud de las personas y del medio ambiente. Sin embargo, son estos comportamientos los que cusan más daños al desarrollo de la cultura organizacional de una institución (OPS, 2013).

La causa de estos fenómenos está en los cambios que se dan al trasladar conocimientos supuestamente válidos a las acciones punitivas: aun sabiendo de que está mal lo hago. El sujeto en este plano sufre una regresión; inhibe sus facultades intelectuales, exagera las afectivas y se hace más sensibles a los fenómenos de sugestión, imitación y contagio de sentimientos negativos. Desgraciadamente para el Establecimiento de Salud Primavera estos contextos solo terminaran cuando se sepa como terminar con las críticas internas y la compulsión para hacer lo mismo que otros hacen, aun sabiendo que está mal (Santo et al, 2012).

Esperemos que detrás de ello no hallan grupos organizados o liderados para hacer daño a la institución y que solo se trate de algunas inconsistencias en los procesos de identificación entre un accionar positivo y otro negativo. Igual, al parecer es necesario evaluar en este campo los movimientos que giran alrededor de la cohesión y la identificación del personal con los propósitos y objetivos de la institución, separando posiblemente el papel de los jefes, para evitar que las metas de los procesos de cambio se transformen rápidamente en efectos bumerán a través de postura subjetivas inhibitorias del cambio y formadora de agresividades entre los miembros de la institución (Vera, Varela y Macía, 2010).

Los resultados de la **Tabla 4** en lo referido a la parte descriptiva sobre los conocimientos sobre el acondicionamiento de los RSH y la practica en el manejo de los mismos, son similares a lo reportado por Muthoni et al (en el personal asistencial de los hospitales de Kenia, 2016), Chura y Rodríguez (en el personal de enfermería del Hospital del Norte de Bolivia, 2016), Contreras y Escobar (en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2017), Quispe (en el personal asistencial y administrativo del Hospital de Tingo María, 2017), Mamani y Chambilla (en el personal asistencial del hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016). Sin embargo difiere con los mismos en lo relativo a la relación y correlación inversa entre las variables. Para ellos,

en algunos casos no existe relación o correlación significativa entre las variables o la relación y correlación son directas no inversas.

Estos resultados, siguiendo la lógica explicativa de la tabla anterior, pueden explicarse con claridad cuando podamos responder a una interrogante simple: ¿La correlación inversa entre conocimiento sobre el acondicionamiento de RSH con la practica en el manejo de los mismos, se da solo bajo el influjo de fenómenos de agrupamientos al interno de la institución?., A esta interrogante le antecede el fantasma de no poder identificar el nudo gordiano o problema real detrás de toda la situación fenomenológica descrita. Dependiendo del sentido que le demos a esta interrogante tendremos la mitad del problema resuelto por que el conocimiento y la practica en torno al acondicionamiento de los RSH implica conocer sus etapas de ubicación de recipientes, identificación de recipientes con colores y que responden a ciertas carteristas de acuerdo a su uso. Es decir no es un conocimiento y una práctica que supone una destilación u exigencia máxima del intelecto de la persona, simplemente es una forma sencilla de identificar un quehacer dentro de la institución (Quintana, Valenzuela y Paravic, 2014).

Pero esta identificación al parecer ha sido desplazada primitivamente por procesos aparentemente vinculados a un rechazo de los mismos y no podemos observar esto en los comportamientos con una lógica de desplazamiento directo del conocimiento hacia la acción práctica, por las necesidades propias de la ejecución de un acción, pero si podemos afirmar que ese comportamiento acaba en una forma de modelación de la acción laboral, con la declinación de objetos idealizados y que trascienden al plano laboral cuando ya la persona es experimentada en estos quehaceres. Por complejos que estos procesos sean, la discriminación entre lo ideal y lo que sería la fuente de sus imaginaciones proyectadas al plano de las interrelaciones laborales, muchas veces solo se consigue un espacio

pequeño en el ideario socio laboral ya que las personas prefieren no hacer las cosas a hacerlas como deban (Quintana, Valenzuela y Paravic, 2014).

Por ello, no es que no se haya sabido compatibilizar los contextos socio-laborales, que son antinómicos con las necesidades y posibilidades de desarrollo individual y social de las personas, lo que pasa es que a pesar de las situaciones paradójicas que plantean las correlaciones inversas, existe poca capacidad y soporte para analizarlos y comprenderlos dentro de una perspectiva de transformación de los procesos laborales actuales (OPS, 2013; Santos et al, 2012).

Es decir, la primera idea que se nos viene a la memoria es un paso de alambique sin la seguridad de saber si el surgimiento de nuevas formas y estilos de trabajo institucional corresponda al ideal de quienes contienen y sostienen a la institución. Con esta postura caemos nuevamente en la subjetividad de una idealización, aunque con menor carga de omnipotencia, pero, con una clara identificación con la necesidad del cambio dentro del trabajo institucional (Vera, Varela y Macía, 2010; Santos et al, 2012).

Más allá de ello solo nos quedan lazos sociales, ya no como tramas conceptuales, aunque podamos sistematizar mejor las experiencias laborales, sino, como un conjunto de afirmaciones dispersas que permiten disquisiciones desde el campo de la psicología laboral o de la cultura organizacional. Los hilos para tejer o destejer estos introitos están en manos de quienes conducen y respaldan el trabajo de la institución (Campos, 2010).

Los resultados de la **Tabla 5** en lo referido a la parte descriptiva de los conocimientos sobre la segregación de los RSH y la practica en el manejo de los mismos, son similares a lo reportado por Muthoni et al (en el personal asistencial de los hospitales de Kenia, 2016), Chura y Rodríguez (en el personal de enfermería del Hospital del Norte de Bolivia, 2016), Contreras y Escobar (en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2017), Quispe (en el

personal asistencial y administrativo del Hospital de Tingo María, 2017), Mamani y Chambilla (en el personal asistencial del hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016). Sin embargo difiere con los mismos en lo relativo a la relación y correlación inversa entre las variables. Para ellos, en algunos casos no existe relación o correlación significativa entre las variables o la relación y correlación son directas no inversas.

Estos resultados pueden explicarse en la medida en que nos permitan identificar huellas en las estructuras subjetivas de los comportamientos del personal, aunque antes que huellas necesitemos comprender y valorar los atributos del quehacer diario para dar cumplimiento a las etapas de la segregación de los RSH, satisfacer sus requerimientos para luego saber que recipiente utilizar y cuándo, cómo y en donde descartar RSH como jeringas y agujas (Harvey y col, 2015).

Este criterio está basado en el hecho en que los procesos de segregación de los RSH presentan requerimientos del comportamiento individual muy complejos, pero que son vistos como tales por una sobre valoración del yo a través de idealizaciones del objeto de la labor que se desarrolla en la institución (Harvey y col, 2015; OIT, 2015).

Se piensa que por ser un profesional destacado de la salud o fulano, mengano o perencejo, las consecuencias de nuestros actos de descuido no van a hacer nunca negativas. Sin embargo, este es justo el talón de Aquiles de toda institución prestadora de servicios en salud y, junto a la soberbia y la intransigencia, representa los mayores problemas para el desarrollo organizacional y la aplicación de las políticas internas de bioseguridad (OIT, 2015; OMS, 2016).

De hecho, los mayores gastos por accidentes laborales se generan por infecciones percutáneas o enfermedades derivadas del contacto con segregaciones o fluidos infecciosos, se dan en profesionales con altas

calificaciones. Nadie tiene garantizado, por el título que lo precede, que no pueda sufrir de accidentes percutáneos u otros, como para hacer que nuestros actos se caractericen por la indiscriminación sujeto u objeto (OMS, 2016).

Desde esta perspectiva, la institución debe apuntar hacia una conocimiento sobre segregación de RSH que marce en paralelo con la práctica, haciendo que la diferenciación en los comportamiento prácticos se dentro de los márgenes de eficacia, eficiencia y efectividad. Es decir, posiblemente se necesite perfilar los términos laborales de la competitividad interna para trascender a los accidentes relacionados a la segregación de los RSH (OMS, 2018; OPS, 2017).

No pensamos que con este tipo de propuestas los problemas puedan acabar, puesto que la constitución de lazos sociales al interno de la institución es evidente y supone componentes aglutinadores que dan ciertos sentidos o grado de verdad a una conducta o comportamiento negativa en relación con las tareas o acciones a realizar para una buena segregación de los RSH, pero, a pesar que estamos antes una situación en que las personas podrían contar ya con cierta identidad para la acción negativa, es imposible y necesario apostar por un accionar más adecuado y positivo para nuestra realidad medico social. El tema es evitar que continúe la negación de esta perspectiva de trabajo hospitalario (OMS, 2018; OPS, 2017).

Los resultados de la **Tabla 6** en lo referido a la parte descriptiva de los conocimientos sobre el almacenamiento primario de los RSH y la practica en el manejo de los mismos, son similares a lo reportado por Muthoni et al (en el personal asistencial de los hospitales de Kenia, 2016), Chura y Rodríguez (en el personal de enfermería del Hospital del Norte de Bolivia, 2016), Contreras y Escobar (en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2017), Quispe (en el personal asistencial y administrativo del Hospital de Tingo María, 2017), Mamani y Chambilla (en el personal asistencial del hospital Santa

Rosa de Puerto Maldonado, 2016). Sin embargo difiere con los mismos en lo relativo a la relación y correlación inversa entre las variables. Para ellos, en algunos casos no existe relación o correlación significativa entre las variables o la relación y correlación son directas no inversas.

Estos resultados pueden explicarse en la medida que los procesos de almacenamiento primario son fenómenos que necesitan incorporar acciones específicas para la eliminación de otros residuos punzocortantes, lo que significa dar seguimiento a las etapas de almacenamiento después del llenado de recipientes: buscar o saber en qué tipo de recipiente deben ser eliminadas las jeringas o material punzocortante o los residuos de curaciones o residuos bio-contaminados (Vera, Varela y Macía, 2010).

Estas características del accionar para el manejo del almacenamiento de los RSH precisan de conjunciones que haga del accionar institucional en esta área un trabajo de gran orquesta. Sin embargo, en la actualidad los resultados solo evidencian una cohesión negativa del grupo humano, por la forma de compartir un accionar negativo y, no podemos descartar manifestaciones modales encriptados en las empatías del grupo (Quintana, Valenzuela y Paravic, 2014).

Estas disquisiciones traen de la mano otra interrogante ¿Es posible la identificación de los fenómenos internos detrás de prácticas inadecuadas para el almacenamiento primario de RSH y hasta donde podemos y debemos llegar en este campo evitando la pérdida del objetivo institucional? (Quintana, Valenzuela y Paravic, 2014).

Los alojamientos modistas en los grupos solo son idealizados si le permitimos construir o hacerse de una identidad dentro de los métodos y estilos de trabajo institucional. (Quintana, Valenzuela y Paravic, 2014). El reto es hacer que estas prácticas sean cada vez más heterogéneas con

perspectivas de una mayor aproximación o compatibilidad con los conocimientos adquiridos (OIT, 2015).

V. CONCLUSIONES

1. Existe una correlación inversa significativa ($p < 0,05$) ($p = -0,225$) entre conocimiento sobre acondicionamiento de RSH y practica en el manejo de RSH en el personal del Establecimiento de Salud primavera.(OG)
2. Existe relación significativa inversa ($p < 0,05$) ($p = -0,191$) entre el conocimiento general y practica sobre el manejo de los residuos sólidos hospitalarios en el personal del Establecimiento Salud Primavera, 2018. (OE-01)
3. Existe relación significativa inversa ($p < 0,05$) ($p = -0,223$) entre el conocimiento sobre el acondicionamiento de residuos sólidos con la practica en el manejo de los mismos por parte del personal del Establecimiento Salud Primavera, 2018. (OE-02)
4. Existe relación significativa inversa ($p < 0,05$) ($p = -0,198$) entre el conocimiento sobre segregación de residuos sólidos con la practica en el manejo de los mismos por parte del personal del Establecimiento Salud Primavera, 2018. (OE-03)
5. Existe relación significativa inversa ($p < 0,05$) ($p = -0,246$) entre el conocimiento sobre almacenamiento primario de residuos sólidos con la practica en el manejo de los mismos por parte del personal del Establecimiento Salud Primavera, 2018. (OE-04)

VI RECOMENDACIONES

1. Desarrollar estrategias de gestión y administración orientadas a la planificación de un mejor desarrollo de la cultura organizacional. El objeto primario es construir una identidad de trabajo institucional respecto del manejo de los residuos sólidos hospitalarios.
2. Promover estrategias de información, educación y comunicación interna con el objeto de brindar una posibilidad real al personal de la institución para sensibilizarse y asumir nuevas formas de conciencia y responsabilidad social en el manejo de los residuos sólidos hospitalarios.
3. Mejorar los acondicionamientos y satisfacer las necesidades del contexto para una mejor práctica en el manejo de los residuos sólidos hospitalarios. El objeto es dar viabilidad a una mejor compatibilidad entre conocimiento y práctica en el manejo de los mismos.

VII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Allen, T., & Cohen, S. (1969). Information flows in R&D labs. *Administrative Science Quarterly*, 20, 12-19. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/28232903_La_capacidad_de_absorcion_de_conocimiento_factores_determinantes_internos_y_externos
- Alvarez Herrera, F. (2013). *Gerencia de hospitales e instituciones de salud*. Bogotá: ECOE ediciones.
- AMA. (S/F). Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humano. Obtenido de Asociación Médica Mundial: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Amaro, M. C. (2004). Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Obtenido de Blog Electrónico, (Internet): http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009
- Ann, T. M., & Colbs. (2003). *Modelos y teorías en enfermería* (Vol. Quinta edición). Madrid-España. Obtenido de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5518/ENScogoif.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Antolinez, M. A., & et al. (2015). Conocimientos y prácticas del manejo de los residuos hospitalarios por parte de los fisioterapeutas, Neiva. *Revista Médica de Risaralda*, 21(2), 15-18. doi:0122-0667
- Arango Aguirre, C. A. (2012). *Diseño De Políticas Para El Control Para La Prevención Del Fraude En La Empresa Dipacmanta S.A Para El Año 2011*. Quito, Ecuador: Universidad Técnica Particular De Loja.
- Armas, D. (2015). El déficit hospitalario del Perú equivale a 1.5 camas por cada 1,000 habitantes. Obtenido de *Gestión*: <https://gestion.pe/economia/mercados/deficit-hospitalario-peru-equivale-1-5-camas-1-000-habitantes-90306>

- Armstrong, M. (2012). *Armstrong's Handbook of Management and Leadership*,. USA: Mc Graw Hill.
- Asceric, T. (2008). Motivation and modified behaviour of health employees. Banja Luka: Panevropski Univerzitet Apeiron, 57-78.
- Barquín Calderón, M. (1975). *Dirección de hospitales. Organización de la atención médica*. México: Edit. Interamericana.
- Biget, S., & et al. (2010). Motivating employees of the Public sector: Does Public Service Motivation Matter. *International Public Management Journal*, 213-246.
- Buenaventura, O. A., & et al. (2017). Knowledge, Attitude and Practice of Healthcare Managers to Medical Waste Management and Occupational Safety Practices: Findings from Southeast Nigeria. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(3). doi:10.7860
- Bunge, M. (2011). *Diccionario de filosofía*. México: Siglo XXI editores. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/321780921_CONOCIMIENTO_CIENTIFICO_Y_MANEJO_BIOETICO_DE_LA_INVESTIGACION_CUALITATIVA
- Butak, K., Drozdek, I., & Kovacic, R. (2013). Material motivation in function of human resource management. . Varazdin: Faculty in Varazdin.
- Caballo, V. (1995). Una aportación española a los aspectos moleculares, a la evaluación y al entrenamiento de las habilidades sociales. *Revista Mexicana de Psicología*, 121-131.
- Cabello, E., & Chirinos, J. (2012). Validación y Aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. *Rev. Med. Hered*, 23(2), 88-95.
- Caminal, J. (2001). La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Calidad Asistencial*, 16, 276-279.
- Cantanhede, A., & Sandoval, A. (1997). *Manejo Integral de Residuos Sólidos*. Lima-Perú: Tesis de la Universidad Mayor de San Marcos.

- Ceballos Acevedo. (2014). Duración de la Estancia Hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 13(27), 274-295. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.dehm>
- Cedamano, I., & Huaman, J. (2014). Nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en los consultorios estomatológicos de los Hospitales de EsSalud versus Ministerio de Salud en el Distrito de Trujillo en el año 2009 (Vol. 25). Pueblo cont.
- Centro De Estudos Sociais Da Universidade De Coimbra. (2014). Os problemas e as soluções para a Segurança Social- Trabalhos Realizados. Centro De Estudos Sociais Da Universidade De Coimbra. Lisboa: Observatório Sobre Crises E Alternativas Centro De Estudos Sociais Da Universidade De Coimbra. Obtenido de http://www.ces.uc.pt/observatorios/crisalt/documentos/oficinas/Oficinas_SegurancaSocial_textos_atualizacao.pdf
- Chancafe Ucancial, F. S. (2016). Evaluación Del Control Interno Para Identificar Las Deficiencias Sobre Las Operaciones En El Área De Tesorería De La Gerencia Regional De Salud Lambayeque. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo.
- Chein, V., & et al. (2012). Relación entre nivel de conocimiento y manejo de los residuos biocontaminados, y contaminación generada en dos clínicas odontológicas universitarias. *Odontología Sanmarquina*, 15(2). doi:1609-8617
- Chilón, G. S., & Ortiz, C. P. (2018). Eficiencia del manejo de residuos hospitalarios en la Clínica San Lorenzo S.R.L – Cajamarca 2017. Cajamarca – Perú: Tesis de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Obtenido de <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/531>
- Chudasama, R., & et al. (2013). Manejo de desechos biomédicos: un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas entre el personal de atención médica en un hospital de atención terciaria en Rajkot. *J Res Med Den Den Sci*, 1(1), 17-22. Obtenido de <http://www.scopemed.org/?mno=151348>

- Contreras, C., & et al. (2005). Gerencia y Administración de Sistemas de Suministro de Medicamentos Esenciales. Medellín: Cooperativa de Hospitales de Antioquia – COHAN.
- Contreras, I. G., & Escobar, L. M. (2017). Conocimiento y práctica del manejo de residuos sólidos del personal de salud del Hospital Goyeneche, Arequipa 2017. Arequipa – Perú: Tesis de la Universidad Nacional de San Agustín. Obtenido de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5518>
- Corach, L., & Malamud, M. (1993). Manejo del Hospital público y privado. Editorial Médica Panamericana.
- Corona, R. (2011). Instrumentos de la evaluación educativa. República Bolivariana de Venezuela.
- Correa, A. (2010). Factores de la baja capacidad hospitalaria en Colombia. Cucuta - Colombia: Tesis Universidad de Cucuta.
- Cuba, M. F., & et al. (2011). Evaluación del cumplimiento de los atributos de la Atención Primaria y grado de satisfacción de los usuarios de un establecimiento de primer nivel de atención. *Rev Med Hered*, 22(1).
- Donabedian, A. (1993). Continuidad y Cambio en la Búsqueda de la Garantía de Calidad. *Salud Pública*.
- Drucker, P. (1993). Un comentario crítico sobre su filosofía gerencial. . México: Diana.
- Dukic, O. (2010). Wages in the public sector in BiH, the impacts of competitiveness and employment in the private sector. Servia: Center for Research and Studies - GEA.
- Emanuel, L., & et al. (2008). What Exactly Is Patient Safety? En K. Henriksen, & et al, *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* . Agency for Healthcare Research and Quality.
- Engel, P. (1989). Draft guidelines for the abaysis of agricultural knowledge systems (AKSA). Wageningen, Países Bajos: Universidad agrícola, departamento de ciencia de la extensión. Obtenido de http://www.mag.go.cr/congreso_agronomico_xi/a50-6907-I_451.pdf

- Gadd, S., & Collins, A. (2001). Safety culture: a review of the literature. Obtenido de Health and Safety Executive: <http://www.hse.gov.uk/research/hslpdf/2002/hsl02-25.pdf>
- Galán, R. (1997). Evaluación Integral. En G. Malagón Londoño, & et al, Auditoría en Salud para una Gestión Eficiente. Buenos Aires, Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- García Campoy, M. S. (2002). La Seguridad Social En México. Mexico: Universidad Nacional Autónoma De México- Facultad De Economía.
- García Jimenez, J. (1999). Seguridad Social, Pobreza Y Sector Informal En América Latina Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales - Universidad C. Facultad De Ciencias Económicas Y Empresariales , Facultad De Ciencias Económicas Y Empresariales . Madrid: Universidad Complutense De Madrid . Obtenido de <http://webs.ucm.es/info/ec/jec8/Datos/documentos/comunicaciones/Bienestar/Garcia%20Jesus%201.PDF>
- García Sérven, J. (2013). Indicadores de gestión para establecimientos de atención médica. México: Editorial Medica Panamericana.
- García, A. (2010). El balance entre la oferta y la demanda en salud. El caso de los servicios de rehabilitación integral en La Habana, Cuba. Tesis Escuela Nacional de Salud Pública. Obtenido de <http://bvs.sld.cu/revistas/infid/n1211/infid061211.htm>
- García, D. M. (2013). Percepción y expectativas de la calidad de atención de los servicios de salud de los usuarios del Centro de Salud Delicias de Villa-Chorrillos en el periodo de Febrero – Marzo 2013. Lima-Perú: Tesis de la Universidad Ricardo Palma.
- García, M., & et al. (2001). Proportion of Hospital Deaths Potentially Attributable to Nosocomial Infection. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 22(11).
- García, S. S., & et al. (2012). La calidad como eje transversal de los sistemas de salud. En: La calidad de la atención de la salud en México a través de sus instituciones. Secretaría de Salud, México.

- Gill, K. A. (2001). Insurance Fraud: Causes, Characteristics And Prevention. Doctor of Philosophy at the University of Leicester. . Leicester: University of Leicester.
- Goeschel, C., Wachter, R., & Pronovost, P. (2010). Responsibility for quality improvement and patient safety. Hospital Board and Medical Staff Leadership Challenges, 138(1), 171-178.
- Gómez Jiménez, J. (2003). Clasificación de pacientes en los Servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. Emergencias, 165-174. .
- González Angulo, I. (2009). Relación entre el prestador de servicio de salud y la estancia prolongada en el hospital. Revista Conamed, 14(4).
- Gutiérrez, S. (2006). El reportaje inteligente en Internet. Revista Latina de Comunicacion Social, 61. doi:1138-5820
- Hermoza Mogollón, M. Á. (2006). Análisis De La Demanda En Relación con la Oferta De Los Servicios De Salud Pediátricos En Un Hospital De Alta Complejidad De La Seguridad Social. Facultad De Medicina Humana Unidad De Post Grado. Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos.
- Hernandez, Fernández, & Baptista. (2003). Metodología de la investigación. México: McGraw Hill.
- Jaramillo, G., & Moreno, C. (2002). Módulo de Gerencia y Administración de Servicios de Atención Farmacéutica. Medellín: Facultad de Química Farmacéutica de la Universidad de Antioquia.
- Joo Luck, C. (2015). Una Mirada al desarrollo de la Gestión Hospitalaria en el Perú. Lima - Perú.
- Kim, C., & et al. (2011). Excess Hospitalization Days in an Academic Medical Center: Perceptions of Hospita- lists and Discharge Planners. The American Journal of Managed Care, 17(2).
- Lloret Lorens, M., Ballesta Cuñat, A., & Cavana Díaz, M. (2015). Gestión del servicio de radio diagnostico. Valencia - España: Hospital Universitario La Fe. Obtenido de http://www.conganat.org/seis/is/is45/IS45_18.pdf
- Lock, D., & Smith, D. (1991). Calidad Total. . Legis.

- Lorenzen Molina, K., & Schibella Souto de Moura, G. (2016). Patient satisfaction according to the form of hospital stay at a teaching hospital. *Acta Paulista de Enfermagem*. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600004>
- Machuca, M. (2006). *Los sistemas de diálogo*. Barcelona-España: Tesis Universitat Autònoma de Barcelona.
- Makubikua Francisco, V. (2015). *Gestión de presupuestos financieros: Determinación de prioridades en el Hospital Central Uíge*. Holguín Ciencias, 3. Obtenido de <http://www.ciencias.holguin.cu/index.php/cienciasholguin/article/view/893/1001>
- Malagón-Londoño, G., & Pontón Laverde, G. (2008). *Administracion Hospitalaria*. México: Editorial Medica Panamericana.
- Malamud, C. (1993). *Manejo del Hospital Público y Privado*. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.
- Mamani, S. N., & Chambilla, Y. P. (2016). *Conocimiento sobre manejo de los residuos sólidos hospitalarios por el personal de salud del Hospital Santa Rosa Puerto de Maldonado – 2016*. Puerto Maldonado-Perú: Tesis de la Universidad Nacional Amazonica de Madre de Dios. Obtenido de <http://repositorio.unamad.edu.pe/handle/UNAMAD/205>
- Manzanares, T. (2000). *La gestion por procesos en el sector sanitario*. Todo Hospital N° 176.
- Méndez Claudio, A., & Torres, C. (2010). *Autonomía en la gestión hospitalaria en Chile: los desafíos para el recurso humano en salud*. *Rev. Saúde Pública*, 44(2), 366-371. doi:doi: 10.1590/S0034-89102010000200019
- Mercedes, L. (2014). *Calidad de la atención de la salud desde la perspectiva del paciente*. Argentina.
- Merino, B. S., & Reyes, M. D. (2014). *Modelo para evaluar la calidad de servicio al usuario atendido en la consulta externa en establecimientos de salud del Perú*. Lima-Perú: USMP.
- MINSA - Nicaragua. (2010). *Manual de procedimientos - planificación y programación de recursos humanos*. Managua - Nicaragua: MINSA - Nicaragua.

- MINSA. (2001). Directiva Sanitaria n° MINSA/DGSP-v.01 indicadores de salud hospitalarios. Lima - Perú: MINSA.
- MINSA. (2004). Norma Técnica: procedimientos para el manejo de residuos sólidos hospitalario. R.M.N° 217-2004/ MINSA. Obtenido de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5518/ENScogoif.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- MINSA. (2011). Guía técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Ministerio de Salud del Perú, Perú.
- MINSA. (2012). Gestión y manejo de residuos sólidos en establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- MINSA. (2014). Informe de gestión 2014. Ministerio de Salud, Lima-Perú. Obtenido de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/12GestInstitucional/Informes/2014/InfGes2014.pdf>
- MINSA. (2015). Norma técnica de manejo de residuos sólidos hospitalarios. Lima-Perú. Obtenido de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/11Proyectos/marco/OrganizacionServicios/NormaResiduosSolidos2.pdf>
- Modak, I., & et al. (2007). Measuring safety culture in the ambulatory setting: The safety attitudes questionnaire—ambulatory version. *Journal of General Internal Medicine*, 1-5.
- Monge, G. (2001). Manejo de residuos en Centros de Atención de Salud. Lima-Perú: Cepis.
- Morehead, M. (1992). *La Auditoría Médica Como Instrumento Operativo. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología.* OPS/OMS.
- Mudzamir, M. (2013). *Countering Fraud in the Insurance Industry: Case Study of Malaysia.* Portsmouth-Inglaterra: Institute of Criminal Justice Studies. Obtenido de https://researchportal.port.ac.uk/portal/files/5949277/Countering_Fraud_in_the_Insurance_Industry_A_Case_Study_of_Malaysia_MudzamirMohamed.pdf

- Muthoni, M., & et al. (2016). Assessment of Level of Knowledge in Medical Waste Management in Selected Hospitals in Kenya. *Appli Micro Open Access*, 2(4). doi:10.4172 / 2471-9315.1000124
- Navarro, M. y. (2009). Consentimiento informado, anonimato y confidencial en investigación social. Buenos Aires - Argentina .
- Niño, B. E., & et al. (2012). Calidad de servicio en la consulta externa de un Hospital de la region de Lambayeque octubre 2010. *Revista cuerpo medico*.
- OMS. (2010). Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud; el camino hacia la cobertura universal. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- OPS. (2010). Modelo de gestion integral de suministro de medicacamentos e insumos de salud. Organizacion Panamericana de la Salud. Obtenido de https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=medicamentos&alias=1176-modelo-de-gestion-integral-de-suministro-de-medicamentos-e-insumos-en-salud&Itemid=364
- OPS. (2011). Manual para la implementación de un sistema de triaje para los servicios hospitalarios. Washington: Organizacion Panamericana de la Salud.
- Pinalla, A. (2001). Conocimiento de la Interacción Humana. Lima-Perú. Obtenido de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5518/ENScogoif.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Poggioli, L. (2007). Estrategias de Evaluación. Venezuela: Fundación empresas Polar.
- Popper, C. M. (2011). Teoría del autocuidado, Dorotea Orem. Obtenido de Blog Electrónico (Internet): <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5518/ENScogoif.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Quinto, Y. M., & et al. (2012). Conocimientos y prácticas de los trabajadores de un hospital sobre el manejo de residuos hospitalarios, Chocó, Colombia, 2012. *Medicas UIS*, 9-20. doi:0121-0319

- Relman, A. (1991). The health care industry: where is it taking us? *N. England J. Med*, 324(5), 854-5.
- Reyes, H. M., & et al. (2013). Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México. *Salud Pública Mexico*, 55(2), 100-105.
- Rios, J. (2002). Utilización hospitalaria inadecuada en servicios clínicos. Una experiencia con la AEP en el Hospital Universitario de Republica Argentina. Mar de Plata - Brasil: Tesis Tesis Universidad Mar de Plata.
- Ríos, L. L. (2012). Percepción de la Calidad de la atención en el programa de planificación familiar en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza: Perspectiva de los usuarios. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima-Perú.
- Roque, J., & et al. (2015). Satisfacción del usuario en la Consulta externa del primer nivel de atención – Red asistencial EsSalud Cusco 2014. *Rev. Cuerpo medico*, 8(2).
- Ruiz, R. P. (2017). Calidad de atención al cliente y el nivel de satisfacción del usuario externo en el Hospital ESSALUD II. Tarapoto: niversidad César Vallejo. Obtenido de http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV_bc2c597f9b62333dfbcab6c352da7d67/Cite
- Salud. (2000). Reforma sanitaria. *Revista de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública*. doi:0214-3615
- San Roman, J. (2009). Evaluación de las estancias inadecuadas en un servicio de cardiología. *Revista Española de Cardiología*. *Revista Española de Cardiología*, 2011-154.
- Sánchez, L. B. (2012). Satisfacción de los usuarios de consulta externa en una institución de seguridad social en Guadalupe - Nuevo León, México. Nuevo León-México.
- Sánchez, N. (2012). Teoría del modelo de promoción de la salud, Nola Pender. Obtenido de Blog Electrónico, (Internet): <http://slideshare.net/fundamentos2012uns/nola-pender13302121>
- Sánchez, R. F. (2013). Evaluación del manejo de residuos sólidos hospitalarios y residuos citostáticos en el hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco es

- Vía, L. P. (2018). Nivel de satisfacción con la calidad de atención del área de salud percibido por el personal usuario externo de la Marina de Guerra del Perú, Callao, 2017. Perú: Universidad Cesar Vallejo. Obtenido de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/17144/V%C3%ADa_PL_M.pdf?sequence=1
- Vilca, A. A. (2014). Influencia de un programa de capacitación en la gestión y manejo de residuos sólidos en el instituto regional de enfermedades neoplásicas del norte 2013-2014. Trujillo – Perú: Doctorado de la Universidad Nacional de Trujillo. Obtenido de <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/4995>
- Villares, M., & et al. (2004). Estancia hospitalaria prolongada en pacientes con cáncer de cabeza y cuello: el impacto del estado nutricional y los problemas faríngeos. Mi SciELO. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112004000300005
- Vishwavidyalaya, k. S., Gandhinagar, G. I., & Chudgar, D. J. (2015). Risk Management In Life Insurance With Emphasis On Life Insurance Fraud. Institute of Cooperative Management, Bhopal. Bhopal, India: Institute of Cooperative Management, Bhopal. Obtenido de http://shodhganga.inflibnet.ac.in/bitstream/10603/138617/13/13_synopsis.pdf
- Wolff, A. (1994). A review of methods used for medical quality assurance in hospitals: advantages and disadvantages. J. Qual. Clin. Pract.
- Yactayo, E. I. (2013). Modelo de Gestión ambiental para el manejo de residuos sólidos hospitalarios. Perú: Tesis de la Universidad Nacional de Ingeniería. Obtenido de http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/615/T047_44146016_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Zarate Grajales, R. (11 de Marzo de 2009). La gestión del cuidado de Enfermería. Obtenido de scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-1296200400010009&lng

Zonana, A. (2012). Tiempo de estancia en Medicina Interna. Función del médico hospitalista. México: Tesis Universidad de Sonora.

VIII. ANEXO

Anexo 1: Instrumento variable 1

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO ESCUELA DE POS GRADO

INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS EN EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD PRIMAVERA, 2018.

adaptación de la autora Martha Elisa del Rosario Padilla Cruz de la Norma Técnica de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (NTS N° 096-MINSA/DIGESA V.01) derivada de la RM N° 554-2012/MINSA

Estimado trabajador, a continuación, se le presenta afirmaciones con las cuales usted puede estar desde en total desacuerdo hasta total acuerdo. Le pedimos responda con veracidad toda vez que este inventario es totalmente anónimo y respeta sus derechos a la confidencialidad.

Escala de valoración

- (1) Total Desacuerdo (2) Desacuerdo
(3) Indeciso (4) De Acuerdo (5) Totalmente de Acuerdo

Nº	CONOCIMIENTOS GENERALES DEL MANEJO DE RSH	1	2	3	4	5
1	A todos los residuos que se generan en un hospital se les denomina residuos sólidos hospitalarios					
2	La finalidad de la aplicación de la norma técnica es controlar y reducir los riesgos para la salud del personal, paciente y visitantes.					
3	Las etapas del manejo de residuos sólidos hospitalarios son el acondicionamiento, segregación, almacenamiento primario, almacenamiento intermedio, recolección y transporte interno, almacenamiento central o final, tratamiento, recolección y transporte externo y disposición final de residuos sólidos					
4	Los residuos sólidos se clasifican en biocontaminados, especiales y comunes.					
	ACONDICIONAMIENTO					
5	El acondicionamiento significa implementar materiales o insumos necesarios para descartar los residuos de acuerdo a las actividades que se realiza					
6	Los residuos sólidos biocontaminados deben ser colocados en bostas color rojo, los comunes en bolsas de color negro y, los especiales, en bolsas de color amarillo					
7	La ubicación correcta de los recipientes debe ser cerca de la fuente de generación de tal manera que no voltee ni caiga					
8	Los recipientes deben ser resistentes según tipo de residuos a eliminar, estar rotulados y contener su simbología.					
9	Los recipientes para el material punzocortante deben ser rígidos, resistentes al traspaso del punzocortante, desechable. Debe estar rotulado con su simbología y con boca ancha que permita el ingreso de la aguja o jeringas.					
	SEGREGACIÓN					
10	La segregación de residuos es la separación y ubicación de los residuos en sus recipientes correspondientes en el punto de generación.					
11	Para una buena segregación se requiere servicios acondicionados en el punto de generación y personal debidamente sensibilizado y capacitado					
12	Los recipientes para la eliminación de residuos deben ser utilizados solo hasta las 2/3 partes.					

13	Las jeringas deben descartarse conjuntamente con las agujas en recipientes rígidos. Puede descartarse por separado solo si se cuenta con sistema de retirado al vacío o sistema de extractor de agujas.					
14	Nunca debe encapucharse o re-encapucharse la aguja en la jeringa y nunca se debe separar la aguja de la jeringa a mano					
	ALMACENAMIENTO PRIMARIO					
15	Una vez sellado el recipiente de residuos punzocortantes se debe proceder a cerrarlo herméticamente para depositarse temporalmente en el lugar donde se genera					
16	Los residuos punzocortantes deben empacarse en papeles o cajas debidamente selladas con etiquetas sobre su contenido y depositarse temporalmente en el lugar donde se genera.					
17	Las jeringas o material punzocortantes contaminadas con residuos radiactivos deben eliminarse en recipientes de color rojo con el símbolo de peligro radiactivo y depositarse temporalmente en el lugar donde se genera.					
18	Los residuos producto de una curación deben ser eliminados en bolsas en los recipientes de color rojo y depositarse temporalmente en el lugar donde se genera					
19	Los residuos biocontaminados compuestos por órganos y piezas anatómicas deben ser acondicionados y separados en bolsas de plástico, color rojo y almacenarse en cámaras frías en los servicios de anatomía y patología y/o depositarse temporalmente en el lugar donde se genera					
20	El depósito temporal de los residuos es en el mismo lugar donde se genera					

.....

Anexo 2 Instrumento variable 2

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO ESCUELA DE POS GRADO

CUESTIONARIO DE AUTORREFERENCIA PARA EVALUAR PRÁCTICAS SOBRE EL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS EN EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD PRIMAVERA, 2018.
adaptación de la autora Martha Elisa del Rosario Padilla Cruz de la Norma Técnica de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (NTS N° 096-MINSA/DIGESA V.01) derivada de la RM N° 554-2012/MINSA

Estimado señor/a a continuación se le presenta una serie de interrogantes sobre su práctica en el manejo de los residuos sólidos. El objetivo es calificar las prácticas del personal en el manejo de los residuos sólidos del establecimiento de Salud Primavera. Le pedimos responda con veracidad toda vez que este cuestionario es totalmente anónimo y respeta sus derechos a la confidencialidad de los participantes.

Opciones de respuestas

(1) Nunca (2) A Veces (3) Siempre

N°	PRÁCTICAS DE SEGREGACIÓN	1	2	3
1	¿Separa los residuos sólidos y ubicación de los residuos en sus recipientes correspondientes en el punto de generación?			
2	¿Cuenta con servicios acondicionados para la segregación de residuos sólidos y se considera debidamente sensibilizado y capacitado para hacerlo?			
3	¿Utiliza los recipientes para la eliminación de residuos solo hasta las 2/3 partes?			
4	¿Descarta las jeringas conjuntamente con las agujas en recipientes rígidos?			
5	¿Encapucha o re-encapucha la aguja en la jeringa y separa la aguja de la jeringa a mano?			
	ALMACENAMIENTO PRIMARIO			
6	¿Una vez sellado el recipiente de residuos punzocortantes procede a cerrarlo herméticamente para depositarlo temporalmente en el lugar donde se genera?			
7	¿Los residuos punzocortantes los empaca en papeles o cajas debidamente selladas con etiquetas sobre su contenido y los deposita temporalmente en el lugar donde se genera?			
8	¿Las jeringas o material punzocortantes contaminadas con residuos radiactivos los elimina en recipientes de color rojo con el símbolo de peligro radiactivo y los deposita temporalmente en el lugar donde se genera?			
9	¿Los residuos producto de una curación los elimina en bolsas en los recipientes de color rojo y los deposita temporalmente en el lugar donde se genera?			
10	¿Los residuos bio-contaminados compuestos por órganos y piezas anatomo-patológicas los acondiciona y separa en bolsas de plástico, color rojo y la almacena en cámaras frías ubicadas temporalmente en el lugar donde se genera?			
11	¿Deposita temporalmente los residuos sólidos en el mismo lugar donde los genera?			

.....

Anexo 3 Validación de Jueces expertos

FORMATO AIKEN DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO Y CONSTRUCTO: INVENTARIO DE CONOCIMIENTO Y CUESTIONARIO DE PRACTICA SOBRE EL MANEJO DE RESIDUO SOLIDOS HOSPITALARIOS: ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL JUEZ

Nombre:

Profesión:

Grado Académico /Especialidad

Institución donde labora :

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Criterios	Si	No	Observación
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La estructura del instrumento es adecuada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los ítems son claros y entendibles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El número de ítems es adecuado para su aplicación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sugerencias:

.....

Firma del Juez Experto (A)

DNI

ANEXO 5

Juez Experto 1

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
VALIDACIÓN DE CONSTRUCTO Y CONTENIDO POR JUECES EXPERTOS SEGÚN
FORMATO AIKEM
CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE EL MANEJO DE RESIDUOS
SÓLIDOS HOSPITALARIOS (ADAPTACIÓN EXTRAIDA DE JARA, 2005; MINSA 2012; 2015).
ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL JUEZ

Estimado (a): CARLOS EDUARDO ESQUERRE AGUIRRE.....
 Profesión: MÉDICO PATÓLOGO CLÍNICO.....
 Grado Académico: MAESTRO.....
 Institución donde labora: ESSALUD - HURE.....

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Criterios	Si	No	Observación
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
La estructura del instrumento es adecuada.	X		
Los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
Los ítems son claros y entendibles.	X		
El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

Sugerencias:

.....



Firma del juez experto (A)

CP: 34723

RNE: 20987

Juez Experto 2

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**VALIDACIÓN DE CONSTRUCTO Y CONTENIDO POR JUECES EXPERTOS SEGÚN
FORMATO AIKEM**

**CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE EL MANEJO DE RESIDUOS
SÓLIDOS HOSPITALARIOS (ADAPTACIÓN EXTRAIDA DE JARA, 2005; MINSA 2012; 2015).**

ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL JUEZ

Estimado (a): SILVIA ELIZABETH BOHYTRON ROSARIO
Profesión: TECNOLOGO MEDICO
Grado Académico: MAGISTER
Institución donde labora: ESSALUD - HULE

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Criterios	Si	No	Observación
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La estructura del instrumento es adecuada.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los ítems son claros y entendibles.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El número de ítems es adecuado para su aplicación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sugerencias:

.....
.....


Firma del juez experto (A)

CP: 4890

Juez Experto 3

ANEXO 2.1

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**VALIDACIÓN DE CONSTRUCTO Y CONTENIDO POR JUECES EXPERTOS SEGÚN
FORMATO AIKEM**

**CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE EL MANEJO DE RESIDUOS
SÓLIDOS HOSPITALARIOS (ADAPTACIÓN EXTRAIDA DE JARA, 2005; MINSA 2012; 2015).**

ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL JUEZ

Estimado (a): ROSARIO DEL PILAR PALMER URCIA.

Profesión: TECNOLOGO MEDICO

Grado Académico: MAGISTER

Institución donde labora:
ESSALUD - HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE

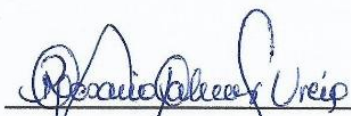
Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Crterios	Si	No	Observación
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
La estructura del instrumento es adecuada.	✓		
Los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	✓		
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
Los ítems son claros y entendibles.	✓		
El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

Sugerencias:

.....
.....



Firma del juez experto (A)

CP: 6563

Lic. Rosario del Pilar Palmer Urcia
TECNOLOGO MEDICO
CTMP. 6563

Juez Experto 4

ANEXO 2.1

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**VALIDACIÓN DE CONSTRUCTO Y CONTENIDO POR JUECES EXPERTOS SEGÚN
FORMATO AIKEM**

**CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE EL MANEJO DE RESIDUOS
SÓLIDOS HOSPITALARIOS (ADAPTACIÓN EXTRAIDA DE JARA, 2005; MINSA 2012; 2015).**

ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL JUEZ

Estimado (a): ALAYO RODRIGUEZ JUAN CARLOS
 Profesión: BIOLOGO
 Grado Académico: MAESTRIA MICROBIOLOGIA CLINICA
 Institución donde labora: HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Criterios	Si	No	Observación
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
La estructura del instrumento es adecuada.	X		
Los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
Los ítems son claros y entendibles.	X		
El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

Sugerencias:

.....

Handwritten signature of the expert judge. Below it is an official stamp with the text 'César Vallejo' and 'CB 0137'.

 Firma del juez experto (A)

CP:

Juez Experto 5

ANEXO 2.1

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**VALIDACIÓN DE CONSTRUCTO Y CONTENIDO POR JUECES EXPERTOS SEGÚN
FORMATO AIKEM**

**CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE EL MANEJO DE RESIDUOS
SÓLIDOS HOSPITALARIOS (ADAPTACIÓN EXTRAIDA DE JARA, 2005; MINSA 2012; 2015).**

ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL JUEZ

Estimado (a): RICARDO SIRLOPU SAAVEDRA
 Profesión: MEDICO - PATOLOGO CLINICO
 Grado Académico: MAESTRIA - MICROBIOLOGIA CLINICA
 Institución donde labora: "SALUD PRIMAVERA"

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

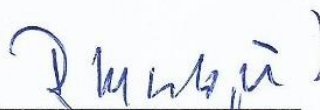
Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Criterios	Si	No	Observación
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
La estructura del instrumento es adecuada.	X		
Los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
Los ítems son claros y entendibles.	X		
El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

Sugerencias:

.....

.....



Firma del juez experto (A)

CP:

RICARDO SIRLOPU SAAVEDRA
PATOLOGO CLINICO
 Mg Microbiología Clínica
 C.M.P. 8238 - R.N.E. 2401

Juez Experto 6

ANEXO 2.1

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**VALIDACIÓN DE CONSTRUCTO Y CONTENIDO POR JUECES EXPERTOS SEGÚN
FORMATO AIKEM**

**CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE EL MANEJO DE RESIDUOS
SÓLIDOS HOSPITALARIOS (ADAPTACIÓN EXTRAIDA DE JARA, 2005; MINSA 2012; 2015).**

ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL JUEZ

Estimado (a): Dr. Enrique A. Martín Alva
 Profesión: Biólogo - Microbiólogo
 Grado Académico: Doctor en Ciencias Biológicas
 Institución donde labora: UPAO - Facultad de medicina


Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Criterios	Si	No	Observación
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
La estructura del instrumento es adecuada.	X		
Los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
Los ítems son claros y entendibles.	X		
El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

Sugerencias:

.....


 Firma del juez experto (A) Dr. Enrique A. Martín Alva
 CP: U. B. P. 3582


Enrique A. Martín Alva
 Doctor en Ciencias Biológicas
 Magister en Microbiología Clínica
 Especialista en Análisis Clínico y Biológicos
 C.B.P. 3582 R.N.B.E 0080

Juez Experto 7

ANEXO 2.1

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

VALIDACIÓN DE CONSTRUCTO Y CONTENIDO POR JUECES EXPERTOS SEGÚN

FORMATO AIKEM

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE EL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS (ADAPTACIÓN EXTRAIDA DE JARA, 2005; MINSA 2012; 2015).

ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL JUEZ

Estimado (a): Felipe Osvaldo Ruiz Reyes
 Profesión: Biólogo
 Grado Académico: _____
 Institución donde labora: Hospital Regional Docente de Trujillo

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Criterios	Si	No	Observación
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
La estructura del instrumento es adecuada.	X		
Los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
Los ítems son claros y entendibles.	X		
El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

Sugerencias:

 Firma del juez experto (A)
 CP:



FORMATO DE VALIDACIÓN, COMO CONSTRUCTO, DEL INVENTARIO DE
CONOCIMIENTO Y CUESTIONARIO DE PRÁCTICA SOBRE EL MANEJO DE RESIDUO
SOLIDOS HOSPITALARIOS: PORCENTAJE DE CONCORDANCIA ENTRE JUECES.

Ítems	Criterios	N° de Jueces						
		1	2	3	4	5	6	7
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	1	1
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1	1	1
3	La estructura del instrumento es adecuada.	1	1	1	1	1	1	1
4	Los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	1	1	1	1	1	1	1
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1	1	1	1	1	1	1
6	Los ítems son claros y entendibles.	1	1	1	1	1	1	1
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	1	1	1	1	1	1	1
Total		7	7	7	7	7	7	7

Si =1 No = 0

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

b = Grado de concordancia entre jueces;

Ta = N° total de acuerdos;

Td = N° total de desacuerdos.

49

$$b = \frac{49}{49 + 0} \times 100$$

49 + 0

$$b = 100$$

Anexo 4.1

Base de Datos Prueba piloto

Conocimiento sobre manejo de Residuos sólidos hospitalarios

Nº	Conocimiento General sobre RSH				Conocimiento del Acondicionamiento					Conocimiento de Segregación					Conocimiento de Almacenamiento Primario					
1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
4	4	5	5	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	5	5
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
8	5	4	4	5	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
9	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5
10	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
11	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
12	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
13	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5
14	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5

Base de Datos Prueba piloto

Practica sobre manejo de Residuos sólidos hospitalarios

Nº	Practica en el manejo de RSH										
1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	3
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
12	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
13	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3
14	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3

ANEXO 4.3

RESULTADOS DE PRUEBA PILOTO:

CONFIABILIDAD GENERAL DEL INVENTARIO EVALUATIVO DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO DE RSH EN EL PERSONAL DE SALUD.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,961	,966	20

Nº	CONOCIMIENTOS DEL MANEJO DE RSH	Media	Desviación estándar	N
1	A todos los residuos que se generan en un hospital se les denomina residuos sólidos hospitalarios	4,93	,267	14
2	La finalidad de la aplicación de la norma técnica es controlar y reducir los riesgos para la salud del personal, paciente y visitantes.	4,93	,267	14
3	Las etapas del manejo de residuos sólidos hospitalarios son el acondicionamiento, segregación, almacenamiento primario, almacenamiento intermedio, recolección y transporte interno, almacenamiento central o final, tratamiento, recolección y transporte externo y disposición final de residuos sólidos	4,93	,267	14
4	Los residuos sólidos se clasifican en biocontaminados, especiales y comunes.	4,93	,267	14
5	El acondicionamiento significa implementar materiales o insumos necesarios para descartar los residuos de acuerdo a las actividades que se realiza	4,71	,726	14
6	Los residuos sólidos biocontaminados deben ser colocados en bolsas color rojo, los comunes en bolsas de color negro y, los especiales, en bolsas de color amarillo	4,64	,745	14
7	La ubicación correcta de los recipientes debe ser cerca de la fuente de generación de tal manera que no voltee ni caiga	4,71	,726	14
8	Los recipientes deben ser resistentes según tipo de residuos a eliminar, estar rotulados y contener su simbología.	4,86	,363	14
9	Los recipientes para el material punzocortante deben ser rígidos, resistentes al traspaso del punzocortante, desechable. Debe estar rotulado con su simbología y con boca ancha que permita el ingreso de la aguja o jeringas.	4,79	,426	14
10	La segregación de residuos es la separación y ubicación de los residuos en sus recipientes correspondientes en el punto de generación.	4,71	,469	14
11	Para una buena segregación se requiere servicios acondicionados en el punto de generación y personal debidamente sensibilizado y capacitado	4,79	,426	14
12	Los recipientes para la eliminación de residuos deben ser utilizados solo hasta las 2/3 partes.	4,71	,469	14
13	Las jeringas deben descartarse conjuntamente con las agujas en recipientes rígidos. Puede descartarse por separado solo si se cuenta con sistema de retirado al vacío o sistema de extractor de agujas.	4,79	,426	14
14	Nunca debe encapucharse o re-encapucharse la aguja en la jeringa y nunca se debe separar la aguja de la jeringa a mano	4,71	,469	14
15	Una vez sellado el recipiente de residuos punzocortantes se debe proceder a cerrarlo herméticamente para depositarse temporalmente en el lugar donde se genera	4,86	,363	14

16	Los residuos punzocortantes deben empacarse en papeles o cajas debidamente selladas con etiquetas sobre su contenido y depositarse temporalmente en el lugar donde se genera.	4,79	,426	14
17	Las jeringas o material punzocortantes contaminadas con residuos radiactivos deben eliminarse en recipientes de color rojo con el símbolo de peligro radiactivo y depositarse temporalmente en el lugar donde se genera.	4,86	,363	14
18	Los residuos producto de una curación deben ser eliminados en bolsas en los recipientes de color rojo y depositarse temporalmente en el lugar donde se genera	4,79	,426	14
19	Los residuos biocontaminados compuestos por órganos y piezas anatómicas patológicas deben ser acondicionados y separados en bolsas de plástico, color rojo y almacenarse en cámaras frías en los servicios de anatomía y patología y/o depositarse temporalmente en el lugar donde se genera	4,93	,267	14
20	El depósito temporal de los residuos es en el mismo lugar donde se genera	4,93	,267	14

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	4,814	4,643	4,929	,286	1,062	,009	20
Varianzas de elemento	,200	,071	,555	,484	7,769	,024	20
Covariables entre elementos	,110	-,016	,527	,544	-32,000	,007	20
Correlaciones entre elementos	,584	-,145	1,000	1,145	-6,904	,067	20

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	91,36	44,093	,492	,962
2	91,36	43,324	,715	,960
3	91,36	43,324	,715	,960
4	91,36	44,093	,492	,962
5	91,57	37,341	,906	,957
6	91,64	37,632	,845	,959
7	91,57	37,341	,906	,957
8	91,43	41,495	,916	,957
9	91,50	41,808	,712	,959
10	91,57	41,033	,776	,958
11	91,50	40,731	,920	,957
12	91,57	41,033	,776	,958
13	91,50	40,731	,920	,957
14	91,57	41,033	,776	,958
15	91,43	42,571	,677	,960
16	91,50	42,885	,510	,962
17	91,43	42,571	,677	,960
18	91,50	40,731	,920	,957
19	91,36	43,324	,715	,960
20	91,36	43,324	,715	,960

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig.
Medidas únicas	,551 ^a	,377	,768	25,591	13	247	,000
Medidas promedio	,961 ^c	,924	,985	25,591	13	247	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

**RESULTADOS DE PRUEBA PILOTO:
CONFIABILIDAD DEL INVENTARIO EVALUATIVO DEL CONOCIMIENTO
SOBRE EL MANEJO DE RSH EN EL PERSONAL DE SALUD: DIMENSIÓN 1:
CONOCIMIENTO GENERAL DE RSH.**

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,611	,611	4

Estadísticas de elementos

Nº	CONOCIMIENTOS GENERAL RSH	Media	Desviación estándar	N
1	A todos los residuos que se generan en un hospital se les denomina residuos sólidos hospitalarios	4,93	,267	14
2	La finalidad de la aplicación de la norma técnica es controlar y reducir los riesgos para la salud del personal, paciente y visitantes.	4,93	,267	14
3	Las etapas del manejo de residuos sólidos hospitalarios son el acondicionamiento, segregación, almacenamiento primario, almacenamiento intermedio, recolección y transporte interno, almacenamiento central o final, tratamiento, recolección y transporte externo y disposición final de residuos sólidos	4,93	,267	14
4	Los residuos sólidos se clasifican en biocontaminados, especiales y comunes.	4,93	,267	14

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	4,929	4,929	4,929	,000	1,000	,000	4
Varianzas de elemento	,071	,071	,071	,000	1,000	,000	4
Covariables entre elementos	,020	-,005	,071	,077	-13,000	,001	4
Correlaciones entre elementos	,282	-,077	1,000	1,077	-13,000	,281	4

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	14,79	,335	,391	,541
2	14,79	,335	,391	,541
3	14,79	,335	,391	,541
4	14,79	,335	,391	,541

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig.
Medidas únicas	,282 ^a	,034	,606	2,571	13	39	,011
Medidas promedio	,611 ^c	,122	,860	2,571	13	39	,011

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

**RESULTADOS DE PRUEBA PILOTO:
CONFIABILIDAD DEL INVENTARIO EVALUATIVO DEL CONOCIMIENTO
SOBRE EL MANEJO DE RSH EN EL PERSONAL DE SALUD: DIMENSIÓN 2:
CONOCIMIENTO DEL ACONDICIONAMIENTO DE RSH.**

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,958	,975	5

Nº	CONOCIMIENTOS DEL ACONDICIONAMIENTO DE RSH	Media	Desviación estándar	N
5	El acondicionamiento significa implementar materiales o insumos necesarios para descartar los residuos de acuerdo a las actividades que se realiza	4,71	,726	14
6	Los residuos sólidos biocontaminados deben ser colocados en bolsas color rojo, los comunes en bolsas de color negro y, los especiales, en bolsas de color amarillo	4,64	,745	14
7	La ubicación correcta de los recipientes debe ser cerca de la fuente de generación de tal manera que no voltee ni caiga	4,71	,726	14
8	Los recipientes deben ser resistentes según tipo de residuos a eliminar, estar rotulados y contener su simbología.	4,86	,363	14
9	Los recipientes para el material punzocortante deben ser rígidos, resistentes al traspaso del punzocortante, desechable. Debe estar rotulado con su simbología y con boca ancha que permita el ingreso de la aguja o jeringas.	4,79	,426	14

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	4,743	4,643	4,857	,214	1,046	,007	5
Varianzas de elemento	,385	,132	,555	,423	4,208	,044	5
Covariables entre elementos	,315	,121	,527	,407	4,364	,019	5
Correlaciones entre elementos	,886	,710	1,000	,290	1,408	,012	5

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
5	19,00	4,615	,986	,930
6	19,07	4,687	,923	,944
7	19,00	4,615	,986	,930
8	18,86	6,286	,990	,953
9	18,93	6,379	,771	,969

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,819 ^a	,664	,927	23,559	13	52	,000
Medidas promedio	,958 ^c	,908	,985	23,559	13	52	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

**RESULTADOS DE PRUEBA PILOTO:
CONFIABILIDAD DEL INVENTARIO EVALUATIVO DEL CONOCIMIENTO
SOBRE EL MANEJO DE RSH EN EL PERSONAL DE SALUD: DIMENSIÓN 3:
CONOCIMIENTO DE LA SEGREGACIÓN DE RSH.**

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,947	,950	5

Nº	CONOCIMIENTOS DE LA SEGREGACIÓN DE RSH	Media	Desviación estándar	N
		10	La segregación de residuos es la separación y ubicación de los residuos en sus recipientes correspondientes en el punto de generación.	4,71
11	Para una buena segregación se requiere servicios acondicionados en el punto de generación y personal debidamente sensibilizado y capacitado	4,79	,426	14
12	Los recipientes para la eliminación de residuos deben ser utilizados solo hasta las 2/3 partes.	4,71	,469	14
13	Las jeringas deben descartarse conjuntamente con las agujas en recipientes rígidos. Puede descartarse por separado solo si se cuenta con sistema de retirado al vacío o sistema de extractor de agujas.	4,79	,426	14
14	Nunca debe encapucharse o re-encapucharse la aguja en la jeringa y nunca se debe separar la aguja de la jeringa a mano	4,71	,469	14

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	4,743	4,714	4,786	,071	1,015	,002	5
Varianzas de elemento	,204	,181	,220	,038	1,212	,000	5
Covariables entre elementos	,160	,143	,181	,038	1,269	,000	5
Correlaciones entre elementos	,790	,650	1,000	,350	1,538	,012	5

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
10	19,00	2,769	,789	,947
11	18,93	2,687	,968	,916
12	19,00	2,769	,789	,947
13	18,93	2,687	,968	,916
14	19,00	2,769	,789	,947

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,782 ^a	,608	,911	18,963	13	52	,000
Medidas promedio	,947 ^c	,886	,981	18,963	13	52	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

**RESULTADOS DE PRUEBA PILOTO:
CONFIABILIDAD DEL INVENTARIO EVALUATIVO DEL CONOCIMIENTO
SOBRE EL MANEJO DE RSH EN EL PERSONAL DE SALUD: DIMENSIÓN 3:
CONOCIMIENTO DEL ALMACENAMIENTO PRIMARIO DE RSH.**

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,925	,934	6

Nº	CONOCIMIENTOS DEL ALMACENAMIENTO PRIMARIO DE RSH	Media	Desviación estándar	N
15	Una vez sellado el recipiente de residuos punzocortantes se debe proceder a cerrarlo herméticamente para depositarse temporalmente en el lugar donde se genera	4,86	,363	14
16	Los residuos punzocortantes deben empacarse en papeles o cajas debidamente selladas con etiquetas sobre su contenido y depositarse temporalmente en el lugar donde se genera.	4,79	,426	14
17	Las jeringas o material punzocortantes contaminadas con residuos radiactivos deben eliminarse en recipientes de color rojo con el símbolo de peligro radiactivo y depositarse temporalmente en el lugar donde se genera.	4,86	,363	14
18	Los residuos producto de una curación deben ser eliminados en bolsas en los recipientes de color rojo y depositarse temporalmente en el lugar donde se genera	4,79	,426	14
19	Los residuos biocontaminados compuestos por órganos y piezas anatómicas deben ser acondicionados y separados en bolsas de plástico, color rojo y almacenarse en cámaras frías en los servicios de anatomía y patología y/o depositarse temporalmente en el lugar donde se genera	4,93	,267	14
20	El depósito temporal de los residuos es en el mismo lugar donde se genera	4,93	,267	14

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	4,857	4,786	4,929	,143	1,030	,004	6
Varianzas de elemento	,128	,071	,181	,110	2,538	,002	6
Covariables entre elementos	,086	,060	,132	,071	2,182	,001	6
Correlaciones entre elementos	,703	,531	1,000	,469	1,883	,023	6

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
15	24,29	2,220	,934	,891
16	24,36	2,247	,732	,923
17	24,29	2,220	,934	,891
18	24,36	2,247	,732	,923
19	24,21	2,643	,746	,920
20	24,21	2,643	,746	,920

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,674 ^a	,472	,855	13,421	13	65	,000
Medidas promedio	,925 ^c	,843	,973	13,421	13	65	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

**RESULTADOS DE PRUEBA PILOTO:
CONFIABILIDAD GENERAL DEL CUESTIONARIO DE AUTO REFERENCIA
SOBRE LA PRÁCTICA EN MANEJO DE RSH EN EL PERSONAL DE SALUD**

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,964	,967	11

Nº	PRÁCTICAS DE SEGREGACIÓN	Media	Desviación estándar	N
1	¿Separa los residuos sólidos y ubicación de los residuos en sus recipientes correspondientes en el punto de generación?	2,64	,497	14
2	¿Cuenta con servicios acondicionados para la segregación de residuos sólidos y se considera debidamente sensibilizado y capacitado para hacerlo?	2,71	,469	14
3	¿Utiliza los recipientes para la eliminación de residuos solo hasta las 2/3 partes?	2,79	,426	14
4	¿Descarta las jeringas conjuntamente con las agujas en recipientes rígidos?	2,71	,469	14
5	¿Encapucha o re-encapucha la aguja en la jeringa y separa la aguja de la jeringa a mano?	2,79	,426	14
6	¿Una vez sellado el recipiente de residuos punzocortantes procede a cerrarlo herméticamente para depositarlo temporalmente en el lugar donde se genera?	2,71	,469	14
7	¿Los residuos punzocortantes los empaca en papeles o cajas debidamente selladas con etiquetas sobre su contenido y los deposita temporalmente en el lugar donde se genera?	2,86	,363	14
8	¿Las jeringas o material punzocortantes contaminadas con residuos radiactivos los elimina en recipientes de color rojo con el símbolo de peligro radiactivo y los deposita temporalmente en el lugar donde se genera?	2,79	,426	14
9	¿Los residuos producto de una curación los elimina en bolsas en los recipientes de color rojo y los deposita temporalmente en el lugar donde se genera?	2,86	,363	14
10	¿Los residuos bio-contaminados compuestos por órganos y piezas anatómicas los acondiciona y separa en bolsas de plástico, color rojo y la almacena en cámaras frías ubicadas temporalmente en el lugar donde se genera?	2,79	,426	14
11	¿Deposita temporalmente los residuos sólidos en el mismo lugar donde los genera?	2,86	,363	14

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	2,773	2,643	2,857	,214	1,081	,005	11
Varianzas de elemento	,184	,132	,247	,115	1,875	,002	11
Covariables entre elementos	,131	,071	,198	,126	2,769	,001	11
Correlaciones entre elementos	,727	,337	1,000	,663	2,964	,023	11

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	27,86	13,670	,681	.	,966
2	27,79	13,412	,813	.	,961
3	27,71	13,297	,948	.	,957
4	27,79	13,566	,764	.	,963
5	27,71	13,297	,948	.	,957
6	27,79	13,412	,813	.	,961
7	27,64	13,940	,867	.	,960
8	27,71	14,066	,681	.	,965
9	27,64	13,940	,867	.	,960
10	27,71	13,297	,948	.	,957
11	27,64	13,940	,867	.	,960

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,710 ^a	,540	,869	27,935	13	130	,000
Medidas promedio	,964 ^c	,928	,987	27,935	13	130	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

Anexo 04: Matriz de consistencia.

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición
¿Cuál es la relación entre conocimiento y práctica sobre el manejo de residuos sólidos hospitalarios en el personal del Establecimiento Salud Primavera, 2018?	<p>Objetivo General Determinar la relación entre conocimiento y práctica sobre el manejo de residuos sólidos hospitalarios en el personal del Establecimiento Salud Primavera, 2018.</p> <p>Objetivos Específicos - Determinar la relación entre el conocimiento general y practica sobre el manejo de los residuos sólidos hospitalarios en el personal del Establecimiento Salud Primavera, 2018.</p> <p>-Determinar la relación entre conocimiento sobre el acondicionamiento de residuos sólidos con la practica en el manejo de los mismos por parte del personal del Establecimiento Salud Primavera, 2018.</p> <p>-Determinar la relación entre el conocimiento sobre segregación de residuos sólidos con la practica en el manejo de los mismos por parte del personal del Establecimiento Salud Primavera, 2018.</p> <p>-Determinar la relación entre el conocimiento sobre almacenamiento primario de residuos sólidos con la practica en el manejo de los mismos por parte del personal del Establecimiento Salud Primavera, 2018.</p>	Existe relación significativa entre conocimiento y práctica sobre el manejo de residuos sólidos hospitalarios en el personal del Establecimiento Salud Primavera 2018.	Conocimiento sobre manejo de RS Hospitalarios	Conocimientos generales del Manejo de RSH	Concepto Finalidad Etapas Clasificación	Inadecuado (5-10 pts) Regular (11-15 pts) Optimo (16-20 pts)
				Acondicionamiento	Etapas de acondicionamiento Ubicación de recipientes Colores de recipientes/bolsas Características de recipientes Características de recipientes para material punzo cortante	
				Segregación	Etapas de segregación Requerimiento para segregación Recipientes a utilizar Descarte de agujas y jeringas Los que nunca debe hacerse con los residuos punzo cortantes	
				Almacenamiento primario	Eliminación de otros residuos punzo cortantes Etapas de almacenamiento primario Procedimiento después del llenado de recipientes En que deben ser eliminados las jeringas o material punzo cortante Eliminación de residuos de curaciones Residuos bio-contaminados	
			Practica sobre manejo de RS Hospitalarios	Tipo practica de manejo de residuos sólidos	Segregación Almacenamiento primario	Intervalo: Inadecuada (12-18 pts) Regular (19-25 pts) Buena (26-33 pts)

Anexo 05

Base de Datos del estudio

TITULO: Relación entre Conocimiento y practica sobre manejo de RSH.

DATA LIST / V1 1 V2 2 V3 3 V4 4 V5 5

VARIABLE LABEL/V1 'CONOCIMIENTO GENERAL DE RSH'

/V2 'CONOCIMIENTO DEL ACONDICIONAMIENTO DE RSH'

/V3 'CONOCIMIENTO DE SEGREGACIÓN DE RSH'

/V4 'CONOCIMIENTOS SOBRE ALMACENAMIENTO PRIMARIO'.

VALUE LABEL/V1 1 'Inadecuado' 2 'Regular' 3 'Óptimo'

/V2 1 'Inadecuado' 2 'Regular' 3 'Óptimo'

/V3 1 'Inadecuado' 2 'Regular' 3 'Óptimo'

/V4 1 'Inadecuado' 2 'Regular' 3 'Óptimo'

/V5 1 'Inadecuado' 2 'Regular' 3 'Bueno'

BEGIN DATA

V1	V2	V3	V4	V5
2	2	2	2	2
3	3	3	2	2
2	2	2	2	2
1	2	1	1	1
1	1	1	1	3
3	3	3	3	2
1	1	1	1	3
3	3	3	2	3
2	1	2	2	3
2	2	2	2	3
3	3	3	3	3
3	3	3	3	3
1	1	1	1	3
1	1	1	1	3
1	1	1	1	3
1	1	1	1	3
1	1	1	1	3

2	2	2	3	3
1	1	1	1	3
2	2	2	1	3
2	2	2	2	3
3	3	3	2	3
3	2	3	3	3
3	3	3	3	1
2	2	2	2	2
3	3	3	3	3
2	2	2	2	3
2	1	2	2	3
2	2	2	2	3
1	1	1	1	3
2	2	2	2	2
2	2	2	2	2
3	3	3	3	2
1	1	1	2	2
2	2	2	3	2
2	2	2	2	2
3	3	3	2	2
1	1	1	1	2
1	1	1	1	2
1	1	1	1	2
1	1	1	1	2
1	1	1	1	2
1	1	1	1	2
1	1	1	1	3
1	1	1	2	3
1	2	1	1	2
1	1	1	1	1
3	3	3	3	1
2	2	2	2	1
3	3	3	3	1
3	3	2	3	3
3	3	3	3	3
2	2	2	2	3
3	3	3	3	1
2	2	2	2	1
2	2	2	2	1
3	3	3	2	1
3	3	3	3	1
3	3	3	3	1

3	3	3	3	1
2	2	2	2	1
3	3	3	3	1
3	3	3	3	1
3	3	3	3	1
3	2	3	3	1
3	3	3	3	1
3	3	2	3	1
3	3	3	3	1
3	3	3	3	1
3	3	3	3	1
2	2	2	3	1
3	3	3	3	1
2	2	2	2	1
3	2	3	3	1
1	1	1	1	1
1	1	1	1	1
1	1	1	1	1
3	3	3	3	1
2	2	2	2	1
3	3	3	3	1
2	2	2	2	1
3	3	3	3	1
3	3	3	3	1
3	3	3	3	1
2	2	2	2	1
2	2	2	2	1
2	2	2	2	1
3	3	3	3	1
2	2	2	2	1
2	2	2	2	1
2	2	2	2	1
2	2	2	2	1
2	2	2	2	1
2	2	2	2	1
3	3	3	3	1
2	2	2	3	1
2	2	2	3	1
3	3	3	3	3
2	2	2	2	3
3	3	3	3	3
2	2	2	2	3
1	1	1	1	1
1	1	1	1	2
1	1	1	1	2

1	1	1	1	2
1	1	1	1	1
1	1	1	1	2
1	1	1	2	1
1	1	1	1	1
1	1	1	1	1
3	3	3	3	1
2	2	2	2	1
3	3	3	3	1
3	3	3	3	3
2	2	2	2	3
3	3	3	3	1
2	2	2	2	1
3	3	3	3	3
3	3	3	3	3
2	2	2	2	1
3	3	3	3	1
3	3	3	3	1
3	3	3	3	1
2	2	2	2	1
3	3	3	3	2
2	2	2	3	1
3	3	3	3	1
1	1	1	1	2
2	2	2	2	2
3	3	3	2	2
2	2	2	2	2
3	3	3	3	2
1	1	1	1	2

END DATA. 130 CASE.

Anexo 6 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, personal del Establecimiento de Salud Primavera, domiciliado en, del Distrito y Provincia de Trujillo, Región La Libertad con..... años de edad, a través del presente documento de constancia de haber sido informada/o por la Lic. Martha Elisa del Rosario Padilla Cruz sobre los objetivos y fines de la investigación titulada: “Relación entre conocimientos y práctica sobre manejo de residuos sólidos hospitalarios. Establecimiento de Salud Primavera, 2018.”, Con lo que accedí voluntariamente a participar. Dejo claro que esta participación no puede ser usada en procesos legales y judiciales solo para fines académicos profesionales tal como lo preceptúa la actual ley 42/2002 de autonomía del paciente.

Trujillo,, de, 2018.

Firma

DNI

ANEXO 6
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, GABRIEL DEL ROSARIO CORCUERA CASTILLO, personal del Establecimiento de Salud Primavera, domiciliado en JL. FELIX MONTE 445 - LA ESP. del Distrito y Provincia de Trujillo, Región La Libertad con 32 años de edad, a través del presente documento dejo constancia de haber sido informada/o por la Lic Martha Elisa del Rosario Padilla Cruz sobre los objetivos y fines de la investigación titulada: "Relación entre conocimiento y práctica sobre manejo de residuos sólidos hospitalarios. Establecimiento de Salud Primavera, 2018.". Con lo que accedí voluntariamente a participar. Dejo claro que esta participación no puede ser usada en procesos legales y judiciales solo para fines académicos profesionales tal como lo preceptúa la actual ley 42/2002 de autonomía del paciente.

Trujillo, 18, de ENERO, 2018.



Firma

DNI 43924111.

ANEXO 6
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yesmin Aguirre Varas....., personal del Establecimiento de Salud Primavera, domiciliado en Florencia de Mora..... del Distrito y Provincia de Trujillo, Región La Libertad con.... años de edad, a través del presente documento de constancia de haber sido informada/o por la Lic Martha Elisa del Rosario Padilla Cruz sobre los objetivos y fines de la investigación titulada: "Relación entre conocimiento y práctica sobre manejo de residuos sólidos hospitalarios. Establecimiento de Salud Primavera, 2018.". Con lo que accedí voluntariamente a participar. Dejo claro que esta participación no puede ser usada en procesos legales y judiciales solo para fines académicos profesionales tal como lo preceptúa la actual ley 42/2002 de autonomía del paciente.

Trujillo,, de noviembre, 2018.



Firma

DNI 48153987

ANEXO 6
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, NORMA ELIZABETH SANCHEZ OBANDO, personal del Establecimiento de Salud Primavera, domiciliado en Mz327 Hvy III Etapa Yanafawala del Distrito y Provincia de Trujillo, Región La Libertad con.... años de edad, a través del presente documento dejo constancia de haber sido informada/o por la Lic Martha Elisa del Rosario Padilla Cruz sobre los objetivos y fines de la investigación titulada: "Relación entre conocimiento y práctica sobre manejo de residuos sólidos hospitalarios. Establecimiento de Salud Primavera, 2018.", Con lo que accedí voluntariamente a participar. Dejo claro que esta participación no puede ser usada en procesos legales y judiciales solo para fines académicos profesionales tal como lo preceptúa la actual ley 42/2002 de autonomía del paciente.

Trujillo,, de NOVIEMBRE 2018.



Firma

DNI : 42444882.

ANEXO 6
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, JESILIA ESTHER ABANTO SANCHEZ, personal del Establecimiento de Salud Primavera, domiciliado en MZA. 14. Lt. 3. LOS P. N. OS. LA ESTE del Distrito y Provincia de Trujillo, Región La Libertad con.... años de edad, a través del presente documento de constancia de haber sido informada/o por la Lic Martha Elisa del Rosario Padilla Cruz sobre los objetivos y fines de la investigación titulada: "Relación entre conocimiento y práctica sobre manejo de residuos sólidos hospitalarios. Establecimiento de Salud Primavera, 2018.". Con lo que accedí voluntariamente a participar. Dejo claro que esta participación no puede ser usada en procesos legales y judiciales solo para fines académicos profesionales tal como lo preceptúa la actual ley 42/2002 de autonomía del paciente.

Trujillo,, de Noviembre 2018.



Firma

DNI 18228212,

Anexo 07 Solicitud de permiso



“Año del Diálogo y Reconciliación Nacional”

Trujillo, 22 de Octubre 2018

Dr. William Leon Huertas
Gerente Salud Primavera. Trujillo
Presente.-

SOLICITO: Permiso para la Estudiante de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud ejecute la Investigación Titulada “Relación entre Conocimiento y Practica sobre manejo de residuos solidos hospitalarios. Establecimiento de Salud Primavera, 2018”

De mi especial consideración:

Distinguido Doctor, reciba un cordial saludo de nuestras autoridades de la Universidad Cesar Vallejo y del mío propio en mi calidad de Coordinadora de la Maestría en Gestión de los Servicios de Salud de la Escuela de Postgrado, filial Trujillo de la Universidad Cesar Vallejo y en el marco del convenio interinstitucional, permítame solicitar a su Digno Despacho el permiso para que la Maestranda Martha Elisa del Rosario Padilla Cruz ejecute su trabajo de investigación de grado titulado .” “Relación entre Conocimiento y Practica sobre manejo de residuos solidos hospitalarios. Establecimiento de Salud Primavera, 2018” , el mismo que aplicara un cuestionario a los trabajadores de su institución la cual usted dignamente la dirige.

Es bien, mencionarle que se ha considerado el respeto a los derechos del sujeto de investigación con todos los criterios éticos que una investigación científica amerita.

En este marco y conocedora de su interés por la investigación y siendo una de las capacidades que lo hacen diferente de otros Gestores agradezco su gentil atención a la presente solicitud.

Con la seguridad de contar con vuestra aceptación, me despido de usted no sin antes aprovechar la oportunidad para expresarle mis sentimientos y especial consideración.

Muy atentamente.

Dra. Miryam Griselda Lora Loza
Coordinadora de la MGSS-EPG- UCV





SALUD PRIMAVERA

“AÑO DEL DIÁLOGO Y RECONCILIACIÓN NACIONAL”

CONSTANCIA

Autorizo a la Lic. T.M. MARTHA ELISA DEL ROSARIO PADILLA CRUZ, identificada con DNI N° 18028584, aplicar en nuestras inmediaciones su tesis titulada: "Relación entre Conocimiento y Práctica sobre Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios. Establecimiento de Salud Primavera, 2018".

De esta manera pueda culminar sus estudios de maestría con mención en Gestión de los Servicios de Salud.

Se expide el presente documento a solicitud de la interesada para los fines que considere necesario.

Trujillo, 17 de noviembre del 2018

Atentamente,



Kelly Lempén Rubio
GERENTE ADMINISTRATIVO
CORPORACION SALUD UNIVERSAL S.A.C.

Teléfono: (044) 505020
Av. Nicolás de Piérola N° 872
Trujillo - Perú
www.saludprimavera.com.pe

